



ILCA

INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT ASSOCIATION



Guide Clinique pour l'Établissement d'un Allaitement Exclusif

Traduction Lactitude

Juin 2005

Comité de Révision – Deuxième Edition

Mary L. Overfield, MN, RN, IBCLC

Lactation Consultant, WakeMed
Chair, Professional Development Committee
International Lactation Consultant Association
Raleigh, North Carolina USA

Carol A. Ryan, MSN, RN, IBCLC

Director, Parenting Services
Perinatal Education & Lactation Services
Georgetown University Hospital
Washington, DC USA

Amy Spangler, MN, RN, IBCLC

Affiliate Faculty, Emory University
Perinatal Education Instructor, Northside Hospital
Atlanta, Georgia USA

Mary Rose Tully, MPH, IBCLC

Adjunct Assistant Professor UNC School of Public Health
Director, Lactation Services
UNC Women's & Children's Hospitals
Chapel Hill, North Carolina USA

Partiellement soutenu par le
Maternal and Child Health Bureau
Health Resources and Services Administration
US Department of Health and Human Services

Préface

L'intérêt pour la santé maternelle et infantile a une longue histoire dans le monde entier. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, ratifiée en 1948, affirme que «La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales.»

¹⁸² La Convention des Droits de l'Enfant, ratifiée en 1989,¹⁸¹ garantit le droit des enfants au meilleur état de santé possible. D'autres conventions et des documents de consensus internationaux se concentrent sur la réduction des discriminations sexuelles qui peut amoindrir l'état de santé, en particulier celle des jeunes filles et des femmes. Plus récemment, la communauté mondiale a annoncé son engagement à «créer un environnement –au niveau national comme au niveau mondial- qui permettra le développement et l'éradication de la pauvreté».²³⁰ L'allaitement exclusif pendant six mois était parmi les interventions les plus rentables identifiées.

Il a été estimé que 4 millions des 130 millions de bébés nés chaque année meurent dans les quatre premières semaines de vie –la période néonatale.¹⁴⁴ Cela représente 36 pour cent des morts dans le monde entier chez les enfants âgés de moins de cinq ans.

Les bénéfices de l'allaitement, au niveau santé, pour les mères, les enfants et la société sont bien documentés.^{1, 6, 9, 10, 36, 51, 99, 133, 138, 180,}

²⁵⁰ Il en va de même pour les risques pour la santé et les coûts associés à l'alimentation artificielle.^{43, 46, 238} Les bénéfices sont même plus marquants quand on considère l'impact du non allaitement sur la morbidité et la mortalité maternelle et infantile.

Les organisations s'occupant de la santé au niveau mondial, les agences gouvernementales, non-gouvernementales et les associations de professionnels de santé recommandent un allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie avec la poursuite de l'allaitement pendant deux ans et au-delà comme la façon normale de nourrir les enfants.^{9,}

^{10, 36, 51, 250} En dépit d'améliorations générales dans l'initiation et la durée de l'allaitement durant les années 90, moins de la moitié des enfants du monde sont actuellement allaités exclusivement jusqu'à quatre mois. Bien que les niveaux mondiaux d'allaitement à 1 an soient relativement élevés (79 %), seule la moitié des enfants sont allaités à deux ans. Par conséquent les tendances actuelles d'allaitement sont loin des niveaux recommandés.²²⁹

De nombreux professionnels de santé croient que les enfants nés dans les pays développés ne sont que légèrement différents de leurs homologues nourris au lait en poudre. Cette attitude se reflète à la fois dans l'absence d'éducation à la gestion de l'allaitement dans les programmes d'enseignement et dans la pénurie de compétences dans ce domaine chez de nombreux professionnels de santé.^{72, 83, 86, 93, 102, 103, 113, 118, 146, 147, 223}

En 1991, l'Organisation Mondiale de la Santé et le Fond des Nations Unies pour les Enfants lancent l'Initiative Hôpital Ami des Bébé. Le titre Ami des Bébé est décerné aux hôpitaux ou aux maternités qui respectent les Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement Maternel.²⁴⁸ Les données montrent que pour que l'allaitement débute et s'établisse, la plupart des mères ont besoin d'une information appropriée et du soutien des professionnels de santé.²⁴⁸

Parmi les facteurs associés à l'introduction précoce des substituts du lait humain et à l'arrêt de l'allaitement, il y a, en particulier, chez les primipares, le manque de confiance dans leur capacité à allaiter, le manque de soutien des professionnels de santé et une grande diversité de problèmes d'allaitement.^{78, 221} Ce document se focalise sur l'établissement de l'allaitement exclusif pour les nourrisson à terme, en bonne santé. Les problèmes courants qui mènent souvent à l'introduction précoce de substituts du lait humain et à un sevrage prématuré sont traités. On a identifié des circonstances et des états qui peuvent nécessiter le recours à des professionnels de santé qualifiés [un(e) consultant(e) en lactation Certifié(e) (IBCLC), un médecin, une sage-femme, une infirmière ou une diététicienne ayant des compétences dans le soutien de l'allaitement].

Une évaluation globale de la mère et du nourrisson, incluant les connaissances de base et les croyances de la mère, est un premier pas indispensable. Les croyances des parents et les idées erronées doivent être prises en compte avant qu'une stratégie puisse être mise en place. L'allaitement est un comportement de santé qui a des conséquences à long terme⁹ et qui souvent est chargé des opinions personnelles de la famille et du professionnel de santé. L'acceptation du professionnel de santé de l'allaitement, comme étant la façon normale de nourrir l'enfant, l'étalon face auquel toutes les autres méthodes de nourrissage devraient être mesurées, est un élément

essentiel à valoriser. Ces stratégies sont destinées à donner forme à une gestion optimale de l'allaitement et à faire clairement comprendre aux professionnels de santé à la fois l'art de l'allaitement et les sciences qui sont derrière cet art. Plusieurs associations professionnelles très respectées ont publié des prises de position présentant des preuves et des raisons qui donnent la priorité aux compétences des professionnels de santé en matière de gestion de l'allaitement et de lactation humaine.^{1,}

^{6, 9, 10, 36, 51, 99, 133, 138, 180, 250.}

Les recommandations pour la pratique clinique doivent être fondées sur des données probantes mais elles doivent aussi être pertinentes et culturellement appropriées afin d'avoir un véritable impact sur la mise en route de l'allaitement, sur sa durée et sur son exclusivité.^{135, 165, 187, 203} Comme tous les autres domaines de la santé, la gestion de l'allaitement est un secteur en évolution. Par conséquent, les stratégies présentées ici reflètent les connaissances scientifiques, éducatives et cliniques actuelles.

Certains aspects de la gestion de l'allaitement ne peuvent être étudiés par un protocole expérimental avec groupe témoin et tirage au sort mais sont fondés sur l'expérience clinique et les déductions logiques issues de faits scientifiques. Les références qui soutiennent les stratégies contenues dans ce document vont de la recherche originale à des travaux fondés sur des années d'expérience clinique. Le niveau de preuve de chaque référence est gradé en utilisant un modèle développé par l'US Preventive Services Task force (voir Annexe 1).

Ces recommandations pour la pratique clinique plaident en faveur des femmes et des enfants en donnant aux professionnels de santé qui s'en occupent un cadre opérationnel. Elles reflètent un ensemble de démarches de soins fondé sur la compréhension que la santé et les intérêts de la dyade mère-enfant ne devraient pas être séparés. La santé maternelle est le déterminant le plus important du devenir du nouveau-né et, un nourrisson en bonne santé, est la meilleure promesse pour le futur.

Table des matières

Résultats attendus pour les mères qui allaitent et leurs nourrissons	2
--	---

Stratégies

1. Faciliter l'allaitement durant la première heure après la naissance et permettre un contact peau à peau entre la mère et l'enfant jusqu'à ce que la première tétée ait eu lieu.	3
2. Aider la mère à s'installer confortablement et à faire prendre le sein de façon efficace.	4
3. Laisser la mère et le nourrisson ensemble durant tout le séjour post-partum.	5
4. Apprendre aux mères à reconnaître les signes précoces qui montrent que le bébé a besoin de téter et à y répondre et s'assurer que le bébé est nourri au moins 8 fois par 24 heures.	6
5. S'assurer que les mères comprennent la physiologie de la production du lait, particulièrement le rôle du prélèvement du lait.	7
6. S'assurer que les mères savent comment réveiller un enfant endormi.	7
7. Eviter l'utilisation de sucettes, de bouts de sein et de suppléments sauf indication médicale.	8
8. Observer et documenter au moins une tétée toutes les huit heures durant le post-partum immédiat	9
9. Vérifier chez la mère et l'enfant les signes d'un transfert de lait efficace et intervenir si le transfert de lait est inadéquat.	10
10. Identifier les facteurs de risques maternels et infantiles qui peuvent avoir un impact sur la capacité de la mère à allaiter et sur celle de l'enfant à téter. Fournir une assistance appropriée et un suivi.	11
11. Identifier les contre-indications maternelles et infantiles à l'allaitement.	12
12. Si indication médicale, fournir des nutriments supplémentaires en utilisant une méthode de supplémentation qui soit le moins à même de compromettre la transition vers l'allaitement exclusif.	14
13. S'assurer que l'enfant a un rendez-vous prévu avec un professionnel de santé dans les cinq à sept jours après la naissance.	15
14. Fournir des documents d'information sur l'allaitement appropriés.	16
15. Soutenir l'allaitement exclusif durant toute maladie ou hospitalisation de la mère ou de l'enfant.	16
16. Respecter le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel et éviter la distribution de produits d'alimentation infantiles et la publicité pour de tels produits.	16
17. Inclure les membres de la famille ou d'autres personnes ayant de l'importance dans l'éducation à l'allaitement.	16
18. Fournir d'avance des informations sur les problèmes courants de l'allaitement qui peuvent interférer avec l'allaitement exclusif.	17
19. S'assurer que la mère comprend les comportements normaux du nourrisson allaité et a des attentes réalistes en ce qui concerne le soin et l'allaitement de l'enfant.	19
20. Discuter des différentes possibilités de contraception et de leurs effets possibles sur la production de lait.	20

Résultats attendus pour les mères qui allaitent et leurs nourrissons

Les nourrissons allaités, à terme et en bonne santé :

- ne perdront pas plus de 7 % de leur poids de naissance^{14, 149, 152, 155, 164, 201, 209, 224, 255}
- reprendront leur poids de naissance à 10 jours de vie^{152, 209}
- auront au moins 3 selles chaque jour après J1* avec des changements de couleur appropriés en fonction de l'âge (les premières selles surviennent généralement dans les 8 heures qui suivent la naissance)^{167, 255}
- auront au moins 6 couches mouillées chaque jour à partir de J4 avec une urine claire ou jaune pâle (la première miction survient généralement dans les 8 heures qui suivent la naissance)^{167, 178, 255}
- tèteront sans restriction de temps environ 8 fois par 24 heures^{34, 60, 252}
- prendront du poids à un rythme approprié pour leur âge (environ 20-35 g par 24 heures à partir de J5)^{68, 69, 88}
- tèteront exclusivement pendant les six premiers mois^{9, 136, 137, 158, 179, 183, 233}

***Les premières 24 heures après la naissance sont le jour J1.**

Les mères de bébés allaités, à terme et en bonne santé :

- identifieront et répondront de façon appropriée aux premiers signes d'appel de leur enfant pour téter¹⁵⁶
- sauront s'installer confortablement et faire prendre le sein à leur enfant de façon appropriée^{24, 80, 175, 225}
- reconnaîtront les signes d'une tétée efficace^{193, 210}
- auront une connaissance appropriée de l'allaitement et les compétences nécessaires à sa gestion²¹⁹
- identifieront les ressources disponibles en matière d'allaitement^{140, 202, 216}
- allaiteront pendant la première année de vie de l'enfant et au-delà si désiré⁹
- allaiteront exclusivement pendant les six premiers mois^{136, 137, 158, 179, 183, 233}

Stratégie 1

Faciliter l'allaitement durant la première heure après la naissance et permettre un contact peau à peau entre la mère et l'enfant jusqu'à ce que la première tétée ait eu lieu.

