

Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine
Protocole clinique numéro 35

Soutenir l'allaitement pendant une hospitalisation maternelle ou infantile

ABM Clinical Protocol #35. Supporting breastfeeding during maternal or child hospitalization. Melissa Bartick, MD, MS¹, Maria Teresa Hernández-Aguilar, MD, MPH, PhD², Nancy Wight, MD³, Katrina B. Mitchell, MD⁴, Liliana Simon, MD, MS⁵, Lauren Hanley, MD⁶, Samantha Meltzer-Brody, MD, MPH⁷ and Robert M. Lawrence, MD⁸; and the Academy of Breastfeeding Medicine. *Breastfeed Med* 2021; 16(8): 664-74.

L'un des principaux objectifs de l'Academy of Breastfeeding Medicine est le développement de protocoles cliniques portant sur le suivi de problèmes médicaux courants pouvant avoir un impact sur le succès de l'allaitement. Ces protocoles sont destinés uniquement à servir de recommandations pour le suivi des mères allaitantes et de leurs enfants, et ne constituent pas un mode exclusif de traitement ou un standard pour les soins médicaux. Des variations dans le traitement pourront être appropriées en fonction des besoins individuels du patient. L'Academy of Breastfeeding Medicine reconnaît que toutes les personnes allaitantes ne s'identifient pas comme de sexe féminin. Toutefois, utiliser un langage inclusif sur le plan du genre n'est pas possible dans toutes les langues, dans tous les pays et pour tous les lecteurs. La position de l'Academy of Breastfeeding Medicine (<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>) est d'interpréter les protocoles cliniques dans le cadre de l'inclusivité pour toutes les personnes allaitantes, nourrissant sur la poitrine et nourrissant avec du lait humain.

Introduction

Les mères allaitantes ou les nourrissons ou bambins allaités pourront nécessiter une hospitalisation pour une raison médicale ou chirurgicale, que ce soit à la naissance ou plus tard pendant la vie de l'enfant, et les mères allaitantes pourront parfois devoir être hospitalisées pour une raison psychiatrique. Malheureusement, l'hospitalisation d'une mère allaitante ou de son enfant pourra induire des perturbations dans l'allaitement ou un sevrage non souhaité (1-3), ou à d'autres complications telles qu'une mastite (4). Toutefois, il existe peu de recommandations officielles pour la gestion de la lactation pendant l'hospitalisation (5-11). Ce protocole présente les soins recommandés en cas d'hospitalisation d'une mère allaitante ou de son enfant allaité, et peut être utilisé pour établir des normes afin de mettre en œuvre ce modèle de règlement.

Les équipes soignantes qui ne travaillent pas en obstétrique, pédiatrie ou néonatalogie pourront avoir une expérience limitée en matière de soutien aux mères allaitantes, et pourront avoir des connaissances limitées sur la physiologie ou la gestion de l'allaitement. De plus, elles pourront ne pas comprendre les risques à court et à long terme des perturbations de la lactation (4, 12-14). Ces équipes insuffisamment formées pourront utiliser leur expérience personnelle sur l'allaitement plutôt que des données fondées sur les preuves (5). De plus, la présence d'un bébé ou d'un bambin allaité dans un service médical ou chirurgical d'adultes, dans une zone péri-opératoire ou une unité de soins intensifs (USI) pourra soulever des craintes quant à la sécurité de l'enfant, ainsi que des questions sur la responsabilité de l'hôpital. La gestion de l'allaitement, en prenant en compte les médicaments, examens et perfusions, pourra également nécessiter une attention particulière. Enfin, l'équipe soignante pourra ne pas être familiarisée avec l'évaluation correcte du souhait d'une mère de démarrer ou de poursuivre l'allaitement, et de comment l'aider au mieux à atteindre ses objectifs grâce à une prise de décision conjointe (15).

Les protocoles de l'ABM #7 (Modèle de règlement favorable à l'allaitement en maternité, 16), #15 (Analgésie et anesthésie chez la mère allaitante, 17), #25 (Recommandations pour le jeûne préopératoire chez l'enfant allaité, 18) et #31 (Radiologie et médecine nucléaire chez la femme allaitante, 19) pourront être utilement adjoints à ce protocole.

1. Department of Medicine, Mount Auburn Hospital and Harvard Medical School, Cambridge and Boston, Massachusetts, USA.

2. Breastfeeding Clinical Unit, Dr. Peset University Hospital, Valencia, Spain.

3. Retired; Neonatology, Sharp Mary Birch Hospital for Women and Newborns, San Diego, California, USA.

4. Breast Surgical Oncology, Ridley Tree Cancer Center at Sansum Clinic, Santa Barbara, California, USA.

5. Department of Pediatrics, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA.

6. Department of Psychiatry, UNC Center for Mood Disorders, University of North Carolina Chapel Hill School of Medicine, Chapel Hill, North Carolina, USA.

7. Department of Obstetrics and Gynecology, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA.

8. Division of Pediatric Infectious Disease, Department of Pediatrics, University of Florida, Gainesville, Florida, USA.

Contexte

L'allaitement est la norme biologique pour l'alimentation des nourrissons. Les risques liés à un arrêt précoce de l'allaitement incluent une augmentation du risque d'infections et de pathologies chroniques chez les enfants, et une augmentation du risque de diabète de type 2, de maladies cardiovasculaires et de cancer du sein et des ovaires chez les femmes (20). À l'échelle mondiale, on estime que l'optimisation des pratiques d'allaitement à un niveau presque universel permettrait de prévenir 823 000 décès tous les ans chez les enfants de < 5 ans (12). Sur une base annuelle, des pratiques optimales d'allaitement pourraient en outre prévenir 98 234 décès maternels pour cancer du sein et diabètes de type 2 à l'échelle mondiale (14). L'OMS et la majorité des autorités en matière de santé recommandent l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois, suivis par la poursuite de l'allaitement parallèlement à l'introduction d'aliments complémentaires pendant au moins les 2 premières années (21). L'alimentation avec du lait humain est particulièrement importante pour les prématurés, qui ont un risque élevé d'entérococolite ulcéronécrosante et de mortalité corrélée s'ils sont nourris avec une préparation pour nourrissons pour prématurés au lieu de lait humain (22, 23). L'allaitement exclusif est particulièrement important pour abaisser le risque de mortalité liée aux infections, d'otite, d'infections gastro-intestinales et d'hospitalisations pour des infections respiratoires basses (20, 24).

Physiologie

Un rappel de base de la physiologie de la lactation est important pour comprendre la gestion de la mère allaitante hospitalisée et de l'enfant allaité. L'allaitement est une relation complexe et intercorrélée entre une mère allaitante et son enfant, qui peut être négativement affectée par des interférences externes, un stress et des influences culturelles négatives (25, 26). La cohabitation mère-enfant et le fait pour la mère d'avoir son enfant dans les bras favorisent des tétées fréquentes dès les premiers signes de faim chez l'enfant.

On doit s'attendre à ce que les nouveau-nés et les nourrissons tètent 8 à 12 fois par 24 heures. Vers le second ou 3^e jour de vie, ils pourront téter très souvent car le colostrum évolue vers le stade du lait mature. L'ocytocine est sécrétée par la mère en réponse à la succion de l'enfant, au contact peau à peau, au mouvement des mains sur les seins de la mère (27), mais aussi par le fait de voir, entendre, sentir son bébé ou même penser à lui (28). La sécrétion d'ocytocine stimule l'écoulement actif du lait dans les canaux lactifères aboutissant à l'aréole et au mamelon (le réflexe d'éjection), le lait étant absorbé par l'enfant qui tète (29). Cette hormone a de nombreux effets psychologiques et physiologiques, elle favorise un lien mère-enfant plus étroit, induit un sentiment de bien-être et de calme, augmente la relaxation, augmente la tolérance à la douleur et abaisse le rythme cardiaque et la pression sanguine (30). En revanche, les interventions médicales pendant l'accouchement, la peur et l'anxiété peuvent inhiber la sécrétion d'ocytocine et peuvent potentiellement interférer avec l'allaitement (28, 30, 31).

Les études indiquent que la séparation mère-enfant provoque un stress significatif chez les nouveau-nés (32, 33). De plus, les dyades allaitantes partagent une physiologie circadienne en rapport avec les variations du taux de cortisol (34, 35). La séparation est associée à une augmentation du risque de sevrage non désiré et à une baisse de l'exclusivité de l'allaitement (3). La prolactine stimule la production lactée immédiatement après la naissance. Après quelques semaines, l'effet de la prolactine devient moins important et la production est déterminée par la « loi de l'offre et de la demande ». Les tétées de nuit sont particulièrement importantes pour maintenir une production lactée abondante (36). Si les seins restent pleins, la production lactée va baisser ; de même, si la mère met fréquemment son bébé au sein, la production lactée va augmenter. Donc, des tétées fréquentes, y compris pendant la nuit, garantissent une production lactée adéquate (36). Une interruption brutale de l'allaitement en raison d'une séparation mère-enfant peut induire de l'inconfort au niveau des seins et un engorgement (4, 29, 37). De plus, un allaitement non physiologique via un tire-lait présente un risque de baisse de la production lactée ainsi que de mastite (37).

