

TRADUCTION DE ANNE-CÉCILE LECŒUVRE



Texte présenté à la Journée Internationale de l'Allaitement du 1^{er} avril 2016. Avec leur aimable autorisation. www.llfFrance.org

DURÉE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF ET INTRODUCTION D'UNE ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE

→ INTRODUCTION

- 1- Quand allez-vous arrêter d'allaiter votre bébé ?
- 2- Quand allez-vous donner à votre bébé d'autres aliments et boissons, en plus du lait maternel ?
- 3- Quels aliments et boissons allez-vous donner à votre bébé, en plus du lait maternel ?

Si un anthropologue nutritionnel avait posé les questions ci-dessus aux femmes a) il y a dix mille ans, b) il y a mille ans, et c) il y a cent ans, la réponse spontanée et franche par a) toutes les femmes, b) la grande majorité des femmes à travers le monde, et c) la grande majorité des femmes dans des communautés qui ne sont pas encore totalement médicalisées aurait été : *Quelle question stupide !*

Des réponses plus détaillées par les mêmes catégories de femmes auraient été :

- 1- Quand il ou elle sera en mesure de satisfaire pleinement tous ses besoins (y compris les besoins non nutritifs) avec d'autres aliments et boissons.
- 2- Quand il ou elle va montrer qu'il ou elle a besoin d'autres aliments et boissons, et sera en mesure de les prendre (attraper, porter à sa bouche, garder dans la bouche, mâcher, et avaler).
- 3- Les aliments et boissons que nous sommes habitués à avoir à la maison, quoi d'autre ?

Des anthropologues médicaux ont en effet montré que c'était ainsi que se passaient les choses avant que la nutrition du nourrisson et du jeune enfant soit dominée par des professionnels de santé (médecins, pédiatres, sages-femmes, infirmières, nutritionnistes, psychologues, etc.) dans la seconde moitié du XIX^e siècle dans les pays industrialisés et dans la première moitié du XX^e siècle dans le monde entier. Incidemment, ce sont aussi les périodes où l'industrie a pris en charge la production d'aliments et de boissons en lieu et place des familles, et où le marketing a mis en place des stratégies qui ont conduit à un changement rapide des habitudes alimentaires, du "fait maison" aux aliments et boissons industriels ultra-transformés. Avant cette transition, les nourrissons étaient allaités exclusivement jusqu'à environ six mois. Ils avaient ensuite une période variable, mais en tout cas longue, de diversification alimentaire avec des aliments et des boissons faits maison. Cette période, conduisant à un sevrage complet du sein, était plus courte (mais jamais de moins de deux ans) dans les lieux et les périodes de prospérité, où la nourriture était abondante. Elle était plus longue, jusqu'à sept ans, dans les lieux et temps de disette, quand il y avait pénurie de nourriture et que le lait maternel pouvait sauver la vie des jeunes enfants¹.

→ LA MÉDICALISATION DE L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Jusque vers 1850, les professionnels de santé ont rarement osé prescrire un calendrier pour l'introduction d'aliments et boissons en complément du lait maternel. Les rares recommandations enregistrées jusqu'au milieu du XIX^e siècle faisaient référence à un certain stade de développement de l'enfant (par exemple, l'éruption des dents) ou vraisemblablement à un facteur de protection (par exemple, une saison douce). Les premières recommandations citant l'âge sont apparues après 1850 et elles mentionnent toutes une tranche d'âge entre 6 et 10 mois². Au début du XX^e siècle, la prescription d'âge s'est progressivement abaissée pour atteindre un minimum de 3 mois en 1946, comme recommandé par le Dr Benjamin Spock aux États-Unis³. De 1950 à 1990, l'âge recommandé pour l'introduction des aliments complémentaires fluctuait entre 2 et 4 mois. Parmi les pédiatres américains ayant répondu à une enquête en 1954, l'introduction des solides a été recommandée avant l'âge de 8 semaines pour 66 % des bébés, et avant l'âge de 3 mois pour 88 % d'entre eux. Les recommandations de Sackett ont été plus extrêmes, en 1953, prescrivant l'introduction de céréales à 2-3 jours de vie, de légumes tendres à 10 jours et de fruits tendres à 17 jours⁴.

