

Protocole clinique n°14

Le cabinet médical Ami de l'Allaitement.

Optimiser les soins aux nourrissons et aux jeunes enfants.

ABM Clinical Protocol #14. Breastfeeding-Friendly Physician's office : Optimizing care for infants and children. Swathi Vanguri¹, Hannah Rogers-McQuade², Natasha K. Sriraman³⁻⁵, and the Academy of Breastfeeding Medicine. *Breastfeed Med* 2021 ; 16(3) : 175-84.

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

Contexte

On sait depuis longtemps que l'allaitement est la méthode d'alimentation infantile qui présente le plus de bénéfices. Le non-allaitement est associé à un risque plus élevé de mort subite inattendue du nourrisson, d'entérocolite ulcéronécrosante, de diarrhées, d'infections respiratoires et d'otites. On a constaté que les bénéfices de l'allaitement persistaient bien après la petite enfance et même jusqu'à l'âge adulte, et il est corrélé à une baisse de la prévalence du surpoids et de l'obésité, du diabète de type 2, et à un quotient intellectuel plus élevé (1). De plus, l'allaitement a également un impact protecteur chez la mère, incluant un risque plus bas d'hémorragie du post-partum, de dépression du post-partum, de pathologies cardiaques, de cancer du sein et de cancer ovarien.

L'OMS et l'UNICEF recommandent le démarrage de l'allaitement chez les nouveau-nés dans la 1^{ère} heure de vie, et l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois. Par la suite, ces organisations recommandent l'introduction d'aliments nutritifs, sains et appropriés à l'âge de l'enfant, parallèlement à la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans et plus (2, 3). Bien que les bénéfices de l'allaitement soient bien connus, d'après l'OMS, seulement environ 40 % des enfants de moins de 6 mois dans le monde sont exclusivement allaités. Moins de 20 % des enfants sont encore allaités à 12 mois dans les pays développés, et seulement 67 % des enfants des pays à revenus faibles ou intermédiaires reçoivent du lait maternel entre 6 mois et 2 ans.

Il y a de multiples causes sous-jacentes aux faibles taux d'allaitement, incluant des environnements qui ne soutiennent pas les mères allaitantes. Cela va des législations nationales qui ne protègent pas la décision maternelle d'allaiter (comme par exemple des congés de maternité insuffisants et le manque d'espaces corrects pour l'expression du lait) aux attitudes et croyances des personnes (compagnon, membres de la famille, professionnels de santé) qui interagissent fréquemment avec la mère et l'enfant. Les membres de la famille, les médecins et les autres professionnels de santé jouent tous un rôle et influencent les choix individuels en matière d'alimentation infantile. On a constaté que la perception parentale de l'attitude de l'équipe soignante de l'hôpital vis-à-vis de l'allaitement était prédictive de l'échec de l'allaitement à 6 semaines post-partum (4). De même, une autre étude a montré que la prévalence de l'allaitement exclusif à 1 et 3 mois était plus élevée si les femmes estimaient que leur obstétricien ou leur pédiatre y était favorable (5). Il est donc important que les médecins et autres professionnels de santé qui travaillent auprès de dyades mères-enfants démontrent leur soutien à l'allaitement à la fois directement à l'occasion de leurs interactions avec leurs patients et avec les familles, mais également indirectement en montrant que leurs locaux professionnels sont « Amis de l'Allaitement ». Conformément à l'Initiative Hôpital Ami des Bébé de l'OMS et de l'UNICEF, qui exhorte les services médicaux assurant le suivi des mères et des nouveau-nés à mettre en œuvre les 10 Conditions pour le succès de l'allaitement, les consultations externes constituent un autre environnement dans lequel des interventions réfléchies peuvent avoir un impact positif sur le taux d'allaitement exclusif (6). La mise en œuvre de telles pratiques, en particulier dans le cadre des soins primaires, a également

1 Department of Obstetrics and Gynecology, Crozer-Keystone Health System, Upland, Pennsylvania, USA.

2. Center City Pediatrics, Philadelphia, Pennsylvania, USA.

3. Department of Pediatrics, Eastern Virginia Medical School, Norfolk, Virginia, USA.

4. Division of General Academic Pediatrics, Children's Hospital of the King's Daughters, Norfolk, Virginia, USA.

5. Division of Community Health & Research, Eastern Virginia Medical School, Norfolk, Virginia, USA.

démontré un impact positif sur les taux d'allaitement et d'allaitement exclusif (7, 8). Prenant en compte le Guide d'Application Révisé en 2018 de l'IHAB (3), ce protocole mis à jour vise à offrir des recommandations pour les consultations externes qui peuvent contribuer à atteindre l'objectif de l'OMS d'augmenter le taux d'allaitement exclusif à 6 mois pour atteindre 50 % en 2025. Dans le cadre de ce protocole, le terme « allaitement » inclut à la fois l'allaitement de l'enfant directement au sein et le don de lait humain exprimé.

Recommandations

La qualité des données pour chaque recommandation est notée entre parenthèses. Le niveau de qualité des données listé est de I à V, le niveau I étant le plus élevé selon la définition du Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2001 Levels of Evidence.