- Éviter les procédures de routine jusqu'à ce que la première tétée ait eu lieu.

Raisons et références

La mise en route de l'allaitement durant la première heure et un contact peau à peau continu sont associés avec :

- une mise en place plus rapide d'une succion efficace et comportements d'allaitement^{195, 240, 257}
- une relation mère-enfant renforcée^{161, 189, 194, 239, 241}
- un contrôle de la température néo-natale amélioré^{18, 35, 48}
- une stabilité métabolique du nourrisson améliorée^{18, 48}
- une stabilité de la glycémie néonatale améliorée^{243, 254}
- une augmentation des selles et diminution du risque d'ictère néonatal^{20, 205, 208, 252}
- une plus grande durée d'allaitement^{61, 168, 239, 252}
- une libération d'ocytocine maternelle après la naissance qui peut avoir un impact significatif sur les contractions utérines, sur l'éjection du lait, et sur l'interaction mère-enfant¹⁶¹
- un renforcement de la capacité de l'enfant à organiser son état et à moduler son système moteur⁸¹

Les procédures de routine, telle que l'administration prophylactique de vitamine K et d'érythromycine interrompent l'interaction entre la mère et l'enfant et retardent l'allaitement^{15, 132, 195, 241}

Niveau de preuve

Righard II-3,
Widstrom II-2,
Zetterstrom III

Matthiesen II-3,
Prodromidis II-2,
Renfrew III,
Wiberg II-2,
Widstrom II-2

Bergman I,
Bystrova I,
Christensson I

Bergman I,
Christensson I

Williams III,
Yaumachi II-2

Bertini II-3,
Salariaya II-2,
Semmekrot III,
Yaumachi II-2

de Château II-2,
Mikiel-Kostyra II-2,
Wiberg II-2,
Yamauchi II-2

Matthiesen II-3

Ferber I,

Awi II-2,
Klauss III,
Righard II-3,
Widstrom II-2

Stratégie 2

Aider la mère à s'installer confortablement et à faire prendre le sein de façon efficace.

Observer les signes qui montrent que le bébé est bien installé :

- l'enfant est bien soutenu et placé au niveau des seins de sa mère (mise au sein effectuée par la mère)
- le bébé est bien soutenu et placé entre les seins de sa mère (prise du sein par le bébé)

Observer les signes qui montrent que le bébé prend efficacement le sein en bouche :

- la bouche est grande ouverte
- les lèvres sont retroussées
- le menton touche le sein
- la prise en bouche est asymétrique (plus d'aréole est visible au-dessus de la bouche du bébé)

Observer chez l'enfant les signes de transfert de lait :

- un schéma de succion/déglutition/respiration à un rythme soutenu avec des pauses périodiques
- des déglutitions audibles
- les mains et bras relâchés
- la bouche humide

Observer chez la mère les signes de transfert de lait :

- le sein s'assouplit durant la tétée
- relaxation ou somnolence
- soif
- des contractions utérines ou un flux accru de lochies durant ou après la tétée
- le lait coule du sein opposé pendant la tétée
- le mamelon est allongé mais pas pincé ou abrasé après la tétée

Raisons et références

Il y a des preuves évidentes de l'efficacité d'un soutien professionnel sur la durée d'un allaitement. Cependant, l'impact de cet effet sur le taux d'allaitement exclusif est incertain.²¹³

Le transfert de lait survient quand l'installation et la prise du sein sont appropriées. La position qui permettra le mieux une prise efficace du sein variera selon les mères et les enfants.^{104, 173, 196}

Une bonne installation et une prise du sein efficace diminuent la sensibilité du mamelon et les traumatismes.^{104, 120}

Une technique d'allaitement efficace augmente la durée de l'allaitement.^{41, 120, 196}

Niveau de preuve

Sikorski III

Henderson I,
Morton III,
Righard II-2

Henderson I,
Ingram II-2

Cernadas II-3
Ingram II-2
Righard II-2

Stratégie 3

Laisser la mère et le nourrisson ensemble durant tout le séjour post-partum.

- Mener les examens et les tests de routine de l'enfant pendant que l'enfant est dans la chambre de sa mère, dans ses bras ou au sein.

Raisons et références

La cohabitation facilite l'allaitement.^{33, 40, 148, 186, 253}

La fréquence des tétées est plus importante et la supplémentation avec des substituts du lait maternel (formules) survient moins souvent quand la mère et l'enfant cohabitent.^{84, 252, 253}

Les mères ne dorment pas nécessairement plus quand l'enfant est pris en pouponnière la nuit.¹²⁸

Les pratiques et les politiques de l'établissement ont un impact sur la mise en place d'un allaitement efficace.^{15, 30, 187, 218, 241, 248}

L'allaitement à la naissance et à trois mois est fortement associé avec le sommeil partagé de la mère avec l'enfant.^{25, 191}

Le contact peau à peau et l'allaitement fournissent une analgésie pendant les procédures douloureuses.^{37, 91, 92}

Niveau de preuve

Buranasin II-3,
Centouri II-2,
Lindengerg II-2
Perez-Escamilla I,
Yaumachi II-1

Flores-Huerta II-1,
Yaumachi II-1,
Yaumachi II-1

Keefe II-2

Awi II-2,
Braun II-2,
Philip II-3,
Strembel II-3,
Widstrom II-2,
WHO III

Blair II-2,
Quillin II-3

Carbajal I,
Gray I,
Gray I

Stratégie 4

Apprendre aux mères à reconnaître les signes précoces qui montrent que le bébé a besoin de téter et à y répondre et s'assurer que le bébé est nourri au moins 8 fois par 24 heures.

Les signes précoces du besoin de téter comprennent :

- des mouvements de succion
- des bruits de succion
- les mains portées à la bouche
- des grognements doux ou de petites plaintes
- de l'agitation

Les pleurs sont un signe tardif du besoin de téter et peuvent interférer avec un allaitement efficace.

Raisons et références

L'allaitement en réponse aux signes précoces du besoin de téter (par opposition aux tétées minutées/programmées) :

- aide à prévenir l'engorgement pathologique.¹⁹³
- diminue l'incidence de mamelons douloureux.¹⁹³
- garantit que la production de la mère est le reflet de l'appétit de l'enfant.⁵⁶⁻⁵⁸
- reflète le fait qu'il y a un grande variété de schémas de tétées parmi les enfants exclusivement allaités¹¹⁰
- diminue l'incidence de l'ictère^{20, 153, 206, 208}
- stabilise les niveaux néonataux de glucose sérique^{4, 63, 73, 79, 254}
- diminue la perte de poids initiale de l'enfant et augmente le rythme de prise de poids.²⁸
- favorise une production plus précoce de lait mature^{117, 231, 252}
- augmente la durée de l'allaitement^{9, 110, 139, 193}

Les premières étapes du comportement de l'enfant en recherche du sein devraient être observées aussi bien que les tétées réelles.²⁴

Répondre aux premiers signes montrant que l'enfant est prêt à téter facilite la mise au sein efficace et la tétée et par conséquent renforce l'intérêt de la mère pour l'allaitement de son enfant.

Niveau de preuve

Renfrew II-2

Renfrew II-2

Daly III
Daly III
Daly III

Hornell II-2

Bertini II-3,
Maisels I,
Salariya II-2,
Semmekrot III

Adejuyigbe II-2,
de Rooy II-2,
Diwakar II-2,
Eidelman III,
Yamauchi II-2

Semmekrot III

Humenick II-3,
Uvnas-Moberg II-2,
Yamauchi II-

AAP III,
Hornell II-2,
Kurinj II-2,
Renfrew II-2

Blair II-2

Marchini II-3,
Widstrom II-2

Stratégie 5

S'assurer que les mères comprennent la physiologie de la production du lait, particulièrement le rôle du prélèvement du lait.

Pour faciliter la production du lait :

- allaiter quand l'enfant montre les premiers signes du besoin de téter ou approximativement toutes les 1-3 heures
- allaiter avec le premier sein jusqu'à ce que l'enfant semble satisfait (environ 15-20 minutes) avant d'offrir le second sein

NOTE : certains enfants sont satisfaits avec un sein, tandis que d'autres tèteront les deux seins à chaque tétée.

Stratégie 6

S'assurer que les mères savent comment réveiller un enfant endormi.

- prendre l'enfant quand les premiers signes du besoin de téter apparaissent (voir Stratégie n°4) ou au moins 8 fois par 24 heures.

Les stratégies pour réveiller le bébé incluent :

- enlever les couvertures
- changer la couche du bébé
- le placer en peau à peau
- masser son dos, son abdomen, ses bras et ses jambes

Raisons et références

Le taux de synthèse du lait est associé à un prélèvement très complet du lait en l'absence de feedback inhibiteur.^{55, 58, 185}

La fréquence du prélèvement de lait peut ne pas affecter directement le volume de la production de lait ; la fréquence des tétées peut être associée avec la capacité de stockage des mères.⁵⁶

La durée totale d'allaitement est directement corrélée avec la prise du nourrisson et avec le poids à 3 mois.⁶⁷

Les enfants dont la mère a un lait plus pauvre en graisse tèteront plus longtemps pour obtenir suffisamment de calories.^{226, 246}

Niveau de preuve

Cregan II-3,
Daly III,
Peaker III

Daly III

Dewey II-1

Tyson I,
Woolridge II-2

Raisons et références

Les enfants ont plusieurs états : le sommeil profond, le sommeil léger, la somnolence, l'état alerte et tranquille, l'état agité ou alerte actif et les pleurs. Il est plus facile d'initier des tétées quand l'enfant est somnolent, dans un état alerte tranquille ou actif alerte.^{29, 32}

Certains enfants se réfugient dans le sommeil pour supporter l'inconfort, l'hyperstimulation ou la faim.³¹

Niveau de preuve

Brandt III,
Brazelton III

Brazelton III

Stratégie 7

Eviter l'utilisation de sucettes, de mamelons artificiels et de suppléments sauf indication médicale.

Raisons et références

Le lait humain fournit tous les fluides et nutriments nécessaires à la croissance optimale de l'enfant.^{136, 137, 158, 233}

Une durée plus longue d'allaitement exclusif est significativement associée avec une attitude maternelle positive envers l'allaitement, un soutien familial adéquat, un lien mère-enfant de bonne qualité, une technique de succion appropriée et l'absence problème de mamelons.⁴¹

Les enfants en bonne santé ont la capacité de générer des combustibles alternatifs quand les taux de glucose sanguin sont bas. La supplémentation de routine ne devrait pas être recommandée.⁶³

Des suppléments d'eau ne sont pas nécessaires même sous des climats chauds.^{13, 204}

L'utilisation précoce de suppléments ou de sucettes est associée à une augmentation de risque de sevrage précoce.^{17, 26, 39, 106, 114, 134, 139, 157, 197, 228, 234}

Les effets des suppléments sur la fréquence et la durée de l'allaitement restent controversés.^{114, 207}

Niveau de preuve

Kramer I,
Kramer III,
Marques II-2,
van't Hof II-2

Cernadas II-3

de Rooy II-2

Ashraf II-2,
Sachdev I

Barros II-2,
Blomquist II-2,
Casiday II-2,
Hill II-2,
Howard II-2,
Kramer I,
Kurinić II-2,
Marquest II-2,
Righard II-2,
Ullah II-2,
Victoria II-2

Howard I,
Schubiger I

Stratégie 8

Observer et documenter au moins une tétée toutes les huit heures durant le post-partum immédiat.