Qui est apparu en premier, de l'œuf ou la poule ? Dans notre cas : quel a été le premier élément ? La recommandation d'une introduction précoce d'aliments, suivie par la production de ces aliments ? Ou bien la disponibilité et la commercialisation des aliments pour nourrissons de moins de six mois, suivie de la recommandation par les pédiatres ? La réponse

n'est pas facile. Une explication plausible est que, après la promotion des substituts de lait maternel à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle, les taux d'allaitement maternel et sa durée ont progressivement baissé, en premier lieu parmi les populations urbaines aisées des pays industrialisés, puis parmi les citadins pauvres, pour finalement se propager aux populations rurales⁵. Incidemment, la même tendance a été observée une à trois générations plus tard dans les pays en voie de développement. Cependant, les substituts du lait maternel disponibles jusque dans les années 1960 étaient loin d'être sûrs; une grande proportion de nourrissons nourris artificiellement, même parmi les populations urbaines riches, a souffert de plusieurs formes de malnutrition, y compris des carences vitaminiques et minérales, en plus d'infections. Ces substituts de lait maternel, composés généralement de lait de vache déshydraté, d'eau et de sirop de maïs, devaient être complétés par des sources de vitamines et de minéraux. Huile de foie de morue et jus d'orange ont été couramment utilisés, ainsi que d'autres produits faits maison. Mais l'industrie a rapidement compris le potentiel d'un nouveau marché et a répondu à la demande avec des aliments enrichis pour bébés. Pour être donnés aux très jeunes enfants, ces aliments pour bébés devaient être liquides, adaptés au biberon (mais le nettoyage et la stérilisation des biberons et tétines étaient difficiles à ce moment-là, même dans les milieux riches), ou semi-solides pour l'alimentation à la cuillère. Les compléments qui fournissaient les vitamines et les minéraux manquants étaient évidemment bénéfiques pour les bébés, et les pédiatres ont commencé à adapter leurs recommandations à cette nouvelle situation. Jusqu'à ce que l'introduction de solides en plus des substituts du lait maternel, et avant que les nourrissons n'y soient prêts au niveau de leur développement, fasse partie de notre culture. Un exemple clair de la façon dont une première erreur peut conduire à de mauvaises pratiques qui sont ensuite représentées et perçues comme normales.

→ LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a été créée en 1948, mais n'aborde le sujet de l'allaitement maternel avec quelques recommandations qu'en 1989. Dans la déclaration conjointe (avec l'UNICEF) sur le rôle particulier des services de maternité dans la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement maternel, le document qui a donné naissance à l'Initiative Hôpital Ami des Bébés, l'OMS a indiqué qu'idéalement, l'allaitement maternel exclusif doit être la norme pour les 4 à 6 premiers mois de vie⁶. Quatre ou six mois? Cette dualité a conduit à plus d'une décennie de débats. D'un côté, des groupes, des associations et des institutions défendant l'allaitement ont insisté pour l'indication d'un seuil unique, à 6 mois. De l'autre côté, ceux qui jusque-là avaient recommandé une introduction plus précoce d'autres aliments, soutenus par l'industrie des aliments pour bébés, maintenaient que 4 mois était la limite d'âge appropriée pour l'allaitement maternel exclusif. La bataille a été menée aux niveaux institutionnel et opérationnel, mais également dans les milieux universitaires.

Les scientifiques et les chercheurs ont considéré encore et encore le soi-disant "dilemme du sevrage": le choix entre les effets protecteurs connus de l'allaitement maternel exclusif contre la morbidité infectieuse, et l'insuffisance théorique du lait maternel seul pour satisfaire les besoins en énergie et en micronutriments du nourrisson au-delà de quatre mois d'âge⁷⁻⁸.

Pour trouver une échappatoire, au début du siècle, l'OMS a commandité deux revues d'études:

■ **LA PREMIÈRE** a examiné l'adéquation nutritionnelle de l'allaitement maternel exclusif pour un nourrisson né à terme au cours des six premiers mois de vie. Cet examen a montré que les apports moyens du lait maternel fournissent de l'énergie et des protéines en quantité suffisante pour répondre aux exigences moyennes des nourrissons pendant les 6 premiers mois de vie⁹. Puisque le potentiel de croissance de l'enfant induit la production de lait maternel, les apports en lait correspondent vraisemblablement aux besoins énergétiques et protéiques. Les besoins globaux en micronutriments sont également comblés par les apports moyens en lait maternel. Toutefois, l'examen a révélé que les niveaux de vitamine A et B6 dans le lait maternel dépendent fortement de l'alimentation maternelle et de l'état nutritionnel; que le niveau de vitamine D est insuffisant pour répondre aux besoins des nourrissons, de sorte que les enfants dépendent de l'exposition au soleil ou des apports exogènes; que le lait maternel est une faible source de fer et de zinc, que leurs niveaux ne peuvent être modifiés par la supplémentation maternelle, le stock à la naissance répondant aux besoins des 6 premiers mois, et que les nourrissons exclusivement allaités peuvent être à risque de carence durant la seconde moitié de la première année.

