

Soutenir la progression vers l'allaitement directement au sein à l'unité néonatale

Introduction et schéma guidant les phases de
la progression

Mars 2026

Cette publication a été réalisée par le Sous-ministériat à la prévention et santé publique en collaboration avec la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse : publications.msss.gouv.qc.ca

Pour plus d'information : Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux

Dépôt légal – 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-555-02659-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2026

AUTRICES

Laura N. Haiek, médecin-conseil à la direction du développement des enfants et des jeunes (DDEJ), sous-ministériat à la Prévention et Santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, professeure adjointe département de médecine de famille de l'Université McGill, médecin à la clinique d'allaitement du Centre universitaire de santé McGill

Amanda Camacho, Inf. clinicienne, IBCLC, unité de soins intensifs néonataux, Hôpital pour enfants de Montréal, Centre universitaire de santé McGill

Ghislaine Reid, agente de planification, programmation et recherche, IBCLC, direction régionale de santé publique de Montréal, centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

SOUS LA COORDINATION DE

Annie Motard-Bélanger, coordonnatrice à la DDEJ, sous-ministériat à la Prévention et Santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

DIRECTION

Anne-Marie Langlois, directrice à la DDEJ, sous-ministériat à la Prévention et Santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

RÉVISION LINGUISTIQUE

Les Traducteurs Unis

LISTE DES COLLABORATEURS MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Annie Boisvert, Inf., cadre conseil en sciences infirmières volet soins critiques – néonatalogie et IBCLC, direction des soins infirmiers, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Chantale Boucher, MD, FAAP, pédiatre, Hôpital Pierre Boucher, centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest et pédiatre-conseil à la direction régionale de santé publique de Lanaudière

Marilou Burelle, Inf., conseillère en soins infirmiers (volet allaitement), direction des soins infirmiers, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Lyne Charbonneau, Inf. M. Sc. N., coordonnatrice clinico-administrative, trajectoire mère-enfant et dialyse, direction des soins infirmiers, Hôpital Général Juif, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Audrey Charpentier-Demers, ergothérapeute et leader clinique en soins du développement à l'unité des soins intensifs de néonatalogie, direction des services multidisciplinaires, santé mentale et réadaptation, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Claudia Cinquino, conseillère en soins infirmiers aux soins des nouveaux-nés prématurés, Hôpital Général Juif, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Gabrielle Dumas-Schoolcraft, B. Sc., IBCLC, Inf. clinicienne, conseillère en soins, volet allaitement, centre mère-enfant, obstétrique et soins néonataux, CISSS de la Montérégie-Est

Sophie Gravel, Inf., M. Sc., coordonnatrice clinico-administrative, trajectoire mère-enfant, centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Marie-Pierre Harvey, conseillère en prévention et promotion de la santé à la DDEJ, sous-ministériat à la Prévention et Santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Martine Lessard, Inf., assistante infirmière cheffe, direction enfance jeunesse famille, centre parents-enfants, Hôpital du Centre-de-la-Mauricie, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Nathan Levesque, conseiller en prévention et promotion de la santé à la DDEJ, sous-ministériat prévention et santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Marie-Josée Martel, Inf., Ph. D., professeure titulaire en sciences infirmières, chercheure associée au centre de recherche du CHU Sainte-Justine, chercheure régulière au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille, Université du Québec à Trois-Rivières

Alyssa Morin, M.D, FRCPC, néonatalogiste, professeure adjointe, directrice du programme postdoctoral de pédiatrie, service de néonatalogie, département de pédiatrie, Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Renell Nadeau, Inf. clinicienne, conseillère en pédiatrie-néonatalogie et aides techniques, direction santé mère-enfant, direction générale secteurs interdisciplinaires, sous-ministériat Santé physique et Pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Marie-Ève Rochon, M.D., M. Sc., FRCPC, chercheur investigateur, Carrefour de l'innovation, néonatalogiste, département d'obstétrique-gynécologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION..... 1

BIBLIOGRAPHIE..... 4

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Schéma de la progression vers l’allaitement directement au sein chez les
bébés en néonatalogie3

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CPAP	Ventilation en pression positive continue
DAL	Dispositif d'aide à l'allaitement
IAB	Initiative des amis des bébés
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NPO	Nil per os (rien par la bouche)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCN	Préparation commerciale pour nourrissons
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance

GLOSSAIRE

Allaitement à la demande : Le bébé tète au sein à sa propre fréquence (*à la demande*) ET détermine la quantité (*ad lib*). Il n'a plus besoin de gavages.

