

## Soutien à l'allaitement chez les lesbiennes, gays, bisexuel(le)s, transgenres, queer, en questionnement et autres.

ABM Clinical Protocol #33 : Lactation care for lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, questioning, plus patients. Rita Lynne Ferri<sup>1</sup>, Casey Braitsch Rosen-Carole<sup>1,3</sup>, Jason Jackson<sup>1,2</sup>, Elizabeth Carreno-Rijo<sup>1,2</sup>, Katherine Blumoff Greenberg<sup>1-3</sup> and the Academy of Breastfeeding Medicine. *Breastfeed Med* 2020 ; 15(5) : 284-93.

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.

### Définitions

Diverses sources ont défini les termes en rapport avec la santé des LGBTQ+. Dans cette étude, nous faisons référence aux recommandations de l'Université de Californie de San Francisco concernant les soins et les traitements chez les transgenres (1), et au glossaire de termes du National LBGT Health Education Center (2). Toutefois, il est important de noter que la terminologie est fluide et spécifique à la communauté. Dans les pays de langue autre qu'anglaise, ces termes peuvent avoir des adaptations ou ne pas du tout être pertinents. S'adresser aux membres des associations de LGBTQ+ de ces régions si c'est possible pourra être utile afin de s'assurer que le langage utilisé est respectueux et inclusif.

- **LGBTQ+** : cet acronyme recouvre les personnes qui s'identifient comme lesbiennes (L), gays (G), bisexuelles (B), transgenres (T), queer (Q), en questionnement (Q), ainsi que les personnes qui présentent d'autres diversités de leur orientation sexuelle et de leur identité de genre (+). Cet acronyme est variable sur le plan international, certains pays ayant leurs propres acronymes. Ce terme est supposé être inclusif.
  - *Lesbienne* : orientation sexuelle décrivant une femme qui est émotionnellement et sexuellement attirée par les autres femmes.
  - *Gay* : orientation sexuelle qui décrit une personne qui est émotionnellement et sexuellement attirée par les personnes du même sexe qu'elle. Peut être utilisé quelle que soit l'identité de genre, mais est plus couramment utilisé pour décrire un homme.
  - *Bisexuel* : une orientation sexuelle qui décrit une personne qui est émotionnellement et sexuellement attirée par des personnes de son genre et des personnes d'autres genres.
  - *Transgenre* : décrit une personne dont l'identité de genre et le sexe de naissance ne correspondent pas. Peut également être utilisé comme terme générique pour inclure des identités de genre autres que masculin ou féminin. Parfois abrégé en trans.
  - *Queer* : terme générique utilisé par certains pour décrire une personne dont l'orientation sexuelle ou l'identité de genre se situe en dehors des normes sociales. Certaines personnes perçoivent le terme queer comme plus fluide et inclusif que les catégories traditionnelles d'orientation sexuelle et d'identité de genre. En raison de son histoire en tant que terme désobligeant, le terme queer n'est pas accepté ou utilisé par tous les membres de la communauté LGBT.
  - *En questionnement* : décrit les personnes qui ne sont pas sûres de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre ou qui l'explorent.
  - *+/Plus* : le signe + représente la liste sans cesse croissante des termes utilisés par les personnes pour décrire leur orientation sexuelle ou leur identité de genre. Il existe de nombreuses variations de l'acronyme LBGTQ+ et le + reconnaît qu'il n'est pas possible de lister tous les termes que des personnes utilisent actuellement.
- **Soins affirmatifs** : se réfère aux soins qui soutiennent l'identité de genre du patient, et peut inclure une terminologie et des pratiques inclusives, une couverture par une assurance, et des soignants bien informés.

- **Noms et pronoms affirmés** : les noms et pronoms qui sont choisis par l'individu, et qui représentent donc le mieux son identité de genre. Les personnes de la communauté LGBTQ+ peuvent avoir changé de nom et de sexe légalement ou de façon informelle afin de choisir ce qui affirme leur réelle identité de genre.
- **Assignée de sexe féminin, assigné de sexe masculin à la naissance** : ces expressions se réfèrent au genre assigné à la naissance, médicalement et socialement, généralement sur l'anatomie génitale. Ces termes peuvent être abrégés (ASFN, ASMN) pour communiquer sur l'anatomie à la naissance dans la documentation médicale.
- **Cisgenre** : personne dont l'identité de genre est la même que le genre assigné à la naissance, par exemple une personne ASFN qui s'identifie comme une femme.
- **Alimentation sur la poitrine** : terme utilisé par de nombreuses personnes trans qui s'identifient comme des hommes pour décrire l'acte de nourrir leur bébé sur leur poitrine, qu'elles aient ou non subi une chirurgie de la poitrine / des seins (pour modifier ou supprimer le tissu mammaire – 3).
- **Colactation** : lorsque plus d'un parent nourrit son enfant au sein / sur la poitrine.
- **Chirurgie d'affirmation du genre** : chirurgies spécifiquement destinées aux personnes transgenres, incluant les procédures pour féminiser ou masculiniser afin d'aligner les caractéristiques sexuelles secondaires sur l'identité de genre de la personne. Cela peut inclure des procédures d'ablation/d'addition au niveau du visage, de la voix, des organes génitaux et des cheveux.
- **Genre expansif, genderqueer, non-binaire** : termes différents pour qualifier une large catégorie d'identités de genre dans lesquelles les personnes s'identifient en dehors du concept binaire de genre (binaire signifiant « masculin » et « féminin »). Cela peut recouvrir des personnes qui s'identifient comme étant à la fois homme et femme ou ni l'un ni l'autre.
- **Identité de genre** : sentiment inné de son genre par une personne. Elle ne correspond pas nécessairement à son sexe anatomique assigné à la naissance, ou à la façon dont les personnes se perçoivent elles-mêmes. Les exemples incluent (mais ne sont pas limités à) femme cis, homme cis, homme trans, femme trans, non binaire, de genre expansif et de genre « fluide » (en opposition à « fixé »). Différent de l'orientation sexuelle (voir plus bas).
- **Incongruité de genre**, auparavant nommée « dysphorie de genre » ou « trouble de l'identité de genre » : discordance entre le vécu ou le genre exprimé par une personne et son sexe assigné (4). La dysphorie se réfère plus particulièrement à la souffrance résultant de cette discordance.
- **Hétéronormatif / cisnormatif** : la présomption et/ou la préférence des individus et des institutions que tout le monde soit hétérosexuel et cisgenre. Cela amène à l'invisibilité et à la stigmatisation de la communauté LGBTQ+.
- **Transition** : le processus et la période pendant laquelle une personne assume l'expression de son genre affirmé, qui peut inclure ou non des composantes légales, médicales ou chirurgicales.
- **Orientation sexuelle** : l'aspect de l'identité d'une personne qui se réfère au genre par lequel cette personne est attirée. Les exemples incluent (mais ne sont pas limités à) homosexuel, lesbienne, gay, hétérosexuel, bisexuel, asexuel et pansexuel.