■ **LA DEUXIÈME ÉTUDE** a examiné la durée optimale de l'allaitement maternel exclusif en matière de nutrition, de santé et de développement des enfants, en comparant les nourrissons exclusivement allaités pendant six mois à des nourrissons allaités exclusivement pendant 3-4 mois, puis en allaitement mixte jusqu'à six mois¹⁰. Les chercheurs ont appliqué les méthodes développées par la Collaboration Cochrane pour les revues systématiques et les méta-analyses à 16 études indépendantes qui ont satisfait aux critères de sélection: 7 dans des pays en voie de développement (dont deux essais contrôlés randomisés menés au Honduras) et 9 dans des pays développés (toutes des études d'observation). Ni les résultats des essais randomisés ni ceux des études observationnelles ne suggèrent que les nourrissons allaités exclusivement jusqu'à six mois ont présenté une prise de poids ou une croissance en taille insuffisante, que ce soit dans les pays développés ou en développement. Les données sur le fer étaient rares, mais dans des pays en développement, où les stocks de fer néonataux peuvent être sub-optimaux, la revue a suggéré que l'allaitement exclusif sans supplémentation en fer peut compromettre le statut hématologique des nourrissons. En ce qui concerne la santé, les nourrissons allaités exclusivement jusqu'à six mois ont connu moins de diarrhées que ceux du groupe



allaitement mixte à 3-4 mois. Dans l'ensemble, il n'y avait aucune preuve d'un "dilemme du sevrage", et les auteurs ont conclu que *« bien que les nourrissons devraient toujours être considérés individuellement, afin qu'un défaut de croissance ou d'autres effets indésirables ne soient pas ignorés et que les interventions appropriées soient effectuées, les preuves disponibles ne démontrent pas de risques apparents à recommander, en termes de politique de santé publique, un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie à la fois dans les pays développés et en développement »*.

Sur la base des deux revues ci-dessus, dont les résultats ont été discutés lors d'une consultation d'experts tenue à Genève fin mars 2001, l'Assemblée Mondiale de la Santé (WHA) a approuvé en mai 2002 la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant¹¹. La Stratégie Mondiale a déclaré que *« en tant que recommandation mondiale de santé publique, les nourrissons devraient être allaités exclusivement pendant les six premiers mois de vie pour atteindre une croissance, un développement et une santé optimaux. Par la suite, pour répondre à leurs besoins nutritionnels en évolution, les nourrissons devraient recevoir des aliments complémentaires nutritionnellement appropriés et sûrs tout en poursuivant l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà »*.

→ LA RECOMMANDATION DE L'OMS APPROUVÉE ET REJETÉE

La résolution WHA qui comprenait la Stratégie Mondiale a été approuvée à l'unanimité par tous les États membres de l'OMS. D'autres agences des Nations Unies impliquées dans la nutrition du jeune enfant (par exemple l'UNICEF, l'ONUSIDA, le HCR) ont incorporé la Stratégie Mondiale dans leur politique. La recommandation pour l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois a été incluse dans les politiques nationales de la plupart des pays développés et en développement dans les années suivantes. Elle a également été adoptée par de nombreuses associations professionnelles (par exemple l'American Academy of Pediatrics, l'Academy of Breastfeeding Medicine, Società Italiana di Pediatria, Asociación Española de Pediatria, Association Internationale des Consultants en Lactation, La Leche League) et de nombreuses ONG nationales et internationales. Les recherches menées après 2002 ont appuyé la recommandation de l'OMS. Par exemple :

- Les auteurs de la revue systématique sur la durée optimale de l'allaitement maternel exclusif ont mis à jour leur revue en 2012¹². Ils ont ajouté sept nouvelles études d'observation à leur méta-analyse, quatre dans des pays en développement et trois dans des pays développés. Les résultats et conclusions sont demeurés inchangés.
- Une étude d'observation menée en Écosse, et non incluse dans la revue actualisée mentionnée ci-dessus, a porté sur 50 nouveau-nés pour tester si et comment les pratiques d'allaitement et la lactation humaine sont adaptées pour satisfaire leurs besoins énergétiques pendant 6 mois. Sur les 47 nourrissons restant à la fin de l'étude, 41 ont été

nourris exclusivement au sein jusqu'à six mois. Les apports de lait, mesurés d'une façon très précise (méthode de l'eau doublement marquée), ont été plus élevés que prévu à 15 et 25 semaines d'âge et ont augmenté de manière significative entre les repères de temps. La croissance des nourrissons était normale par rapport aux normes de croissance de l'enfant de l'OMS. Les apports énergétiques étaient adéquats par rapport aux besoins. Aucune manifestation de fatigue maternelle en rapport avec l'allaitement n'a été rapportée¹³.

