

Déclaration de position de l'ABM

Recommandations pour l'allaitement exclusif : éviter la sous-alimentation et la suralimentation (Octobre 2024).

Recommendation for exclusive breastfeeding : Avoidance of underfeeding and overfeeding. Lori Feldman-Winter, Julie Ware, Paula Schreck, Ann Kellams, Casey Rosen-Carole, and Elien Rouw. *Breastfeed Med* 2025 ; 20(2) : 81-4.

Préambule

La mission de l'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) consiste, pour les médecins, à « former et à responsabiliser les professionnels de santé à soutenir et à gérer l'allaitement, la lactation et l'alimentation avec du lait humain », avec la vision qu'il y aura « des vies plus saines dans le monde entier grâce à l'excellence des soins médicaux liés à l'allaitement et à la lactation ». De ce point de vue, les déclarations de position aident à diffuser la philosophie de l'organisation sur des sujets clés liés à l'allaitement et à la lactation. Cette déclaration de position est fondée sur les meilleures preuves disponibles et sur leur interprétation via l'expertise de nos membres. L'ABM reconnaît que toutes les personnes qui allaitent ne s'identifient pas comme des femmes. L'utilisation d'un langage inclusif en matière de genre n'est cependant pas possible dans toutes les langues, dans tous les pays et pour tous les lecteurs. La position de l'ABM sur le sujet est d'interpréter les protocoles cliniques et les déclarations de principe dans le cadre de l'inclusivité de toutes les modalités d'allaitement, d'alimentation sur la poitrine et d'alimentation avec du lait humain (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>)).

Résumé

La position de l'ABM est de recommander l'allaitement exclusif en tant que méthode optimale d'alimentation pendant les 6 premiers mois post-partum, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans ou pendant aussi longtemps que souhaité par la famille, parallèlement à l'introduction d'aliments de compléments. L'ABM recommande également l'évaluation et la prévention de la sous-alimentation ou de la suralimentation dans le contexte d'une gestion compétente de l'allaitement.

Introduction

L'alimentation avec du lait humain permet une nutrition optimale des bébés et présente de nombreux bénéfices à la fois pour les enfants allaités et les parents allaitants (1). En fait, les bénéfices de l'allaitement sont si importants qu'il pourrait significativement augmenter la survie infantile partout dans le monde (2, 3). Dans la mesure où 2 enfants sur 3 vivent dans un pays expérimentant des conflits et/ou des catastrophes naturelles, l'allaitement est aussi un plan d'urgence augmentant également le taux de survie dans ces conditions extrêmes (4-6).

L'allaitement exclusif est recommandé pendant les 6 premiers mois post-partum (7). Dans la grande majorité des circonstances, l'allaitement exclusif permet une bonne santé infantile. Il existe des circonstances dans lesquelles l'allaitement directement au sein ou le don de lait maternel exprimé (LME) ne sont pas suffisants. Toutefois, l'utilisation d'un lait industriel commercial est le plus souvent inutile sur le plan médical, et elle expose le bébé à un risque accru de maladie et de suralimentation. De plus, l'introduction de suppléments interfère souvent avec la relation symbiotique normale et nécessaire à la régulation de la production lactée.

Le fait d'assurer plutôt un accès à un soutien et à une gestion professionnels de l'allaitement, en particulier lorsqu'on suspecte une faible production lactée, ainsi que l'utilisation de lait humain provenant de donneuses de façon temporaire, sont des options permettant de préserver une alimentation exclusive avec du lait humain.

Dans cette déclaration de position, tant la sous-alimentation que la suralimentation sont définies. Les risques de la sous-alimentation sont passés en revue. La suralimentation et le don non nécessaire de suppléments sont des réponses courantes devant des comportements parentaux et infantiles normaux, et cela indique la nécessité d'une

évaluation, d'un soutien et d'une bonne gestion de l'allaitement et de la lactation. Tous les professionnels de santé qui suivent les familles après une naissance devraient avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour s'assurer que les bébés sous-alimentés soient identifiés, que ce problème soit évité, et que l'alimentation exclusive avec du lait humain soit correctement soutenue chaque fois que possible médicalement, afin d'assurer une santé infantile optimale.

