



Guide de référence

SUR L'ALIMENTATION DU TOUT-PETIT



**COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS
DU QUÉBEC ET DU LABRADOR**

Rédacteurs

CSSSPNQL

Alexandra Picard Sioui, conseillère en nutrition
Francine Vincent, agente de programme – vie saine
Julie Bernier, conseillère – santé maternelle et infantile
Julie Taillon, conseillère pédagogique

Santé Canada

Thanh-Van Nguyen, nutritionniste régionale, Nutrition Nord Canada (NNC)
Diane De Berardinis et Sylvie Lemire, agentes principales de programmes ETCAF et PCNP
Sam Dennawi, agent de programmes, IDA et NNC
Natasha Ethier, agente de programmes SMI et PAPAN
Marie-Josée Lévesque, infirmière conseil SDMC

Collaborateurs

CSSSPNQL

Sophie Picard, gestionnaire des services santé
Nadine Rousselot, gestionnaire des services à la petite enfance

Santé Canada

Mireille Bruel, gestionnaire principale, exécution des programmes
Lise Aubin, gestionnaire, Secteur Enfance jeunesse, Maladies chroniques et Vie saine

Révision linguistique

Isabelle Capmas

Graphisme

Martin Dufour

Ce document est aussi disponible en anglais et peut être téléchargé à partir du site Internet de la CSSSPNQL au www.cssspnql.com.

L'emploi du masculin dans ce document vise uniquement à alléger le texte, et ce, sans préjudice envers les femmes.

ISBN : 978-1-926528-97-7

Dépôt légal – 2016

Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque nationale du Canada

© CSSSPNQL 2016

Table des matières

Introduction	3
Caractéristiques des familles des premières nations	4
Comportements à risque durant la grossesse	5
Alimentation des bébés	6
Alimentation des jeunes enfants	7
Allaitement maternel – recommandations de base	9
Alcool et drogues durant l’allaitement	16
Substituts de lait maternel et suppléments nutritionnels – recommandations de base	19
Types de substituts de lait maternel	19
Indications sur les suppléments nutritionnels (vitamines et autres)	21
Introduction aux aliments complémentaires et alimentation du jeune enfant – recommandations de base	24
Enfants âgés de 6 mois à 1 an	24
Comportements alimentaires de l’enfant	27
Développement du goût	27
Respect de la faim et de la satiété	28
À chacun son rôle!	28
Alimentation du jeune enfant âgé de 1 à 6 ans	28
Annexes	30
Annexe 1	
Temps (heures:minutes) requis pour éliminer l’alcool du lait maternel selon le poids de la mère et le nombre de consommations	30
Annexe 2	
Raisons médicales et conditions justifiant l’utilisation de substituts de lait maternel	32
Conditions pour lesquelles le lait maternel doit être complété avec du lait humain (donneuses/banques de lait maternel) ou des formules spécialisées :	33

Conditions pour lesquelles l'allaitement peut être poursuivi mais où des problèmes de santé sont à craindre	33
Annexe 3	
Recommandations concernant l'allaitement chez les femmes aux prises avec un problème de dépendance	34
Références	36

Introduction

Traditionnellement, l'alimentation des Premières Nations était très saine et variée, principalement basée sur des produits du terroir provenant de la pêche, de la chasse et de l'agriculture. Depuis plusieurs années, d'énormes changements ont été apportés au mode de vie des Premières Nations. Avec eux, plusieurs problèmes de santé, autant d'ordre physique, psychologique qu'émotionnel, sont apparus. En effet, il existe aujourd'hui des écarts importants entre l'état de santé des Premières Nations et celui de l'ensemble de la population québécoise. Ces écarts apparaissent aussi chez les jeunes enfants : près de la moitié des enfants âgés de 2 à 5 ans est en situation de surpoids (embonpoint et obésité inclus). Le choix de la méthode d'alimentation des bébés (allaitement maternel ou préparation lactée) diffère entre les Premières Nations et l'ensemble du Québec. Différents facteurs tels que l'âge, le revenu et la scolarité des mères semblent influencer ce choix.

Dans la perspective de promouvoir des stratégies visant la réduction de ces écarts et l'amélioration de la santé des enfants des Premières Nations, la CSSSPNQL et la DGSPNI ont travaillé conjointement à l'élaboration de ce document de référence régional sur la saine alimentation des tout-petits.

Ce guide de référence a pour principal objectif de fournir aux professionnels et aux intervenants œuvrant dans le domaine de la petite enfance les meilleures recommandations concernant l'alimentation du jeune enfant. Une revue de littérature a été effectuée afin de fournir des recommandations découlant de celles formulées par l'ensemble des sources fiables répertoriées. Le document aborde plus particulièrement les thèmes suivants: l'allaitement, les substituts de lait maternel, les suppléments nutritionnels ainsi que les aliments complémentaires. Il appuie les recommandations et renforce les pratiques prometteuses de nos communautés dans le but de mieux structurer les stratégies régionales et inciter l'implantation d'initiatives locales.

La section suivante vise à dresser un bref portrait des familles et des enfants des Premières Nations du Québec vivant au sein

des communautés. Les comparaisons offertes avec les familles et enfants du Québec doivent être interprétées avec précaution. En effet, les données disponibles pour les Premières Nations et le Québec ne correspondent pas toujours à la même année et ne sont pas collectées de la même manière. Les données se rapportant au Québec sont ainsi présentées pour que le lecteur puisse se faire une idée de l'ampleur de l'écart existant entre la situation des Premières Nations et celle de l'ensemble de la population québécoise.

Caractéristiques des familles des Premières Nations

Ce que nous savons sur les familles des Premières Nations vivant dans les communautés révèle qu'elles sont généralement plus nombreuses, qu'elles sont en grande proportion de type monoparental, que les mères sont plus jeunes et qu'elles doivent composer avec un plus bas revenu que les familles québécoises en général.

- » En 2008, l'âge moyen des parents des Premières Nations lors de la naissance de leur premier enfant était de 21,6

ans. On constate que les femmes des Premières Nations ont leur premier enfant de plus en plus tôt dans leur vie^[1]. En 2008, au Québec, l'âge moyen des mères lors de la naissance de leur premier enfant était de 28 ans^[2].

- » Au Québec en 2011, 60 % des ménages comportaient des enfants. Cette proportion était de 67 % dans les ménages autochtones. Plus du quart (27,9 %) des familles autochtones étaient composées de 3 enfants ou plus, contre 14,4 % des familles non-autochtones^[3].
- » En 2011, le pourcentage de familles monoparentales était de 27,8 % au Québec et de 32,1 % chez les

Premières Nations^[4].

- » En 2007, 34,2 % des adultes des Premières Nations vivaient dans un ménage ayant gagné moins de 20 000 \$^[5].
- » En 2008, 24,8 % des adultes des Premières Nations vivaient dans un ménage où subsistait une situation d'insécurité alimentaire modérée ou grave^[6]. Au Québec, en 2004, 8,1 % des adultes vivaient dans cette même situation^[7].

Comportements à risque durant la grossesse

Les données disponibles indiquent qu'un fort pourcentage des mères des Premières Nations ont adopté des comportements à risque relativement à la consommation d'alcool et de tabac, au cours de leur grossesse.

- » Parmi les femmes des Premières Nations ayant déjà donné naissance à un enfant, 29,6 % ont rapporté en 2002 avoir bu de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées durant leur grossesse. Parmi les femmes enceintes ayant consommé de l'alcool, 62,2 % buvaient des breuvages alcoolisés moins d'une fois par semaine alors que 18,1 % se limitaient à une consommation par mois^[8]. Dans une étude publiée en 2006 portant sur l'ensemble du Québec, la proportion de femmes qui rapportent avoir consommé de l'alcool pendant leur dernière grossesse est similaire et se situe à 26,1 %^[9].
- » Plus de la moitié des femmes des Premières Nations enceintes ou ayant donné naissance à un enfant ont déclaré en 2008 avoir fumé durant leur grossesse^[10]. La proportion des femmes des Premières Nations ayant fumé pendant la grossesse serait donc environ deux fois plus élevée que dans la population générale du Québec, où elle est estimée entre 17 % et 22 %^[11].

Alimentation des bébés

Le choix de la méthode d'alimentation des bébés (allaitement maternel ou préparation lactée) est différent si l'on compare les Premières Nations à l'ensemble du Québec. Différents facteurs tels que l'âge, le revenu et la scolarité des mères semblent influencer ce choix. De plus, on note chez les bébés des Premières Nations une forte proportion de carie du biberon et de carence en vitamine D.

- » Selon des données collectées en 2008, dans les communautés des Premières Nations, 35,4 % des enfants ont été allaités^[12]. Au Québec, en 2005-2006, 85,1 % des bébés ont été allaités^[13]. Parmi les enfants allaités dans les communautés des Premières Nations, 37,2 % l'ont été pendant plus de six mois^[14].
- » Plusieurs facteurs semblent influencer le fait que les mères des Premières Nations choisissent l'allaitement maternel pour nourrir leur enfant. Ainsi, la proportion d'enfants allaités diminue en fonction de l'éloignement géographique et augmente en fonction du revenu des ménages. L'âge de la mère semble aussi influencer ce choix : les mères âgées de 26 à 34 ans optent en plus forte proportion pour l'allaitement que les mères plus jeunes ou plus âgées (CSSSPNQL, 2013)^[15].
- » Des données recueillies en 2008 indiquent qu'un groupe de soutien à l'allaitement était présent dans 9 des 21 communautés des Premières Nations sondées^[16].
- » Les enfants autochtones sont atteints de manière disproportionnée par la carie de la petite enfance ou carie du biberon. Celle-ci est ainsi présente chez 18,7 % des nourrissons^[17]. La prévalence de la carie du biberon est plus élevée chez les enfants issus d'un ménage à faible revenu (CSSSPNQL, 2013)^[18].
- » La déficience en vitamine D est une problématique courante chez les femmes enceintes des Premières Nations et inuites^[19]. Une carence en vitamine D chez la femme enceinte ou allaitante peut se traduire par des réserves inadéquates en vitamine D chez le nourrisson et avoir des conséquences néfastes sur sa santé, dans le futur. Le Programme canadien de surveillance pédiatrique a rapporté 104 cas confirmés de rachitisme (par carence sévère en vitamine D) chez les jeunes enfants au Canada entre 2002 et 2004. Une proportion élevée de ces cas était de descendance des Premières Nations (13 %) et inuite (12 %)^[20, 21].