## Objectif

Les enfants élevés par des parents LGBTQ+ sont bien adaptés et en bonne santé, et les enfants se portent bien dans ces familles (5). Malgré cela, les personnes transgenres et/ou dont l'orientation sexuelle n'est pas hétérosexuelle rencontrent souvent de l'incompréhension ou de la stigmatisation, y compris à l'occasion des interactions médicales (6, 7). Leur suivi médical est souvent inadéquat, allant de l'échec des professionnels de santé à reconnaître leurs besoins uniques (par exemple en matière de santé sexuelle et reproductive) à l'utilisation imposée de procédures hétéronormatives (par exemple en enregistrant un homme trans comme une femme dans son dossier médical) (6). Dans de nombreuses régions du monde, des familles qui étaient incapables d'avoir des enfants en raison de leur identité de genre et/ou de leur orientation sexuelle ont maintenant l'opportunité de devenir parents. C'est largement dû à la libéralisation des règlements concernant l'adoption, ainsi qu'aux progrès de la gestion de la fertilité, de la maternité de substitution et des soins médicaux en rapport avec la transition chez les individus transgenres. Les personnes enceintes et les parents qui s'identifient comme LGBTQ+ ont donc besoin d'avoir accès à un soutien à l'allaitement non traditionnel qui peut être peu familier pour les professionnels de santé. En particulier, les obstacles à l'allaitement chez les personnes LGBTQ+ incluent la confrontation avec les présomptions fortement genrées dans le domaine de la naissance, l'impact de la transition (hormonale ou chirurgicale par exemple), les conséquences de la lactation induite, la colactation et les domaines en rapport avec le milieu hospitalier. L'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) cherche à fournir des conseils aux personnes en charge des soins aux personnes s'identifiant comme LGBTQ+.

## Contexte et importance du langage

Lorsqu'ils craignent une discrimination de la part des établissements de soins médicaux, les patients ne révèlent bien souvent pas leur identité LGBTQ+ (6, 8). Les patients transgenres en particulier ont des antécédents de discrimination et même de violence dans le contexte des établissements médicaux (9). Une étude menée aux USA constatait qu'un tiers des individus transgenres rapportaient avoir vécu au moins une expérience négative dans le domaine des soins médicaux. Dans la même étude, près du tiers des individus rapportaient que les professionnels de santé qui les suivaient ignoraient leur statut concernant leur genre (6). Cela a des implications telles qu'un retard du diagnostic et du traitement, comme la possibilité de ne pas détecter une torsion ovarienne ou une tumeur chez un homme transgenre ou l'absence de diagnostic d'une pathologie prostatique chez une femme transgenre (10, 11). Dans ses formes les plus sévères, la discrimination exercée par les professionnels de santé a été à l'origine de décès de patients pour des pathologies potentiellement soignables, en raison du refus des professionnels de santé de soigner des individus transgenres (12, 13).

Bien que les termes listés plus haut puissent ne pas être familiers à certains soignants, reconnaître et affirmer les noms, pronoms et membres de la famille des patients est le fondement de la fourniture de soins affirmatifs aux patients qui s'identifient LGBTQ+. Traditionnellement, la formation des professionnels de santé contient peu ou pas de données concernant les soins aux personnes qui peuvent s'identifier LGBTQ+. En résultat, les communautés LGBTQ+ ont été marginalisées par le système de santé et les établissements médicaux. L'expérience de stigmatisation et de discrimination, tant dans le contexte des soins médicaux qu'en dehors, a induit à la fois une sévère douleur psychologique et divers problèmes de santé. C'est tout particulièrement le cas dans le domaine de la santé sexuelle, reproductive et mentale. Un suivi médical affirmatif, incluant des pronoms et noms affirmatifs et reconnaissant les familles et les communautés des patients, peut aider à limiter l'impact de la stigmatisation et à améliorer la santé (14).

## Considérations générales

- L'apparence extérieure peut ne pas être conforme à l'identité de genre. Ne pas supposer qu'une personne ayant l'apparence d'une femme s'identifie comme une femme ou est intéressée par l'alimentation au sein / sur la poitrine (15).
- Veiller à s'adresser aux personnes par les noms et pronoms qu'ils ont choisis. Pour les connaître, il faut les demander.
  - L'introduction auprès d'un patient peut inclure le nom du soignant, ce qui pourra mettre le patient plus à l'aise pour donner son propre nom (par exemple « Mon nom est Dr X, j'utilise le pronom elle/il »).
  - Pronoms essentiellement masculins : lui, il, son, le sien, lui-même.
  - Pronoms essentiellement féminins : elle, sa, la sienne, elle-même.
  - Pronoms neutres sur le plan du genre : eux, les leurs, eux-mêmes ; iel, ael, uel, lo, ol...
- Les patients peuvent également utiliser des termes différents dans le cadre du parentage (maman/mère, papa/père, parent, etc.) et de la lactation (allaitement, alimentation sur la poitrine, lactation, etc.). Il est plus respectueux de veiller à ce que les patients aient l'opportunité d'identifier les mots qu'ils souhaitent voir utilisés pendant la consultation au début de cette consultation.
- Se tromper de genre ou appeler un patient par un nom, un pronom ou un terme de parentage autre que le nom/pronom qu'il utilise pour se qualifier est blessant pour le patient. Lorsque c'est intentionnel, cela aura un impact négatif sur la relation patient/soignant et mettra la santé du patient en danger. Lorsque cela n'est pas intentionnel, il est recommandé de reconnaître l'erreur, de corriger le pronom, et de poursuivre la consultation en utilisant les noms et pronoms corrects. Il est bon que l'erreur soit reconnue afin que l'individu se sente respecté, mais porter une attention prolongée à l'erreur pourra détourner l'attention du soignant de la nécessité d'apporter des soins médicaux appropriés et affirmatifs.

## Créer un environnement de soins médicaux respectueux.

Il existe de nombreuses opportunités pour les systèmes de santé, les hôpitaux et les consultations d'assurer des soins affirmatifs aux personnes LGBTQ+. Les erreurs d'un professionnel de santé et d'une équipe médicale en matière de genre ou d'orientation sexuelle d'un individu peuvent être minimisées en améliorant la formation et en offrant des systèmes et de la documentation inclusive. Par exemple, les formulaires d'accueil devraient être mis à jour pour inclure davantage d'options pour le genre, les pronoms et l'orientation sexuelle. Les toilettes avec mention « hommes » et « femmes » peuvent poser un problème aux personnes de genre expansif ou aux

transgenres. Cela peut obliger un individu à utiliser des toilettes qui sont moins accessibles ou peu sûres au lieu d'en utiliser qui sont alignées sur son identité de genre, ce qui engendre un risque de violences pour les personnes transgenres (16). Avoir des toilettes neutres (ou monopostes) limite le problème et constitue un aspect important de soins respectueux. Afficher des signes ou des affirmations d'inclusivité est un moyen subtil mais efficace de reconnaître les personnes présentant des diversités de genre et d'orientation sexuelle (17, 18). La confidentialité du patient est un autre fondement des soins aux LGBTQ+, dans la mesure où leur famille et leurs amis peuvent ne pas être au courant de leur identité de genre et/ou de leur orientation sexuelle. Divulguer cette information peut compromettre la sécurité du patient. Il est donc important de demander au patient ce qu'il vous est possible de divulguer si vous avez besoin de parler à d'autres personnes qui font partie de leur vie. Bien que cette liste ne soit pas exhaustive, d'autres considérations incluent :

- Des considérations sur le nom que la consultation ou l'organisation dans laquelle la personne recherche des soins utilisera (éviter les termes genrés tels que « femme », « maternel », et « maman » et privilégier des termes plus inclusifs tels que « parent », « prénatal », « grossesse », « reproductive » ou « lactation »).
- Inscrire le nom et le genre affirmés plutôt que légal sur les documents tels que les rendez-vous imprimés et les bracelets du patient.
- Éviter les préfixes et les pronoms genrés lorsque le genre d'une personne est inconnu (par exemple, utiliser le nom et le prénom donnés par le patient ou une autre forme non genrée au lieu de M/Mme X).

