

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

Fiche sur la phase 2 : « 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 : 978-2-555-02661-2 (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	RECONNAÎTRE LES SIGNES DU BÉBÉ ET Y RÉPONDRE	1
1.1	Données probantes.....	1
1.2	Pratiques pour reconnaître les signes du bébé et y répondre.....	1
2	POSITIONNEMENT ET PRISE DU SEIN.....	3
2.1	Données probantes.....	3
2.2	Pratiques entourant le positionnement et la prise du sein	3
3	ÉVALUATION DE LA MISE AU SEIN	4
3.1	Données probantes.....	4
3.2	Principes entourant l'évaluation de la mise au sein	4
3.3	Pratiques de l'évaluation de la mise au sein	5
4	TRANSITION VERS L'ALLAITEMENT À LA SEMI-DEMANDE.....	5
4.1	Données probantes.....	5
4.2	Pratiques entourant la transition vers l'allaitement à la semi-demande	6
4.2.1	Méthode de la pesée pré- et post-tétées.....	6
4.2.2	Méthode d'estimation.....	7

1 RECONNAÎTRE LES SIGNES DU BÉBÉ ET Y RÉPONDRE

MESSAGE CLÉ

- Il est important de soutenir la mère pour reconnaître les signes d'intérêt ainsi que ceux d'engagement, de désengagement et de stress de son bébé lors de la mise au sein pour y répondre, afin de favoriser la progression vers l'allaitement directement au sein.

1.1 DONNÉES PROBANTES

- L'approche des soins du développement est essentielle pour outiller les parents et les professionnels à reconnaître les signes du bébé et à y répondre¹⁻³. La fiche complémentaire sur la phase 2 présente les principaux éléments de cette approche.
- En tout temps, il est important d'offrir un environnement favorable et des soins sécuritaires et adaptés au développement du bébé qui respectent son niveau de maturité neurologique.
- Tout au long de la progression vers l'allaitement directement au sein, les mises au sein doivent demeurer des expériences positives pour la mère et le bébé.
- La présence de la mère au chevet et le contact peau à peau fréquent facilitent l'observation des signes d'intérêt du bébé.
- La mère devrait être soutenue pour placer son bébé au sein chaque fois qu'il démontre des signes d'intérêt.
- Dans ces outils, nous faisons la distinction entre les tentatives de « mise au sein » qui peuvent comprendre des premières tentatives de succion et la « tétée » qui comprend un transfert de lait confirmé par l'observation d'une séquence de succion, de déglutition et de respiration. Lors des premières tentatives de mise au sein, les compétences peuvent varier d'un bébé à l'autre. Certains bébés ne feront que renifler, alors que d'autres commenceront par lécher, goûter ou téter⁴⁻⁶.
- Plus le parent est en mesure de comprendre adéquatement les signes du bébé et d'y répondre, plus le bébé a d'occasions pour progresser vers un allaitement directement au sein.
- La mise au sein basée sur les signes d'intérêt et les compétences du bébé :
 - peut entraîner une alimentation orale complète plus précoce^{7,8};
 - est liée à une durée d'hospitalisation plus courte⁹;
 - est liée à une diminution des épisodes d'apnée, de bradycardie et de désaturation⁹ et à une meilleure organisation comportementale.
- Une absence de réponse aux signes de stress (voir Fiche 2 complémentaire : Soins de développement) pendant que le bébé est nourri peut affecter négativement les comportements alimentaires, incluant l'apparition d'une aversion alimentaire à long terme¹⁰.