Alimentation des jeunes enfants

Les problèmes d'obésité auxquels font face les Premières Nations ne touchent pas que les adultes. Ainsi, on dénote une forte proportion d'enfants présentant un surpoids ou encore de l'obésité. Les choix alimentaires des jeunes enfants tout comme les activités sédentaires qu'ils pratiquent peuvent expliquer en partie ces problèmes de poids.

- » Selon des données de 2008, chez les enfants âgés de 2 à 5 ans, 13,0 % présentent un surpoids et 35,0 % souffrent d'obésité. On note également que la proportion d'enfants présentant un problème d'obésité augmente en fonction de l'éloignement géographique^[22].
- » Les aliments à haute teneur en calories vides font partie du régime alimentaire d'un bon nombre d'enfants. En effet, 44,9 % des enfants consomment des repas minute (hamburger, pizza, frites, etc.) plusieurs fois par semaine et 22,0 % des enfants de moins de 5 ans mangent des sucreries (bonbons, gâteaux, biscuits, etc.) quotidiennement. La consommation d'aliments comportant des calories vides par les enfants est inversement proportionnelle au revenu des ménages. Ainsi, plus d'enfants vivant au sein d'un ménage ayant touché moins de 20 000 \$ en consomment quotidiennement, comparativement à ceux issus des ménages plus fortunés (CSSSPNQL, 2013)^[23].
- » Chez les Premières Nations, près des deux tiers (63,3 %) des parents d'enfants âgés de 5 ans et moins considèrent que leur enfant a une diète toujours ou presque toujours équilibrée (CSSSPNQL, 2013)^[24].
- » La pratique d'activités sédentaires fait partie du quotidien de nombreux enfants : 35,4 % des enfants âgés de 5 ans et moins regardent la télévision plus de 90 minutes par jour et seulement 18,6 % moins de 30 minutes par jour (CSSSPNQL, 2013)^[25].
- » Selon une étude publiée en 2013, la carie de la petite enfance affecte une grande proportion d'enfants d'âge préscolaire des Premières Nations : 30,9 % des enfants âgés de 3 à 5 ans en seraient atteints^[26].



Allaitement maternel – recommandations de base

À la fin des années 1960, l'allaitement maternel atteignait le plus bas taux jamais vu : c'était le règne du biberon, symbole de modernité^[27].

Depuis les 30 dernières années, le retour graduel à l'allaitement a beaucoup aidé à améliorer la santé des nourrissons. Il est dorénavant possible d'affirmer que l'allaitement pourrait réduire de façon significative le développement de plusieurs maladies et procure des bienfaits pour la mère et l'enfant. Depuis déjà plusieurs années, de plus en plus de recherches démontrent les nombreux avantages de l'allaitement maternel pour la santé de la mère et celle de son enfant^[28]. Toutefois, ces bienfaits pour la santé sont souvent abordés rapidement ou même trop souvent méconnus d'une grande majorité de la population.

La recommandation mondiale pour l'allaitement exclusif au sein s'applique jusqu'à l'âge de six mois et idéalement jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà, conjointement avec une alimentation complémentaire^[68]. Il est important de souligner que plusieurs des bienfaits mentionnés ci-après sont dose-dépendants, c'est-à-dire que plus l'allaitement est maintenu, plus les bienfaits pour la santé sont notables. Des études peuvent maintenant démontrer un lien entre un allaitement prolongé et une moindre incidence de problèmes de santé. Les bienfaits pour la mère sont aussi dose-dépendants.

Liens utiles

- > OMS - Allaitement
- > La Ligue La Leche
- > Le guide Mieux vivre avec son enfant (INSPQ)



- > Naître et grandir
- > Santé Canada – Nutrition du nourrisson

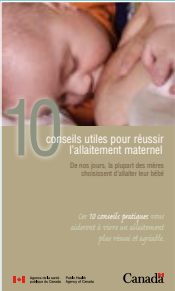
LE SAVIEZ-VOUS ?

Les bébés nourris par allaitement exclusif au sein devraient recevoir un supplément quotidien de vitamine D (400 IU) pendant la durée de l'allaitement (jusqu'à l'âge de 24 mois).

Kanesatake est la première communauté autochtone en Amérique du Nord à avoir obtenu l'accréditation « Amis des bébés » de l'UNICEF et l'OMS.

Liens utiles

- > Article de Kanesatake sur le renouement avec l'allaitement dans la communauté (Anglais seulement)
- > Dix conseils utiles pour réussir l'allaitement maternel (ASPC)



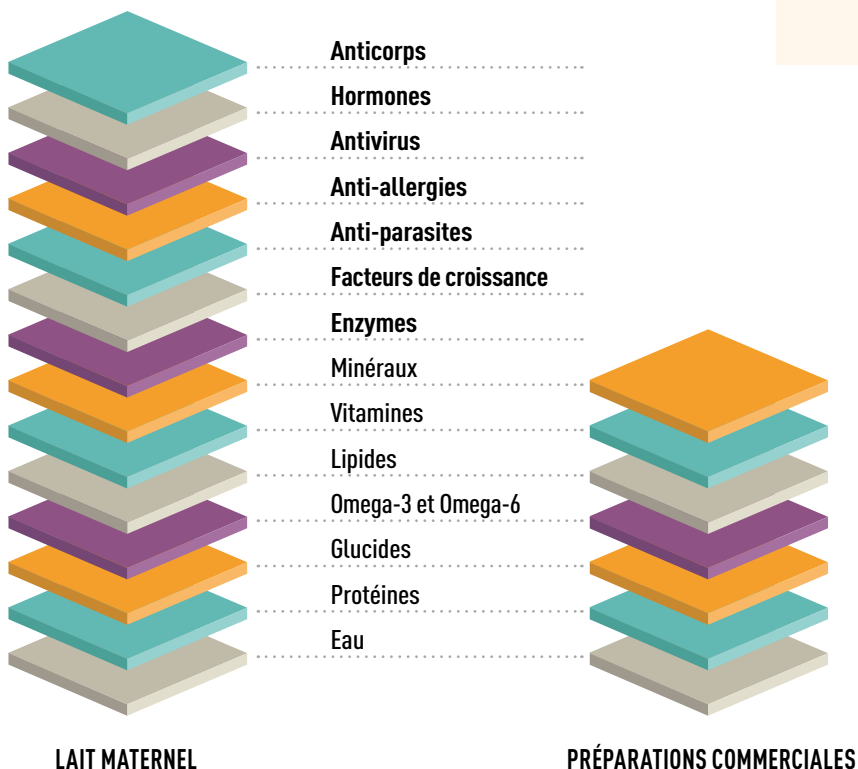
Avantages de l'allaitement pour l'enfant

- » Le lait humain consommé tout au début de la vie joue un rôle important dans le contrôle du poids des enfants et des adultes qu'ils deviendront^[29, 30] et fournit une protection modérée contre l'obésité plus tard dans la vie.
- » Une étude démontre que les allergies étaient significativement moins fréquentes chez les enfants allaités plus de six mois en comparaison avec ceux allaités moins de six mois^[31].
- » Le lait maternel contient tout ce dont le bébé a besoin : protéines, lipides, lactose, vitamines, fer, anticorps, minéraux, eau et enzymes. Le contenu du lait s'adapte également en fonction de l'âge et des besoins de l'enfant. Il ne contient pas de bactéries et a des propriétés anti-infectieuses.
- » Le lait maternel contient des substances empêchant le développement de bactéries nocives dans les intestins du bébé et l'apparition d'infections gastro-intestinales et diarrhéiques.
- » Les bébés nourris au sein sont moins sujets au syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN)^[32] et présentent moins d'infections de l'oreille moyenne, moins d'infections respiratoires^[33] ainsi qu'un risque moindre de développement d'allergies, d'eczéma, d'asthme, de cardiopathies, de cancer, de diabète de l'enfant et d'obésité.
- » Le lait maternel a un goût qui peut varier légèrement selon l'alimentation de la mère, ce qui habitue le bébé à diverses saveurs.

LE SAVIEZ-VOUS ?

*Durant la période d'allaitement, il est possible de consommer de l'alcool de manière sécuritaire pour son enfant en respectant certaines conditions. Référez-vous à l'**Annexe 1** pour connaître le temps qu'il faut à l'alcool pour s'éliminer du lait maternel.*

Le lait maternel contient plus de bonnes substances que les préparations commerciales



Avez-vous déjà fait la comparaison entre ce que le lait maternel fournit aux bébés et les préparations commerciales ? Voir le graphique ci-haut !

Liens utiles

> Dix bonnes raisons pour allaiter votre bébé (ASPC)



> La Fédération Nourri-Source

> Initiative des amis des bébés au Québec (MSSSQ)

Avantages de l'allaitement pour la mère

- » L'allaitement réduit les saignements postnatals et le risque d'anémie. Il aide la mère à retrouver plus facilement son poids initial et peut ainsi aider à prévenir l'obésité. Les mères allaitantes ont souvent plus confiance en elles et contrôlent mieux leur niveau de stress. Elles développent également un meilleur attachement à leur bébé. Tout cela grâce à la sécrétion de l'ocytocine qui, en période d'allaitement, agit non seulement sur l'état physiologique, mais également sur l'état psychologique de la mère^[34].
- » L'allaitement réduit l'incidence de l'hypertension et des maladies du cœur (incluant les arrêts cardiaques), ainsi que l'hypercholestérolémie. De plus, il augmenterait le taux de bon cholestérol (HDL)^[35].
- » Une étude démontre que l'allaitement diminue le risque pour la mère de développer un diabète de type II et que, plus la période d'allaitement est longue, moins les risques de le développer sont élevés^[36].
- » Les mères avec une histoire de diabète gestationnel qui allaitent ont un taux de sucre dans le sang inférieur à celles qui n'allaitent pas. La perte de poids optimale qu'apporte l'allaitement à ces femmes plus à risque de développer le diabète de type II les aide directement à ce propos plus tard dans leur vie^[37]. D'un autre côté, les femmes atteintes de diabète de type I avant la grossesse auront besoin de moins d'insuline si elles allaitent, du fait de leur taux réduit de sucre dans le sang.