## Impact des soins médicaux en rapport avec la transition sur la grossesse et l'allaitement/l'alimentation sur la poitrine

Les personnes transgenres et de sexe expansif pourront rechercher des traitements médicaux et/ou chirurgicaux d'affirmation de leur genre pour aider à aligner leur apparence physique sur leur identité de genre. Ces traitements peuvent débuter en début d'adolescence pour supprimer la puberté. La thérapie hormonale pour les personnes transgenres est typiquement soit masculinisante, soit féminisante.

- Suppression de la puberté et timing des traitements d'affirmation du genre : un agoniste de l'hormone de libération des gonadotrophines (GnRH) peut être utilisé en début d'adolescence chez des jeunes soigneusement sélectionnés pour stopper temporairement le développement des caractères sexuels secondaires caractéristiques, diminuer la dysphorie de genre et laisser le temps de prendre des décisions concernant les traitements d'affirmation du genre. L'utilisation d'un GnRH stoppe le développement des caractéristiques sexuelles secondaires irréversibles, mais prévient également la maturation des ovocytes primaires et des spermatogonies (19). Concernant les adolescents qui passent d'un traitement par GnRH à des hormones de changement de sexe, il n'existe aucune étude sur la possibilité d'une future fertilité.
- Pour les personnes transgenres qui souhaitent préserver leur fertilité et/ou leur capacité d'allaiter / de nourrir sur la poitrine, décider du moment auquel débuter un traitement d'affirmation du genre pourra être difficile. Par exemple, retarder une chirurgie de reconstruction de la poitrine (affirmation du passage de genre femme vers homme, « top surgery » ou « chirurgie du torse ») pour un homme trans jusqu'à la fin de l'allaitement / alimentation sur la poitrine pourra prolonger pendant plusieurs années une dysphorie de genre stressante (3). Outre le risque de la poursuite de la dysphorie de genre, une autre difficulté est le manque de données sur l'impact d'un traitement hormonal post-pubère sur la fertilité, incluant la possibilité d'une infertilité (19, 20). La préservation de la fertilité suscite un intérêt croissant et de nouvelles méthodes sont en cours d'étude (19). Diverses formes de préservation de la fertilité existent (comme l'extraction et le stockage du sperme testiculaire, le prélèvement et le stockage d'ovocytes, la cryogénéisation de tissu ovarien), et cela devrait être discuté avec les personnes avant de débuter des traitements susceptibles d'affecter la fertilité (19, 21, 22).
- Les traitements et pratiques féminisantes. La thérapie hormonale pour les femmes trans et les personnes trans féminines inclut typiquement un œstrogène et un anti-androgène (tel que la spironolactone), et peut également inclure un progestatif. Le traitement oestrogénique va induire le développement du tissu mammaire (21, 23, 24). Il existe un cas publié et plusieurs rapports anecdotiques de femmes trans ayant induit une lactation (voir la section sur la lactation induite et la colactation) et ayant produit du lait. L'augmentation mammaire chez les femmes trans peut masquer un développement inadéquat du tissu mammaire ou induire une atrophie par pression du tissu restant. Elle peut également augmenter le risque d'engorgement pendant la lactation induite.
- Les traitements et pratiques masculinisantes. La prise de testostérone chez les hommes transgenres et les personnes trans masculines supprime la production endogène d'œstrogène, ce qui peut induire une atrophie des tissus mammaires sous influence œstrogénique (25). Les hommes trans qui sont des parents gestationnels devront généralement suspendre la prise de testostérone pendant la grossesse. Cette suspension pourra être poursuivie après la naissance si une lactation est souhaitée. Par ailleurs, les hommes trans peuvent pratiquer le

bandage de la poitrine (port d'un bandage serré pour donner l'apparence d'une poitrine plate). Cela peut induire une atrophie de compression, et augmenter le risque d'engorgement et de faible production lactée. Enfin, les hommes trans qui ont subi une chirurgie de la poitrine pourront ou ne pourront pas avoir la capacité d'allaiter. Les techniques chirurgicales pour ce type d'intervention varient largement, depuis une mastectomie bilatérale totale avec réduction de la taille du complexe aréolo-mamelonnaire (CAM) jusqu'à une réduction mammaire avec préservation du CAM et d'un pédicule neurovasculaire intact. Ces techniques peuvent induire des différences dans le parenchyme mammaire résiduel en fonction des individus. Par ailleurs, si le mamelon est totalement enlevé puis rattaché, l'anatomie ductale est moins susceptible de se régénérer et de permettre une lactation que lorsque le CAM est préservé (26). Les techniques moderne de tatouage du CAM peuvent donner l'apparence d'un CAM naturel, mais le résultat est uniquement cosmétique.

- La dysphorie de genre comme résultat des soins en matière de lactation : Tout traitement qui altère le milieu hormonal des patients trans peut augmenter leur dysphorie de genre. Cela peut s'ajouter à une éventuelle souffrance résultant des soins autour de la fertilité et de la grossesse. Par exemple, lorsqu'un homme trans est en cours de gestation, il présentera des modifications hormonales liées à l'arrêt de la prise de testostérone et au déroulement de la grossesse elle-même, ce qui pourra être stressant, et il pourra avoir des émotions négatives en rapport avec les modifications de sa poitrine. Être sensible au vécu des patients implique de les soutenir dans leur décision de reprendre leur traitement hormonal d'affirmation du genre après la naissance, incluant la décision de ne pas allaiter.

## Les options de fertilité

Les options reproductives pour les personnes LGBTQ+ dépendent des préférences personnelles des personnes impliquées, de leur gonades et de leurs organes sexuels et de ceux de leur partenaire, des thérapies passées et présentes qui peuvent affecter leur fertilité, de leur accès à des spécialistes en matière d'endocrinologie reproductive et d'infertilité, de leurs finances et de ce qui est couvert par leur assurance maladie, ainsi que de la législation locale (27, 28). La fertilité et les objectifs en matière de procréation varient grandement d'une personne à l'autre, et les suppositions en la matière doivent être évitées (29-31). Bien que cela puisse être un sujet sensible et que les professionnels de santé puissent être mal à l'aise au sujet de leurs propres connaissances, il est important de fournir des informations sur les possibilités et d'être informé sur les ressources locales et les restrictions légales. Les patients pourront hésiter à parler de leurs objectifs ou de leurs questions par crainte de discrimination ou de violences (6, 29). En conséquence, les parents et les enfants pourront souffrir des conséquences négatives pendant cette période de vulnérabilité.

- Si aucun des partenaires n'a la possibilité de concevoir ou qu'aucun d'entre eux ne désire mener à bien une grossesse, leurs options incluent la maternité de substitution (formelle ou informelle, avec le sperme ou l'ovocyte d'un parent ou des deux ou provenant d'un donneur) ou l'adoption (32).
- Si au moins un des deux partenaires a la possibilité de concevoir (personne ayant un utérus et un climat hormonal approprié) et souhaite mener à bien une grossesse, les partenaires peuvent :
  - Concevoir via un rapport sexuel avec pénétration (pénis dans le vagin), une insémination intra-utérine ou une fertilisation in vitro ;
  - Avoir recours au don de sperme (formel ou informel) ; ou
  - Avoir recours à un don d'ovocyte provenant du partenaire ou d'une donneuse.