1.2 PRATIQUES POUR RECONNAÎTRE LES SIGNES DU BÉBÉ ET Y RÉPONDRE

Informez les parents que :

- les signes que leur bébé prématuré est intéressé à une mise au sein ne sont pas toujours évidents, mais qu'ils le deviendront;
- lorsque leur bébé commence les mises au sein, les signes peuvent varier d'une tentative à l'autre allant de renifler à peine jusqu'à une tétée avec un transfert du lait^{4,6,8};
- lorsque le bébé montre des signes d'intérêt en présence de sa mère, il est préférable de privilégier la mise au sein au lieu d'offrir une suce, puisque la stimulation de la succion sur le sein favorise la production de lait et l'allaitement directement au sein⁴. Également, l'utilisation de la suce peut masquer les signes de faim lorsque le bébé amorce les mises au sein¹¹;
- lorsque le bébé présente des signes de stress avant, pendant ou après une mise au sein, il est nécessaire d'appliquer les méthodes de retour au calme de façon adaptée à ce dernier.

Le professionnel soutient les parents pour répondre adéquatement aux signes de leur bébé :

- si le bébé démontre des signes d'intérêt et d'engagement, offrir la mise au sein;
- si possible, éviter d'effectuer des procédures stressantes ou qui pourraient fatiguer le bébé avant et pendant les mises au sein¹²;
- pendant la mise au sein, si le bébé démontre des signes de stress ou de fatigue, appliquer les méthodes de retour au calme appropriées et cesser la mise au sein au besoin^{13,14}.

Voici quelques signes indiquant que le bébé est intéressé à amorcer une mise au sein :

- s'éveille, est alerte;
- bouge ses membres, tourne sa tête;
- s'étire.
- ouvre la bouche;
- bouge ses lèvres ou sa langue;
- porte les mains vers sa bouche, tète sa main ou ses doigts;
- effectue des mouvements de reniflement ou de froufrou;
- répond à la stimulation des points cardinaux.

Voici quelques signes de désengagement ou de fatigue à surveiller pendant la mise au sein :

- repousse le sein;
- absence de déglutition;
- rythme de succion très ralenti ou inconstant;
- perte de tonus;
- agitation;
- tirage, tachypnée;
- perte de la stabilité physiologique.

Voici quelques signes de stress :

- changements au niveau des signes vitaux en dehors des valeurs normales;
- réflexe nauséeux, régurgitations;
- hypotonie ou hypertonie;
- agitation;
- comportements désorganisés.

Voici quelques méthodes de retour au calme pour favoriser la mise au sein :

- soins peau à peau/méthode Kangourou;
- positionnement physiologique;
- mains près de la bouche ou du visage;
- toucher englobant : bercement, tapotement, légères vibrations;
- temps de répit (pause pour laisser le temps au bébé de se réorganiser);
- regroupement;
- permettre au nouveau-né d'agripper;
- emmaillotement partiel ou complet/proprioception (légère pression) avec les mains ou un outil de positionnement;
- succion sur une suce ou un doigt.

Ressources supplémentaires :

Fiche complémentaire portant sur les soins du développement

- Soins du développement : fiche complémentaire à la Phase 2 : « Mise au sein »

Outils illustrant les signes d'intérêt du bébé avant la mise au sein :

- [Bébés à terme](#)
- [Bébés prématurés](#) (disponible seulement en anglais)

Outil illustrant les signes d'intérêt du bébé avant ou durant la mise au sein pour les bébés nés à terme ou prématurés. Cet outil est disponible sur demande. Pour l'obtenir, contactez l'unité des soins intensifs néonataux de l'Hôpital pour enfant de Montréal à l'adresse suivante : glenb06s@muhc.mcgill.ca.

2 POSITIONNEMENT ET PRISE DU SEIN

MESSAGE CLÉ

- Il est essentiel de soutenir la mère pour adopter une position et une prise au sein efficaces et confortables pour elle et son bébé, afin de stimuler sa production de lait et de s'assurer que le bébé reçoive suffisamment de lait¹¹.