Avantages pour la mère et son enfant

- » L'allaitement ne consiste pas seulement à alimenter le bébé. Il améliore le lien émotionnel entre l'enfant et la mère, il apporte de la chaleur, de l'amour et de l'affection.
- » Le lait maternel est facilement disponible, est toujours à la bonne température et permet d'économiser de l'énergie, du temps et de l'argent (pas de préparation commerciale ou de biberons).
- » Les bébés nourris au sein sont en meilleure santé, moins malades, ce qui donne lieu à une diminution des coûts en soins de santé et à une diminution des absences au travail des parents.

L'Initiative des amis des bébés (IAB)

En 1991, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) ont mis sur pied l'Initiative des Hôpitaux amis des bébés (IHAB) qui vise la création de milieux de soins où l'allaitement maternel constitue la norme. Elle a pour but d'assurer à chaque enfant le meilleur départ possible dans la vie. Au Canada, l'IHAB est devenue l'Initiative des amis des bébés (IAB). Celle-ci favorise la mise en place de pratiques favorables à l'allaitement non seulement dans les services de maternité, mais aussi dans les autres milieux fréquentés par les mères, les pères et les familles.

Les 10 conditions pour le succès de l'allaitement selon l'Initiative des amis des bébés ^[38,39,40]

Comme mentionné dans le portrait de la situation actuelle, le taux d'allaitement dans les communautés des Premières Nations (35,4 % en 2008) est beaucoup plus bas que celui dans la population générale du Québec (85,1 % en 2005-2006). En 1991, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF ont mis sur pied l'Initiative des amis des bébés (IAB), un programme international qui a pour but d'encourager la mise en œuvre des « dix conditions pour le succès de l'allaitement » déterminées par ces deux organisations en 1989 pour favoriser l'initiation et le maintien de l'allaitement. Le tableau 1 à la page suivante présente ces 10 conditions.

Liens utiles

- > Le Comité canadien pour l'allaitement
- > Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel, un guide pratique pour les programmes communautaires
- > Initiative des amis des bébés

LE SAVIEZ-VOUS ?

Instaurer même une seule condition de l'Initiative des amis des bébés est déjà un pas vers la création d'un environnement favorable à l'allaitement dans votre communauté!

TABLEAU 1

Les 10 conditions pour le succès de l'allaitement

Politique	Adopter une politique d'allaitement formulée par écrit et portée systématiquement à la connaissance de tous les intervenants en santé et les bénévoles.
Formation	S'assurer que tous les intervenants en santé ont les connaissances et les habiletés nécessaires pour mettre en œuvre la politique d'allaitement.
Préparation prénatale	Informar les femmes enceintes et leur famille de l'importance et de la gestion quotidienne de l'allaitement.
Contact précoce	Placer les bébés en contact peau à peau avec leur mère dès la naissance et de façon ininterrompue pour au moins une heure ou jusqu'à la fin de la première tétée ou aussi longtemps que la mère le désire. Aider les mères à reconnaître le moment où leur bébé est prêt à téter et leur offrir de l'aide au besoin.
Assistance	Aider les mères à commencer l'allaitement et à maintenir la lactation en cas de problèmes incluant sa séparation du nourrisson.
Utilisation de substituts	Encourager les mères à allaiter exclusivement pendant les six premiers mois, à moins que des substituts de lait maternel soient indiqués médicalement.
Placement de l'enfant auprès de sa mère	Faciliter la cohabitation 24 heures sur 24 pour toutes les dyades mères-bébés : mères et bébés restent ensemble.
Allaitement à la demande	Encourager l'allaitement selon les signes du bébé; encourager la poursuite de l'allaitement au-delà de six mois au moment de l'introduction appropriée d'aliments complémentaires.
Tétines et sucettes	Encourager les mères à nourrir et à prendre soin de leur bébé sans avoir recours à une suce d'amusement ou à une tétine artificielle.
Prolonger le soutien	Assurer des liens fluides entre les services fournis par l'hôpital, les services de santé communautaires et les groupes d'entraide en allaitement.

Source : Centre de ressources Meilleur départ et Initiative Amis des bébés Ontario (2013).
L'Initiative Amis des bébés : principaux messages et ressources.

Recommandations pour situations particulières

Certaines situations peuvent entraver le commencement et la durée de l'allaitement, mais il existe de meilleures pratiques favorisant l'allaitement dans de telles situations.

Allaitement exclusif chez les bébés prématurés

L'allaitement ou le fait de donner du lait humain aux bébés prématurés a, entre autres, été associé à la diminution des infections, à une amélioration du développement neurologique de l'enfant et à une diminution du nombre de réadmissions à l'hôpital chez les nouveau-nés prématurés. L'allaitement d'un bébé prématuré peut être éprouvant puisqu'il n'a pas atteint le même degré de développement physiologique et neuromusculaire qu'un bébé né à terme^[41].

- » Le contact peau à peau entre la mère et le nouveau-né est recommandé, car il permet un accès plus facile au sein et le contact augmente l'écoulement du lait^[42].
- » Un congé de l'hôpital rapide avec un soutien en allaitement 24/7 par des professionnels et des pairs permet aux mères de se sentir soutenues et plus à l'aise.
- » La surveillance de la prise de poids et du lait consommé suscite un sentiment d'auto-efficacité chez les mères et les encourage dans la poursuite de l'allaitement.

Liens utiles

Les sites Internet suivants offrent de l'information sur les effets de la consommation de drogues pendant l'allaitement et offrent des recommandations pour les parents :

- > Centre IMAGe du CHU Ste-Justine
<https://www.chusj.org/en/Care-Services>
- > Portail d'information périnatale de l'INSPQ (section « Les Fiches »)
- > Motherisk
- > LactMed
(aussi disponible en application mobile, sur iTunes, Google Play ou sur www.toxnet.nlm.nih.gov/help/lactmedapp.htm)

LE SAVIEZ-VOUS ?

Concernant la consommation de drogues : l'accompagnement par un médecin ou un spécialiste en allaitement est fortement recommandé. En effet, le passage de ces substances dans le lait maternel, le temps d'élimination et les effets sur le nourrisson varient d'une drogue à l'autre et dépendent aussi de la dose, de l'état de santé de la mère et du bébé ainsi que de la prise concomitante de médicaments.

ALCOOL ET DROGUES DURANT L'ALLAITEMENT ^[43, 44, 45, 46, 47]

Méfais et recommandations

TABEAU 2

Alcool et drogues : effets sur le nourrisson et recommandations – Table

Substance	Effets sur le nourrisson	Durée de p
Alcool ^[46, 48, 49]	<ul style="list-style-type: none"> > Diminution des boires > Hypoglycémie > Perturbation du sommeil > Altération du développement moteur 	<ul style="list-style-type: none"> > Dépend o de conso en pages
Substance	Effets sur le nourrisson	Durée de p
Nicotine ^[50, 51, 52, 53] (cigarettes et thérapies de remplacement de la nicotine : patchs, pastilles, gommes, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> > Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) > Infections des voies respiratoires (bronchite, pneumonie) > Otite > Asthme et allergies 	<ul style="list-style-type: none"> > Pic entre > Environ 2
Cannabis ^[46, 54, 55, 56] (Marijuana)	<ul style="list-style-type: none"> > Léthargie > Irritabilité > Mauvaise alimentation > Retards de développement de la motricité 	<ul style="list-style-type: none"> > Plusieurs (se lie au lentemen
Caféine ^[46, 57] (café, thé, boissons gazeuses, boissons énergisantes et chocolat)	<ul style="list-style-type: none"> > Irritabilité, nervosité > Perturbation du sommeil > Diminution du fer dans le lait maternel (la cigarette en augmente les effets) 	<ul style="list-style-type: none"> > Niveau m consomr
Stimulants ^[44, 55, 58] (cocaïne, crack, méthamphétamine)	<ul style="list-style-type: none"> > Irritabilité > Agitation > Somnolence > Perturbation du sommeil > Risque de transmission d'infections si la mère s'injecte (p. ex. VIH, hépatite B) 	<ul style="list-style-type: none"> > Vomissements > Tremblements > Mauvaise alimentation
Opiacés ^[44, 55, 59] (morphine, codéine, fentanyl, héroïne)	<ul style="list-style-type: none"> > Somnolence > Vomissements > Difficultés respiratoires > Risque de transmission d'infections si la mère s'injecte (p. ex. VIH, hépatite B) 	<ul style="list-style-type: none"> > Tremblements > Mauvaise alimentation > Symptômes de sevrage > Décès

au résumé

Présence dans le lait maternel	Recommandations
du poids de la mère et du nombre de consommations (voir tableau à l'Annexe 1 (30-31))	<ul style="list-style-type: none"> > 1 consommation : allaiter avant puis attendre 2 à 3 heures avant la prochaine tétée > 1 consommation : utiliser du lait exprimé à l'avance
Présence dans le lait maternel	Recommandations
30 et 60 minutes après la tétée 2 à 3 heures pour éliminer	<ul style="list-style-type: none"> > Ne pas exposer le bébé à de la fumée secondaire > Attendre 2 à 3 heures après avoir fumé (ou plus, si possible) avant d'allaiter
5 jours à plusieurs semaines (tissu adipeux puis est libéré (ant))	<ul style="list-style-type: none"> > S'abstenir ou se limiter à une consommation occasionnelle > Ne pas exposer le bébé à de la fumée secondaire > À discuter avec l'équipe de soin
maximal : environ 1 heure après la consommation	<ul style="list-style-type: none"> > Diminuer la consommation de caféine à moins de trois tasses/jour > Choisir des options décaféinées > Éviter de la combiner avec la cigarette
36 heures selon substance et dose	<ul style="list-style-type: none"> > Ne pas allaiter dans les 24 heures suivant la consommation > À discuter avec l'équipe de soin
selon la substance et la dose	<ul style="list-style-type: none"> > Ne pas allaiter > Délai avant de pouvoir allaiter variable – à discuter avec l'équipe de soin

Liens utiles

- > **Annexe 1** : Temps (heures:minutes) requis pour éliminer l'alcool du lait maternel selon le poids de la mère et le nombre de consommations.
- > **Annexe 3** : le tableau de l'*Academy of Breastfeeding Medicine* présente les recommandations pour la prise en charge des mères ayant un problème de dépendances à l'alcool ou aux drogues.

