

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

Fiche sur la phase 1 : « Pré Mise au sein »

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 : 978-2-555-02660-5 (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

TABLE DES MATIÈRES

1	LES SOINS PEAU À PEAU	1
1.1	Données probantes	1
1.2	Principes entourant les soins peau à peau	1
1.3	Pratiques pour effectuer les soins peau à peau	2
2	EXPRESSION DU LAIT	3
2.1	Données probantes	3
2.2	Principes entourant l'expression du lait.....	3
2.3	Pratiques pour l'expression du lait	4
3	ADMINISTRATION DU COLOSTRUM OU DU LAIT MATERNEL ET SOINS DE LA BOUCHE.....	5
3.1	Données probantes	5
3.2	Pratiques pour l'administration du colostrum et du lait maternel	5
4	LA STIMULATION ORALE	6
4.1	Données probantes	6
4.2	Pratiques en lien avec la stimulation orale	6
5	TRANSITION VERS LA MISE AU SEIN	7
5.1	Données probantes	7
5.2	Pratiques pour la transition vers la mise au sein	8
6	STRATÉGIES LORSQUE LA MÈRE DOIT S'ABSENTER	9
6.1	Données probantes	9
6.2	Pratiques pour favoriser la présence parentale à l'unité néonatale	10
6.2.1	Informations à transmettre aux parents.....	10
6.2.2	Pratiques à mettre en œuvre qui favorisent la progression vers l'allaitement directement au sein.....	10
ANNEXE A.....	Liens vers d'autres ressources externes	12
1.	Soins peau à peau	12
2.	Expression du lait maternel.....	12
BIBLIOGRAPHIE.....		14

1 LES SOINS PEAU À PEAU

MESSAGES CLÉS

- Les soins peau à peau devraient être débutés immédiatement après la naissance chez les bébés ne nécessitant pas de mesures de réanimation ou d'autres soins à haute intensité¹⁻³. Pour ces derniers, les soins peau à peau devraient être débutés le plus rapidement possible après la fin de la réanimation initiale, puisqu'ils contribuent à la stabilisation physiologique⁴⁻⁶.
- Il est important de soutenir les parents pour favoriser le contact peau à peau avec leur bébé aussi longtemps et aussi souvent qu'ils le veulent¹. Pour les bébés prématurés, l'OMS recommande de pratiquer les soins peau à peau au moins 8 heures par période de 24 heures⁴⁻⁶.

1.1 DONNÉES PROBANTES

Il existe de multiples bénéfices documentés des soins peau à peau sur la santé du bébé prématuré et des parents^{4,7}, notamment en ce qui concerne l'allaitement directement au sein. En effet, le contact peau à peau :

- améliore la production de lait de la mère^{3,4};
- favorise une meilleure stabilité respiratoire chez le bébé⁴;
- favorise des comportements séquentiels chez le bébé à terme ou prématuré qui l'amènent à téter au sein⁸⁻¹⁰;
- offre une odeur et un goût agréables et familiers pour le bébé, ce qui peut l'encourager à téter;
- facilite les tentatives de mise au sein et les tétées plus précoces chez les bébés prématurés et à terme;
- facilite la transition vers l'allaitement directement au sein¹¹⁻¹³, et ce, plus précocement¹⁴;
- favorise l'allaitement exclusif pendant une période plus longue^{4,7}.

1.2 PRINCIPES ENTOURANT LES SOINS PEAU À PEAU

- Les soins peau à peau sont couramment pratiqués et encouragés chez les bébés qui ont besoin d'une assistance respiratoire, qui sont monitorés ou qui ont un soluté⁴.
- Les protocoles de soins peau à peau devraient détailler la pratique sécuritaire chez les bébés nés extrêmement prématurés et ceux avec différents équipements (drain thoracique, sonde endotrachéale, etc.) ou cathéters (intraveineux, artériels, périphériques ou centraux, incluant les cathéters ombilicaux)⁴.
- Les soins peau à peau peuvent être pratiqués par les deux parents ou, si possible, par d'autres personnes désignées par la famille³. Toutefois, la mère qui allaite devrait être priorisée en raison des avantages significatifs sur la production du lait et de l'impact positif sur l'expérience d'allaitement⁴.
- Certains établissements permettent de poursuivre les soins peau à peau si le parent s'endort, pourvu qu'un bandeau de positionnement soit utilisé pour sécuriser le bébé et son parent, qu'ils soient installés dans une chaise ou un lit inclinable, et que le bébé soit monitoré^{4,15}. Si le bébé n'est pas soutenu par un bandeau ou n'est pas monitoré, le parent et le bébé devraient être surveillés par une autre personne à proximité en tout temps^{3,15}.

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, sans séparations injustifiées. Ils offrent un environnement de soins optimal pour les soins peau à peau continus tout au long du séjour à l'unité néonatale¹⁶⁻²⁰.

1.3 PRATIQUES POUR EFFECTUER LES SOINS PEAU À PEAU

Avant de débiter les soins peau à peau, il est important :

- de valider avec le parent sa capacité à effectuer lui-même le transfert debout du bébé. Par exemple, les mères ayant accouché par césarienne ont souvent de la difficulté à s'asseoir avec le bébé dans les bras. Lorsque c'est possible, favoriser le transfert du bébé par les parents plutôt que par le personnel soignant, afin de minimiser le stress pour le bébé;
- de s'assurer d'avoir l'équipement nécessaire et prêt avant le début du transfert (lit ou chaise inclinable, couverture, bandeau de positionnement, oreillers, miroir à main pour visualiser le visage du bébé, par exemples).