1. **Établir un règlement écrit ami de l'allaitement pour le cabinet médical (8-10).** Collaborer avec les collègues et les autres personnes qui travaillent dans le cabinet pendant la mise en œuvre de ce règlement et informer tous les nouveaux collaborateurs de l'existence de ce règlement. Donner des copies du règlement de votre cabinet médical aux hôpitaux et à tous les professionnels de santé desservant votre patientèle, incluant les autres médecins, les infirmières, les sages-femmes, les consultant(e)s en lactation et le personnel auxiliaire du cabinet médical (III).
2. **Former tout le personnel soignant du cabinet médical** sur les compétences en matière de soutien à l'allaitement et mettre en œuvre ces compétences auprès des patientes.
 - a. *Former les infirmières et le personnel auxiliaire* (personnes à la réception, assistants médicaux, pharmaciens, etc.) du cabinet médical sur les bénéfices de l'allaitement, et les informer sur les compétences nécessaires au soutien à l'allaitement, incluant le démarrage de l'allaitement, la résolution des problèmes courants de l'allaitement et une alimentation à la demande du bébé, conformément à leur rôle dans le soutien à la mère allaitante. Envisager l'utilisation du cours de formation à l'Initiative Hôpital Ami des Bébé pour les équipes soignantes en maternité de l'OMS/UNICEF, qui est accessible à partir du site Internet de l'OMS (13).
 - b. *Évaluer l'allaitement à l'occasion de la première visite prénatale* ainsi qu'à l'occasion des visites suivantes avec l'obstétricien. Évaluer également l'allaitement lors de la première visite pédiatrique et chaque fois que nécessaire lors des visites suivantes jusqu'à au moins 6 mois. Tous les médecins travaillant en cabinet médical devraient apporter aux mères un soutien compétent en matière d'allaitement pour évaluer l'adéquation de l'alimentation et le maintien de l'allaitement exclusif, en particulier pendant les premiers jours / premières semaines après la naissance. Si possible, envisager d'embaucher un(e) consultant(e) en lactation certifié(e) (IBCLC), ou établir un lien avec les IBCLC proches à qui vous pouvez référer vos patientes (9 – III). De plus, on peut également embaucher des personnes expérimentées en matière de soutien aux pairs (7). Offrir des soins compétents inclusifs sur le plan culturel et ethnique, comprendre que les familles peuvent suivre des pratiques culturelles comme le fait de jeter le colostrum, sur l'alimentation maternelle pendant la lactation et sur l'introduction précoce d'aliments solides. Fournir un accès à une équipe multilingue, à des interprètes médicaux, ainsi que du matériel d'information ethniquement diversifié en fonction de la nature de votre patientèle (III).
3. **Respecter le Code de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel de l'OMS.**
 - a. *Maintenir hors de vue des patientes et des familles toute la littérature qui fait la promotion de l'alimentation avec des substituts du lait maternel*, incluant les préparations pour nourrissons et pour bambins. Bien que l'on puisse comprendre que certains cabinets médicaux peuvent avoir acheté des préparations pour nourrissons pour le cabinet médical, ces produits doivent être conservés dans une zone fermée à laquelle seul le médecin ou les soignants peuvent accéder s'ils estiment qu'ils sont nécessaires au nourrisson (I). En accord avec le Code de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel de l'OMS, il ne devrait y avoir aucune promotion, rabais ou publicité pour les préparations pour nourrissons (14 – VII). Une étude publiée en 2016 a montré une baisse du taux d'allaitement exclusif chez les personnes qui ont reçu par courrier des échantillons de préparations pour nourrissons (15). On peut donc extrapoler que le fait de recevoir des échantillons de préparation pour nourrissons dans un cabinet médical pourrait avoir un impact similaire.
 - b. *En tant que professionnels de santé, nous ne devrions pas accepter d'avantages* qui peuvent être perçus comme encourageant la promotion des préparations pour nourrissons. Les médecins, en raison de leurs connaissances et de leurs compétences, ont la confiance des patients et des familles. En résultat, il est essentiel que nous évitions tout type de parrainage ou de relations avec les compagnies qui posent des problèmes de conflits d'intérêt. Les médecins peuvent être influencés par les cadeaux et le parrainage de la

part de ces compagnies, ce qui peut influencer négativement les conseils qu'ils peuvent donner à leurs patients dans le domaine de leur santé et de leur bien-être (16).

- c. *Les médecins / prestataires de soins médicaux devraient donner des informations fondées sur des preuves sur l'importance de l'allaitement et les risques de l'alimentation avec*

une préparation pour nourrissons à toutes les mères lors des visites prénatales, et lors de chaque consultation avec une mère allaitante qui pose des questions sur la supplémentation. De plus, pour les parents qui sont incapables d'allaiter ou chez qui l'allaitement est contre-indiqué, ils fourniront des informations sur les préparations pour nourrissons (en comparaison avec le lait humain), incluant les risques d'une utilisation incorrecte (comme une dilution trop élevée ou insuffisante ou l'utilisation d'eau contaminée) pour les enfants qui en ont besoin (17). Les informations sur ce sujet peuvent être trouvées sur le site Internet de l'OMS ou de Food Safety (18, 19).

4. Connaître la législation locale et nationale sur l'allaitement.

- a. *Connaître les lois qui protègent les femmes vis-à-vis de la discrimination de l'allaitement en public.* Beaucoup de pays ont des lois qui protègent les femmes vis-à-vis de la discrimination de l'allaitement ou de l'expression du lait en public. Par exemple, aux États-Unis, les 50 États et territoires ont des lois spécifiques permettant aux femmes d'allaiter en public et dans les lieux privés (20). De nombreux États accordent également des exemptions pour les mères allaitantes appelées à être jurées (V). En Grande-Bretagne et en Australie, le fait de défavoriser une femme qui allaite un enfant de n'importe quel âge est considéré comme une discrimination liée au sexe (21, 22). Les réglementations ou initiatives mises en œuvre dans les États ou les pays qui n'ont pas de législation formelle sur l'allaitement devraient également être connues afin de mieux soutenir les femmes allaitantes.
- b. *Connaître la législation sur les congés de maternité de votre pays.* Les connaissances sur les congés de maternité et les prévisions maternelles pour l'utilisation de ces congés peuvent aider les professionnels de santé à soutenir les objectifs de la mère en matière d'allaitement dès le départ. Les congés de maternité dans les pays développés vont de 12 semaines non payées (États-Unis) à 36 semaines payées (Norvège – 23). Il a été démontré que l'allongement du congé de maternité par rapport au retour au travail retardé augmente la durée de l'allaitement (24, 25).
- c. *Préparer les mères à réclamer la poursuite de*