Abus et dépendance

Les femmes souffrant de dépendance à l'alcool ou aux drogues devraient recevoir le soutien et les soins leur permettant d'allaiter leur enfant en toute sécurité, ce qui devrait idéalement inclure une prise en charge individualisée par une équipe multidisciplinaire et leur participation à un programme de traitement des dépendances. Plusieurs critères devraient être pris en considération afin d'évaluer les risques et les bienfaits de l'allaitement pour le nourrisson : l'historique des traitements de dépendances, les antécédents médicaux et psychiatriques, la médication, l'état de santé du nourrisson, la présence de soutien familial et communautaire adéquat et l'accessibilité à des soins médicaux, psychiatriques et pédiatriques. Un plan de soins les préparant à l'allaitement, à la période post-partum, à leur rôle de parent et aux options de traitement devrait être élaboré pour chacune de ces femmes durant la période prénatale. Ce plan de soins devrait inclure des directives sur les conséquences de la consommation durant l'allaitement, ainsi que des instructions sur l'utilisation sécuritaire des préparations commerciales pour nourrissons lorsque l'allaitement est contre-indiqué. Dans tous les cas, il est important de travailler avec les mères en fonction de leur niveau de motivation^[60, 43, 44, 45].

Substituts de lait maternel et suppléments nutritionnels – recommandations de base

Bien que l'allaitement représente le meilleur mode d'alimentation du nourrisson, certaines mères ne peuvent pratiquer l'allaitement exclusif de leur bébé. Santé Canada recommande, lorsqu'il n'est pas possible de donner le sein, d'extraire le lait manuellement, ou de recourir à du lait de donneuses provenant d'une banque de lait humain respectant les lignes directrices de la *Human Milk Bank Association of America*, lorsque disponible, avant de passer aux préparations commerciales pour nourrissons.

Cette section offre de l'information sur le choix du type de préparation commerciale pour nourrisson, sur les indications d'utilisation de substituts de lait maternel et de suppléments nutritionnels (ex. : vitamine D), ainsi que sur les bonnes pratiques de prévention de la carie du biberon.

TYPES DE SUBSTITUTS DE LAIT MATERNEL

Lait provenant de donneuses

- » Il est recommandé de n'utiliser que du lait provenant d'une banque de lait respectant les lignes directrices de la *Human Milk Bank Association of North America* et ce, même si les banques de lait maternel sont encore rares au Canada^[61].

Préparations commerciales pour nourrissons

Il existe plusieurs types de préparations commerciales sur le marché. Au Canada, ces préparations doivent se conformer au Règlement sur les aliments et les drogues et leurs fabricants doivent démontrer que leur composition favorise la croissance et le développement du nourrisson. Les principales catégories de préparations commerciales pour nourrisson sont celles à base de lait de vache, celles à base de lait de soya et les préparations pour usage médical spécifique.

Préparations à base de lait de vache

Elles constituent la norme pour les bébés nés à terme et en santé qui ne sont pas allaités exclusivement^[64].

- » À teneur plus élevée en fer : peuvent être indiquées chez les bébés à risque de carence en fer, c'est-à-dire ceux dont le poids de naissance était inférieur à 3000 g et ceux dont la mère était atteinte de diabète ou consommait de l'alcool excessivement pendant la grossesse. Il est recommandé de faire des tests pour évaluer les réserves en fer de ces bébés afin de déterminer s'ils devraient recevoir des suppléments de fer^[64].
- » Sans lactose : ne comportent aucun avantage par rapport aux préparations ordinaires à base de lait de vache^[64].
- » Partiellement hydrolysées : bienfaits pour la santé non démontrés de manière concluante^[64].
- » Épaissies : pas d'indication d'utiliser des préparations commerciales épaissies ou d'ajouter un agent épaississant (p. ex. : amidon de riz, céréales) au lait pour éviter le reflux ou aider au sommeil^[24, 64].

Les cas de reflux sévères devraient être évalués par l'équipe de soins.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Le Québec a mis en place une banque de lait maternel à l'hiver 2014. Le mandat a été confié à Héma-Québec. Cette banque est destinée aux grands prématurés (nés à 32 semaines ou moins) qui ne peuvent être allaités. Outre la grande région de Montréal et Laval, il est prévu que, sur le plan régional, la distribution se fasse par le Centre hospitalier de Rimouski, le CSSS de Chicoutimi et le CSSS de Gatineau^[61, 62, 63].

Préparations à base de soya

Elles s'adressent uniquement aux nourrissons atteints de galactosémie et à ceux qui ne peuvent pas consommer de produits à base de lait de vache pour des motifs d'ordre culturel et religieux^[25, 64]. La galactosémie est une maladie due à l'absence d'enzymes qui transforment normalement le galactose contenu dans le lait en glucose directement assimilable par l'organisme.

Autres sources de lait^[84, 91]

- » Il est possible de remplacer les préparations commerciales pour nourrisson par du lait de vache homogénéisé (3,25 % de M. G.) à partir de l'âge de 9 mois si l'enfant consomme des aliments riches en fer de façon régulière. Par contre, il est préférable d'attendre l'âge de 2 ans.
- » Le lait écrémé (0 % ou 1 % de M. G.) n'est pas recommandé avant l'âge de 2 ans. Il vaut mieux privilégier le lait contenant 2 % de matières grasses et plus pour les tout-petits.
- » Chez l'enfant qui ne peut consommer de lait de vache, les préparations commerciales pour nourrisson à base de soya sont recommandées jusqu'à l'âge de 2 ans.
- » Les substituts de lait d'origine végétale (boissons de soya, riz, amande, noix de coco, etc.) ne peuvent remplacer le lait de vache avant l'âge de deux ans.

Liens utiles

- > Pour en savoir plus sur la préparation, l'utilisation, la manipulation et l'entreposage sécuritaire des préparations en poudre pour nourrissons, référez-vous à l'annexe 2.

Les bienfaits des préparations contenant des acides gras essentiels (Oméga-3 et Oméga-6) ne sont pas démontrés de manière concluante^[64].

Les données sont insuffisantes quant aux bienfaits des nucléotides dans les préparations qui en contiennent^[64].

INDICATIONS SUR LES SUPPLÉMENTS NUTRITIONNELS (VITAMINES ET AUTRES)

Vitamine D^[87, 88, 70]

- » Les bébés allaités partiellement devraient recevoir un supplément de 10 µg de vitamine D (400 IU, même dose que pour ceux allaités exclusivement) pendant la première année de leur vie.
- » Les bébés qui ne sont pas allaités n'ont généralement pas besoin de supplément de vitamine D.
- » Accorder une attention particulière aux peuples des Premières Nations et des Inuits (dont les mères ont plus de carence en vitamine D, donc les nourrissons moins de réserves à la naissance).
- » Accorder une attention particulière aux nourrissons dont les mères n'ont pas pris de vitamines prénatales, car il pourrait y avoir des carences chez le bébé.

Fer^[70]

- » La carence en fer est plus probable pour les enfants dont le poids à la naissance est inférieur à 3000 grammes et ceux dont la mère était atteinte de diabète ou consommait excessivement d'alcool pendant la grossesse.
- » Il est recommandé de faire des tests pour évaluer les réserves en fer de ces bébés afin de déterminer s'ils devraient recevoir des suppléments.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Chez les jeunes enfants de moins de 9 mois, éviter le lait qui n'est pas destiné spécifiquement au nourrisson, tel que le lait de vache (incluant le lait évaporé comme Carnation), de chèvre, de soya, etc.^[64].

Autres suppléments

- » Il n'existe pas de preuves sur les bienfaits des suppléments de vitamine A donnés à la mère ou à l'enfant de moins de 6 mois.
- » Il n'existe pas de preuves suffisantes permettant de dire que les prébiotiques ou les probiotiques ajoutés aux substituts de lait maternel sont bénéfiques pour la santé^[64, 31, 90, 65].

Prévention de la carie du biberon^[86, 77, 74, 75, 76]

- » L'utilisation prolongée (jour et nuit) du biberon favorise de façon importante le développement de la carie.
- » Offrir les liquides dans une tasse ouverte à partir de l'âge de 6 mois (sauf les préparations commerciales pour nourrisson) prévient la carie.
- » Ne pas donner de boissons sucrées ou ajouter du sucre au biberon.
- » Commencer le brossage avant l'apparition de la première dent avec une débarbouillette sur les gencives.
- » Promouvoir et soutenir l'utilisation de vernis fluorés sur les dents au moins une fois par année.
- » Promouvoir l'application d'agents de scellement sur les surfaces occlusales dès l'apparition des molaires.
- » Promouvoir l'utilisation du dentifrice fluoré chez tous les enfants (de la taille d'un grain de riz pour les nourrissons et de la taille d'un petit pois pour les enfants).

Liens utiles

- > Pour savoir comment donner le biberon et la fréquence du boire : Le guide Mieux vivre avec son enfant (INSPQ)



- > Pour savoir les raisons médicales et conditions justifiant l'utilisation de substituts de lait maternel, référez-vous à l'Annexe 3.

.....
L'intolérance au lactose est extrêmement rare chez le nourrisson. Elle est souvent confondue avec l'allergie aux protéines du lait de vache. L'allergie aux protéines du lait de vache doit être confirmée par l'équipe de soins, laquelle recommandera alors le type de préparation commerciale à utiliser^[91].

Liens utiles

- > Le guide Mieux vivre avec son enfant (INSPQ)
- > Site Web Naître et grandir
- > Guide sur l'alimentation de 0 à 4 ans de la CSSSPNQL

Introduction aux aliments complémentaires et alimentation du jeune enfant – recommandations de base

La saine alimentation du jeune enfant réfère notamment à la qualité nutritionnelle des aliments, mais également à l'ensemble des environnements dans lesquels évolue l'enfant. Cette section présente un résumé des recommandations pour les nourrissons âgés de 6 mois à un an, puis pour les enfants âgés de 1 à 6 ans, en plus des bonnes pratiques alimentaires à instaurer dès la petite enfance.