- Un essai contrôlé randomisé, également non inclus dans l'examen actualisé mentionné ci-dessus, a concerné 119 nouveau-nés en Islande et les a assignés au hasard à 4 ou 6 mois d'allaitement exclusif ou à l'introduction d'aliments complémentaires avec poursuite de l'allaitement. Une centaine de nourrissons ont été retenus à la fin de l'étude, soit 50 par groupe. L'apport en lait maternel a été mesuré avec précision en utilisant des isotopes stables, tandis que l'apport d'aliments complémentaires a été pesé sur trois jours dans le groupe contrôle. Les résultats montrent que l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois ne compromet pas la croissance du nourrisson ni de sa composition corporelle, et que l'apport énergétique chez les nourrissons allaités exclusivement est similaire à celui de nourrissons recevant des aliments complémentaires. Les résultats anthropométriques et la composition corporelle ne diffèrent pas significativement entre les groupes¹⁴. Notez que cette recherche a été, paradoxalement, planifiée et exécutée par des chercheurs qui doutaient des recommandations de l'OMS et voulaient démontrer qu'elles étaient incorrectes, au moins dans les pays riches¹⁵.

Malgré tout ce qui précède, la recommandation de l'OMS a également été, et est encore, rejetée et désapprouvée. Des dizaines d'articles, y compris une revue systématique¹⁶, ont été écrits à l'encontre de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois. La main invisible du marché, cependant, pourrait être dévoilée derrière ces tentatives de porter atteinte à la recommandation de l'OMS. La revue systématique mentionnée ci-dessus, par exemple, a été partiellement financée par une subvention éducative de Nestlé UK Ltd. La publication qui a eu une influence majeure sur les pratiques professionnelles et qui peut avoir entravé l'amélioration des taux d'allaitement maternel exclusif est une recommandation du comité de nutrition de l'ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition)¹⁷.



EN TANT QUE RECOMMANDATION MONDIALE DE SANTÉ PUBLIQUE, LES NOURRISSONS DEVRAIENT ÊTRE ALLAITÉS EXCLUSIVEMENT PENDANT LES SIX PREMIERS MOIS DE VIE POUR ATTEINDRE UNE CROISSANCE, UN DÉVELOPPEMENT ET UNE SANTÉ OPTIMAUX.



Regardons un peu plus en détail :

1 LA PREMIÈRE CHOSE À NOTER est une contradiction entre le commentaire ESPGHAN sur l'alimentation complémentaire et celui sur l'allaitement maternel publié un an plus tard¹⁸. Le premier affirme que « *l'alimentation complémentaire ne doit pas être introduite chez un enfant avant 17 semaines, et tous les nourrissons devraient commencer la diversification alimentaire avant 26 semaines* », c'est le « 4 à 6 mois de la vie » de la déclaration conjointe OMS/UNICEF de 1989. Le second stipule que « *l'allaitement exclusif pendant 6 mois environ est un objectif souhaitable, mais un allaitement partiel ainsi que l'allaitement maternel pour des périodes plus courtes sont également précieux. La poursuite de l'allaitement après l'introduction d'une alimentation complémentaire doit être encouragée tant que cela est souhaité conjointement par la mère et l'enfant* ». Ceci équivaut à demander la mise en place d'une limitation de vitesse à 80 km/h tout en ayant des panneaux de signalisation conseillant une vitesse entre 80 et 100 km/h.