Documenter les éléments suivants pour vérifier une prise du sein efficace :

- le confort de la mère
- l'état des seins et des mamelons
- la forme du mamelon lorsqu'il est relâché
- les signes de transfert de lait
- le nombre de tétées
- le nombre de mictions
- le nombre et l'apparence des selles
- la prise ou la perte de poids quotidienne

Raisons et références

L'observation directe est une part essentielle de l'évaluation d'un allaitement. L'évaluation est un pré requis à l'intervention et donne l'occasion de renforcement positif et de réconfort.^{97, 160, 198}

Niveau de preuve

Hall-2,
Mattews III,
Riordan II-2

Vérifier chez la mère et l'enfant les signes d'un transfert de lait efficace et intervenir si le transfert de lait est inadéquat.

Les signes d'un transfert de lait efficace chez l'enfant incluent :

- une perte de poids de moins de 7%
- au mois 3 selles par 24 heures après J1*
- des selles jaunes et grumeleuses à J5
- au moins 6 mictions par jour à J4 avec une urine qui est claire ou jaune pâle
- l'enfant est satisfait et content après les tétées
- des déglutitions audibles durant les tétées
- plus de perte de poids après J3
- un gain de poids à J5
- un retour au poids de naissance à J10

Les premières 24 heures après la naissance sont le jour J1.

Les signes d'un allaitement efficace chez la mère incluent :

- une augmentation notable de la fermeté, du poids et de la taille des seins et un accroissement notable du volume de lait et de sa composition à J5
- les mamelons ne présentent aucun dommage
- la plénitude des seins est soulagée par les tétées

Si un allaitement efficace, matérialisé par un transfert de lait, n'est pas observé dans les 12 heures :

- réévaluer les techniques d'allaitement (voir stratégie n°2)
- mettre en route l'expression du lait en utilisant l'expression manuelle ou un tire-lait
- si médicalement indiqué débiter la supplémentation (voir la stratégie n°12)
- retarder la sortie jusqu'à ce qu'un allaitement efficace ait été observé
- adresser à un professionnel de santé ayant une compétence en allaitement tel qu'un consultant en lactation certifié par le bureau international des consultants en lactation (IBCLC), un médecin, une sage-femme, une infirmière ou une diététicienne
- coordonner les soins avec le professionnel de santé qui s'occupe de l'enfant

Raisons et références

Bien qu'un seul signe ne signifie pas un allaitement inefficace, des investigations supplémentaires et un suivi sont appropriés.¹⁷⁴

Des enfants à terme et en bonne santé :

- perdent moins de 7 % de leur poids de naissance durant les 3 premiers jours^{14, 152, 155, 164, 201, 209, 255}
- prennent environ 20-35 g à J5^{68, 135}
- reprennent leur poids de naissance à J10

L'absence de selles chez le nourrisson allaité est un indicateur-clé du manque d'apport calorique.^{167, 178, 209, 255}

Une perte de poids qui continue à J3 est fortement corrélée avec un sevrage prématuré.^{152, 164}

La durée de l'allaitement augmente quand il y a un soutien continu, une évaluation et des interventions appropriées^{9, 64, 140, 212, 213}

Les nourrissons exclusivement allaités ont des apports adéquats en glucose et ne sont pas à risque d'hypoglycémie pendant les premières 48 heures de vie.⁴

Le taux de synthèse du lait est plus important quand le sein est bien vidé de lait.³⁵

La supplémentation est rarement médicalement indiquée mais quand l'allaitement n'est pas possible du fait de la mère ou de l'enfant, une autre méthode d'alimentation doit être choisie.^{2, 26, 137, 251}

Niveau de preuve

Neifert III

Avoa II-2,
Macdonald II-2,
Marchini II-3,
Merlob II-2,
Rodriguez II-2,
Shrago II-2,
Yaseen II-2

Dewey II-1,
Kramer I

Macdonald II-2,
Shrago II-2

Metaj II-3,
Nyhan II-1,
Shrago II-2,
Yaseen II-2

Macdonald II-2,
Merlob II-2

Dennis I,
AAP III,
Labarere I,
Sikorski II-1,
Sikorski II-1

Adejuyigbe II-2

Cregan II-3

AAP III,
Blomquist II-2,
Kramer I,
WHO III

Stratégie 10

Identifier les facteurs de risques maternels et infantiles qui peuvent avoir un impact sur la capacité de la mère à allaiter et de l'enfant à téter. Fournir une assistance appropriée et un suivi.

Les facteurs de risque chez l'enfant incluent mais ne sont pas limités à :

- interventions lors de la naissance et/ou traumatisme
- moins de 38 semaines de gestation
- capacité variable à maintenir une prise en bouche efficace
- succion inefficace
- somnolence ou irritabilité persistante
- longs intervalles entre les tétées
- hyperbilirubinémie ou hypoglycémie
- enfant petit ou grand pour son âge gestationnel ou retard de croissance intra-utérine
- frein de langue serré
- naissance multiple
- déficit neuromoteur
- anomalies chromosomiques par exemple Syndrome de Down (Trisomie 21)
- anomalies orales, par exemple fente labiale/palatine
- maladie chronique ou aiguë, par exemple maladie cardiaque
- utilisation d'une sucette ou d'une tétine de biberon

Les facteurs de risque chez la mère incluent mais ne sont pas limités à :

- précédentes difficultés d'allaitement
- interventions lors de la naissance
- séparation de l'enfant
- absence de modification des seins pendant la grossesse
- mamelons blessés, crevassés ou qui saignent
- seins pleins non soulagés ou engorgement
- douleur persistante du sein
- perception par la mère d'une insuffisance de lait
- maladie aiguë ou chronique
- utilisation de médicament
- anomalie du mamelon ou du sein
- chirurgie mammaire ou traumatisme
- trouble hormonal par exemple le syndrome ovarien polykystique

Raisons et références

Les facteurs de risque peuvent indiquer un besoin d'aide supplémentaire mais sont rarement une contre indication à l'allaitement.¹⁴⁵

Quand des facteurs de risque sont identifiés, une intervention appropriée, au bon moment, peut réduire la probabilité d'un sevrage précoce.¹⁵⁰

Il est possible de prévoir les bébés qui sont à risque d'allaitement court, du fait de leur façon de téter, dans la période néonatale précoce.¹⁶⁹

Des facteurs de risque qu'il est possible de modifier peuvent affecter la capacité de l'enfant à téter efficacement.^{16, 70, 166}

Certains événements périnataux permettent de prévoir qu'une mère arrêtera d'allaiter entre 7-10 jours après la naissance à moins qu'elle ne reçoive une aide supplémentaire.⁹⁷

La plupart des soucis et des problèmes d'allaitement peuvent être réglés grâce à un traitement et du soutien.^{27, 52, 89, 108, 109, 215}

L'efficacité de la mère en matière d'allaitement permet d'en prédire la durée.²⁷

Les professionnels de santé ont la responsabilité d'encourager les femmes à allaiter tous leurs enfants, quelle que soit leur précédente expérience.¹¹⁹

Des états de production insuffisante de lait persistent. Une cause possible peut être le syndrome ovarien polykystique.¹⁵⁴

Niveau de preuve

Lawrence III

Loughlin II-2

Mizuno II-2

Ballard II-2,
Dewey II-2,
Messner II-2

Hall II-3

Cooke II-3,
Giugliani II-2,
Hill II-3,
Hilervik-Lindquist II-2,
Souto II-2

Blyth II-3

Ingram II-3

Marasco III

Identifier les contre-indications maternelles et infantiles à l'allaitement.

Les contre-indications maternelles incluent :

- une séropositivité pour le VIH (à condition que des quantités suffisantes et de bonne qualité de substituts de lait humain soient disponibles)
- une séropositivité pour le HTLV-1
- un abus de substances toxiques
- une chimiothérapie
- une thérapie par des isotopes radioactifs (interrompre l'allaitement seulement jusqu'à ce que l'isotope ait été éliminé du corps de la mère)
- une tuberculose active (si seule la mère est infectée, isoler la mère jusqu'à ce que le traitement soit mis en route et qu'elle ne soit plus contagieuse ; le lait exprimé de la mère peut être donné à l'enfant ; si la mère et l'enfant sont infectés les isoler ensemble)
- une varicelle active (si l'éruption maternelle se développe dans les 5 jours précédant la naissance ou dans les 2 jours qui la suivent, isoler la mère jusqu'à ce qu'elle ne soit plus contagieuse ; le lait exprimé de la mère peut être donné à l'enfant ; si la mère et l'enfant sont infectés, les isoler ensemble)
- une/des lésion(s) d'herpès actif sur le sein [allaiter du sein non touché ou interrompre l'allaitement jusqu'à ce que la (les) lésion(s) cicatrise(nt)]
- la maladie de Chaga causée par un parasite sud-africain (interrompre l'allaitement durant la phase aiguë seulement ; l'enfant peut être nourri avec le lait exprimé de la mère et pasteurisé)

Les contre-indications infantiles incluent :

- la galactosémie

Raisons et références

L'allaitement est rarement contre-indiqué mais il peut y avoir des situations dans lesquelles les risques potentiels dépassent les bénéfices.^{7, 145}

Le VIH peut être transmis par le lait humain. Le rôle relatif de l'allaitement dans l'épidémiologie de l'infection VIH est encore incertain. Jusqu'à ce que plus d'information soit disponible, une femme infectée par le VIH devrait être découragée d'allaiter quand des substituts de lait humain sûrs et en quantité suffisante sont disponibles.^{22, 54}

Le lait de femme infectée par le VIH peut être pasteurisé et donné à l'enfant.¹²⁴⁻¹²⁶

Le HTLV-1 peut être transmis par le lait humain. Cependant, le traitement par congélation-décongélation peut éliminer le virus HTLV-1 du lait de la mère. Ce procédé permet aux mères positives pour le HTLV-1 d'utiliser leur lait traité pour nourrir leur enfant.^{12, 38}

La plupart des médicaments sont compatibles avec l'allaitement. Des exceptions notable incluent les médicaments antinéoplasiques, radio pharmaceutiques et les drogues.^{11, 45, 96}

Les personnes ayant une tuberculose active restent contagieuses pendant au moins deux semaines après le début du traitement.¹⁶³

La pasteurisation empêche la transmission de la maladie de Chaga et permet aux enfants de mères malades d'être nourris avec le lait de leur mère.^{23, 82}

La galactosémie est caractérisée par l'incapacité à métaboliser le galactose, le principal sucre du lait humain.⁴⁷

Niveau de preuve

AAP III,
Lawrence III

Bertolli III,
Coutsoudis II-1

Jeffery II-3,
Jeffery II-3,
Jeffery II-3

Ando II-3,
Carles II-3

Anderson III,
Chaves III,
Hale III

Menzies III

Bittencourt III,
Ferreira III

Chen III

Note : certains états sont incorrectement identifiés comme des contre-indications. Ils incluent :

- une fièvre maternelle en l'absence des contre-indications listées ci-dessus
- une hépatite B ou C
- l'exposition à un bas niveau de contaminants environnementaux
- l'usage d'alcool (conseiller à la mère de limiter ses apports à un verre occasionnel)
- l'usage de tabac (conseiller à la mère d'arrêter de fumer ou si elle en est incapable faire tout son possible pour éviter d'exposer l'enfant au tabagisme passif)
- une infection au cytomégalovirus

Les recommandations sur les réponses appropriées concernant la présence de produits chimiques environnementaux dans le lait humain doivent considérer soigneusement les risques et bénéfices pour la santé liés à l'allaitement et à l'alimentation au lait de substitution.^{19, 90,142}

L'alcool (bière, vin, liqueur) passe facilement dans le lait humain. Un verre occasionnel est considéré sans danger. Des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer le niveau minimum d'alcool qui pourrait avoir des effets négatifs chez les mères qui allaitent et les enfants.^{59, 162}

Le tabagisme maternel est associé avec une durée raccourcie d'allaitement exclusif et total.^{111, 244}

Les enfants prématurés de très petit poids de naissance sont à risque d'infection symptomatique par le cytomégalovirus. La pasteurisation du lait humain peut réduire la charge virale.