ENFANTS ÂGÉS DE 6 MOIS À 1 AN ^[77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85]

Introduction des aliments complémentaires

Les bébés ont des besoins énergétiques relativement élevés à cause de leur rythme de croissance et de développement. Jusqu'à l'âge de 6 mois, ces besoins sont complètement comblés par le lait maternel ou les préparations commerciales. Il est donc recommandé d'introduire les aliments complémentaires à l'âge de six mois, tout en continuant l'allaitement. Il est important de mentionner que le lait maternel reste l'aliment à privilégier jusqu'à l'âge d'un an. Les aliments introduits complètent l'alimentation du nourrisson. Plusieurs signes peuvent indiquer que le bébé est prêt à consommer des aliments. Pour les connaître, référez-vous aux liens dans l'encadré.

Pourquoi ne pas introduire les aliments solides avant l'âge de 4 mois ? Parce que le corps de l'enfant n'est pas prêt pour ce changement. Sa capacité de digestion est limitée, ses reins ne sont pas assez développés, son système immunitaire est très fragile, il n'a pas encore la capacité d'avaler, de tenir son cou, de se tenir assis sur une chaise, etc.

Par contre, il est important d'introduire les aliments solides avant l'âge de 7 à 9 mois, pour éviter les risques de retard de croissance et de carences en nutriments. Les laits (maternels ou préparations commerciales) ne suffisent plus aux besoins du bébé. Si l'on dépasse cette limite d'âge, certains problèmes pourraient survenir tels que la préférence pour les aliments liquides et le refus d'aliments consistants. C'est également à cet âge que les préférences de saveurs et de textures sont établies.

Lorsque le nourrisson âgé de 9 à 12 mois, non allaité, consomme régulièrement une variété d'aliments riches en fer (viandes et substituts, produits céréaliers enrichis en fer), le lait de vache homogénéisé (3,25 % de M. G.) pasteurisé peut remplacer la préparation pour nourrisson comme principale source de lait.

Premiers aliments introduits

Il est recommandé d'introduire en premier les aliments riches en fer tels que le gibier, les viandes, les volailles, les poissons, les œufs, les légumineuses, le tofu, les céréales enrichis en fer, etc. Les réserves en fer du nourrisson sont beaucoup plus restreintes à cet âge, c'est pourquoi il est important de privilégier les aliments riches en fer. Par la suite, les autres aliments sont intégrés à l'alimentation du nourrisson : les fruits, les légumes, les produits laitiers, etc. L'introduction des aliments complémentaires s'adapte aux valeurs et habitudes alimentaires de la famille.

Il est recommandé d'introduire un seul aliment à la fois, de ne pas les mélanger, car cela permet au bébé de réellement découvrir la saveur de l'aliment et aux parents d'être vigilants en ce qui a trait aux allergies. On doit miser sur les aliments nutritifs et sur la variété, en s'adaptant aux besoins et aux capacités du nourrisson. Exposer très tôt l'enfant à une grande variété alimentaire lui permet de développer ses goûts et facilitera l'initiation à de nouveaux aliments au cours de son enfance.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Lors de l'introduction d'un nouvel aliment, le nourrisson peut avoir des haut-le-cœur. Il s'agit d'un réflexe normal pour éviter qu'il ne s'étouffe.

Liens utiles

- > Santé Canada a publié en 2014 de nouvelles lignes directrices pour la nutrition de l'enfant âgé de 6 à 24 mois.
- > Le guide Mieux vivre avec son enfant (INSPQ)
- > Site Web Naître et grandir

Liens utiles

- > Pour faire des choix éclairés concernant le contenu en mercure des poissons : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/chem-chim/envIRON/merc/cons-adv-etud-fra.php>, ou <http://www.extenso.org/article/quels-poissons-contiennent-le-plus-de-mercure/>
- > www.extenso.org
- > Association québécoise des allergies alimentaires : <http://allergies-alimentaires.org/fr>
- > <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourisson/recom/recom-6-24-months-6-24-mois-fra.php#a6>

Texture des aliments

Il est recommandé de modifier graduellement la texture des aliments d'un repas à l'autre, en demeurant attentifs aux réactions du bébé. L'enfant peut commencer en mangeant des purées lisses, mais certains bébés acceptent facilement de manger des purées plus épaisses ou écrasées à la fourchette.

Hydratation

De l'eau pure et propre (bouillie si nécessaire) doit être donnée plusieurs fois par jour au nourrisson pour étancher sa soif. Les liquides ayant une faible valeur nutritive comme les boissons sucrées et le jus sont à éviter.

Selon les nouvelles recommandations de Santé Canada, il serait possible et sécuritaire, lors de l'introduction de liquides autres que le lait maternel, de le faire avec une tasse ouverte.^[93]

Préparation et conservation saines des aliments

Les aliments destinés au nourrisson et au jeune enfant doivent être préparés, servis et entreposés de façon salubre et sécuritaire. Pour des informations sur le sujet, référez-vous à publication suggérée dans l'encadré situé à droite de cette page. Certaines précautions sont à prendre concernant le poisson et le gibier sauvages.

Allergies alimentaires^[89, 90]

Selon les nouvelles recommandations, il n'est plus nécessaire d'attendre avant de donner des aliments potentiellement allergènes à l'enfant, même s'il est à risque de développer une allergie (si l'enfant a un parent, une sœur ou un frère ayant des allergies alimentaires), il serait prudent d'en parler avec un médecin ou un allergologue. Il faut toutefois respecter la recommandation qui stipule un délai de 3 jours entre chaque initiation à un nouvel aliment. Ainsi, il sera possible de connaître la cause d'une éventuelle réaction allergique.

Au Canada, la majorité des réactions allergiques graves sont causées par les 10 aliments considérés allergènes : les noix, les œufs, le soya, les arachides, le blé, les fruits de mer

(poissons, crustacés et mollusques), les graines de sésame, le lait, les sulfites et la moutarde.

COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES DE L'ENFANT

La saine alimentation du jeune enfant dépend non seulement de la qualité des aliments, mais également des réponses aux questions : comment, quand, où et avec qui les repas sont-ils pris? On peut inviter les parents à créer un environnement favorable pendant les repas, en respectant les signes de faim et de satiété, en encourageant l'enfant à manger sans le forcer et en limitant les distractions.

Pour favoriser le développement de saines habitudes alimentaires et pour mieux comprendre son enfant, il faut garder en tête l'ensemble des conditions qui influencent ses comportements alimentaires :

- » Les facteurs individuels comme l'âge, le sexe, les préférences, la crainte de manger de nouveaux aliments, etc.;
- » L'environnement socioculturel : la culture, la famille, les amis, le service de garde, les médias, etc.;
- » L'environnement physique : la disponibilité et l'accessibilité des aliments, la grosseur des portions, la vaisselle, etc.;
- » L'environnement politique : la mise en œuvre d'une politique alimentaire dans la communauté;
- » L'environnement économique : le coût des aliments, les stratégies marketing dans les supermarchés, etc.

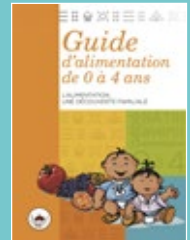
DÉVELOPPEMENT DU GOÛT

Le goût commence à se développer durant la grossesse. Ce processus se poursuit par la transmission des saveurs dans le lait maternel et continue durant l'initiation aux aliments. Aimer les aliments, ça s'apprend! Par exemple, l'être humain a une attirance innée pour le goût sucré, tandis que son goût pour les aliments acides et amers se développe avec le temps. Le goût se développe à un rythme différent pour chaque enfant. Habituellement, le bébé regarde, sent, touche, goûte et puis mange l'aliment. Le passage d'une étape à l'autre peut prendre un certain temps. Il est possible que l'enfant apprécie d'emblée

Liens utiles

L'enfance est une période cruciale pour l'adoption de comportements alimentaires sains. Les facteurs à considérer sont présentés dans plusieurs documents de référence :

- > Le Guide d'alimentation de 0 à 4 ans (CSSSPNQL)



- > « Comment nourrir son enfant » de Louise Lambert-Lagacé, Dt. P : <http://www.louise-lambert-lagace.ca/enfant.htm>

Liens utiles

- > Les formations Croqu'plaisirs et le site Web Nospetitsmangeurs.org d'Extenso
- > Le Cadre de référence Gazelle et Potiron (MFA)



- > Le guide Mieux vivre avec son enfant (INSPQ)
- > Le site Web Naître et grandir

les nouveaux aliments, mais il arrive souvent qu'il les refuse. Toutefois, cela est une étape à respecter dans le processus.

Il est possible de créer un environnement favorable au développement des nouveaux goûts, en utilisant des stratégies éducatives, en privilégiant certaines attitudes et paroles et en effectuant certaines activités sous le thème de l'alimentation. Il ne faut jamais forcer un enfant à manger. L'adulte est responsable de la qualité des aliments et l'enfant de la quantité qu'il mangera.

RESPECT DE LA FAIM ET DE LA SATIÉTÉ

Jusqu'à l'âge de 3 ans, le bébé a le réflexe de cesser de boire ou de manger, lorsqu'il n'a plus faim. Par la suite, comme les facteurs environnementaux influencent considérablement les signes de faim et de satiété, il devient primordial d'enseigner aux enfants à demeurer à l'écoute de ces signes et à les respecter.

À CHACUN SON RÔLE !

Le rôle des parents (et des responsables en services de garde) est d'insister sur la qualité des aliments, plutôt que sur la quantité. Les aliments nutritifs doivent être privilégiés et comme personne n'est mieux placé que l'enfant lui-même pour évaluer sa faim, il décidera des aliments et de la quantité qu'il souhaite manger.

ALIMENTATION DU JEUNE ENFANT ÂGÉ DE 1 À 6 ANS ^[83, 84, 85]

Les besoins nutritionnels de l'enfant augmentent avec l'âge. Durant la première année de sa vie, le nourrisson fait la découverte d'une grande variété de saveurs et de textures d'aliments. Vers l'âge d'un an, la majorité des enfants mangent les mêmes aliments que le reste de la famille. Il est important de maintenir les bonnes habitudes et de continuer l'initiation à un vaste éventail d'aliments.

Le jeune enfant a besoin d'une alimentation qui est riche en énergie et en éléments nutritifs. Les aliments allégés (ex. : sans gras) n'ont pas leur place dans l'alimentation d'un enfant. Ses besoins étant très grands, mais son estomac petit,

l'enfant gagne à manger fréquemment, c'est-à-dire trois repas par jour, ainsi que deux ou trois collations.