La séparation limite la protection immunitaire de l'enfant vis-à-vis des maladies infectieuses (38, 39). La raison en est que la mère transfère des anticorps et d'autres molécules immunomodulatrices à son enfant en réponse aux pathogènes auxquels elle est exposée (38). Les leucocytes et les IgA sécrétoires présents dans le lait augmentent également en réponse à une infection chez l'enfant (39), ce qui indique une communication de l'enfant vers la mère, dont on pense qu'elle survient via l'allaitement directement au sein (38). Garder la mère et son enfant ensemble est particulièrement important pour protéger un enfant allaité vis-à-vis des infections nosocomiales (38).

L'expression du lait avec un tire-lait ou manuellement pourrait être utile pour maintenir la production lactée lorsque l'allaitement directement au sein n'est pas possible (40). Toutefois, l'expression manuelle ou avec un tire-lait ne

devrait être utilisée qu'après évaluation soigneuse de la nécessité d'une séparation mère-enfant. Un bébé en bonne santé est capable d'exprimer le lait hors du sein plus efficacement qu'un tire-lait ou que l'expression manuelle (41). Exprimer le lait peut donc abaisser la production lactée et amener la mère à perdre confiance dans sa capacité à nourrir correctement son bébé grâce à l'allaitement (42). De plus, des études montrent que le lait exprimé pourrait ne pas présenter la même protection immunologique que le lait maternel pris directement au sein, car les cellules et l'activité biologique de ces cellules sont abaissées par le stockage et la congélation (43, 44).

Recommandations

Pour chaque recommandation, la qualité des preuves (niveau de qualité 1, 2 et 3) et la force de la recommandation (A, B et C) sont notées comme définies par la Strength of recommendation taxonomy criteria (45).

1. Créer un règlement pour soutenir la mère allaitante et l'enfant allaité.

a. Toute institution admettant des femmes en âge de procréer ou des enfants de < 2 ans devraient avoir un tel règlement. Un établissement devrait avoir un règlement écrit sur la gestion de l'allaitement chez la mère allaitante ou l'enfant allaité hospitalisés, chaque fois qu'ils sont hospitalisés ailleurs que dans un service de maternité ou de néonatalogie (6, 8). Ce règlement devrait inclure des éléments qui permettent à l'enfant et à sa mère allaitante de rester ensemble autant que faire se peut dans la mesure où il n'y a pas de contre-indication médicale. Il devrait préciser dans quels lieux l'enfant a le droit de se trouver, quels membres de l'équipe peuvent s'occuper en routine de l'enfant, qui prend la responsabilité des soins à l'enfant si la mère est la patiente, et quelles facilités sont mises en place pour la personne qui s'occupe de l'enfant et qui devra avoir un accès illimité à celui-ci. Il pourra spécifier le type préféré de chambre pour la dyade (par exemple chambre privée si disponible). Le règlement devrait également inclure des instructions concernant l'équipement de sommeil en toute sécurité pour le bébé (par exemple en précisant si l'établissement fournit ce matériel ou si les parents doivent apporter leur propre équipement). Si l'établissement ne fournit pas habituellement de soins liés à la maternité ou n'a pas de services de pédiatrie ou n'a pas accès à du personnel qualifié dans le soutien à l'allaitement et au matériel de base habituellement disponible dans d'autres hôpitaux locaux (tels que tire-lait, récipients pour le stockage du lait humain, berceaux ou couffins, et personnel qualifié dans le soutien à l'allaitement), le règlement devra envisager des arrangements pour le transfert vers un autre établissement où les besoins du (des) patient(s) seront mieux couverts (8).

Les mères allaitantes pourraient également se retrouver hospitalisées loin de leur domicile ou loin de leur enfant. Si la mère et l'enfant nécessitent tous les deux une hospitalisation, le règlement devrait inclure une procédure accélérée afin de leur permettre d'être dans le même établissement, même si cela requiert un transfert. Si l'enfant nécessite une hospitalisation, un service devrait dans l'idéal être capable de répondre aux besoins de base de sa mère allaitante (alimentation, hygiène, hébergement, etc.).

Les principaux décideurs de l'hôpital devraient être impliqués dans la création du règlement (8).

Niveau de preuve : 3. Force de la recommandation : C.

b. Le règlement devrait inclure les éléments nécessaires à un soutien adéquat de la lactation. Outre un règlement sur le fait de laisser la mère et son enfant ensemble, le règlement devrait inclure un accès à un soutien en matière d'allaitement ; à un planning incluant l'expression du lait, son stockage et sa gestion chaque fois que nécessaire (5, 8) ; à un accès à l'équipement et à un accès des soignants à des ressources de qualité élevée sur la sécurité des médicaments (5). Le règlement devrait également inclure des stratégies de communications concernant le transfert de soins afin de s'assurer que tous les soignants impliqués dans les soins aux patients sont au courant du planning d'allaitement ou d'expression du lait (5). Par exemple, si une intervention chirurgicale est planifiée, l'équipe multidisciplinaire du service où la mère est hospitalisée devrait communiquer les souhaits de la mère concernant l'allaitement ou l'expression du lait aux équipes de chirurgie et d'anesthésie, en particulier si la mère est la patiente (5, 17). Documenter l'heure de la dernière tétée ou de la dernière expression du lait, ainsi que le délai à prévoir avant la prochaine tétée ou séance d'expression, devrait faire partie des données transmises lors de chaque changement des équipes soignantes et on devrait communiquer avec la mère si l'enfant est le patient.

Niveau de preuve : 3. Force de la recommandation : C.

2. Maintenir ensemble la mère allaitante et son enfant.

Les enfants allaités devraient avoir un accès illimité à leur mère allaitante (29, 33, 34, 38, 41), dont les repas et les besoins de base devraient être assurés par l'établissement dans toute la mesure du possible. La mère est la source nutritionnelle de l'enfant et son lait a des propriétés thérapeutiques. Maintenir ensemble la mère allaitante et son bébé est important pour permettre l'allaitement directement au sein (38, 39, 42, 48), répondre aux signaux de faim de l'enfant (21), partager les réponses immunitaires aux pathogènes (38), prévenir les engorgements et les mastites

(29), prévenir la détresse maternelle et infantile (35, 49), préserver la production lactée maternelle (29), préserver le partage des rythmes circadiens dans la dyade (34), et enfin maintenir l'allaitement exclusif (1, 2). Si la mère et l'enfant sont tous deux hospitalisés, ils devraient l'être dans le même établissement et si possible partager la même chambre.

Niveau de preuve : 1-3. Force de la recommandation : B.

3. Utiliser des données scientifiquement fondées pour les recommandations sur l'expression et le stockage du lait.

a. L'allaitement directement au sein est préférable à l'expression du lait, manuelle ou avec un tire-lait : Chaque fois que possible, l'allaitement directement au sein est préférable à l'expression manuelle ou au tire-lait pour les dyades dont l'enfant est habituellement allaité directement au sein (38, 39, 43). Mettre l'enfant au sein pour qu'il tète peut être fait même lorsque la mère est faible et fragilisée par la maladie, en particulier lorsque l'allaitement est bien établi. Certaines mères allaitantes pourront être trop faibles et malades pour utiliser un tire-lait sans aide, car cela nécessite divers actes à chaque session d'expression comme le nettoyage du matériel et le stockage du lait exprimé. Ces nécessités peuvent augmenter les difficultés pour la mère si elle n'est pas habituée au tire-lait, et une équipe soignante compétente devrait être disponible pour lui en expliquer le mode d'emploi. Certaines mères allaitantes pourront avoir des résultats variables lorsqu'elles tirent leur lait manuellement ou avec un tire-lait, comme des difficultés pour déclencher le réflexe d'éjection, ou des difficultés à exprimer efficacement leur lait (42), ce qui rend l'allaitement directement au sein particulièrement important.

Niveau de preuve : 1-2. Force de la recommandation : B.

b. Fréquence de l'expression du lait : On devrait s'attendre à ce qu'une mère allaitante mette son bébé au sein ou tire son lait aussi souvent qu'elle le ferait si elle et/ou son enfant n'étaient pas hospitalisés ou séparés. Maintenir une fréquence similaire est important pour maintenir la production lactée, prévenir l'inconfort et l'engorgement (29, 50) et pour fournir du lait au bébé (51). Un bébé de < 6 mois exclusivement allaité devrait typiquement téter 8 à 12 fois par 24 heures, tandis qu'un bébé de 6 à 12 mois devrait le faire 5 à 6 fois par jour, et un enfant de 12 mois pourra téter seulement 3 ou 4 fois par jour (52). Il est également important de fournir des directives sur les limites des volumes moyens de lait comme objectif pour l'expression du lait, typiquement 700-980 ml par jour à J10-14, et ce volume est censé se maintenir pendant les 6 premiers mois (53).