Il faut expliquer aux parents :

- qu'afin d'éviter d'interrompre la session, il est important de répondre à leurs besoins avant les soins peau à peau, tels que manger, aller aux toilettes, et s'assurer que la douleur reliée à l'accouchement est contrôlée;
- d'être habillé de sorte que le bébé ait accès à la poitrine nue, sans soutien-gorge;
- de nettoyer la zone de la poitrine et du cou en présence d'odeurs fortes (ex. : parfum, fumée);
- que le bébé ne porte qu'une couche et une tuque et qu'il doit être recouvert d'une couverture pour éviter la perte de chaleur;
- de placer ses mains sous la nuque et les fesses du bébé et de le déplacer en position fléchie et regroupée afin de diminuer le stress associé au transfert;
- lorsque le bandeau de positionnement n'est pas utilisé ou disponible, de s'assurer que le parent maintient le bébé en position fléchie et regroupée pendant toute la durée de la séance;
- qu'en plus de la position verticale entre les seins, d'autres positions existent, par exemple en diagonale^{21,22};
- d'observer les réactions du bébé (signes de stress et d'adaptation) pendant le transfert afin d'offrir des pauses et des méthodes de retour au calme au besoin²³⁻²⁵;
- de maintenir la fréquence d'expression du lait même si la mère fait des soins peau à peau plusieurs heures par jour. Au besoin, elle pourrait être soutenue pour installer le tire-lait sans devoir interrompre le contact peau à peau;
- l'importance d'exprimer son lait après le contact peau à peau pour maximiser la production lactée.

Des vidéos peuvent être utilisées pour démontrer les [soins peau à peau](#) et les [méthodes de retour au calme](#) aux parents¹.

Le professionnel de la santé doit :

- s'assurer que le visage du bébé est libre et que sa tête est en position de reniflement ou en position neutre, selon sa maturité et son âge post-menstruel;
- rassembler tout l'équipement entourant le bébé pour faciliter le transfert et, par la suite, vérifier que tout appareillage est fixé de façon sécuritaire pour toute la durée du contact peau à peau.

¹ À noter que les vidéos proviennent d'une source externe. Veuillez donc ne pas tenir compte des références à certaines fiches, puisqu'elles ne sont pas en lien avec le présent document.

2 EXPRESSION DU LAIT

MESSAGE CLÉ

- Il est important de soutenir les mères pour l'expression du lait maternel en temps opportun dans le but de favoriser une production lactée optimale.

2.1 DONNÉES PROBANTES

L'expression du lait maternel permet d'offrir les bienfaits du colostrum et du lait maternel aux bébés qui ne peuvent pas téter au sein, qui présentent une succion inefficace ou qui ont des particularités médicales. L'expression du lait maternel favorise la production suffisante de lait, pour ensuite permettre un allaitement directement au sein, si la mère le désire. La réussite de la transition de l'alimentation par gavage vers l'alimentation directement au sein dépend d'une production de lait suffisante³.

2.2 PRINCIPES ENTOURANT L'EXPRESSION DU LAIT

- Pour permettre aux parents de prendre une décision éclairée, il est important de les informer que l'amorce précoce et fréquente de l'expression du lait favorisent une production lactée suffisante.
- Dans les 14 premiers jours après la naissance, des mesures doivent être mises en place pour soutenir les mères afin d'augmenter progressivement leur production de lait afin d'obtenir un volume de lait de 500 ml/24 heures^{3,13} ou plus, selon les besoins du bébé.
- L'administration du lait maternel fraîchement exprimé devrait être priorisé lorsque la condition médicale du bébé le permet.
- Il existe des moyens pour augmenter le volume de lait exprimé, tels que l'expression du lait accompagné de compressions du sein et l'intensification de la fréquence d'expression. Dans certaines situations, des galactagogues peuvent être prescrits par un professionnel de la santé à cette fin^{13,26}.

Le soutien des mères pour exprimer leur lait doit être adapté en fonction de la situation clinique de la dyade :

- Les mères des bébés **qui ne peuvent pas téter au sein** ont besoin d'être soutenues pour exprimer leur lait dès les six premières heures après la naissance, idéalement entre la première et la troisième heure de vie, afin d'assurer une production de lait répondant aux besoins du bébé^{1,3,13}.
- Les mères des bébés **qui peuvent téter au sein, mais qui présentent une succion inefficace ou des particularités médicales** devraient être soutenues pour exprimer leur lait selon les besoins du bébé, après la période initiale de contact peau à peau. Les particularités médicales comprennent, entre autres, les bébés de prématurité tardive, de faible poids pour l'âge gestationnel ou à risque d'hypoglycémie¹.
- Les mères des bébés **qui tètent au sein avec une succion efficace ou sans particularités médicales** devraient être soutenues sur la façon d'exprimer leur lait en cas de besoin^{1,2}.

2.3 PRATIQUES POUR L'EXPRESSION DU LAIT

- L'enseignement de l'expression du lait est fait en guidant la mère, et ce, sans toucher ses seins. Dans certaines situations, le toucher du professionnel peut s'avérer nécessaire, après obtention du consentement de la mère.
- Pour optimiser la production lactée :
 - l'expression manuelle durant les premières 24 à 48 heures stimule la sécrétion et facilite la collecte du colostrum. Le tire-lait est également important pour stimuler l'amorce de la production du lait (lactogénèse 2). Les deux méthodes sont complémentaires et peuvent contribuer à atteindre la production visée²;
 - l'utilisation d'un tire-lait électrique double contribue à instaurer une plus grande production de lait à long terme que l'expression manuelle uniquement ou que l'utilisation d'un tire-lait manuel ou électrique simple. L'ajustement de la taille des coupes est aussi important pour assurer une bonne technique d'expression.
- Pour produire une quantité optimale de lait maternel, les mères devraient exprimer leur lait ou allaiter au moins 7 à 8 fois par 24 heures, dont au moins une fois la nuit^{1,3,13,27}. Une pause d'une durée maximale de 6 heures par période de 24 heures peut être envisagée pour favoriser la récupération de la mère²⁷.
- La fréquence d'expression peut être adaptée en fonction de la capacité individuelle à produire du lait et du confort de la mère. Par exemple, en présence d'une production surabondante, des ajustements à la fréquence et à la durée des expressions sont requis.
- Des mesures d'hygiène adéquates sont nécessaires pour le nettoyage du tire-lait, la collecte, le transport, la conservation et l'administration du lait maternel dans les unités néonatales et doivent être enseignées aux parents, en conformité avec des normes publiées^{28,29} et les directives de l'établissement.