2 DEUXIÈMEMENT. Sur quelle preuve se base une telle recommandation catégorique (*ne doit pas être introduit à tout enfant... tous les nourrissons devraient commencer*) ? Le commentaire sur l'alimentation complémentaire ne décrit ni les méthodes utilisées pour la recherche documentaire, ni les critères utilisés pour sélectionner les articles, ni les méthodes utilisées pour évaluer la qualité des études, pas plus qu'il ne décrit comment les données utilisées pour étayer les conclusions et recommandations ont été extraites et analysées. Toutes les preuves proviennent d'études observationnelles que l'ESPGHAN rejette pour d'autres recommandations (par exemple que le fait de retarder ou d'éviter l'introduction des aliments allergéniques empêche ou retarde le développement de l'allergie). La recommandation ne donne aucun détail sur le niveau de preuve ou sa force. Le commentaire ne discute pas les implications de la mise en œuvre de la recommandation et ne mentionne pas que certaines consultations interdisciplinaires et intersectorielles avec diverses parties prenantes aient eu lieu. On peut facilement en conclure que la recommandation est juste un « avis d'expert » d'un groupe sélectionné de gastro-entérologues pédiatriques, le niveau de preuve le plus bas dans la médecine factuelle.

3 ENFIN, une note sur la première page du commentaire sur l'alimentation complémentaire stipule que « *les déclarations de conflits d'intérêts des membres du Comité sur la Nutrition (CoN) sont soumises chaque année au secrétaire du CoN et sont disponibles sur demande* ». Combien de lecteurs ont écrit au Secrétaire du CoN pour demander ces déclarations ? Pas beaucoup, sans doute. Une note sur la première page du commentaire sur l'allaitement maternel stipule que « *les auteurs ne rapportent pas de conflits d'intérêts* ». Notez que 12 des 13 auteurs des commentaires (alimentation complémentaire) et 14 auteurs (allaitement) apparaissent dans les deux articles, dont le premier auteur (les auteurs sont dans l'ordre alphabétique). Le premier au-

teur est, depuis 2009, membre du panel Autorité Européenne de Sécurité des Aliments (EFSA) qui a émis l'avis relatif à l'étiquetage de 4 à 6 mois pour les aliments complémentaires industriels¹⁹. Incidemment, 3 membres sur 7 de ce groupe appartiennent à l'ESPGHAN. En tant que membre de la commission, le premier auteur des commentaires ESPGHAN devait présenter une déclaration de conflits d'intérêts, posté sur le site de l'EFSA. La déclaration, en date du 17 mars 2010, montre qu'il a travaillé et écrit pour Ferrero, Danone, Dicoform, Dietetic Metabolic Food, Heinz, Hipp, Humana, Martek, Mead Johnson, Mellin, Milupa, Nestlé, Noos, Ordesa, SHS/Nutricia, et pour la Fédération des fabricants d'aliments pour nourrissons.

→ QUAND ALLEZ-VOUS DONNER À VOTRE BÉBÉ D'AUTRES ALIMENTS ET BOISSONS, EN PLUS DU LAIT MATERNEL ?

Il ne fait aucun doute que la recommandation de l'OMS d'allaiter exclusivement jusqu'à six mois représente actuellement la meilleure recommandation scientifiquement validée disponible. Cela signifie-t-il que tous les nourrissons devraient recevoir uniquement du lait maternel jusqu'à six mois et commencer à recevoir d'autres aliments et boissons à six mois et un jour ? Évidemment pas. La recommandation de l'OMS, comme clairement indiqué dans la Stratégie Mondiale, est une recommandation de santé publique qui s'applique aux populations. Il est important de former et surveiller les pratiques de santé et de nutrition des populations de façon professionnelle, réglementaire, juridique et statistique, d'élaborer des politiques pour des actions de santé publique, d'améliorer les choses pour les populations, ce qui signifie élaborer et faire respecter les lois et règlements pour l'étiquetage, la commercialisation, etc. Cela ne concerne pas les individus, parce que chaque enfant est différent, a un statut en nutriments différent, un métabolisme, un développement psychomoteur et une culture différente, ainsi que différents déterminants sociaux. Comme toute autre étape du développement (ramper, s'asseoir, se mettre debout, marcher, parler, etc.), la volonté (et la nécessité) de manger et boire quelque chose d'autre en plus du lait (espérons-le du lait maternel, mais le même principe vaut pour les nourrissons nourris au biberon) se trouve être étalée dans le temps en une sorte de courbe en cloche légèrement asymétrique. Le milieu de la courbe correspond à environ six mois d'âge, parce que la majorité des enfants est prête (et a besoin) d'aliments complémentaires autour de cet âge, plus ou moins quelques semaines. Mais certains enfants peuvent être prêts à cinq mois, et quelques autres, sans doute plus, à sept ou huit mois. Et, comme dans toutes les distributions biologiques, il existe des valeurs extrêmes avec des bébés qui peuvent être prêts à quatre ou à neuf mois, et exceptionnellement même à trois et dix.