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

c. Type de tire-lait : Un tire-lait hospitalier à double pompage est considéré comme le meilleur choix pour l'expression du lait chez les mères allaitantes qui sont séparées de leur bébé et qui doivent totalement remplacer l'allaitement directement au sein par l'expression du lait (40, 41). Les mères allaitantes pourront apporter leur propre tire-lait et préférer l'utiliser. Le nettoyage des pièces du tire-lait devrait être fait selon les recommandations scientifiquement fondées (54, 55) et/ou les recommandations du fabricant. Les tire-lait conçus pour une seule utilisatrice ne devraient pas être utilisés par plus d'une personne. La combinaison de l'expression du lait et de massages doux des seins pourra augmenter le volume de lait exprimé (40). En l'absence du bébé pour prendre le sein et d'un tire-lait, l'expression manuelle pourra être utilisée, mais si elle est utilisée seule, elle n'est pas aussi efficace que l'expression avec un tire-lait (41). Des vidéos sur l'expression manuelle existent et sont disponibles (56). Dans l'idéal, un tire-lait manuel devrait être disponible en dépannage, dans la mesure où la mère allaitante ne pourra pas toujours avoir accès à un tire-lait électrique. Si un tel tire-lait est moins efficace, il est portable et simple à utiliser, et il permet à la mère d'avoir davantage de flexibilité pour exprimer son lait dans le cas où elle doit quitter l'hôpital pendant une hospitalisation prolongée. Si la mère séjourne à son domicile la majeure partie du temps, des dispositions devraient être prises pour permettre l'utilisation d'un tire-lait électrique à double pompage dans ce contexte si possible.

Niveau de preuve : 1-2. Force de la recommandation : A.

d. Facteurs permettant d'augmenter le volume de lait exprimé : la relaxation, la chaleur, des massages doux et de la musique peuvent également aider à augmenter le volume du lait (40). Des photos, des enregistrements ou l'odeur de leur bébé peuvent aider à déclencher le réflexe d'éjection (28). Par ailleurs, il est important de réduire le stress et les distractions autant que possible (31).

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

e. Stockage du lait maternel exprimé : Le lait humain peut être stocké à température ambiante (20-22 °C) jusqu'à 4 heures, durée après laquelle il devrait être réfrigéré (56). Idéalement, le lait devrait être stocké dans la chambre de la mère allaitante ou du bébé allaité (s'il n'est pas en nurserie), dans un réfrigérateur. Il peut également être stocké dans une glacière bien isolée avec des packs de gel froid (ou de la glace qui sera remplacée lorsqu'elle est fondue), et il pourra être conservé dans ces conditions pendant 24 heures jusqu'à son transport jusqu'à sa destination finale (10, 57). Le protocole de stockage pourra varier d'un pays à l'autre. Tous les récipients de lait exprimé devraient

être étiquetés avec la date d'expression et des données sur l'identité du patient, et le stockage devraient respecter les règlements locaux, ou ceux des organisations dont les hôpitaux dépendent. Le lait devrait être transporté dans des contenants réfrigérés comme des glacières avec des packs de gel froid (ou de la glace comme décrit plus haut). Lorsque le lait exprimé arrive à destination, il devrait être rapidement réfrigéré, congelé ou utilisé.

Niveau de preuve : 3. Force de la recommandation : C.

4. Soins au bébé d'une mère allaitante

Une mère allaitante hospitalisée pourra être trop malade pour s'occuper de son enfant pour davantage que l'allaitement, ou peut ne pas être disponible pour s'occuper de son bébé en raison des procédures ou des examens. Si une mère souhaite poursuivre l'allaitement, une autre personne motivée devrait prendre soin de l'enfant au chevet de la mère. Souvent, la présence d'une telle personne sera requise par le règlement de l'hôpital (5). Les équipes soignantes de l'hôpital ne sont pas responsables des soins à l'enfant allaité. En conséquence, la présence illimitée et la satisfaction des besoins de cette personne sont essentielles.

Niveau de preuve : 3. Force de la recommandation : C.

5. Fournir le matériel nécessaire.

Les institutions devraient fournir un tire-lait électrique à double pompage aux mères allaitantes hospitalisées (40, 41) lorsque c'est le standard de soins dans les services locaux de maternité (40, 41). Les tire-lait à double pompage sont le meilleur choix dans cette situation, mais ils ne seront pas disponibles dans toutes les régions du monde. Les enfants des mères allaitantes hospitalisées auront besoin d'un lieu sûr pour dormir, comme un couffin ou un berceau, et les facilités offertes aux mères allaitantes devraient être du même niveau que le type d'équipement qui peut être trouvé dans les hôpitaux locaux qui ont des services de maternité ou des services d'hospitalisation. De nombreux lits d'hôpitaux ne sont pas propices au co-sommeil et des recommandations hospitalières spécifiques pourront être nécessaires pour détailler les caractéristiques des lits hospitaliers permettant un environnement sécurisé de sommeil pour les bébés. Les sièges auto, les poussettes ou les sièges d'enfant ne sont pas considérés comme présentant un environnement sûr pour le sommeil des bébés (58). Du matériel pour nourrir le bébé pourra être nécessaire si le bébé a faim alors que la mère est absente pour une procédure ou un test, ou si le bébé ne peut pas prendre directement le sein. Il est généralement recommandé d'éviter les tétines et sucettes chez les nouveau-nés lorsque l'allaitement n'est pas encore bien établi (21), et de préférer l'utilisation de l'alimentation au doigt ou de produits tels que la cuillère, les seringues ou un dispositif de supplémentation nutritionnelle si l'enfant n'est pas capable de prendre le sein directement avec un transfert adéquat du lait. Les familles pourront souhaiter apporter leur propre matériel d'alimentation ou autre. Elles devraient être autorisées à le faire sauf contre-indication médicale chez la mère allaitante ou son enfant. Un pèse-bébé pourra être utile pour s'assurer que l'enfant prend correctement du poids lorsque sa mère allaitante est hospitalisée, le poids de l'enfant étant régulièrement suivi par le professionnel de santé qui suit l'enfant, ou par un professionnel de santé compétent comme celui qui assure le soutien à la mère en matière de lactation.

Niveau de preuve : 1-2. Force de la recommandation : B.

6. Utiliser des recommandations fondées sur les preuves concernant la sécurité des médicaments, incluant les produits de diagnostic radiologique.

La plupart des médicaments sont sans risque pendant l'allaitement. Divers facteurs influencent la gestion des médicaments, incluant l'âge gestationnel de l'enfant et son âge au moment de l'hospitalisation, ainsi que le volume de lait maternel et son pourcentage dans l'alimentation de l'enfant. Les risques des médicaments devraient être pesés par rapport aux risques du non-allaitement pour la mère et l'enfant, et des alternatives médicamenteuses ou de traitement devraient être envisagées si c'est approprié. Il est donc essentiel que l'équipe soignante connaisse des sources fiables d'information, où elle pourra trouver des informations sur la sécurité de l'allaitement. Ces sources fiables peuvent varier suivant les régions, mais incluent LactMed (59), le InfantRisk Center (60) et e-lactancia (61). À noter que des médicaments peuvent affecter l'enfant et/ou la production lactée et que les soignants doivent être avertis de ces effets potentiels.

L'administration intraveineuse de produits iodés et de produits de contraste à base de gadolinium ne nécessite pas de suspension de l'allaitement ou de jeter le lait exprimé (19, 62). Toutefois, les produits radioactifs destinés aux examens ou au traitement nécessitent généralement la suspension de l'allaitement ou le fait de jeter le lait maternel exprimé jusqu'à ce que la radioactivité ait suffisamment baissé, le temps nécessaire dépendant du produit administré (61). Merci de vous référer au protocole de l'ABM #31, « Radiologie et médecine nucléaire chez les femmes allaitantes » pour des détails (19). Dans certains cas, on pourra utiliser des alternatives aux agents de

radiodiagnostic à visée diagnostique. Par exemple, un électrocardiogramme de stress pourra être envisagé plutôt qu'un examen nécessitant un radionucléotide pour l'évaluation d'une ischémie cardiaque.

Les recommandations concernant les médicaments, incluant les agents radiologiques, devraient tenir compte des données de haute qualité. Une mère allaitante devrait être rassurée sur le fait que la sécurité de chaque médicament qui lui est donné a été évaluée (10, 63, 64).

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

7. Prendre en compte le fait que les besoins liquidiens de la mère allaitante peuvent être différents.

Les besoins liquidiens d'une mère allaitante seront généralement plus élevés que ceux d'une mère non allaitante. Une mère qui allaite exclusivement un bébé de 6 mois peut produire environ 600 ml de lait par jour (de 450 à 1 200 ml par jour – 53), les mères qui n'allaitent pas exclusivement pouvant produire moins de lait. Lorsqu'on calcule les besoins liquidiens d'une mère, en particulier si elle ne peut pas prendre de liquides ou de solides par voie orale, il est important d'ajouter ces volumes au total administré. Pour les mères qui ont l'autorisation de boire, il est important de leur permettre de boire à leur soif, qui peut être déclenchée par le réflexe d'éjection.

Niveau de preuve : 1-2. Force de la recommandation : A.

8. Veiller à ce que les bébés des mères allaitantes puissent rester dans des locaux acceptables.

Les services médicaux et chirurgicaux et les zones péri-opératoires : cela ne présente pas de danger pour la mère allaitante d'avoir son bébé dans sa chambre dans un service médical ou chirurgical, sauf si cela est exclu suite à un protocole spécifique de contrôle du risque infectieux en rapport avec une infection maternelle. Il est important d'éviter de séparer la dyade (voir plus haut « Maintenir ensemble les mères allaitantes et leurs enfants »). Si possible, une chambre privée permettra un environnement calme, ainsi que de l'espace pour une personne soutien pour les soins à l'enfant (10). Il est également acceptable pour l'enfant de séjourner dans une zone périopératoire, sauf si cela est exclu suite à un protocole spécifique de contrôle du risque infectieux en rapport avec une infection maternelle. Certains hôpitaux peuvent ne pas permettre les visiteurs dans les zones périopératoires, mais l'enfant d'une mère allaitante et la personne s'occupant de l'enfant devraient être considérés comme des exceptions.

