

Lignes directrices sur l'alimentation infantile à l'intention des fournisseurs de soins de santé primaires

Si un enfant fait l'objet d'un indicateur d'alerte, un examen plus approfondi est recommandé. Demander au client de consulter un(e) diététiste professionnel(le) (Dt.P.) pour évaluer l'alimentation et, si nécessaire, faire le suivi.

Âge	Étapes du développement reliées à l'alimentation	Lignes directrices	Indicateurs d'alerte										
De la naissance à 6 mois Note : Les étapes du développement et les lignes directrices concernant les bébés nés avant terme sont fondées sur l'âge corrigé ¹	De la naissance à 2 mois <ul style="list-style-type: none"> Démontre des signes de faim tels que : plus agité, fait des mouvements de la bouche, cherche ou tourne la tête vers le sein. Les pleurs sont un signe tardif de la faim² Ouvre grand la bouche quand le mamelon touche les lèvres³ À 2 mois, boit aux 2 à 4 heures pendant la journée⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> Allaiter au sein exclusivement pendant 6 mois^{5,6} Voir la partie <i>Préparation lactée pour nourrissons</i> à la page 6 si le bébé reçoit de la préparation de lait Nourrir selon les indices de faim du bébé² Ne pas donner d'eau supplémentaire à moins d'indication médicale³ Ne pas donner de jus ou d'autres liquides³ Éviter de donner du miel (y compris le miel pasteurisé), parce qu'il peut causer le botulisme infantile⁷ À 6 mois, introduire des aliments solides^{6,8} Donner des suppléments de vitamine D tel qu'indiqué au tableau pour un nourrisson allaité ou un nourrisson allaité en partie: <table border="1" data-bbox="779 854 1419 1166"> <thead> <tr> <th>Si le bébé reçoit</th> <th>Quantité quotidienne de supplément de vitamine D à donner au bébé</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Du lait maternel seulement</td> <td>400 UI</td> </tr> <tr> <td>Moins de 500 mL (16 oz) de préparation lactée</td> <td>400 UI</td> </tr> <tr> <td>De 500 à 1000 mL (16-32 oz) de préparation lactée</td> <td>200 UI par jour OU 400 UI aux 2 jours</td> </tr> <tr> <td>Plus de 1000 mL (32 oz) de préparation lactée</td> <td>Aucun supplément de vitamine D requis</td> </tr> </tbody> </table>	Si le bébé reçoit	Quantité quotidienne de supplément de vitamine D à donner au bébé	Du lait maternel seulement	400 UI	Moins de 500 mL (16 oz) de préparation lactée	400 UI	De 500 à 1000 mL (16-32 oz) de préparation lactée	200 UI par jour OU 400 UI aux 2 jours	Plus de 1000 mL (32 oz) de préparation lactée	Aucun supplément de vitamine D requis	<ul style="list-style-type: none"> Après l'âge de 5 jours, a moins de 6 couches mouillées par jour² Au cours des 2 premières semaines, perd plus de 10 % de son poids de naissance² À 2 semaines, n'a pas repris son poids de naissance ou ne prend pas 20 g ou plus par jour² Mesures de croissance sérielles à surveiller : moins du 3^e ou plus du 85^e percentile OU qui augmentent ou diminuent de façon marquée, ou aucun changement dans la courbe de croissance de l'OMS pour le Canada¹¹ N'est pas nourri selon les indices de faim du bébé² La préparation lactée pour nourrissons n'est pas préparée et conservée de façon appropriée. Voir la partie <i>Préparation lactée pour nourrissons</i> à la page 6 Reçoit du lait de vache ou de la préparation de lait maison⁵ Reçoit de l'eau, du jus ou autres liquides³ Reçoit des céréales pour bébés ou des aliments en purée avant 4 mois^{6,12} Reçoit des céréales pour bébés ou des aliments en purée dans un biberon⁵ Reçoit un biberon soutenu par un coussin^{5,13} Reçoit du miel⁷ Bébé allaité ou bébé allaité en partie buvant moins de 1000 mL (32 oz) de préparation lactée qui ne reçoit pas de supplément de vitamine D⁵
	Si le bébé reçoit		Quantité quotidienne de supplément de vitamine D à donner au bébé										
	Du lait maternel seulement		400 UI										
Moins de 500 mL (16 oz) de préparation lactée	400 UI												
De 500 à 1000 mL (16-32 oz) de préparation lactée	200 UI par jour OU 400 UI aux 2 jours												
Plus de 1000 mL (32 oz) de préparation lactée	Aucun supplément de vitamine D requis												
À 4 mois <ul style="list-style-type: none"> Finit chaque tétée en 45 minutes⁴ Se tient la tête droite avec un soutien en position assise⁴ 													
À 6 mois <ul style="list-style-type: none"> Force de succion accrue³ Porte les doigts à la bouche³ S'assoit avec un soutien⁴ 													

Lignes directrices sur l'alimentation infantile à l'intention des fournisseurs de soins de santé primaires

Si un enfant fait l'objet d'un indicateur d'alerte, un examen plus approfondi est recommandé. Référer le client vers un diététiste professionnel (Dt.P.) aux fins d'évaluation de l'alimentation et de suivi continu peut être indiqué.