Fig. 1. À droite, affiche créée par le Centre pour la Santé des Femmes à Silverside dans le cadre du système de santé Prospect-Crozer. À droite, affiche créée par le Département de la Santé de Virginie. Créée par le Dr Swathi Vanguri



Fig. 2. Un exemple d'illustration variée sur le plan racial et ethnique montrant l'allaitement sous un jour positif. Source : <https://wicbreastfeeding.fns.usda.gov/wic-staff>



l'expression du lait sur le lieu de travail après la reprise du travail. Connaître les lois qui leur permettent de le faire sans discrimination. Aux Philippines, tous les lieux de travail doivent mettre à la disposition des mères des salles d'allaitement propres et une pause d'allaitement de 40 minutes pour chaque tranche de travail de 8 heures (26). Aux États-Unis, les employeurs doivent permettre des « pauses raisonnables pour permettre aux employées de tirer leur lait pour leur enfant jusqu'à son 1^{er} anniversaire (...) et un lieu autre que des toilettes, protégé des regards et des intrusions (...) pour tirer leur lait » (27 – V). De nombreuses femmes citent la reprise du travail comme une raison pour arrêter l'allaitement exclusif. Donnez aux femmes les outils leur permettant de poursuivre l'allaitement après la reprise du travail en leur fournissant des informations sur la concertation avec leur employeur, sur l'expression et le stockage du lait maternel (28).

5. **Promouvoir l'allaitement dans votre cabinet médical.** En accord avec les lois susmentionnées, les cabinets médicaux devraient inviter les mères à allaiter dans la salle d'attente ou dans une salle privée (pas des toilettes) sans craindre d'être interrompues ou intimidées. Envisager un affichage dans toutes les zones accessibles aux patients, incluant les salles d'attente et d'examen qui le précise. Voir les exemples Fig. 1. Un cabinet médical ami de l'allaitement devrait être cohérent dans la façon dont il promeut et soutient l'allaitement. Il est important d'étendre la même protection des mères allaitantes aux médecins, infirmières et membres de l'équipe de votre cabinet (IV – 29, 30). Envisagez la mise à disposition de tire-lait au cabinet médical, en plus de zones amies de l'allaitement permettant aux employées de tirer et stocker leur lait.
6. **Normaliser l'allaitement.** Outre l'affichage de données, il existe également des moyens subtils de normaliser l'allaitement. Par exemple, mettre dans la salle d'attente et les salles d'examen des posters montrant des dyades allaitantes ou décrivant les seins comme des organes fonctionnels peut aider à la fois les patientes et les familles à comprendre que vous soutenez l'allaitement. Toutefois, il est très important que ces images reflètent la culture, l'origine ethnique et raciale de la population desservie par votre cabinet. De même, ces images doivent être inclusives pour toutes les orientations sexuelles ainsi que toutes les identités de genre (V – 31). Il existe aussi des vidéos disponibles qui peuvent être diffusées dans la salle d'attente pour promouvoir l'allaitement (32, 33). Les patientes et leurs familles doivent pouvoir s'identifier à ces images afin d'être influencées par elles (34). Les campagnes de marketing social ont montré qu'afficher des images positives de l'allaitement avec des illustrations présentant une large gamme de diversité de la population du pays améliore le taux d'allaitement dans la communauté (35). Nous présentons des exemples d'illustrations variées sur le plan racial et ethnique montrant l'allaitement sous un jour positif (Fig. 2-4).
7. **Considérations concernant le suivi prénatal.** Si vous suivez une mère dès le début de sa grossesse, abordez le sujet de l'allaitement dès le 1^{er} trimestre de la grossesse, et continuez à démontrer votre soutien à l'allaitement pendant toute la durée de la grossesse. Si vous êtes un médecin qui assure le suivi post-natal du nourrisson, envisagez de proposer une visite prénatale afin de faire connaissance avec la famille. Informez-vous sur les influences culturelles ou sociales concernant les préférences maternelles en matière d'alimentation infantile, et discutez de toutes les difficultés qui peuvent empêcher la mère d'atteindre ses objectifs (36). Utilisez des questions ouvertes telles que « Qu'avez-vous entendu au sujet de l'allaitement ? » pour vous informer des prévisions d'alimentation pour l'enfant. Fournissez du matériel d'information qui souligne les nombreux moyens par lesquels l'allaitement est bénéfique pour l'enfant et la mère.

Fig. 3. Positions d'allaitement (Source : Shutterstock).



Identifiez les patientes qui présentent des facteurs de risque en matière d'allaitement (comme des mamelons plats ou rétractés, des antécédents de chirurgie mammaire, une absence d'augmentation de volume des seins pendant la grossesse ou l'échec d'un allaitement

précédent) afin de favoriser un suivi individualisé adapté à la situation spécifique de la femme, qui pourra inclure le renvoi vers un spécialiste en lactation (37). Une bonne ressource est le guide de l'OMS intitulé « Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans les services de maternité et de soins aux nouveau-nés » (38).

Encouragez la venue des deux parents aux visites prénatales et aux sessions prénatales d'information sur l'allaitement, et proposez une information directe à tous les membres de la famille impliqués dans les soins à l'enfant (parent non allaitant, grand-mère, etc. – 39 – I). Il a été démontré que le contact peau à peau entre le père et son enfant augmente le taux de cortisol, de dopamine et d'ocytocine chez le père, ce qui favorise la création du lien et le conditionnement du cerveau du père dans le sens d'une réaction positive en cas d'interactions étroites avec ses enfants (40-42 – II-a, II-b, II-c, III).