Allaitement exclusif

L'allaitement exclusif est défini comme la prise de lait maternel, de préférence directement au sein, le bébé ne recevant aucun autre liquide ou solide à l'exception de médicaments, de vitamines ou de minéraux (1,8-10).

L'allaitement exclusif permet une santé optimale chez le bébé allaité ainsi que chez le parent allaitant.

L'allaitement directement au sein présente le plus de bénéfices pour la santé, incluant une durée plus longue d'allaitement par rapport au don de lait maternel exprimé. L'allaitement exclusif est recommandé pendant les 6 premiers mois de vie. Après cette période, l'allaitement devrait se poursuivre parallèlement à l'introduction d'autres aliments jusqu'à au moins 2 ans et plus, aussi longtemps que souhaité par l'enfant et la mère (11, 12). La supplémentation avec des aliments de complément ou d'autres produits avant 6 mois pour la prévention des allergies ou pour améliorer le statut pour le fer n'est généralement pas nécessaire (1).

Rôle de la supplémentation

La majorité des nouveau-nés à terme, même pendant les premiers jours post-partum, sont correctement nourris en étant exclusivement allaités et ne nécessitent pas de supplémentation (13). Il existe toutefois des situations dans lesquelles une supplémentation sera nécessaire en raison d'apports suboptimaux ou de sous-alimentation. Il est important que tous les nouveau-nés soient suivis étroitement pendant la mise en place de l'allaitement, qui survient généralement entre 2 et 4 semaines post-partum. Si une sous-alimentation est identifiée, on devrait en premier lieu évaluer la production lactée, dans la mesure où la production lactée peut être adéquate, mais le lait n'est pas efficacement transféré au bébé ou exprimé avec un tire-lait. Si une supplémentation est recommandée, nous recommandons par ordre de préférence : du LME, du lait humain provenant de donneuses, un lait industriel commercial. Le volume des suppléments donnés devrait être approximativement le volume dont le bébé a besoin, et il est nécessaire de veiller à éviter la suralimentation. La suralimentation peut être évitée en prêtant attention aux signaux du bébé, en mettant en œuvre des techniques d'alimentation respectant ces signaux, et en calculant le volume estimé nécessaire en tenant compte de l'âge gestationnel du nourrisson et des modalités de l'accouchement (14). Dans tous les cas de supplémentation, la production lactée et la vidange des seins devraient être évaluées, optimisée et favorisée avec pour objectif de revenir à une alimentation exclusive avec du lait maternel.

Éviter la sous-alimentation

L'ABM reconnaît la vulnérabilité de l'allaitement exclusif pendant les premiers jours qui suivent la naissance. En l'absence de pratiques d'accouchement favorables, incluant la mise en œuvre des 10 Conditions pour le succès de l'allaitement (15), et d'une évaluation et une gestion attentives de la dyade allaitante, les nourrissons peuvent courir le risque d'apports suboptimaux. Pour éviter les apports suboptimaux et la sous-alimentation, tous les nouveau-nés devraient être suivis sur le plan de la fréquence des tétées, des selles et des urines, et de l'évolution de leur poids. De plus, toutes les dyades mère-enfant devraient être aidées et soutenues pour démarrer et poursuivre l'allaitement, ce qui inclut l'évaluation de la prise du sein, de la position, de la façon dont la mère tient l'enfant et du confort maternel, en utilisant des ressources validées (16). L'utilisation précoce d'un tire-lait pour l'expression peut indiquer un souci parental concernant la production lactée ou les apports de l'enfant, ou des problèmes de succion. Des problèmes concernant la perte de poids néonatale devraient être identifiés précocement, et les problèmes d'allaitement devraient être pris en compte pendant que la nécessité d'une supplémentation est envisagée. De plus, l'ABM recommande une étroite surveillance des mères ou des parents allaitants présentant des facteurs de risque de faible production lactée et des enfants qui seront les plus vulnérables en cas d'apports suboptimaux ou de problèmes de prise de poids. Les facteurs qui peuvent induire une faible production lactée et/ou des apports suboptimaux peuvent inclure : les antécédents de chirurgie mammaire, d'infertilité, de maladie métabolique (résistance à l'insuline, SPOK, hypothyroïdie, diabète, hypertension), un âge maternel plus élevé pour ce qui est des facteurs maternels de risque, et un nourrisson prématuré ou à terme précoce et une ankyloglossie pour ce qui est des facteurs infantiles (14, 17, voir Table 1). La surveillance dans les cas à haut risque devrait inclure une évaluation des problèmes de mamelons douloureux et de mauvais transfert du lait, ainsi que de la croissance du