Berlin III,
Grandjean II-2,
LaKind III

De Araujo Burgos III,
Mennella II-2

Horta II-2,
Wojdan-Godek II-2

Hamprecht II-3,
Yasuda II-3

Stratégie 12

Si c'est médicalement indiqué, fournir des nutriments supplémentaires en utilisant une méthode de supplémentation qui soit le moins à même de compromettre la transition vers l'allaitement exclusif.

Directives pour la supplémentation :

- utiliser le lait de la mère en premier
- pasteuriser le lait de la mère si elle est positive pour le VIH
- le lait de donneuse pasteurisé est le meilleur choix après le lait de la mère
- un substitut du lait humain vient en dernier choix
- assurer à la mère que son enfant profitera de toute quantité de lait qu'elle fournira
- le choix du substitut de lait humain devrait prendre en compte tout histoire familiale d'allergie.

Raisons et références

Proposer des suppléments, au sein, permettra à la mère de bénéficier d'une stimulation par la succion et diminuera le temps nécessaire pour le repas.^{77, 85}

Les autres méthodes de supplémentation incluent la tasse, la cuillère, le compte-gouttes ou le biberon.^{114, 143}

L'utilisation de la supplémentation à la tasse nécessite des instructions et des compétences.^{75, 114}

L'allaitement exclusif ou l'alimentation avec un lait à protéines hydrolysées est associé avec une incidence plus basse d'atopie et d'allergies alimentaires. L'effet est même plus important chez les enfants ayant une hérédité atopique.^{8, 42, 100, 232}

Niveau de preuve

Edgehouse III, Frantz III

Howard I, Lang III

Dowling II-2, Howard I

AAP III, Chandra I, Hanson II-2, van Odijk II-2

Stratégie 13

S'assurer que l'enfant a un rendez-vous prévu avec un professionnel de santé dans les cinq à sept jours après la naissance.

Prévoir des visites supplémentaires si nécessaire jusqu'à ce qu'un schéma de prise de poids régulière soit en place.

Identifier les ressources pour le soutien de l'allaitement disponibles dans la communauté telles que :

- Les consultant(e)s en lactation IBCLC
- Les travailleurs sociaux et les visiteurs à domicile formés pour soutenir l'allaitement
- Le personnel de cliniques d'allaitement
- Le personnel du département de la santé
- Les bénévoles des groupes de soutien de l'allaitement
- Les conseillers en allaitement auprès de leurs pairs
- Les permanences téléphoniques de conseil sur l'allaitement
- Les points de vente et de location de tire-lait

Raisons et références

Le poids de l'enfant et les autres signes cliniques indiquant un allaitement efficace nécessitent une évaluation continue.^{3,9}

Un soutien de l'allaitement bien informé et qualifié augmente l'initiation, la durée et l'exclusivité de l'allaitement.^{5, 44, 62, 65, 95, 131, 140, 172, 212, 213, 235}

Des informations contradictoires et inexactes données par des professionnels de santé contribuent à la confusion maternelle et au sevrage prématuré.⁸⁷

Les attitudes des professionnels de santé peuvent affecter la durée de l'allaitement.⁷²

Le soutien des professionnels augmente significativement la mise en route de l'allaitement parmi les femmes américaines de toutes origines sociales et ethniques.^{151, 231, 223}

Ce que disent les mères sur les conseils en matière d'allaitement reçus lors des visites de routine préventives montrent les zones où des manques non intentionnels de communication peuvent survenir. Cela comprend aussi des faits précis sur la durée de l'allaitement.^{127, 222}

Niveau de preuve

ABM III,
AAP III

Albernaz II-1,
Chapman I,
Dennis II-2,
Dennis I,
de Oliveira III,
Haider I,
Kistin I,
Labarere I,
Morrow I,
Sikorsky II-1,
Sikorsky II-1,
Vittoz II-3,

Freed II-3,

DiGirolamo II-3,

Lu II-2,
Taveras II-2,
Taveras II-2

Jonston I,
Taveras II-2

Stratégie 14

Fournir des documents d'information sur l'allaitement appropriés :

Les documents appropriés sont :

- cliniquement pertinents
- cohérents
- positifs
- adaptés au niveau du lecteur
- prennent en compte la culture
- sans publicité
- en accord avec le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel et avec les résolutions de l'OMS qui ont suivi

Raisons et références

Les programmes éducatifs sont les interventions individuelles les plus efficaces pour augmenter la mise en route et la poursuite des allaitements.⁹⁴

La prévalence et les facteurs influençant la décision d'allaiter diffèrent selon la race et l'appartenance ethnique chez les mères adolescentes.²⁴²

Cibler des mères spécifiques et les membres de leur système de soutien, les éduquer avant et pendant la grossesse et pointer les bénéfices de l'allaitement tout en éliminant les fausses informations peuvent être d'importantes stratégies d'intervention pour promouvoir l'allaitement.²¹

Une analyse des documents d'éducation imprimés sur l'allaitement révèle la présence de messages négatifs sur l'allaitement ce qui est inquiétant.²³⁶

Des documents contenant des publicités transmettent souvent des messages subtiles et indésirables, renforcent les stéréotypes, et/ou contredisent les messages verbaux.²³⁷

L'exposition aux matériels publicitaires des fabricants de substituts de lait maternel augmente significativement l'incidence d'arrêt d'allaitement durant les 2 premières semaines. En plus, parmi les femmes ayant des objectifs incertains ou des projets d'allaitement de 12 semaines ou moins, la durée d'allaitement exclusif et la durée totale d'allaitement seront raccourcies.¹¹²

Niveau de preuve

Guise II-2

Wiermann II-3

Bertini II-3

Vnuk III

Walker III

Howard I

Stratégie 15

Soutenir l'allaitement exclusif durant toute maladie ou hospitalisation de la mère ou de l'enfant.

Raisons et références

La poursuite de l'allaitement durant une maladie ou une hospitalisation est importante pour le bien-être de la mère et de l'enfant.^{9, 115}

Niveau de preuve

AAP III,
Howard II-2

Stratégie 16

Respecter le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel et éviter la distribution de produits d'alimentation infantiles et la publicité pour de tels produits.

Raisons et références

La distribution de produits d'alimentation infantile diminue la durée de l'allaitement.^{112, 237, 247}

La distribution de paquets-cadeau en sortie d'hôpital diminue la durée de l'allaitement exclusif dans toutes les populations.⁷⁴

Niveau de preuve

Howard I,
Walker III,
WHA III

Donnelly III

Stratégie 17

Impliquer les membres de la famille ou d'autres personnes ayant de l'importance dans l'éducation à l'allaitement.

Raisons et références

Le soutien des membres de la famille et d'autres personnes importantes augmente la durée de l'allaitement.^{122, 213, 245}

Niveau de preuve

Ingram II-2,
Sikorski II-1,
Wolfberg I

Fournir des informations anticipées sur les problèmes courants de l'allaitement qui peuvent interférer avec l'allaitement exclusif.

Douleur des mamelons :

- de nombreuses mères rapportent un inconfort modéré quand l'enfant prend le sein en bouche
- toute douleur devrait être évaluée
- la douleur est souvent le résultat d'une installation ou d'une prise du sein par l'enfant inefficace
- envisager d'autres causes telles qu'une infection bactérienne ou une mycose

Engorgement (par opposition à une plénitude normale) :

- une plénitude normale est soulagée par des tétées fréquentes et efficaces
- l'engorgement survient chez certaines mères 3 à 5 jours environ après la naissance (les seins peuvent être douloureux et œdématisés)
- un engorgement non soulagé nécessite un traitement
- centrer le traitement sur les mesures qui réduisent l'œdème et diminuent la douleur. Elles comprennent le massage des seins, l'expression manuelle ou avec un tire-lait, la compression intermittente (l'assouplissement par contre-pression), l'application de froid et les anti-inflammatoires
- éviter l'usage de chaleur à moins que les seins ne coulent librement

Insuffisance de lait perçue par la mère :

- une mère peut penser qu'elle n'a pas assez de lait parce que ses seins sont souples après la naissance
- le volume de lait augmente en quelques jours et cette augmentation est habituellement accompagnée d'une plénitude des seins
- durant la seconde semaine de vie, la plénitude initiale décroît mais cela ne signifie pas une diminution de la production de lait
- les nourrissons ont des poussées de croissance ou d'appétit qui se répètent durant lesquelles des tétées plus fréquentes augmentent la production de lait et par conséquent l'apport calorique
- si un enfant, qui pleure beaucoup, a des selles et des urines normales et prend du poids, une production basse de lait n'est pas la cause de l'agitation.