- a. *Connaissez les contre-indications à l'allaitement* afin de mieux informer et soutenir les mères à tous les stades de leur parcours d'allaitement. Toutefois, donner du lait maternel exprimé mais ne pas allaiter directement au sein est acceptable dans le cas de certains problèmes autres que maternels (2, 43).
 - b. *Connaissez les recommandations sur l'allaitement chez les mères qui sont séropositives pour le VIH*, et la façon dont elles varient suivant les pays. Par exemple, les recommandations mises à jour de l'OMS recommandent l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois chez toutes les mères séropositives pour le VIH qui sont sous traitement antirétroviral, mais les États-Unis listent encore la séropositivité maternelle comme une contre-indication pour les mères qui allaitent exclusivement ou de façon irrégulière, ou qui donnent du lait maternel exprimé à leurs enfants (44).
 - c. *Connaissez le niveau de sécurité concernant l'allaitement avant de prescrire un médicament*, et envisagez la prescription d'un autre médicament lorsque c'est approprié, si on dispose de davantage de données sur sa sécurité pendant l'allaitement. Le rapport bénéfices/risques devrait être pesé par rapport au risque du non-allaitement lorsqu'on fait des recommandations concernant le démarrage ou la modification d'un traitement médical. Toutes les mères sont différentes, et la discussion sur le sujet avec un médecin ami de l'allaitement devrait non seulement être encouragée, mais semble nécessaire. Disposez d'une liste de ressources qui vous aideront dans ce domaine, incluant des pédiatres compétents en la matière, des médecins généralistes, des gynécologues/obstétriciens, des pharmaciens et des sites Internet réputés sur l'allaitement et les médicaments, comme LactMed, Lactancia, Embryotox, ainsi que les sites Internet spécifiques à votre pays et traitant de ce sujet (45-47). Réfutez les mythes sur l'utilisation de certains médicaments pendant l'allaitement (par exemple les antidépresseurs, les antibiotiques et les opiacés) et leur impact sur le nourrisson (48, 49). Des données anecdotiques montrent que des mères arrêtent l'allaitement lorsqu'elles prennent des antibiotiques, des antidépresseurs ou des antiépileptiques, soit parce qu'on leur a directement dit de le faire, soit parce qu'elles se posent des questions sur les risques pour leur enfant. Elles doivent être informées tôt que l'utilisation de nombreux médicaments courants est sans danger pendant l'allaitement, et au grand minimum sur les ressources disponibles permettant de vérifier quels médicaments sont compatibles avec l'allaitement.
8. **Soins en post-partum immédiat.** Les interactions entre la dyade allaitante et le médecin en post-partum immédiat dépendent du système de santé et des systèmes d'assurance-maladie dans chaque pays. Par exemple, si vous résidez dans un pays qui vous permet de voir les nourrissons pendant leur séjour en maternité, vous pouvez collaborer avec les hôpitaux locaux et les professionnels de santé travaillant en maternité (50, 51) et leur faire parvenir le règlement de votre cabinet

Fig. 4. New York City Department of Health poster, 2012.



Fig. 5. « Vous fabriquez du lait ». Document donné aux patientes du centre médical Crozer-Chester après 20 semaines de grossesse lors d'une échographie prénatale. Créé par le Dr. Swathi Vanguri. Savez-vous que vos seins fabriquent maintenant du lait pour votre bébé ? Parlez avec votre médecin de comment vous préparer à allaiter.



médical sur le démarrage de l'allaitement pendant la 1^{ère} heure qui suit la naissance dans les salles d'accouchement et les unités pour nourrissons. Utilisez le conseil prénatal pour discuter des possibles difficultés que les mères pourront rencontrer suite aux routines hospitalières ou aux habitudes de l'équipe. Donnez des instructions à l'hôpital ou au centre de naissance pour informer les infirmières / soignants pour qu'ils évitent de donner une préparation pour nourrissons / de l'eau stérile / de l'eau glucosée au nouveau-né sans une ordonnance médicale spécifique. Parlez également avec les responsables des soins de proscrire la distribution de paquets cadeaux commerciaux contenant une préparation pour nourrissons, des bons d'achat de préparation pour nourrissons et/ou des biberons aux mères (15, 52). Montrez votre soutien à l'allaitement pendant vos visites à l'hôpital. Aidez la mère à démarrer et à poursuivre l'allaitement. Conseillez à la mère de se fonder sur les signes d'éveil de son bébé dans la mesure où ils sont corrélés aux signaux de faim et de satiété de l'enfant, et veillez à ce que le nourrisson tète à la demande, en recommandant une fréquence de 8 à 12 fois par jour (53). Il est important de veiller à l'adéquation de l'alimentation et d'identifier rapidement si les apports sont suboptimaux, afin que la production lactée maternelle soit protégée et que le nourrisson soit protégé vis-à-vis d'apports suboptimaux (54 – II-a).

