

Protocole clinique n°19 de l'Academy of Breastfeeding Medicine

Promotion de l'allaitement en période prénatale (Révision 2024)

Anna Jack¹, Caroline Mullin², Elizabeth Brown³, Michele Burtner⁴, Katherine R. Standish⁵, Alecia Fields⁶, Casey Rosen-Carole⁷, and Scott Hartman⁸. Breastfeed Med 2024 ; 19(8) : 575-87.

À propos des protocoles de l'ABM

L'un des principaux objectifs de l'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) est le développement de protocoles cliniques portant sur la gestion de problèmes médicaux courants pouvant avoir un impact sur le succès de l'allaitement. Ces protocoles sont destinés uniquement à servir de recommandations pour le suivi des mères allaitantes et de leurs enfants, et ne constituent pas un mode exclusif de traitement ou un standard pour les soins médicaux. Des variations dans le traitement pourront être appropriées en fonction des besoins individuels du patient. L'ABM encourage les professionnels de santé à fournir des soins sûrs, inclusifs et centrés sur les besoins de chaque patient. Les personnes enceintes et allaitantes peuvent s'identifier selon une large gamme de genres, de pronoms et de termes pour l'alimentation et le parentage. Il existe deux raisons pour lesquelles l'utilisation d'un langage inclusif pour le genre par l'ABM puisse être transitionnelle ou irrégulière. Tout d'abord, le langage inclusif pour le genre est nuancé et en évolution dans les diverses langues, cultures et pays. Ensuite, la recherche fondamentale n'a pas décrit de façon adéquate l'expérience des individus de genres variés. En conséquence, l'Academy of Breastfeeding Medicine plaide pour et s'efforcera d'utiliser un langage aussi inclusif et précis que possible dans ce cadre. Pour davantage d'explications, veuillez lire le document « Déclaration de principe et recommandations de l'Academy of Breastfeeding Medicine : genre et vocabulaire en rapport avec l'alimentation infantile et la lactation » (<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/2202-declaration-de-principe-et-recommandations-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine-sur-genre-et-vocabulaire>), ainsi que « L'allaitement en tant que droit humain de base » (<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/2262-l-allaitement-en-tant-que-droit-humain-de-base>).

Résumé

Contexte : L'ABM a révisé la version de 2015 de ce protocole clinique afin de passer en revue les données et de fournir des recommandations concernant la promotion de l'allaitement en période prénatale.

Points clés : Promouvoir et normaliser l'allaitement en période prénatale peut améliorer le déroulement de l'allaitement, incluant son démarrage et sa durée. Dans l'idéal, les interventions prénatales devraient faire partie d'un programme détaillé de soutien longitudinal à l'allaitement.

Recommandations : Les cliniciens et autres travailleurs médicaux devraient aborder l'allaitement à chaque visite prénatale. Les domaines du conseil devraient inclure les bénéfices pour la santé de l'allaitement versus le non-allaitement, les fondements de l'allaitement (comme la physiologie, les positions), à quoi s'attendre en matière de soutien à l'allaitement à l'hôpital et en post-partum immédiat (comme les 10 Conditions de l'Initiative Hôpital Ami des Bébés), et les risques d'une supplémentation non nécessaire. Les facteurs de risque de problèmes d'allaitement médicaux, anatomiques et autres devraient être identifiés, et des conseils ciblés devraient être donnés à l'avance. Le conseil prénatal devrait inclure le don d'informations structurées sur l'allaitement adapté à des personnes ayant un faible niveau d'alphabétisation, et données dans la langue préférée des parents. Les informations doivent être sensibles à la culture et centrées sur les personnes concernées, y compris les membres de la famille lorsque c'est approprié. Le soutien prénatal peut être fait par divers agents de santé (par exemple et entre autres médecins, sages-femmes, agents de santé communautaires, consultant(e)s en lactation) et inclure diverses modalités, y compris les télécommunications. Il est également impératif d'améliorer la formation sur l'allaitement des prestataires de soins

1. Department of Family Medicine, East Ridge Family Medicine, Department of Pediatrics, Division of Breastfeeding and Lactation Medicine, University of Rochester, Rochester, New York, USA.

2. Department of Family Medicine, Chobanian & Avedisian School of Medicine, Boston Medical Center and East Boston Neighborhood Health Center, Boston University, Boston, Massachusetts, USA.

3. Department of Family Medicine, Highland Family Medicine, University of Rochester, Rochester, New York, USA.

4. Department of Pediatrics, Division of Breastfeeding and Lactation Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Rochester, Rochester, New York, USA.

5. Department of Family Medicine, Chobanian & Avedisian School of Medicine and Boston Medical Center, Boston University, Boston, Massachusetts, USA.

6. Women's Care of Lake Cumberland, Cumberland Family Medical Center, Somerset, Kentucky, USA.

7. Department of Pediatrics, Division of Breastfeeding and Lactation Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Rochester, Rochester, New York, USA.

8. Department of Family Medicine, North Ponds Family Medicine and Maternity Care, Department of Pediatrics, Division of Breastfeeding and Lactation Medicine, University of Rochester, Rochester, New York, USA.

prénatales. D'autres thèmes concernant la mise en œuvre de la recommandation dans des populations spécifiques seront également abordés.

Mots-clés : allaitement, informations prénatales, groupes de pairs, travailleurs médicaux communautaires.

Introduction

L'OMS et l'UNICEF recommandent la promotion prénatale de l'allaitement dans la 3^e des 10 Conditions pour le succès de l'allaitement (1). Historiquement, les conseils et le soutien reçus en période prénatale sont sous-estimés et insuffisants par rapport aux besoins exprimés (2). L'objectif de ce protocole est de résumer les interventions et les stratégies qui favorisent et normalisent l'allaitement, et qui permettent de meilleurs résultats en matière d'allaitement. Ce protocole se focalise sur les interventions pendant la période prénatale. Toutefois, les meilleures pratiques intègrent ces stratégies pendant toute la grossesse et après la naissance en tant qu'approche longitudinale permettant une promotion la plus efficace possible pour un allaitement durable.

Depuis la publication en 2015 de la précédente version de ce protocole, il y a eu une croissance exponentielle des recherches concernant la promotion de l'allaitement en période prénatale. Les recommandations suivantes sont fondées sur les preuves les plus fiables dans la littérature actuelle et sur l'opinion d'experts. Comme précédemment mentionné dans la version 2015, veiller à avoir un cadre ami de l'allaitement dans les consultations où les patientes reçoivent des soins en période prénatale est une intervention efficace de promotion de l'allaitement. Le protocole de l'ABM #14 (Le cabinet médical Ami de l'Allaitement : Optimiser les soins aux nourrissons et aux jeunes enfants – 8) résume ces recommandations. Le reste de ce protocole est focalisé sur d'autres interventions fondées sur les preuves. Par ailleurs, les protocoles de l'ABM #2 (Protocole du retour au domicile – 9), #5 (Gestion en péripartum de l'allaitement chez la mère en bonne santé et son enfant né à terme – 10), #7 (Modèle de règlement favorable à l'allaitement en maternité – 11), #18 (Utilisation des antidépresseurs chez les mères allaitantes – 12) et #21 (Allaitement dans le cadre de la toxicomanie et des troubles liés à la toxicomanie – 13) peuvent également être des compléments utiles à ce protocole.

Méthodes

Pour rédiger ce protocole, l'ABM a réuni une équipe de bénévoles experts dans les pratiques et les disciplines concernées. Les auteurs ne se limitent pas à des médecins ou à des membres de l'ABM. Les auteurs ont identifié les questions pertinentes et ont effectué une recherche documentaire à partir des mots-clés de recherche (allaitement, prénatal, information, éducation ou intervention), ainsi qu'à partir d'autres termes pertinents, et ce pour les années 2014 à 2023. Les recherches ont été menées sur les bases de données suivantes : MEDLINE, Web of Science, Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature, PsychINFO et EMBASE. Elles ont inclus les études qui évaluaient les interventions/expositions en rapport avec les conseils ou l'éducation prénatale en matière d'allaitement, et qui documentaient les résultats sur les pratiques d'allaitement, comme par exemple le taux de démarrage, la durée et le sentiment maternel de compétence. Une revue systématique formelle n'a pas été effectuée en raison de la large nature du sujet. Les auteurs ont passé en revue toutes les études identifiées, ont supprimé les doublons, ont appliqué les critères d'inclusion et ont attribué à chaque étude une note pour la qualité des données à l'aide de la Strength of Recommendation Taxonomy (14, 15). Le niveau de qualité de chaque source, coté de 1 à 3, a été fondé sur la conception et la méthodologie de l'étude, allant de bonne à faible. L'équipe a ensuite formulé et coté chaque recommandation en A, B ou C, en fonction de la qualité, de la quantité et de la cohérence des données réunies en fonction de la Strength of Recommendation Taxonomy. Chaque recommandation a été fondée sur un cadre de résultats axés sur les patientes et mesurant les changements dans la morbidité et la mortalité. Le premier jet a ensuite été passé en revue par les membres du Comité des Protocoles de l'ABM et par le Conseil d'administration de l'ABM, ainsi que par d'autres experts de l'organisation. Après avoir effectué les corrections appropriées, le protocole a été approuvé par le Comité des Protocoles et le Conseil d'administration de l'ABM avant sa publication. Ce protocole a été publié en premier lieu en anglais dans la revue *Breastfeeding Medicine*.