2.1 DONNÉES PROBANTES

- La prise du sein peut être difficile pour les bébés prématurés ou malades. Il est nécessaire d'accompagner les mères et d'évaluer les mises au sein fréquemment jusqu'à ce que la prise du sein soit adéquate⁸.
- Des ajustements précoces à la position et à la prise du sein peuvent prévenir des problèmes d'allaitement.
- Un accompagnement et un soutien assidu permettent de renforcer les habiletés de la mère et son sentiment de confiance en elle-même¹¹.
- En tenant compte du fait que le bébé prématuré a un tonus faible ainsi qu'une tendance à suractiver ses muscles extenseurs, il est important d'offrir un positionnement adéquat au sein pour permettre une mise au sein efficace.
- Une position d'allaitement sécuritaire est nécessaire pour éviter les apnées positionnelles en raison de l'obstruction des voies respiratoires. Les positions d'allaitement qui entraînent une flexion excessive du cou ou du tronc sont à éviter^{15,16}.
- Le positionnement est aussi important car les bébés prématurés peuvent avoir de la difficulté à maintenir la prise du sein en raison d'une succion faible liée à l'absence de coussinets adipeux buccaux¹⁷ et à leur immaturité^{8,15}.

2.2 PRATIQUES ENTOURANT LE POSITIONNEMENT ET LA PRISE DU SEIN

Quand le bébé démontre des signes d'intérêt pour une mise au sein, il devrait être installé dans une position optimale au sein comme suit :

- La mère peut utiliser des coussins ou des oreillers pour s'installer confortablement.
- La mère et son bébé devraient être en contact peau à peau, le corps du bébé tourné vers le sein et bien tenu contre le corps de sa mère pour assurer sa stabilité.

- Les oreilles, les épaules et les hanches du bébé forment une ligne droite.
- La stimulation des points cardinaux aidera le bébé à ouvrir grand sa bouche.
- Le menton du bébé devrait toucher le sein, son nez être légèrement dégagé et placé près du mamelon de sa mère.
- La mère doit être en mesure de voir le visage de son bébé lors de la prise du sein afin de s'assurer que ses voies respiratoires sont dégagées et d'observer les signes de transfert du lait⁸. Elle doit aussi être en mesure d'observer la cage thoracique de son bébé pour s'assurer qu'il coordonne bien sa respiration pendant la tétée. Par conséquent, le bébé ne devrait pas être emmaillotté.

Il existe plusieurs positions pour allaiter un bébé. Les descriptions de certaines positions se retrouvent dans le [Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans](#) ainsi que dans le module 4 de la [Formation nationale en allaitement](#). Des vidéos sont aussi disponibles sur les sites de la Fondation Olo et le *Global Health Media* pour illustrer les différentes positions.

Fondation Olo

- [Prise du sein et déglutition](#)
- [Positions d'allaitement](#)
- [Prise du sein à optimiser en cas de douleur](#)

Global Health Media (multi-langues)

- <https://globalhealthmedia.org/videos/allaitement-des-petits-bebes/>
- <https://globalhealthmedia.org/videos/positions-dallaitement-au-sein-2/>
- <https://globalhealthmedia.org/videos/allaitement-maternel-et-la-bonne-prise-de-sein-2/>

À noter que la vidéo intitulée « Allaitement des petits bébés » sur le site Web de *Global Health Media* démontre ces positions pour des bébés prématurés ou de faible poids à la naissance.

3 ÉVALUATION DE LA MISE AU SEIN

MESSAGE CLÉ

- L'évaluation et la documentation des mises au sein d'un bébé permettent d'observer et de décrire la progression de l'allaitement directement au sein.

3.1 DONNÉES PROBANTES

La progression de la mise au sein peut être évaluée par l'observation de différents éléments. Plusieurs outils d'évaluation déjà publiés diffèrent dans ce qu'ils proposent d'observer¹⁸⁻²³.

3.2 PRINCIPES ENTOURANT L'ÉVALUATION DE LA MISE AU SEIN

- La progression vers l'allaitement directement au sein ne se fait pas toujours de façon linéaire; un bébé peut progresser et régresser pendant une certaine période.
- Un outil de documentation peut rendre l'évaluation des mises au sein plus uniforme d'une tétée à l'autre et d'un membre de l'équipe à l'autre.
- Si un bébé présente des difficultés durant les mises au sein, l'évaluation et la documentation de son progrès permettent une adaptation du plan d'allaitement en fonction de ses compétences.