Âge	Étapes du développement reliées à l'alimentation	Lignes directrices	Indicateurs d'alerte
<p>De 6 à 9 mois</p> <p>Note : Les étapes du développement et les lignes directrices concernant les bébés nés avant terme sont fondées sur l'âge corrigé¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vers l'âge de 6 mois, est prêt aux points de vue physiologique et développemental à faire l'essai d'aliments solides⁵ ▪ S'assoit avec un soutien minimal² ▪ Fait des mouvements verticaux de la mâchoire et des mouvements de tétée avec la langue en mâchant les aliments¹⁴ ▪ Sort la langue à l'occasion lorsqu'il commence à manger des solides. Ce comportement diminue avec l'expérience¹⁴ ▪ Peut encore avoir un réflexe nauséux qui nuit à l'ingestion de solides jusqu'au moment où l'emplacement du bol alimentaire semi-liquide recule à l'arrière de la langue (habituellement entre 3 et 7 mois)² ▪ Indique qu'il veut manger en ouvrant la bouche ou en se penchant en avant, et qu'il n'a plus faim en fermant la bouche ou en détournant la tête². Voir la partie <i>Relation parent-enfant lors de l'alimentation</i> à la page 7 ▪ Commence à s'alimenter seul en tenant de petits morceaux d'aliments entre le pouce et l'index² 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuer à allaiter^{2,5} ▪ Voir la partie <i>Préparation lactée pour nourrissons</i> à la page 6 si l'enfant reçoit de la préparation de lait ▪ Nourrir selon les indices de faim du bébé² ▪ À 6 mois, introduire des aliments riches en fer (p. ex. céréales pour bébés enrichies de fer, viande, haricots, tofu). Note : la viande fournit une forme de fer et de zinc facilement absorbés par le corps.⁵ ▪ Commencer à introduire une variété de légumes, de fruits, de céréales et de produits laitiers (autres que le lait liquide), dans n'importe quel ordre¹² ▪ Des aliments très allergènes (p. ex. œufs entiers, produits laitiers, poisson et arachides) peuvent être introduits après 6 mois, même si la famille présente des antécédents d'allergie¹² ▪ Introduire chaque nouvel aliment de 3 à 5 jours consécutifs avant d'en introduire un autre, pour aider à identifier les allergies alimentaires possibles² ▪ Offrir des aliments solides 2 ou 3 fois par jour¹⁵ ▪ Allaiter avant de donner des solides, pour maintenir la production de lait et assurer que le lait maternel demeure la principale source d'énergie et nutriments¹⁵ ▪ Lait maternel, préparation lactée, eau et jus de fruit pur à 100 % sont les seules boissons acceptables⁵ ▪ Si l'on donne du jus, ne pas en offrir plus de 60 à 125 mL (2 à 4 oz)³ ▪ Offrir régulièrement les boissons dans un gobelet¹⁶ ▪ Éviter de donner du miel (y compris le miel pasteurisé), parce qu'il peut causer le botulisme infantile⁷ ▪ Passer graduellement des purées aux aliments plus grumeleux ou en petits morceaux¹⁴ ▪ Donner aux bébés allaités un supplément de vitamine D de 400 UI par jour jusqu'à ce que son régime contienne 400 UI ou plus par jour de vitamine D d'autres sources alimentaires, dont les suivantes : préparation lactée enrichie-100 UI dans 250 mL (1 tasse); lait de vache-100 UI dans 250 mL (1 tasse); saumon-103 UI dans 30 g (1 oz); jaune d'œuf-25 UI par jaune d'œuf; margarine enrichie-25 UI dans 5 mL (1 c. à thé)¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesures de croissance sérielles à surveiller : moins du 3^e ou plus du 85^e percentile OU qui augmentent ou diminuent de façon marquée, ou aucun changement dans la courbe de croissance de l'OMS pour le Canada¹¹ ▪ A moins de 6 couches mouillées par jour² ▪ À 7 mois, ne consomme pas quotidiennement des aliments contenant du fer⁵ ▪ La préparation lactée pour nourrissons n'est pas préparée et conservée de façon appropriée. Voir la partie <i>Préparation lactée pour nourrissons</i> à la page 6 ▪ Reçoit du lait de vache ou de la préparation de lait maison⁵ ▪ Consomme souvent du jus pendant la journée ou boit plus de 125 mL (4 oz) de jus par jour³ ▪ Consomme boissons aux fruits, boissons gazeuses, café, thé, chocolat chaud, boissons de soya, autres boissons végétariennes (p. ex. boissons de riz ou d'amandes) ou tisanes⁵ ▪ Reçoit des céréales pour bébés ou des aliments en purée dans un biberon⁵ ▪ Reçoit un biberon soutenu par un coussin⁵ ▪ Reçoit du miel⁷ ▪ L'alimentation est forcée ou restreinte² ▪ Bébé allaité ou bébé allaité en partie buvant moins de 1000 mL (32 oz) de préparation lactée qui ne reçoit pas de supplément de vitamine D⁵



Lignes directrices sur l'alimentation infantile à l'intention des fournisseurs de soins de santé primaires

Si un enfant fait l'objet d'un indicateur d'alerte, un examen plus approfondi est recommandé. Référer le client vers un diététiste professionnel (Dt.P.) aux fins d'évaluation de l'alimentation et de suivi continu peut être indiqué.