Principales informations

Les résultats de multiples revues systématiques démontrent que les femmes qui reçoivent des informations sur l'allaitement en période prénatale ont un taux plus élevé de démarrage de l'allaitement, qu'elles allaitent plus longtemps, et qu'elles sont plus nombreuses à allaiter exclusivement, en particulier lorsque les informations prénatales sont combinées à un soutien en post-partum (16-19).

Les informations prénatales devraient inclure les raisons pour allaiter et des informations sur le fonctionnement de l'allaitement. Les femmes qui ont dit que l'allaitement favorise une meilleure santé chez les mères et les bébés sont plus enclines à allaiter (19). La collecte de données sur les antécédents afin d'identifier les facteurs de risque de problèmes d'allaitement (Tableau 1) et le don de conseils préventifs adéquats peuvent améliorer le déroulement de l'allaitement, car les femmes seront préparées aux difficultés potentielles et pourront évaluer les solutions avant la naissance (20-26). Si les antécédents ou les résultats de l'examen clinique suggèrent qu'une femme présente un risque élevé de problèmes d'allaitement, il faudra envisager de la référer vers un spécialiste de la médecine de l'allaitement.

Tableau 1. Effectuer un historique complet de l'allaitement en période prénatale (20-23, 178)

Si les antécédents ou les résultats de l'examen clinique suggèrent qu'une femme présente un risque élevé de problèmes d'allaitement, il faudra envisager de la référer vers un spécialiste de la médecine de l'allaitement

1. S'informer sur les intentions et objectifs en matière d'allaitement
2. Pour chaque enfant précédent, s'informer sur le démarrage de l'allaitement, la durée de l'allaitement exclusif, la durée totale d'allaitement, qui a apporté un soutien en matière d'allaitement, la perception des bénéfices de l'allaitement et les difficultés et complications rencontrées pendant l'allaitement.
3. Pour les femmes qui n'ont pas allaité un enfant précédent, envisager de poser des questions sur la perception des avantages et des inconvénients des laits industriels.
4. Les cliniciens devraient identifier tout antécédent médical susceptible de rendre l'allaitement particulièrement bénéfique pour l'enfant et/ou sa mère (87).
5. Les cliniciens devraient poser des questions sur les antécédents éventuels de chirurgie mammaire (réduction, implants), l'état de santé de la mère ou de l'enfant, ou la prise maternelle de médicaments, facteurs susceptibles d'induire des problèmes supplémentaires d'allaitement.
6. Effectuer un examen physique pour évaluer l'existence éventuelle de mamelons plats ou rétractés ou d'hypoplasie glandulaire, ou de tout autre problème suggéré par l'historique de la femme.

Compte tenu du temps limité passé avec les patientes en consultation médicale, les sujets importants qui ont le plus d'impact sur le déroulement de l'allaitement sont les avantages de l'allaitement, et l'impact sur la santé des différentes méthodes, intensités et durées de l'allaitement, ainsi que les pratiques favorisant un démarrage précoce de l'allaitement (1, 19). Les informations doivent inclure l'impact de l'allaitement versus le non-allaitement, les fondements de l'allaitement (par exemple la physiologie et la position de l'enfant au sein) et les risques du don inutile de suppléments (7, 19, 24, 27-37). Des conseils préventifs sur les pratiques en maternité visant à optimiser le succès de l'allaitement doivent être donnés, tels que la mise en peau à peau immédiate et continue, la cohabitation mère-enfant ou le fait d'éviter les tétines, et les parents doivent être préparés à réclamer ces pratiques si elles ne constituent pas la norme en matière de soins dans le service de maternité choisi (26, 38, 39). D'autres sujets importants sont inclus dans le Tableau 2, extrait du Guide de mise en œuvre de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé, révisé en 2018. L'UNICEF a également publié des messages clés sur le don de conseils sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, qui ont été adaptés avec succès pour une mise en œuvre locale (40-42). Dans les contextes utilisant des dossiers médicaux électroniques, des rappels intégrés peuvent améliorer la cohérence des informations et du soutien assuré par les prestataires (43, 44).

Des télécommunications, lorsque cette option est possible, peuvent également être utilisées en période prénatale (et après) pour fournir des informations sur l'allaitement. Ce type d'interventions peut spécifiquement inclure : l'utilisation d'un service de messagerie (SMS/textos), des applications électroniques sur la santé, un suivi via Internet, des vidéo-conférences, des appels téléphoniques, des applications pour mobile et des programmes de soutien sur Internet (45-53). La communication par SMS peut être particulièrement utile pour atteindre des femmes qui n'ont pas accès à d'autres ressources mais qui ont accès à un smartphone (45, 53).

Le don prénatal d'information est plus efficace s'il favorise l'auto-efficacité et s'il est structuré (54-65). L'auto-efficacité en matière d'allaitement peut être définie comme la confiance de la mère dans sa capacité à allaiter et à réussir à atteindre ses objectifs, et elle est positivement corrélée à la durée et à l'exclusivité de l'allaitement dans diverses populations (58). Les supports écrits (44, 46), les programmes fondés sur des cahiers d'exercices (28, 44) et les applications mobiles ou en ligne (51, 66) sont des interventions efficaces. Des guides internationaux tels que The Community Infant and Young Child Feeding Counselling de l'UNICEF (41) peuvent être adaptés pour des programmes nationaux et communautaires spécifiques (40). Les prestataires de santé en période prénatale manquent souvent de formation et de confiance en eux dans le domaine des informations à fournir sur l'allaitement, en particulier sur les informations prénatales pour favoriser la montée de lait (stade II de la lactogénèse) et la gestion d'une montée de lait tardive (67, 68). Des organisations internationales telles que l'OMS/UNICEF et l'ABM ont

Tableau 2. Sujets de conversation en période prénatale conseillés par l'OMS/UNICEF

Les sujets de conversation en période prénatale recommandés par l'OMS/UNICEF incluent au minimum
<p><i>Concernant l'allaitement :</i></p> <p>L'importance de l'allaitement, incluant une discussion sur l'importance de l'allaitement directement au sein si nécessaire.</p> <p>Des recommandations globales sur l'allaitement incluant :</p> <p>L'importance de l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois</p> <p>Les risques liés au don d'un lait industriel ou d'autres substituts du lait maternel</p> <p>L'importance de la poursuite de l'allaitement après 6 mois lorsque d'autres aliments sont introduits</p> <p>Les fondements d'une bonne position et d'une bonne prise du sein</p> <p>La connaissance des signaux en rapport avec l'alimentation</p>
<p><i>Concernant la naissance :</i></p> <p>L'importance d'une mise en peau à peau immédiate et continue</p> <p>L'importance d'une première mise au sein précoce</p> <p>L'importance de la cohabitation mère-enfant</p>
<p>World Health Organization, United Nations Children's Fund. Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services: The Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. World Health Organization: Geneva; 2018.</p> <p>UNICEF, United Nations Children's Fund; WHO, World Health Organization.</p>

formalisé des programmes d'information sur l'allaitement et des directives cliniques pour les professionnels de santé, qui sont en grande partie disponibles en ligne gratuitement (69-71). Par ailleurs, les professionnels de santé peuvent envisager d'inclure des thérapies cognitives/comportementales, des stratégies fondées sur la théorie sociocognitive ou la théorie des compétences dans le don d'informations sur l'allaitement en période prénatale, car il a été démontré que cela était efficace pour améliorer le déroulement de l'allaitement (17, 37, 40, 67, 68, 72-78). Les applications pour mobiles ont démontré leur utilité pour soutenir les travailleurs médicaux sur le plan de leur formation et de leurs interventions (40, 66). Les établissements médicaux devraient favoriser et soutenir leurs employées dans leur allaitement dans la mesure où un professionnel de santé qui a une expérience personnelle positive d'allaitement pourra apporter un meilleur soutien aux femmes (79, 80).

Bien que cette option soit moins disponible dans de nombreux contextes, impliquer des personnes formées en matière d'allaitement (par exemple doulas, consultant(e)s en lactation) en période prénatale a démontré un impact positif sur le taux de démarrage de l'allaitement et celui de l'allaitement exclusif (43, 81-86). Le conseil par les paires en période prénatale a également démontré un impact positif sur le déroulement de l'allaitement (44, 81, 87-89). Les programmes de visite à domicile en période prénatale et post-natale sont efficaces pour augmenter le démarrage de l'allaitement et sa durée (29, 88, 90-92). Les groupes de soutien en période prénatale ont démontré un impact positif sur le taux d'allaitement exclusif et la durée de l'allaitement dans divers contextes, car les mères se construisent un réseau de soutien avant et après leur accouchement (28, 93-97). Les conseillères paires, les doulas et les travailleurs médicaux communautaires sont particulièrement importants dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (18) et dans les contextes communautaires, pour améliorer le déroulement de l'allaitement (84, 88, 98-100).