3.3 PRATIQUES DE L'ÉVALUATION DE LA MISE AU SEIN

Chaque unité peut choisir d'utiliser un outil existant¹⁸⁻²³, une combinaison de différents outils ou encore en créer un qui correspond à sa population et son milieu de soins en tenant compte des données probantes.

Voici les éléments qui peuvent se retrouver dans un outil d'évaluation de la mise au sein :

- **Tout au long de la progression du bébé**
 - Positionnement de la mère et du bébé
 - Comportements du bébé
 - Stabilité physiologique / évènements indésirables
- **Lors de la mise au sein, avec ou sans transfert de lait**
 - Ouverture de la bouche avec stimulation des points cardinaux
 - Qualité de la prise du sein et tentatives de succion
 - Déglutition du bébé
- **Lors de la tétée (mise au sein avec transfert de lait)**
 - Coordination de la succion, de la déglutition et de la respiration lors du transfert de lait
 - État d'éveil / endurance

4 TRANSITION VERS L'ALLAITEMENT À LA SEMI-DEMANDE

MESSAGES CLÉS

- Lors de la progression vers l'allaitement à la semi-demande on permet au bébé de téter au sein sans systématiquement compléter par un gavage (ad lib) et sans horaire précis (à la demande).
- Cette transition requiert d'évaluer le transfert de lait afin de diminuer progressivement celle administrée par gavage.
- Lorsque le gavage représente 25 à 50 % ou moins de la quantité de lait prescrite par 24 heures, le bébé peut progresser vers des tétées à la semi-demande. Ce critère pourrait être individualisé selon le contexte clinique.

4.1 DONNÉES PROBANTES

Les deux méthodes les plus utilisées pour estimer et mesurer la quantité de lait transférée au sein présentent des avantages et des inconvénients, à savoir :

- La méthode des pesées pré et post-tétées estime le volume de lait transféré basé sur le changement du poids du bébé après avoir tété²⁴ :
 - offre la possibilité d'avoir une mesure plus précise de la quantité de lait transférée au sein²⁵⁻²⁸, ce qui permet de mieux ajuster la quantité de lait donnée par gavage⁸;
 - présente plusieurs possibilités d'erreurs, ce qui justifie la mise en place d'un protocole standardisé afin de minimiser le risque d'erreur technique;
 - favorise l'atteinte de l'allaitement exclusif²⁹ et l'obtention d'un congé à un âge post-menstruel plus précoce³⁰;
 - peut être enseignée aux parents;
 - augmente le sentiment de confiance des mères en leur allaitement³¹.

- La méthode d'estimation permet l'évaluation du volume du lait transféré en considérant des indicateurs cliniques observés pendant la tétée :
 - est plus adaptée en préparation pour le congé du bébé;
 - est peu fiable^{32,33};
 - ne nécessite aucun équipement.
- Les deux méthodes pour évaluer le transfert de lait peuvent être complémentaires. Si dans un premier temps les pesées pré- et post-tétées sont utilisées, il est possible d'envisager une progression graduelle vers la méthode d'estimation avec des tétées à la semi-demande.
- Le choix de la méthode pourrait être guidé par les préférences des parents, l'évolution des compétences du bébé et l'efficacité du transfert du lait, tout en tenant compte des ressources disponibles dans le milieu.
- Le maintien de la sonde nasogastrique jusqu'à l'atteinte de l'alimentation orale complète chez les bébés prématurés n'est pas associé à des avantages cliniques et peut amener des complications³⁴. Toutefois, le moment optimal pour l'arrêt de l'alimentation par gavage n'est pas établi et il en résulte une variation dans la pratique.