## Lactation induite et colactation

Certains parents LGBTQ+ pourront souhaiter induire une lactation, à savoir démarrer la production de lait en l'absence de grossesse. Il existe un certain nombre de rapports anecdotiques et un cas publié de femme trans (sous thérapie hormonale de remplacement – STHR) ayant réussi à induire une lactation (33). Concernant l'induction d'une lactation chez des parents LGBTQ+, nous recommandons les points suivants, à partir de notre expérience et des informations limitées publiées :

- Ne pas supposer qu'une personne qui a des seins saura que l'induction d'une lactation est une option, ni qu'elle désirera induire une lactation. Fournir plutôt des informations sur les possibilités, et poser des questions ouvertes telles que « Quel est votre point de vue sur l'alimentation de votre enfant » et « Avez-vous envisagé une lactation induite ? »
- Conseiller la famille au sujet du stress et du maintien de la santé mentale et des relations (34). Induire une lactation peut être difficile et demande du temps et des efforts, ce qui peut augmenter le niveau de stress dans la famille (35). De plus, il n'existe aucune étude publiée sur le taux de réussite. Le stress parental a des

conséquences neurodéveloppementales sur les enfants, et les bénéfices du lait humain doivent être pesés par rapport aux risques (36).

- Il n'existe aucun conseil standard sur la lactation induite dans n'importe quelle population de patients. Différentes méthodes ont été utilisées pour induire une lactation, incluant la visualisation/méditation, l'expression manuelle ou avec un tire-lait, la mise au sein ou sur la poitrine de l'enfant, et la prise de contraceptifs oraux suivie par un sevrage de ces hormones combinée avec la prise de galactogènes et l'expression du lait (voir le protocole de l'ABM #9 : Utilisation des galactogènes pour l'induction ou l'augmentation de la sécrétion lactée, seconde révision, 2018 – 37) (33, 35, 38).
- Induire une lactation peut être beaucoup plus difficile pour les personnes transgenres. En pareil cas, on prend généralement en compte 3 facteurs : l'imprégnation hormonale du tissu mammaire, la sécrétion de prolactine, et le sevrage hormonal avec expression du lait.
  - *Imprégnation hormonale.* Le climat hormonal du tissu mammaire chez les personnes non gestantes assignées de sexe féminin à la naissance (ASFN) implique souvent la prise d'un contraceptif oral combinant un œstrogène et un progestatif (par exemple éthynyl oestradiol et norgestimate) pris en continu pendant des mois sans phases menstruelles (pilules placebo). Les patients assignés de sexe masculin à la naissance (ASMN) qui ont fait leur transition seront probablement déjà sous traitement incluant un œstrogène, de la progestérone et un anti-androgène (souvent la spironolactone) s'ils n'ont pas eu d'orchidectomie bilatérale. En fonction de la durée depuis laquelle ils ont été traités, les patients présenteront une croissance du tissu mammaire. Si le patient souhaite induire une lactation, on a supposé que le climat hormonal du milieu de la grossesse devrait être créé pendant une période approximativement similaire à celle d'une lactation induite chez une personne ASFN non gestante, soit 3 à 6 mois. Les doses d'œstrogène et de progestérone pourront être augmentées progressivement en fonction de la tolérance jusqu'à 8-12 mg d'œstrogène et 400 mg de progestérone quotidiennement pendant la phase de simulation, comme décrit dans la présentation de cas de Reisman (33). Les risques, en particulier celui de caillots avec des doses élevées d'œstrogène, devraient être discutés. Des tests en laboratoire pour mesurer le taux sérique ont été effectués, mais ils pourront ou non être utiles pour guider le traitement. Un guide plus utile pourra être les symptômes vécus par le patient sur le plan des changements au niveau des seins/de la poitrine. À ce stade, de nombreux professionnels de santé recommandent la stimulation des mamelons et des aréoles et une expression manuelle douce une à trois fois par jour.
  - *Sécrétion de prolactine.* La sécrétion de prolactine est généralement obtenue avec des galactogènes qui peuvent être utilisés pendant la phase de stimulation hormonale (voir ci-dessus) ou la phase d'expression (voir ci-dessous). Les protocoles traditionnels d'induction de la lactation utilisent ces médicaments pendant le processus d'induction de la lactation, même si cette utilisation ne repose sur aucune donnée scientifique. La dompéridone est le produit pour lequel il existe le plus de données concernant la réussite de l'induction d'une lactation, et le seul cas publié de réussite de l'induction d'une lactation portait sur une femme transgenre qui a utilisé ce produit (33). Il n'est pas approuvé par la FDA pour cette indication aux États-Unis. La prise de métoclopramide ou de plantes galactogènes peut également être tentée. Le coût, les risques et les effets secondaires de certains de ces traitements peuvent limiter la capacité d'un patient à les prendre au long cours.
  - *Expression :* En général, l'arrêt de la prise de doses élevées d'œstrogène et de progestérone pendant la phase d'expression devrait survenir un mois avant que l'enfant ait besoin d'être nourri. La personne peut reprendre sa posologie d'œstrogène et de progestérone de base. Alternativement, comme dans le rapport de cas de Reisman (33), l'œstrogène peut même être abaissé encore davantage (patch d'œstradiol à 0,025 mg). Les effets secondaires de la baisse de l'œstrogène à ce niveau doivent être pris en compte si la personne se portait bien auparavant en prenant des doses plus élevées. Pendant cette phase, on commence à exprimer manuellement ou au tire-lait, la fréquence d'expression étant augmentée progressivement à 5-10 minutes d'expression 6-8 fois par jour. Un professionnel compétent informera les personnes sur le choix d'une tétérille de taille adaptée et sur la technique de l'expression. L'expression au tire-lait sans que du lait sorte peut être inconfortable, et des lubrifiants peuvent être utilisés sur la tétérille (comme de la lanoline, de l'huile de coco ou des sprays spéciaux pour l'expression) afin de diminuer la friction. Si le lait exprimé n'est pas utilisé, il peut être congelé dans des seringues fermées.
  - Si un enfant doit être mis au sein / sur la poitrine pendant la phase d'expression, qu'une production lactée suffisante soit ou non en place, un tube peut être posé sur le sein/la poitrine pour donner des suppléments afin d'encourager l'enfant à continuer à téter.
- Les liens affectifs doivent être discutés en tant que bénéfices de l'alimentation sur la poitrine et de l'allaitement. Nourrir ou réconforter un enfant avec son corps a été rapporté comme ayant une valeur significative pour les personnes qui ont une faible production lactée.

