

DIETETIQUE INFANTILE

SOMMAIRE (2^{ème} PARTIE)

- A. Aptitudes des nouveaux nés et des nourrissons
- B. Alimentation du premier semestre
 - 1. Allaitement maternel
 - a. Régulation de la lactation
 - b. Contre- indications
 - c. Avantages
 - d. Mise en route
 - e. Technique
 - f. Surveillance et complications
 - g. Modalités du sevrage
 - 2. Allaitement artificiel
 - a. Règles générales
 - b. Stérilisation des biberons
 - c. Conduite de l'allaitement
- C. Alimentation du deuxième semestre et diversification
- D. Ordonnances diététiques
- E. Conclusions et recommandations

L'alimentation du nourrisson doit être parfaitement adaptée à ses besoins pour lui permettre d'avoir un développement psychomoteur et staturo-pondéral harmonieux. Toutefois, il importe qu'elle soit conforme à ses aptitudes psychomotrices, digestives et métaboliques.

Toutes les modifications de régime doivent s'opérer progressivement en respectant l'appétit de l'enfant, surtout lors de la diversification et du sevrage.

L'établissement des régimes et le calcul des rations doivent être basés sur le poids et non sur l'âge pour mieux répondre aux besoins aussi bien quantitatifs que qualitatifs.

La surveillance diététique des nourrissons fait contrôler aussi, le mode d'environnement alimentaire et psychologique.

A / APTITUDES DES NOUVEAU-NES ET DES NOURRISSONS

Durant les premiers mois, l'enfant jouit de son réflexe de succion et d'une coordination pharyngo-laryngée correcte mais inadaptée à la déglutition inhomogène. L'absence de mastication oblige à une alimentation liquide, puis homogène mixée. La cuillère est introduite vers 6 mois.

Il existe une digestibilité insuffisante des lipides (lait de vache) en raison de l'immaturité de sécrétion des sels biliaires et de la lipase pancréatique. L'amylase pancréatique est immature avant 6 mois.

Les mécanismes de défense anti-infectieuse « barrière digestive » comportant : sécrétions acides, mucus, acides biliaires et IgA sécrétoires est fragile, d'où le risque d'entérocolites graves et de sensibilisation aux PLV chez le jeune nourrisson (avant 3 mois).

L'immaturité colique et l'in éducation de la flore (amylolique-cellulolique), responsables d'un transit rapide et d'une réabsorption limitée (selles molles), imposent un régime sans fibres avant 6 mois.

La réduction des capacités d'excrétion sodée par le rein expose au risque de déshydratation hypernatrémique (si apport excessif en sodium), de même que l'immaturité enzymatique d'inter conversion et d'épuration (cycle de l'urée) vis à vis de l'excès en protides, qui avec l'immaturité fonctionnelle rénale peut engendrer une acidose métabolique.

B / ALIMENTATION LACTEE

Durant cette période, l'alimentation est exclusivement lactée et liquide. Elle est réalisée à partir de l'allaitement maternel ou artificiel avec une supplémentation vitaminique obligatoire.

ALLAITEMENT MATERNEL

Lorsque l'allaitement maternel est désiré et bien mené, il est bénéfique pour la mère et l'enfant. En effet, sur le plan nutritionnel, le bébé reçoit un aliment conforme à ses aptitudes et adapté à ses besoins. Sur le plan affectif, il se crée au cours de la tétée un lien psychoaffectif fondamental au cours duquel, le bébé découvre le contact de sa mère qui éprouve un épanouissement profond, à le nourrir à partir de son propre corps.

Toutes les études confirment la supériorité de ce mode d'alimentation naturel, répondant à la caractéristique essentielle du cycle de reproduction des mammifères : Une phase d'allaitement succédant à une phase de gestation.

1/ REGULATION DE LA LACTATION

La régulation de la lactation est sous la dépendance de facteurs hormonaux, hypophysaires (Prolactine et ocytocine) et hypothalamiques (prolactine releasing factor et prolactine inhibiting factor) et du réflexe de succion.