Les données montrent qu'impliquer les pères/partenaires dans le suivi prénatal, et adapter les informations sur l'allaitement à leur intention a un impact positif sur le déroulement de l'allaitement (45, 101-108). Dans certaines cultures et certaines situations, s'assurer la coopération d'un membre important de la famille, autre que le père ou le partenaire, peut grandement favoriser la promotion de l'allaitement (101, 109-112). Par exemple, les adolescentes pourront tirer des bénéfices de l'inclusion de la grand-mère maternelle dans les programmes de promotion (113, 114). Demander à la femme quelle est la personne la plus influente de son entourage sur le plan de l'alimentation du bébé, et continuer à s'enquérir de la structure familiale et communautaire dans laquelle vit la femme à l'occasion du suivi prénatal peut être un moyen efficace d'assurer un soutien à la mère (115).

Contexte communautaire

Il est important de reconnaître que l'allaitement prend place dans un contexte socioculturel plus vaste. Outre les partenaires et les familles, un soutien plus large dans la population influence les décisions parentales en matière d'alimentation (7, 53, 101, 114-116). Les soignants devraient comprendre les obstacles spécifiques personnels, financiers et socioculturels à l'allaitement. Un soutien communautaire à l'allaitement (117), et le renforcement du Code de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel dans tous les contextes, incluant les consultations

prénatales sont importants pour permettre aux mères de réussir leur allaitement (118). Des programmes d'information et de promotion qui ciblent la famille et le réseau de soutien sont nécessaires, en plus des programmes ciblant uniquement les mères (115). Intégrer des services médicaux tels que l'Initiative Hôpital Ami des Bébé a également démontré un impact positif sur le déroulement de l'allaitement (88, 119).

Contexte culturel

L'humilité culturelle est essentielle pour comprendre les traditions et les tabous associés à l'allaitement, pour s'adapter aux pratiques culturelles qui facilitent un allaitement optimal, et pour informer avec sensibilité sur les traditions qui peuvent être préjudiciables à l'allaitement (84, 120-122). Il est important de s'assurer que les parents de toutes cultures comprennent l'importance de l'allaitement exclusif pour la croissance et le développement de leurs enfants (123) et pour les soignants de prendre en compte le niveau d'acculturation des populations immigrées et de respecter les choix actuels d'alimentation de la famille (120). Les soignants doivent être conscients du rôle des attitudes culturelles personnelles du médecin lorsqu'ils interagissent avec les patients (86).

Les patients comprennent souvent mieux les informations reçues dans leur langue maternelle. Il faut donc en priorité fournir les informations et les conseils aux parents dans leur langue préférée (124) et dans un langage basique (112, 125, 126). Les disparités en matière de santé doivent être prises en compte lorsqu'on envisage des interventions prénatales autour de l'allaitement. Si certaines interventions prénatales sont efficaces dans divers contextes socioéconomiques, on commence à mettre en œuvre des interventions spécifiques qui démontrent une plus grande efficacité auprès des minorités sous-représentées et des groupes à faibles revenus (83, 127). On peut citer par exemple les entretiens motivationnels (128), les compléments de revenus (129) et l'extension des programmes gouvernementaux pouvant soutenir la nutrition, la santé et l'allaitement (130, 131). Par ailleurs, les efforts pour impliquer les membres de la communauté et les fournisseurs de soins présentant les mêmes caractéristiques que les parents peuvent favoriser le soutien à l'allaitement. Par exemple, dans de nombreuses études, les femmes d'origine africaine vivant aux États-Unis ont dit qu'elles estimaient qu'elles auraient été mieux soutenues par un professionnel de santé d'origine africaine dans le domaine du soutien et du suivi de l'allaitement, et ont parlé de l'importance d'une relation de confiance avec les personnes apportant le soutien à l'allaitement (132-134).

Populations à haut risque de problèmes d'allaitement ou ayant des besoins spécifiques en matière de conseils

Certaines conditions maternelles ou fœtales connues susceptibles d'avoir un impact sur l'allaitement devraient être identifiées et prises en compte en période prénatale. Par exemple, les mères à haut risque d'accouchement prématuré ou chez qui on a détecté une anomalie fœtale devraient recevoir des informations spécifiquement adaptées à ces situations. Les mères séropositives pour le VIH sous thérapie antirétrovirale devraient être encouragées à allaiter et recevoir des informations supplémentaires sur les moyens de réduire le risque de transmission verticale du VIH (135, 136). De plus, identifier les conditions maternelles dans lesquelles l'allaitement pourrait être contre-indiqué en fonction des recommandations nationales, comme la séropositivité pour le VIH chez une femme qui n'est pas sous traitement antirétroviral, ou qui a une charge virale détectable (en fonction des recommandations nationales), une infection par le HTLV-I ou le HTLV-II, une brucellose non traitée ou une infection par le virus Ebola, constitue une part importante du suivi prénatal (135, 137). Certaines femmes présentant certains problèmes médicaux, tels que ceux décrits ci-dessous, ont un risque particulièrement élevé de problèmes d'allaitement.

a. Le poids. Les mères obèses sont moins nombreuses à atteindre leurs objectifs en matière d'allaitement. Les mères obèses tendent à être moins exposées à des pratiques favorables à l'allaitement et à recevoir moins d'informations sur l'allaitement, potentiellement en raison de biais de la part des soignants (138). L'obésité est associée à un taux plus bas de démarrage et à une durée plus courte d'allaitement (139, 140). Il existe de nouvelles données montrant que le syndrome métabolique, souvent associé à l'obésité, peut induire un retard de la montée de lait et une faible production lactée (141). Une méta-analyse de la Cochrane publiée en 2019 concluait qu'il n'existait pas suffisamment de données montrant qu'un soutien social, informationnel ou physique favorisait le démarrage ou la poursuite de l'allaitement chez les mères allaitantes obèses (142). Un indice maternel de masse corporelle trop bas est également corrélé à une durée plus courte d'allaitement (139). Les professionnels de santé devraient être particulièrement conscients de leurs propres biais concernant le poids lorsqu'ils suivent des personnes obèses.

b. Le diabète. Les complications périnatales sont plus fréquentes chez les femmes présentant un diabète préexistant ou un diabète gestationnel, et les bébés des mères diabétiques ont un risque significatif d'hypoglycémie

et d'introduction précoce d'un lait industriel (143). L'expression anténatale du colostrum est une option susceptible d'abaisser la nécessité d'une supplémentation en post-partum suite à une hypoglycémie, et aucun effet négatif n'a été rapporté chez les femmes présentant un diabète pendant la grossesse et qui ont un faible risque de complication lorsqu'elles expriment leur colostrum après 36 semaines de gestation (144). Toutefois, si cette pratique est souvent recommandée et effectuée, il existe pour le moment peu de données sur son impact sur l'allaitement (145, 146).

c. La santé mentale. Les soignants devraient rechercher chez les mères pendant la grossesse l'existence d'un trouble mental préexistant ou la survenue d'un trouble mental, incluant la dépression, l'anxiété et un syndrome de stress post-traumatique (147-150). De plus, les événements stressants et les violences interpersonnelles peuvent être des facteurs de risque de troubles de l'humeur et de problèmes d'allaitement, et ils peuvent affecter la sécurité maternelle (151-157). Combiner des interventions concernant l'allaitement et la santé mentale pourra être bénéfique aux femmes souffrant de troubles de l'humeur en période périnatale (64). Une éducation psycho-sociale, une formation sur l'auto-efficacité en matière d'allaitement et la psychothérapie peuvent augmenter la prévalence de l'allaitement et abaisser le risque de production lactée insuffisante (158).

d. La toxicomanie. L'allaitement est recommandé chez la plupart des femmes présentant des troubles liés à l'usage de substances (TUS) qui suivent un traitement, et la majorité des médicaments utilisés pour le traitement des TUS sont compatibles avec l'allaitement (13). Les troubles liés à la consommation d'alcool sont le TUS le plus fréquent chez les femmes enceintes (159, 160). Les femmes devraient se voir proposer un traitement, des conseils adaptés sur l'allaitement et des informations sur les risques pour la santé de l'enfant de l'exposition à l'alcool via le lait maternel. Le tabac est également l'une des substances les plus couramment consommées pendant la grossesse et la lactation, et on a constaté que les femmes consommatrices de tabac avaient des taux plus bas d'allaitement et semblaient avoir une production lactée plus faible, via des mécanismes qui ne sont pas totalement compris (161, 162). On devrait les encourager à cesser ou à réduire leur consommation de tabac et à réduire le niveau d'exposition de leur bébé à la fumée du tabac, et les informer du fait que l'allaitement améliore la santé de l'enfant même si la mère continue à fumer après la naissance. En dépit de preuves fiables en faveur du soutien à l'allaitement chez les femmes sous traitement pour une addiction aux opiacés (TAO), les taux d'allaitement restent bas dans cette population (163-164). Les femmes enceintes sous TAO devraient être encouragées à allaiter. Les enfants allaités après une exposition prénatale aux opiacés auront moins besoin d'un traitement médical pour un syndrome de sevrage des opiacés et ils auront une durée plus courte d'hospitalisation que ceux qui sont exclusivement nourris avec un lait industriel (166, 167). Le don prénatal d'informations, ainsi que des politiques cohérentes et fondées sur les preuves dans les établissements médicaux pourraient encourager davantage de femmes présentant un TUS et sous TAO à commencer à allaiter (168, 169). Pour davantage d'informations sur l'allaitement et les TUS, voir le protocole #21 de l'ABM (Allaitement dans le cadre de la toxicomanie et des troubles liés à la toxicomanie – 13).

e. Considérations anatomiques. Certaines variations anatomiques telles que les seins tubulaires, hypoplasiques ou fortement asymétriques, les mamelons plats ou rétractés, ou des antécédents de certains types de chirurgies mammaires, sont susceptibles d'induire des problèmes d'allaitement (Table 1 ; 20, 22, 23, 25). Éviter les pratiques non fondées sur les preuves et potentiellement nocives telles que la préparation des mamelons pendant la période prénatale.