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

Les unités de soins intensifs (USI) pour adultes : dans une USI, des problèmes supplémentaires se poseront concernant le matériel, le contrôle des infections, le maintien adéquat des signes vitaux et les autres soins nécessaires à la mère allaitante, qui pourront rendre difficile la présence d'un nourrisson. D'un autre côté, la présence du bébé de la patiente pourra aider à régulariser ses signes vitaux et induire chez elle un fort désir de guérison pour le bien de son bébé (8). La sécrétion d'ocytocine suite aux tétées et au contact peau à peau avec l'enfant peuvent avoir un impact physiologique thérapeutique sur la mère allaitante. En revanche, une séparation persistante d'avec son bébé pourra être une cause supplémentaire d'anxiété qui viendra s'ajouter à l'anxiété ressentie par la mère suite à sa maladie grave. Même une mère qui n'est pas totalement consciente peut ressentir la présence de son bébé via le toucher, l'odorat et les bruits (8).

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

9. Prendre en compte le contrôle et la prévention des infections

Les nourrissons séparés de leur mère pourront être exposés à différents germes pathogènes vis-à-vis desquels leur mère ne sécrète pas d'anticorps spécifiques (38). De même, la mère allaitante pourra être incapable de produire un lait riche en leucocytes en réponse à une infection spécifique chez son enfant si la dyade est séparée (38). Sauf rares exceptions, les nourrissons n'ont pas besoin d'être séparés de leur mère ni d'interruption de l'allaitement en raison d'une infection.

Les infections pour lesquelles l'allaitement ou le don de lait maternel exprimé sont contre-indiqués sont : une brucellose non traitée (jusqu'au démarrage du traitement), une infection à virus Ebola, une infection active à Herpès simplex sur le sein (il est possible de faire téter l'enfant sur le sein non touché ou de lui donner le lait exprimé à partir de ce sein si toutes les lésions sont couvertes) (65). Les experts déconseillent généralement l'allaitement ou le don de lait maternel exprimé en cas d'infection à HTLV-1 ou 2, mais dans certaines situations, les bénéfices de l'allaitement seront supérieurs au risque (65, 66). Les infections pendant lesquelles la mère ne pourra pas mettre son bébé au sein mais pourra lui donner son lait exprimé sont une varicelle maternelle périnatale ayant débuté dans les 5 jours précédant la naissance ou les 2 jours qui la suivent (65). Pour le VIH, l'OMS a émis des recommandations qui dépendent des circonstances (67). Pour la tuberculose non traitée ou lorsque la mère est encore infectieuse, le don de lait maternel exprimé ne présente pas de risque (si le traitement maternel ne contre-indique pas l'allaitement), mais les recommandations concernant la séparation mère-enfant dépendent du fait que la

dyade vit ou non dans une région à faibles ressources ou de si la mère a une infection résistante aux médicaments (68).

L'allaitement pourra être poursuivi avec des mesures d'hygiène respiratoire et manuelles en cas d'infection à SARS-CoV-2. Une personne soutien pourra être nécessaire pour s'occuper de l'enfant si la mère est trop malade pour le faire. À noter que certaines infections, incluant des formes d'hépatites virales, ou des infections nécessitant que les soignants prennent des précautions dans les contacts avec les patients, telles que celles à *Clostridium difficile* ou à entérocoque résistant à la vancomycine, ne contre-indiquent pas l'allaitement, et ne sont pas non plus des infections pour lesquelles des précautions spéciales doivent être prises pour l'enfant. La présence d'autres patients hospitalisés dans le service ne devrait pas être une source de contagion pour l'enfant. Toutefois, par mesure de précaution, les soignants devraient limiter leurs contacts avec le bébé, sauf ceux pour qui ces contacts sont nécessaires (spécialistes en lactation ou en soins pédiatriques).

Niveau de preuve : 3. Force de la recommandation : C.

10. Fournir un soutien à l'allaitement aux patientes chirurgicales adultes.

Les mères allaitantes pourront avoir besoin d'une chirurgie programmée ou effectuée en urgence.

a. Interventions programmées : La planification d'une intervention chirurgicale programmée devrait prendre en compte le maintien de la lactation comme souligné dans le planning péri-opératoire de Simon et al et de Rieth et al, du Memorial Sloan Kettering Cancer Center (New York – 5, 6). Cela nécessite l'identification préopératoire des mères allaitantes, une attention spécifique à l'alimentation de l'enfant et/ou à l'expression du lait dans les zones d'attente préopératoire, une gestion judicieuse des fluides administrés pendant l'opération, l'utilisation d'antalgiques non narcotiques lorsque c'est possible, et la réunion de la mère et de son enfant en salle de réveil lorsque c'est médicalement sans risque. La mère allaitante peut remettre son bébé au sein dès qu'elle est réveillée et vigilante, car les anesthésiques ont disparu du lait maternel lorsqu'ils ont quitté le système nerveux central (59). Les anesthésistes devraient connaître les données sur la sécurité des produits anesthésiques pendant l'allaitement, et utiliser les analgésiques à privilégier pendant la lactation (voir le protocole #15 de l'ABM, Analgésie et anesthésie chez la mère allaitante – 17).

Par ailleurs, pour les procédures complexes qui peuvent nécessiter une intubation post-opératoire et/ou un séjour en USI chirurgicale, le chirurgien devrait agir en coordination avec les membres de l'équipe soignante qui suit la patiente afin de mettre au point un planning de soutien de la lactation et minimiser le risque de complications. Cette équipe devrait inclure (mais ne pas se limiter) les professionnels de santé suivants : anesthésiste, infirmières en péri-opératoire (travaillant en salle préopératoire et en salle de réveil), infirmières du bloc chirurgical, autres personnes participant à la chirurgie, infirmières en soins intensifs, infirmières travaillant dans le service chirurgical, médecins spécialistes en allaitement et consultant(e)s en lactation. Pour les patientes nécessitant des soins médicaux intensifs (par exemple les patientes transplantées), un(e) pharmacien(ne) connaissant les ressources sur les médicaments pendant l'allaitement (par exemple LactMed – 59, e-lactancia – 61, InfantRisk Center – 60) devrait être identifié(e). Les soignants devraient connaître les données sur la sécurité des antibiotiques pendant l'allaitement (voir la section « médicaments »). Les autres médicaments couramment utilisés en période péri-opératoire tels que les anticoagulants seront envisagés au cas par cas. Par exemple, la sécurité de l'héparine est démontrée, mais nous manquons de données claires sur les nouveaux anticoagulants plus récents.

Les autres considérations pour l'équipe soignante sont les suivantes :

- Calculer ou estimer le temps total de séparation entre la mère et son enfant ou d'arrêt de l'expression du lait, en prenant en compte les transports, l'intubation, l'installation au bloc et la préparation préopératoire. Lorsqu'on s'attend à une séparation de > 4 heures, un planning d'expression du lait pendant l'intervention devrait être prévu.
- On devrait prendre en compte l'emplacement de l'incision par rapport aux seins. Par exemple, une chirurgie thoracique pourra nécessiter une incision susceptible d'avoir un impact sur la vascularisation artérielle ou veineuse du sein. Les chirurgiens devraient être préparés à la vascularisation importante du sein lactant.
- Si des greffes de matériel artificiel sont anticipées (chirurgies vasculaires), il faudra veiller à éviter la contamination de la greffe avec du lait maternel.
- La gestion en USI est abordée plus bas.

b. Interventions en urgence (chirurgie suite à un traumatisme par exemple) :

Un problème urgent en cours ou débutant dont l'acuité peut aller de la cholécystite à l'obstruction intestinale en passant par les traumatismes multiples représente un scénario délicat pour la gestion de l'allaitement. Comme mentionné plus haut, on veillera si possible au maintien de l'expression du lait, à la prise en compte de la sécurité

des médicaments pendant la lactation et à la réunion de la mère et de l'enfant aussi rapidement que cela est médicalement sans danger. Les chirurgiens traumatologues devraient savoir qu'en raison de l'importante vascularisation du sein lactant, les femmes allaitantes ont un risque plus élevé d'hématome mammaire provoqué par la ceinture de sécurité ou l'airbag. De plus, les femmes peuvent également avoir une importante vascularisation collatérale au niveau de la paroi thoracique, et il sera nécessaire de surveiller les saignements lorsqu'on place une ligne centrale, un drain thoracique, ou qu'on pratiquera des interventions ou qu'on placera des appareils de suivi sur le thorax (voir les sections précédentes sur « Les médicaments », « Maintenir ensemble la mère allaitante et son enfant » et « L'expression du lait »).