Certains parents pourront envisager une colactation si un ou plusieurs parents induisent une lactation, ou parce qu'un parent a déjà nourri un enfant précédent ou est encore en cours de lactation lorsque son partenaire donne naissance. De plus, il existe des familles et des relations dans lesquelles il y a plus de deux parents, et la colactation pourra recouvrir le partage de lait dans un groupe plus important. Si une famille envisage une colactation :

- *Discuter des attentes et des objectifs*
  - Informer les parents sur le fait qu'il est peu probable que la colactation diminue la charge de travail du parent gestationnel. Cela peut être une idée fautive sur la colactation.
  - Les autres tâches (incluant les tâches ménagères, le travail/salaire et les soins à l'enfant) devraient être discutées et toutes les ressources de la famille/communauté devraient être identifiées, en particulier pendant les 2 premières semaines qui suivent la naissance.
  - Discuter des objectifs des parents concernant la colactation. Certaines questions spécifiques que les parents doivent prendre en compte sont : qui pratiquera le peau à peau immédiatement après la naissance, qui nourrira l'enfant et quand, et comment maintenir de multiples productions lactées ?
  - L'appendice A1 propose un exemple de planning de colactation qui peut être adapté à des parents individuels et qui peut être créé et partagé avec les professionnels de santé avant la naissance.
- *Soutenir la production lactée et la santé de l'enfant*
  - Tous les parents allaitants ont besoin de maintenir une production lactée en nourrissant l'enfant ou en exprimant le lait.
  - Soutenir la production lactée chez tous les parents allaitants en exprimant le lait 6 à 8 fois par jour et avec des galactogènes comme détaillé dans le protocole #9 de l'ABM.
  - Lorsque c'est possible, envisager de donner en priorité le colostrum du parent gestationnel, étant donné la spécificité du colostrum pour le nouveau-né. La production de colostrum par le parent de naissance débute pendant le second trimestre de la grossesse (39).

Les situations d'adoption ou de mère porteuse peuvent être rendues plus compliquées si la naissance survient dans une région différente de celle dans laquelle résident les futurs parents, dans un hôpital inconnu, ou dans un service qui n'a pas de soutien à la lactation adéquat pour les personnes LGBTQ+. Le professionnel en matière d'allaitement peut être un médiateur important dans cette interaction. En particulier, avant la naissance :

- Envisager de tester pour les infections transmissibles pendant l'induction de la lactation ou lorsqu'un parent non gestationnel souhaite donner du lait. Ces examens biologiques sont recommandés en routine dans le cadre du suivi prénatal qui servent de guide pour la gestion de la grossesse et de la lactation. De plus, une naissance en hôpital peut impliquer qu'on demande au parent de passer des tests biologiques avant qu'on lui permette de donner son lait. Les tests suivants sont à envisager : VIH, syphilis, hépatite B et C (afin de donner des conseils appropriés en cas de lésions des mamelons / de sang dans le lait) et tuberculose dans les régions à haut risque. La recherche du cytomégalo virus chez les parents gestationnels et/ou dans le lait humain est effectuée par certains services de néonatalogie et peut être envisagée, en particulier pour les enfants nés à < 32 semaines de gestation. Les lactariums testent le lait pour le Human T-lymphotropic virus types 1 et II (HTLV I et II), et ce test peut aussi être envisagé, en particulier dans les zones d'endémie (40). Bien que ces suggestions soient médicalement appropriées, cela pourra être considéré comme insultant pour les parents qui peuvent trouver cela stigmatisant. Toutefois, les parents allaitants non gestationnels pourront être rassurés de savoir que ces tests sont effectués en routine chez les parents gestationnels et les personnes qui donnent du lait.
- Les seins / la poitrine des parents devraient être examinés à la recherche d'herpès, et le parent doit s'entendre conseiller de ne pas nourrir l'enfant ou tirer son lait pendant une poussée d'herpès sur les mamelons, les aréoles ou la peau qui viendra en contact avec la tétérèlle du tire-lait ou les mains en cas d'expression manuelle.
- Avec le consentement du parent, contacter un(e) consultant(e) en lactation ou une personne ressource en matière d'allaitement dans l'hôpital où doit avoir lieu la naissance ; cela pourra encourager l'utilisation du nom et du pronom adéquats, une discussion sur le statut lactant du parent fournissant le lait, et une discussion concernant l'aide pour l'alimentation au sein / sur la poitrine si cela est désiré par le parent (comme le don de suppléments à l'aide d'un tube posé sur le sein / la poitrine, la supplémentation, etc.).

## Naissance, planning de naissance, et allaitement / alimentation sur la poitrine

Le vécu de la naissance par des parents LGBTQ+ peut être complexe socialement si le service où elle a lieu n'est pas préparé à travailler avec des familles de genre et d'orientation sexuelle variés. De plus, ces familles peuvent avoir expérimenté des discriminations, des soins suboptimaux et/ou des traumatismes dans le cadre des services de santé (6-8, 41). En pareil cas, l'équipe de soutien à l'allaitement a l'opportunité unique d'être préparée, respectueuse et bienveillante.

- Quelle que soit l'expérience antérieure d'une famille, les familles incluant des personnes LGBTQ+ devraient recevoir des soins standards appropriés pour promouvoir l'alimentation avec du lait humain, incluant le don prénatal d'informations, la mise en peau à peau immédiatement après la naissance, la cohabitation mère-enfant, l'alimentation à la demande et un suivi approprié (voir le Protocole #5 de l'ABM – 42). Les conseils standards sur l'allaitement exclusif peuvent avoir besoin d'adaptations en fonction des attentes sur la production lactée d'un parent non gestationnel et de si un parent gestationnel fournit du lait. Par exemple, une production suffisante n'est habituellement pas obtenue en cas d'induction de la lactation ou après une chirurgie de la poitrine. Les parents devront donc être encouragés à fournir autant de lait humain que possible, et être informés sur les indications pour une supplémentation, le type de lait à donner et les méthodes de supplémentation, et ils auront besoin d'un suivi étroit.
- Si deux ou davantage de membres de la famille planifient d'allaiter / de nourrir sur la poitrine :
  - Mettre au point avec les personnes concernées un planning sur les préférences pour l'alimentation.
  - Déterminer quel parent pratiquera le peau à peau et nourrira l'enfant pendant le séjour en maternité, avec l'aide de toutes les personnes fournissant du lait (Appendice A1).
  - Tous les parents allaitants devraient être interrogés sur leur santé et leur prise de médicament à la recherche d'un éventuel impact sur la lactation ou la santé de l'enfant.
- L'intimité peut être un problème. Les soignants et les consultant(e)s en lactation devraient savoir que certains patients transgenres ou de genre expansif peuvent présenter une dysphorie concernant leur corps, des cicatrices chirurgicales, ou avoir expérimenté des traumatismes, des abus et des violences. L'intimité pendant les examens, l'alimentation et l'aide à la mise au sein peut être très importante pour la famille et devrait être respectée. Une approche sans les mains pour l'aide à la lactation devrait également être envisagée si cela est préféré par la famille.
- Les préoccupations concernant la mise au sein incluent le fait de travailler avec le contour de l'aréole / de la poitrine, la flexibilité de la poitrine / du sein, une bonne position, et l'utilisation de dispositifs d'aide :
  - Pour les hommes trans qui ont eu une chirurgie de la poitrine, ou pour les femmes trans qui ont eu une augmentation mammaire, le tissu mammaire peut être moins flexible et l'aréole peut être plate. Si une mise au sein est désirée et que l'enfant n'arrive pas à prendre le sein, l'utilisation d'un bout de sein peut être envisagée. Certains bouts de sein ont une tétine similaire à une tétine de biberon, ce qui aidera davantage l'enfant à téter, en particulier si le tissu n'est pas flexible et ne rentre pas dans un bout de sein standard.
  - La position de l'enfant chez les hommes trans qui ont eu une chirurgie de la poitrine pourra être plus haute sur le corps du parent, dans la mesure où le sein ne pend généralement pas sur la poitrine. Des oreillers supplémentaires pourront être nécessaire.
  - Chez tout patient qui a des problèmes de mise au sein, une autre approche est de former le tissu du sein / de la poitrine avec les mains pour encourager l'enfant à téter. Comme pour tout patient, une approche sans les mains ou en mettant la main sur celle du patient est plus efficace pour l'apprentissage et préférée par la majorité des patients.
  - Chez les patients ayant une faible production lactée, un tube peut être utilisé sur le sein pour donner les suppléments, en le reliant à un biberon, une seringue, ou un dispositif d'aide à la lactation spécifiquement conçu pour donner des suppléments de lait humain ou de préparation pour nourrissons, afin de nourrir l'enfant en même temps qu'il stimule la poitrine du parent et reçoit son lait. L'extrémité du tube devrait atteindre la pointe du mamelon et le tube doit être sécurisé en le fixant sur la poitrine avec du sparadrap. Le tube peut passer à l'intérieur ou à l'extérieur d'un bout de sein. Il n'existe aucune étude publiée sur la meilleure méthode d'utilisation de ces appareils.

