

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

Fiche sur la phase 3 : « Allaitement à la
demande et planification du congé »

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 : 978-2-555-02662-9 (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

TABLE DES MATIÈRES

1 PROGRESSION VERS L'ALLAITEMENT À LA DEMANDE	1
1.1 Données probantes.....	1
1.2 Pratiques entourant la progression vers l'allaitement à la demande	1
1.2.1 Pratiques pendant la période d'allaitement à la semi-demande	1
1.2.2 Critères pour la transition vers l'allaitement à la demande directement au sein	2
1.2.3 Pratiques pendant la période d'allaitement à la demande directement au sein	2
1.2.4 Informations à transmettre aux parents.....	3
2 PLANIFICATION DU CONGÉ.....	3
2.1 Données probantes	3
2.2 Pratiques entourant la planification du congé.....	4
2.2.1 Planification de l'allaitement au congé	4
2.2.2 Informations à transmettre aux parents au congé	4
2.2.3 Pratiques	4
2.2.4 Suivi après le congé	5

1 PROGRESSION VERS L'ALLAITEMENT À LA DEMANDE

MESSAGE CLÉ

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

1.1 DONNÉES PROBANTES

À mesure que le bébé gagne en maturité ou se rétablit d'une condition médicale, la transition vers l'alimentation directement au sein peut être facilitée par une stratégie d'allaitement à la demande, c'est-à-dire basée sur les signes du bébé¹⁻⁴.

Lorsque le tube de gavage est retiré, mais que le bébé requiert du lait maternel fortifié, la fréquence et le moyen d'administration devraient être planifiés pour, d'une part, favoriser la croissance optimale du bébé et, d'autre part, interférer le moins possible avec la progression vers un allaitement à la demande.

1.2 PRATIQUES ENTOURANT LA PROGRESSION VERS L'ALLAITEMENT À LA DEMANDE

Lorsque les parents ont comme objectif que leur bébé soit allaité exclusivement au sein, il faut individualiser le plan d'alimentation pour les aider à y parvenir. Le plan devrait soutenir la transition des tétées à heures fixes vers des tétées sans restriction sur le plan de la fréquence, de l'intervalle, de la durée, ou de la quantité de lait transféré.

1.2.1 Pratiques pendant la période d'allaitement à la semi-demande

- S'assurer que le protocole d'alimentation inclut une flexibilité dans l'horaire des gavages. Plutôt que d'administrer un gavage systématiquement après chaque tétée, on peut ajuster la fréquence et la quantité de lait à administrer par gavage en tenant compte des signes que le bébé est prêt à téter et de son comportement. Par exemple :
 - si au cours d'une tétée, on observe un transfert de lait efficace et soutenu, on pourrait retarder l'administration du gavage à la prochaine tétée et ensuite décider de l'administrer ou non. Dans ce cas précis, il est aussi important de ne pas imposer un intervalle fixe (par exemple, de 3 heures) entre la tétée en cours et la prochaine;
 - si le bébé se réveille une heure plus tôt et démontre des signes qu'il est prêt à téter, on pourrait devancer la prochaine mise au sein.
- Il faudrait recourir au gavage si, après une période prolongée de sommeil et malgré une stimulation, le bébé ne se réveille pas pour téter, ne transfère pas de lait ou s'il le fait de façon insuffisante s'il est placé au sein.
- Pendant que le bébé reçoit encore des gavages et que la fortification de lait est nécessaire, il est préférable d'administrer le fortifiant au moment du gavage.
- Si utilisée, la pesée pré- et post-tétée pourrait être suspendue voir cessée afin de laisser les parents développer leurs compétences à évaluer le transfert de lait. Cela facilite la mise en œuvre du plan d'alimentation pour le congé qui, pour la plupart des bébés, se fera sans sonde de gavage.

1.2.2 Critères pour la transition vers l'allaitement à la demande directement au sein

- Le bébé devrait avoir une croissance acceptable, suivie à l'aide d'outils appropriés^{5,6}. Lorsque le gain de poids quotidien est utilisé pour évaluer la croissance, il pourrait être basé sur la moyenne de 3 à 7 jours (selon le cas et les protocoles en vigueur).
- Le gavage n'a pas été nécessaire pendant 24 heures.