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

11. Soutien d'une mère allaitante inconsciente en post-partum immédiat.

Comme décrit plus haut, dans le cas d'une intervention chirurgicale en urgence, la mère peut être incapable de communiquer ou inconsciente. On ne peut pas supposer que l'allaitement n'est pas important pour elle ou ne le sera pas dans le futur. Si elle a fait une procuration médicale, la personne désignée comme tuteur est censée prendre les décisions qu'il (elle) estime que la mère aurait prises elle-même si elle en avait été capable. Par ailleurs, si la mère est en post-partum immédiat et qu'on ne commence pas rapidement à exprimer le lait, il lui sera difficile ou impossible d'allaiter exclusivement par la suite (51, 70). Les visites du nourrisson nécessiteront une coordination entre les soignants chargés du soutien à l'allaitement et ceux chargés des soins pédiatriques, mais elles seront au final bénéfiques pour la guérison de la mère ainsi que pour le nourrisson (8). Une mère sédatisée ou inconsciente peut tirer des bénéfices de la présence de son bébé et présenter des améliorations de ses signes vitaux, et cela augmentera sa motivation à guérir (71). Les interventions nécessaires devraient être faites afin qu'une personne expérimentée puisse se charger de l'expression du lait si la mère est incapable de le faire elle-même. La formation correcte des soignants en charge de femmes qui doivent tirer leur lait ou qui ont besoin d'une assistance pour ce faire devrait inclure des connaissances sur le matériel d'expression, la taille des tételles et les signes de lésions des mamelons. Négliger ces domaines peut avoir pour conséquence des lésions anatomiques significatives, de la douleur et des infections potentielles (72).

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

12. Soutenir la mère hospitalisée en psychiatrie.

Diverses raisons pourront nécessiter l'admission en urgence d'une mère allaitante en psychiatrie. Toutefois, quel que soit le type du service de psychiatrie, le protocole standard devrait être que l'équipe soignante du service soutiendra la poursuite de la lactation si la patiente le souhaite.

a. Avoir un règlement écrit ou un protocole spécifique au service de psychiatrie pour soutenir ces patientes. Avoir un protocole écrit pour toutes les femmes hospitalisées est important pour la réussite de l'allaitement et le maintien de la lactation (6, 8), mais mettre en œuvre le soutien à une mère allaitante dans un service de psychiatrie est particulièrement complexe et nécessite un effort supplémentaire pour le soutien de l'équipe soignante et la supervision de la mère. Avoir un règlement écrit ou un protocole spécifique au service de psychiatrie pour le soutien de ces patientes est très important pour le maintien de leur lactation. Les protocoles spécifiant la possibilité de visites du nourrisson peuvent également favoriser le lien mère-enfant, améliorer le bien-être général de la mère et améliorer l'attachement. Les visites devraient être un objectif lorsqu'elles peuvent être faites en toute sécurité. (Voir les sections « Maintenir ensemble la mère allaitante et son enfant » et « Créer un règlement pour soutenir la mère allaitante et l'enfant allaité »)

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

b. Favoriser les unités d'hospitalisation mère-enfant. Tout autour du monde, il existe une large gamme de types de services de psychiatrie dans lesquels les femmes peuvent être traitées en période périnatale pour leur maladie psychiatrique suffisamment sévère pour nécessiter une hospitalisation. Cela peut être un service de psychiatrie générale, un service qui traite uniquement des femmes ou un service de psychiatrie spécialisé dans les pathologies périnatales. Ces dernières sont le meilleur choix pour les femmes en période périnatale (73). Les services de psychiatrie spéciaux pour les femmes en période périnatale, souvent appelés Unités Mère-Enfant (UME), ont été ouverts en premier lieu en 1948 en Angleterre. Actuellement, il en existe en Belgique, en France, en Allemagne, en Hollande, aux États-Unis, en Australie, en Nouvelle-Zélande et dans d'autres pays encore (74-76). Le traitement appliqué dans les UME prend en compte la pathologie mentale maternelle dans le contexte du fonctionnement maternel, en portant une attention particulière à l'attachement mère-enfant (74, 76-78). Il est important de noter que les services de psychiatrie pour les femmes en période périnatale arrivent bien plus souvent à préserver l'allaitement (79). Aux États-Unis, la première UME psychiatrique a ouvert en 2011. À noter que, contrairement à la plupart des autres UME, les services de psychiatrie périnatale des États-Unis ne permettent pas que le bébé reste

la nuit avec sa mère, mais permettent des horaires de visites très larges, la fourniture de tire-lait de type hospitalier, ainsi que des endroits sûrs pour les visites aux mères et l'allaitement (77).

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

c. Encourager les contacts entre la mère et son enfant pendant l'hospitalisation. Les UME sont l'idéal pour ce faire (73). En l'absence de telles unités, les visites de l'enfant devraient être un objectif chaque fois que cela peut être fait en toute sécurité (Voir les sections « Maintenir ensemble la mère allaitante et son enfant » et « Créer un règlement pour soutenir la mère allaitante et l'enfant allaité »). La possibilité que l'enfant puisse voir sa mère hospitalisée en psychiatrie en toute sécurité dépendra de divers facteurs qui se focalisent d'abord sur la sécurité. Cela inclut la capacité maternelle d'interagir de façon appropriée avec son enfant et la disponibilité d'un lieu approprié pour ces visites mère-enfant dans le service ou près de ce dernier. Dans de nombreux cas, il sera nécessaire de faire superviser ces visites par un membre de l'équipe pour veiller à la sécurité des interactions mère-enfant. Dans de nombreux services de psychiatrie, les visites de mineurs sont interdites, mais on pourra toutefois prendre en compte les visites d'une dyade allaitante dans un lieu séparé si possible. L'objectif devrait donc être, pour toutes les patientes allaitantes, de bénéficier de visites supervisées et sécurisées lorsque c'est approprié.

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

d. Fournir de l'aide à la mère pour exprimer son lait lorsque l'allaitement directement au sein est impossible. Un tire-lait électrique à double pompage devrait être accessible (si ce matériel représente un standard de soins dans les maternités locales, dans la mesure où ces tire-lait ne sont pas disponibles dans tous les pays du monde). L'équipe soignante devrait être familiarisée avec l'utilisation de ces tire-lait. Sinon, on devra envisager de faire appel à des soignants travaillant dans un autre service du même hôpital pour soutenir la mère pendant son hospitalisation en service de psychiatrie. Le lait devra être étiqueté et conservé dans les conditions décrites plus haut, dans un réfrigérateur approprié du service (voir « Utiliser des données scientifiquement fondées pour les recommandations sur l'expression et le stockage du lait »).

L'une des difficultés en rapport avec l'expression du lait en service de psychiatrie est le risque d'automutilation par la patiente. Les tuyaux du tire-lait constituent un risque car ils peuvent être utilisés comme un lien pour tenter un suicide par strangulation. En conséquence, les femmes allaitantes admises en psychiatrie auront souvent besoin d'une supervision pendant qu'elles tirent leur lait, ce qu'elles percevront souvent comme inconfortable dans la mesure où c'est un acte que les femmes préfèrent effectuer en privé. L'équipe soignante psychiatrique doit connaître cette difficulté et peser soigneusement les risques d'une automutilation et le droit à l'intimité, qui est généralement préféré par la patiente qui tire son lait. Lorsque l'expression du lait est terminée, on doit enlever les tuyaux de la chambre de la mère jusqu'à la session d'expression suivante. Utiliser un tire-lait manuel ou apprendre à la femme l'expression manuelle peuvent être des options lorsque l'utilisation d'un tire-lait électrique constitue un risque pour la sécurité de la mère et qu'une supervision pendant l'expression est impossible.

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

e. Apporter une aide pour l'expression du lait si la mère n'est pas capable de tirer son lait. Une mère allaitante admise en service de psychiatrie pourra également être incapable de tirer elle-même son lait en raison de la nature de la pathologie diagnostiquée. Par exemple, elle peut être psychotique, désorganisée ou catatonique. Dans une telle situation, les objectifs en matière d'allaitement devraient être discutés avec la personne désignée comme tuteur afin de soutenir au mieux la mère pendant cette période. Il pourra être nécessaire d'avoir un membre de l'équipe de soutien à la lactation ou un autre soignant compétent dans ce domaine pour aider la mère dans l'expression de son lait. Si le lait n'est pas exprimé pendant une longue période, d'autres complications liées à la lactation peuvent survenir (voir « Soutien d'une mère allaitante inconsciente »).

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

f. Prendre en compte l'allaitement lors des décisions concernant les médicaments psychotropes qui seront prescrits. Une évaluation soignée des bénéfices et des risques des psychotropes, qui doivent à la fois être efficaces et avoir le meilleur profil de sécurité chez les mères allaitantes devrait être un aspect important du planning de traitement. Un traitement efficace de la pathologie psychiatrique est primordial et doit être la priorité absolue. Si de nombreux psychotropes peuvent être considérés comme utilisables pendant l'allaitement, l'administration de plusieurs psychotropes pourra être nécessaire, ce qui pourra présenter des risques pour le bébé allaité. La sécurité des produits administrés devrait être évaluée de façon individuelle et dans le contexte de la globalité du traitement médical, et l'enfant devrait être suivi à la recherche d'effets indésirables (voir « Médicaments » pour les ressources suggérées). De plus, les antipsychotiques peuvent augmenter le taux de prolactine et donc augmenter la production lactée.