## Autres considérations pendant le séjour en maternité et en néonatalogie

Les familles LGBTQ+ rencontrent des difficultés spéciales dans le cadre des services de néonatalogie. Tout d'abord, le personnel est plus nombreux et il comprend davantage de personnes que les professionnels de santé courants et les infirmières. Cela, à quoi s'ajoute les fréquents changements de personnel, rend plus difficile de veiller à ce que tout le staff impliqué soit averti des relations familiales et des pronoms/noms affirmés. De plus, de nombreux services de néonatalogie fonctionnent dans un cadre universitaire, ce qui expose les parents LGBTQ+ à des étudiants en médecine, des internes et des assistants qui ont des degrés variables de formation dans les soins médicaux culturellement acceptables. D'après des études qualitatives préliminaires avec des parents LGBTQ+, les interactions avec le staff jouent un rôle majeur dans la globalité de l'expérience parentale. Ces interactions commencent avec l'accueil et se poursuivent jusqu'à la sortie<sup>\*</sup>. Comme décrit plus haut, mais cela est augmenté par les chambres pour plusieurs patients, l'absence d'intimité peut être un obstacle supplémentaire à l'alimentation au

<sup>\*</sup> Jackson J, Dadiz R. (2020). LGBTQI Parent Experience with Newborn Nutrition. Unpublished raw data.



sein / sur la poitrine pour des parents souffrant de dysphorie de genre ou ayant des antécédents de traumatismes ou d'abus.

De plus, les familles LGBTQ+ rencontrent les mêmes obstacles que les autres à l'occasion des tentatives de mise au sein / sur la poitrine en néonatalogie, ce qui inclut le fait de dépendre des tire-lait pour débiter et maintenir une production lactée, les difficultés à établir une mise en peau à peau en raison des appareils nécessités par l'enfant (comme une intubation endotrachéale, une ventilation mécanique et une voie centrale), les difficultés pour nourrir un prématuré qui a de faibles réflexes alimentaires et de faibles compétences orales, et les divers autres problèmes induits par le fait d'avoir un enfant hospitalisé (financiers, familiaux, de soutien, émotionnels, d'activité professionnelle, de transport, etc.).

Les points suivants pourront être utiles aux familles s'identifiant comme LGBTQ+ en néonatalogie, ainsi que dans tout cadre institutionnel :

- Veiller à ce que les formulaires de collecte de données utilisent un langage inclusif (comme « parent 1, parent 2 » au lieu de « mère, père »).
- Veiller à ce que l'encadrement souligne la nécessité d'un langage inclusif et respectueux en tout temps. Cela inclura souvent la nécessité d'une formation préalable, une transmission claire des données entre les changements d'équipe impliquant différents soignants, et l'absence de tolérance pour tout comportement discourtois.
- Utiliser les connaissances pour les présentations, demander quels pronoms utiliser, quels mots la famille souhaite utiliser pour le parentage, l'alimentation, et veiller à ce que ces préférences soient clairement portées à la connaissance des soignants afin que le poids d'une information répétitive ne soit pas placé sur les familles.
- Veiller à ce que les questions des parents soient prises en compte et que tous les parents soient inclus dans la prise de décisions médicales (8, 41).

## Lait humain provenant d'un lactarium et partage informel de lait humain

De multiples sources confirment que le lait humain provenant d'un lactarium est une source sûre et efficace de nutrition pour les prématurés de poids de naissance extrêmement bas, les prématurés de très petit poids de naissance ou les enfants souffrant de problèmes médicaux complexes (43, 44). Malheureusement, dans de nombreux pays, du lait humain provenant d'un lactarium n'est pas disponible, ou disponible uniquement pour les enfants à haut risque, ou à un coût prohibitif. Les familles LGBTQ+ sont donc désavantagées lorsqu'elles sont incapables de produire leur propre lait humain. Suite à cela, le partage informel de lait humain est populaire chez les parents LGBTQ+ (45). L'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP) ne soutient pas le partage informel de lait humain en raison de l'impossibilité d'évaluer les risques (43). Toutefois, l'ABM reconnaît les risques et les bénéfices du partage informel de lait humain et suggère un bilan médical de la donneuse et des pratiques sûres de manipulation du lait afin de maximiser la sécurité (46). Tant l'AAP que l'ABM déconseillent le partage de lait humain via des sites Internet.

## Sources de soutien

Il existe peu de ressources pour soutenir les familles LGBTQ+ et les professionnels de santé qui les suivent pendant la grossesse et la lactation, mais elles sont en augmentation. Malheureusement, les ressources sur le parentage et la lactation restent hétéro- et cisnormatives et se focalisent explicitement sur la mère lorsqu'elles parlent d'allaitement et de lactation. Elles ne proposent habituellement pas des discussions ou une inclusion d'autres types de familles et de parents. Les parents LGBTQ+ ont fait part de leur impression négative des livres sur l'allaitement et des applications téléphoniques en raison de leur normativité de genre.

- Les ressources écrites incluant la lactation :
  - Where's the Mother ? : Stories from a Transgender Dad by Trevor MacDonald (3)
- Online supports
  - Utilisation croissante de Facebook et des groupes sur les médias sociaux pour obtenir du soutien
    - Online milk sharing communities (par exemple Milk-Share, Eats on Feets)
    - « Birthing and Breast or Chestfeeding Trans People and Allies Facebook Group »
    - On peut réussir à trouver d'autres sources en utilisant les termes de recherche « trans » ou « LGBTQ » et « allaitement » ou « parentage ».

- Liste de diffusion sur Internet pour les mères lesbiennes, bisexuelles et transgenres, voir Lev et al, 2005 (47).
- Allaitement et parentage selon la perspective transgenre (milkjunkies.net).
- Pour les professionnels de santé
  - GOLD learning online : Jaye Simpson « LGBTQ Parents and Lactation – An Exploration in LGBTQ Culture », disponible à l'adresse : <https://www.goldlearning.com/lecture/221>.
- Pour les organisations professionnelles :
  - World Professional Association for Transgender Health.
  - La Leche League International, <https://www.llli.org/breastfeeding-info/transgender-non-binary-parents/>.
- Réunions de groupes de soutien :
  - Le soutien par les pairs est un important facteur prédictif du succès des parents en matière d'atteinte de leurs objectifs personnels d'allaitement (48). Les parents trans et les autres familles LGBTQ+ peuvent déjà se sentir isolés, en particulier s'ils ne connaissent pas d'autres familles LGBTQ+ (28).