9. **Mettre en place la transition vers le suivi post-natal.** Dans le cadre du protocole de votre cabinet médical pour mettre en place la transition entre les soins en milieu hospitalier et en consultation externe, encouragez les mères allaitantes à ne donner que leur lait à leur nourrisson, et à éviter de donner des compléments de préparation pour nourrissons, d'eau glucosée ou d'autres liquides sauf en cas d'indication médicale (55). Recommandez aux mères de ne pas proposer de biberons ou de sucettes tant que l'allaitement n'est pas bien mis en place (56,57 – I, III). Assurez-vous de fournir des sources d'information adéquates à la dyade allaitante jusqu'au moment de la sortie de maternité, afin qu'elle continue à être soutenue jusqu'à la première visite en consultation externe. Cela devrait inclure de la littérature sur l'allaitement et les moyens de contacter des consultant(e)s en lactation ou d'autres membres de la communauté qui seront disponibles pour apporter à la mère un soutien à domicile.
 - a. *Obstétriciens* : l'OMS recommande une consultation pour la mère dans les 3 semaines qui suivent l'accouchement (58). De nombreux obstétriciens voient également les patientes à 6 semaines post-partum.
 - b. *Pédiatres et autres médecins assurant les soins primaires* : des études montrent d'importantes variations dans le délai entre la naissance et le moment où le nourrisson est vu par un médecin. En fonction de la durée du séjour en maternité, cela peut varier de 48 heures à 3 semaines post-partum avant que le nourrisson soit vu pour sa première visite de suivi, qui est couverte par l'assurance-maladie. Dans ce système, c'est la première opportunité qu'a le pédiatre de soutenir l'allaitement. En fonction des systèmes de santé, avec des différences entre les assurances publiques et privées, les parents pourront avoir accès à des sages-femmes et à des visites à domicile. Toutefois, quel que soit le lieu, dans de nombreux pays et de nombreuses pratiques culturelles, la dyade mère-enfant reste à la maison où elle peut être aidée par la famille et les amis (59, 60 – I, II-b).
 - c. *Assistants médicaux, infirmières et sages-femmes* : dans de nombreuses régions du monde, la première visite de suivi sera faite par un professionnel de santé non médecin. Les sages-femmes suivent les mères et les nourrissons dans les jours et semaines qui suivent leur sortie de maternité dans de nombreux pays européens. Selon la législation, chaque femme en Allemagne bénéficie d'un suivi par une sage-femme depuis la conception jusqu'à l'introduction des solides (typiquement vers 5-6 mois post-partum ou plus longtemps en cas de problèmes – 61 – II-b).
 Veillez à la possibilité pour la mère d'accéder à un(e) consultant(e) en lactation, à un formateur ou à un autre professionnel de santé formé pour prendre en compte les questions sur l'allaitement lors de chaque visite. Informez la mère qu'une tétée sera observée pendant la consultation, afin qu'elle puisse prévenir un membre de l'équipe que son bébé est prêt à prendre le sein pendant qu'elle attend. Commencez par poser aux parents des questions ouvertes telles que « Comment se passe l'allaitement ? », et focalisez-vous ensuite sur leurs questions. Prenez le temps de répondre aux questions qu'une mère peut poser. Évaluez la prise du sein et l'existence d'un transfert adéquat du lait à la visite précoce de suivi. Identifiez les facteurs de risque sur le plan de la lactation, et notez le poids de l'enfant, son hydratation, l'existence d'un ictère, la fréquence des tétées et les sorties (urines et selles). Fournissez une aide médicale aux femmes qui ont des problèmes de mamelons douloureux ou d'autres problèmes de santé susceptibles d'avoir un impact sur l'allaitement. Assurez un suivi étroit jusqu'à ce que les parents se sentent confiants et que l'enfant se porte bien et a une prise de poids adéquate selon les courbes de croissance de l'OMS (62, 63 – III).
10. **Collaboration entre les diverses disciplines.** Encouragez des soins pluridisciplinaires dans le domaine de l'allaitement et de la lactation entre les spécialités qui assurent le suivi prénatal, à savoir les obstétriciens, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux. Collaborez et partagez les informations avec tous les professionnels impliqués dans les soins à la dyade en utilisant les dossiers médicaux électroniques s'ils sont disponibles, ou par d'autres moyens (64 – V).

11. **Éducation du patient.** Incluez des rappels d'informations sur l'allaitement à divers âges gestationnels, en commençant lors de la première visite prénatale. Cela inclut (mais n'est pas limité à) les bénéfices de l'allaitement, le peau à peau, les signaux de faim de l'enfant, la cohabitation mère-enfant, l'expression manuelle, l'obtention d'un tire-lait, le stockage du lait maternel et la poursuite de l'allaitement / de l'expression du lait après la reprise du travail / des études. Fournissez des informations pertinentes sur le soutien à l'allaitement lorsque le bébé et sa mère sortent de l'hôpital. Aux États-Unis, on recommande que tout le matériel d'information distribué aux patients soit du niveau de la 5^e année de scolarité ou plus bas (65, 66 – IV, V). Nous présentons des exemples de littérature d'information simple à donner en période prénatale aux patientes suivies en obstétrique à divers âges gestationnels (Fig. 5 et 6).
12. **Éducation du professionnel de santé.** Veillez à ce que tous les médecins, fournisseurs de soins, infirmières, pharmaciens et membres de l'équipe soignante aient une formation adéquate concernant l'allaitement pendant leurs études. Cette formation devrait être académique tout autant que pratique. Bien que la formation sur l'allaitement puisse débiter pendant la période préclinique des études, les écoles médicales peuvent ne pas préparer correctement les futurs médecins dans ce domaine (67 – III-b). En fait, des études ont montré que les gynécologues/obstétriciens, pendant leur internat, sont significativement moins exposés à des discussions sur l'allaitement pendant les visites prénatales que les sages-femmes et les infirmières (68 – III-a). De plus, les pédiatres plus jeunes sont plus nombreux que les pédiatres plus âgés à avoir moins confiance dans leur capacité à gérer les problèmes courants d'allaitement et à discuter d'allaitement avec leurs patientes (69 – IV). Les médecins jouent un rôle important dans l'allaitement, car son démarrage et sa durée s'améliorent si la mère pense que cette forme d'alimentation est souhaitée par le professionnel de santé qui la suit (4-5 – II-b, II-c). Une analyse systématique a montré que les connaissances des étudiants en soins infirmiers étaient influencées par le moment où ils avaient été formés sur la santé maternelle et infantile, leur expérience antérieure d'allaitement, leur sexe et les influences culturelles (70 – III-a). Les domaines dans lesquels une formation est suggérée incluent les risques de l'alimentation avec un substitut du lait maternel, la physiologie de la lactation, la gestion des principaux problèmes d'allaitement, les contre-indications à l'allaitement et les compétences pratiques nécessaires à l'évaluation de la prise du sein et du transfert de lait à l'enfant. Veillez à mettre à la disposition des professionnels de santé de votre cabinet des ressources rapidement disponibles auxquelles ils pourront de référer (livres, protocoles, liens Internet, etc. – Table 1).
13. **Collecter des données sur l'allaitement.** Travaillez avec l'administration sanitaire locale afin de les aider à obtenir des données sur le démarrage de l'allaitement et sa durée dans votre clientèle, et informez-vous sur les statistiques d'allaitement dans votre communauté. Soyez au courant des obstacles à l'allaitement dans la