Âge	Étapes du développement reliées à l'alimentation	Lignes directrices	Indicateurs d'alerte
<p>De 9 à 12 mois</p> <p>Note : Les étapes du développement et les lignes directrices concernant les bébés nés avant terme sont fondées sur l'âge corrigé¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se sert de la mâchoire et de la langue pour croquer et écraser des aliments de textures diverses¹⁷ ▪ Essaie d'utiliser une cuillère³ ▪ Peut demander de se nourrir seul à la cuillère¹⁷ Voir la partie <i>Relation parent-enfant lors de l'alimentation</i> à la page 7 ▪ Se nourrit seul en tenant de petits morceaux d'aliments entre le pouce et l'index² ▪ À 12 mois, boit sans aide au moyen d'un gobelet muni d'un bec ou d'une paille^{5, 14} 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuer à allaiter^{2,5} ▪ Voir la partie <i>Préparation lactée pour nourrissons</i> à la page 6 si l'enfant reçoit de la préparation de lait ▪ Nourrir selon les indices de faim du bébé² ▪ Offrir des aliments solides 3 ou 4 fois par jour¹⁵ ▪ Continuer à introduire des aliments solides dans n'importe quel ordre¹⁵ ▪ Augmenter graduellement la texture des aliments, en passant d'une texture grumeleuse à des aliments en petits morceaux, pour encourager le bébé à accepter des aliments plus texturés¹⁴ ▪ Vers 9 à 12 mois, de préférence à 12 mois, du lait de vache entier (3,25 %) peut être introduit¹⁸. Éviter le lait écrémé, 1 % ou 2 % et les boissons de soya⁵ ▪ À 12 mois, si le lait de vache est la principale source de lait, en donner 500 mL (2 tasses) par jour en plus d'autres sources alimentaires de vitamine D² ▪ Si l'on donne du jus, offrir du jus pur à 100 % et limiter la quantité à 125 à 175 mL (de 4 à 6 oz) par jour² ▪ Offrir du lait maternel, de la préparation lactée, du lait de vache, de l'eau ou du jus à 100 % dans un gobelet¹⁶ ▪ Éviter de donner du miel (y compris le miel pasteurisé), parce qu'il peut causer le botulisme infantile⁷ ▪ Donner au bébé allaité un supplément de vitamine D de 400 UI par jour jusqu'à ce que son régime contienne 400 UI ou plus par jour de vitamine D d'autres sources alimentaires ou jusqu'à l'âge d'un an. Sources alimentaires : préparation lactée enrichie - 100 UI dans 250 mL (1 tasse); lait de vache - 100 UI dans 250 mL (1 tasse); saumon - 103 UI dans 30 g (1 oz); jaune d'œuf - 25 UI par jaune d'œuf; margarine enrichie - 25 UI dans 5 mL (1 c. à thé)¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A moins de 6 couches mouillées par jour² ▪ Mesures de croissance sérielles à surveiller : moins du 3^e ou plus du 85^e percentile OU qui augmentent ou diminuent de façon marquée, ou aucun changement dans la courbe de croissance de l'OMS pour le Canada¹¹ ▪ À 10 mois, ne consomme pas d'aliments contenant des grumeaux¹⁴ ▪ La préparation lactée pour nourrissons n'est pas préparée et conservée de façon appropriée. Voir la partie <i>Préparation lactée pour nourrissons</i> à la page 6 ▪ Le lait écrémé ou faible en gras ou une boisson de soya est la principale source de lait⁵ ▪ Consomme souvent du jus durant la journée³ ▪ Consomme une grande quantité de liquides² <ul style="list-style-type: none"> - Lait : plus de 750 mL (3 t) par jour³ - Jus : plus de 175 mL (6 oz) par jour^{2,8} ▪ Consomme boissons aux fruits, boissons gazeuses, café, thé, cola, chocolat chaud, boissons de soya, autres boissons végétariennes (p. ex. boissons de riz ou d'amandes) ou tisanes⁵ ▪ Reçoit du miel⁷ ▪ L'alimentation est forcée ou restreinte² ▪ N'est pas surveillé quand il mange⁵ ▪ Bébé allaité ou bébé allaité en partie buvant moins de 1000 mL (32 oz) de préparation lactée qui ne reçoit <u>pas</u> de supplément de vitamine D⁵



Lignes directrices sur l'alimentation infantile à l'intention des fournisseurs de soins de santé primaires

Si un enfant fait l'objet d'un indicateur d'alerte, un examen plus approfondi est recommandé. Référer le client vers un diététiste professionnel (Dt.P.) aux fins d'évaluation de l'alimentation et de suivi continu peut être indiqué.