Recommandations

Pour chaque recommandation, la qualité des preuves (niveau de preuve 1, 2 et 3) et la force de la recommandation (A, B et C) sont notées selon les critères de la force de la taxonomie de la recommandation (101).

1. Discuter intentionnellement de l'allaitement à chaque visite prénatale, en incluant les bénéfices, la physiologie et le déroulement de l'allaitement (y compris les techniques de positionnement et de mise au sein), ainsi que les risques du don de suppléments.

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

a. Reconnaître que l'allaitement favorise une meilleure santé chez les femmes et leurs enfants par rapport à l'impact sur la santé constaté dans les dyades utilisant un lait industriel du commerce.

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

b. Recueillir un historique détaillé de l'allaitement, identifiant les facteurs de risque médicaux, anatomiques et autres de problèmes d'allaitement, et référer la femme à un spécialiste en lactation ou à un clinicien spécialisé en médecine de l'allaitement si nécessaire (voir Tableau 1).

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

c. Se concentrer sur les domaines les plus importants de l'allaitement en période prénatale, incluant l'impact de l'allaitement versus le non-allaitement, les fondements de l'allaitement (comme la physiologie, le

positionnement), à quoi s'attendre en matière de soutien à l'allaitement en milieu hospitalier et en post-partum immédiat (comme les 10 Conditions de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé(s)), et les risques d'une supplémentation non nécessaire (Tableau 2).

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

d. Utiliser les données des dossiers médicaux électroniques, s'ils sont disponibles, pour améliorer la cohérence du soutien par le praticien et les données sur l'information.

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

2. Les informations sur l'allaitement dans le cadre prénatal devraient être structurées et fournies selon les modalités les mieux adaptées à la population desservie.

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

a. Utiliser des stratégies d'information favorisant l'auto-efficacité.

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

b. Utiliser du matériel sur l'allaitement écrit et structuré. Les interventions efficaces incluent divers modes de fourniture d'information tels que les brochures, les cahiers d'exercice, Internet/applications pour mobiles, et vidéos.

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

c. Inclure les télécommunications (comme la télésanté, les applications mobiles) dans le cadre du suivi prénatal dans la mesure où on a constaté que cela avait un impact positif sur le déroulement de l'allaitement.

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

3. Améliorer les connaissances, compétences et comportements dans le domaine de l'allaitement chez les personnes qui assurent les soins en période prénatale.

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

a. Se focaliser sur l'évaluation de la prise du sein, sur les interventions prénatales favorisant l'activation de la sécrétion lactée (stade II de la lactogénèse), et sur la gestion d'une montée de lait retardée, dans la mesure où ce sont les domaines dans lesquels les soignants faisaient état du plus bas niveau de confiance dans leurs capacités.

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

b. Envisager des formations faisant appel aux thérapies cognitives et comportementales, aux modèles fondés sur la théorie sociocognitive et sur la théorie des compétences, qui ont démontré leur efficacité pour améliorer le déroulement de l'allaitement.

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

c. Envisager l'utilisation d'applications fonctionnant sur mobile pour la formation et les interventions des travailleurs médicaux communautaires.

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

4. Offrir des opportunités pour le don d'information et de conseils en matière d'allaitement par les pairs en période prénatale.

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

a. Encourager la mise en œuvre d'un programme de visite à domicile en période prénatale et post-natale incluant le suivi de l'allaitement.

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

b. Encourager les pratiques des groupes de soutien en période prénatale.

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

c. Encourager la participation des personnalités locales et des travailleurs médicaux de la communauté.

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

d. Dans les minorités défavorisées et ayant des antécédents historiques d'oppression, que ce soit dans les pays à revenus élevés, intermédiaires ou bas, envisager l'utilisation de pairs, de groupes de soutien et la pratique d'entretiens motivationnels. Promouvoir et soutenir des règlements gouvernementaux qui aident ces familles, tels qu'un soutien alimentaire ou financier.

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

5. Impliquer les pères/partenaires et les autres membres de la famille dans le suivi prénatal et les inclure dans le don d'information sur l'allaitement.

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

6. Intégrer des travailleurs médicaux compétents en allaitement et des consultant(e)s en lactation dans le suivi prénatal lorsque de telles personnes sont disponibles.

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

7. Fournir un suivi tenant compte de la culture et prendre en compte les différences culturelles dans les discussions sur les pratiques d'alimentation.

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

- a. Fournir du matériel écrit dans la langue maternelle des personnes concernées lorsque c'est possible et approprié.

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

- b. Tout le matériel écrit fourni doit être accessible aux personnes ayant un faible niveau d'alphabétisation.

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

8. Recommander et utiliser des programmes de soutien à l'échelle communautaire qui soutiennent les familles, comme l'Initiative Communauté Amie des Bébé.

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

9. Fournir des informations anticipées sur les interventions destinées à augmenter la production lactée et la durée de l'allaitement chez les femmes obèses.

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

10. Fournir des informations anticipées et soutenir l'allaitement chez les femmes diabétiques. Actuellement, il n'existe pas suffisamment de données sur l'impact de l'expression anténatale du colostrum sur le déroulement de l'allaitement pour recommander spécifiquement cette pratique.

Qualité des preuves : 1. Force de la recommandation : C.

11. Rechercher chez les femmes les troubles de l'humeur et les événements stressants vécus, incluant les violences interpersonnelles.

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

12. Fournir des informations anticipées et un soutien aux femmes présentant un TUS.

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

En conclusion

La période prénatale est une période historiquement sous-évaluée mais d'importance majeure pour avoir un impact positif sur l'alimentation infantile et pour promouvoir l'allaitement. L'information en période prénatale devrait toujours être fournie en tenant compte de la culture, de l'identité, de la famille et du contexte social. Nous recommandons, sur la base de notre analyse des données, que les cliniciens fournissant des soins en période prénatale, discutent intentionnellement de l'allaitement avec les patients et fournissent les informations disponibles sur l'allaitement de façon structurée, et qu'ils offrent un accès à des conseils donnés par des pairs et à des services compétents en matière de lactation chaque fois que possible. Nous recommandons également l'implication des pères/partenaires et l'utilisation des télécommunications et de la télésanté dans le don d'informations sur l'allaitement en période prénatale. Nous recommandons en outre que les organismes de soins médicaux améliorent la formation sur l'allaitement pour les travailleurs médicaux assurant le suivi prénatal, dans la mesure où les données démontrent que la formation des soignants a un impact positif sur le déroulement de l'allaitement.

Domaines pour les futures recherches

Bien qu'il y ait eu une croissance exponentielle de données sur le sujet dans la littérature ces 8 dernières années, il reste des domaines dans lesquels il serait nécessaire de mener davantage de recherches ou des recherches de meilleure qualité, comme dans les domaines suivants :

1. Des études sur le rapport coût/efficacité sont nécessaires pour déterminer quelles interventions, parmi celles mentionnées plus haut, devraient être les plus encouragées dans le suivi clinique en routine. Cela inclut des études pour évaluer le rapport coût/efficacité de rendre les consultations médicales Amies de l'Allaitement.
2. Nous avons besoin d'études de meilleure qualité sur l'efficacité des interventions concernant l'allaitement dans les minorités et les populations marginalisées (170). Les données actuelles suggèrent que le soutien communautaire par des pairs, les groupes de self-help, le don d'informations pour améliorer l'auto-efficacité dans le domaine de l'allaitement, les programmes en période pré- et post-natale faisant appel à la fois à des professionnels et des responsables locaux et les programmes de soutien ont tous un impact positif sur l'allaitement (18, 100, 128, 171, 172). Toutefois, des études de meilleure qualité bénéficieraient à ces communautés car elles ont besoin de déterminer quelles interventions sont les meilleures à mettre en œuvre dans leur région.
3. Si les activités d'apprentissage en ligne sont largement acceptées et qu'elles semblent de plus en plus être un outil utile en matière d'éducation sur l'allaitement (47, 48, 50, 51, 173), davantage d'études sont nécessaires pour évaluer si l'apprentissage en ligne, éventuellement en conjonction avec d'autres interventions prénatales, a réellement un impact positif sur le déroulement de l'allaitement.