## Futures recherches

Il existe des lacunes importantes dans ce domaine. Dans le futur, il est peu probable que le fait de regrouper l'orientation sexuelle et l'identité de genre favorisera des recherches appropriées ou des recommandations pratiques. On peut donc suggérer d'examiner les divers sous-groupes de la communauté LGBTQ+ pour les futures recherches. En particulier, il est nécessaire de mener des études sur la production lactée chez les parents qui ont subi des chirurgies d'affirmation du genre et chez ceux qui ont induit une lactation. Dans la mesure où c'est un nouveau domaine et où les recherches sont en augmentation et en raison de la négligence et de la discrimination de la communauté LGBTQ+, il est fortement recommandé que les futures recherches incluent la participation de cette communauté, avec des études qualitatives portant sur l'information et le soutien.

## Déclaration d'intérêts

C.B.R.-C. est consultante pour May & Meadow, une start-up de biotechnologie. Les autres auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt financier.

## Informations sur le financement

Aucun financement n'a été perçu pour la création de ce protocole.

## Références

1. Terminology and Definitions. UCSF transgender care. 2016. Disponible à <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/terminology> (consulté le 20 novembre 2019).
2. Glossary of LGBT terms for Health Care Teams. National LGBT Health Education Center. Fenway Institute. 2017. Disponible à <https://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/2018/03/Glossary-2018-English-update-1.pdf> (consulté le 20 novembre 2019).
3. MacDonald T. Where's the Mother ? Stories from a Transgender Dad. Trans Canada Press, 2016.
4. World Health Organization, 2018. The ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Disponible à <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (consulté le 2 avril 2020).
5. Tasker F. Lesbian mothers, gay fathers, and their children : A review. *J Dev Behav Pediatr* 2005;26:224-240.
6. James SE, Herman JL, Rankin S, et al. Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality, 2016. Disponible à <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf> (consulté le 2 avril 2020).
7. Daniel H, Butkus R. Health and Public Policy Committee of American College of Physicians. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health disparities: Executive summary of a policy position paper from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2015;163:135-137.
8. Wells MB, Lang SN. Supporting same-sex mothers in the Nordic child health field : A systematic literature review and meta-synthesis of the most gender equal countries. *J Clin Nurs* 2016;25:3469-3483.
9. Grant JM, Lisa AM, Justin T, et al. Injustice at Every Turn : A Report of the National Transgender Discrimination Survey. Washington : National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, 2011.

10. Davis K. Southern Comfort. HBO Theatrical Documentary Presentations. Released 2001 at the Film Forum, New York, NY. Film. Disponible à [https://tubitv.com/movies/319922/southern\\_comfort?utm\\_source=google-feed&tracking=google-feed](https://tubitv.com/movies/319922/southern_comfort?utm_source=google-feed&tracking=google-feed) (consulté le 9 septembre 2019).
11. Braun H, Nash R, Tangpricha V, et al. Cancer in transgender people : Evidence and methodological considerations. *Epidemiol Rev* 2017;39:93-107.
12. Abbott TB. SOUTHERN COMFORT. *Queer Stud Media Pop Culture* 2018;3:403+.
13. Fernandez ME. Death Suit Costs City \$2.9 million. *Washington Post*. 1998. Disponible à <https://www.washingtonpost.com/archive/local/1998/12/12/death-suit-costs-city-29-million/b8ab4d34-1907-463c-b5d5-64ec00dee2a1/> (consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2019).
14. Makadon HJ, Mayer KH, Potter J, Goldhammer H, eds. *The Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health*, 2nd Edition. Philadelphia : American College of Physicians, 2015.
15. Chetwynd EM, Facelli V. Lactation support for LGBTQ+ families. *J Hum Lact* 2019;35:244–247.
16. Rushin S, Carroll J. Bathroom Laws as Status Crimes, 86 *Fordham L. Rev* 1. 2017. Disponible à : <https://ir.lawnet.fordham.edu/flr/vol86/iss1/11> (consulté le 2 avril 2020).
17. Juntereal NA, Spatz DL. Same-sex mothers and lactation. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2019;44:164-169.
18. MacDonald TK. Lactation care for transgender and non-binary patients : Empowering clients and avoiding aversives. *J Hum Lact* 2019;35:223-226.
19. Finlayson C, Johnson EK, Chen D, et al. Proceedings of the working group session on fertility preservation for individuals with gender and sex diversity. *Transgender Health* 2016;1:99-107.
20. Moravek MB. Fertility preservation options for transgender and gender-nonconforming individuals. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2019;31:170-176.
21. Abramowitz J, Tangpricha V. Hormonal management for transfeminine individuals. *Clin Plast Surg* 2018;45:313-317.
22. Maxwell S, Noyes N, Keefe D, et al. Pregnancy outcomes after fertility preservation in transgender men. *Obstet Gynecol* 2017;129:1031-1034.
23. Ellis SA, Dalke L. Midwifery care for transfeminine individuals. *J Midwifery Womens Health* 2019;64:298-311.
24. Wierckx K, Gooren L, T'Sjoen G. Clinical review : Breast development in trans women receiving cross-sex hormones. *J Sex Med* 2014;11:1240-1247.
25. T'Sjoen G, Arcelus J, Gooren L, et al. Endocrinology of transgender medicine. *Endocr Rev* 2019;40:97-117.
26. Kraut RY, Brown E, Korownyk C, et al. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding : Systematic review of observational studies. *PLoS One* 2017;12:e0186591.
27. Kim HH. Family building by same-sex male couples via gestational surrogacy. *Semin Reprod Med* 2017;35:408-414.
28. Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, et al. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstet Gynecol* 2014;124:1120-1127.
29. Hoffkling A, Obedin-Maliver J, Sevelius J. From erasure to opportunity : A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17(Suppl 2):332.
30. MacDonald T, Noel-Weiss J, West D, et al. Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity : A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:106.
31. Wolfe-Roubatis E, Spatz DL. Transgender men and lactation: What nurses need to know. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2015;40:32-38.
32. Grover SA, Shmorgun Z, Moskovtsev SI, et al. Assisted reproduction in a cohort of same-sex male couples and single men. *Reprod Biomed Online* 2013;27:217-221.
33. Reisman T, Goldstein Z. Case report: Induced lactation in a transgender woman. *Transgend Health* 2018;3:24-26.
34. Appelgren Engström H, Ha"ggström-Nordin E, Borneskog C, et al. Mothers in same-sex relationships describe the process of forming a family as a stressful journey in a heteronormative world : A Swedish grounded theory study. *Matern Child Health J* 2018;22:1444-1450.
35. Wilson E, Perrin MT, Fogleman A, et al. The intricacies of induced lactation for same-sex mothers of an adopted child. *J Hum Lact* 2015;31:64-67.
36. Koutra K, Chatzi L, Bagkeris M, et al. Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48:1335-1345.
37. Brodribb W. ABM Clinical Protocol #9: Use of galactogogues in initiating or augmenting maternal milk production, second revision 2018. *Breastfeed Med* 2018;13:307-314. Disponible à : <https://www.lllfrance.org/vous->

informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1046-9-protocole-des-galactogenes-pour-linduction-ou-laugmentation-de-la-secretion-lactee