Allaitement à la semi-demande : En faisant preuve de flexibilité, on permet au bébé de téter au sein sans **systématiquement** compléter par un gavage (*ad lib*) et sans horaire précis (*à la demande*). Il s'agit d'une période de transition où le gavage diminue progressivement, tout en répondant à ses besoins nutritionnels.

Expression du lait maternel : Consiste à utiliser les mains ou un tire-lait pour stimuler l'amorce de la production lactée et exprimer le lait des seins.

Fortifiant/Fortification : Il s'agit principalement d'un supplément ajouté au lait maternel afin de se rapprocher des nutriments nécessaires à la croissance rapide et à la minéralisation osseuse du prématuré. Il peut être dérivé du lait humain ou bovin¹. Au Québec, la fortification du lait maternel à la suite du congé se fait généralement avec des préparations commerciales pour nourrissons (PCN).

Mise au sein : Le bébé est placé sur le sein, à proximité du mamelon, **sans attente particulière**. Les compétences lors des premières tentatives peuvent varier d'un bébé à l'autre. Certains bébés ne feront que renifler, alors que d'autres bébés commenceront par lécher, goûter ou téter. Notons qu'au Québec, pour se référer à certains comportements du bébé comme renifler, lécher, goûter, certains utilisent l'expression « exploration ».

Position physiologique : Réfère à la position fœtale où les bras et jambes sont légèrement fléchis, les mains sont près de la bouche ou du visage et la tête est en position neutre ou légèrement fléchie.

Soins peau à peau : Les soins peau à peau sont une pratique exemplaire importante pendant la période néonatale. Aux fins de ce document et selon la prise de position de la Société canadienne de pédiatrie datant de 2024, le terme soins peau à peau est utilisé pour référer aux soins peau à peau comme aux soins kangourous². Le bébé est placé en contact peau à peau, en position ventrale, généralement entre les seins de sa mère, qui est inclinée vers l'arrière. Aucun vêtement ne les sépare. Les bras du bébé et ses hanches sont fléchis, ses jambes écartées, sa tête tournée sur le côté, et son cou en légère extension (position de reniflement) ou en position neutre. Après les soins peau à peau à la naissance, le bébé peut porter une couche^{1,3}. Cette façon de placer le bébé est aussi appelée « position kangourou »³.

Tétée : Une mise au sein avec un transfert de lait qui se confirme par l'observation des fonctions de succion, de déglutition et de respiration. Une distinction est faite entre les tentatives de « mise au sein » qui peuvent comprendre ou non les premières tentatives de succion et la « tétée » plus soutenue avec un transfert de lait significatif. Notons qu'au Québec, une tétée avec transfert de lait est aussi appelée « tétée nutritive ».

Ventilation invasive : Consiste à substituer ou à assister la respiration spontanée à l'aide d'un respirateur artificiel, communément appelé « ventilateur » à l'aide d'une interface endotrachéale (tube d'intubation naso- ou orotrachéal, canule de trachéostomie).

Ventilation non invasive : Consiste à assister la respiration spontanée à l'aide de différentes modalités comme une canule nasale à haut débit ou un CPAP, sans qu'il soit nécessaire d'utiliser une interface endotrachéale.

INTRODUCTION

Les bienfaits de l'allaitement ont été largement étudiés et sont reconnus dans la littérature scientifique^{4,5}. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), parmi les diverses thérapies néonatales de routine, le lait humain est l'une de celles dont l'innocuité, l'efficacité, la disponibilité et le rapport coût-efficacité sont les mieux démontrés¹.

Au Québec, ce sont 90,4 % des femmes qui amorcent l'allaitement⁶, et celles donnant naissance à des bébés malades et/ou prématurés rencontrent souvent plusieurs défis⁷. En effet, ces bébés montrent des taux d'allaitement plus faibles que ceux nés à terme et en bonne santé. Parmi les bébés canadiens admis aux unités de soins intensifs néonataux, seulement 34,1 % recevaient uniquement du lait maternel au moment du congé⁸.