4. Bien que de nombreuses études aient été publiées sur les interventions prénatales, des recherches translationnelles sur la mise en œuvre et la promotion dans les organismes de soins médicaux, des organismes communautaires et des systèmes politiques devraient être entreprises.
5. Les futures études devraient examiner les facteurs qui contribuent aux différences dans le déroulement de l'allaitement en fonction de la nature des personnes assurant le suivi prénatal.
6. Si l'expression anténatale du colostrum a démontré un impact favorable dans le domaine de l'amélioration du déroulement de la lactation (174-176), des études randomisées contrôlées plus rigoureuses, conçues pour évaluer les différences en matière d'impact sur le déroulement, permettraient de mieux nous informer sur l'utilisation de l'expression anténatale du colostrum.
7. Il est nécessaire de mener des recherches supplémentaires pour évaluer l'impact des comorbidités médicales et des risques pendant la grossesse sur la production lactée et le déroulement de l'allaitement, et sur les meilleurs moyens de fournir un soutien et des informations anticipées.
8. Il existe des besoins en matière d'information visant les familles de genres variés et les familles adoptantes concernant les options sur l'alimentation infantile, incluant l'induction de la lactation et la co-lactation (177).
9. Bien qu'il soit recommandé de discuter de l'allaitement le plus tôt possible pendant la grossesse, davantage d'études sont nécessaires pour savoir si cela présente des bénéfices de fournir une éducation sur l'allaitement chez les enfants d'âge scolaire et pendant la période préconceptionnelle.
10. Davantage de recherches sont nécessaires sur le soutien aux mères historiquement opprimées ou économiquement défavorisées afin de favoriser chez elles un taux plus élevé d'allaitement.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Lorraine Porcello, Sarah Ames, et Lillian Vo pour leur aide dans l'analyse de la littérature.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à ce document.

Conflits d'intérêt

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Informations sur le financement

Aucun financement n'a été reçu pour la rédaction de ce Protocole

Références

1. World Health Organization. United Nations Children's Fund (UNICEF). *Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services: The Revised Baby-Friendly Hospital Initiative*. World Health Organization: Geneva; 2018.
2. Pound CM, Williams K, Grenon R, et al. Breastfeeding knowledge, confidence, beliefs, and attitudes of Canadian physicians. *J Hum Lact* 2014;30(3):298-309;
3. Doherty T, Horwood C, Haskins L, et al. Breastfeeding advice for reality: Women's perspectives on primary care support in South Africa. *Matern Child Nutr* 2020;16(1):e12877;
4. Jefferson UT. Infant feeding attitudes and breastfeeding intentions of Black college students. *West J Nurs Res* 2014;36(10):1338-1356;
5. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, et al. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;12(12):Cd006425;
6. Meedya S, Fernandez R, Fahy K. Effect of educational and support interventions on long-term breastfeeding rates in primiparous women: A systematic review and meta-analysis. *JBIM Database System Rev Implement Rep* 2017;15(9):2307-2332.
7. Yılmaz E, Doğa Öcal F, Vural Yılmaz Z, et al. Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. *Turk J Obstet Gynecol* 2017;14(1):1-9.
8. Vanguri S, Rogers-McQuade H, Sriraman NK, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #14: Breastfeeding-friendly physician's office-optimizing care for infants and children. *Breastfeed Med* 2021;16(3):175-184.
<https://www.illfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1083-14-le-cabinet-medical-ami-de-lallaitement>

9. Hoyt-Austin AE, Kair LR, Larson IA, et al. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #2: Guidelines for Birth Hospitalization Discharge of Breastfeeding Dyads, Revised 2022. *Breastfeed Med* 2022;17(3):197-206.
<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1019-2-protocole-du-retour-a-domicile>
10. Holmes AV, McLeod AY, Bunik M. ABM Clinical Protocol #5: Peripartum Breastfeeding Management for the Healthy Mother and Infant at Term, Revision 2013. *Breastfeed Med* 2013;8(6):469-473.
<https://www.lllfrance.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>
11. Hernández-Aguilar M-T, Bartick M, Schreck P, et al. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #7: Model Maternity Policy Supportive of Breastfeeding. *Breastfeed Med* 2018;13(9):559-574.
<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1018-7-modele-de-reglement-concernant-lallaitemment>
12. Sriraman NK, Melvin K, Meltzer-Brody S. ABM Clinical Protocol #18: Use of Antidepressants in Breastfeeding Mothers. *Breastfeed Med* 2015;10(6):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>
13. Harris M, Schiff DM, Saia K, et al. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #21: Breastfeeding in the Setting of Substance Use and Substance Use Disorder (Revised 2023). *Breastfeed Med* 2023;18(10):715-733.
<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1606-allaitement-dans-le-cadre-de-la-toxicomanie-et-des-troubles-lies-a-la-toxicomanie>
14. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT): A patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *Am Fam Physician* 2004;69(3):548-556.
15. Feldman-Winter L, Bartick M, Marinelli K, et al. Academy of Breastfeeding Medicine recommendations on changes to classification of levels of evidence for clinical protocols. *Breastfeed Med* 2021;16(3):185-188.
16. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* 2016;387(10017):491-504.
17. Patnode CD, Henninger ML, Senger CA, et al. Primary care interventions to support breastfeeding: Updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA* 2016;316(16):1694-1705.
18. Olufunlayo TF, Roberts AA, MacArthur C, et al. Improving exclusive breastfeeding in low and middle-income countries: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2019;15(3):e12788.
19. Kehinde J, O'Donnell C, Grealish A. The effectiveness of prenatal breastfeeding education on breastfeeding uptake postpartum: A systematic review. *Midwifery* 2023;118:103579.
20. Stuebe AM. Enabling women to achieve their breastfeeding goals. *Obstet Gynecol* 2014;123(3):643-652.
21. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 731: Group Prenatal Care. *Obstet Gynecol* 2018;131(3):e104-108-e108.
22. Cruz NI, Korchin L. Lactational performance after breast reduction with different pedicles. *Plast Reconstr Surg* 2007;120(1):35-40.
23. Cruz NI, Korchin L. Breastfeeding after augmentation mammoplasty with saline implants. *Ann Plast Surg* 2010;64(5):530-533.
24. Shafaei FS, Mirghafourvand M, Havizari S. The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: A randomized controlled clinical trial. *BMC Womens Health* 2020;20(1):94.
25. Neifert MR, Seacat JM, Jobe WE. Lactation failure due to insufficient glandular development of the breast. *Pediatrics* 1985;76(5):823-828.
26. Parry KC, Tully KP, Hopper LN, et al. Evaluation of ready, set, BABY: A prenatal breastfeeding education and counseling approach. *Birth* 2019;46(1):113-120;
27. Ahlers-Schmidt CR, Okut H, Dowling J. Impact of prenatal education on breastfeeding initiation among low-income women. *Am J Health Promot* 2020;34(8):919-922;
28. Auger SJ, Verbiest S, Spickard JV, et al. Participatory group prenatal education using photonovels: Evaluation of a lay health educator model with low-income Latinas. *J Particip Med* 2015;7.
29. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;11(11):Cd001688.
30. Ghaffari M, Rakhshanderou S, Harooni J, et al. Prenatal interventional program about mothers' behavior related to exclusive breast feeding: Findings of planned behavior theory-based research. *J Lifestyle Med* 2019;9(2):143-149.
31. Hatamleh R, Abujilban S, AbuAbed ASA, et al. The effects of a childbirth preparation course on birth outcomes among nulliparous Jordanian women. *Midwifery* 2019;72:23-29.