4.2 PRATIQUES ENTOURANT LA TRANSITION VERS L'ALLAITEMENT À LA SEMI-DEMANDE

Le bébé alimenté par gavage doit recevoir une certaine quantité de lait par jour, déterminée par prescription.

Lorsque le bébé commence à téter au sein, les méthodes décrites ci-dessous servent à connaître approximativement la quantité de lait transférée au sein, en millilitres, pendant une tétée.

Lorsque le gavage représente 25 à 50 % ou moins de la quantité de lait prescrite par 24 heures, le bébé peut progresser vers des tétées à la semi-demande. Ces pourcentages sont plus conservateurs que ceux proposés dans les protocoles répertoriés^{10,34-37} et pourraient être individualisés selon le contexte clinique.

4.2.1 Méthode de la pesée pré- et post-tétées

- Cette méthode n'est pas appropriée lors d'une mise au sein sans transfert de lait observable ou lorsque la production du lait n'est pas bien établie.
- Utiliser un pèse-bébé qui mesure le poids avec une précision de 5 grammes (g) ou moins.
- S'assurer que le pèse-bébé est calibré en fonction des recommandations du fabricant.
- Lorsque les tétées sont peu fréquentes, il est possible de faire la pesée pré- et post-tétée à chaque fois. Il est suggéré de considérer d'en diminuer la fréquence lorsque les tétées surviennent plusieurs fois par jour³⁸.
- Pour assurer la validité des mesures, il est important d'avoir un protocole qui décrit en détail la méthode³⁹.

Voici les étapes à suivre :

- Pesée pré-tétée :
 - Mettre la tare du pèse-bébé à « zéro ».
 - Enlever les vêtements du bébé sauf la couche.
 - Emmailloter le bébé pour la pesée afin de minimiser ses mouvements²⁵ ou le peser en position physiologique latérale est plus facile à maintenir.
 - Débrancher les fils de moniteur et suspendre l'alarme durant la pesée.
 - Placer le bébé emmailloté sur le pèse-bébé avec sa couche et les fils du moniteur débranchés. Les fils devraient être emmaillotés dans la couverture.

- Suspendre au-dessus du bébé, sans tension, les tubes de soluté et d'oxygène. Éviter que les tubes reposent sur les rebords du plateau du pèse-bébé.
- Faire la lecture du poids et la noter.
- Noter le volume perfusé sur la pompe intraveineuse avant la mise au sein pour pouvoir évaluer la quantité de soluté reçu pendant celle-ci.
- Mise au sein entre les deux pesées :
 - Enlever la couverture si utilisée pour emmailloter le bébé.
 - Brancher les fils du moniteur,
 - Ne pas changer la couche.
 - Mettre le bébé au sein.
 - Offrir du soutien au besoin.
- Pesée post-tétée :
 - Répéter les étapes de la pesée pré-tétée en conservant la même couche et la même couverture pour emmailloter le bébé.
- Évaluation de la quantité de lait reçue par le bébé :
 - Calculer la différence de poids en g = Poids post-tétée – Poids pré-tétée.
 - Si le bébé a reçu des solutés, du lait par gavage, un médicament ou autre, soustraire la quantité de liquide en millilitres (mL) du volume reçu pour obtenir ainsi le volume du lait transféré pendant la tétée.
 - Convertir la différence de poids en g en volume reçu en mL (1 g pour 1 mL), c'est-à-dire la différence de poids en g est égale au volume en mL.
 - Noter au dossier le volume de lait transféré.
- Utiliser ce volume de lait transféré pour adapter le plan d'alimentation :
 - Au besoin, compléter au moyen d'un gavage avec le volume d'alimentation requis pour atteindre celui prescrit.