Âge	Étapes du développement reliées à l'alimentation	Lignes directrices	Indicateurs d'alerte
De 12 à 24 mois Note : Les étapes du développement et les lignes directrices concernant les bébés nés avant terme sont fondées sur l'âge corrigé ¹	De 12 à 18 mois <ul style="list-style-type: none"> Parce que la croissance ralentit comparativement à la première année, l'appétit diminue ou devient sporadique² Voir la partie <i>Relation parent-enfant lors de l'alimentation</i> à la page 7 Refuse souvent les nouveaux aliments la première fois² À 15 mois, peut se nourrir seul en prenant des aliments de table plus fermes avec une cuillère² 	<ul style="list-style-type: none"> Continuer à allaiter^{2,5} Si l'enfant n'est pas allaité, lui donner du lait de vache entier (3,25 %) ^{2,16}. Éviter le lait écrémé, 1 % ou 2 %⁵ Offrir de 500 à 750 mL (2 à 3 tasses) de lait 3,25 % ou de lait maternel chaque jour³ Servir 3 petits repas et 2 ou 3 collations par jour³. Éviter de donner des aliments ou boissons supplémentaires sauf de l'eau entre les repas et collations planifiés^{2,3} Offrir de l'eau quand l'enfant a soif² Si l'on donne du jus, offrir du jus pur à 100 % et limiter la quantité à 125 à 175 mL (de 4 à 6 oz) par jour² Éviter les boissons aux fruits qui ne sont pas du jus pur à 100 % et les boissons gazeuses² À 15 mois, sevrer l'enfant nourri au biberon² Permettre à l'enfant de se nourrir seul² Si le lait maternel est la seule source de lait, envisager d'offrir un supplément de vitamine D² Envisager d'offrir un supplément minéral ou vitaminique si la croissance n'est pas satisfaisante ou si l'enfant présente un trouble de santé particulier nécessitant un supplément ou ne consomme pas une variété d'aliments de chacun des groupes alimentaires² 	<ul style="list-style-type: none"> Mesures de croissance sérielles à surveiller : moins du 3^e ou plus du 85^e percentile OU qui augmentent ou diminuent de façon marquée, ou aucun changement dans la courbe de croissance de l'OMS pour le Canada¹¹ Ne mange pas chaque jour une variété d'aliments de table y compris des aliments qui contiennent du fer⁵ L'apport en graisses alimentaires est limité⁵ Refuse les aliments grumeleux ou qui ont plus de texture⁵ Reçoit régulièrement du lait écrémé ou faible en gras ou une boisson de soya⁵ Reçoit des boissons de soya (sauf les préparations lactées pour bébés), de riz ou autres boissons végétariennes ou des tisanes⁵ Consomme une grande quantité de liquides et très peu de nourriture² <ul style="list-style-type: none"> Lait : plus de 750 mL (3 tasses) par jour³ Jus : plus de 175 mL (6 oz) par jour² Consomme régulièrement boissons aux fruits, boissons gazeuses, café, thé, cola, chocolat chaud, boisson de soya, autres boissons végétariennes (p. ex. boissons de riz ou d'amandes) ou tisanes^{2,5} L'alimentation est forcée ou restreinte²
	De 18 à 24 mois <ul style="list-style-type: none"> Capable de consommer la plupart des aliments que mange le reste de la famille avec un peu de préparation supplémentaire pour prévenir l'étouffement² Un appétit variable et une tendance à jouer avec les aliments sont fréquents². Voir la partie <i>Relation parent-enfant lors de l'alimentation</i> à la page 7 Peut n'accepter que 4 ou 5 aliments, ne consommer que ses aliments préférés et refuser des aliments qu'il acceptait auparavant² 		



Lignes directrices sur l'alimentation infantile à l'intention des fournisseurs de soins de santé primaires

Si un enfant fait l'objet d'un indicateur d'alerte, un examen plus approfondi est recommandé. Référer le client vers un diététiste professionnel (Dt.P.) aux fins d'évaluation de l'alimentation et de suivi continu peut être indiqué.