bébé. Les raisons potentielles d'apports suboptimaux et de mauvaise prise de poids chez le nourrisson exclusivement allaité sont multiples. Les professionnels de santé qui suivent les mères ou les parents allaitants et les nourrissons après la naissance doivent être compétents pour évaluer ces raisons, via une observation directe et une évaluation de la gestion de l'allaitement, et/ou avoir la possibilité de référer la dyade à un professionnel de santé expert en matière d'allaitement comme un médecin ou un(e) IBCLC. Il est nécessaire d'identifier les signes d'alerte pour des apports suboptimaux pendant les premiers jours post-partum et toutes les 24 à 48 heures jusqu'à ce que l'allaitement soit bien établi, et de réagir en conséquence.

Éviter la suralimentation

À l'opposé de la sous-alimentation, un problème plus courant est une supplémentation non nécessaire qui induit une suralimentation (3, 18-20). La supplémentation est souvent un signe de problème d'allaitement, comme une mauvaise prise du sein qui induit de la douleur chez la mère ou un mauvais transfert du lait, problème qui peut être résolu à l'aide d'un soutien à l'allaitement et d'une gestion compétente du problème. Lorsque les pratiques d'accouchement sont favorables à l'allaitement et qu'un soutien optimal à l'allaitement est mis en place, il n'y a habituellement pas besoin d'une supplémentation. Chaque fois qu'il en exprime le besoin, le nourrisson se voit offrir le sein, ce qui optimise ses apports et envoie chez la mère un signal de programmation de la production lactée pour répondre à la demande du nourrisson. L'instauration d'une supplémentation chez un nourrisson exclusivement allaité bien nourri perturbe le système physiologique sophistiqué de programmation de la production lactée selon l'offre et la demande. De nombreux nourrissons sont suralimentés s'ils sont supplémentés avec un lait industriel commercial. La supplémentation non nécessaire interfère avec la production lactée et la fréquence normale des tétées, et génère un risque important de sevrage prématuré. Il est bien établi que le don d'un lait industriel commercial en l'absence d'indication médicale est la raison la plus courante pour laquelle les parents échouent à atteindre leurs objectifs en matière d'allaitement (21-24).

Optimiser l'alimentation avec du lait humain et le soutien

Les recommandations concernant l'allaitement exclusif sont fondées sur les preuves montrant que d'importants bénéfices de l'allaitement sont dose-dépendants. L'allaitement exclusif est source de davantage de bénéfices pour la santé que l'allaitement partiel ou le sevrage précoce. Lorsqu'il n'est pas possible de fournir suffisamment de lait pour un allaitement exclusif, ou si l'allaitement exclusif n'est pas souhaité par les parents, les familles devraient être encouragées à fournir du lait humain si elles le peuvent et le désirent. Le don limité d'informations prénatales, les difficultés socioéconomiques et les normes culturelles ont un impact sur les intentions et pratiques en matière d'allaitement. Les personnes qui soutiennent l'allaitement devraient être attentives à l'importance de favoriser l'autonomie de chaque famille dans le contexte de ses propres expériences, de ses capacités et de son accès à un soutien. Soutenir les familles qui allaitent partiellement peut augmenter le pourcentage de nourrissons recevant du lait humain en quelque quantité que ce soit, ce qui améliore la santé de ces familles.