1.2.3 Pratiques pendant la période d'allaitement à la demande directement au sein

- Retirer le tube de gavage, si encore en place.
- Offrir le sein chaque fois que le bébé montre qu'il est prêt à téter, sans suivre un horaire précis (*à la demande*) et le laisser déterminer la quantité de lait (*ad lib*).
- Viser au moins 8 tétées par 24 heures.
- Lorsque le bébé a besoin de préparation commerciale pour nourrisson (PCN) en présence d'une production de lait insuffisante pour répondre à ses besoins nutritionnels, revoir avec la mère ses objectifs et sa motivation, réviser avec elle les moyens pour augmenter sa production et évaluer la pertinence de prescrire des galactagogues^{7,8}.
- Planifier la réduction du volume de PCN au fur et à mesure que la production de lait augmente, en tenant compte de l'augmentation moyenne de l'ingestion physiologique par le bébé^{2,8-10}.
- Lorsque le bébé a besoin de recevoir du lait fortifié, protéger la progression vers l'allaitement à la demande directement au sein en portant attention aux volumes administrés :
- Une prescription de fortifiants un peu plus concentrée pourrait être envisagée afin de diminuer la quantité de lait maternel fortifié donnée et permettre un plus grand nombre de tétées par 24 heures. Cette stratégie est déjà utilisée pour administrer plus de calories dans les cas de retard de croissance. Des exemples de fortification plus, voire très concentrée, appelée « super fortification », utilisés dans d'autres pays ont été publiés^{11,12}.
- Il est suggéré de choisir la méthode d'administration des PCN et des fortifiants en fonction du volume prescrit, de la fréquence d'administration et des préférences des parents. Une discussion sur les avantages et les inconvénients de chaque méthode devrait avoir lieu avec eux pour guider la décision quant à la ou aux méthodes à privilégier. L'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF ont publié un tableau détaillé à cette fin². Par exemple :
 - si la fréquence est basse et que les volumes à administrer sont faibles, les parents pourraient privilégier l'administration avec une tasse;
 - si leur préférence est d'avoir toutes les alimentations au sein, présenter aux parents l'option d'utiliser un dispositif d'aide à l'allaitement (DAL)^{2,13} qui aurait le bénéfice de stimuler la production de lait en plus de favoriser l'allaitement au sein. Dans ce cas, il faut rester vigilant afin de s'assurer que le débit ajouté par le DAL est bien géré par le bébé, et l'adapter au besoin en modifiant sa hauteur ;
 - si la fréquence est élevée, que les volumes à administrer sont élevés et que la fortification est prévue pour une longue période, ou encore si les parents optent pour un allaitement mixte, un biberon pourrait être la meilleure option². Dans ces situations, il est essentiel d'enseigner comment utiliser un biberon de manière optimale (techniques de *pacing*, utilisation d'un biberon à faible débit, etc.).
- Les parents devraient être informés de l'utilisation sécuritaire des méthodes retenues. Notons que l'utilisation de la seringue comporte plus de risques d'aspiration, car le débit est contrôlé par le parent tandis que dans le cas du DAL, le débit est généralement contrôlé par le bébé.
- Il est important de considérer le sevrage des PCN et des fortifiants au cours du séjour à l'unité lorsqu'ils ne sont plus nécessaires⁸.

1.2.4 Informations à transmettre aux parents

- La réussite de la progression de l'alimentation par gavage vers un allaitement directement au sein dépend non seulement de l'établissement d'une bonne production lactée, mais aussi des occasions que le bébé a de téter au sein².
- Le sein doit continuer à être offert chaque fois que le bébé montre qu'il est prêt à téter, sans restriction.
- L'utilisation de la suce pourrait masquer les signes que le bébé est prêt à téter¹⁴.
- La présence de la mère à l'unité devient d'autant plus essentielle pour atteindre l'objectif d'allaiter directement au sein. Également, une bonne communication avec l'équipe est primordiale afin d'éviter que le bébé soit nourri juste avant l'arrivée de sa mère².
- L'allaitement directement au sein comporte de nombreux avantages. Par exemple, une fois bien établi, il s'agit de la technique d'alimentation la plus simple, la moins coûteuse et la plus écologique¹⁵⁻²⁰.
- L'allaitement directement au sein est associé à une plus longue durée d'allaitement maternel comparativement à l'alimentation avec du lait maternel exprimé exclusivement²¹.

2 PLANIFICATION DU CONGÉ

MESSAGES CLÉS

- Élaborer un plan individualisé afin d'atteindre ou de maintenir un allaitement exclusif directement au sein, si c'est toujours l'objectif des parents. Le plan comprend le sevrage des PCN et des fortifiants, s'il y a lieu.
- Les services offerts après le congé dans l'établissement et dans la communauté sont particulièrement importants au cours de la période critique du premier mois après le congé².