Informations à transmettre aux parents

- L'utilisation du tire-lait ne doit pas causer de douleur.
- Lorsque le bébé amorce les mises au sein, il sera fort probablement nécessaire de continuer à exprimer le lait après chaque tétée afin de maintenir la production. La durée et la fréquence de l'expression doivent être adaptées selon l'efficacité des tétées et la production lactée de la mère.
- Poursuivre l'expression du lait maternel jusqu'à un allaitement exclusivement au sein. Après le congé de l'hôpital et avec une prise de poids satisfaisante, réduire progressivement le nombre ou la durée des expressions selon un plan individualisé. Si le bébé doit recevoir du lait maternel fortifié au retour à la maison, la fréquence d'expression et la quantité de lait exprimée doit tenir compte des quantités nécessaires pour préparer le lait fortifié.
- Les mères qui décident de nourrir leur bébé exclusivement avec du lait maternel exprimé sans allaitement directement au sein (tire-allaitement), risquent d'allaiter moins longtemps par rapport à celles qui allaitent directement au sein, qu'elles expriment leur lait ou non^{30,31}.
- Un journal d'expression du lait pourrait être utile afin de suivre la production de lait. Celui-ci pourrait être remis aux parents en même temps que toute autre documentation pertinente.
- Des ressources sont disponibles pour se procurer un tire-lait de grade hospitalier si la mère doit s'absenter de l'unité néonatale : CLSC, groupes de soutien à l'allaitement, pharmacies, Préma-Québec, etc.

Les ressources ci-dessous contiennent de l'information pouvant être transmise à la mère :

- [CHU de Québec](#) : vidéo montrant l'utilisation du tire-lait;
- [Mieux vivre avec notre enfant](#) : section sur l'expression du lait;
- [Documentation du CHU Ste-Justine](#) : Guide d'expression du lait maternel.

3 ADMINISTRATION DU COLOSTRUM OU DU LAIT MATERNEL ET SOINS DE LA BOUCHE

MESSAGE CLÉ

- Il est important de débiter l'administration du colostrum et du lait maternel aussitôt que possible après l'accouchement, ou de faire les soins de la bouche avec du colostrum, si le bébé est NPO ou nourri par gavage.

3.1 DONNÉES PROBANTES

Les bébés nécessitant une ventilation invasive ou non invasive sont souvent nourris pendant plusieurs semaines par gavage sans aucune exposition à du lait dans la bouche. Lorsque des gouttes de colostrum ou de lait sont administrées à ces bébés par voie orale, elles offrent des bénéfices semblables à ceux du liquide amniotique que le fœtus avale in-utéro³². En effet, les cytokines peuvent exercer un effet immunostimulant sur le tissu lymphoïde de l'oropharynx du bébé, ce qui favorise le développement du microbiote du bébé et améliore la fonction de son système immunitaire^{3,32,33}. De plus, cette pratique est associée à :

- une diminution de la durée de la ventilation mécanique³⁴ et du temps nécessaire pour atteindre une alimentation entérale et orale complète^{35,36};
- un plus grand nombre de bébés qui reçoivent du lait exprimé au congé^{37,38}.

3.2 PRATIQUES POUR L'ADMINISTRATION DU COLOSTRUM ET DU LAIT MATERNEL

L'administration du colostrum ou du lait maternel et les soins de la bouche réalisés avec ceux-ci devraient être :

- effectués par les parents quand ils sont présents ou par l'infirmière au moment des soins de routine lorsque les parents doivent s'absenter;
- effectués à chaque séance d'expression, idéalement au début de chaque alimentation par gavage, car ceci offre un lien sensoriel entre le goût, l'odeur du lait et la sensation de satiété;
- poursuivis jusqu'à ce que le bébé commence à être alimenté par la bouche (au sein ou au biberon).

Il existe différents protocoles pour l'administration du colostrum et du lait maternel et les soins de la bouche. Voici un exemple qui peut être enseigné à la mère :

- Retirer 0,2 ml de colostrum ou de lait maternel, préférablement frais, à l'aide d'une seringue de 1 ml. Ce colostrum sera donné au bébé en deux temps. Si la mère n'est pas présente ou qu'il n'y a pas de lait fraîchement exprimé, l'infirmière peut utiliser du lait conservé au réfrigérateur en suivant le protocole de l'établissement.
- Utiliser une compresse pour essuyer le lait maternel des parois du tire-lait ou du contenant de lait.
- Prendre la compresse imbibée de lait maternel et la tamponner doucement sur les lèvres du bébé.

- Prendre la seringue et administrer 0,1 ml de colostrum/lait maternel dans la joue du bébé.
- Surveiller le bébé : en cas d'apnée, de bradycardie ou de désaturation, ne pas procéder à l'administration de la deuxième dose.
- Une à deux minutes après l'administration de la première dose, administrer la deuxième dose de 0,1 ml de colostrum/lait maternel dans l'autre joue du bébé.
- Documenter dans le dossier l'administration du colostrum et des soins de la bouche avec du lait maternel.

4 LA STIMULATION ORALE

MESSAGES CLÉS

- Il est important de discuter avec les parents des données probantes disponibles concernant l'utilisation de la suce en néonatalogie.
- S'assurer d'offrir des expériences orales positives et d'atténuer les stimuli négatifs autour de la bouche du bébé.

4.1 DONNÉES PROBANTES

L'utilisation de la suce joue un rôle important pour le bébé hospitalisé en néonatalogie en favorisant la stabilisation physiologique, l'autorégulation, le soulagement de la douleur et la digestion. Toutefois, le fait de téter sur un sein après avoir fait l'expression du lait semble plus efficace que la suce pour atteindre un allaitement directement au sein³⁹.

Certaines publications ont démontré que l'utilisation de la suce chez les bébés prématurés diminue le nombre de jours requis pour atteindre une alimentation orale complète, et ce, sans toujours faire la distinction entre le sein ou le biberon⁴⁰⁻⁴⁶. Parmi ces publications, trois ont démontré que l'utilisation de la suce pendant 15 minutes autour des sessions de gavage, 3 à 4 fois par jour, pourrait raccourcir la transition **spécifiquement vers l'allaitement directement au sein** lorsqu'elle est utilisée avant l'amorce des mises au sein⁴² ou après les avoir débutées^{40,44}.

Selon une revue systématique, la stimulation des structures péri- et intra-buccales des bébés prématurés à l'aide d'un doigt ganté aurait un effet incertain sur le temps de transition vers l'alimentation orale⁴⁷.