32. Messito MJ, Katzow MW, Mendelsohn AL, et al. Starting early program impacts on feeding at infant 10 months age: A randomized controlled trial. *Child Obes* 2020;16(S1):S4-S13.
33. Meedya S, Fahy K, Parratt JA. The Milky Way educational and support programme: Structure, content and strategies. *Women Birth* 2016;29(4):388-393.
34. Nishimura H, Krupp K, Gowda S, et al. Determinants of exclusive breastfeeding in rural South India. *Int Breastfeed J* 2018;13:40.
35. Tan ML, Foong SC, Ho JJ, et al. Postpartum women's perception of antenatal breastfeeding education: A descriptive survey. *Int Breastfeed J* 2020;15(1):85.
36. Zhao Y, Lin Q, Wang J, et al. Effects of prenatal individualized mixed management on breastfeeding and maternal health at three days postpartum: A randomized controlled trial. *Early Hum Dev* 2020;141:104944.
37. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral A-S, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005;115(2):e139-e146.
38. Burnham L, Gambari A, Beliveau P, et al. Perspectives of nurses in Mississippi on implementation of the baby-friendly hospital initiative. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2021;50(4):392-401.
39. Pitts A, Faucher MA, Spencer R. Incorporating breastfeeding education into prenatal care. *Breastfeed Med* 2015;10(2):118-123.
40. Billah SM, Ferdous TE, Siddique AB, et al. The effect of electronic job aid assisted one-to-one counselling to support exclusive breastfeeding among 0-5-month-old infants in rural Bangladesh. *Matern Child Nutr* 2022;18(3):e13377.
41. United Nation's Children's Fund (UNICEF). The Community Infant and Young Child Feeding Counselling Package Adaptation Guide. 2012.
42. United Nation's Children's Fund (UNICEF). The Community Infant and Young Child Feeding Counselling Package: Key Message Booklet. 2012.
43. Bonuck K, Stuebe A, Barnett J, et al. Effect of primary care intervention on breastfeeding duration and intensity. *Am J Public Health* 2014;104 (Suppl 1):S119-S127.
44. Rosen-Carole C, Halterman J, Baldwin CD, et al. Prenatal Provider Breastfeeding Toolkit: Results of a Pilot to Increase Women's Prenatal Breastfeeding Support, Intentions, and Outcomes. *J Hum Lact* 2022;38(1):64-74.
45. Gebremariam KT, Mulugeta A, Gallegos D. Theory-based mHealth targeting fathers and mothers to improve exclusive breastfeeding: A Quasi-Experimental Study. *Int Breastfeed J* 2023;18(1):2.
46. Puharić D, Malički M, Borovac JA, et al. The effect of a combined intervention on exclusive breastfeeding in primiparas: A randomised controlled trial. *Matern Child Nutr* 2020;16(3):e12948.
47. Carmichael SL, Mehta K, Srikantiah S, et al. Ananya Study Group. Use of mobile technology by frontline health workers to promote reproductive, maternal, newborn and child health and nutrition: A cluster randomized controlled trial in Bihar, India. *J Glob Health* 2019;9(2):0204249.
48. DeNicola N, Grossman D, Marko K, et al. Telehealth interventions to improve obstetric and gynecologic health outcomes: A systematic review. *Obstet Gynecol* 2020;135(2):371-382.
49. Marcucci B. Use of telehealth to increase breastfeeding exclusivity and duration. *Clin Lactation* 2018;9(2):66-71.
50. Palmer MJ, Henschke N, Bergman H, et al. Targeted client communication via mobile devices for improving maternal, neonatal, and child health. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;8(8):Cd013679.
51. Tang K, Gerling K, Chen W, et al. Information and communication systems to tackle barriers to breastfeeding: Systematic search and review. *J Med Internet Res* 2019;21(9):e13947.
52. Doan TTD, Pham NM, Binns C, et al. Effect of a Mobile Application on Breastfeeding Rates Among Mothers Who Have Cesarean Deliveries: A Randomized Controlled Trial. *Breastfeed Med* 2022;17(10):832-840.
53. Hui A, Philips-Beck W, Campbell R, et al. Impact of remote prenatal education on program participation and breastfeeding of women in rural and remote Indigenous communities. *EClinicalMedicine* 2021;35:100851.
54. Araban M, Karimian Z, Karimian Kakolaki Z, et al. Randomized controlled trial of a prenatal breastfeeding self-efficacy intervention in primiparous women in Iran. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2018;47(2):173-183.
55. Behera D, Anil Kumar K. Predictors of exclusive breastfeeding intention among rural pregnant women in India: A study using theory of planned behaviour. *Rural Remote Health* 2015;15(3):3405.
56. Cangöl E, Şahin NH. The effect of a breastfeeding motivation program maintained during pregnancy on supporting breastfeeding: A randomized controlled trial. *Breastfeed Med* 2017;12:218-226.
57. Fauzia F, Ekayanthi NWD, Fudholi A. The influence of participative counseling approach on improving breastfeeding self-efficacy to pregnant women in Indonesia. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research* 2019;13(1):85-88.

58. Galipeau R, Baillot A, Trottier A, et al. Effectiveness of interventions on breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk supply: A systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr* 2018;14(3):e12607-1.
59. Modi D, Dholakia N, Gopalan R, et al. mHealth intervention “ImTeCHO” to improve delivery of maternal, neonatal, and child care services - A cluster-randomized trial in tribal areas of Gujarat, India. *PLoS Med* 2019;16(10):e1002939.
60. Mizrak B, Ozerdogan N, Colak E. The effect of antenatal education on breastfeeding self-efficacy: Primiparous women in Turkey. *International Journal of Caring Sciences* 2017;10(1):503-510.
61. You H, Lei A, Xiang J, et al. Effects of breastfeeding education based on the self-efficacy theory on women with gestational diabetes mellitus: A CONSORT-compliant randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)* 2020;99(16):e19643.
62. Öztürk R, Ergün S, Özyazıcıoğlu N. Effect of antenatal educational intervention on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success: A quasi-experimental study. *Rev Esc Enferm USP* 2022;56:e20210428.
63. Admasu J, Egata G, Bassore DG, et al. Effect of maternal nutrition education on early initiation and exclusive breast-feeding practices in south Ethiopia: A cluster randomised control trial. *J Nutr Sci* 2022;11:e37.
64. Zhao Y, Lin Q, Zhu X, et al. Randomized clinical trial of a prenatal breastfeeding and mental health mixed management intervention. *J Hum Lact* 2021;37(4):761-774.
65. Sabancı Baransel E, Uçar T, Güney E. Effects of prenatal breast-feeding education on postnatal breast-feeding fear in pregnant women in the COVID-19 pandemic: A randomized clinical trial. *Int J Nurs Pract* 2023;29(2):e13105.
66. Bellad RM, Mahantshetti NS, Charantimath US, et al. A training curriculum for an mHealth supported peer counseling program to promote exclusive breastfeeding in rural India. *Int Breastfeed J* 2023;18(1):6.
67. Baerg K, Smith-Fehr J, Marko J, et al. Learning needs of family physicians, pediatricians, and obstetricians to support breastfeeding and inform physician education. *Can Med Educ J* 2021;12(6):55-61.
68. Mass SB. Educating the obstetrician about breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol* 2015;58(4):936-943.
69. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Education Center. 2023. Available from: <https://abm.mclms.net/en/>
70. World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). Baby-Friendly Hospital Initiative Training Course for Maternity Staff. 2020.
71. Infant and Young Child Feeding Counselling: An Integrated Course. *Director’s Guide, Second Edition*. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
72. Wambach KA, Aaronson L, Breedlove G, et al. A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. *West J Nurs Res* 2011;33(4):486-505.
73. Sikander S, Maselko J, Zafar S, et al. Cognitive-behavioral counseling for exclusive breastfeeding in rural pediatrics: A cluster RCT. *Pediatrics* 2015;135(2):e424-31-e431.
74. Hildebrand DA, McCarthy P, Tipton D, et al. Innovative use of influential prenatal counseling may improve breastfeeding initiation rates among WIC participants. *J Nutr Educ Behav* 2014;46(6):458-466.
75. Kronborg H, Maimburg RD, Væth M. Antenatal training to improve breast feeding: A randomised trial. *Midwifery* 2012;28(6):784-790.
76. Feldman-Winter L, Barone L, Milcarek B, et al. Residency curriculum improves breastfeeding care. *Pediatrics* 2010;126(2):289-297.
77. Meek JY, Nelson JM, Hanley LE, et al. Landscape analysis of breastfeeding-related physician education in the United States. *Breastfeed Med* 2020;15(6):401-411.
78. Chesnel MJ, Healy M, McNeill J. Experiences that influence how trained providers support women with breastfeeding: A systematic review of qualitative evidence. *PLoS One* 2022;17(10):e0275608.
79. Hoyt-Austin AE, Phillipi CA, Lloyd-McLennan AM, et al. Physician personal breastfeeding experience and clinical care of the breastfeeding dyad. *Birth* 2024;51(1):112-120.
80. Sattari M, Levine D, Neal D, et al. Personal breastfeeding behavior of physician mothers is associated with their clinical breastfeeding advocacy. *Breastfeed Med* 2013;8(1):31-37.
81. M’Liria JK, Kimiywe J, Ochola S. Impact of mother-to-mother support groups in promoting exclusive breastfeeding in a low-resource rural community in Kenya: A randomized controlled trial. *Curr Res Nutr Food Sci* 2020:609-621.
82. Hartman S, Barnett J, Bonuck KA. Implementing international board-certified lactation consultants intervention into routine care: Barriers and recommendations. *Clin Lactation* 2012;3(4):131-137.
83. Reno R. Using group model building to develop a culturally grounded model of breastfeeding for low-income African American women in the USA. *J Clin Nurs* 2018;27(17-18):3363-3376.
84. Louis-Jacques AF, Vereen S, Hernandez I, et al. Impact of doula-led lactation education on breastfeeding outcomes in low-income, minoritized mothers. *J Perinat Educ* 2021;30(4):203-212.