Les efforts déployés depuis la naissance du bébé afin de lui fournir tous les éléments nutritifs dont il a besoin doivent être maintenus en grandissant. On doit offrir à l'enfant une alimentation variée qui inclut des aliments des quatre groupes du Guide alimentaire canadien pour les Premières Nations. De cette façon, il profitera de tous les éléments nutritifs pouvant lui assurer une croissance optimale.

Suppléments de vitamines et minéraux

La prise régulière de suppléments de vitamines et minéraux n'est pas recommandée pour l'ensemble des enfants. Par contre, il est recommandé de donner un supplément de vitamine D aux enfants allaités jusqu'à l'âge de 24 mois (voir section « Substituts de lait maternel et suppléments nutritionnels »).

Toutefois, certains groupes d'enfants présentent plus de risques d'insuffisance alimentaire et tireraient avantage de ces suppléments. Par exemple, les enfants issus de familles défavorisées, particulièrement s'ils font l'objet de mauvais traitements ou de négligence, les enfants qui souffrent d'anorexie, de manque d'appétit chronique ou qui ont de mauvaises habitudes alimentaires, les enfants strictement végétariens et ceux soumis à une diète restrictive en raison d'allergies alimentaires, d'obésité ou de maladies chroniques. Dans ces situations, il est important de consulter un professionnel de la santé (ex. : médecin, nutritionniste, pharmacien).

Liens utiles

- > Guide alimentaire canadien pour les Premières Nations, Inuit et Métis
- > Les apports nutritionnels de référence (ANREF) : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/reference/index-fra.php
- > Extenso : site [Web Nospetits-mangeurs.org](http://Web.Nospetits-mangeurs.org) (en français seulement)
- > Voir ressources en anglais de la formation Croqu'plaisir

Annexes

ANNEXE 1

TEMPS (HEURES:MINUTES) REQUIS POUR ÉLIMINER L'ALCOOL DU LAIT SELON LE POIDS DE LA MÈRE ET LE NOMBRE DE CONSOMMATIONS

Poids de la mère kg (lb)	Nombre de				
	1	2	3	4	5
40,8 (90)	2:50	5:40	8:30	11:20	14:10
43,1 (95)	2:46	5:32	8:19	11:05	13:52
45,4 (100)	2:42	5:25	8:08	10:51	13:34
47,6 (105)	2:39	5:19	7:58	10:38	13:18
49,9 (110)	2:36	5:12	7:49	10:25	13:01
52,2 (115)	2:33	5:06	7:39	10:12	12:46
54,4 (120)	2:30	5:00	7:30	10:00	12:31
56,7 (125)	2:27	4:54	7:22	9:49	12:16
59,0 (130)	2:24	4:49	7:13	9:38	12:03
61,2 (135)	2:21	4:43	7:05	9:27	11:49
63,5 (140)	2:19	4:38	6:58	9:17	11:37
65,8 (145)	2:16	4:33	6:50	9:07	11:24
68,0 (150)	2:14	4:29	6:43	8:58	11:12
70,3 (155)	2:12	4:24	6:36	8:48	11:01
72,6 (160)	2:10	4:20	6:30	8:40	10:50
74,8 (165)	2:07	4:15	6:23	8:31	10:39
77,1 (170)	2:05	4:11	6:17	8:23	10:28
79,3 (175)	2:03	4:07	6:11	8:14	10:18
81,6 (180)	2:01	4:03	6:05	8:07	10:08
83,9 (185)	1:59	3:59	5:59	7:59	9:59
86,2 (190)	1:58	3:56	5:54	7:52	9:50
88,5 (195)	1:56	3:52	5:48	7:44	9:41
90,7 (200)	1:54	3:49	5:43	7:38	9:32
93,0 (205)	1:52	3:45	5:38	7:31	9:24
95,3 (210)	1:51	3:42	5:33	7:24	9:16

Adapté de : Koren G. (2002). *Drinking alcohol while breastfeeding: Will it harm my baby?*, [En ligne], Canadian Family Physician, vol. 48, p. 39-41.

http://www.motherisk.org/prof/updatesDetail.jsp?content_id=347 [Page consultée le 2 novembre 2015].

IT MATERNEL

consommations

6	7	8	9	10	11	12
17:00	19:51	22:41				
16:38	19:25	22:11				
16:17	19:00	21:43				
15:57	18:37	21:16	23:56			
15:38	18:14	20:50	23:27			
15:19	17:52	20:25	22:59			
15:01	17:31	20:01	22:32			
14:44	17:11	19:38	22:06			
14:27	16:52	19:16	21:41			
14:11	16:33	18:55	21:17	23:39		
13:56	16:15	18:35	20:54	23:14		
13:41	15:58	18:15	20:32	22:49		
13:27	15:41	17:56	20:10	22:25		
13:13	15:25	17:37	19:49	22:02		
13:00	15:10	17:20	19:30	21:40	23:50	
12:47	14:54	17:02	19:10	21:18	23:50	
12:34	14:40	16:46	18:51	20:57	23:03	
12:22	14:26	16:29	18:33	20:37	22:40	
12:10	14:12	16:14	18:15	20:17	22:19	
11:59	13:59	15:59	17:58	19:58	21:58	23:58
11:48	13:46	15:44	17:42	19:40	21:38	23:36
11:37	13:33	15:29	17:26	19:22	21:18	23:14
11:27	13:21	15:16	17:10	19:05	20:59	22:54
11:17	13:09	15:02	16:55	18:48	20:41	22:34
11:07	12:58	14:49	16:41	18:32	20:23	22:14

ANNEXE 2

RAISONS MÉDICALES ET CONDITIONS JUSTIFIANT L'UTILISATION DE SUBSTITUTS DE LAIT MATERNEL

Plusieurs raisons médicales et conditions peuvent justifier l'utilisation de substituts de lait maternel de façon permanente, temporaire ou en complément à l'allaitement maternel.

Chez le nourrisson

La galactosémie classique (incapacité de digérer le galactose, sucre présent dans le lait) et le déficit congénital en lactase (à ne pas confondre avec l'intolérance au lactose) constituent les rares situations où le lait maternel ne peut être donné au nourrisson^[64, 69, 70, 71].

- » Le choix de préparation commerciale pour nourrissons doit être discuté avec l'équipe de soins (médecin de famille, pédiatre, endocrinologue, nutritionniste, etc.).
- » Puisqu'il s'agit de conditions génétiques qui persistent durant toute la vie, un suivi étroit de la croissance, de la diète, de l'apport calorique et nutritif du nourrisson par l'équipe de soins est indiqué et devrait se poursuivre lors de l'introduction des aliments complémentaires.

Chez la mère

- » Cause d'arrêt permanent de l'allaitement :
 - > Infection au VIH^[66, 67, 64, 69].
- » Causes d'arrêt temporaire de l'allaitement :
 - > Lésions dues à l'herpès sur les deux seins (temporairement, jusqu'à la disparition des lésions)^[66].
 - > Tuberculose infectieuse non traitée^[66, 64, 69].
 - > Maladie grave qui l'empêche de prendre soin de son bébé^[66, 64].
 - > Prise de médication incompatible avec l'allaitement^[66, 67, 64].
 - > Utilisation de substances illicites : encourager les mères à cesser l'utilisation de ces substances, les avertir des risques associés et leur offrir le soutien nécessaire à l'abstinence. Voir la section sur l'allaitement pour connaître les effets des substances les plus communément consommées.

Ne pas oublier les substances utilisées dans le cadre d'exams diagnostiques, de chirurgies ou de traitements de chimiothérapie (la durée de l'interruption doit être adaptée à la situation et devra être discutée avec l'équipe de soins).

Des conseils et du soutien devraient être fournis à la mère afin qu'elle puisse maintenir sa production de lait pendant l'interruption temporaire.

Il est recommandé de toujours adopter une approche personnalisée, où les risques et les bienfaits de l'allaitement sont discutés.

Conditions pour lesquelles le lait maternel doit être complété avec du lait humain (donneuses/banques de lait maternel) ou des préparations commerciales spécialisées

Les désordres métaboliques chez le bébé tels que la phénylcétonurie et les erreurs innées du métabolisme des acides aminés requièrent la supplémentation du lait maternel avec des préparations commerciales spécialisées^[67, 64, 69].

Chez les bébés de très petit poids (moins de 1500 g à la naissance), les grands prématurés (nés à moins de 32 semaines) et les bébés à risque d'hypoglycémie^[66].

- » Le ratio lait maternel/préparations commerciales spécialisée doit être discuté avec l'équipe de soins (médecin de famille, pédiatre, endocrinologue, nutritionniste, etc.).
- » Un suivi étroit de la croissance, de la diète, de l'apport calorique et nutritif du nourrisson par l'équipe de soins est indiqué.

Conditions dans lesquelles l'allaitement peut être poursuivi, mais des problèmes de santé sont à craindre^[64, 73]

- » Abcès du sein : allaiter du côté non atteint, jusqu'à la guérison;
- » Hépatite B : vacciner l'enfant dans les 48 h après la naissance ou le plus tôt possible;
- » Hépatite C : si les mamelons saignent ou sont gercés, il est recommandé d'interrompre l'allaitement jusqu'à leur guérison, étant donné que le virus peut être transmis par le sang;
- » Mastite : lorsque le sein est très douloureux, extraire le lait manuellement afin d'éviter la détérioration de l'état.

Il est recommandé de toujours adopter une approche personnalisée, où les risques et les bienfaits de l'allaitement sont discutés.

Liens utiles

- > Les sites Web du Centre IMAGE du CHU Ste-Justine^[70] et Motherisk^[71] offrent de l'information sur ce sujet.
- > Le site Web LactMed^[72] permet de vérifier l'innocuité et les risques associés à l'utilisation de médicaments et de produits de santé naturels.

ANNEXE 3

RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'ALLAITEMENT CHEZ LES FEMMES AUX PRISES AVEC UN PROBLÈME DE DÉPENDANCE^[43]

Quand encourager et soutenir les mères à allaiter :

- > Femmes engagées dans un processus de traitement des dépendances, qui se poursuivra après l'accouchement (avec un professionnel);
- > Femmes dont le conseiller (professionnel) confirme qu'elles ont atteint et maintenu leur sobriété pendant la grossesse et qu'il appuie leur objectif d'allaitement;
- > Femmes qui prévoient de poursuivre leur traitement à la suite de l'accouchement;
- > Femmes ayant maintenu leur sobriété durant les 90 jours précédant l'accouchement et ayant démontré la capacité de maintenir leur sobriété dans un contexte de « patient externe »;
- > Femmes dont les résultats toxicologiques d'urine sont négatifs lors de l'accouchement (à l'exception des médicaments prescrits);
- > Femmes qui ont reçu des soins prénataux constants;
- > Femmes qui n'ont pas de maladie où l'allaitement est déconseillé (ex. : VIH);
- > Femmes qui ne consomment pas de médication psychiatrique contre-indiquée pendant l'allaitement;
- > Femmes consommant de la méthadone de façon stable qui souhaitent allaiter.