Chez les bébés gravement malades, en particulier ceux qui ont besoin de soutien respiratoire et alimentaire, le visage et la bouche sont fréquemment soumis à des stimuli négatifs. Ces stimuli peuvent altérer la sensibilité des structures intra et péri-orales et avoir un impact sur l'alimentation orale⁴⁸.

4.2 PRATIQUES EN LIEN AVEC LA STIMULATION ORALE

Expliquer aux parents que :

- la suce peut être offerte par les parents ou les professionnels de la santé pour soulager la douleur, apaiser le bébé et faciliter la digestion. Noter que les soins peau à peau et, lorsque sécuritaire, la mise au sein peuvent également répondre à ces besoins et devraient être privilégiés;
- plusieurs études montrent que la suce facilite la transition vers l'alimentation orale (sans nécessairement faire la distinction entre le sein et le biberon);

Lorsque la suce est offerte :

- Appliquer les normes d'hygiène de l'unité pour l'entretien de la suce, avant et après son utilisation;
- S'assurer que le bébé a les mains dégagées, afin qu'il puisse les porter à sa bouche ou près de son visage en tout temps;
- Toujours stimuler le réflexe des points cardinaux avant d'introduire la suce, pour stimuler l'ouverture de la bouche et éviter les stimuli négatifs, par exemple, en insistant sur l'introduction de la suce;
- Déposer sur la suce quelques gouttes de lait maternel pour développer le réflexe de succion et le goût pour le lait maternel;
- Évaluer la réceptivité du bébé et sa stabilité physiologique. En cas de détérioration, cesser la stimulation orale.

Pour atténuer les stimuli négatifs autour de la bouche :

- Limiter autant que possible l'utilisation de rubans adhésifs;
- Limiter la tension pouvant être exercée par les tubes endotrachéaux et les tubes oro- ou nasogastriques au pourtour de la bouche;
- Lorsque du ruban adhésif est utilisé, il est important de le retirer le plus délicatement possible avec des méthodes de soulagement de la douleur;
- Procéder aux aspirations buccales et nasales lorsque nécessaires seulement;
- Offrir des expériences orales positives comme les soins de la bouche, l'administration de gouttes de lait maternel et l'utilisation de la suce au moment opportun;
- Considérer de mettre le tube nasogastrique plutôt qu'orogastrique.

5 TRANSITION VERS LA MISE AU SEIN

MESSAGES CLÉS

- Pour progresser vers la mise au sein de façon sécuritaire, plusieurs critères cliniques sont évalués chez le bébé.
- Lorsqu'on amorce la mise au sein, le bébé est placé sur le sein, à proximité du mamelon, sans attentes particulières. Certains bébés ne feront que renifler, alors que d'autres bébés commenceront par lécher, goûter ou téter.
- On fait une distinction entre les tentatives de « mise au sein », qui peuvent comprendre ou non des tentatives de succion et la « tétée » plus soutenue avec un transfert de lait significatif.

5.1 DONNÉES PROBANTES

Il a été démontré que les bébés prématurés commencent à développer leurs compétences pour téter au sein plus tôt qu'on ne le pensait auparavant⁴⁹⁻⁵¹. Ces compétences sont présentes dès la 28^e semaine d'âge post-menstruel⁵² et peuvent être facilitées par un soutien adéquat.

Les mises au sein précoces et fréquentes pendant le séjour à l'unité, sont associées à :

- une transition vers un allaitement directement au sein^{3,53};

- une plus grande quantité de lait maternel administré au bébé et ce, pour une plus longue durée⁵³⁻⁵⁶;
- une réduction de la durée d'utilisation de l'alimentation par gavage⁵⁴.

5.2 PRATIQUES POUR LA TRANSITION VERS LA MISE AU SEIN

Voici les trois critères pour amorcer les mises au sein de façon sécuritaire, à la suite d'une évaluation clinique par l'équipe soignante.

1. Le bébé démontre une stabilité physiologique

- La stabilité physiologique est une exigence pour les mises au sein.
- Cependant, il n'y a pas de consensus clair sur la définition de la stabilité physiologique. Les définitions des termes « stable » et « stabilisé » varient considérablement, mais ne devraient pas être déraisonnablement restrictifs³.
- La littérature définit la stabilité physiologique en termes de signes vitaux, c'est-à-dire que le bébé stable ne présente pas de tachypnée soutenue ni d'apnée, de désaturation ou de bradycardie fréquentes ou sévères³.
- La stabilité physiologique ne devrait pas être évaluée au biberon, car les bébés prématurés demeurent plus stables au sein que lorsqu'ils sont nourris au biberon^{13,57}.

2. Le bébé démontre une capacité à gérer ses sécrétions et ne requiert pas de ventilation invasive ou non invasive

- Il est important d'observer les signes cliniques qui démontrent que le bébé protège bien ses voies respiratoires et gère ses sécrétions de manière optimale. Si l'examen clinique est rassurant, il n'est alors pas requis d'effectuer des investigations supplémentaires.
- Débuter les mises au sein chez les bébés stables physiologiquement lorsqu'ils sont toujours sous ventilation non invasive (via canule nasale à haut débit ou CPAP) est une pratique qui pourrait possiblement réduire le temps requis pour atteindre une alimentation orale complète^{26,58}, mais qui demeure controversée, notamment en lien avec les risques d'aspiration⁵⁹. Sa mise en œuvre varie selon les pays, de même qu'entre les établissements d'un même pays⁶⁰. Au Québec, certains centres débutent les mises au sein chez certains bébés stables qui requièrent toutefois encore une ventilation non invasive. Une revue systématique publiée en 2021 montre qu'il n'y a pas consensus sur les bénéfices et les risques d'introduire l'alimentation orale (sans distinction entre sein et biberon) chez les bébés qui sont sous ventilation non invasive et que les données disponibles sont insuffisantes pour encourager ou décourager une telle pratique⁵⁹. S'il est considéré de débiter les mises au sein chez les bébés stables qui ont toujours besoin d'une ventilation non invasive, une approche individualisée axée sur les compétences du bébé et le soutien d'une équipe multidisciplinaire spécialisée sont requis. Des protocoles spécifiques à cet effet et une équipe de soins formée en conséquence sont donc préalablement nécessaires⁶⁰⁻⁶².