38. Szucs KA, Axline SE, Rosenman MB. Induced lactation and exclusive breast milk feeding of adopted premature twins. *J Hum Lact* 2010;26:309-313.
39. Sriraman NK. The nuts and bolts of breastfeeding: Anatomy and physiology of lactation. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2017;47:305-310.
40. Prendergast AJ, Goga AE, Waitt C, et al. Transmission of CMV, HTLV-1, and HIV through breastmilk. *Lancet Child Adolesc Health* 2019;3:264-273.
41. Andersen AE, Moberg C, Bengtsson Tops A, et al. Lesbian, gay and bisexual parents' experiences of nurses' attitudes in child health care – A qualitative study. *J Clin Nurs* 2017;26:5065-5071.
42. Holmes A, 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. Disponible à : <https://www.illfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1022-5-gestion-en-peripartum-de-lallaitemment-chez-la-mere-en-bonne-sante-et-son-enfant-ne-a-terme>
43. Committee on Nutrition; Section on Breastfeeding; Committee on Fetus and Newborn. Donor human milk for the high-risk infant: Preparation, safety, and usage options in the United States. *Pediatrics* 2017;139:pii: e20163440.
44. Coutsoydis I, Adhikari M, Nair N, et al. Feasibility and safety of setting up a donor breastmilk bank in a neonatal prem unit in a resource limited setting: An observational, longitudinal cohort study. *BMC Public Health* 2011;11:356.
45. Palmquist AE, Doehler K. Human milk sharing practices in the U.S. *Matern Child Nutr.* 2016;12:278-290.
46. Sriraman NK, Evans AE, Lawrence R, et al. Academy of Breastfeeding Medicine's 2017 position statement on informal breast milk sharing for the term healthy infant. *Breastfeed Med* 2018;13:2-4. Disponible à : <https://www.illfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1952-le-partage-informel-de-lait-humain-declaration-de-principe-de-l-abm>
47. Lev AI, Dean G, DeFilippis L, et al. Dykes and tykes : A virtual lesbian parenting community. *J Lesbian Stud* 2005;9:8–94.
48. 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.

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. Les auteurs de l'édition de 2012 de ce protocole étaient Anne Montgomery et Thomas W. Hale.

Rita Lynne Ferri, BA, auteur principal

Casey Braitsch Rosen-Carole, MD, MPH, MEd

Jason Jackson, DO

Elizabeth Carreno-Rijo, MD, MPH

Katherine Blumoff Greenberg, MD

*Comité des Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine :*

Michal Young, MD, FABM, Chairperson

Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson

Melissa Bartick, MD, MSc, FABM

Sarah Calhoun, MD

Monica V. Carceles-Fraguas, MD, IBCLC, FABM

Megan Elliott-Rudder, MD

Lori Feldman-Winter, MD, MPH

Laura Rachael Kair, MD, FABM

Susan Lappin, MD

Ilse Larson, MD

Ruth A. Lawrence, MD, FABM

Yvonne Lefort, MD, FABM

Kathleen A. Marinelli, MD, FABM

Nicole Marshall, MD, MCR

Katrina Mitchell, MD, FABM

Catherine Murak, MD

Eliza Myers, MD

Monica Pina, MD

Sarah Reece-Stremtan, MD  
Susan Rothenberg, MD, IBCLC, FABM  
Tricia Schmidt, MD  
Tomoko Seo, MD, FABM  
Christina Smillie, MD, FAAP, IBCLC, FABM  
Natasha Sriraman, MD  
Elizabeth K. Stehel, MD  
Gina Weissman, DMD, RN, IBCLC, FABM  
Nancy Wight, MD  
Adora Wonodi, MD  
Deena Zimmerman, MD, MPH, IBCLC  
Correspondance : [abm@bfmed.org](mailto:abm@bfmed.org)

## Appendice A1. Planning de colactation

(À noter : ce planning est à remplir par le parent gestationnel. Dans le cadre d'un hôpital ou d'une institution, ce devrait être la personne qui devrait donner son consentement pour les choix en matière de santé dans la plupart des cas. Cela implique une relation de parentage avec deux personnes, qui pourra ne pas être applicable. Il pourra donc être nécessaire de l'adapter en fonction des circonstances spécifiques).

Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Planning de colactation de l'enfant

Mon nom est \_\_\_\_\_ et mon souhait est de co-nourrir mon bébé avec (statut du partenaire) \_\_\_\_\_ (nom du partenaire) \_\_\_\_\_.

Les bénéfices de l'alimentation avec du lait humain sont très importants pour nous et notre bébé. Nous aimerions que nos demandes soient soutenues aussi longtemps que cela est sans danger sur le plan médical. Nous aimerions également veiller à ce que ma production lactée soit bien établie, pendant que \_\_\_\_\_ est soutenu(e) pendant l'apprentissage de l'alimentation et de la création du lien avec notre nouveau bébé. Pour cette raison, certains points de notre planning d'alimentation sont les mêmes que pour d'autres personnes, et certains sont différents.

### Soins en routine (cocher toutes les cases souhaitées) :

**Contact peau à peau** : merci de mettre notre bébé en peau à peau sur ma poitrine après la naissance. Merci de faire les bilans et examens sur notre bébé pendant qu'il est en peau à peau lorsque c'est possible.

**Césarienne en urgence** : si je suis incapable de prendre mon bébé en peau à peau après la naissance, merci de permettre à (statut du partenaire) \_\_\_\_\_, (nom du partenaire) \_\_\_\_\_ de le prendre et de le faire téter pour la première fois.

**Allaitement exclusif** : notre objectif est que notre bébé soit exclusivement allaité. Merci de ne pas donner à mon bébé une préparation pour nourrissons avant d'en avoir parlé auparavant avec nous.

**Pas de biberons ni de sucette** : merci de ne pas donner de sucette ou de biberons à notre bébé sans en parler d'abord avec nous.

**Alimentation à la demande** : merci de m'aider à apprendre les signes indiquant que mon bébé a faim et à nourrir mon bébé lorsqu'il est prêt à manger.

**Cohabitation** : merci de m'aider ainsi que mon bébé à rester ensemble dans notre chambre 24 heures sur 24.

### Colactation (cocher toutes les cases souhaitées) :

**Au moment de l'accouchement**, (statut du partenaire) \_\_\_\_\_, (nom du partenaire) \_\_\_\_\_ produit quotidiennement \_\_\_\_\_ ml de lait.

**Le peau à peau initial et la première tétée** seront données par \_\_\_\_\_, si nous en sommes médicalement capables.

**Si je ne suis pas disponible après la naissance** pour pratiquer le peau à peau et la première mise au sein, merci de permettre à (statut du partenaire) \_\_\_\_\_ (nom du partenaire) \_\_\_\_\_ de le pratiquer et de faire téter notre bébé pour la première fois.

**Après la première tétée**, nous souhaitons que \_\_\_\_\_ (nom du parent) soit la principale personne à nourrir le bébé au sein.

**Après la première tétée**, nous souhaitons tous deux nourrir le bébé au sein. Nous savons que dans ce cas la personne qui ne met pas le bébé au sein devra tirer son lait manuellement ou avec un tire-lait, et que la colactation peut induire une baisse de la production lactée. Nous comprenons également que si (statut du partenaire) \_\_\_\_\_ (nom du partenaire) \_\_\_\_\_ ne sécrète pas de lait, un système de supplémentation devra être utilisé. Dans tous les cas, le poids du bébé devra être suivi de près.

**Merci de permettre** à (statut du partenaire) \_\_\_\_\_ (nom du partenaire) \_\_\_\_\_ d'aider avec un système de don de suppléments pendant le séjour à l'hôpital.

**Après le retour au domicile**, nous souhaitons que \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ce planning a été discuté avec mon médecin \_\_\_\_\_ (nom du médecin)

Le médecin/pédiatre de mon bébé sera \_\_\_\_\_

Discuter avec le médecin/pédiatre du bébé