La phase de lactation débute pendant la grossesse par le développement des canaux galactophores et des acini, en dehors de toute sécrétion. L'activité lactogénique est inhibée par les hormones placentaires (œstrogènes et progestérone).

a. La Prolactine : Sa sécrétion est déclenchée après la naissance par la diminution brutale du taux de progestérone circulante. Elle induit la lactation par les alvéoles mammaires, à partir du sang maternel. Cette « montée laiteuse » qui, en réalité, n'apparaît qu'après un délai de 3-5 jours, correspondant à l'élimination des stéroïdes placentaires.

b. L'ocytocine : Elle permet l'évacuation du lait alvéolaire en déclenchant la contraction des cellules myo-épithéliales. Sa sécrétion réflexe, déclenchée par la succion du mamelon avec relais hypothalamique, provoque un renforcement des contractions utérines, qui vidant la matrice de son sang et favorisent son involution. L'ocytocine favorise aussi, l'élimination du placenta et prévient contre les infections de la délivrance

c. Le réflexe de succion : C'est le point de départ de ces 2 sécrétions hormonales, dont la qualité et l'efficacité sont liées à sa vigueur d'une part et à la coopération et le bien être du couple mère enfant de l'autre. Ce réflexe diminuera après la 6^{ème} H pour ne réapparaître qu'après 48 heures. La mise au sein précoce sera de ce fait, plus facile et stimulante à un moment crucial de la lactogénèse où s'associent les stimuli physiques de la succion du mamelon et ceux de la perception des besoins utilitaires.

2/ CONTRE-INDICATIONS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Les inconvénients et les contre-indications de l'allaitement maternel sont exceptionnels. Les difficultés et les échecs proviennent presque toujours d'une incompréhension de l'entourage qui augmente l'anxiété des jeunes mères désirant allaiter. Il s'agit essentiellement des :

a) MALADIES MATERNELLES : Chroniques et invalidantes, telles que les insuffisances cardiaques ou rénales graves, les maladies infectieuses transmissibles et évolutives : Hépatite virale – Sida Tuberculose (B.K ne passe pas dans le lait), les altérations de l'état général (causes diverses) et les Psychoses graves.

b) THERAPEUTIQUES MATERNELLES : Chaque cas doit être envisagé individuellement. Le médicament passant dans le lait doit être toxique ou immuno-allergique, passant la barrière intestinale puis excrété dans le lait à une concentration élevée (Atropine – Anticoagulants – Anti métaboliques – Anti thyroïdiens - Négram- Narcotiques...etc). Il faut rappeler, en outre, que le café en grande quantité, l'alcool et le tabac sont contre-indiqués pendant toute la durée de l'allaitement.

c) MALADIES DE L'ENFANT: En plus des cas rarissimes de galactosémie congénitale (maladie héréditaire), on citera les déficits congénitaux en galactokinase et lactase intestinale, l'intolérance aux sucres à transport actif (glucose/galactose) et accessoirement la phénylcétonurie et la tyrosinose dont les régimes, difficiles à équilibrer, obligent à l'abandon du sein.

d) **CONTRE-INDICATIONS MOMENTANÉES** : Sont pour la plupart accidentelles ou malformatives ; telles que les abcès du sein, les galactophorites ou les crevasses du mamelon chez la mère et les divisions palatines et bec de lièvre chez l'enfant. En revanche, les affections aiguës fébriles ou non peuvent induire une diminution de la sécrétion lactée et imposer l'allaitement mixte. Les cas d'ictères au lait de mère (5ème jour) justifient un arrêt de l'allaitement les premiers jours, mais ne l'interrompent pas. Les craintes d'hypogalactie, le travail maternel et les prétentions esthétiques ne sont que des prétextes fantaisistes et non fondés.

3/ AVANTAGES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

a. Morbidité et Mortalité infantiles plus faibles

b. Avantages immunologiques

Le lait confère une protection contre les infections et les allergies et favorise la maturation du système immunitaire de l'enfant. Il existe des facteurs cellulaires (macrophages contenant IgA et lysozyme, Lymphocytes B et T et Granulocytes neutrophiles), des facteurs immunologiques (IgA sécrétoires, IgM et IgG) et des éléments biochimiques (Lysozyme, Lactotransferrine et Gynolactose).

Ainsi, la morbidité est diminuée car les nourrissons sont moins portés aux diverses carences (anémies - avitaminoses) et font moins de désordres gastro-intestinaux, d'allergies alimentaires, de maladies respiratoires et d'infections.

c. Relation mère – enfant

Les enfants jouissent de la vigilance de leur mère et du contact intime avec son corps. Rassurés, ils peuvent ingurgiter autant de lait qu'ils le désirent. Cette relation psychoaffective est nécessaire pour le développement psychologique de l'enfant et l'épanouissement de la mère.

d. Avantages pour la mère

La stimulation du sein aide à l'involution utérine et provoque souvent des sensations de type orgasmique. Beaucoup de mères trouvent une grande satisfaction émotive à nourrir leur bébé au sein, car c'est le parachèvement de l'union symbiotique de la grossesse. Le fait que l'allaitement au sein soit contraceptif et moins coûteux attire également certaines femmes. Cependant, dès le retour de couche, l'allaitement ne fournira plus de protection contre les grossesses mais deviendra complémentaire.