2.1 DONNÉES PROBANTES

La planification en vue du congé devrait commencer dès l'admission à l'unité néonatale⁷ :

- La présence de la famille pendant le séjour du bébé doit être encouragée^{2,22}. La participation de la famille aux soins pourra favoriser sa confiance et contribuer à garantir un environnement sécuritaire une fois de retour à la maison⁷.
- Lorsque le lait doit être fortifié à la maison, cela ajoute une complexité dans l'alimentation du bébé. Notons que ce sont les PCN qui sont utilisées, car les fortifiants commerciaux ne sont pas en vente dans les pharmacies. Ainsi, la mère doit exprimer son lait, le mélanger avec la bonne concentration de PCN et l'administrer au biberon ou autrement (par exemple, avec un DAL).
- Tel que suggéré pour la fortification à l'unité néonatale, le lait maternel pourrait être fortifié avec une concentration de PCN plus élevée¹³.

2.2 PRATIQUES ENTOURANT LA PLANIFICATION DU CONGÉ

2.2.1 Planification de l'allaitement au congé

- Réévaluer les objectifs des parents en regard de la progression de l'allaitement directement au sein en préparation du congé de leur bébé.
- Individualiser les plans au congé^{8,23,24}, éviter les plans comple.2xes qui peuvent représenter un défi pour les familles et prévoir le sevrage des PCN et des fortifiants, s'il y a lieu.
- Favoriser la présence de la mère à l'unité pour au moins les derniers 24 heures avant le congé à la maison^{8,13}.

2.2.2 Informations à transmettre aux parents au congé

Certaines informations transmises aux familles de bébés à terme et en santé disponibles dans le Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans ([Nourrir bébé au sein](#)) sont tout aussi pertinentes pour les familles de bébés prématurés ou malades. Il est toutefois nécessaire d'individualiser^{8,23,24} l'enseignement et le soutien offerts à ces familles.

Des informations spécifiques pour soutenir la progression ou le maintien de l'allaitement directement au sein doivent également être fournies, soit² :

- le besoin de suivre la croissance du bébé. Plus spécifiquement, le gain pondéral peut être évalué par la moyenne de gain de poids quotidien²⁵ ou des courbes de croissance appropriées^{5,6};
- la manière d'ajuster l'expression du lait au fur et à mesure que l'allaitement directement au sein augmente;
- la façon de fortifier le lait selon la prescription remise au congé;
- si la progression vers un allaitement exclusif directement au sein est toujours l'objectif des parents, prévoir un plan pour le sevrage éventuel des PCN et des fortifiants⁷ tout en tenant compte des besoins nutritionnels du bébé;
- revoir avec les parents les différentes méthodes disponibles pour administrer les PCN et les fortifiants selon les situations présentées précédemment;
- la nécessité de réviser le plan élaboré au congé en fonction de l'évolution de différents paramètres suivis, notamment, le comportement et la croissance du bébé, la production du lait, etc.;
- les ressources et services offerts dans la communauté. Une consultation avec la clinique de suivi post-natal de l'hôpital, un service spécialisé en allaitement ou une nutritionniste du CLSC est recommandée lorsque le bébé reçoit des fortifiants.

2.2.3 Pratiques

S'assurer que toute demande de services inter-établissements contient de l'information détaillée sur les différents aspects requérant un suivi rapproché pour, par exemple, le contrôle des mesures anthropométriques du bébé, l'ajustement de la supplémentation avec PCN ou fortifiants, le besoin de soutien dans la progression vers un allaitement exclusif ou directement au sein, s'il y a lieu.

Lorsque les fortifiants du lait maternel sont encore nécessaires au moment du congé de l'unité, il est important que la prescription soit individualisée en tenant compte des besoins caloriques du bébé, du bilan phosphocalcique et des objectifs et préférences des parents :

- Pour les parents qui souhaitent continuer à progresser vers un allaitement directement au sein, considérer une prescription de lait maternel fortifié plus concentré (par exemple, 88, 94 ou même 100 kcal/100 ml) afin de réduire le volume de lait fortifié nécessaire et ainsi

permettre un plus grand nombre de tétées par 24 heures, tout en optimisant les apports nutritionnels et le gain pondéral.

- Prévoir un plan d'augmentation ou de diminution, jusqu'au sevrage complet, du volume de lait fortifié selon le gain pondéral et le bilan phosphocalcique, si indiqué.