Raisons et références

Des informations préalables par les professionnels de santé peuvent augmenter la confiance maternelle, renforcer le vécu d'allaitement et réduire le risque de sevrage précoce.^{28, 89, 105, 127, 188}

La succion normale de l'enfant peut induire des changements au niveau des mamelons que certaines femmes peuvent percevoir comme étant douloureux.²⁵⁸

Une information inadéquate ou incohérente sur l'installation et la mise au sein en post-partum peuvent affecter négativement l'allaitement.¹⁰⁴

La candidose mammaire (infection mycosique) peut être un facteur significatif contribuant à un sevrage prématuré.¹⁷¹

Une expérience précédente d'allaitement et les routines courantes peuvent jouer un rôle dans le moment où survient l'engorgement et sur son niveau. Des informations préalables peuvent minimiser l'engorgement et renforcer le vécu d'allaitement.^{105, 170}

Il a été montré que l'utilisation de compression intermittente pouvait réduire l'engorgement.^{53, 217}

Il a été montré que l'application de froid réduisait la douleur et l'œdème, cependant son efficacité dans le soulagement de l'engorgement n'a pas été bien étudiée.²¹⁴

Les feuilles de chou et les packs de gel réfrigéré sont largement utilisés pour soulager l'engorgement.^{177, 199, 200, 214}

Jusqu'à 50% des mères pensent qu'elles n'ont pas assez de lait. C'est une cause significative de sevrages prématurés.^{52, 107}

La perception d'insuffisance de lait semble réelle chez de nombreuses mères, dans la plupart des cas elle n'est pas valide. Soutenir la mère durant ces « crises » où elle pense manquer de lait augmente la durée de l'allaitement sans affecter la croissance de l'enfant.¹⁰⁸

Les mères produisent 30 à 100 ml de colostrum durant les premières 24 heures ; 2 à 10 ml par tétée à J1 et 5 à 15 ml par tétée à J2.¹¹⁶

Niveau de preuve

Blyth II-3,
Giugliani II-2,
Hill II-3,
Johnston I,
Porteus II-2

Ziemer II-3

Henderson I

Morrill II-2

Hill II-3,
Moon II-3

Cotterman III,
Stockle I

Snowden II-2

Nikodem I,
Roberts II-2,
Roberts II-2
Snowden II-2

Cooke II-3,
Hillervik-Lindquist II-3

Hillervik-Lindquist II-3

Humenick II-2

Les pleurs de l'enfant :

- un enfant ne devrait pas pleurer sans surveillance
L'enfant peut souffrir.⁴⁹ Clifford II-3
- les pleurs peuvent être un signe de faim, de détresse – si l'enfant ne montre pas de signes de faim, les parents peuvent essayer d'autres mesures de réconfort avant d'offrir le sein
L'allaitement peut agir comme un analgésique.^{37, 92} Carbajal I, Gray I
L'analgésie donnée à la mère durant le travail peut interférer avec la recherche spontanée du sein par l'enfant et avec ses comportements en matière d'allaitement. Elle peut augmenter la température et les pleurs du nourrisson.¹⁹² Ransjo-Arvidson II-3

Le régime maternel :

- les restrictions alimentaires sont rarement nécessaires ; peu d'enfants sont affectés par les aliments consommés par la mère
Les enfants dont on reconnaît qu'ils pleurent de façon excessive sont moins susceptibles d'être allaités à 2 semaines.¹⁵⁰ Loughlin II-2

- la mère devrait consommer une grande variété d'aliments et boire à sa soif
Les idées reçues sur l'alimentation peuvent être des freins à l'allaitement et sont rarement fondées sur des faits.¹²³ IOM III

L'allaitement n'empêche pas de sortir de la maison avec ou sans le bébé.

L'augmentation de liquides chez la mère n'affecte pas la quantité de lait produit.⁷⁶ Dusdieker I

Il est possible de maintenir l'allaitement exclusif en :

La réduction du poids maternel liée à l'allaitement peut être faible.²¹¹ Sichieri II-2

- planifiant les tétées en fonction des activités de la mère ou de la famille
L'allaitement peut être poursuivi dans de nombreuses situations où la mère n'est pas avec son bébé.¹⁷⁶ Neilsen III

- en allaitant à tout moment et où que ce soit
Le travail maternel est moins un frein à l'allaitement si un soutien à l'allaitement maternel est fourni sur le lieu de travail.^{50, 184} Cohen II-3, Ortiz II-3
- en tirant, en collectant et en stockant le lait pour le laisser à la personne qui gardera l'enfant

S'assurer que la mère comprend les comportements normaux du nouveau-né/du bébé allaité et a des attentes réalistes en ce qui concerne le soin et l'allaitement du nourrisson.

La fréquence et la durée des tétées :

- 8 à 12 tétées par 24 heures sont normales ; cependant, la fréquence des tétées peut varier
- certains enfants vont téter de façon anarchique (téter toutes les heures pendant 2 à 6 heures puis dormir pendant une plus longue période) et d'autres vont téter toutes les 2 à 3 heures jour et nuit
- en moyenne les nourrissons tèteront 15 à 20 minutes à chaque sein par tétée ; certains tèteront plus longtemps et d'autres seront satisfaits avec seulement un seul sein
- les enfants endormis doivent être réveillés pour les tétées jusqu'à ce qu'un schéma approprié de prise de poids soit en place.

Sorties de l'enfant :

- au moins 3 selles chaque jour avec des changements appropriés de couleur en fonction de l'âge (la première selle survient généralement dans les 8 heures qui suivent la naissance)
- au moins 6 mictions par 24 heures à partir de J4 avec une urine qui est claire ou jaune pâle (la première miction survient généralement dans les 8 heures qui suivent la naissance)
- les selles évoluent de noires et collantes à jaunes, souples et liquides à J4

Perte/gain de poids de l'enfant :

- une perte de poids de moins de 7% est attendue la première semaine
- une reprise du poids de naissance à 10 jours de vie
- le gain de poids attendu est approximativement de 20 à 35 g chaque jour pendant les 3 premiers mois

Raisons et références

La connaissance du comportement normal de l'enfant allaité par les parents est corrélée avec des taux d'allaitement accrus.²¹⁹

Des attentes réalistes peuvent empêcher un sevrage prématuré.¹⁷⁴

Niveau de preuve

Susin II-2

Neifert III

Discuter des différentes possibilités de contraception et de leurs effets possibles sur la production de lait.

Les options de contraception incluent :

- la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)
- les méthodes locales
- les méthodes hormonales
- les interventions chirurgicales
- les méthodes d'auto observation
- l'abstinence

Raisons et références

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée est efficace à 98 % pour prévenir une grossesse durant les 6 premiers mois, à condition que l'enfant soit allaité exclusivement. L'intervalle entre les tétées doit être inférieur à 6 heures et la mère n'a pas eu son retour de couches.^{130, 149, 249}

L'utilisation de sucettes et de lait de substitution est associée à un retour de couches plus précoce.¹²¹

Les méthodes locales ne contiennent généralement pas d'hormones synthétiques et par conséquent n'interfèrent pas avec la production de lait.¹⁰¹

Les hormones synthétiques peuvent réduire la production de lait et en conséquence interférer avec la croissance de l'enfant.^{101, 190, 220}

Spécifiquement :

- les pilules contenant des œstrogènes peuvent diminuer la production de lait
- les pilules, les anneaux, les patchs, les injections ou les implants contenant uniquement de la progestérone peuvent inhiber la production de lait quand ils sont commencés avant que ne survienne la lactogénèse de stade II – la plupart des notices des fabricants suggèrent de retarder le début d'utilisation à 6 semaines^{71, 159}
- les méthodes avec progestérone seule, commencées après 6 semaines, souvent n'ont pas d'impact sur la production de lait ; cependant une période d'essai en utilisant des pilules qui peuvent être facilement arrêtées, peut être préférée à des injections ou des implants dont les effets ne sont pas réversibles¹²⁹

La stérilisation chirurgicale n'a pas d'impact sur l'allaitement.¹⁰¹

Niveau de preuve

Kennedy II-1,
Labbok II-2
WHO II-2

Ingram II-2

Hatcher II-2

Hatcher II-2,
Queenan III,
Tankeyoon II-2

Diaz II-3,
Massai II-2

Kennedy II-2

Hatcher II-2

Annexe I.

Critères d'Évaluation du Niveau de Preuves (Selon le modèle de l'US Preventive)²²⁶

Code	Critère
I	Preuve obtenue à partir d'au moins une étude comparative randomisée de bonne qualité
II-1	Preuve obtenue à partir d'études d'intervention comparatives de bonne qualité sans tirage au sort.
II-2	Preuve obtenue à partir d'études analytiques bien conduites, de type cohorte ou cas-témoin, provenant de préférence de plus d'un centre ou d'un programme de recherche
II-3	Preuve obtenue par des comparaisons de séries non contemporaines, avec ou sans intervention. Des résultats spectaculaires dans des essais sans groupes témoins (comme les résultats de l'introduction du traitement à la pénicilline dans les années 40) peuvent aussi être considérés comme faisant partie de ce niveau de preuve.
III	Les avis d'experts, fondées sur l'expérience clinique, les études descriptives et les séries de cas ou les rapports de comités d'experts.

Annexe 2.

Comité de Révision

Doraine Bailey, MA, IBCLC, RLC	Cathy Carothers, BLA, IBCLC, RLC
Suzanne Cox, AM, RN, RM, IBCLC	Maureen Fjeld PT/OT, IBCLC, RLC
Elsa Giugliani, MD, PhD, IBCLC	Jacki Glover, RN, MN, IBCLC, RLC
Larry Grummer-Strawn, PhD	Heather Jackson, RGON, RM, IBCLC, MA
Judith Lawers, BA, IBCLC, RLC	Rebecca Mannel, BS, IBCLC, RLC
Angela Smith, RN, BA, IBCLC	Anna Swisher, MBA, IBCLC
Virginia Thorley, OAM, DipEd, MA, IBCLC	Nancy E. Wight MD, IBCLC, FABM, FAA