Comment pouvons-nous donc savoir quand un enfant est prêt (et a besoin) d'aliments complémentaires ? Théoriquement, nous devrions tester ses fonctions digestive et rénale et ses voies métaboliques, ou mesurer ses niveaux de macro- et micro-nutriments (principalement le fer, le zinc et certaines



Par **DR ADRIANO CATTANEO**, ÉPIDÉMIOLOGISTE RETRAITÉ, ANCIEN RESPONSABLE DE L'UNITÉ DE RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DE SANTÉ INTERNATIONALE - CENTRE DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE, COLLABORATEUR DE L'OMS À L'INSTITUT POUR LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE - IRCCS BURLOGAROFOLLO - TRIESTE (ITALIE)

DOSSIER

vitamines) pour identifier une diminution de leurs réserves. Ceci est clairement impossible; même l'association la plus spécialisée de pédiatres ou de nutritionnistes n'oserait proposer une telle procédure. La seule chose que nous pouvons faire est d'observer le développement psychomoteur de chaque enfant et de lui offrir des aliments complémentaires quand nous pensons qu'il ou elle est prêt. Quand il ou elle montre la capacité de saisir, mettre à la bouche, garder dans la bouche, mâcher et avaler en toute sécurité. À ce moment-là, l'enfant peut généralement s'asseoir sans aide, tenir sa tête droite, coordonner ses yeux avec les mouvements de ses mains et de sa bouche, regarder la nourriture et est intéressé à essayer de manger; il est capable de garder la nourriture dans sa bouche sans la repousser (c'est-à-dire qu'il a perdu le réflexe d'extrusion de la langue qui était essentiel pour téter). Avez-vous mal jugé le stade de développement de votre bébé, c'est-à-dire qu'il ou elle fait certaines des activités décrites ici, mais ne mange pas vraiment? Ne vous inquiétez pas; attendez juste 2 ou 3 jours ou une semaine et essayez à nouveau. Tôt ou tard, votre bébé va manger, parce qu'aucun bébé n'est programmé à mourir de faim. Heureusement, des millions d'années d'évolution chez les mammifères (et proto-mammifères), et des centaines de milliers d'années d'évolution chez l'homme (bien avant l'apparition de l'homo sapiens sur la terre), ont permis que le besoin accru en éléments nutritifs d'un organisme en croissance et le développement de sa capacité à obtenir ces éléments nutritifs et d'en faire le meilleur usage se produisent simultanément.

→ QUELS ALIMENTS ET BOISSONS ALLEZ-VOUS DONNER À VOTRE BÉBÉ, EN PLUS DU LAIT MATERNEL ?

Si l'il n'y a aucune preuve d'association avec le risque d'allergie, comme spécifié dans le commentaire ESPGHAN sur la diversification complémentaire, il n'y a pas besoin de vous inquiéter de l'ordre d'introduction des aliments et boissons à offrir. Les premiers stocks qui s'épuisent étant ceux de certains micronutriments (fer, zinc, vitamine D), les parents devraient offrir comme premiers aliments complémentaires ceux qui sont riches en ces nutriments: la viande et le poisson ou, pour les familles végétariennes, les légumineuses et les noix. Ils ne devraient certainement pas donner la priorité à des soupes de légumes ou des purées de fruits. De plus, les bébés aiment les arômes et saveurs qu'ils connaissent déjà et se méfient des saveurs et des goûts qu'ils n'ont jamais essayés auparavant. Comme ils ont déjà essayé, via le placenta et le lait maternel, les saveurs et goûts des aliments et des boissons pris par leur mère pendant la grossesse et l'allaitement, les premiers aliments et boissons devraient être ceux qui sont habituellement consommés par la mère. Si les parents proposent un nouveau goût ou une nouvelle saveur, ils doivent s'attendre à une certaine résistance; les bébés peuvent avoir besoin de goûter ces nouveaux aliments à plusieurs reprises avant de commencer à les aimer. En ce sens, offrir des aliments complémentaires industriels représente un problème: les bébés devront passer par une double

transition, d'abord du lait (idéalement du lait maternel) aux aliments industriels pour bébés (arômes et saveurs qu'ils n'ont jamais essayés avant), puis, tôt ou tard, des aliments industriels pour bébés aux plats familiaux (parce qu'ils ont peu de "chance" de continuer à consommer des aliments industriels toute leur vie). Pourquoi les parents devraient passer par les troubles de deux transitions s'ils peuvent les éviter toutes les deux? En outre, les aliments industriels pour bébés ont toujours et partout les mêmes saveurs, goût et consistance (annulant ainsi la richesse de la cuisine locale), ils ne sont pas plus sûrs que les aliments familiaux sains et sécuritaires, peuvent contenir des produits chimiques, des mycotoxines, des métaux lourds, ne sont jamais à la hauteur de ce qu'ils prétendent, et contiennent souvent des ingrédients de faible qualité (en particulier les graisses). Enfin, ils sont coûteux et éthiquement et écologiquement néfastes.