85. Oggero MK, Wardell DW. Changes in breastfeeding exclusivity and satisfaction during the COVID-19 pandemic. *J Hum Lact* 2022;38(3):433-442.
86. American Academy of Family Physicians. Family physicians supporting breastfeeding (position paper). 2015.
87. Buckland C, Hector D, Kolt GS, et al. Interventions to promote exclusive breastfeeding among young mothers: A systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J* 2020;15(1):102.
88. Lassi ZS, Kedzior SG, Bhutta ZA. Community-based maternal and newborn educational care packages for improving neonatal health and survival in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;2019(11).
89. Keenan-Devlin LS, Hughes-Jones JY, Borders AEB. Clinically integrated breastfeeding peer counseling and breastfeeding outcomes. *J Perinatol* 2021;41(8):2095-2103.
90. Unar-Munguía M, González de Cosío T, Escalante-Izeta EI, et al. Evaluating the effect of the initiative “caring for the newborn and the mother at home” in Mexico. *Public Health Nutr* 2021;24(1):157-168.
91. Mersky JP, Janczewski CE, Plummer Lee C, et al. Home visiting effects on breastfeeding and bedsharing in a low-income sample. *Health Educ Behav* 2021;48(4):488-495.
92. Short VL, Bellad RM, Kelly PJ, et al. Feasibility, acceptability, and preliminary impact of an mHealth supported breastfeeding peer counselor intervention in rural India. *Int J Gynaecol Obstet* 2021;156(1):48-54.
93. Catling CJ, Medley N, Foureur M, et al. Group versus conventional antenatal care for women. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015(2):Cd007622.
94. Hartman S, D’Cunha M, Kolasa-Lenarz A, et al. Meeting the ACGME milestones through group prenatal care. *Family Doctor: A Journal of the New York State Academy of Family Physicians* 2015;23-26.
95. Mazzoni SE, Carter EB. Group prenatal care. *Am J Obstet Gynecol* 2017;216(6):552-556.
96. Risisky D, Chan RL, Zigmont VA, et al. Examining delivery method and infant feeding intentions between women in traditional and non-traditional prenatal care. *Matern Child Health J* 2018;22(2):274-282.
97. Robinson K, Garnier-Villarreal M, Hanson L. Effectiveness of centering pregnancy on breastfeeding initiation among African Americans: A systematic review and meta-analysis. *J Perinat Neonatal Nurs* 2018;32(2):116-126.
98. Khatib MN, Gaidhane A, Upadhyay S, et al. Interventions for promoting and optimizing breastfeeding practices: An overview of systematic review. *Front Public Health* 2023;11:984876.
99. Sobczak A, Taylor L, Solomon S, et al. The effect of doulas on maternal and birth outcomes: A scoping review. *Cureus* 2023;15(5):e39451.
100. Reno R. A pilot study of a culturally grounded breastfeeding intervention for pregnant, low-income African American women. *J Hum Lact* 2018;34(3):478-484.
101. Lok KYW, Bai DL, Tarrant M. Family members’ infant feeding preferences, maternal breastfeeding exposures and exclusive breastfeeding intentions. *Midwifery* 2017;53:49-54.
102. Rabiepoor S, Khodaei A, Valizadeh R. Husbands’ participation in prenatal care and breastfeeding self-efficacy in Iranian women: A randomized clinical trial. *Med J Islam Repub Iran* 2019;33:58.
103. Bich TH, Hoa DT, Målqvist M. Fathers as supporters for improved exclusive breastfeeding in Viet Nam. *Matern Child Health J* 2014;18(6):1444-1453.
104. Bich TH, Long TK, Hoa DP. Community-based father education intervention on breastfeeding practice-Results of a quasi-experimental study. *Matern Child Nutr* 2019;15 (Suppl 1):e12705.
105. Brown A, Davies R. Fathers’ experiences of supporting breastfeeding: Challenges for breastfeeding promotion and education. *Matern Child Nutr* 2014;10(4):510-526.
106. Daniele MA, Ganaba R, Sarrassat S, et al. Involving male partners in maternity care in Burkina Faso: A randomized controlled trial. *Bull World Health Organ* 2018;96(7):450-461.
107. Marks EJ, Grant CC, de Castro TG, et al. Agreement between future parents on infant feeding intentions and its association with breastfeeding duration: Results from the growing up in New Zealand cohort study. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(6):1230.
108. Chen S, Li L, Sun Q, et al. Effect of IMB model combined with spousal support breastfeeding intervention on PBSES score and breastfeeding rate of primipara with chronic hepatitis b virus infection. *Biomed Res Int* 2022;2022:9661408.
109. Ke J, Ouyang YQ, Redding SR. Family-centered breastfeeding education to promote primiparas’ exclusive breastfeeding in China. *J Hum Lact* 2018;34(2):365-378.
110. Topothai C, Topothai T, Suphanchaimat R, et al. Exclusive breastfeeding experiences of Thai mothers in metropolitan Bangkok. *Int J Womens Health* 2022;14:155-166.
111. Wu W, Zhang J, Silva Zolezzi I, et al. Factors influencing breastfeeding practices in China: A meta-aggregation of qualitative studies. *Matern Child Nutr* 2021;17(4):e13251.
112. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women Birth* 2010;23(4):135-145.

113. Yas A, Abdollahi M, Khadivzadeh T, et al. Investigating the effect of supportive interventions on initiation of breastfeeding, exclusive breastfeeding, and continuation of breastfeeding in adolescent mothers: A systematic review and meta-analysis. *Breastfeed Med* 2023;18(3):198-211.
114. Gharaei T, Amiri-Farahani L, Haghani S, et al. The effect of breastfeeding education with grandmothers' attendance on breastfeeding self-efficacy and infant feeding pattern in Iranian primiparous women: A quasi-experimental pilot study. *Int Breastfeed J* 2020;15(1):84.
115. Brown A. What do women really want? Lessons for breastfeeding promotion and education. *Breastfeed Med* 2016;11(3):102-110.
116. Wang S, Guendelman S, Harley K, et al. When fathers are perceived to share in the maternal decision to breastfeed: Outcomes from the infant feeding practices study II. *Matern Child Health J* 2018;22(11):1676-1684.
117. Burnham L, Knapp R, Bugg K, et al. Mississippi CHAMPS: Decreasing racial inequities in breastfeeding. *Pediatrics* 2022;149(2):e2020030502.
118. Howard C, Howard F, Lawrence R, et al. Office prenatal formula advertising and its effect on breast-feeding patterns. *Obstet Gynecol* 2000;95(2):296-303.
119. Kavle JA, Ahoya B, Kiige L, et al. Baby-friendly community initiative-From national guidelines to implementation: A multisectoral platform for improving infant and young child feeding practices and integrated health services. *Matern Child Nutr* 2019;15 (Suppl 1):e12747.
120. Schlickau J, Wilson M. Development and testing of a prenatal breastfeeding education intervention for Hispanic women. *J Perinat Educ* 2005;14(4):24-35.
121. Rhodes EC, Damio G, LaPlant HW, et al. Promoting equity in breastfeeding through peer counseling: The US Breastfeeding Heritage and Pride program. *Int J Equity Health* 2021;20(1):128.
122. Bensaid B. Breastfeeding as a fundamental Islamic human right. *J Relig Health* 2021;60(1):362-373.
123. Clifford J, McIntyre E. Who supports breastfeeding? *Breastfeed Rev* 2008;16(2):9-19.
124. Joshi A, Amadi C, Meza J, et al. Evaluation of a computer-based bilingual breastfeeding educational program on breastfeeding knowledge, self-efficacy and intent to breastfeed among rural Hispanic women. *Int J Med Inform* 2016;91:10-19.
125. Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, et al. *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*, Second Edition. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2015.
126. World Health Organization. Health Literacy Toolkit for Low-and Middle-Income Countries: A Series of Information Sheets to Empower Communities and Strengthen Health Systems. 2015.
127. Zheng CX, Atchan M, Hartz D, et al. Factors influencing Aboriginal and Torres Strait Islander women's breastfeeding practice: A scoping narrative review. *Women Birth* 2023;36(1):11-16.
128. Addicks SH, McNeil DW. Randomized controlled trial of motivational interviewing to support breastfeeding among Appalachian women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2019;48(4):418-432.
129. Brownell MD, Chartier MJ, Nickel NC, et al. PATHS equity for children team. Unconditional prenatal income supplement and birth outcomes. *Pediatrics* 2016;137(6): e20152992.
130. Metallinos-Katsaras E, Brown L, Colchamiro R. Maternal WIC participation improves breastfeeding rates: A statewide analysis of WIC participants. *Matern Child Health J* 2015;19(1):136-143.
131. Relton C, Strong M, Thomas KJ, et al. Effect of financial incentives on breastfeeding: A cluster randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2018;172(2):e174523.
132. Knox-Kazimierzczuk FA, Nommsen-Rivers L, Ware J, et al. Exploring the breastfeeding experiences of African American mothers through a critical race theory lens. *Breastfeed Med* 2021;16(6):487-492.
133. Alhalel J, Patterson L, Francone NO, et al. Addressing racial disparities in perinatal care for African American/Black individuals in the Chicago community health setting: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022;22(1):771.
134. Stevens-Watkins D, Hargons CN, Dogan J, et al. Social health care determinants of breastfeeding Black women: A multigenerational study. *Breastfeed Med* 2022;17(8):666-672.
135. Health and Human Services Panel on Treatment of HIV During Pregnancy and Prevention of Perinatal Transmission in the U.S. Infant Feeding for Individuals with HIV in the United States. 2023. Available from: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/infant-feeding-individuals-hiv-united-states> [Last accessed: March 21, 2024].
136. World Health Organization. Infant Feeding for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV. 2023. Available from: <https://www.who.int/tools/elena/interventions/hiv-infant-feeding> [Last accessed: April 6, 2024].
137. Meek JY, Noble L, Section on breastfeeding. Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2022;150(1):e2022057988.
138. Kair LR, Colaizy TT. Obese mothers have lower odds of experiencing pro-breastfeeding hospital practices than mothers of normal weight: CDC Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2004-2008. *Matern Child Health J* 2016;20(3):593-601.