Âge	Étapes du développement reliées à l'alimentation	Lignes directrices	Indicateurs d'alerte
<p>De 2 à 6 ans</p> <p>Note : Les étapes du développement et les lignes directrices concernant les bébés nés avant terme sont fondées sur l'âge corrigé¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consomme la plupart des aliments sans tousser ni s'étouffer⁴ ▪ Mange ses aliments avec un ustensile sans en renverser beaucoup⁴ ▪ Peut manifester peu d'intérêt pour les aliments pendant certaines périodes². Voir la partie <i>Relation parent-enfant lors de l'alimentation</i> à la page 7 ▪ Peut manifester de la résistance à l'égard de nouveaux aliments² 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peut continuer à allaiter⁵ ▪ Suivre le Guide alimentaire canadien pour répondre aux besoins nutritionnels¹⁹ ▪ Offrir chaque jour 500 mL (2 tasses) de lait ou de boisson de soya enrichie pour aider à répondre aux besoins en vitamine D¹⁹ ▪ Offrir graduellement du lait contenant moins de matières grasses (écrémé, 1 % ou 2 %) ou des substituts²⁰ ▪ Servir 3 petits repas et 2 ou 3 collations par jour³. Éviter de donner des aliments ou des boissons supplémentaires, sauf de l'eau, entre les repas et les collations planifiés^{2,3} ▪ Offrir de l'eau quand l'enfant a soif² ▪ Si l'on donne du jus, offrir du jus pur à 100 % et limiter la quantité à 125 à 175 mL (de 4 à 6 oz) par jour² ▪ Éviter les boissons aux fruits qui ne sont pas du jus pur à 100 % et les boissons gazeuses⁵ ▪ Envisager d'offrir un supplément minéral ou vitaminique si la croissance n'est pas satisfaisante ou si l'enfant présente un trouble de santé particulier nécessitant un supplément ou ne consomme pas une variété d'aliments de chacun des groupes alimentaires² 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesures de croissance sérielles à surveiller : moins du 3^e ou plus du 85^e percentile OU qui augmentent ou diminuent de façon marquée, ou aucun changement dans la courbe de croissance de l'OMS pour le Canada¹¹ ▪ Ne consomme pas une variété d'aliments de table de chacun des 4 groupes alimentaires¹⁹ ▪ Consomme une grande quantité de liquides et très peu de nourriture² <ul style="list-style-type: none"> – Lait : plus de 750 mL (3 tasses) par jour³ – Jus : plus de 175 mL (6 oz) par jour² ▪ Consomme régulièrement boissons aux fruits, boissons gazeuses, café, thé, cola, chocolat chaud, autres boissons végétariennes (p. ex. boissons de riz ou d'amandes) ou tisanes^{2,5} ▪ L'alimentation est forcée ou restreinte² ▪ L'enfant de 3 à 5 ans obtient la cote « risque nutritionnel élevé » selon le questionnaire de dépistage nutritionnel NutriSTEP^{MD}. Voir la partie <i>NutriSTEP^{MD}</i> à la page 8



Lignes directrices sur l'alimentation infantile à l'intention des fournisseurs de soins de santé primaires

Renseignements supplémentaires

Surveillance de la croissance

- Pour évaluer la croissance, utiliser les courbes de croissance de l'OMS pour le Canada¹¹, qui sont offertes à l'adresse www.dietitians.ca/Secondary-Pages/Public/WHO-Growth-Charts.aspx
- Des mesures sérielles sont plus utiles que des mesures uniques et sont le moyen idéal d'évaluer et de surveiller les profils de croissance¹¹
- Quand un bébé ou un tout-petit est examiné pour la première fois, un ou plusieurs des indicateurs suivants sont recommandés pour évaluer une insuffisance pondérale : un poids par rapport à l'âge, une taille par rapport à l'âge ou un poids par rapport à la taille se situant à moins du 3^e percentile. L'arrêt de croissance (le rabougrissement) et la cachexie (insuffisance pondérale) peuvent être des indicateurs pouvant déterminer le besoin d'évaluation, d'intervention ou d'aiguillage. Les mesures du poids par rapport à la taille se situant à plus que le 85^e percentile indiquent un risque d'embonpoint¹¹
- Utiliser l'indice de masse corporelle (IMC) pour évaluer le poids corporel par rapport à la taille chez les enfants de 2 ans ou plus. Utiliser les courbes de croissance adaptées à l'âge et au sexe pour déterminer le percentile de l'IMC par rapport à l'âge. La valeur réelle d'IMC de l'enfant ne correspond pas aux valeurs utilisées pour mesurer l'insuffisance pondérale, le poids sain, l'embonpoint et l'obésité chez les adultes. Le percentile permet d'évaluer l'état de croissance, des mesures se situant à moins que le 3^e percentile indiquant la cachexie et à plus que le 85^e percentile, un risque d'embonpoint¹¹

Choix d'une préparation lactée pour nourrissons

Dans le cas des bébés qui sont nourris en partie ou exclusivement de préparation lactée pour nourrissons, choisir une préparation en fonction des besoins médicaux du bébé et de la culture ou du mode de vie de la famille.