Table 1. Ressources scientifiquement fondées

Ressources	Site Internet
American Academy of Pediatrics Breastfeeding	www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Breastfeeding/Pages/default.aspx
Academy of Breastfeeding Medicine	www.bfmed.org
Protocoles de l'ABM	www.bfmed.org/protocols
Australian Breastfeeding Association	www.breastfeeding.asn.au/
Baby Friendly USA	www.babyfriendlyusa.org/
Breastfeeding Consortium	www.bfconsortium.org/
Breastfeeding Promotion Network of India	ww.bpni.org
E-Lactancia	www.e-lactancia.org/
Infant Risk Website (Thomas Hale, PhD)	www.infantrisk.com/category/breastfeeding
International Breastfeeding Centre	https://ibconline.ca/
La Leche League France	www.lllfrance.org/
LACTMED	www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/
Recommend downloading Free APP	
The Breastfeeding Network Drugs Factsheets	https://www.breastfeedingnetwork.org.uk/drugs-factsheets/
UNICEF Baby Friendly UK	www.unicef.org.uk/babyfriendly/
World Health Organization, Breastfeeding	www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
World Alliance for Breastfeeding Action	https://waba.org.my/

patientèle de votre cabinet et envisagez de mener des actions ciblant particulièrement les femmes les moins susceptibles d'allaiter ou d'allaiter pendant moins longtemps (qui peuvent être de divers statuts socio-économiques en fonction du pays de résidence, 1 – II-3). Dans la mesure où on a constaté que l'application de n'importe laquelle des 10 Conditions dans un service de maternité augmentait le taux de démarrage de l'allaitement et sa durée (71-73), il est particulièrement important pour le professionnel de santé ami de l'allaitement de veiller à ce que ses patientes soient exposées au plus grand nombre possible des 10 Conditions dans leur champ d'activité.

Recommandations pour les futures recherches

De futures recherches sur l'impact de ces recommandations sont indispensables afin de déterminer quelles mesures ont l'impact le plus important en matière de soutien aux personnes allaitantes et pour augmenter les taux d'allaitement. En conséquence, il serait utile de suivre la patientèle à la fois avant et après la mise en œuvre de ces pratiques au cabinet médical. D'autres recherches sont également nécessaires concernant l'impact d'une promotion de l'allaitement prenant en compte des facteurs culturels et raciaux sur les taux d'allaitement, afin d'améliorer nos connaissances sur les meilleurs moyens d'assurer le caractère ami de l'allaitement du cabinet médical. De plus, il serait également utile de mener une étude auprès des membres de l'équipe avant et après la mise en œuvre d'une

Fig. 6. Les bénéfiques de l'allaitement. Document donné aux patientes du centre médical Crozer-Chester à 28 semaines de grossesse. Créé par le Dr. Swathi Vanguri

Comment l'allaitement peut m'aider



formation et d'aménagements amis de l'allaitement pour les employées du cabinet, afin de mieux comprendre leur expérience personnelle sur les patientes allaitantes et l'impact de ces interactions sur elles-mêmes et les patientes.

Références

1. Victory CG, Bahl R, Barros A, et al.; The Lancet Breastfeeding Series Group. Lancet series 1: Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387:475–490.
2. Eidelman AI, Schanler RJ; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827–e841.
3. World Health Organization (WHO), UNICEF. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Implementation Guidance. Available at www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/ (accessed September 13, 2020).
4. Radzimyński S, Callister LC. Mother's beliefs, attitudes, and decision making related to infant feeding choices. *J Perinat Educ* 2016;25:18–28.
5. Ramakrishnan R, Oberg CN, Kirby RS. The association between maternal perception of obstetric and pediatric care providers' attitudes and exclusive breastfeeding outcomes. *J Hum Lact* 2014;30:80–87.
6. Corriveau SK, Drake EE, Kellams AL, et al. Evaluation of an office protocol to increase exclusivity of breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131:942–950.
7. Milinco M, Cattaneo A, Macaluso A, et al. Prevalence of breastfeeding in a baby friendly pediatric practice: An experience in Trieste, Italy. *Int Breastfeed J* 2019;14:44.
8. Meek JY, Hatcher AJ; AAP Section on Breastfeeding. The breastfeeding-friendly pediatric office practice. *Pediatrics* 2017;139:e20170647.
9. UNICEF: Breastfeeding and Family-Friendly Policies, an Evidence Brief. Available at [www.unicef.org/sites/default/files/2019-07/UNICEF-Breastfeeding-Family-Friendly %20Policies-2019.pdf](http://www.unicef.org/sites/default/files/2019-07/UNICEF-Breastfeeding-Family-Friendly%20Policies-2019.pdf) (accessed September 13, 2020).
10. Hernandez-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, et al.; The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #7: Model maternity policy supportive of breastfeeding. *Breastfeed Med* 2018;13:559–574. <https://www.illfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1018-7-modele-de-reglement-concernant-lallaitement>
11. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al.; The Lancet Breastfeeding Series Group. Lancet series 2: Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* 2016;387:491–504.
12. Pérez-Escamilla R, Martinez, JL, Segura-Pérez S. Impact of the baby-friendly hospital initiative on breastfeeding and child health outcomes: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2016;12:402–417.
13. World Health Organization (WHO), UNICEF. Baby friendly hospital initiative training course for maternity staff. 2020. Available at <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008915> (accessed October 21, 2020).
14. World Health Organization. International code of marketing of breast-milk substitutes. 1981. Available at www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/en/ (accessed September 13, 2020).
15. Waite WM, Christakis D. The impact of mailed samples of infant formula on breastfeeding rates. *Breastfeed Med* 2016;11:21–25.
16. Wright CM, Waterston JR. Relationships between paediatricians and infant formula milk companies. *Arch Dis Child* 2006;91:383–385.
17. Centers for Disease Control (CDC). Infant formula feeding, 2018. Available at www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/formula-feeding/index.html (accessed September 13, 2020).
18. World Health Organization (WHO), UNICEF. Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula. Available at <https://www.who.int/foodsafety/publications/powdered-infant-formula/en/> (accessed October 21, 2020).
19. World Health Organization (WHO), UNICEF. How to Prepare Formula for Bottle-Feeding at Home. Available at https://www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Bottle_en.pdf (accessed October 21, 2020).
20. National Conference of State Legislatures. Breastfeeding State Laws, 2020. Available at www.ncsl.org/research/health/breastfeeding-state-laws.aspx (accessed September 13, 2020).
21. Equality and Human Rights Commission. Equality Act of 2010. Available at www.equalityhumanrights.com/en/equality-act/equality-act-2010 (accessed September 13, 2020).
22. Australian Breastfeeding Association. Breastfeeding in public—your legal rights. Available at <https://www.breastfeeding.asn.au/bf-info/breastfeeding-and-law/legalright> (accessed September 13, 2020).
23. OECD Family Database, Parental Leave Systems. Available at www.oecd.org/els/soc/pf2_1_parental_leave_systems.pdf (accessed September 13, 2020).