3. Le bébé n'a pas de contre-indication à l'alimentation par voie entérale

- Même si les deux autres critères de stabilité physiologique et des voies respiratoires sécuritaires sont satisfaits, certains bébés ne peuvent pas être nourris avec du lait, car cela pourrait aggraver leur condition médicale (ex. : entérocolite nécrosante).

- D'autres situations cliniques pourraient aussi constituer une contre-indication à l'alimentation par la bouche malgré un tractus gastro-intestinal sain (ex. : atrésie de l'œsophage, malformation oto-rhino-laryngologique en investigation, certains cas rares d'hypoglycémie réfractaire, etc.).

Autres considérations pendant la transition à la mise au sein

- Les premières tentatives d'alimentation orale doivent être au sein. Les moments choisis pour les premières mises au sein seront déterminés conjointement par les parents et l'équipe soignante.
- Les mises au sein devraient être faites dès que possible, sans restriction liée au poids ni à l'âge gestationnel ou post-menstruel du bébé prématuré^{3,13,52,63}. Il n'est pas recommandé d'évaluer la succion ou la déglutition du bébé au biberon, sur un doigt ou une suce comme critère pour décider d'amorcer les mises au sein, mais plutôt de laisser le bébé faire ce qu'il peut à la mesure de ses compétences.
- Les ordonnances ou protocoles de soins devraient prioriser la mise au sein plutôt que de prescrire des quantités de lait à administrer au biberon.
- Il n'est pas requis de systématiquement vider le sein avant de débiter les mises au sein. Rappelons que, selon la définition retenue dans cet outil, une mise au sein ne requiert pas que le bébé tète et transfère du lait. De plus, il est connu que les seins ne sont jamais complètement vidés⁶⁴. Ainsi, la pratique devrait être individualisée selon le contexte clinique. Par exemple :
 - si la mère est en contact peau à peau et que le bébé montre des signes de fousissement, une mise au sein pourrait être envisagée, s'il n'y a pas une surabondance de lait et que la mère souhaite ne pas retarder la réponse aux signes de son bébé pour installer le tire-lait. Cependant, en présence d'une production abondante ou d'un réflexe d'éjection puissant, la mère devrait exprimer son lait avant la tétée et ensuite diminuer la durée d'expression au fur et à mesure de la maturation de la coordination succion/déglutition/respiration du bébé^{1,3};
 - lorsque la mère a une production de lait très basse pendant ses expressions, il pourrait ne pas être nécessaire de vider son sein avant de faire les mises au sein.

6 STRATÉGIES LORSQUE LA MÈRE DOIT S'ABSENTER

MESSAGE CLÉ

- Lorsque les parents ont comme objectif d'allaiter directement au sein et que la mère doit s'absenter de l'unité néonatale, il est important d'assurer une communication efficace entre les parents et l'équipe de soins pour coordonner l'alimentation du bébé.

6.1 DONNÉES PROBANTES

La progression vers l'allaitement directement au sein est intimement associée à la présence de la mère. Sa présence est importante pour assurer une bonne production du lait⁶⁵, pratiquer les soins peau à peau, amorcer les mises au sein^{1,3} et la progression vers un allaitement à la demande. Les établissements devraient aménager les unités pour favoriser la présence des parents jour et nuit^{3,66,67}, pour conserver et manger leurs propres repas et, si possible, rendre de la nourriture accessible.

Cela dit, bien que plusieurs unités offrent des accommodations qui favorisent la présence des parents, ceux-ci ne restent pas en tout temps avec leur bébé⁶⁸. Ainsi, la situation particulière de chaque famille devrait être considérée, en incluant les raisons ou les enjeux qui occasionnent l'absence des parents^{67,69,70}. Le soutien psychosocial peut être utile pour aborder les barrières à la présence des parents lorsque, par exemple, ils subissent le traumatisme émotionnel lié à la naissance d'un enfant prématuré ou malade^{67,69,70} ou quand ils ont des enjeux organisationnels (gardiennage, transport, etc.).

6.2 PRATIQUES POUR FAVORISER LA PRÉSENCE PARENTALE À L'UNITÉ NÉONATALE

6.2.1 Informations à transmettre aux parents

L'équipe de soins devrait discuter avec les parents qui prévoient s'absenter et qui veulent progresser vers un allaitement directement au sein :

- des objectifs d'alimentation de leur bébé⁷¹ et préciser avec eux l'importance qu'ils portent à la progression vers l'allaitement directement au sein;
- de l'importance de continuer à participer aux décisions au sujet de l'alimentation et de communiquer à l'équipe de soins quand la mère prévoit être à l'unité afin d'éviter que son bébé soit nourri juste avant qu'elle n'arrive pour l'allaiter;
- de continuer à exprimer son lait selon le plan établi lorsque la mère doit s'absenter de l'unité;
- des méthodes d'alimentation qui seraient utilisées en leur absence (par exemple : cuillère, tasse, dispositif d'aide à la lactation au doigt ou biberon) en fonction des compétences de leur bébé, de leurs préférences et de l'utilisation requise à court ou à long terme (par exemple dans le cas de séjours prolongés, un biberon serait indiqué)^{1,3}.

6.2.2 Pratiques à mettre en œuvre qui favorisent la progression vers l'allaitement directement au sein

Certaines pratiques décrites dans les phases de la progression peuvent être adaptées lorsque les mères doivent s'absenter.

Absence de la mère à la Phase 1. Pré mise au sein

- Positionner le bébé de façon physiologique dans son lit, selon les principes de positionnement thérapeutique.
- Encourager le contact peau à peau avec l'autre parent ou une personne significative désignée par la famille. Si cela n'est pas possible et que la condition du bébé le permet, encourager qu'il soit dans les bras d'un bénévole ou un professionnel de la santé particulièrement pendant les gavages.
- Soutenir la mère à continuer l'expression du lait durant les périodes de séparation et réviser les aspects techniques (vérification du fonctionnement du tire-lait et de son nettoyage ainsi que la collecte, la conservation et le transport du lait maternel).
- Poursuivre les soins de la bouche avec du lait maternel.
- Offrir la suce (particulièrement durant l'alimentation par gavage).