Rôle des pratiques hospitalières et du marketing des fabricants de lait industriel

L'ABM recommande des pratiques d'accouchement et de soins en maternité qui soutiennent l'allaitement exclusif, et soutient les positions et recommandations de l'OMS (7, 8, 15). Il est également essentiel que toutes les nouvelles familles aient accès à un soutien et à des soins par un professionnel qualifié en matière d'allaitement et de lactation. Par ailleurs, l'ABM encourage les pays, les institutions en charge de la santé publique et les organisations médicales à mettre en œuvre le Code de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel de l'OMS (25). La mise en œuvre de ce Code protège les parents et les professionnels de santé des pratiques publicitaires omniprésentes et prédatrices, qui sapent la capacité à allaiter et créent un système favorisant la supplémentation non nécessaire (3, 25-27).

Auteurs de cette déclaration de position

Lori Feldman-Winter, MD, MPH. Children's Hospital at Cooper University Healthcare and Cooper Medical School, Rowan University, Camden, New Jersey, USA.

Julie Ware. Cincinnati Children's Hospital Medical Center, University of Cincinnati College of Medicine, Cincinnati, Ohio, USA.

Paula Schreck. Ascension St. John Hospital, Detroit, Michigan, USA.

Ann Kellams. Department of Pediatrics, University of Virginia, Charlottesville, Virginia, USA.

Casey Rosen-Carole. Division of Breastfeeding and Lactation Medicine, Department of Pediatrics and OBGYN, University of Rochester, Rochester, New York, USA.
Elien Rouw. Private Practice, Bühl, Germany.
Coordonnées pour la correspondance :
Lori Feldman-Winter, MD, MPH
Children's Regional Hospital at Cooper
Cooper Medical School of Rowan University
400 Haddon Avenue
Camden NJ 08013-États-Unis
E-mail : Feldman-Winter@rowan.edu

Références

1. Meek JY, Noble L, Section on Breastfeeding. Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2022;150(1):e2022057988.
2. Ware JL, Li R, Chen A, et al. Associations between breastfeeding and post-perinatal infant deaths in the U.S. *Am J Prev Med* 2023;65(5):763-774.
3. Pérez-Escamilla R, Tomori C, Hernández-Cordero S, et al. 2023 Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding: Crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *Lancet* 2023;401(10375):472-485.
4. United Nations Children's Fund. The climate-changed child: A children's climate risk index supplement, UNICEF. New York; November 2023.
Available from: <https://www.unicef.org/reports/climate-changed-child>
<https://www.unicef.org/reports/climate-changed-child>
5. Østby G, Rustad SA, Arasmith A. Children affected by armed conflict, 1990-2020, *Conflict Trends*, 4. Oslo: PRIO;2021. Available from: <https://www.prio.org/publications/12884> .
6. Bartick M, Zimmerman DR, Sulaiman Z, et al. Academy of breastfeeding medicine position statement: Breastfeeding in emergencies. *Breastfeed Med* 2024;19(9):666-682.
www.liffrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/2359-allaitement-dans-les-situations-d-urgence
7. World Health Organization and UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. 2003.
<https://www.who.int/publications/i/item/9241562218>.
8. World Health Organization (WHO). Breastfeeding. WHO; 2015. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/breastfeeding>
9. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387(10017): 475-490.
10. Feltner C, Weber RP, Stuebe A, et al. Breastfeeding programs and policies, breastfeeding uptake, and maternal health outcomes in developed countries [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2018. Report No.: 18-EHC014-EF. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525106/>
11. Meek JY, Noble L. Technical report: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics system-level supports* 022;150(1):e2022057989;
12. World Health Organization. Health topics: Breastfeeding. https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2
13. Nguyen T, Dennison BA, Fan W, et al. Variation in formula supplementation of breastfed newborn infants in New York Hospitals. *Pediatrics* 2017;140(1):e20170142.
14. Kellams A, Harrell C, Omage S, et al. the Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. *Breastfeed Med* 2017. 12:188-198.
www.liffrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1020-3-recommandations-pour-le-don-de-complements-en-maternite
15. World Health Organization (WHO). Ten steps to successful breastfeeding.
<https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/ten-steps-to-successful-breastfeeding>
16. Altuntas N, Kocak M, Akkurt S, et al. LATCH scores and milk intake in preterm and term infants: A prospective comparative study. *Breastfeed Med* 2015;10(2):96-101.
17. 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(4): e20183696.
18. Bookhart LH, Anstey EH, Kramer MR, et al. A nation-wide study on the common reasons for infant formula supplementation among healthy, term, breastfed infants in US Hospitals. *Matern Child Nutr* 2022;18(2):e13294;