- **Préparation à base de lait de vache enrichie de fer** – le substitut le plus approprié du lait maternel^{5, 13}. Le fer ajouté à la préparation ne cause pas de constipation¹³
- **Préparation à base de soya** – pour les bébés qui ne peuvent pas prendre de produits à base de lait de vache pour des raisons de santé (p. ex. : galactosémie) ou d'ordre culturel, religieux ou personnel (p. ex. : végétalisme)^{5, 13}
- **Préparation hypoallergénique** – plus appropriée si l'on soupçonne une allergie au lait de vache¹³
- **Préparation lactée sans lactose** – rarement nécessaire; appropriée seulement quand une carence en lactase congénitale a été diagnostiquée¹³

Préparation lactée pour nourrissons

- L'utilisation de préparations liquides concentrées ou prêtes à servir (produits stériles) plutôt que de préparations en poudre (produits non stériles) réduit le risque de contamination bactérienne chez les bébés à risque^{13, 21}
- Sources d'eau sécuritaires : eau du robinet distribuée par la municipalité, eau de puits vérifiée régulièrement, eau du robinet ou de source embouteillée commerciale^{13, 22}
- Si de l'eau bouillie doit être utilisée, la faire bouillir à gros bouillons pendant 2 minutes²²
- Si du matériel stérilisé doit être utilisé, placer le matériel propre dans une casserole d'eau et faire bouillir l'eau à gros bouillons pendant 2 minutes, ou utiliser un appareil commercial de stérilisation des biberons²²
- **Préparations prêtes à servir** – Ne pas ajouter d'eau. Stériliser le matériel utilisé pour les bébés de moins de 4 mois²²
- **Préparations liquides concentrées** – Mélanger avec de l'eau (eau bouillie au préalable pour les bébés de moins de 4 mois). Stériliser le matériel utilisé pour les bébés de moins de 4 mois²²
- **Préparations en poudre** – Verser de l'eau bouillie au préalable (refroidie jusqu'à ce qu'elle atteigne 70 °C mais sans laisser la température baisser sous 70 °C pour réduire le risque de contamination bactérienne) dans le biberon, puis ajouter la poudre. Préparer 1 biberon à la fois si possible. Stériliser le matériel utilisé pour les bébés de tous les âges^{13, 21, 22}

L'alimentation au biberon et le bisphénol A (BPA)

- Le BPA est un produit chimique utilisé dans la fabrication de certains types de plastique qui peut être nuisible aux bébés et aux jeunes enfants. Utiliser des biberons qui ne contiennent pas de BPA²³
- Les règlements exigent que les nouveaux biberons fabriqués et vendus au Canada ne contiennent pas de BPA. Les vieux biberons peuvent être employés, par contre, il serait préférable d'en décourager l'utilisation²³



Ontario Society of Nutrition
Professionals in Public Health

La société ontarienne des professionnel(le)s
de la nutrition en santé publique

Préparé par La société ontarienne des professionnel(le)s de la nutrition en santé publique – Family Health Nutrition Advisory Group. Révision : mai 2011.

Lignes directrices sur l'alimentation infantile à l'intention des fournisseurs de soins de santé primaires

Prévention de l'étouffement

- Les enfants âgés de 3 ans ou moins risquent davantage de s'étouffer. Surveiller les enfants quand ils mangent et éviter de leur donner des aliments durs, petits et ronds ou lisses et collants tels que : ^{5,24}

Maïs soufflé	Bonbons durs/pastilles pour la toux	Raisins secs	Arachides ou autres noix
Graines de tournesol	Poisson avec arêtes	Carottes crues	Aliments piqués sur des cure-dents ou des brochettes
Gomme à mâcher	Raisins	Hot dogs	Beurre d'arachides en couche épaisse ou dans une cuillère

Consommation de poisson et méthylmercure

- De nombreux types de poissons sont d'excellentes sources d'acides gras oméga-3¹⁹
- Certains types de poissons et de mollusques et crustacés contiennent des niveaux élevés de méthylmercure. Les effets prédominants sur la santé humaine sont associés à l'altération des fonctions des systèmes nerveux central et périphérique. Par exemple, l'exposition élevée au méthylmercure chez le jeune enfant peut causer une baisse du Q.I., des retards dans l'apprentissage de la marche et du langage, un manque de coordination, la cécité et des convulsions²⁵
- Limitier la consommation des poissons suivants contenant des niveaux élevés de mercure -thon frais ou congelé, requin, espadon, escolier, marlin, hoplostète orange et thon blanc en conserve – comme suit : ²⁵
 - moins d'un an - 40 g **par mois** de ces types de poissons frais ou congelés **ou** 40 g **par semaine** de thon blanc en conserve
 - de 1 à 4 ans - 75 g **par mois** de ces types de poissons frais ou congelés **ou** 75 g **par semaine** de thon blanc en conserve
 - de 5 à 11 ans - 125 g **par mois** de ces types de poissons frais ou congelés **ou** 150 g **par semaine** de thon blanc en conserve

Relation parent-enfant lors de l'alimentation

Une relation saine entre le parent ou le fournisseur de soins et le bébé ou l'enfant, en ce qui concerne l'alimentation et la réponse aux signes de faim et de satiété est importante². L'expérience de l'alimentation durant la petite enfance et l'environnement social dans lequel l'enfant est alimenté sont essentiels à l'acquisition d'habitudes alimentaires saines plus tard dans la vie.²⁶ Les points suivants sont particulièrement utiles en offrant des conseils aux parents de « mangeurs difficiles » :