Quand dissuader les mères d'allaiter :

- > Femmes qui n'ont pas reçu de soins prénataux (puisqu'il n'y a pas eu de suivi au courant de la grossesse, il est impossible de connaître le niveau de dépendance de la femme et de recommander l'allaitement de façon sécuritaire);
- > Femmes qui ont fait une rechute dans les 30 jours précédant l'accouchement;
- > Femmes ne consentant pas à participer à un traitement pré- ou post-accouchement ou à des soins pédiatriques;
- > Femmes qui ont des résultats toxicologiques d'urine positifs lors de l'accouchement;
- > Femmes qui ont des comportements ou autres indicateurs de consommation active de drogue ou d'alcool.

Quand procéder avec prudence et discernement :

- > Femmes qui ont eu une rechute durant les 30 à 90 jours précédant l'accouchement, mais qui ont été abstinentes durant les 30 jours avant l'accouchement;
- > Femmes consommant des médicaments prescrits (ex. : psychotrope) en concomitance avec l'allaitement;
- > Femmes qui commencent des soins prénataux ou des traitements pendant ou après le deuxième trimestre de leur grossesse;
- > Femmes qui ont dû être hospitalisées pour devenir sobres.

Source : Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee (2009). ABM clinical protocol #21: *Guidelines for breastfeeding and the drug-dependant woman*, Breastfeeding Medicine, vol. 4, n° 4, p. 225-228.

Références

1. CSSSPNQL (2013). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec - 2008*, Québec, CASSPNQL, chap. 10, 35 p.
2. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013). *Le bilan démographique du Québec - Édition 2013*, Québec, ISQ, 148 p.
3. QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS (2011). *Un portrait statistique des familles au Québec*, 635 p.
4. CASSPNQL (2013). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec - 2008*, Québec, CASSPNQL, chap. 1, 39 p.
5. CASSPNQL (2013). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec - 2008*, Québec, CASSPNQL, chap. 7, 102 p.
6. *Ibid.*
7. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2011). *Sécurité et insécurité alimentaire chez les Québécois : une analyse de la situation en lien avec leurs habitudes alimentaires*, Québec, INSPQ, 58 p.
8. CASSPNQL (2006). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002. Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés*, Québec, CASSPNQL, 213 p.
9. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2006). *Représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et perceptions des messages de prévention chez des femmes enceintes*, Québec, INSPQ, 63 p.
10. CASSPNQL (2013). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec - 2008*, Québec, CASSPNQL, chap. 7, 102 p.
11. GUYON L., C. AUDET, N. APRIL et M. DE KONINCK (2007). *Tabagisme et grossesse. Représentations sociales chez des mères québécoises*, Drogues, santé et société, vol. 6, n° 1, p. 105-142.
12. CASSPNQL (2013). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec - 2008*, Québec, CASSPNQL, chap. 7, 102 p.
13. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006). *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, Québec, ISQ, 85 p.
14. CASSPNQL (2013). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec - 2008*, Québec, CASSPNQL, chap. 7, 102 p.
15. *Ibid.*
16. *Ibid.*

17. CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE (2013). *La carie de la petite enfance*, [En ligne], 2 p. http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/95/Tooth_Decay_FR_web.pdf].
18. CSSSPNQL (2013). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec - 2008*, Québec, CASSPNQL, chap. 16, 39 p.
19. WEILER H. A., W. D. LESLIE, J. KRAHN, P. W. STEINMAN et C. J. METGE (2007). *Canadian Aboriginal women have a higher prevalence of vitamin D deficiency than non-Aboriginal women despite similar dietary vitamin D intakes*, *Journal of Nutrition*, vol. 137, n° 2, p. 461-465.
20. GODEL J. C. (2007). *Vitamin D supplementation: Recommendations for Canadian mothers and infants*, Canadian Paediatric Society, First Nations, Inuit and Métis Health Committee, Paediatrics & Child Health, vol. 12, n° 7, p. 583-589.
21. WARD L. M., I. GABOURY, M. LADHANI et S. ZLOTKIN (2007). *Vitamin D-deficiency rickets among children in Canada*, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 177, n° 2, p. 161-166.
22. CASSPNQL (2013). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec - 2008*, Québec, CASSPNQL, chap. 7, 102 p.
23. *Ibid.*
24. *Ibid.*
25. *Ibid.*
26. CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE (2013). *La carie de la petite enfance*, [En ligne], 2 p. http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/95/Tooth_Decay_FR_web.pdf].
27. FOSS, K. A. (2010). *Perpetuating "Scientific Motherhood": Infant Feeding Discourse in Parents Magazine, 1930-2007*, *Women Health*, vol. 50, n° 3, p. 297-311.
28. IP S., M. CHUNG, G. RAMAN, P. CHEW et autres (2007). *Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries: Evidence Report/Technology assessment no.153*, publication n° 07-E007, Rockville, États-Unis, Agency for Healthcare Research and Quality.
29. BOURET S. G. (2009). *Early life origins of obesity: role of hypothalamic programming*, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, [En ligne], vol. 48, suppl. 1, p. S31-S38. http://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2009/03001/Early_Life_Origins_of_Obesity_Role_of.6.aspx (Page consultée le 2 novembre 2015).
30. PALOU A., et C. PICO (2009). *Leptin intake during lactation prevents obesity and affects food intake and food preferences in later life*, [En ligne], *Appetite*, vol. 52, n° 1, p. 249-252. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18926866> (Page consultée le 2 novembre 2015).

31. OBIHARA C. C., et autres (2005). *The association of prolonged breastfeeding and allergic disease in poor urban children*, European Respiratory Journal, vol. 25, n° 6, p. 970-977.
32. HAUCK F. R., J. M. D. THOMPSON, K. O. TANABE, R. Y. MOON et M. M. VENNEMANN (2011). *Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis*, [En ligne], Pediatrics, vol. 128, n° 1. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/06/08/peds.2010-3000> (Page consultée le 30 octobre 2015).
33. BACHRACH, V. R., E. SCHWARZ et L. H. BACHRACH (2003). *Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis*, [En ligne], Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, vol. 157, n° 3, p. 236-243. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12622672> (Page consultée le 2 novembre 2015).
34. BOUTET C., L. VERCUEIL, C. SCHELSTRAETE, A. BUFFIN et J. J. LEGROS (2006). *Oxytocine et stress de la mère au cours de la lactation en post-partum*, [En ligne], Annales d'endocrinologie, vol. 67, n° 3, p. 214-223. <http://www.em-consulte.com/en/article/76807> (Page consultée le 30 octobre 2015).
35. OYER D., et N. STONE (1989). *Cholesterol levels and the breastfeeding mom*, The Journal of the American Medical Association, vol. 262, n° 15, p. 2092-2093.
36. STUEBE A. M., et autres (2005). *Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes*, The Journal of the American Medical Association, vol. 294, n° 20, p. 2601-2610.
37. KJOS S. L., O. HENRY, R. M. LEE et autres (1993). *Effect of lactation on glucose and lipid metabolism in women with recent gestational diabetes*, Obstetrics & Gynecology, vol. 82, n° 3, p. 451-455.
38. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1999). *Données scientifiques relatives aux Dix conditions pour le succès de l'allaitement*, [En ligne], Département santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, Genève, OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65956/1/WHO_CHD_98.9_fre.pdf (Page consultée le 2 novembre 2015).
39. LE CENTRE DE RESSOURCES MEILLEUR DÉPART, et L'INITIATIVE AMIS DES BÉBÉS ONTARIO (2013). *L'Initiative Amis des bébés : principaux messages et ressources*, [En ligne]. http://www.meilleurdepart.org/ressources/allaitement/Baby_Friendly_Resource_FR_linked_rev.pdf (Page consultée le 2 novembre 2015).
40. POUND C. M., S. L. UNGER et SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2012). *L'Initiative Amis des bébés : protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement*, [En ligne], Comité de nutrition et de gastroentérologie, Section de la pédiatrie hospitalière, Paediatrics & Child Health, vol. 17, n° 6, p. 322-326. <http://www.cps.ca/fr/documents/position/initiative-amis-des-bebes-allaitement> (Page consultée le 2 novembre 2015).

41. AHMED A. H., et L. P. SANDS (2010). *Effect of pre- and postdischarge interventions on breastfeeding outcomes and weight gain among premature infants*, [En ligne], Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, vol. 39, n° 1, p. 53-63. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2009.01088.x/abstract> (Page consultée le 2 novembre 2015).
42. AMERICAN PREGNANCY ASSOCIATION (2007). *Care for the premature baby*, [En ligne]. <http://americanpregnancy.org/labor-and-birth/premature-care/> (Page consultée le 2 novembre 2015).
43. ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE (2009). *ABM clinical protocol #21: Guidelines for Breastfeeding and the Drug-Dependant Woman*, Breastfeeding Medicine, vol. 4, n° 4, p. 225-228.
44. PREGNANCY-RELATED ISSUES IN THE MANAGEMENT OF ADDICTIONS (PRIMA). [Site Web]. <http://www.addictionpregnancy.ca/> (Page consultée le 2 novembre 2015).
45. CENTRE FOR ADDICTIONS AND MENTAL HEALTH (2007). *Exposure to Psychotropic Medications and Other Substances during Pregnancy and Lactation. A Handbook for Healthcare providers*, [En ligne]. http://www.camh.ca/en/education/about/camh_publications/Pages/exposure_psychotropic_meds_pregnancy.aspx (Page consultée le 2 novembre 2015).
46. FISHER D. (2006). *Social Drugs and Breastfeeding: Handling an issue that isn't black and white*, [En ligne]. http://www.health-e-learning.com/articles/Social_Drugs_and_Breastfeeding.pdf (Page consultée le 2 novembre 2015); [Site Web]. <http://www.health-e-learning.com>.
47. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2014). *Portail d'information périnatale – Les Fiches*, [En ligne], Québec, INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches> (Page consultée le 2 novembre 2015).
48. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2014). *Portail d'information périnatale – Fiche : Alcool*, [En ligne], Québec, INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/alcool> (Page consultée le 2 novembre 2015).
49. KOREN G. (2002). *Drinking alcohol while breastfeeding: Will it harm my baby?*, [En ligne], Canadian Family Physician, vol. 48, p. 39-41. www.motherisk.org/prof/updatesDetail.jsp?content_id=347 (Page consultée le 2 novembre 2015).
50. LAWRENCE R. A., et R. M. LAWRENCE (2011). *Breastfeeding: a Guide for the Medical Profession*, 7^e éd., Missouri, Elsevier Health Sciences, 1114 p.
51. TOXNET – TOXICOLOGY DATA NETWORK (2013). *LactMed: Nicotine*, [En ligne], U.S. National Library of Medicine. <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm> (Page consultée le 2 novembre 2015).