En 2023, le taux de naissances prématurées au Québec se situait à 7,3 %. Parmi ces bébés, environ 75 % sont nés avec une prématurité tardive (34 à 36 semaines d'âge gestationnel) et 25 % sont nés plus prématurément (moins de 34 semaines d'âge gestationnel)⁹. La majorité des bébés prématurés, mais également certains bébés nés à terme ayant des problèmes de santé, requièrent des soins dans une unité néonatale. Au Canada, même si la durée de leur séjour à l'unité est généralement plus courte, la plupart des bébés admis dans les unités de niveau de soins intensifs sont soit de prématurité tardive (23,7 %), soit à terme (41,3 %)⁸.

Les premières heures et journées de vie constituent une période critique pour l'établissement de l'allaitement^{1,10}. Lorsque les bébés ne sont pas en mesure de s'alimenter directement au sein à la naissance et que c'est l'objectif des parents, il est essentiel de les outiller sur la façon d'établir une bonne production de lait et de les soutenir dans leur cheminement¹⁰. Pour y parvenir, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a adapté au contexte québécois les recommandations émises par l'OMS et l'UNICEF^{1,11} et les présente aux établissements de santé dans le document [L'initiative des amis des bébés – Orientations pour la mise en œuvre dans les établissements de santé et de services sociaux](#)³. Ces recommandations sont énoncées sous forme des normes pour chacune des Dix conditions pour le succès de l'allaitement préconisées par l'initiative des amis des bébés (IAB).

Pour assurer la mise en œuvre de ces [normes](#) dans les unités néonatales, les politiques et les protocoles doivent être cohérents avec les recommandations en vigueur. Cela nécessite de faire une distinction entre l'allaitement et le lait maternel donné au biberon. En effet, les études affirment que les bébés qui sont allaités directement au sein démontrent une meilleure stabilité physiologique¹² et sont allaités de façon plus exclusive et plus longtemps que ceux alimentés avec un biberon de lait maternel¹³⁻¹⁷, et ce sans retarder le congé de l'unité néonatale^{18,19}. L'allaitement directement au sein préserve également davantage les facteurs immunologiques et nutritifs du lait^{20,21}.

Ainsi, en cohérence avec les normes québécoises³, les énoncés canadiens^{2,22,23} et internationaux^{1,11} ainsi que la littérature scientifique, le MSSS a élaboré des outils destinés aux unités néonatales de tous les niveaux de soins du Québec. Ils visent à outiller, en collaboration avec Santé Québec, les professionnels qui soutiennent les familles désirant progresser vers l'allaitement directement au sein, et ce, guidés par les compétences des bébés, leur maturation et leur état de santé. La progression d'un bébé qui ne peut pas être mis au sein à la naissance est présentée selon trois phases : « **Pré mise au sein** », « **Mise au sein** », « **Allaitement à la demande et planification du congé** ». La phase « Pré mise au sein » comprend une section « Lorsque la mère doit s'absenter » qui aborde le soutien à privilégier dans cette situation. Dans ces outils, une distinction est faite entre les tentatives de « mise au sein » qui peuvent comprendre

ou non les premières tentatives de succion et la « tétée » plus soutenue avec un transfert de lait significatif.

Les pratiques à mettre en œuvre pour chaque phase de la progression sont présentées sommairement dans la figure ci-dessous et sont approfondies dans trois fiches-synthèses. La phase « Mise au sein » est accompagnée d'une fiche supplémentaire sur les soins du développement. En guise de référence, la [norme IAB](#) associée à chaque pratique est spécifiée entre parenthèse³.

La progression vers l'allaitement directement au sein est soutenue par les grands principes ci-dessous.