Références

1. Academy of Breastfeeding Medicine. Mission Statement. 2005.
2. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical Protocol #3: Hospital Guidelines for the Use of Supplemental Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate; 2003.
3. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical Protocol #5: Peripartum Breastfeeding Management for the Healthy Mother and Infant at Term; 2003.
4. Adejuyigbe EA, Fasubaa OB, Ajose OA, Onayade AA. Plasma glucose levels in exclusively breastfed newborns in the first 48 hours of life in Ile-Ife, Nigeria. *Nutr Health* 2001;15(2):121-6.
5. Albarnaz E, Giugliani ER, Victora CG. Supporting breastfeeding: a successful experience. *J Hum Lact* 1998;14(4):283-5.
6. American Academy of Family Physicians. Breastfeeding Policy and Position Statement. Leawood, KS: American Academy of Family Physicians; 2001.
7. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Disease. Transmission of infectious agents via human milk. In: LK P, editor. Red Book 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2003.
8. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Hypoallergenic infant formulas. *Pediatrics* 2000;106(2):346-349.
9. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115(2):496-506.
10. American Dietetic Association. Breaking the barriers to breastfeeding - Position of ADA. *J Am Diet Assoc* 2001;101:1213.
11. Anderson P, Pochop S, Manoguerra A. Adverse drug reactions in breastfed infants: less than imagined. *Clin Pediatr (Phila)* 2003;42(4):325-40.
12. Ando Y, Ekuni Y, Matsumoto Y, Nakano S, Saito K, Kakimoto K, et al. Long-term serological outcome of infants who received frozen-thawed milk from human T-lymphotropic virus type-I positive mothers. *J Obstet Gynaecol Res* 2004;30(6):436-8.
13. Ashraf RN, Jalil F, Aperia A, Lindblad BS. Additional water is not needed for healthy breast-fed babies in a hot climate. *Acta Paediatr Scand* 1993;82:1007-1011.
14. Avoa A, Fischer PR. The influence of perinatal education about breast-feeding on neonatal weight loss. *Pediatrics* 1990;86(11):313-5.
15. Awi DD, Alikor EA. The influence of pre- and postpartum factors on the time of contact between mother and her new-born after vaginal delivery. *Niger J Med* 2004;13(3):272-5.
16. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002;110(5):e63.
17. Barros FC, Victora CG, Semer TC, et al. Use of pacifiers is associated with decreased breastfeeding duration. *Pediatrics* 1995;95:497-499.
18. Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatr* 2004;93(6):779-85.
19. Berlin CM, Briggs GG. Drugs and chemicals in human milk. *Semin Fetal Neonatal Med* 2005;10(2): 149-59.
20. Bertini G, Dani C, Tronchin M, Rubaltelli FF. Is breastfeeding really favoring early neonatal jaundice? *Pediatrics* 2001;107(3):E41.
21. Bertini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Tronchin M, Rubaltelli FF. Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: a prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37(4):447-52.
22. Bertolli J, Hu DJ, Nieburg P, Macalalad A, Simonds RJ. Decision analysis to guide choice of interventions to reduce mother-to-child transmission of HIV. *Aids* 2003;17(14):2089-98.
23. Bittencourt AL. Possible risk factors for vertical transmission of Chagas' disease. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 1992;34(5):403-8.
24. Blair A, Cadwell K, Turner-Maffei C, Brimdyr K. The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. *Breastfeed Rev* 2003;11(2):5-10.
25. Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Arch Dis Child* 2004;89(12):1106-10.
26. Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta Paediatr* 1994;83(11):1122-6.
27. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth* 2002;29(4):278-84.
28. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact* 2004;20(1):30-8.
29. Brandt KA, Andrews CM, Kvale J. Mother-infant interaction and breastfeeding outcome 6 weeks after birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998;27(2):169-74.
30. Braun ML, Giugliani ER, Soares ME, Giugliani C, de Oliveira AP, Danelon CM. Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *Am J Public Health* 2003;93(8):1277-9.
31. Brazelton TB. Psychophysiologic reaction to birth. *J Pediatr* 1961;58:513-518.
32. Brazelton TB. Neonatal Behavioral Assessment Scale, 2nd ed. Philadelphia: JB Lippencott; 1984.
33. Buranasin B. The effects of rooming-in on the success of breastfeeding and the decline in abandonment of children. *Asia Pac J Public Health* 1991;5(3):217-20.
34. Butte NF, Garza C, Smith EO, Nichols BL. Human milk intake and growth in exclusively breast-fed infants. *J Pediatr* 1984;104(2):187-95.
35. Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Welles-Nystrom B, Wassberg C, et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr* 2003;92(3):320-6.
36. Canadian Paediatric Society Nutrition Committee, Dietitians of Canada, Health Canada. Nutrition for Healthy Term Infants; 1998.
37. Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, Jugie M, Ville Y. Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326(7379):13.
38. Carles G, Tortevoye P, Tuppin P, Ureta-Vidal A, Peneau C, El Guindi W, et al. [HTLV1 infection and pregnancy]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2004;33(1 Pt 1):14-20.
39. Casiday RE, Wright CM, Panter-Brick C, Parkinson KN. Do early infant feeding patterns relate to breastfeeding continuation and weight gain? Data from a longitudinal cohort study. *Eur J Clin Nutr* 2004;58(9):1290-6.
40. Centuori S, Burmaz T, Ronfani L, Fragiaco M, Quintero S, Pavan C, et al. Nipple care, sore nipples, and breastfeeding: a randomized trial. *J Hum Lact* 1999;15(2):125-30.
41. Cernadas JM, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact* 2003;19(2):136-44.
42. Chandra RK. Five-year follow-up of high-risk infants with family history of allergy who were exclusively breast-fed or fed partial whey hydrolysate, soy, and conventional cow's milk formulas. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997;24(4):380-8.
43. Chandra RK. Food allergy and nutrition in early life: implications for later health. *Proc Nutr Soc* 2000;59(2):273-7.
44. Chapman DJ, Damio G, Young S, Perez-Escamilla R. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158(9):897-902.
45. Chaves RG, Lamounier JA. [Breastfeeding and maternal medications]. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80 (5 Suppl):S189-98.
46. Chen A, Rogan WJ. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics* 2004;113(5):e435-9.
47. Chen Y-T. Defects in galactose metabolism. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors. Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia: W.B. Saunders;2000. p. 413-414.

48. Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992;81(6-7):488-93.
49. Clifford PA, Stringer M, Christensen H, Mountain D. Pain assessment and intervention for term newborns. *J Midwifery Womens Health* 2004;49(6): 514-9.
50. Cohen R, Mrtek MB. The impact of two corporate lactation programs on the incidence and duration of breast-feeding by employed mothers. *Am J Health Promot* 1994;8(6):436-41.
51. College of Family Physicians of Canada. Infant Feeding Policy Statement 2004. 2004:1-3.
52. Cooke M, Sheehan A, Schmied V. A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. *J Hum Lact* 2003;19(2):145-56.
53. Cotterman KJ. Reverse pressure softening: a simple tool to prepare areola for easier latching during engorgement. *J Hum Lact* 2004;20(2):227-37.
54. Coutsooudis A, Pillay K, Spooner E, Coovadia HM, Pembrey L, Newell ML. Morbidity in children born to women infected with human immunodeficiency virus in South Africa: does mode of feeding matter? *Acta Paediatr* 2003;92(8):890-5.
55. Cregan MD, Mitoulas LR, Hartmann PE. Milk prolactin, feed volume and duration between feeds in women breastfeeding their full-term infants over a 24 h period. *Exp Physiol* 2002;87(2):207-14.
56. Daly SE, Hartmann PE. Infant demand and milk supply. Part 2: The short-term control of milk synthesis in lactating women. *J Hum Lact* 1995;11(1):27-37.
57. Daly SE, Hartmann PE. Infant demand and milk supply. Part 1: Infant demand and milk production in lactating women. *J Hum Lact* 1995;11(1):21-6.
58. Daly SE, Kent JC, Owens RA, Hartmann PE. Frequency and degree of milk removal and the short-term control of human milk synthesis. *Exp Physiol* 1996;81(5):861-75.
59. de Araujo Burgos MG, Bion FM, Campos F. [Lactation and alcohol: clinical and nutritional effects]. *Arch Latinoam Nutr* 2004;54(1):25-35.
60. De Carvalho M, Robertson S, Friedman A, Klaus M. Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics* 1983; 72(3):307-11.
61. de Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother/infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. III. Follow-up at one year. *Scand J Soc Med* 1984;12(2):91-103.
62. de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. A method for the evaluation of primary health care units' practice in the promotion, protection, and support of breastfeeding: results from the state of Rio de Janeiro, Brazil. *J Hum Lact* 2003;19(4):365-73.
63. de Rooy L, Hawdon J. Nutritional factors that affect the postnatal metabolic adaptation of full-term small- and large-for-gestational-age infants. *Pediatrics* 2002;109(3):E42.
64. Dennis CL. Breastfeeding peer support: maternal and volunteer perceptions from a randomized controlled trial. *Birth* 2002;29(3):169-76.
65. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002;31(1):12-32.
66. Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *Cmaj* 2002;166(1):21-8.
67. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA, Lonnerdal B. Adequacy of energy intake among breast-fed infants in the DARLING study: relationships to growth velocity, morbidity, and activity levels. Davis Area Research on Lactation, Infant Nutrition and Growth. *J Pediatr* 1991;119(4):538-47.
68. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA, Peerson JM, Lonnerdal B. Breast-fed infants are leaner than formula-fed infants at 1 y of age: the DARLING study. *Am J Clin Nutr* 1993;57(2):140-5.
69. Dewey KG, Peerson JM, Brown KH, Krebs NF, Michaelsen KF, Persson LA, et al. Growth of breastfed infants deviates from current reference data: a pooled analysis of US, Canadian, and European data sets. World Health Organization Working Group on Infant Growth. *Pediatrics* 1995;96(3 Pt 1):495-503.
70. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003;112(3 Pt 1):607-19.
71. Diaz S, Zepeda A, Maturana X, Reyes MV, Miranda P, Casado ME, et al. Fertility regulation in nursing women. IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant implants, and Copper T 380-A intrauterine devices. *Contraception* 1997;56(4):223-32.
72. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions? *Birth* 2003;30(2):94-100.
73. Diwakar KK, Sasidhar MV. Plasma glucose levels in term infants who are appropriate size for gestation and exclusively breast fed. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2002;87(1):F46-8.
74. Donnelly A, Renfrew MJ, Woolridge MW. Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women (Cochrane Review). The Cochrane Library 2001;Update Software(1).
75. Dowling DA, Meier PP, DiFiore JM, Blatz M, Martin RJ. Cup-feeding for preterm infants: mechanics and safety. *J Hum Lact* 2002;18(1):13-20; quiz 46-9, 72.
76. Dusdieker LB, Stumbo PJ, Booth BM, Wilmoth RN. Prolonged maternal fluid supplementation in breastfeeding. *Pediatrics* 1990;86(5):737-40.
77. Edgehouse L, Radzysinski SG. A device for supplementing breast-feeding. *MCN Am J Matern Child Nurs* 1990;15(1):34-5.
78. Ego A, Dubos JP, Djavadzadeh-Amini M, Depinoy MP, Louyot J, Codaccioni X. [Premature discontinuation of breastfeeding]. *Arch Pediatr* 2003;10(1): 11-8.
79. Eidelman AI. Hypoglycemia and the breastfed neonate. *Pediatr Clin North Am* 2001;48(2):377-87.
80. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess* 2000;4(25):1-171.
81. Ferber SG, Makhoul IR. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2004; 113(4):858-65.
82. Ferreira CS, Martinho PC, Amato Neto V, Cruz RR. Pasteurization of human milk to prevent transmission of Chagas disease. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 2001;43(3):161-2.
83. Finneran B, Murphy K. Breast is best for GPs—or is it? Breastfeeding attitudes and practice of general practitioners in the Mid-West of Ireland. *Ir Med J* 2004;97(9):268-70.
84. Flores-Huerta S, Cisneros-Silva I. [Mother-infant rooming-in and exclusive breast feeding]. *Salud Publica Mex* 1997;39(2):110-6.
85. Frantz KB. The slow-gaining breastfeeding infant. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs* 1992;3(4):647-55.
86. Freed GL, Clark SJ, Curtis P, Sorenson JR. Breast-feeding education and practice in family medicine. *J Fam Pract* 1995;40(3):263-9.
87. Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, Lohr JA, Cefalo R, Curtis P. National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training, and experience. *JAMA* 1995;273(6):472-6.
88. Garza C, Butte NF. Energy intakes of human milkfed infants during the first year. *J Pediatr* 1990; 117(S):S124-31.
89. Giugliani ER. [Common problems during lactation and their management]. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80 (5 Suppl):S147-54.
90. Grandjean P, Budtz-Jorgensen E, Steuerwald U, Heinzow B, Needham LL, Jorgensen PJ, et al. Attenuated growth of breast-fed children exposed to increased concentrations of methylmercury and polychlorinated biphenyls. *Faseb J* 2003;17(6):699-701.
91. Gray L, Watt L, Blass EM. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2000; 105(1):e14.
92. Gray L, Miller LW, Philipp BL, Blass EM. Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2002; 109(4):590-3.
93. Guise JM, Freed G. Resident physicians' knowledge of breastfeeding and infant growth. *Birth* 2000;27(1):49-53.

94. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BK, Helfand M, Lieu TA. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2003;1(2):70-8.
95. Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial [see comments]. *Lancet* 2000;356(9242):1643-7.
96. Hale T. Medications and Mothers' Milk. ninth ed. Amarillo: Pharmasoftware Publishing; 2004.
97. Hall RT, Mercer AM, Teasley SL, McPherson DM, Simon SD, Santos SR, et al. A breastfeeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breast-feeding by 7 to 10 days of age. *J Pediatr* 2002;141(5):659-64.
98. Hamprecht K, Maschmann J, Muller D, Dietz K, Besenthal I, Goelz R, et al. Cytomegalovirus (CMV) inactivation in breast milk: reassessment of pasteurization and freeze-thawing. *Pediatr Res* 2004; 56(4):529-35.
99. Hanson L. Immunobiology of Human Milk: How Breastfeeding Protects Babies. Amarillo: Pharmasoftware Publishing; 2004.
100. Hanson LA, Korotkova M, Temo E. Breast-feeding, infant formulas, and the immune system. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003;90(6 Suppl 3):59-63.
101. Hatcher R. Contraceptive Technology. New York: Ardent Media, Inc.; 1998.
102. Hellings P, Howe C. Assessment of breastfeeding knowledge of nurse practitioners and nurse midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2000;45(3):264 - 269.
103. Hellings P, Howe C. Breastfeeding knowledge and practice of pediatric nurse practitioners. *J Pediatr Health Care* 2004;18(1):8-14.
104. Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth* 2001; 28(4):236-42.
105. Hill PD, Humenick SS. The occurrence of breast engorgement. *J Hum Lact* 1994;10(2):79-86.
106. Hill PD, Humenick SS, Brennan ML, Woolley D. Does early supplementation affect long-term breastfeeding? *Clin Pediatr (Phila)* 1997;36(6):345-50.
107. Hillervik-Lindquist C. Studies on perceived breast milk insufficiency. A prospective study in a group of Swedish women. *Acta Paediatr Scand Suppl* 1991;376:1-27.
108. Hillervik-Lindquist C, Hofvander Y, Sjolín S. Studies on perceived breast milk insufficiency. III. Consequences for breast milk consumption and growth. *Acta Paediatr Scand* 1991;80(3):297-303.
109. Hillervik-Lindquist C. Studies of perceived breast milk insufficiency. II. Incidence and causes. *Naringsforskning* 1990;34:15-19.
110. Hornell A, Aarts C, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. *Acta Paediatr* 1999;88(2): 203-11.
111. Horta BL, Victora CG, Menezes AM, Barros FC. Environmental tobacco smoke and breastfeeding duration. *Am J Epidemiol* 1997;146(2):128-33.
112. Howard C, Howard F, Lawrence R, Andresen E, DeBlicke E, Weitzman M. Office prenatal formula advertising and its effect on breast-feeding patterns. *Obstet Gynecol* 2000;95(2):296-303.
113. Howard CR, Schaffer SJ, Lawrence RA. Attitudes, practices, and recommendations by obstetricians about infant feeding. *Birth* 1997;24(4):240-6.
114. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, deBlicke EA, Oakes D, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003; 111(3):511-8.
115. Howard CR, Howard FM. Management of breastfeeding when the mother is ill. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3):683-95.
116. Humenick S. The clinical significance of breastmilk maturation rates. *Birth* 1987;14(4):174-81.
117. Humenick S, Mederios D, Wreschner T, Walton M, Hill P. The Maturation Index of Colostrum and Milk (MICAM): a measurement of breast milk maturation. *J Nurs Meas* 1994;2(2):169-86.
118. Humenick S, Hill P, Spiegelberg P. Breastfeeding and health professional encouragement. *J Hum Lact* 1998;14(4):305-10.
119. Ingram J, Woolridge M, Greenwood R. Breastfeeding: it is worth trying with the second baby. *Lancet* 2001;358(9286):986-7.
120. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery* 2002;18(2):87-101.
121. Ingram J, Hunt L, Woolridge M, Greenwood R. The association of progesterone, infant formula use and pacifier use with the return of menstruation in breastfeeding women: a prospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;114(2): 197-202.
122. Ingram J, Johnson D. A feasibility study of an intervention to enhance family support for breast feeding in a deprived area in Bristol, UK. *Midwifery* 2004;20(4):367-79.
123. Institute of Medicine. Nutrition During Lactation. Washington, DC: National Academy Press; 1991.
124. Jeffery BS, Mercer KG. Pretoria pasteurisation: a potential method for the reduction of postnatal mother to child transmission of the human immunodeficiency virus. *J Trop Pediatr* 2000;46(4):219-23.
125. Jeffery BS, Webber L, Mokondo KR, Erasmus D. Determination of the effectiveness of inactivation of human immunodeficiency virus by Pretoria pasteurization. *J Trop Pediatr* 2001;47(6):345-9.
126. Jeffery BS, Soma-Pillay P, Makin J, Moolman G. The effect of Pretoria Pasteurization on bacterial contamination of hand-expressed human breastmilk. *J Trop Pediatr* 2003;49(4):240-4.
127. Johnston BD, Huebner CE, Tyll LT, Barlow WE, Thompson RS. Expanding developmental and behavioral services for newborns in primary care; Effects on parental well-being, practice, and satisfaction. *Am J Prev Med* 2004;26(4):356-66.
128. Keefe MR. The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1988;17(2):122-6.
129. Kennedy KI, Short RV, Tully MR. Premature introduction of progestin-only contraceptive methods during lactation. *Contraception* 1997;55(6):347-50.
130. Kennedy KI. Efficacy and effectiveness of LAM. *Adv Exp Med Biol* 2002;503:207-16.
131. Kistin N, Abramson R, Dublin P. Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among low-income urban women. *J Hum Lact* 1994;10(1):11-5.
132. Klaus MH, Jerauld R, Kregler NC, McAlpine W, Steffa M, Kennel JH. Maternal attachment. Importance of the first postpartum days. *N Engl J Med* 1972;286(9):460-3.
133. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzickovich I, Shapiro S, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a cluster-randomized trial in the Republic of Belarus. Design, follow-up, and data validation. *Adv Exp Med Biol* 2000;478:327-45.
134. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/ fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286(3):322-6.
135. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Shapiro S, Collet JP, Chalmers B, et al. Breastfeeding and infant growth: biology or bias? *Pediatrics* 2002;110(2 Pt 1):343-7.
136. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzickovich I, Collet JP, et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003;78(2):291-5.
137. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol* 2004;554:63-77.
138. Kunz C, Rodríguez-Palmero M, Koletzko B, Jensen R. Nutritional and biochemical properties of human milk, Part I: General aspects, proteins, and carbohydrates. *Clin Perinatol* 1999;26(2):307-33.
139. Kurinij N, Shiono PH. Early formula supplementation of breast-feeding. *Pediatrics* 1991;88(4):745-50.
140. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005;115(2):e139-46.
141. Labbok MH, Hight-Laukaran V, Peterson AE, Fletcher V, von Hertzen H, Van Look PF. Multicenter study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. *Contraception* 1997;55(6):327-36.

142. LaKind JS, Amina Wilkins A, Berlin CM, Jr. Environmental chemicals in human milk: a review of levels, infant exposures and health, and guidance for future research. *Toxicol Appl Pharmacol* 2004;198(2):184-208.
143. Lang S, Lawrence CJ, Orme RL. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. *Arch Dis Child* 1994;71(4):365-9.
144. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005;365(9462): 891-900.
145. Lawrence RA. Maternal and Child Health Technical Information Bulletin: A review of medical benefits and contraindications to breastfeeding in the United States. Washington, DC: US Government Printing Office; 1997.
146. Lazzaro E, Anderson J, Auld G. Medical professionals' attitudes toward breastfeeding. *J Hum Lact* 1995;11(2):97-101.
147. Lee A, Moretti ME, Collantes A, Chong D, Mazzotta P, Koren G, et al. Choice of breastfeeding and physicians' advice: a cohort study of women receiving propylthiouracil. *Pediatrics* 2000;106(1 Pt 1):27-30.
148. Lindenberg CS, Cabrera Artola R, Jimenez V. The effect of early post-partum mother-infant contact and breast-feeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding. *Int J Nurs Stud* 1990; 27(3):179-86.
149. Livingstone VH, Willis CE, Abdel-Wareth LO, Thiessen P, Lockitch G. Neonatal hypernatremic dehydration associated with breast-feeding malnutrition: a retrospective survey. *Cmaj* 2000;162(5): 647-52.
150. Loughlin HH, Clapp CNE, Gehlbach SH, Pollard JC, McCutchen TM. Early termination of breast-feeding: identifying those at risk. *Pediatrics* 1985; 75(3):508-13.
151. Lu MC, Lange L, Slusser W, Hamilton J, Halfon N. Provider encouragement of breast-feeding: evidence from a national survey. *Obstet Gynecol* 2001; 97(2):290-5.
152. Macdonald PD, Ross SR, Grant L, Young D. Neonatal weight loss in breast and formula fed infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003;88(6):F472-6.
153. Maisels MJ, Vain N, Acquavita AM, de Blanco NV, Cohen A, DiGregorio J. The effect of breast-feeding frequency on serum bilirubin levels. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(3):880-3.
154. Marasco L, Marmet C, Shell E. Polycystic ovary syndrome: a connection to insufficient milk supply? *J Hum Lact* 2000;16(2):143-8.
155. Marchini G, Fried G, Ostlund E, Hagenas L. Plasma leptin in infants: relations to birth weight and weight loss. *Pediatrics* 1998;101(3 Pt 1):429-32.
156. Marchini G, Persson B, Berggren V, Hagenas L. Hunger behaviour contributes to early nutritional homeostasis. *Acta Paediatr* 1998;87(6):671-5.
157. Marques NM, Lira PI, Lima MC, da Silva NL, Filho MB, Huttly SR, et al. Breastfeeding and early weaning practices in northeast Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics* 2001;108(4):E66.
158. Marques RF, Lopez FA, Braga JA. [Growth of exclusively breastfed infants in the first 6 months of life]. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80(2):99-105.
159. Massai R, Diaz S, Jackanicz T, Croxatto HB. Vaginal rings for contraception in lactating women. *Steroids* 2000;65(10-11):703-7.
160. Matthews MK. Assessments and suggested interventions to assist newborn breastfeeding behavior. *J Hum Lact* 1993;9(4):243-8.
161. Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, Uvnas-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 2001;28(1):13-9.
162. Mennella JA, Pepino MY, Teff KL. Acute Alcohol Consumption Disrupts the Hormonal Milieu of Lactating Women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2005;90(4):1979-1985.
163. Menzies D. Effect of treatment on contagiousness of patients with active pulmonary tuberculosis. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1997;18(8):582-6.
164. Merlob P, Aloni R, Prager H, Jelin N, Idel M, Kotona J. Continued weight loss in the newborn during the third day of life as an indicator of early weaning. *Isr J Med Sci* 1994;30(8):646-8.
165. Merten S, Ackermann-Liebrich U. Exclusive breastfeeding rates and associated factors in Swiss baby-friendly hospitals. *J Hum Lact* 2004;20(1):9-17.
166. Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;126(1):36-9.
167. Metaj M, Laroia N, Lawrence RA, Ryan RM. Comparison of breast- and formula-fed normal newborns in time to first stool and urine. *J Perinatol* 2003;23(8):624-8.
168. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;91(12):1301-6.
169. Mizuno K, Fujimaki K, Sawada M. Sucking behavior at breast during the early newborn period affects later breast-feeding rate and duration of breastfeeding. *Pediatr Int* 2004;46(1):15-20.
170. Moon JL, Humenick SS. Breast engorgement: contributing variables and variables amenable to nursing intervention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1989;18(4):309-15.
171. Morrill JF, Heinig MJ, Pappagianis D, Dewey KG. Risk factors for mammary candidosis among lactating women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005; 34(1):37-45.
172. Morrow AI, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, et al. Efficacy of home-based peer counseling to promote exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. *Lancet* 1999;353:1226-1231.
173. Morton JA. Ineffective suckling: a possible consequence of obstructive positioning. *J Hum Lact* 1992;8(2):83-5.
174. Neifert MR. The optimization of breast-feeding in the perinatal period. *Clin Perinatol* 1998;25(2): 303-26.
175. Neifert MR. Breastmilk transfer: positioning, latchon, and screening for problems in milk transfer. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3):656-75.
176. Neilsen J. Return to work: practical management of breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3): 724-33.
177. Nikodem VC, Danziger D, Gebka N, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Do cabbage leaves prevent breast engorgement? A randomized, controlled study. *Birth* 1993;20(2):61-4.
178. Nyhan WL. Stool frequency of normal infants in the first week of life. *Pediatrics* 1952;10(4):414-25.
179. O'Brien B. Prolonged and exclusive breastfeeding of infants did not reduce growth by 12 months of age. *Evid Based Nurs* 2003;6(2):42.
180. Oddy WH. Breastfeeding protects against illness and infection in infants and children: a review of the evidence. *Breastfeed Rev* 2001;9(2):11-8.
181. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Convention on the Rights of the Child. 1989.
182. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. The Universal Declaration of Human Rights, 1948, Article 25. Geneva, Switzerland: United Nations; 1997.
183. Onayade AA, Abiona TC, Abayomi IO, Makanjuola RO. The first six month growth and illness of exclusively and non-exclusively breast-fed infants in Nigeria. *East Afr Med J* 2004;81(3):146-53.
184. Ortiz J, McGilligan K, Kelly P. Duration of breast milk expression among working mothers enrolled in an employer-sponsored lactation program. *Pediatr Nurs* 2004;30(2):111-9.
185. Peaker M, Wilde CJ. Feedback control of milk secretion from milk. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 1996;1(3):307-15.
186. Perez-Escamilla R, Segura-Millan S, Pollitt E, Dewey KG. Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early Hum Dev* 1992;31(1):25-40.
187. Philipp BL, Malone KL, Cimo S, Merewood A. Sustained breastfeeding rates at a US baby-friendly hospital. *Pediatrics* 2003;112(3 Pt 1):e234-6.
188. Porteous R, Kaufman K, Rush J. The effect of individualized professional support on duration of breastfeeding: A randomized controlled trial. *J Hum Lact* 2000;16(4):303 -309.
189. Prodromidis M, Field T, Arendt R, Singer L, Yando R, Bendell D. Mothers touching newborns: a comparison of rooming-in versus minimal contact. *Birth* 1995;22(4):196-200; discussion 201-3.
190. Queenan JT. Contraception and breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3):734-9.
191. Quillin SI, Glenn LL. Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33(5): 580-8.