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

13. Faciliter l'allaitement chez les mères allaitantes et les enfants allaités hospitalisés

L'allaitement est très important pour les bébés et les bambins hospitalisés. Toutefois, la perte d'appétit induite par la maladie de l'enfant, les périodes de jeûne pour les examens ou interventions, et la séparation d'avec sa mère allaitante pourront induire des difficultés significatives. Si un bébé ou un bambin allaité est hospitalisé, tous les efforts devraient être accomplis afin de lui permettre un accès illimité à sa mère allaitante, dont les repas et les besoins de base devraient être pris en charge par le service. Le stress maternel suite à l'hospitalisation de l'enfant a un impact démontré sur l'allaitement (4, 26). En cas de séparation ou de perte d'appétit de l'enfant, la mère allaitante devrait dans l'idéal tirer son lait avec un tire-lait électrique à double pompage aussi souvent que l'enfant prenait le sein normalement afin de maintenir la production lactée et d'obtenir du lait pour l'enfant. Un soutien compétent en matière d'allaitement pourra être nécessaire (voir « Expression du lait »). Les mères pourront avoir besoin d'être rassurées, encouragées et soutenues si le volume de lait exprimé semble faible. Le contact peau à peau pourra faciliter l'allaitement directement au sein, ainsi que l'obtention d'un volume suffisant de lait maternel exprimé si le bébé est incapable de prendre le sein (80). Des ressources en ligne sont disponibles (81, 82). Les enfants souffrant de pathologies chroniques posent des problèmes supplémentaires, qui pourront nécessiter un soutien spécial, des soignants ayant une formation et des compétences spécifiques, ainsi qu'un équipement adapté (4).

Parfois, le patient pédiatrique peut être l'aîné d'un nourrisson allaité, et la mère devra venir à l'hôpital avec ce bébé allaité. En pareil cas, le bébé allaité devrait avoir le droit de séjourner dans la chambre de son frère (sa sœur) hospitalisé avec sa mère allaitante, sauf en cas de protocole spécifique de contrôle du risque infectieux l'interdisant. Un endroit sûr où faire dormir le nourrisson allaité devrait être fourni, tel qu'un couffin ou un berceau. Si la présence du nourrisson allaité dans le service n'est pas possible en raison de risques spécifiques pour l'enfant ou de limites logistiques, un soutien qualifié en matière d'allaitement pourra être nécessaire pour la mère allaitante.

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

Considérations spéciales

a. L'enfant en unité de soins intensifs pédiatriques (USIP). Un bébé ou un bambin peut être admis dans un tel service en raison d'une maladie grave comme une infection, un cancer, la correction chirurgicale d'une anomalie congénitale ou un traumatisme, tous problèmes pouvant nécessiter des interventions chirurgicales complexes et/ou une longue durée d'hospitalisation. Souvent, ces bébés ou bambins seront, au moins au départ, trop malades pour prendre le sein et/ou pour être nourris par un quelconque type de nutrition entérale. De plus, la mère peut être trop bouleversée par l'état de santé de son bébé ou de son bambin pour se préoccuper des problèmes liés à l'allaitement (4). En conséquence, il est capital que la mère allaitante soit totalement encouragée et soutenue dans l'expression de son lait et le maintien de sa production lactée (83 – voir plus haut). Pour maintenir la production lactée, la mère devrait être encouragée et soutenue afin qu'elle tire son lait dès le premier contact avec le système médical, incluant le service ou la consultation des urgences. Lorsqu'un bébé ou un bambin allaité est transféré en USIP depuis un autre hôpital par une équipe de transport, il devrait y avoir une coordination entre toutes les équipes impliquées afin de fournir à la mère la possibilité de continuer à tirer son lait régulièrement si nécessaire.

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

b. Le soutien respiratoire. Environ un tiers des patients pédiatriques qui auront besoin d'une intubation et d'une ventilation mécanique pourront développer une dysphagie plus ou moins importante. C'est un problème encore plus fréquent chez les enfants de < 25 mois (84). Même si l'enfant prenait le sein avant son hospitalisation, lui faire reprendre le sein par la suite pourra être une difficulté supplémentaire, et pourra nécessiter le soutien et les conseils d'une personne compétente en matière d'allaitement.

Les bébés qui étaient bien avant leur pathologie aiguë et qui ne sont pas encore revenus à la normale sur le plan respiratoire ou neurologique pourront dans certains cas avoir besoin d'une aide respiratoire telle qu'une canule nasale ou une canule nasale à haut débit. Chez les enfants souffrant de bronchiolite qui ont besoin d'une canule nasale à haut débit, les problèmes d'alimentation en rapport avec la canule semblent rares quelle que soit la méthode d'alimentation (85). De plus, l'allaitement directement au sein est supérieur au don de lait maternel exprimé pour d'autres raisons décrites plus haut (voir « Expression du lait »).

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

c. Enfants souffrant de pathologies congénitales. Les nourrissons et les bambins souffrant d'une maladie congénitale sévère, cardiaque, rénale, digestive ou pulmonaire, pourront nécessiter des hospitalisations fréquentes ou prolongées en pédiatrie ou en USPI. Ces patients ont souvent un risque accru de complications infectieuses, d'entérococolite ulcéronécrosante, de difficultés d'alimentation et de stagnation staturo-pondérale, et l'allaitement et le lait maternel pourront assurer une protection spéciale. Ils peuvent par ailleurs présenter des problèmes chroniques tels que l'hypotonie, la somnolence, une faible prise de poids ou autres, qui seront à l'origine de

difficultés supplémentaires et qui pourront nécessiter un soutien spécialisé en matière d'allaitement et/ou du matériel spécifique (4). De nombreux nourrissons seront hospitalisés alors que l'allaitement est encore en cours de démarrage et ils pourront ne pas être capables de prendre directement le sein au départ. Des informations et un soutien fondés sur les données scientifiques devraient être apportés aux familles et aux mères en période prénatales et poursuivis pendant toute la durée d'hospitalisation de l'enfant (21). Les nourrissons qui sont capables de prendre directement le sein pourront devenir cliniquement plus stables lorsqu'ils le font, avec une baisse du niveau de stress et de la nécessité d'un traitement médical de la douleur ou du contrôle de la pression sanguine (28, 30).

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

d. Le soutien à l'allaitement pour le nourrisson ou le bambin dans un cadre chirurgical. Les nourrissons devant subir n'importe quel type de chirurgie pourront être totalement incapables de se nourrir ou en être capables seulement pendant des périodes limitées. La mère pourra donc avoir besoin de tirer son lait (voir plus haut, ainsi que le protocole #25 de l'ABM, Recommandations pour le jeûne préopératoire chez l'enfant allaité – 18). Lorsqu'un enfant est admis pour une intervention chirurgicale alors que l'allaitement est bien établi, l'allaitement directement au sein devrait être facilité et encouragé aussi rapidement que possible. Certains de ces nourrissons ou bambins pourront être branchés à divers tuyaux, perfusions et drains immédiatement en post-opératoire. La mère pourra avoir besoin d'un soutien supplémentaire et qualifié pour allaiter son enfant afin d'éviter de déplacer ces tuyaux, perfusions et drains, et il faudra veiller au contrôle de la douleur chez l'enfant. La reprise de l'alimentation directement au sein pourra être lente. Une équipe multidisciplinaire ayant des connaissances dans tous ces domaines sera nécessaire pour les soins à ces dyades (4).

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

e. Équilibre hydrique strict et allaitement chez le nourrisson malade. Les nourrissons gravement malades auront souvent besoin d'un équilibre hydrique très strict pour le maintien de leurs fonctions vitales, ce qui pourra être difficile chez un nourrisson allaité directement au sein. Malgré cela, il est préférable de permettre et d'encourager l'allaitement directement au sein que d'utiliser un autre mode d'alimentation permettant un contrôle étroit des volumes administrés (86) (voir « Expression du lait » et « Soutien respiratoire »). Une petite étude a montré que le fait de peser l'enfant avant et après les tétées chez les enfants présentant une pathologie congénitale cardiaque admis dans une unité de transition pédiatrique spécialisée favorisait l'allaitement, permettait une évaluation plus exacte des apports de l'enfant et l'optimisation de son équilibre hydrique.

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

14. Promouvoir la prise de décision partagée

Parfois, la maladie dont souffre une mère allaitante l'amènera à prendre une décision difficile concernant l'arrêt de l'allaitement. En fonction de l'âge de l'allaitement et des circonstances de la vie de la mère, celle-ci pourra avoir envisagé d'arrêter l'allaitement avant de devenir malade. Il est important qu'elle dispose d'informations fiables avant de prendre des décisions, en particulier sur la sécurité des médicaments qu'elle devra prendre pour traiter sa maladie. Une patiente peut supposer de façon incorrecte qu'elle doit arrêter d'allaiter à cause de sa maladie.

Parfois, un professionnel de santé pourra lui avoir recommandé de façon erronée d'arrêter l'allaitement. Les mères doivent être informées sur les risques pour leur propre santé et pour celle de leur enfant d'un arrêt précoce de l'allaitement – ou si on préfère des « bénéfices de la poursuite de l'allaitement » (15). En revanche, une mère peut désirer fortement la poursuite de l'allaitement, mais supposer que cela ne sera pas possible. D'autres mères pourront avoir constaté une baisse majeure de leur production lactée résultant de la séparation d'avec leur bébé ou des interruptions des séances d'expression du lait en raison de la maladie. Ces mères auront besoin d'un soutien professionnel en matière d'allaitement pour reprendre l'allaitement dans de bonnes conditions de sécurité et assurer une prise de poids adéquate chez leur enfant. Quelle que soit la situation, il est important que les décisions maternelles soient prises avec une pleine compréhension des bénéfices et des risques pour la mère et l'enfant, et avec un accès à un soutien professionnel en matière de lactation lorsque c'est nécessaire.