2.2.4 Suivi après le congé

Coordonner les services de l'établissement entre eux (ex : nutrition, suivi clinique néonatal, clinique d'allaitement) et avec les services offerts dans la communauté (ex : nutritionniste, clinique d'allaitement ou clinique du nourrisson du CLSC, médecin de famille, pédiatre et groupe d'entraide). Le suivi et l'orientation, en temps opportun, vers les ressources de soutien en allaitement sont importants^{7,8,23}, particulièrement au cours de la période critique du premier mois après le congé².

BIBLIOGRAPHIE

1. 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:CD005255.
2. 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)
3. Puckett, B., Grover, V. K., Holt, T., Sankaran, K. Cue-based feeding for preterm infants: a prospective trial. Am J Perinatol 2008;25:623-8.
4. Watson, J., McGuire, W. Responsive versus scheduled feeding for preterm infants. Cochrane Database Syst Rev 2016;2016:CD005255.
5. University of Calgary. Fenton Preterm Growth Charts. <https://ucalgary.ca/resource/preterm-growth-chart/preterm-growth-chart> (Consulté le 7 novembre 2025)
6. 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)
7. 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;27:130. Disponible aussi @ <https://cps.ca/fr/documents/position/la-planification-du-conge-du-nouveau-ne-premature>.
8. 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;28:518-26. Disponible aussi @ <https://cps.ca/fr/documents/position/lallaitement-et-le-lait-humain-en-soins-intensifs-neonataux-de-la-naissance-jusquau-conge>.
9. 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, MA: Jones & Bartlett Learning. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2022.
10. Kellams, A., Harrel, C., Omege, S., Gregory, C., Rosen-Carole, C. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017. Breastfeed Med 2017;12:188-98.
11. Thatrimontrichai, A., Janjindamai, W. Safety of superfortification of human milk for preterm. Asian Biomedicine. 5. 825-830. . Asian Biomedicine 2011;5:825-30.
12. Zachariassen, G., Faerk, J., Grytter, C., Esberg, B. H., Hjelmberg, J., Mortensen, S., Thybo Christesen, H., Halken, S. Nutrient enrichment of mother's milk and growth of very preterm infants after hospital discharge. Pediatrics 2011;127:e995-e1003.
13. Noble, L. M., Okogbule-Wonodi, A. C., Young, M. A. ABM Clinical Protocol #12: Transitioning the Breastfeeding Preterm Infant from the Neonatal Intensive Care Unit to Home, Revised 2018. Breastfeed Med 2018;13:230-6.
14. 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)

15. 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;387:491-504.
16. Rollins, N., Piwoz, E., Baker, P., Kingston, G., Mabaso, K. M., McCoy, D., Ribeiro Neves, P. A., Perez-Escamilla, R., Richter, L., Russ, K., Sen, G., Tomori, C., Victora, C. G., Zambrano, P., Hastings, G., Lancet Breastfeeding Series, G. Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science, and policy. Lancet 2023;401:486-502.
17. Beaudry, M., Bustinza, R., Michaud-Letourneau, I. Alimentation infantile et changements climatiques : une opportunité prometteuse. Can J Public Health 2024;115:477-81.
18. Onah, N. M., Hoy, S., Slofstra, K. The costs of suboptimal breastfeeding in Ontario, Canada, and potential healthcare resource impacts from improving rates: a pediatric health system costing analysis. Int Breastfeed J 2025;20:9.
19. Alima – Centre de nutrition sociale périnatale. Rapport 2023-2024 sur le coût du Panier à provisions nutritif et économique de Montréal. Montréal, Québec: Alima; 2024. Alima. <https://centrealima.ca/fr/ressources/parents/bien-manger-a-petit-prix/economies-au-quotidien/le-rapport-2022-2023-sur-le-cout-du-panier-a-provisions-nutritif-et-economique-de-montreal-est-maintenant-disponible> (Consulté le 7 novembre 2025)
20. Cadwell, K., Blair, A., Turner-Maffei, C., Gabel, M., Brimdyr, K. Powdered Baby Formula Sold in North America: Assessing the Environmental Impact. Breastfeed Med 2020;15:671-9.
21. 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;12:422-9.
22. 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)
23. Henderson, L., Church, P. T., Banihani, R., Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né de la Société canadienne de pédiatrie. Le suivi de l'extrême prématuré après le congé des soins intensifs néonataux. Paediatr Child Health 2022;27:359-71. Disponible aussi @ <https://cps.ca/fr/documents/position/le-suivi-de-lextreme-premature>.
24. Taylor, S. N., Martin, C. R. Evidence-based Discharge Nutrition to Optimize Preterm Infant Outcomes. Neoreviews 2022;23:e108-e16.
25. 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)