1. Un processus de décision partagée aide les parents à naviguer dans les décisions complexes concernant l'alimentation de leur bébé au cours du séjour à l'unité néonatale. Le résultat souhaité est une décision basée sur des données probantes, conforme à leurs préférences et à leurs valeurs^{24,25}.
2. Les soins centrés sur la famille, un environnement qui favorise la présence des parents sans restriction et l'affirmation du rôle des parents comme principaux fournisseurs de soins sont essentiels pour soutenir la progression vers l'allaitement directement au sein²⁶⁻²⁸. Considérer la perspective des parents-partenaires qui ont eu un bébé admis dans une unité néonatale peut amener des changements positifs dans les soins et renforcer l'implication des familles qui traverseront la même expérience^{29,30}.
3. Lorsque la mère obtient son congé avant son bébé, les parents devraient être informés des aménagements disponibles pour favoriser leur présence à l'unité. Des « soins en dyade » et le « principe de zéro séparation » constituent des modèles de soins émergents dans lesquels la mère et le bébé sont pris en charge dans la même unité, de la naissance jusqu'au congé de l'hôpital^{29,31-34}.
4. La mère est respectée dans sa décision sur le mode d'alimentation de son bébé et est soutenue pour atteindre son objectif, même si elle doit s'absenter fréquemment de l'unité néonatale ou encore si elle a décidé de ne pas faire un allaitement directement au sein.
5. Malgré un environnement hautement spécialisé, lors des différentes prises de décisions autour de l'alimentation du bébé, l'équipe de soins s'assure de la qualité et de la sécurité des soins, tout en respectant les processus physiologiques entourant l'adaptation extra-utérine et l'allaitement^{2,23}. Les prises de décision doivent également respecter l'approche des soins du développement, philosophie de soins basée sur l'interprétation des comportements des bébés prématurés ou malades³⁵⁻³⁷.
6. Les pratiques à mettre en œuvre pour chaque phase de la progression évoluent avec les compétences du bébé (voir figure ci-dessous). Pendant les transitions d'une phase à l'autre, il est important d'identifier les critères, basés sur les données probantes, qui permettent au bébé de progresser de façon sécuritaire, sans être déraisonnablement restrictifs.
7. Le bébé a des occasions fréquentes de mise au sein en fonction de ses compétences, sans attentes particulières. Ainsi, les premières tentatives de mises au sein peuvent varier d'un bébé à l'autre^{23,38,39}. Il pourrait renifler, lécher, goûter ou même téter⁴⁰.
8. Considérant leur immaturité, les bébés prématurés doivent être surveillés attentivement, notamment pour détecter des signes de stress, de fatigue ou de perte de coordination dans la séquence succion, déglutition et respiration³⁵. Il faut s'assurer du maintien de leur stabilité physiologique pendant la progression vers un allaitement directement au sein.
9. La plupart des parents qui décident de recourir exclusivement à l'alimentation au lait maternel donné au biberon (parfois appelé tire-allaitement) le font en raison de tentatives infructueuses d'allaiter directement au sein et peuvent vivre un sentiment de déception à cet égard⁴¹.