4/ MISE EN ROUTE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

i. PREPARATION PSYCHOLOGIQUE DE LA MERE

Toute mère doit être préparée, dès la conception (consultation prénatale ou en maternité) à l'allaitement de son enfant. Il s'agit, en particulier de :

- Conseils et informations sur l'allaitement et ses avantages.
- Dépistage et éventuellement traitement des anomalies des mamelons.
- Dépistage d'éventuelles contre-indications.

ii. MESURES HYGIENO-DIETETIQUES

a / Régime Alimentaire Maternel.

Le régime alimentaire d'une mère qui désire et peut allaiter doit être varié, équilibré et adapté à ses besoins spécifiques, nécessitant un apport supplémentaire global :

- Energie : En moyenne on recommande une augmentation de 2.9 MJ / jour
- Protéines : 12 à 20% de la Rat.Cal.Glob (avec un supplément de 12 à 17 gr de protides animaux et un rapport Prot Anim / Prot végét ≥ 1). A cet égard, 4 grands verres de lait, en supplément, constituent un bon apport quotidien en protéines et en calcium.
- Lipides : 20% de la R.C.Globale dont 5 à 8% en acide linoléique.
- Glucides : 55% de la R.C.Globale sous forme de glucides à absorption lente type amidon. Les fruits et légumes riches en cellulose sont utiles pour la constipation.
- Eau, minéraux et vitamines : Au minimum 2 Litres / jour avec majoration des apports en calcium (1200 mg / jour) en fer (18 à 20 mg / jour) et en vitamines.

Dans ce régime à 4 repas, on déconseille les aliments à goût fort (ail, choux, oignons), pouvant imprégner le lait, ceux riches en acides organiques (épinards), à l'origine de certaines diarrhées et les boissons excitantes (café, thé, coca-cola), l'alcool et le tabac.

Cette alimentation se poursuivra pendant toute la durée de l'allaitement au sein. Le retour au régime initial se fera au fur et à mesure du sevrage.

En parallèle, la mère allaitante doit mener une vie active normale mais sans fatigue excessive. Le calme, l'absence de tension, d'angoisse et de fortes émotions sont recommandés

b / Préparation et hygiène des mamelons.

Avant l'accouchement, il est recommandé à la primipare de préparer son allaitement au sein en nettoyant et en frottant ses mamelons par de l'alcool glycéринé afin de prévenir l'ombilication et les crevasses, source de difficultés et d'infection.

Après une mise précoce au sein, les soins des mamelons seront réguliers (compresse ou linge propre imbibé d'eau pure ou physiologique) avant et après la tétée. Leur séchage et protection (gaze propre ou imbibée d'huile d'olive) évitera la macération.

c / Supplémentation vitaminique

Elle est utile et porte sur :

- Vitamine D = 400 à 1200 UI (5 à 15 $\mu\text{g}/\text{j}$) de vitamine D₃ suivant l'ensoleillement et la couleur de peau de l'enfant.

- Vitamine C = A partir de 1 mois (jus de fruits en sus)
- Vitamine K = A la naissance 1 mg (IV-IM) ou 2 mg (Oral = 2 gttes : 1 mg/gtte) : si accidents hémorragiques tardifs (Supplémentation orale : 1-2 mg/sem).
- Fluor = Souvent préconisé pour prévenir les caries : Zymafluor Cp ($\frac{1}{4}$ = 250 μ g/j)

5 / TECHNIQUE DE L'ALLAITEMENT AU SEIN

La mise au sein doit être très précoce, aussitôt après la délivrance (si possible 1^{ère} Heure). A la naissance, le bébé possède 2 réflexes innés : Le réflexe de succion induisant la montée laiteuse et le réflexe de fuissement permettant par l'odeur du lait, la reconnaissance de la position du mamelon.

La « montée de lait » apparaît généralement entre J₃ et J₅, chez les primipares et plus tôt (2-3^{ème} jour) chez les multipares. et s'accompagne souvent de phénomènes congestifs locaux, parfois généraux (fièvre, tachycardie...). L'allaitement des premiers jours se fera, à la demande (cris vigoureux), avec un minimum de 6-7 repas /j, respectant le temps de digestion (environ 3 heures) et le sommeil du bébé et épargnant tout épuisement à la mère. Le nombre de tétées doit impérativement diminuer avec l'âge, mais il n'est pas recommandé d'imposer des horaires stricts (7 à 6 / j à la fin du 1^{er} mois puis \approx 5 tétées vers 5 mois).