24. Jia N, Dong X-Y, Song Y-P. Paid maternity leave and breastfeeding in urban China. The care economy, gender, and inclusive growth in China. *Feminist Econ* 2018;24:31–53.
25. Chai Y, Nandi A, Heymann J. Does extending the duration of legislated paid maternity leave improve breastfeeding practices? Evidence from 38 low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health* 2018;3:e001032.
26. The LawPhil Project. Expanded Breastfeeding Promotion Act of 2009. Available at https://lawphil.net/statutes/repacts/ra2010/ra_10028_2010.html (accessed September 13, 2020).
27. US Department of Labor. Break time for nursing mothers. Affordable Care Act. 2010. Available at www.dol.gov/agencies/whd/nursing-mothers (accessed September 13, 2020).
28. Eglash A, Simon L.; The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #8: Human milk storage information for home use for full-term infants, revised 2017. *Breastfeed Med* 2017;12:390–395.
<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1025-8-conservation-du-lait-humain>
29. Cantu RM, Gowen MD, Tang X, et al. Barriers to breastfeeding in female physicians. *Breastfeed Med* 2018;13:341–345.
30. Melnitchouk N, Scully RE, Davids JS. Barriers to breastfeeding for US physicians who are mothers. *JAMA Intern Med* 2018;178:1130–1132.
31. Ferri RL, Rosen-Carole CB, Jackson J, et al.; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #33: Lactation care for lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, questioning, plus patients. *Breastfeed Med* 2020;15:284–293.
<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/2131-soutien-a-l-allaitement-chez-les-lesbiennes-gays-bisexual-le-s-transgenres-queer-en-questionnement-et-autres>
32. Office on Women’s Health, US Department of Health and Human Services. It’s Only Natural, Mother’s Love. Mother’s Milk. www.womenshealth.gov/blog/its-only-natural-mothers-love-mothers-milk (accessed September 13, 2020).
33. Video is from ABM. Available at https://www.youtube.com/watch?v=r4_LbcRxGkI&feature=youtu.be (accessed January 31, 2020).
34. Vinjamuri D. Diversity in advertising is good marketing. *Forbes*. 2015. Available at www.forbes.com/sites/davidvinjamuri/2015/12/11/diversityinadsisgoodmarketing/#485d9adf4248 (accessed September 13, 2020).
35. Jones K, Power M, Queenan J, et al. Racial and ethnic disparities in breastfeeding. *Breastfeed Med* 2015;10:186–196.
36. Gallo S, Kogan K, Kitsantas P. Racial and ethnic differences in reasons for breastfeeding cessation among women participating in the special supplemental nutrition. *J Midwifery Womens Health* 2019;64:725–733.
37. Rosen-Carole C, Hartman S; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #19: Breastfeeding promotion in the prenatal setting, revision 2015. *Breastfeed Med* 2015;10:451–457.
<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1604-19-promotion-de-l-allaitement-dans-le-cadre-prenatal>
38. World Health Organization (WHO), UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Available at <https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/> (accessed October 21, 2020).
39. Furman L, Killpack S, Matthews L, et al. Engaging inner-city fathers in breastfeeding support. *Breastfeed Med* 2016;11:15–20.
40. Chen EM, Gau ML, Liu CY, et al. Effects of father-neonate skin-to-skin contact on attachment: A randomized controlled trial. *Nurs Res Pract* 2017;2017:8612024.
41. Kuo Patty X, Braungart-Rieker JM, Burke Lefever JE, et al. Fathers’ cortisol and testosterone in the days around infants’ births predict later paternal involvement. *Horm Behav* 2018;106:28–34.
42. Bergman N. The Neuroscience behind the skin-to-skin imperative. *Gold Learning: Online Continuing Education of The Academy of Breastfeeding Medicine*, 2016. Available at www.goldlearning.com/lecture/528 (accessed September 13, 2020).
43. Centers of Disease Control (CDC). Contraindications to breastfeeding for feeding expressed breastmilk to infants. Available at www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/contraindications-to-breastfeeding.html (accessed September 9, 2020).
44. World Health Organization (WHO). Updates on HIV and Infant Feeding Guideline, 2016. Available at www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hiv-infant-feeding-2016/en/ (accessed September 13, 2020).
45. LACTMED. Available at <https://toxnet.nlm.nih.gov/pda/lactmed.htm> (accessed September 13, 2020).
46. E-Lactancia Available at www.e-lactancia.org/ (accessed September 13, 2020).