Absence de la mère à la Phase 2. Mise au sein

- Lorsque les mises au sein débutent et pour soutenir la progression vers un allaitement directement au sein, il est important de coordonner avec la mère :
 - l'alimentation du bébé en tenant compte de sa présence à l'unité¹. Particulièrement, s'assurer que la mère est présente afin que la première alimentation orale soit au sein¹³;
 - les évaluations ou les échanges concernant l'alimentation du bébé avec des intervenants dont la présence à l'unité est variable, par exemple, les médecins et les ergothérapeutes.
- La méthode d'alimentation à utiliser peut varier selon la durée et la fréquence des absences, en fonction de la décision prise avec les parents^{1,3} et des besoins nutritionnels du bébé.
- Lorsque le biberon est utilisé, certaines pratiques devraient être considérées afin d'interférer le moins possible avec la progression vers l'allaitement directement au sein :
 - introduire le biberon, dans la mesure du possible, uniquement lorsque le bébé a pu démontrer un transfert de lait au sein;
 - offrir le biberon uniquement dans les moments où le bébé démontre qu'il a des signes d'intérêt au lieu de suivre un horaire précis;
 - s'assurer que le débit de la tétine est adapté aux compétences du bébé. Un débit lent est favorisé pour les bébés en apprentissage de boire;
 - placer le bébé en position physiologique latérale et stimuler les points cardinaux pour favoriser l'ouverture de la bouche aussi grande que nécessaire pour s'accrocher au sein^{25,72};
 - évaluer la coordination succion-déglutition-respiration du bébé tout au long du boire. Le bébé devrait respirer après chaque déglutition. Si on observe que le bébé n'a pas une respiration régulière, appliquer au besoin la technique de « pacing » :
 - si le bébé effectue plus de deux ou trois suctions consécutives sans respirer, abaisser le biberon de sorte qu'il n'y ait pas de lait dans la tétine afin que la succion soit brisée,
 - une fois que le bébé a repris sa respiration, relever le biberon pour offrir le lait de nouveau,
 - cette technique permettra au bébé de respirer régulièrement et de maintenir sa stabilité physiologique tout au long du boire,
 - répéter la technique aussi souvent que nécessaire lors du boire;
 - observer les signes de stabilité et de stress/désengagement pendant l'alimentation au biberon afin d'y mettre fin ou de recourir aux méthodes de retour au calme au besoin.

Absence de la mère à la Phase 3. Progression vers l'allaitement à la demande et planification du congé

- Si le bébé est en mesure d'effectuer une déglutition avec un transfert de lait, il est recommandé d'individualiser la fréquence et la quantité des gavages afin de favoriser des tétées plus fréquentes lorsque la mère est présente.
- Pour les mères qui se sont absentes souvent, les encourager à rester avec leur bébé au moins une journée complète (24 h) avant le congé du bébé vers la maison et leur fournir les aménagements nécessaires pour le faire.

ANNEXE A

LIENS VERS D'AUTRES RESSOURCES EXTERNES

1. SOINS PEAU À PEAU

- <https://www.youtube.com/watch?v=sJhNL2vXWw4>

2. EXPRESSION DU LAIT MATERNEL

- Module de la formation sur l'ENA pour les professionnels de la santé : [Soutien à l'expression de lait maternel lors d'un risque de sevrage précoce](#)
- Section du [Mieux vivre avec notre enfant](#) sur l'expression du lait, page 455
- Vidéo destiné aux parents : [Fondation OLO](#)
- Exemple d'un [outil d'évaluation](#) de l'expression du lait à l'unité néonatale. Traduit à partir du document original produit par l'Initiative Amie des Bébé de l'UNICEF UK (*UNICEF UK Baby Friendly Initiative*), qui ne peut être tenue pour responsable de l'exactitude de la traduction.

Outil d'évaluation de l'expression du lait à l'unité néonatale

Nom de la mère	Nom du bébé	Date de l'évaluation				Poids de naissance : Semaines de gestation :				
Observer ou demander à la mère	Indique que l'expression est efficace	✓	✓	✓	✓	Peut indiquer une difficulté	✓	✓	✓	✓
Fréquence des expressions	Au moins 8 fois par 24 heures, y compris au moins une fois la nuit					Moins de 8 fois par 24 heures. Aucune expression la nuit.				
Intervalles entre les expressions	Les intervalles ne dépassent pas 4 heures le jour et 6 heures la nuit.					Longs et fréquents intervalles entre les expressions. Difficulté à faire 8 expressions par 24 h.				
Stimulation du réflexe d'éjection	Pour stimuler la sécrétion d'ocytocine, utilise le massage des seins, la relaxation, le contact peau à peau/la proximité de son bébé, une photo ou un vêtement du bébé.					Difficulté à obtenir un réflexe d'éjection. Mère stressée et anxieuse.				
*Expression à la main	*Effectue <u>a</u> technique avec confiance. Information écrite transmise.					Observation d'une technique inefficace. Absence de confiance chez la mère.				
Utilisation d'un tire-lait	Accès à un tire-lait électrique. Technique efficace, y compris les réglages de la succion et l'ajustement des coupoles. Expression double (ou changement de sein) pour assurer un bon drainage du sein. Utilisation du massage et/ou de la compression des seins pour augmenter le débit.					Préoccupation concernant la technique. Réglage de la succion trop élevé/trop faible, limite de la durée des expressions, coupoles trop petites/trop grandes.				
État des seins	Plénitude des seins avant l'expression et s'assouplissement après l'expression. Pas de zones douloureuses ni de blessures aux mamelons.					Seins durs et douloureux au toucher. Présence de traces de frottement ou de blessure au niveau des mamelons.				
Écoulement du lait	Bon écoulement du lait. Les seins sont souples après l'expression.					Le débit de lait est lent et retardé. Les seins restent pleins après l'expression.				
Volumes de lait	Augmentation progressive du volume par 24 heures à chaque évaluation.					Les volumes de lait augmentent lentement ou diminuent à chaque évaluation.				

*Il n'est peut-être pas nécessaire de réviser la technique d'expression manuelle chaque fois.

Source : Assessment of breastmilk expression. The Baby Friendly Initiative For all babies. UNICEF United Kingdom, 2023.