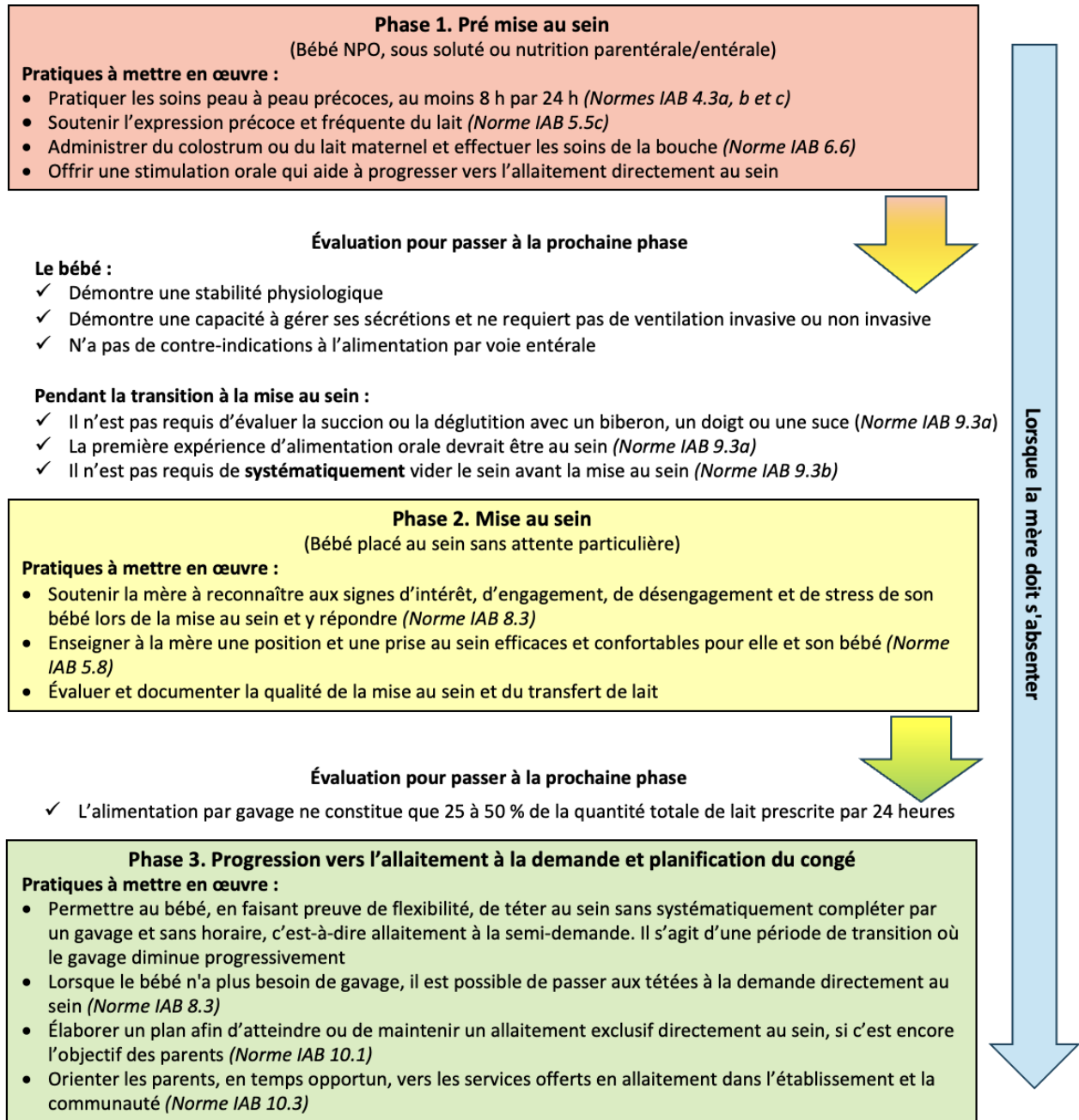


Figure 1. Schéma de la progression vers l'allaitement directement au sein chez les bébés en néonatalogie

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the baby-friendly hospital initiative for small, sick and preterm newborns. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005648> (Consulté le 7 novembre 2025)
2. Altit, G., Hamilton, D., O'Brien, K., Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né de la Société canadienne de pédiatrie. Les soins peau-à-peau chez les nourrissons à terme et prématurés. *Paediatrics & Child Health* 2024;29(4):246-54. Disponible aussi @ <https://cps.ca/fr/documents/position/les-soins-peau-a-peau>.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Initiative des amis des bébés : Orientations pour la mise en œuvre dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec; 2021. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003166/> (Consulté le 7 novembre 2025)
4. Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., Franca, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., Lancet Breastfeeding Series, G. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387(10017):475-90.
5. Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., Victora, C. G., Lancet Breastfeeding Series, G. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* 2016;387(10017):491-504.
6. Statistique Canada. Tableau de bord sur l'allaitement au Canada; 2024. <https://sante-infobase.canada.ca/allaitement/#a4> (Consulté le 7 novembre 2025)
7. Nyqvist, K. H., Häggkvist, A. P., Hansen, M. N., Kylberg, E., Frandsen, A. L., Maastrup, R., Ezeonodo, A., Hannula, L., Haiek, L. N., Baby-Friendly Hospital Initiative Expert, G. Baby-friendly Hospital Initiative Expert Group. Expansion of the Baby-friendly Hospital Initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: Expert group recommendations. *J Hum Lact* 2013;29(3):300-09.
8. Canadian Neonatal Network. Annual Report 2023. <http://www.canadianneonatalnetwork.org/portal/> (Consulté le 7 novembre 2025)
9. Statistique Canada. Table 13-10-0425-01. Naissances vivantes, selon les semaines de gestation (Date de diffusion: 2024-09-25). <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310042501> (Consulté le 7 novembre 2025)
10. Charette, C., Haiek, L. N. Allaitement et période critique. L'urgence d'agir dès une difficulté! *Le Médecin du Québec* 2019;54(12):23-8.
11. Organisation mondiale de la Santé/UNICEF. Orientations de mise en œuvre : protection, encouragement et soutien de l'allaitement dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés : révision de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés 2018. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2019. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241513807> (Consulté le 7 novembre 2025)
12. Lucas, R. F., Smith, R. L. When is it safe to initiate breastfeeding for preterm infants? *Adv Neonatal Care* 2015;15(2):134-41.