52. MENNELLA J. A., L. M. YOURSHAW, et L. K. MORGAN (2007). *Breastfeeding and Smoking: Short-term Effects on Infant Feeding and Sleep*, [En ligne], Pediatrics, vol. 120, n° 3, p. 497-502. <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/120/3/497.full.pdf> (Page consultée le 2 novembre 2015).
53. MENNELLA J. A., et G. K. BEAUCHAMP (1998). *Smoking and the Flavor of Breast Milk*, *The New England Journal of Medicine*, vol. 339, p. 1559-1560.
54. TOXNET – TOXICOLOGY DATA NETWORK (2013). *LactMed: Cannabis*, [En ligne], U.S. National Library of Medicine. <http://toxnet.nlm.nih.gov/new-toxnet/lactmed.htm> (Page consultée le 2 novembre 2015).
55. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2014). *Portail d'information périnatale – Fiche : drogues*, [En ligne], Québec, INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/drogues> (Page consultée le 2 novembre 2015).
56. DJULUS J., M. MORETTI et G. KOREN (2005). *Marijuana use and breastfeeding*, *Canadian Family Physician*, vol. 51, n° 3, p. 349-350.
57. TOXNET – TOXICOLOGY DATA NETWORK (2013). *LactMed: Caffeine*, [En ligne], U.S. National Library of Medicine. <http://toxnet.nlm.nih.gov/new-toxnet/lactmed.htm> (Page consultée le 2 novembre 2015).
58. CRESSMAN A. M., G. KOREN, A. PUPCO et autres (2012). *Maternal cocaine use during breastfeeding*, [En ligne], *Canadian Family Physician*, vol. 58, n° 11, p. 1218-1219. <http://www.cfp.ca/content/58/11/1218.full> (Page consultée le 2 novembre 2015).
59. SACHS H. C., et COMMITTEE ON DRUGS (2013). *The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update on Selected Topics*, *Pediatrics*, vol. 132, n° 3, p. e796-e809.
60. LE CENTRE DE RESSOURCES MEILLEUR DÉPART, et MOTHERISK (2005). *Drinking Alcohol while Breastfeeding*, [En ligne]. http://www.beststart.org/resources/alc_reduction/pdf/brstfd_alc_deskref_eng.pdf (Page consultée le 2 novembre 2015).
61. HÉMA-QUÉBEC (2013). *Le Québec aura une banque publique de lait maternel au printemps 2014*, [En ligne], Communiqué de presse. <http://www.hema-quebec.qc.ca/publications/communiqués/archives/2013/communiqués/banque-publique-lait-printemps-2014.fr.html>.
62. ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2014). *Banque publique de lait maternel au Québec : le recrutement est commencé*, [En ligne], Communiqué de presse. <http://www.aspq.org/fr/salle-de-presse/communiqués-et-publications/62/banque-publique-de-lait-maternel-au-quebec-le-recrutement-est-commence>.

63. GAGNÉ L.-P. (2011). *Étude de faisabilité sur l'implantation d'une banque publique de lait maternel chez Héma-Québec*, [En ligne], Présentation au Congrès de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ), Rimouski. <http://formaline.optmq.org/fichiers/fck/default/File/%C3%89tude%20banque%20de%20lait%20par%20Louis-Philippe%20Gagn%C3%A9.pdf>.
64. MUGAMBI M. N., A. MUSEKIWA, M. LOMBARD, T. YOUNG et R. BLAAUW (2012). *Synbiotics, probiotics or prebiotics in infant formula for full term infants: a systematic review*, Nutrition Journal, vol. 11, p. 81. doi : 10.1186/1475-2891-11-81.
65. THOMAS D. W., et F. R. GREER (2010). *Probiotics and Prebiotics in Pediatrics*, Committee on Nutrition, Section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, American Academy of Pediatrics, Pediatrics, vol. 126, n° 6, p. 1217-1231.
66. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, et UNICEF (2009). *Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes*, Department of Child and Adolescent Health and Development, Genève, OMS, n° de référence : WHO/NMH/NHD/09.01, WHO/FCH/CAH/09.01.
67. POUND C. M., et S. L. UNGER, et SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2012). *L'Initiative des Amis des bébés : protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement*, [En ligne], Comité de nutrition et de gastroentérologie, Section de la pédiatrie hospitalière, Paediatrics & Child Health, vol. 17, n° 6, p. 322-326.
68. GROUPE DE TRAVAIL CONJOINT SUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON (2012). *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois*, [En ligne], Santé Canada, Société Canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada, Comité canadien pour l'allaitement. <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourrisson/recom/index-fra.php#a3>.
69. LAWRENCE R. M. (2013). *Circumstances when breastfeeding is contraindicated*, Pediatric Clinics of North America, vol. 60, n° 1, p. 295-318.
70. CENTRE IMAGE DU CHU STE-JUSTINE [s. d.]. *Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse*, [En ligne]. <http://www.chu-sainte-justine.org/Pro/micro-portails.aspx?AxelD=22>.
71. MOTHERISK [s. d.]. *Breastfeeding and Drugs*, [En ligne]. <http://www.motherisk.org/women/breastfeeding.jsp>.
72. TOXNET – TOXICOLOGY DATA NETWORK [s. d.]. *LactMed, Drugs and Lactation Database*, [En ligne]. <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>.
73. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2014). *Foire aux questions sur l'hépatite C*, [En ligne]. <http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/faq-fra.php#b3>.
74. ALLARD M., et A. DESROCHERS (2010). *La carie chez le bébé allaité*, [En ligne], Bien vivre l'allaitement; tiré de ALLARD M., et A. DESROCHERS 2010), Bien vivre l'allaitement, Hurtubise, 318 p.

75. PALMER B. (2000). *Breastfeeding and Infant Caries: No Connection*, ABM NEWS and VIEWS, The newsletter of The Academy of Breastfeeding Medicine, vol. 6, n° 4, p. 27-31.
76. ERICKSON P. R., et E. MAZHARI (1999). *Investigation of the role of human breast milk in caries development*, American Academy of Pediatric Dentistry, vol. 21, n° 2, p. 86 à 90.
77. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève, OMS.
78. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006). *Principes directeurs pour l'alimentation des enfants de 6 à 24 mois qui ne sont pas allaités au sein*, Genève, OMS.
79. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003). *Principes directeurs pour l'alimentation complémentaire de l'enfant allaité au sein*, Genève, OMS.
80. GROUPE DE TRAVAIL CONJOINT SUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON (2014). *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations pour l'enfant âgé de 6 à 24 mois*, [En ligne], Santé Canada, Société Canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada, Comité canadien pour l'allaitement. <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourrisson/recom/recom-6-24-months-6-24-mois-fra.php>.
81. QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014). Introduction des aliments solides, [En ligne], Québec, MSSS. http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/nutrition/index.php?aliments_solides.
82. ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC [s. d.]. *Manuel de nutrition clinique en ligne : Nutrition, Nutrition normale, Nourrissons, Aliments solides*, Montréal, OPDQ.
83. HUH S. Y., et autres (2011). *Timing of Solid Food Introduction and Risk of Obesity in Preschool-Aged Children*, Pediatrics, vol. 127, n° 3, p. e544-e551.
84. NAÎTRE ET GRANDIR [s. d.]. *Alimentation*, [En ligne]. http://naitreetgrandir.com/fr/etape/1_3_ans/alimentation/.
85. EXTENSO. [Site Web]. <http://www.extenso.org/>.
86. IRVINE J. D., S. HOLVE, D. KRÖL et R. SCHROTH; SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE; COMITÉ DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS, DES INUITS ET DES MÉTIS (2011). *La carie de la petite enfance dans les communautés autochtones*, Document de principes conjoints de la Société canadienne de pédiatrie avec l'American Academy of Pediatrics, Paediatrics & Child Health, vol. 16, n° 6, p. 358-364.
87. GOGIA S., et H. S. SACHDEV (2011). *Vitamin A supplementation given to mothers of newborn children or infants below six months of age for preventing death and illnesses in the first year of life*, Cochrane Summaries.

88. MARCHAND V., et SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2012). *L'utilisation des probiotiques au sein de la population pédiatrique*, Paediatrics & Child Health, vol. 17, n° 10, p. 576.
89. OSBORN D. A., J. K. SINN (2013). *Prebiotics in infants for prevention of allergy*, Cochrane Database of Systematic Reviews, vol. 3. doi: 10.1002/14651858.CD006474.pub3.
90. ALLERGIE QUÉBEC. [Site Web]. <http://allergies-alimentaires.org/fr>.
91. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2015). *Mieux vivre avec son enfant de la grossesse à deux ans, Guide pratique pour les mères et les pères 2015*, [En ligne], Québec, INSPQ. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/MV2015_Guide.pdf.
92. Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2012). The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2.
93. SANTÉ CANADA. La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations pour l'enfant âgé de 6 à 24 mois [En ligne]. <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourisson/recom/recom-6-24-months-6-24-mois-fra.php#a6>



COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DES **PREMIÈRES NATIONS**
DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

250, place Chef-Michel-Laveau, bureau 102
Wendake (Québec) G0A 4V0
Téléphone : 418-842-1540
Télécopieur : 418-842-7045
www.cssspnql.com