19. Watchmaker B, Boyd B, Dugas LR. Newborn feeding recommendations and practices increase the risk of development of overweight and obesity. *BMC Pediatr* 2020;20(1): 104.
20. Dharod JM, McElhenny KS, DeJesus JM. Formula feeding is associated with rapid weight gain between 6 and 12 months of age: Highlighting the importance of developing specific recommendations to prevent overfeeding. *Nutrients* 2023;15(18): 4004.
21. Chantry CJ, Dewey KG, Peerson JM, et al. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *J Pediatr* 2014;164(6):1339-1345.e5.
22. Nguyen TT, Withers M, Hajeebhoy N, et al. Infant formula feeding at birth is common and inversely associated with subsequent breastfeeding behavior in Vietnam. *J Nutr* 2016; 146(10):2102-2108.
23. McCoy MB, Heggie P. In-hospital formula feeding and breastfeeding duration. *Pediatrics* 2020;146(1): e20192946.
24. Perrine CG, Scanlon KS, Li R, et al. Baby-friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics* 2012;130(1):54-60.
25. How the marketing of formula milk influences our decisions on infant feeding. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children ' s Fund (UNICEF); 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) Data. <https://iris.who.int/handle/10665/352098>.
Texte du Code : <https://www.lllfrance.org/vous-informer/promotion-et-protection-de-l-allaitement/950>
26. Rollins N, Piwoz E, Baker P, et al. 2023 Lancet Breastfeeding Series Group. Marketing of commercial milk formula: A system to capture parents, communities, science, and policy. *Lancet* 2023;401(10375):486-502.
27. Baker P, Smith JP, Garde A, et al. 2023 Lancet Breastfeeding Series Group. The political economy of infant and young child feeding: Confronting corporate power, overcoming structural barriers, and accelerating progress. *Lancet* 2023;401(10375):503-524.

L'ABM est profondément impliquée dans le soutien à la communauté de la médecine de l'allaitement. Nous souhaitons offrir nos protocoles, nos déclarations de principes et nos documents à distribuer aux mères gratuitement, afin d'assurer leur accessibilité à tout le monde. Nous serons immensément reconnaissants pour les dons financiers permettant de soutenir et d'améliorer nos efforts dans la fourniture de ressources de qualité élevée. Votre soutien nous aide à poursuivre notre mission de servir la communauté de la médecine de l'allaitement avec l'excellence qu'elle mérite.

Pour en savoir davantage sur les dons, visitez notre site : www.bfmed.org/donate

Tableau 1 : Facteurs de risque d'apports suboptimaux et besoin potentiel d'une supplémentation