47. Embryotox. Available at <https://www.embryotox.de/> (accessed September 13, 2020).
48. Ryan SA, Ammerman SD, O'Connor ME, AAP Committee on Substance Use and Prevention. AAP section on breastfeeding. Marijuana use during pregnancy and breastfeeding: Implications for neonatal and childhood outcomes. *Pediatrics* 2018;142:e20181889.
49. Sriraman NK, Melvin K, Meltzer-Brody S; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #18: Use of antidepressants in breastfeeding mothers. *Breastfeed Med* 2015;10:290–299.
<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1098-18-utilisation-des-antidepresseurs-chez-les-meres-allaitantes>
50. Aryeetey R, Dykes F. Global implications of the new WHO and UNICEF implementation guidance on the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. *Matern Child Nutr* 2018;14:e12637.
51. Marinelli A, Del Prete V, Finale E, et al. Breastfeeding with and without the WHO/UNICEF baby-friendly hospital initiative. *Medicine (Baltimore)* 2019;98:e17737.
52. 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.
53. Kandiah J, Burian C, Amend V. Teaching new mothers about infant feeding cues may increase breastfeeding duration. *Food Nutr Sci* 2011;2:259–264.
54. Feldman-Winter L, Kellams A, Peter-Wohl S, et al. Evidence-based updates on the first week of exclusive breastfeeding among infants \geq 35 weeks. *Pediatrics* 2020;145:e20183696.
55. Kellams A, Harrel C, Omage S, et al. Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy, term breastfed neonate, revised 2017. ABM protocol #3. *Breastfeed Med* 2017;12:1–11.
<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1020-3-recommandations-pour-le-don-de-complements-en-maternite>
56. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cup feeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111:511–518.
57. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, et al. Pacifiers and breastfeeding: A systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:378–382.
58. World Health Organization (WHO), UNICEF. Postnatal care for Mothers and Newborns. Available at https://www.who.int/maternal_child_adolescent/publications/WHO-MCA-PNC-2014-Briefer_A4.pdf?ua=1 (accessed October 21, 2020).
59. Paul IM, Beiler JS, Schaefer EW, et al. A randomized trial of single home nursing visits vs. office-based care after nursery/maternity discharge: The Nurses for Infants Through Teaching and Assessment After the Nursery (NITTANY) Study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012;166:263–270.
60. Brodrigg W, Zadoroznyi M, Dane A. The views of mothers and GPs about postpartum care in Australian general practice. *BMC Fam Pract* 2013;14:139.
61. Mattern E, Lohmann S, Ayerle GM. Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17:389.
62. Brand E, Kothari C, Start MA. Factors related to breastfeeding discontinuation between hospital discharge and 2 weeks postpartum. *J Perinat Educ* 2011;20:36–44.
63. World Health Organization (WHO). The WHO Child Growth Standards. Available at <https://www.who.int/childgrowth/en> (accessed September 13, 2020).
64. United States Breastfeeding Committee (USBC). Best practices guide for implementation of newborn exclusive breast milk feeding in electronic health records. Available at www.usbreastfeeding.org/ehr-ebmf-guide (accessed September 13, 2020).
65. Stossel LM, Segar N, Gliatto P, et al. Readability of patient education materials available at the point of care. *J Gen Intern Med* 2012;27:1165–1170.
66. The Joint Commission. “What Did the Doctor Say?”: Improving Health Literacy to Protect Patient Safety. Available at www.jointcommission.org/-/media/tjc/idev-imports/topics-assets/what-did-the-doctor-say-improving-health-literacy-to-protect-patient-safety/improving_health_literacypdf.pdf?db=web&hash=0FC8437817D493B2C0223D100557889E (accessed September 13, 2020).
67. Biggs K, Fidler KJ, Shenker NS, et al. Are the doctors of the future ready to support breastfeeding? A cross-sectional study in the UK. *Int Breastfeed J* 2020;15:46.
68. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Optimizing support for breastfeeding as part of obstetric practice, committee opinion #756. *Obstet Gynecol* 2018;132:e187–e196.
69. Feldman-Winter L, Szucs K, Milano A, et al. National trends in pediatricians' practices and attitudes about breastfeeding: 1995 to 2014. *Pediatrics* 2017;140:e20171229.
70. Yang S-F, Salamonson Y, Burns E, et al. Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: A systematic review. *Int Breastfeed J* 2018;13:8.

71. Hawkins SS, Stern AD, Baum CF, et al. Gillman compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative and impact on breastfeeding rates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 2014;99:F138–F143.
72. Perrine CG, Galuska DA, Dohack JL, et al. Vital signs: improvements in maternity care policies and practices that support breastfeeding—United States, 2007–2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015;64:1112–1117.
73. Yotebleng M, Labbok M, Soeters HM, et al. Ten Steps to Successful Breastfeeding programme to promote early initiation and exclusive breastfeeding in DR Congo: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Health* 2015;3:e546–e555.

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.

Swathi Vanguri, MD, auteur principal

Hannah Rogers-McQuade, MD, MA

Natasha K. Sriraman, MD

Membres du 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

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

Sarah Reece-Stremtan, MD

Casey Rosen-Carole, MD, MPH, MEd

Susan Rothenberg, MD, IBCLC, FABM

Tricia Schmidt, MD

Tomoko Seo, MD, FABM

Elizabeth K. Stehel, MD

Nancy Wight, MD

Adora Wonodi, MD

Correspondance : abm@bfmed.org