BIBLIOGRAPHIE

1. 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)
2. 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)
3. 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)
4. 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>.
5. World Health Organization. WHO recommendations for care of the preterm or low birth weight infant. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262> (Consulté le 7 novembre 2025)
6. World Health Organization. Kangaroo mother care: a transformative innovation in health care. Global position paper. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240072657> (Consulté le 7 novembre 2025)
7. Conde-Agudelo, A., Diaz-Rossello, J. L. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2016(8):CD002771.
8. Widstrom, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., Nissen, E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatr* 2019;108(7):1192-204.
9. Widstrom, A. M., Lilja, G., Aaltomaa-Michalias, P., Dahllof, A., Lintula, M., Nissen, E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr* 2011;100(1):79-85.
10. Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E., Widström, A. M. The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Matern Child Nutr* 2020;16(4):e13042.
11. Er, I., Gunlemez, A. Transition Time to Full Oral Feeding Skill and Its Determinants in Very Preterm Infants: A Single Center Experience. *The Journal of Pediatric Research* 2021;8(3):216-24.
12. Lubbe, W. Clinicians guide for cue-based transition to oral feeding in preterm infants: An easy-to-use clinical guide. *J Eval Clin Pract* 2018;24(1):80-8.
13. 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-jusqu'au-conge>.

14. Mekonnen, A. G., Yehualashet, S. S., Bayleyegn, A. D. The effects of kangaroo mother care on the time to breastfeeding initiation among preterm and LBW infants: a meta-analysis of published studies. *Int Breastfeed J* 2019;14:12.
15. Weber, A. M., Jackson, Y. C., Elder, M. R., Remer, S. L., Parikh, N. A., Hofherr, J. J., Voos, K. C., Kaplan, H. C. Application of a Risk Management Framework to Parent Sleep During Skin-to-Skin Care in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2022;51(3):336-48.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. Larsen, J. N., Navne, L. E., Hansson, H., Maastrup, R., Pooririsak, 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.
20. 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)
21. Buil, A., Caeymaex, L., Mero, S., Sankey, C., Apter, G., Devouche, E. Kangaroo supported diagonal flexion positioning: Positive impact on maternal stress and postpartum depression risk and on skin-to-skin practice with very preterm infants. *Journal of Neonatal Nursing* 2019;25(2):86-92.
22. Buil, A., Carchon, I., Apter, G., Laborne, F. X., Granier, M., Devouche, E. Kangaroo supported diagonal flexion positioning: New insights into skin-to-skin contact for communication between mothers and very preterm infants. *Arch Pediatr* 2016;23(9):913-20.
23. Martel, M.-J. *Bébé arrive*. Éditions du CHU Sainte-Justine, ed. Montréal, Québec; 2023.
24. 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.
25. 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.
26. 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>.

27. Levene, I., Fewtrell, M., Quigley, M. A., O'Brien, F. The relationship of milk expression pattern and lactation outcomes after very premature birth: A cohort study. *PLoS One* 2024;19(7):e0307522.
28. Human milk banking association of North America. Best Practice for Expressing, Storing and Handling Human Milk in Hospitals, Homes, and Childcare Settings. Fort Worth, United States Human milk banking association of North America; 2024. <https://www.hmbana.org/about-us/expressing-storing-handling-human-milk.html> (Consulté le 7 novembre 2025)
29. Pediatric Nutrition Practice Group. Guidelines on the storage, handling and preparation of human milk and formula in health care facilities in Infant and Pediatric Feedings, 3rd Ed.: Academy of Nutrition and Dietetics; 2024 (Consulté le 24 juillet, 2025)
30. 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.
31. Rosenbaum, K. A. Exclusive breastmilk pumping: A concept analysis. *Nurs Forum* 2022;57(5):946-53.
32. Rodriguez, N. A., Caplan, M. S. Oropharyngeal administration of mother's milk to prevent necrotizing enterocolitis in extremely low-birth-weight infants: theoretical perspectives. *J Perinat Neonatal Nurs* 2015;29(1):81-90.
33. Garofalo, N. A., Caplan, M. S. Oropharyngeal Mother's Milk: State of the Science and Influence on Necrotizing Enterocolitis. *Clin Perinatol* 2019;46(1):77-88.
34. Cai, M., Lin, L., Peng, Y., Chen, L., Lin, Y. Effect of Breast Milk Oral Care on Mechanically Ventilated Preterm Infants: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in Pediatrics* 2022;10:899193.
35. Abd-Elgawad, M., Eldegla, H., Khashaba, M., Nasef, N. Oropharyngeal Administration of Mother's Milk Prior to Gavage Feeding in Preterm Infants: A Pilot Randomized Control Trial. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2020;44(1):92-104.
36. Rodriguez, N. A., Moya, F., Ladino, J., Zauk, A., Prazad, P., Perez, J., Vento, M., Claud, E., Wang, C. H., Caplan, M. S. A randomized controlled trial of oropharyngeal therapy with mother's own milk for premature infants. *J Perinatol* 2023;43(5):601-7.
37. Snyder, R., Herdt, A., Ladino, J., Crowley, K., Levy, P. T. Administration of Oropharyngeal Colostrum in Premature Infants Leads to Early and Sustained Breast Milk Feedings from Birth through Discharge. *Am J Perinatol* 2016;33(S 01):A028.
38. Snyder, R., Herdt, A., Mejias-Cepeda, N., Ladino, J., Crowley, K., Levy, P. Early provision of oropharyngeal colostrum leads to sustained breast milk feedings in preterm infants. *Pediatr Neonatol* 2017;58(6):534-40.
39. Fucile, S., Wener, E., Dow, K. Enhancing breastfeeding establishment in preterm infants: A randomized clinical trial of two non-nutritive sucking approaches. *Early Hum Dev* 2021;156:105347.
40. Kaya, V., Aytekin, A. Effects of pacifier use on transition to full breastfeeding and sucking skills in preterm infants: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2017;26(13-14):2055-63.
41. Shaki, F., Aziznejadroshan, P., Rad, Z. A., Chehrizi, M., Arzani, A. Comparison of the effect of two methods of sucking on pacifier and mother's finger on oral feeding behavior in preterm infants: a randomized clinical trial. *BMC Pediatr* 2022;22(1):292.