139. Chen C-N, Yu H-C, Chou A-K. Association between maternal pre-pregnancy body mass index and breastfeeding duration in Taiwan: A population-based cohort study. *Nutrients* 2020;12(8):2361.
140. Garcia AH, Voortman T, Baena CP, et al. Maternal weight status, diet, and supplement use as determinants of breastfeeding and complementary feeding: A systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev* 2016;74(8):490-516.
141. Nommsen-Rivers LA, Wagner EA, Roznowski DM, et al. Measures of maternal metabolic health as predictors of severely low milk production. *Breastfeed Med* 2022;17(7):566-576.
142. Fair FJ, Ford GL, Soltani H. Interventions for supporting the initiation and continuation of breastfeeding among women who are overweight or obese. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;9(9):Cd012099.
143. Mitanchez D. The offspring of the diabetic mother-Short- and long-term implications. *Best Practice* 2015.
144. Forster DA, Moorhead AM, Jacobs SE, et al. Advising women with diabetes in pregnancy to express breastmilk in late pregnancy (Diabetes and Antenatal Milk Expressing [DAME]): A multicentre, unblinded, randomised controlled trial. *Lancet* 2017;389(10085):2204-2213.
145. Moorhead AM, Amir LH, Crawford SB, et al. Breastfeeding outcomes at 3 months for women with diabetes in pregnancy: Findings from the diabetes and antenatal milk expressing randomized controlled trial. *Birth* 2024; 51(3):508-520.
146. Juntreal NA, Spatz DL. Integrative review of antenatal milk expression and mother-infant outcomes during the first 2 weeks after birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2021;50(6):659-668.
147. Cato K, Sylvén SM, Georgakis MK, et al. Antenatal depressive symptoms and early initiation of breastfeeding in association with exclusive breastfeeding six weeks postpartum: A longitudinal population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19(1):49.
148. Rahman A, Hafeez A, Bilal R, et al. The impact of perinatal depression on exclusive breastfeeding: A cohort study. *Matern Child Nutr* 2016;12(3):452-462.
149. Horsley K, Nguyen TV, Ditto B, et al. The association between pregnancy-specific anxiety and exclusive breastfeeding status early in the postpartum period. *J Hum Lact* 2019;35(4):729-736.
150. Wallenborn JT, Joseph AC, Graves WC, et al. Prepregnancy depression and breastfeeding duration: A look at maternal age. *J Pregnancy* 2018;2018:4825727.
151. Buck CO, Gjelsvik A, Vivier PM, et al. Prenatal exposure to stressful life events and infant breastfeeding. *Breastfeed Med* 2018;13(6):426-432.
152. Dugat VM, Chertok IRA, Haile ZT. Association between stressful life events and exclusive breastfeeding among mothers in the United States. *Breastfeed Med* 2019;14(7):475-481.
153. Kitsantas P, Gaffney KF, Nirmalraj L, et al. The influence of maternal life stressors on breastfeeding outcomes: A US population-based study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2019;32(11):1869-1873.
154. Wallenborn JT, Cha S, Masho SW. Association between intimate partner violence and breastfeeding duration: Results from the 2004-2014 pregnancy risk assessment monitoring system. *J Hum Lact* 2018;34(2):233-241.
155. Eagen-Torkko M, Low LK, Zielinski R, et al. Prevalence and predictors of breastfeeding after childhood abuse. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2017;46(3):465-479.
156. Martin-de-Las-Heras S, Velasco C, Luna-Del-Castillo JD, et al. Breastfeeding avoidance following psychological intimate partner violence during pregnancy: A cohort study and multivariate analysis. *BJOG* 2019;126(6):778-783.
157. Miller-Graff LE, Ahmed AH, Paulson JL. Intimate partner violence and breastfeeding outcomes in a sample of low-income women. *J Hum Lact* 2018;34(3):494-502.
158. Shariat M, Abedinia N. The effect of psychological intervention on mother-infant bonding and breastfeeding. *Iranian Journal of Neonatology* 2017;8(1):7-15.
159. Mårdby A-C, Lupattelli A, Hensing G, et al. Consumption of alcohol during pregnancy-A multinational European study. *Women Birth* 2017;30(4):e207-e213.
160. Bakhireva LN, Shrestha S, Garrison L, et al. Prevalence of alcohol use in pregnant women with substance use disorder. *Drug Alcohol Depend* 2018;187:305-310.
161. Myr R. Promoting, protecting, and supporting breastfeeding in a community with a high rate of tobacco use. *J Hum Lact* 2004;20(4):415-416.
162. Vio F, Salazar G, Infante C. Smoking during pregnancy and lactation and its effects on breast-milk volume. *Am J Clin Nutr* 1991;54(6):1011-1016.
163. Clark RRS. Breastfeeding in women on opioid maintenance therapy: A review of policy and practice. *J Midwifery Womens Health* 2019;64(5):545-558.
164. Stephen JM, Shrestha S, Yakes Jimenez E, et al. Disparities in breastfeeding outcomes among women with opioid use disorder. *Acta Paediatr* 2020;109(5):1064-1066.
165. Bremer MJ, Knippen KL. Breastfeeding experiences in women from ten states reporting opioid use before or during pregnancy: PRAMS, Phase 8. *Matern Child Health J* 2023;27(4):757-758.

166. Welle-Strand GK, Skurtveit S, Jansson LM, et al. Breastfeeding reduces the need for withdrawal treatment in opioid-exposed infants. *Acta Paediatr* 2013;102(11):1060-1066.
167. Abdel-Latif ME, Pinner J, Clews S, et al. Effects of breast milk on the severity and outcome of neonatal abstinence syndrome among infants of drug-dependent mothers. *Pediatrics* 2006;117(6):e1163-1169-e1169.
168. Brocato B, Lewis D, Eyal F, et al. The impact of a prenatal education program for opioid-dependent mothers on breastfeeding rates of infants at risk for neonatal abstinence syndrome. *Adv Ther* 2022;39(7):3104-3111.
169. Hensel D, Helou NE, Zhang F, et al. The impact of a multidisciplinary opioid use disorder prenatal clinic on breastfeeding rates and postpartum care. *Am J Perinatol* 2022;41(7):884-890.
170. Segura-Pérez S, Hromi-Fiedler A, Adnew M, et al. Impact of breastfeeding interventions among United States minority women on breastfeeding outcomes: A systematic review. *Int J Equity Health* 2021;20(1):72.
171. Wouk K, Lara-Cinisomo S, Stuebe AM, et al. Clinical interventions to promote breastfeeding by Latinas: A meta-analysis. *Pediatrics* 2016;137(1):e20152423.
172. Saggurti N, Atmavilas Y, Porwal A, et al. Effect of health intervention integration within women's self-help groups on collectivization and healthy practices around reproductive, maternal, neonatal and child health in rural India. *PLoS One* 2018;13(8):e0202562.
173. Skouteris H, Bailey C, Nagle C, et al. Interventions designed to promote exclusive breastfeeding in high-income countries: A systematic review update. *Breastfeed Med* 2017;12(10):604-614.
174. Casey JRR, Banks J, Braniff K, et al. The effects of expressing antenatal colostrum in women with diabetes in pregnancy: A Retrospective Cohort Study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2019;59(6):811-818.
175. Connolly EL, Reinkowsky M, Giglia R, et al. Education on antenatal colostrum expression and the baby friendly health initiative in an Australian hospital: An audit of birth and breastfeeding outcomes. *Breastfeeding Review* 2019;27(1):21-30.
176. Lamba S, Chopra S, Negi M. Effect of antenatal breast milk expression at term pregnancy to improve post natal lactational performance. *J Obstet Gynaecol India* 2016;66(1):30-34.
177. 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(5):284-293.
178. Carolina Global Breastfeeding Institute (CGBI). Resources - Ready, set, BABY. 2024. Available from: <https://sph.unc.edu/cgbi/resources-ready-set-baby/>

Les protocoles de l'ABM expirent cinq ans après leur date de publication. Le contenu de ce protocole est à jour au moment de sa publication. Des révisions fondées sur des données scientifiques sont faites au bout de cinq ans, ou plus rapidement s'il y a des modifications significatives des connaissances.

Auteurs

Anna Jack, MD, IBCLC, auteur principal
 Caroline Mullin, MD
 Elizabeth Brown, MD, MPH, IBCLC
 Michele Burtner, CNM, MS, MPH, IBCLC
 Katherine R. Standish, MD, MS
 Alecia Fields, DO
 Casey Rosen-Carole, MD, MPH, MEd, IBCLC
 Scott Hartman, MD, senior author

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

Katherine R. Standish, MD, MS, Chair
 Elizabeth Stehel, MD, Immediate Past Chair
 Lawrence Noble, MD, FABM, Translations Chair
 Melissa C. Bartick, MD, MS, MPH, FABM, Parent Handouts Chair
 Maria Enrica Bettinelli, MD, FABM
 Lori Feldman-Winter, MD, MPH, FABM
 Yvonne LeFort, MD, FABM
 Tomoko Seo, MD, FABM
 Michal Young, MD, FABM
 Deena R. Zimmerman, MD, MPH, FABM

Correspondance : abm@bfmed.org

Texte original intégral : <https://www.liebertpub.com/doi/epub/10.1089/bfm.2024.0203>