- Le rôle des parents est d'offrir un choix d'aliments nutritifs, appropriés à l'âge de l'enfant, et de décider du moment et de l'endroit où les aliments sont consommés; les parents doivent laisser leur enfant décider quelle quantité de nourriture il veut manger ou s'il veut manger ou non^{2,5}
- La quantité de nourriture consommée varie d'une journée à l'autre selon l'appétit de l'enfant, son niveau d'activité ou le fait qu'il vive une poussée de croissance ou qu'il soit trop excité ou fatigué¹⁹
- Dans un milieu non-coercitif, les enfants en santé sont capables de déterminer eux-mêmes la quantité d'aliments et d'énergie à consommer²
- Établir une structure et une routine de repas dans un milieu agréable, en éliminant les distractions causées par la télévision ou d'autres activités^{2,19}
- Encourager les parents à faire preuve de patience quand ils introduisent de nouveaux aliments et à aider l'enfant à accepter de nouveaux aliments. Si l'enfant refuse un nouvel aliment les premières fois qu'on le lui présente, cet aliment devrait lui être offert de nouveau une autre journée (peut devoir lui être présenté jusqu'à 10 fois)^{2,19}
- Éviter d'exercer des pressions pour que l'enfant consomme des aliments particuliers (p. ex. louanges, récompenses, chantage, punitions), ce qui est nuisible à la longue car cette méthode est susceptible d'accroître la résistance ou le dégoût à l'égard des aliments au lieu de les faire accepter²
- Une période de 15 à 20 minutes passée à table est appropriée pour des enfants d'âge préscolaire²
- Offrir des exemples positifs en prenant les repas en famille dans la mesure du possible, et en assurant que les adultes consomment au moins certains des mêmes aliments que les enfants²



Lignes directrices sur l'alimentation infantile à l'intention des fournisseurs de soins de santé primaires

NutriSTEP^{MD} (Évaluation de l'alimentation des enfants d'âge préscolaire)

- Questionnaire canadien validé de dépistage des risques nutritionnels à l'intention des parents d'enfants âgés de 3 à 5 ans
- Évalue l'apport en aliments et en liquides des enfants d'âge préscolaire, les facteurs influant sur le comportement alimentaire (p. ex. les parents permettent-ils à l'enfant de décider de la quantité qu'il veut manger, les parents ont-ils les moyens d'acheter suffisamment de nourriture), la croissance physique (p. ex. sentiment d'aise du parent à l'égard de la croissance de l'enfant), et le niveau d'activité physique et de sédentarité
- Les parents répondent au questionnaire en 5 minutes environ
- Disponible en 8 langues : anglais, français, chinois simplifié, chinois traditionnel, pendjabi, vietnamien, tamil et espagnol
- Disponible gratuitement en Ontario par l'entremise des bureaux de santé locaux ou aux détenteurs d'une licence par le biais de *Flintbox Technologies* à l'adresse <http://www.flintbox.com/public/project/2069/>
- Une version du questionnaire NutriSTEP^{MD} pour les tout-petits (de 18 à 35 mois) sera disponible en 2012



Lignes directrices sur l'alimentation infantile à l'intention des fournisseurs de soins de santé primaires