42. Yildiz, A., Arikan, D. The effects of giving pacifiers to premature infants and making them listen to lullabies on their transition period for total oral feeding and sucking success. *J Clin Nurs* 2012;21(5-6):644-56.
43. Collins, C. T., Gillis, J., McPhee, A. J., Suganuma, H., Makrides, M. Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;9(9):CD005252.
44. Say, B., Simsek, G. K., Canpolat, F. E., Oguz, S. S. Effects of Pacifier Use on Transition Time from Gavage to Breastfeeding in Preterm Infants: A Randomized Controlled Trial. *Breastfeed Med* 2018;13(6):433-7.
45. Orovou, E., Tziritidou-Chatzopoulou, M., Dagla, M., Eskitzis, P., Palaska, E., Iliadou, M., Iatrakis, G., Antoniou, E. Correlation between Pacifier Use in Preterm Neonates and Breastfeeding in Infancy: A Systematic Review. *Children (Basel)* 2022;9(10):1585.
46. Tolppola, O., Renko, M., Sankilampi, U., Kiviranta, P., Hintikka, L., Kuitunen, I. Pacifier use and breastfeeding in term and preterm newborns-a systematic review and meta-analysis. *Eur J Pediatr* 2022;181(9):3421-8.
47. Greene, Z., O'Donnell, C. P., Walshe, M. Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2023;6(6):CD009720.
48. Pados, B. F., Fuller, K. Establishing a Foundation for Optimal Feeding Outcomes in the NICU. *Nurs Womens Health* 2020;24(3):202-9.
49. Nyqvist, K. H. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. *Acta Paediatr* 2008;97(6):776-81.
50. Nyqvist, K. H., Sjöden, P. O., Ewald, U. The development of preterm infants' breastfeeding behavior. *Early Hum Dev* 1999;55(3):247-64.
51. Nyqvist, K. H., Färnstrand, C., Eeg-Olofsson, K. E., Ewald, U. Early oral behaviour in preterm infants during breastfeeding: An electromyographic study. *Acta Paediatr* 2001;90(6):658-63.
52. 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.
53. Pineda, R. Direct breast-feeding in the neonatal intensive care unit: is it important? *J Perinatol* 2011;31(8):540-5.
54. 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.
55. 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.
56. 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.
57. Lucas, R. F., Smith, R. L. When is it safe to initiate breastfeeding for preterm infants? *Adv Neonatal Care* 2015;15(2):134-41.
58. Shetty, S., Hunt, K., Douthwaite, A., Athanasiou, M., Hickey, A., Greenough, A. High-flow nasal cannula oxygen and nasal continuous positive airway pressure and full oral feeding in

- infants with bronchopulmonary dysplasia. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2016;101(5):F408-11.
59. Canning, A., Clarke, S., Thorning, S., Chauhan, M., Weir, K. A. Oral feeding for infants and children receiving nasal continuous positive airway pressure and high flow nasal cannula: a systematic review. *BMC Pediatrics* 2021;21(1):83.
 60. Canning, A., Fairhurst, R., Chauhan, M., Weir, K. A. Oral Feeding for Infants and Children Receiving Nasal Continuous Positive Airway Pressure and High-Flow Nasal Cannula Respiratory Supports: A Survey of Practice. *Dysphagia* 2020;35(3):443-54.
 61. Dalglish, S. R., Kostecky, L. L., Blachly, N. Eating in "SINC": Safe Individualized Nipple-Feeding Competence, a Quality Improvement Project to Explore Infant-Driven Oral Feeding for Very Premature Infants Requiring Noninvasive Respiratory Support. *Neonatal Netw* 2016;35(4):217-27.
 62. SickKids Hospital. Non-Invasive CPAP Respiratory Support and Establishing Safe Nipple Feeding for Preterm and High Risk Infants. <https://torontocentreforneonatalhealth.com/wp-content/uploads/2019/09/Non-Invasive-CPAP-Respiratory-Support-and-Establishing-Safe-Nipple-Feeding-for-Preterm-and-High-Risk-Infants.pdf> (Consulté le 7 novembre 2025)
 63. Nyqvist, K. H., Haggkvist, 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. 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):300-9.
 64. Brodribb, W. ABM Clinical Protocol #9: Use of Galactogogues in Initiating or Augmenting Maternal Milk Production, Second Revision 2018. *Breastfeed Med* 2018;13(5):307-14.
 65. Acuna-Muga, J., Ureta-Velasco, N., de la Cruz-Bertolo, J., Ballesteros-Lopez, R., Sanchez-Martinez, R., Miranda-Casabona, E., Miguel-Trigoso, A., Garcia-San Jose, L., Pallas-Alonso, C. Volume of milk obtained in relation to location and circumstances of expression in mothers of very low birth weight infants. *J Hum Lact* 2014;30(1):41-6.
 66. Feeley, N., Robins, S., Genest, C., Stremler, R., Zelkowitz, P., Charbonneau, L. A comparative study of mothers of infants hospitalized in an open ward neonatal intensive care unit and a combined pod and single-family room design. *BMC Pediatr* 2020;20(1):38.
 67. Heinemann, A. B., Hellstrom-Westas, L., Hedberg Nyqvist, K. Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. *Acta Paediatr* 2013;102(7):695-702.
 68. Kim, T. H. M., Campbell-Yeo, M., Disher, T., Dol, J., Richardson, B., Bishop, T., Delahunty-Pike, A., Dorling, J., Glover, M., Inglis, D., Johnson, T., Lalanne, D., McMillan, D., McGrath, P., Monaghan, J., Orovec, A., Simpson, D. C., Skinner, N., Wozney, L., Whitehead, L. Caregiver Presence and Involvement in a Canadian Neonatal Intensive Care Unit: An Observational Cohort Study. *Journal of Pediatric Nursing* 2021;60:123-9.
 69. 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.
 70. Lefkowitz, D. S., Baxt, C., Evans, J. R. Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *J Clin Psychol Med Settings* 2010;17(3):230-7.
 71. 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.

72. Ross, E. S., Philbin, M. K. Supporting oral feeding in fragile infants: an evidence-based method for quality bottle-feedings of preterm, ill, and fragile infants. *J Perinat Neonatal Nurs* 2011;25(4):349-57; quiz 58-9.