192. Ransjo-Arvidson AB, Matthiesen AS, Lilja G, Nissen E, Widstrom AM, Uvnas-Moberg K. Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth* 2001;28(1):5-12.
193. Renfrew MJ, Lang S, Martin L, Woolridge MW. Feeding schedules in hospitals for newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000090.
194. Renfrew MJ, Lang S, Woolridge MW. Early versus delayed initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000043.
195. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336(8723):1105-7.
196. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992;19(4): 185-9.
197. Righard L, Alade MO. Breastfeeding and the use of pacifiers. *Birth* 1997;24(2):116-20.
198. Riordan J, Bibb D, Miller M, Rawlins T. Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. *J Hum Lact* 2001; 17(1):20-3.
199. Roberts KL. A comparison of chilled cabbage leaves and chilled gelpaks in reducing breast engorgement. *J Hum Lact* 1995;11(1):17-20.
200. Roberts KL, Reiter M, Schuster D. Effects of cabbage leaf extract on breast engorgement. *J Hum Lact* 1998;14(3):231-6.
201. Rodriguez G, Ventura P, Samper MP, Moreno L, Sarria A, Perez-Gonzalez JM. Changes in body composition during the initial hours of life in breast-fed healthy term newborns. *Biol Neonate* 2000;77(1): 12-6.
202. Rossiter JC, Yam BM. Breastfeeding: how could it be enhanced? The perceptions of Vietnamese women in Sydney, Australia. *J Midwifery Womens Health* 2000;45(3):271-6.
203. Saadeh R, Akre J. Ten steps to successful breastfeeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth* 1996;23(3):154-60.
204. Sachdev HP, Krishna J, Puri RK, Satyanarayana L, Kumar S. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet* 1991;337(8747):929-33.
205. Salariya EM, Easton PM, Cater JI. Duration of breastfeeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet* 1978;2(8100):1141-3.
206. Salariya EM, Robertson CM. Relationships between baby feeding types and patterns, gut transit time of meconium and the incidence of neonatal jaundice. *Midwifery* 1993;9(4):235-42.
207. Schubiger G, Schwarz U, Tonz O. UNICEF/WHO baby-friendly hospital initiative: does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding? Neonatal Study Group. *Eur J Pediatr* 1997;156(11):874-7.
208. Semmekrot BA, de Vries MC, Gerrits GP, van Wieringen PM. [Optimal breastfeeding to prevent hyperbilirubinaemia in healthy, term newborns]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148(41):2016-9.
209. Shrago L. The relationship between bowel output and adequacy of breastmilk intake in neonates' first weeks of life. In: Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses (AWHONN); 1996; Anaheim, CA; 1996.
210. Shrago LC. The breastfeeding dyad: early assessment, documentation, and intervention. *NAACOG Clin Issu Perinat Womens Health Nurs* 1992;3(4):583-97.
211. Sichieri R, Field AE, Rich-Edwards J, Willett WC. Prospective assessment of exclusive breastfeeding in relation to weight change in women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27(7):815-20.
212. Sikorski J, Renfrew MJ. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). The Cochrane Library 2001;Oxford Update Software(1).
213. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2003;17(4):407-17.
214. Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2001(2):CD000046.
215. Souto GC, Giugliani ER, Giugliani C, Schneider MA. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding performance. *J Hum Lact* 2003; 19(1):43-9; quiz 66-9, 120.
216. Spatz DL. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. *J Perinat Neonatal Nurs* 2004;18(4):385-96.
217. Stockle U, Hoffmann R, Schutz M, von Fournier C, Sudkamp NP, Haas N. Fastest reduction of posttraumatic edema: continuous cryotherapy or intermittent impulse compression? *Foot Ankle Int* 1997;18(7):432-8.
218. Strembel S, Sass S, Cole G, Hartner J, Fischer C. Breastfeeding policies and routines among Arizona hospitals and nursery staff: results and implications of a descriptive study. *J Am Diet Assoc* 1991;91(8):923-5.
219. Susin LR, Giugliani ER, Kummer SC, Maciel M, Simon C, da Silveira LC. Does parental breastfeeding knowledge increase breastfeeding rates? *Birth* 1999;26(3):149-56.
220. Tankeyoon M, Dusitsin N, Chalapati S, Koetsawang S, Saibiang S, Sas M, et al. Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction Task force on oral contraceptives. *Contraception* 1984;30(6):505-22.
221. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003;112(1 Pt 1):108-15.
222. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rego VH, et al. Mothers' and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. *Pediatrics* 2004;113(5): e405-11.
223. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rego VH, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004;113(4):283-90.
224. Tjon ATWE, Kusin JA, de With C. Early postnatal growth of Basotho infants in the Mantsonyane area, Lesotho. *Ann Trop Paediatr* 1986;6(3):195-8.
225. Tobin DL. A breastfeeding evaluation and education tool. *J Hum Lact* 1996;12(1):47-9.
226. Tyson J, Burchfield J, Sentance F, Mize C, Uauy R, Eastburn J. Adaptation of feeding to a low fat yield in breast milk. *Pediatrics* 1992;89(2):215-20.
227. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Ed. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 1996.
228. Ullah S, Griffiths P. Does the use of pacifiers shorten breastfeeding duration in infants? *Br J Community Nurs* 2003;8(10):458-63.
229. UNICEF. Breastfeeding and complementary feeding; 1990-2000.
230. United Nations General Assembly. United Nations Millennium Declaration. In: 8th Plenary Meeting; 2000: United Nations; 2000.
231. Uvnas-Moberg K, Widstrom AM, Werner S, Matthiesen AS, Winberg J. Oxytocin and prolactin levels in breast-feeding women. Correlation with milk yield and duration of breast-feeding. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990;69(4):301-6.
232. van Odijk J, Kull I, Borres MP, Brandtzaeg P, Edberg U, Hanson LA, et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy* 2003;58(9):833-43.
233. van't Hof MA. The Influence of Breastfeeding and Complementary Foods on Growth Until Three Years of Age in the Euro-Growth Study. *Pediatrics* 2000;106(5):1281.
234. Victora CG BD, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: Cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics* 1997;99:445-453.
235. Vittoz JP, Labarere J, Castell M, Durand M, Pons JC. Effect of a training program for maternity ward professionals on duration of breastfeeding. *Birth* 2004;31(4):302-7.
236. Vnuk AK. An analysis of breastfeeding print educational material. *Breastfeed Rev* 1997;5(2):29-35.
237. Walker M. Selling Out Mothers and Babies, Marketing of Breast Milk Substitutes in the USA. Weston, MA: NABA REAL; 2001.
238. Weimer J. Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office; 2001 March.
239. Wiberg B, Humble K, de Chateau P. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. V. Follow-up at three years. *Scand J Soc Med* 1989;17(2):181-91.

240. Widstrom AM, Ransjo-Arvidson AB, Christensson K, Matthiesen AS, Winberg J, Uvnas-Moberg K. Gastric suction in healthy newborn infants. Effects on circulation and developing feeding behaviour. *Acta Paediatr Scand* 1987;76(4):566-72.
241. Widstrom AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnas-Moberg K, Werner S, et al. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Hum Dev* 1990;21(3): 153-63.
242. Wiemann CM, DuBois JC, Berenson AB. Racial/ethnic differences in the decision to breastfeed among adolescent mothers. *Pediatrics* 1998;101(6):E11.
243. Williams A. Hypoglycemia of the newborn: Review of the literature. Geneva: World Health Organization;1997. p. 1-56.
244. Wojdan-Godek E, Mikiel-Kostyra K, Mazur J. [Factors associated with exclusive breastfeeding of infants in Poland]. *Med Wieku Rozwoj* 2000; 4 (3 Suppl 1):15-24.
245. Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J. Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(3):708-12.
246. Woolridge MW, Ingram JC, Baum JD. Do changes in pattern of breast usage alter the baby's nutrient intake? *Lancet* 1990;336(8712):395-7.
247. World Health Assembly. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva: World Health Organization; 1981.
248. World Health Organization. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding, Revised Ed. In: WHO/CHD/98.9; 1998.
249. World Health Organization. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding. World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. *Fertil Steril* 1999;72(3):431-40.
250. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.
251. World Health Organization. Global strategy: breastfeeding critical for child survival—UNICEF and WHO call for increased commitment to appropriate feeding practices for all infants and young children. *Indian J Med Sci* 2004;58(3):138-9.
252. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics* 1990;86(2):171-5.
253. Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatr Scand* 1990;79(11):1017-22.
254. Yamauchi Y. Hypoglycemia in healthy, full-term, breast-fed neonates during the early days of life: preliminary observation. *Acta Paediatr Jpn* 1997;39 Suppl 1:S44-7.
255. Yaseen H, Salem M, Darwich M. Clinical presentation of hypernatremic dehydration in exclusively breast-fed neonates. *Indian J Pediatr* 2004;71(12):1059-62.
256. Yasuda A, Kimura H, Hayakawa M, Ohshiro M, Kato Y, Matsuura O, et al. Evaluation of cytomegalovirus infections transmitted via breast milk in preterm infants with a real-time polymerase chain reaction assay. *Pediatrics* 2003;111(6 Pt 1):1333-6.
257. Zetterstrom R. Breastfeeding and infant-mother interaction. *Acta Paediatr Suppl* 1999;88(430):1-6.
258. Ziemer MM, Pigeon JG. Skin changes and pain in the nipple during the 1st week of lactation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1993;22(3):247-56.