13. Briere, C. E., McGrath, J. M., Cong, X., Brownell, E., Cusson, R. Direct-breastfeeding in the neonatal intensive care unit and breastfeeding duration for premature infants. *Appl Nurs Res* 2016;32:47-51.
14. Pineda, R. Direct breast-feeding in the neonatal intensive care unit: is it important? *J Perinatol* 2011;31(8):540-5.
15. Suberi, M., Morag, I., Strauss, T., Geva, R. Feeding Imprinting: The Extreme Test Case of Premature Infants Born With Very Low Birth Weight. *Child Dev* 2018;89(5):1553-66.
16. Pinchevski-Kadir, S., Shust-Barequet, S., Zajicek, M., Leibovich, M., Strauss, T., Leibovitch, L., Morag, I. Direct Feeding at the Breast Is Associated with Breast Milk Feeding Duration among Preterm Infants. *Nutrients* 2017;9(11):1202.
17. Keim, S. A., Boone, K. M., Oza-Frank, R., Geraghty, S. R. Pumping Milk Without Ever Feeding at the Breast in the Moms2Moms Study. *Breastfeed Med* 2017;12(7):422-9.
18. Briere, C. E. Breastfed or bottle-fed: who goes home sooner? *Adv Neonatal Care* 2015;15(1):65-9.
19. Wener, E., Dow, K. E., Fucile, S. Evaluation of Methods of Breast or Bottle Feeding on Length of Hospitalization of Preterm Infants. *Breastfeed Med* 2021;16(11):899-903.
20. Lawrence, R. M., Pane, C. A. Human breast milk: current concepts of immunology and infectious diseases. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2007;37(1):7-36.
21. Moossavi, S., Sepehri, S., Robertson, B., Bode, L., Goruk, S., Field, C. J., Lix, L. M., de Souza, R. J., Becker, A. B., Mandhane, P. J., Turvey, S. E., Subbarao, P., Moraes, T. J., Lefebvre, D. L., Sears, M. R., Khafipour, E., Azad, M. B. Composition and Variation of the Human Milk Microbiota Are Influenced by Maternal and Early-Life Factors. *Cell Host Microbe* 2019;25(2):324-35 e4.
22. Anderson, N., Narvey, M., Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né de la Société canadienne de pédiatrie. La planification du congé du nouveau-né prématuré. *Paediatrics & Child Health* 2022;27(2):130. Disponible aussi @ <https://cps.ca/fr/documents/position/la-planification-du-conge-du-nouveau-ne-premature>.
23. Tomlinson, C., Haiek, L., Comité de nutrition et de gastroentérologie de la Société canadienne de pédiatrie. L'allaitement et le lait humain en soins intensifs néonataux : de la naissance jusqu'au congé. *Paediatrics & Child Health* 2023;28(8):518-26. Disponible aussi @ <https://cps.ca/fr/documents/position/lallaitement-et-le-lait-humain-en-soins-intensifs-neonataux-de-la-naissance-jusquau-conge>.
24. Munro, S., Buckett, C., Sou, J., Bansback, N., Lau, H. Shared decision making and breastfeeding: Supporting families' informed choices. *British Columbia Medical Journal* 2019;61(10):394.
25. Haiek, L. N., LeDrew, M., Charette, C., Bartick, M. Shared decision-making for infant feeding and care during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Matern Child Nutr* 2021;17(2):e13129.
26. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Projets immobiliers en obstétrique et en néonatalogie. Orientations cliniques. Direction santé mère-enfant; 2023. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-858-01W.pdf> (Consulté le 7 novembre 2025)
27. Nyqvist, K. H., Engvall, G. Parents as their infant's primary caregivers in a neonatal intensive care unit. *J Pediatr Nurs* 2009;24(2):153-63.