4.2.2 Méthode d'estimation

- Les outils pour évaluer les indicateurs peuvent varier selon l'unité néonatale et l'expérience clinique des membres de l'équipe de soins. Des auteurs proposent des tableaux à cet effet³².
- Les indicateurs à surveiller (liste non exhaustive) :
 - gain de poids quotidien ou encore rapporté sur une courbe de croissance appropriée^{40,41};
 - production de lait, réflexe d'éjection et écoulement du lait;
 - fréquence et durée des tétées;
 - efficacité de la tétée en évaluant la prise du sein et la déglutition;
 - éveil du bébé;
 - signes de faim post tétée;
 - assouplissement du sein post tétée;
 - nombre de selles et d'urine par 24 heures.
- Le volume de gavage qui est offert à chaque tétée est basé sur une estimation en fonction des indicateurs cliniques et en fonction des variations quotidiennes du poids. La pesée est idéalement effectuée à la même heure⁴².

BIBLIOGRAPHIE

1. Martel, M.-J. *Bébé arrive*. Éditions du CHU Sainte-Justine, ed. Montréal, Québec; 2023.
2. 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.
3. 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.
4. 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)
5. 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.
6. 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.
7. McCormick, F. M., Tosh, K., McGuire, W. Ad libitum or demand/semi-demand feeding versus scheduled interval feeding for preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2010(2):CD005255.
8. 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)
9. Puckett, B., Grover, V. K., Holt, T., Sankaran, K. Cue-based feeding for preterm infants: a prospective trial. *American journal of perinatology* 2008;623-8.
10. 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.
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. Mohrbacher, N. *Breastfeeding answers pocket guide*. Arlington Heights, Illinois: Nancy Mohrbacher Solutions Inc.; 2021.
13. Shaker, C. S. Cue-based feeding in the NICU: using the infant's communication as a guide. *Neonatal Netw* 2013;32(6):404-8.
14. Newland, L., L'Huillier M, W., Petrey, B. Implementation of cue-based feeding in a level III NICU. *Neonatal Netw* 2013;32(2):132-7.
15. Hetzel Campbell, S., Haiek, L. N., Coutts, S. Breastfeeding and the Preterm Infant. In *Lactation Education Accreditation and Approval Review Committee (LEAARC)*; Spencer B, Hetzel Campbell SH, Chamberlain K (Eds.), *Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation*

- Care (Second ed.) (pp. 279-301). Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2022.
16. Walker, M. Breastfeeding the late preterm infant. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37(6):692-701.
 17. Nyqvist, K. H. Breastfeeding preterm infants. In *Supporting sucking skills in breastfeeding infants*; Watson Genna, C (Ed)(pp. 153-180). Burlington: Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2008.
 18. Nyqvist, K. H., Rubertsson, C., Ewald, U., Sjoden, P. O. Development of the Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale (PIBBS): a study of nurse-mother agreement. *J Hum Lact* 1996;12(3):207-19.
 19. Petit, I., Grattepanche, C. Accompagner la progression du bébé prématuré au sein grâce à la « fleur de lait ». *Soins Pédiatrie/Puériculture* 2012;33:44-6.
 20. Wellington, A., Perlman, J. M. Infant-driven feeding in premature infants: a quality improvement project. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2015;100(6):F495-500.
 21. Jensen, D., Wallace, S., Kelsay, P. LATCH:A Breastfeeding charting system and documentation Tool. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 1994;23(1):27-32.
 22. Altuntas, N., Kocak, M., Akkurt, S., Razi, H. C., Kislal, M. F. LATCH scores and milk intake in preterm and term infants: a prospective comparative study. *Breastfeed Med* 2015;10(2):96-101.
 23. Charpentier-Demers, A. Grille d'observation des compétences orales du nouveau-né (Disponible sur demande). Montréal, Québec: Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine; 2016.
 24. 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>.
 25. Haase, B., Barreira, J., Murphy, P. K., Mueller, M., Rhodes, J. The development of an accurate test weighing technique for preterm and high-risk hospitalized infants. *Breastfeed Med* 2009;4(3):151-6.
 26. Meier, P. P., Lysakowski, T. Y., Engstrom, J. L., Kavanaugh, K. L., Mangurten, H. H. The accuracy of test weighing for preterm infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1990;10(1):62-5.
 27. Scanlon, K. S., Alexander, M. P., Serdula, M. K., Davis, M. K., Bowman, B. A. Assessment of infant feeding: the validity of measuring milk intake. *Nutr Rev* 2002;60(8):235-51.
 28. Rankin, M. W., Jimenez, E. Y., Caraco, M., Collinson, M., Lostetter, L., DuPont, T. L. Validation of Test Weighing Protocol to Estimate Enteral Feeding Volumes in Preterm Infants. *J Pediatr* 2016;178:108-12.
 29. Maastrup, R., Hansen, B. M., Kronborg, H., Bojesen, S. N., Hallum, K., Frandsen, A., Kyhnaeb, A., Svarer, I., Hallstrom, I. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. *PLoS One* 2014;9(2):e89077.
 30. Funkquist, E. L., Tuvemo, T., Jonsson, B., Serenius, F., Nyqvist, K. H. Influence of test weighing before/after nursing on breastfeeding in preterm infants. *Adv Neonatal Care* 2010;10(1):33-9.