Niveau de preuve : 3. Force de la recommandation : C.

En conclusion

Soutenir une mère allaitante ou un nourrisson ou un bambin allaité pendant une hospitalisation est important et pourra favoriser leur guérison, en particulier en cas de maladie grave. Même lorsque des circonstances difficiles telles que l'épidémie de SARS-CoV-2 nécessitent de restreindre les visiteurs à l'hôpital, la présence d'une personne soutien auprès de la mère devrait être fortement envisagée afin de permettre le maintien de la proximité entre la mère et son enfant. Chaque fois que c'est possible, les soins à la mère allaitante et à l'enfant allaité devraient être

assurés dans le même service, et les services devraient donc travailler à adapter leurs infrastructures pour soutenir adéquatement les familles allaitantes.

Futurs domaines de recherche

Dans la mesure où très peu de données sur ce sujet ont été publiées, davantage de publications portant sur les expériences en la matière seraient les bienvenues, incluant des exemples de règlement et des séries de cas.

Références

1. Courtois E, Thibault P. Impact of hospitalization of an infant during breast-feeding : Mother-child investigation. *Rech Soins Infirm* 2010 ; 102 : 50-58.
2. Heilbronner C, Roy E, Hadchouel A, et al. Breastfeeding disruption during hospitalisation for bronchiolitis in children : A telephone survey. *BMJ Paediatr Open* 2017 ; 1 : e000158.
3. Bartick MC, Valdes V, Giusti A, et al. Maternal and infant outcomes associated with maternity practices related to COVID-19 : The COVID mothers study. *Breastfeed Med* 2021 ; 16 : 189-199.
4. Hookway L, Lewis J, Brown A. The challenges of medically complex breastfed children and their families : A systematic review. *Matern Child Nutr* 2021 : e13182.
5. Simon JA, Carabetta M, Rieth EF, et al. Perioperative care of the breastfeeding patient. *AORN J* 2018 ; 107 : 465-474.
6. Rieth EF, Barnett KM, Simon JA. Implementation and organization of a perioperative lactation program : A descriptive study. *Breastfeed Med* 2018 ; 13 : 97-105.
7. Australian Breastfeeding Association. Breastfeeding and hospitalisation. Australian Breastfeeding Association. 2017. <https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/breastfeeding-and-hospitalisation> (accessed January 29, 2021).
8. Watson J, Hermann S, Johnson B. Developing a policy to support breastfeeding in women who are hospitalized and acutely ill. *Nurs Womens Health* 2013 ; 17 : 188-196.
9. Dumphy D. The breastfeeding surgical patient. *AORN J* 2008 ; 87 : 759-766 ; quiz 767-770.
10. Wenner L. Care of the breastfeeding mother in medical-surgical areas. *Medsurg Nurs* 2007 ; 16 : 101-104.
11. Shanahan H, Ashton J. Breastfeeding Women Admitted to Hospital Clinical Guideline V3.1. Truro, United Kingdom : NHS Royal Cornwall Hospitals, 2020.
12. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century : Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016 ; 387 : 475-490.
13. Bartick MC, Jegier BJ, Green BD, et al. Disparities in breastfeeding : Impact on maternal and child health outcomes and costs. *J Pediatr* 2017 ; 181 : 49-55 e46.
14. Walters DD, Phan LTH, Mathisen R. The cost of not breastfeeding : Global results from a new tool. *Health Policy Plan* 2019 ; 34 : 407-417.
15. Haiek LN, LeDrew M, Charette C, et al. Shared decision-making for infant feeding and care during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Matern Child Nutr* 2021 : e13129.
16. Hernandez-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, et al. ; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #7 : Model maternity policy supportive of breastfeeding. *Breastfeed Med* 2018 ; 13 : 559-574. <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1018-7-modele-de-reglement-concernant-lallaitement>
17. Reece-Stremtan S, Campos M, Kokajko L, et al. ABM clinical protocol #15 : Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2017. *Breastfeed Med* 2017 ; 12 : 500-506. <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1084-15-analgesie-et-anesthesie-chez-la-mere-allaitante>
18. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #25 : Preprocedural fasting for the breastfeeding infant : ‘NPO’ guidelines. *Breastfeed Med* 2012 ; 7 : 197-202. <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1651-recommandations-pour-le-jeune-pre-operatoire-chez-lenfant-allaitante>
19. Mitchell KB, Fleming MM, Anderson PO, et al. ABM clinical protocol #31 : Radiology and nuclear medicine studies in lactating women. *Breastfeed Med* 2019 ; 14 : 290-294. <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/2061-etudes-sur-la-radiologie-et-la-medecine-nucleaire-chez-la-femme-allaitante>
20. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, et al. Suboptimal breastfeeding in the United States : Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr* 2017 ; 13 : 3-6 ; Erratum in *Matern Child Nutr* 2017 : 2013(2012) : null.

21. World Health Organization. Guideline : Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding in Facilities : Providing Maternity and Newborn Services. Geneva : World Health Organization, 2017.
22. Colaizy TT, Bartick MC, Jegier BJ, et al. Impact of optimized breastfeeding on the costs of necrotizing enterocolitis in extremely low birthweight infants. *J Pediatr* 2016 ; 175 : 100-105 e102.
23. O'Connor DL, Gibbins S, Kiss A, et al. Effect of supplemental donor human milk compared with preterm formula on neurodevelopment of very low-birth-weight infants at 18 months : A randomized clinical trial. *JAMA* 2016 ; 316 : 1897-1905.
24. Khan J, Vesel L, Bahl R, et al. Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life : Effects on neonatal mortality and morbidity - A systematic review and meta-analysis. *Matern Child Health J* 2015 ; 19 : 468-479.
25. Gyamfi A, O'Neill B, Henderson W. Black/African American breastfeeding experience : Cultural, sociological, and health dimensions through an equity lens. *Breastfeed Med* 162021 : 103-111.
26. Foligno S, Finocchi A, Brindisi G, et al. Evaluation of mother's stress during hospitalization can influence the breastfeeding rate : Experience in intensive and non intensive departments. *Int J Environ Res Public Health* 2020 ; 17 : 1298.
27. Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, et al. Postpartum maternal oxytocin release by newborns : Effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 2001 ; 28 : 13-19.
28. Uvnäs-Moberg K. Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding. *Infant* 2013 ; 9 : 201-206.
29. Boss M, Gardner H, Hartmann P. Normal human lactation : Closing the gap. *F1000Res* 2018 ; 7 : F1000 Faculty Rev-801.
30. Uvnäs-Moberg K, Ingemar A, Magnusson D. The psychobiology of emotion : The role of the oxytocinergic system. *Int J Behavioral Medicine* 2005 ; 12 : 59-65.
31. Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr* 2001 ; 131 : 3012S-3015S.
32. Vetulani J. Early maternal separation : A rodent model of depression and a prevailing human condition. *Pharmacol Rep* 2013 ; 65 : 1451-1461.
33. Feldman-Winter L, Goldsmith JP, Committee On Fetus and Newborn, Task Force On Sudden Infant Death Syndrome. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics* 2016 ; 138 : e20161889.
34. Jonas W, Bisceglia R, Meaney MJ, et al. The role of breastfeeding in the association between maternal and infant cortisol attunement in the first postpartum year. *Acta Paediatr* 2018 ; 107 : 1205-1217.
35. Crenshaw JT. Healthy birth practice #6 : Keep mother and newborn together - It's best for mother, newborn, and breastfeeding. *J Perinat Educ* 2019 ; 28 : 108-115.
36. Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, et al. Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day. *Pediatrics* 2006 ; 117 : e387-e395.
37. Johnson HM, Mitchell KB. Lactational phlegmon : A distinct clinical entity affecting breastfeeding women within the mastitis-abscess spectrum. *Breast J* 2020 ; 26 : 149-154.
38. Hassiotou F, Hepworth AR, Metzger P, et al. Maternal and infant infections stimulate a rapid leukocyte response in breastmilk. *Clin Transl Immunology* 2013 ; 2 : e3.
39. Riskin A, Almog M, Peri R, et al. Changes in immunomodulatory constituents of human milk in response to active infection in the nursing infant. *Pediatr Res* 2012 ; 71 : 220-225.
40. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 ; 9 : CD006170.
41. Meier PP, Patel AL, Hoban R, et al. Which breast pump for which mother : An evidence-based approach to individualizing breast pump technology. *J Perinatol* 2016 ; 36 : 493-499.
42. Felice JP, Geraghty SR, Quagliari CW, et al. « Breast-feeding » without baby : A longitudinal, qualitative investigation of how mothers perceive, feel about, and practice human milk expression. *Matern Child Nutr* 2017 ; 13 : e12426.
43. Felice JP, Rasmussen KM. Breasts, pumps and bottles, and unanswered questions. *Breastfeed Med* 2015 ; 10 : 412-415.
44. Lawrence RA. Storage of human milk and the influence of procedures on immunological components of human milk. *Acta Paediatr Suppl* 1999 ; 88 : 14-18.
45. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT) : A patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *J Am Board Family Pract* 2004 ; 17 : 59-67.
46. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 : CD006641.
47. Ng CA, Ho JJ, Lee ZH. The effect of rooming-in on duration of breastfeeding : A systematic review of randomised and non-randomised prospective controlled studies. *PLoS One* 2019 ; 14 : e0215869.