Nous apprenons en faisant. Les nourrissons imitent leurs parents et aiment manger et boire ce que leurs parents mangent et boivent. En outre, ils acquièrent les capacités nécessaires pour manger et boire en s'alimentant eux-mêmes. En permettant aux bébés d'atteindre leur nourriture, de l'attraper, de la mettre à la bouche, de la mâcher et de l'avalier en toute sécurité, les parents les aident à apprendre rapidement toutes les capacités qui leur sont nécessaires. D'où la préférence pour des aliments complémentaires que les bébés peuvent saisir eux-mêmes, aliments que l'on appelle des "finger-food" par opposition aux produits alimentaires liquides ou semi-solides qui doivent être donnés par les parents avec une cuillère. Tenir une cuillère ou une fourchette, la remplir avec de la nourriture et la mettre en toute sécurité en bouche est une capacité psychomotrice complexe que les nourrissons apprendront plus tard, quand leur besoin en nutriments augmentera. Inutile de dire que le fait de proposer des aliments à saisir avec la main doit se faire de façon sécuritaire. Les aliments doivent être choisis avec soin sur la base du développement psychomoteur observé, ils doivent être de taille suffisante, et un adulte doit être présent tout le temps pour aider le bébé. En ce qui concerne les quantités de nourriture, pourquoi un bébé qui jusqu'à six mois a été considéré comme capable d'autoréguler la quantité de lait maternel dont il ou elle a besoin devrait perdre cette capacité quand d'autres aliments et boissons sont ajoutés à son alimentation? Les bébés savent quand ils ont faim, et arrêtent de manger lorsque leur sentiment de satiété bien développé leur dit qu'ils ont terminé. Qu'ils décident eux-mêmes de la quantité de nourriture et de boisson dont ils ont besoin; il ne faut pas les forcer.

LL
LES BÉBÉS SAVENT QUAND ILS ONT FAIM,
ET ARRÊTENT DE MANGER LORSQUE LEUR
SENTIMENT DE SATIÉTÉ BIEN DÉVELOPPÉ LEUR
DIT QU'ILS ONT TERMINÉ.

77



Y a-t-il des aliments qui doivent être bannis ? Le lait (de préférence du lait maternel, sinon une préparation commerciale pour nourrissons) reste la principale source de nourriture pour de nombreux mois. Le lait de vache ou d'autres mammifères est inapproprié en tant que nourriture principale jusqu'à environ 12 mois ; son utilisation doit être limitée, par exemple comme ingrédient dans les recettes familiales habituelles. Après 12 mois, le lait entier peut être proposé librement dans le cadre d'un régime familial sain et varié, si l'enfant aime. L'utilisation de sel et de sucre devrait également être limitée, mais cette recommandation d'alimentation saine est valable pour toute la famille, pas uniquement pour les nourrissons et les jeunes enfants. Le miel non pasteurisé devrait être évité dans la première année de vie pour le risque rare mais grave de botulisme infantile. Thé et boissons sucrées devraient également être évités, ils ne fournissent pas d'éléments nutritifs, contiennent du sucre en excès, et peuvent lier le fer ; l'eau est la boisson idéale. Les suppléments de micronutriments (fer, zinc, vitamines A, D, B6, B12) sont certainement nécessaires chez les nourrissons et les populations défavorisées, mais pas au sein des communautés ayant un faible taux de malnutrition, sauf si une carence est identifiée.

→ MANGER, UN ACTE RELATIONNEL

Nourrir un bébé et un jeune enfant fait partie de la physiologie et de la biologie. Mais comme pour les adultes, l'alimentation doit être considérée comme une part importante des relations humaines. L'attention aux éléments nutritifs et à la croissance est importante, mais les parents ne doivent pas oublier la nécessité d'une atmosphère détendue et agréable, ils devraient faire des repas une occasion d'interaction sociale et de développement cognitif, ils devraient répondre aux signaux de faim qu'ils reçoivent de leurs enfants avec des encouragements doux et sans confrontation. Les repas devraient toujours se dérouler aux moments et dans les lieux habituels de la famille, sans distraction (par exemple, éteindre la télévision). En d'autres termes, parents et enfants devraient profiter des repas et être heureux. Rappelez-vous que les bébés sont des sujets, et non des objets, laissons-les choisir.