28. Nyqvist, K. H., Häggkvist, A. P., Hansen, M. N., Kylberg, E., Frandsen, A. L., Maastrup, R., Ezeonodo, A., Hannula, L., Koskinen, K., Haiek, L. N. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: Expert group recommendations for three guiding principles. *J Hum Lact* 2012;28(3):289-96.
29. de Salaberry, J., Hait, V., Thornton, K., Bolton, M., Abrams, M., Shivananda, S., Kiarash, M., Osiovich, H. Journey to mother baby care: Implementation of a combined care/couplet model in a Level 2 neonatal intensive care unit. *Birth Defects Res* 2019;111(15):1060-72.
30. Ferreira, A., Ferretti, E., Curtis, K., Joly, C., Sivanthan, M., Major, N., Daboval, T. Parents' Views to Strengthen Partnerships in Newborn Intensive Care. *Front Pediatr* 2021;9:721835.
31. Klemming, S., Lillieskold, S., Arwehed, S., Jonas, W., Lehtonen, L., Westrup, B. Mother-newborn couplet care: Nordic country experiences of organization, models and practice. *J Perinatol* 2023;43(Suppl 1):17-25.
32. Klemming, S., Lillieskold, S., Westrup, B. Mother-Newborn Couplet Care from theory to practice to ensure zero separation for all newborns. *Acta Paediatr* 2021;110(11):2951-7.
33. Larsen, J. N., Navne, L. E., Hansson, H., Maastrup, R., Poorisrisak, P., Sørensen, J. L., Broberg, L. Mother-newborn couplet care and the expectations, concerns and educational needs of healthcare professionals: a qualitative study. *BMJ Open* 2024;14(12):e086572.
34. European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI), Kostenzer, J., von Rosenstiel-Pulver, C., Hoffmann, J., Walsh, A., Fügenschuh, S., Abenstein, A., Zimmermann, L.J.I., Mader, S. & COVID-19 Zero Separation Collaborative Group, Project Report. Zero separation. Together for better care! Infant and family-centred developmental care in times of COVID-19 – A global survey of parents' experiences. Munich, Allemagne : EFCNI; 2021. <https://healthynewbornnetwork.org/resource/2021/zero-separation-together-for-better-care-infant-and-family-centred-developmental-care-in-times-of-covid-19-a-global-survey-of-parents-experiences/> (Consulté le 7 novembre 2025)
35. Milette, I., Martel, M.-J., Ribeiro da Silva, M. Les Soins du développement : assurer la neuroprotection des nouveau-nés 2e éd. Éditions CHU Sainte-Justine, ed. Montréal, Québec; 2019.
36. Martel, M.-J. Bébé arrive. Éditions du CHU Sainte-Justine, ed. Montréal, Québec; 2023.
37. Martel, M.-J., Milette, I. Être parent à l'unité néonatale : tisser des liens pour la vie. Éditions du CHU Sainte-Justine, ed. Montréal, Québec; 2017.
38. Maastrup, R., Hansen, B. M., Kronborg, H., Bojesen, S. N., Hallum, K., Frandsen, A., Kyhnaeb, A., Svarer, I., Hallstrom, I. Breastfeeding progression in preterm infants is influenced by factors in infants, mothers and clinical practice: The results of a national cohort study with high breastfeeding initiation rates. *PLoS One* 2014;9(9):e108208.
39. Nyqvist, K. H. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. *Acta Paediatr* 2008;97(6):776-81.
40. Maastrup, R., Walloee, S., Kronborg, H., Sandfeld, H. B., Rom, A. L. Preterm infants' first breastfeeding attempt: Early initiation and performance: A large multicentre questionnaire study based on maternal observations. *PLOS ONE* 2025;20(7):e0303224.
41. Rosenbaum, K. A. Exclusive breastmilk pumping: A concept analysis. *Nurs Forum* 2022;57(5):946-53.