48. Fewtrell M, Kennedy K, Lukoyanova O, et al. Short-term efficacy of two breast pumps and impact on breastfeeding outcomes at 6 months in exclusively breastfeeding mothers : A randomised trial. *Matern Child Nutr* 2019 ; 15 : e12779.
49. Silberman SL. Pioneering in family-centered maternity and infant care : Edith B. Jackson and the Yale rooming-in research project. *Bull Hist Med* 1990 ; 64 : 262-287.
50. Lee S, Kelleher SL. Biological underpinnings of breastfeeding challenges : The role of genetics, diet, and environment on lactation physiology. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2016 ; 311 : E405-E422.
51. World Health Organization.(2009). Infant and young child feeding : model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44117>.
52. Centers for Disease Control and Prevention. Table 3.2. Median number of feedings of each food in the past 7 days by infant age, among babies who consumed each food. U.S. Department of Health and Human Services. Infant Feeding Practices Survey II Web site. 2008. https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/ifps/data/ifps2_tables_ch3.pdf (accessed February 20, 2021).
53. Institute of Medicine (US), Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation. 5 : Milk volume. In : *Nutrition During Lactation*. Washington, DC : National Academies Press (US), 1991.
54. Centers for Disease Control and Prevention. How to keep your breast pump kit clean : The essentials. US Department of Health and Human Services. 2020. <https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/healthychildcare/infantfeeding/breastpump.html> (accessed January 29, 2021).
55. Flores-Anto´n B, Martin-Cornejo J, Morante-Santana MA, et al. Comparison of two methods for cleaning breast pump milk collection kits in human milk banks. *J Hosp Infect* 2019 ; 103 : 217-222.
56. Stanford Medicine Newborn Nursery, Morton J. Hand expression of breastmilk. Stanford University. 2006. <http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/hand-expressing-milk.html> (accessed January 29, 2021).
57. Centers for Disease Control and Prevention. Proper storage and preparation of breast milk. Department of Health and Human Services. 2020. https://www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/handling_breastmilk.htm (accessed January 29, 2021).
58. Task Force On Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths : Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2016 ; 138 : e20162938.
59. LactMed : Drugs and Lactation Database. <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen ?LACT> (accessed September 20, 2006).
60. Texas Tech University Health Sciences Center. InfantRisk Center at Texas Tech University Health Sciences Center : Breastfeeding. Texas Tech University Health Sciences Center. 2021. <https://www.infantrisk.com/category/breastfeeding> (accessed January 29, 2021).
61. e-lactancia. Is it compatible with breastfeeding ? Association for the Promotion of and Scientific and Cultural Research in Breastfeeding of Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (World Health Organization). 2021. www.e-lactancia.org/ (accessed February 20, 2021).
62. Sachs HC, Committee On Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk : An update on selected topics. *Pediatrics* 2013 ; 132 : e796-e809.
63. Odom EC, Li R, Scanlon KS, et al. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics* 2013 ; 131 : e726-e732.
64. Brown A, Finch G, Trickey H, et al. « A Lifeline When No One Else Will Give You the Answer » : An Evaluation of the Breastfeeding Network kdrugs in Breastmilk Service. Scotland : Breastfeeding Network, 2019.
65. Centers for Disease Control and Prevention. Contraindications to breastfeeding or feeding breast milk to infants. US Department of Health and Human Services. 2019. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/contraindications-to-breastfeeding.html> (accessed January 29, 2021).
66. Carneiro-Proietti AB, Amaranto-Damasio MS, Leal-Horiguchi CF, et al. Mother-to-child transmission of Human T-Cell Lymphotropic Viruses-1/2 : What we know, and what are the gaps in understanding and preventing this route of infection. *J Pediatric Infect Dis Soc* 2014 ; 3 Suppl 1 : S24-S29.
67. World Health Organization. Updates on HIV and Infant Feeding. Geneva : World Health Organization, 2021.
68. Loveday M, Hlangu S, Furin J. Breastfeeding in women living with tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2020 ; 24 : 880-891.
69. World Health Organization. Breastfeeding and COVID-19. Scientific Brief. 2020. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-covid-19#:~:text=WHO%20recommends%20that%20mothers%20with,confirmed%20COVID%2D19> (accessed October 16, 2020).
70. Auerbach KG, Avery JL. Relactation : A study of 366 cases. *Pediatrics* 1980 ; 65 : 236-242.

71. Turner T. Why North Carolina mom believes newborn saved her life. ABC News [Internet]. 2015. Available from : <https://abcnews.go.com/Health/north-carolina-mom-believes-newborn-saved-life/story?id=34836156> (accessed August 22, 2021).
72. Eglash A, Malloy ML. Breastmilk expression and breast pump technology. Clin Obstet Gynecol 2015 ; 58 : 855-867.
73. Wisner KL, Jennings KD, Conley B. Clinical dilemmas due to the lack of inpatient mother-baby units. Int J Psychiatry Med 1996 ; 26 : 479-493.
74. Cazas O, Glangeaud-Freudenthal NM. The history of Mother-Baby Units (MBUs) in France and Belgium and of the French version of the Marce checklist. Arch Womens Ment Health 2004 ; 7 : 53-58.
75. Galbally M, Sved-Williams A, Kristianopulos D, et al. Comparison of public mother-baby psychiatric units in Australia : Similarities, strengths and recommendations. Australas Psychiatry 2019 ; 27 : 112-116.
76. Kimmel MC, Lara-Cinisomo S, Melvin K, et al. Treatment of severe perinatal mood disorders on a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. Arch Womens Ment Health 2016 ; 19 : 645-653.
77. Meltzer-Brody S, Brandon AR, Pearson B, et al. Evaluating the clinical effectiveness of a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. Arch Womens Ment Health 2014 ; 17 : 107-113.
78. Buist A, Minto B, Szego K, et al. Mother-baby psychiatric units in Australia - The Victorian experience. Arch Womens Ment Health 2004 ; 7 : 81-87.
79. Hill R, Law D, Yelland C, et al. Treatment of postpartum psychosis in a mother-baby unit : Do both mother and baby benefit ? Australas Psychiatry 2019 ; 27 : 121-124.
80. Vittner D, McGrath J, Robinson J, et al. Increase in oxytocin from skin-to-skin contact enhances development of parent-infant relationship. Biol Res Nurs 2018 ; 20 : 54-62.
81. Children's Hospital of Philadelphia. Maintaining your milk supply while your baby is hospitalized. Children's Hospital of Philadelphia. 2021. <https://www.chop.edu/pages/maintaining-your-milk-supply-while-baby-hospitalized> (accessed February 15, 2021).
82. Children's Wisconsin. Breastfeeding your hospitalized child. Children's Wisconsin. 2021. <https://childrenswi.org/medical-care/neonatology/breastfeeding-resources/breastfeeding-your-hospitalized-child> (accessed February 15, 2021).
83. Ben Gueriba K, Heilbronner C, Grimaud M, et al. Simple actions to support breastfeeding can avoid unwanted weaning in infants younger than 6 months hospitalized for bronchiolitis : A before/after study (Bronchilact II). Arch Pediatr 2021 ; 28 : 53-58.
84. Hoffmeister J, Zaborek N, Thibeault SL. Postextubation dysphagia in pediatric populations : Incidence, risk factors, and outcomes. J Pediatr 2019 ; 211 : 126-133 e121.
85. Shadman KA, Kelly MM, Edmonson MB, et al. Feeding during high-flow nasal cannula for bronchiolitis : Associations with time to discharge. J Hosp Med 2019 ; 14 : E43-E48.
86. Combs VL, Marino BL. A comparison of growth patterns in breast and bottle-fed infants with congenital heart disease. Pediatr Nurs 1993 ; 19 : 175-179.
87. Gregory C. Use of test weights for breastfeeding infants with congenital heart disease in a cardiac transitional care unit : A best practice implementation project. JBI Database System Rev Implement Rep 2018 ; 16 : 2224-2245.

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

Melissa C. Bartick, MD, MS, FABM, lead author

Maria Teresa Hernandez-Aguilar, MD, MPH, PhD

Nancy Wight, MD, FABM

Katrina B. Mitchell, MD

Liliana Simon, MD, MS

Lauren Hanley, MD

Samantha Meltzer-Brody, MD, MPH

Robert M. Lawrence, MD

Comité des protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine

Elizabeth Stehel, MD, Chair

Lawrence Noble, MD, FABM, Translations Chair

Melissa C. Bartick, MD, MS, FABM

Sarah Calhoun, MD

Laura Kair, MD, MAS, FABM

Susan Lappin, MD, FABM
Ilse Larson, MD
Yvonne LeFort, MD, FABM
Nicole Marshall, MD, MCR
Katrina Mitchell, MD
Susan Rothenberg, MD, IBCLC, FABM
Tomoko Seo, MD, FABM
Gina Weissman, DMD, RN
Nancy Wight, MD, FABM
Lori Feldman-Winter, MD, MPH
Adora Okogbule-Wonodi, MD
Michal Young, MD, FABM
Deena Zimmerman, MD, MPH
For correspondence: abm@bfmed.org