→ LE RÔLE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

L'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire existaient et ont évolué bien avant que les professionnels de santé commencent à réfléchir à leur sujet. L'évolution a rendu ces processus très robustes. La priorité n° 1 pour les professionnels de santé est d'éviter de les déranger et les modifier, et de les laisser se dérouler le plus naturellement possible. Pour cela, les professionnels de santé ne doivent pas oublier la physiologie, ou devraient la réapprendre s'ils l'ont oubliée. Leur rôle est d'être des facilitateurs et d'offrir du soutien, en responsabilisant les parents, plutôt que de les remplacer ou agir d'une manière prescriptive ou paternaliste. Ils devraient offrir aux parents une information complète et fondée sur des preuves libres de tout intérêt commercial, de sorte que les parents puissent prendre leurs propres décisions éclairées.

Ensuite, ils doivent aider les parents à mettre ces décisions en pratique. Si quelques conseils sur les bases d'une alimentation saine sont nécessaires, ils devraient concerner toute la famille, parce que les nourrissons et les jeunes enfants se nourriront correctement si toute la famille le fait aussi. Les professionnels devraient également se rappeler que l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant concerne non seulement la nutrition et la santé, mais qu'il s'agit aussi d'une activité sociale, culturelle et économique. Ils devraient donc prendre en compte le contexte local et les circonstances sociales qui peuvent avoir une incidence importante sur la mise en pratique de tous les conseils et recommandations de santé publique. En un mot, les professionnels de santé devraient essayer de démedicaliser la nutrition du nourrisson et du jeune enfant. ■

BIBLIOGRAPHIE :

1. Sellen DW. Lactation, complementary feeding and human life history. In : The Evolution of Human Life History. Paine RL and Hawkes K, eds., School of American Research Press, Santa Fe, NM, pp. 155-197, 2006
2. Parseval GD, Lallemand S. Cent'anni di puericultura. Milano: Emme, 1980
3. Spock B. The Common Sense Book of Baby and Child Care. New York: Duell, Sloan, and Pearce, 1946
4. Fomon SJ. Infant feeding in the 20th century: formula and beikost. J Nutr 2001 ; 131: 409S-420S
5. The prevalence and duration of breast-feeding: A critical review of available information. Division of Family Health World Health Organization. World Health Stat Q 1982; 35: 92 – 116.
6. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. WHO, Geneva, 1989
7. Rowland MGM. The weanling's dilemma: are we making progress? Acta Paediatr Scand 1986; s323: 33-42
8. McDade TW, Worthman CM. The weanling's dilemma reconsidered: a biocultural analysis of breastfeeding ecology. J Dev Behav Pediatr 1998; 19: 286-99
9. Butte NF, Lopez-Alarcon MG, Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. WHO, Geneva, 2002
10. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. WHO, Geneva, 2002
11. World Health Assembly. Global strategy for infant and young child feeding. WHO, Geneva, 2002
12. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2
13. Nielsen SB, Reilly JJ, Fewtrell MS et al. Adequacy of milk intake during exclusive breastfeeding: a longitudinal study. Pediatrics 2011; 128; e907
14. Wells JC, Jonsdottir OH, Hibberd PL et al. Randomized controlled trial of 4 compared with 6 months of exclusive breastfeeding in Iceland: differences in breast-milk intake by stable-isotope probe. Am J Clin Nutr 2012; 96: 73–9
15. Fewtrell MS, Morgan JB, Duggan C et al. Optimal duration of exclusive breastfeeding: what is the evidence to support current recommendations? Am J Clin Nutr 2007; 85: 635S-638S
16. Lanigan JA, Bishop J, Kimber AC, Morgan J. Systematic review concerning the age of introduction of complementary foods to the healthy full-term infant. Eur J Clin Nutr 2001; 55: 309 – 20
17. ESPGHAN Committee on Nutrition. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008; 46: 99-110
18. ESPGHAN Committee on Nutrition. Breastfeeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 49: 112-25
19. EFSA Panel on Dietetic Products Nutrition and Allergies. Scientific opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants. The EFSA Journal 2009; 7:1-38