Facteurs temporaires pouvant potentiellement être résolus (voir le Protocole de l'ABM en rapport)	Facteurs permanents
Facteurs maternels de faible production lactée ou d'échec de la lactogenèse	
<p>Anatomiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pathologie mammaire telle qu'une mastite • Âge maternel avancé • La taille et forme des mamelons, avec des mamelons plus longs et plus gros qui peuvent être plus difficiles à prendre par le bébé (ce qui induira un plus faible transfert de lait et une régulation à la baisse de la production lactée). 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance glandulaire primaire (ou tissu glandulaire insuffisant) ou hypoplasie mammaire • Antécédents de chirurgie mammaire
Facteurs physiologiques	
<ul style="list-style-type: none"> • Exposition et/ou consommation d'alcool, de tabac ou de THC • Troubles alimentaires (impact éventuellement médié par la production de prolactine) • Difficultés d'expression du lait induisant une régulation à la baisse de la production lactée et une inhibition de la lactation par feedback (par exemple engorgement, stress, tire-lait de mauvaise qualité, taille inadaptée de la tétérèlle) • Prise maternelle de certains médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance maternelle de sécrétion de prolactine (par exemple infection virale, infarctus post-hémorragique, apoplexie pituitaire, hypophysite, adénome, antécédents d'irradiation cérébrale) • Problème de santé métabolique, incluant l'hypertension, la résistance à l'insuline et une obésité de classe 2 et plus (IMC 35-39,5 kg/m²)
Complications intrapartum/iatrogènes telles que :	
<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie du post-partum (via une lésion pituitaire ou une anémie) • Accouchement par césarienne (impact médié par une montée de lait retardée et des difficultés de démarrage de l'allaitement) • Rétention placentaire et/ou autres raison d'une persistance d'un taux élevé de progestérone • Tétées espacées en raison d'une séparation mère-enfant ou baisse de l'appétit infantile souvent due à l'introduction de suppléments • Douleur intolérable ou persistante pendant les tétées, que les interventions n'ont pas soulagée 	
Facteurs maternels de risques de problèmes de réflexe d'éjection	
<ul style="list-style-type: none"> • RED • Troubles mentaux maternels (incluant le stress et une douleur excessive) • Stress en raison des attentes parentales concernant la fréquence des tétées ou des attentes en matière de sommeil, ou inquiétude excessive 	
Facteurs maternels de risque de montée de lait tardive (> 72 heures) :	
<ul style="list-style-type: none"> • Âge maternel (> 30 ans, en particulier chez les primilactantes), IMC > 25 kg/m² (2), prise de poids gestationnelle excessive, diabète, SOPK • Difficultés du travail (durée du stade 2 > 1 heure, vécu stressant de l'accouchement, césarienne, rétention placentaire) • Concernant la dyade allaitante (première mise au sein retardée, fréquence insuffisante des tétées, difficultés de mise au sein) 	
Facteurs de risque infantiles d'apports suboptimaux ou de nécessité d'une supplémentation :	
<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés de prise du sein et de succion • Hypoglycémie (1) • Hyperbilirubinémie nécessitant une escalade de soins médicaux (2, 3) • Perte de poids excessive selon les NPPNN (4, 5) • Syndrome néonatal de sevrage des opiacés (6) 	

Informations supplémentaires

IMC : indice de masse corporelle

RED : réflexe d'éjection dysphorique

NPPNN : nomogrammes pour la perte de poids du nouveau-né

SOPK : syndrome des ovaires polykystiques

THC : tétrahydrocannabinol

Références du tableau sur les facteurs de risque

1. Wight NE, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #1: Guidelines for Glucose Monitoring and Treatment of Hypoglycemia in Term and Late Preterm Neonates, Revised 2021. *Breastfeed Med* 2021;16(5):353-365.
<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1024-1-recommandations-pour-le-suiti-de-la-glycemie-et-le-traitement-de-lhypoglycemie>
2. Kemper AR, Newman TB, Slaughter JL, et al. Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. *Pediatrics* 2022;150(3):e2022058859.
3. Flaherman VJ, Maisels MJ, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for Management of Jaundice in the Breastfeeding Infant 35 Weeks or More of Gestation-Revised 2017. *Breastfeed Med* 2017;12(5):250-257.
<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1608-22-gestion-de-lictere-chez-lenfant-allait-ne-a-35-semaines-ou-plus-dage-gestationnel>
4. Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, et al. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics* 2015;135(1): e16-23. *Doss All* 2016 ; 109 : 20.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4279066/pdf/peds.2014-1532.pdf>
5. Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MK, et al. Newborn Weight Loss During Birth Hospitalization and Breastfeeding Outcomes Through Age 1 Month. *J Hum Lact* 2017;33(1):225-230.
6. Grossman MR, Lipshaw MJ, Osborn RR, et al. A Novel Approach to Assessing Infants With Neonatal Abstinence Syndrome. *Hosp Pediatr* 2018;8(1):1-6.