Références

- ¹ Groh-Wargo, S., Thompson, M., Hovasi Cox, J., Hartline, J.V., Editors, Nutrition Care For High Risk Newborns. Precept Press Inc., 2000.
- ² Kleinman, R., Editor. Pediatric Nutrition Handbook, 6th ed. American Academy of Pediatrics, 2009.
- ³ Grenier, D., Leduc, D., rédacteurs. Le bien-être des enfants – Un guide sur la santé en milieu de garde, 3^e éd. Société canadienne de pédiatrie. 2008.
- ⁴ Nipissing District Developmental Screen Inc., Nipissing District Developmental Screen, 2002. www.ndds.ca/ontario-fr (23 août 2011).
- ⁵ Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada. « Nutrition du nourrisson né à terme et en santé ». Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa, 2005. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/infant-nourrisson/nut_infant_nourrisson_term-fra.php (23 août 2011).
- ⁶ Santé Canada. « Durée de l'allaitement maternel exclusif – Recommandation de Santé Canada, 2004 ». http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourrisson/excl_bf_dur_dur_am_excl-fra.php (23 août 2011).
- ⁷ Santé Canada. « Votre santé et vous – Le botulisme infantile ». 2009. <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/botu-fra.php> (23 août 2011).
- ⁸ Société canadienne de pédiatrie. Soins de nos enfants, « L'alimentation de votre bébé jusqu'à un an ». 2006. <http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/Grossessebebes/alimentation.htm> (23 août 2011).
- ⁹ Société canadienne de pédiatrie, « Les suppléments de vitamine D : Recommandations pour les mères et leur nourrisson au Canada », 2007, <http://www.cps.ca/francais/enonces/II/FNIM07-01.htm> (23 août 2011)
- ¹⁰ Santé Canada. « Les suppléments de vitamine D chez les nourrissons allaités au sein – Recommandation de Santé Canada, 2004 ». 2004. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourrisson/vita_d_supp-fra.php (23 août 2011).
- ¹¹ Les diététistes du Canada, Société canadienne de pédiatrie, Collège des médecins de famille du Canada, Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada, « Promoting Optimal Monitoring of Child Growth in Canada: Using the New WHO Growth Charts ». 2010. www.dietitians.ca/Downloadable-Content/Public/tcg-position-paper.aspx (16 février 2011).
- ¹² Boyce, J.A., Assa'ad, A., Burks, A.W., Jones, S.M., Sampson, H.A., Wood, R.A., Plaut, M., Cooper, S.F., Fenton, M.J., Arshad, S.H., Bahna, S.L., Beck, L.A., Byrd-Bredbenner, C., Camargo, C.A., Eichenfield, L., Furuta, G.T., Hanifen, J.M., Jones, C., Kraft, M., Levy, B.D., Lieberman, P., Lucciolli, S., McCall, K.M., Schneider, L.C., Simon, R.A., Simons, F.E., Teach, S.J., Yawn, B.P., Schwanger, J.M. Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States: Report of the NIAID-Sponsored Expert Panel. The Journal of Allergy and Clinical Immunology 126(6) (2010):S1-S58, [www.jacionline.org/article/S0091-6749\(10\)01566-6/fulltext](http://www.jacionline.org/article/S0091-6749(10)01566-6/fulltext). (28 mars 2011)
- ¹³ Les diététistes du Canada, dans : Practice-based Evidence in Nutrition (PEN). « Infant Formula Practice Guidance Summary ». 2010. www.pennutrition.com/KnowledgePathway.aspx?kpid=1874&trid=3794&trcatid=43 (16 février 2011). Accès par abonnement seulement.
- ¹⁴ Delaney, A.L., Arvedson J.C. « Development of swallowing and feeding: prenatal through first year of life ». Developmental Disabilities Research Reviews 14 (2008):105-117.
- ¹⁵ Les diététistes du Canada, dans : Practice-based Evidence in Nutrition (PEN). « Infant Nutrition - Complementary Feeding Practice Guidance Summary ». 2009. www.pennutrition.com/KnowledgePathway.aspx?kpid=2503&trid=2540&trcatid=43. (16 février 2011). Accès par abonnement seulement.
- ¹⁶ Société canadienne de pédiatrie. Soins de nos enfants, « Des dents saines pour votre enfant ». 2008, <http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/corpsensante/DentsSaines.htm> (23 août 2011).
- ¹⁷ Bunting, D., D'Souza, S., Nguyen, J., Phillips, S., Rich, S., Trout, S., eds. Texas Children's Hospital Pediatric Nutrition Reference Guide 8th ed. Texas Children's Hospital Nutrition Committee. 2008.
- ¹⁸ Société canadienne de pédiatrie. « Le sevrage de l'allaitement ». Paediatrics & Child Health (2004), 9(4): 249-253. <http://www.cps.ca/francais/enonces/CP/cp04-01.htm> (23 août 2011).
- ¹⁹ Santé Canada. « Bien manger avec le Guide alimentaire canadien – Ressource à l'intention des éducateurs et communicateurs ». 2007. www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/pubs/res-educat-fra.pdf. (23 août 2011).
- ²⁰ Les diététistes du Canada, dans : Practice-based Evidence in Nutrition (PEN). « Toddler and Preschool Nutrition Practice Guidance Summary ». 2010, www.pennutrition.com/KnowledgePathway.aspx?kpid=3805&trid=3816&trcatid=43 (16 février 2011). Accès par abonnement seulement.
- ²¹ Organisation mondiale de la santé. Préparation, conservation et manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons - Directives. Département Sécurité sanitaire des aliments, zoonoses et maladies d'origine alimentaire, OMS, 2007. www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en. (16 février 2011).
- ²² Santé Canada. « Reconstitution et manipulation d'une préparation en poudre pour nourrissons ». 2010. <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/kitchen-cuisine/pif-ppn-fra.php> (4 août 2011).



Lignes directrices sur l'alimentation infantile à l'intention des fournisseurs de soins de santé primaires

- ²³ Sécurité des produits de consommation, Santé Canada « L'interdiction des biberons en polycarbonate contenant du bisphénol A ». 2010. http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/legislation/acts-lois/bisphenol_a-fra.php (23 août 2011).
- ²⁴ American Academy of Pediatrics. « Policy Statement—Prevention of Choking Among Children ». Pediatrics 125, 3 (2010): 601-607. <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;125/3/601.pdf>. (16 février 2011).
- ²⁵ Santé Canada. « Questions et réponses sur la présence de mercure dans le poisson ». 2011. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/chem-chim/envIRON/mercur/merc_fish_qa-poisson_gr-fra.php (23 août 2011).
- ²⁶ Les diététistes du Canada, dans : Practice-based Evidence in Nutrition (PEN). « Toddler and Preschool - Influences on Appetite and Eating Behaviour Practice Guidance Summary ». 2008. www.pennutrition.com/KnowledgePathway.aspx?kpid=7699&trid=7808&trcatid=43. (16 février 2011). Accès par abonnement seulement.