31. Gregory, C. Use of test weights for breastfeeding infants with congenital heart disease in a cardiac transitional care unit: a best practice implementation project. JBI Database System Rev Implement Rep 2018;16(11):2224-45.
32. Meier, P. P., Engstrom, J. L., Fleming, B. A., Streeter, P. L., Lawrence, P. B. Estimating milk intake of hospitalized preterm infants who breastfeed. J Hum Lact 1996;12(1):21-6.
33. Perrella, S. L., Nancarrow, K., Rea, A., Murray, K., Geddes, D. T., Simmer, K. N. Estimates of Preterm Infants' Breastfeeding Transfer Volumes Are Not Reliably Accurate. Adv Neonatal Care 2020;20(5):E93-e9.
34. Viswanathan, S., Jadcherla, S. Transitioning from gavage to full oral feeds in premature infants: When should we discontinue the nasogastric tube? J Perinatol 2019;39(9):1257-62.
35. White, A., Parnell, K. The transition from tube to full oral feeding (breast or bottle) – A cue-based developmental approach. Journal of Neonatal Nursing 2013;19(4):189-97.
36. Kirk, A. T., Alder, S. C., King, J. D. Cue-based oral feeding clinical pathway results in earlier attainment of full oral feeding in premature infants. J Perinatol 2007;27(9):572-8.
37. IWK Health. Cue-Based Feeding. https://policy.nshealth.ca/site_published/iwk/document_render.aspx?documentRender.IdType=6&documentRender.GenericField=&documentRender.Id=71148 (Consulté le 7 novembre 2025)
38. Boies, E. G., Vaucher, Y. E. ABM Clinical Protocol #10: Breastfeeding the Late Preterm (34-36 6/7 Weeks of Gestation) and Early Term Infants (37-38 6/7 Weeks of Gestation), Second Revision 2016. Breastfeed Med 2016;11:494-500.
39. Kinoshita, M., White, M. J., Doolan, A. Test Weight Validation In Preterm Infants. Breastfeeding Medicine 2024;20(4):238-43.
40. Les diététistes du Canada. Les courbes de croissance de l'OMS. [https://www.dietitians.ca/Advocacy/Interprofessional-Collaborations-\(1\)/WHO-Growth-Charts?lang=fr-CA](https://www.dietitians.ca/Advocacy/Interprofessional-Collaborations-(1)/WHO-Growth-Charts?lang=fr-CA) (Consulté le 7 novembre 2025)
41. University of Calgary. Fenton Preterm Growth Charts. <https://ucalgary.ca/resource/preterm-growth-chart/preterm-growth-chart> (Consulté le 7 novembre 2025)
42. Ericson, J., Flacking, R. Estimated breastfeeding to support breastfeeding in the neonatal intensive care unit. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2013;42(1):29-37.