La mère doit se laver les mains à fond avec du savon, avant d'allaiter. Elle s'installera dans une position confortable, son bébé dans les bras, assise (dos bien droit et sans fatigue) ou couchée sur le coté, la tête légèrement relevée. Le mamelon sera profondément allongé dans la bouche de l'enfant (narines dégagées et lèvres cernant l'auréole mammaire), et pendant qu'il tète, la mère doit exercer une légère pression sur son sein de façon à permettre à son enfant de respirer librement.

La durée d'une tétée est de 5 min à J1, 10 min à J2-3 puis 15-20 min ultérieurement. Les seins sont donnés alternativement à chaque tétée (en moyenne 10 min pour chaque sein). Le changement de sein est autorisé après sa vidange. On évitera les tétées prolongées, favorisant la survenue des crevasses des mamelons, sachant que 90% du lait est absorbé en cinq minutes.

Après chaque tétée, l'enfant est maintenu verticalement jusqu'à l'apparition du rot ou rejet de l'air ingéré pour éviter les régurgitations ou inhalation bronchique de lait. Il faut éviter de proposer trop tôt des biberons de complément, faciles à boire (eau sucrée – tisanes) car ils diminuent les stimuli sensoriels du sein, altère la succion du bébé et affecte la montée laiteuse

La durée de l'allaitement est fonction des possibilités socioprofessionnelles de la mère. En l'absence de contraintes, l'allaitement seul est suffisant pendant les 6 premiers mois. A partir de cet âge le sevrage et la diversification peuvent débuter et l'allaitement maintenu autant que possible jusqu'à l'âge de 1 an. L'utilisation de biberon ou de tétine, est à éviter si possible, car elle peut diminuer l'attirance pour le sein. Il est conseillé d'utiliser la cuillère ou la tasse. Par ailleurs, l'allaitement maternel peut être prolongé jusqu'à 18-24 mois dont six exclusif.

a) SURVEILLANCE DE L'ALLAITEMENT AU SEIN

LE POIDS : En maternité, le bébé est pesé tous les jours jusqu'à dépassement du poids de naissance. La perte physiologique est réduite « 4-5% » et la reprise pondérale rapide « 4-5^{ème} jour » lorsque l'allaitement a été précoce, avant H₂.

Notons, que la prise de poids excessive évoque, en règle, une surcharge qu'il faudra corriger ; alors que sa stagnation, peut être liée soit à une insuffisance de sécrétion lactée ou une affection intercurrente.

LA SUCCION : Elle se fait par l'observation de l'enfant. Le nouveau-né doit téter vigoureusement (avant H₂ les suctions sont fortes).

LA QUANTITE DE LAIT INGEREE : Elle est appréciée par le nombre de déglutitions comparées au nombre de suctions. Le lait est abondant lorsque le rapport déglutitions/suctions est de 1/4. La quantité de lait est jugée réduite, lorsque le bébé ne déglutit que toutes les 15 – 20''.

LES SELLES : Environ 2-3 selles/j, en règle, semi-liquides, d'aspect jaune citron, d'odeur aigrelette, riches en eau et responsables en l'absence de changes fréquents d'érythème fessier. Elles sont abondantes, lorsque l'enfant boit beaucoup d'eau, mais sans retentissement sur l'état d'hydratation et la croissance ; C'est ce que l'on dénomme « diarrhée prandiale ».

LE COMPORTEMENT DE L'ENFANT : Le nourrisson satisfait dort aussi bien le jour que la nuit et ne se réveille et crie que lorsqu'il a faim.

b) INCIDENTS ET COMPLICATIONS

❖ CHEZ LA MERE

CRAINTE NON FONDEE D'UNE HYPOGALACTIE : Peut conduire certaines mères à supplémenter leur allaitement et induire une vraie hypogalactie, par la diminution du nombre de tétées. Cependant, seule une stagnation pondérale peut justifier l'introduction d'un autre aliment.

BOUTS DE SEIN PEU SAILLANTS : les suctions répétées aideront à les former.

MAMELONS RETRACTES (COURTS, PLATS, OMBILIQUES) : l'usage des bouts de sein artificiels (téterelles en latex) ou du tire-lait, aidera le mamelon à ressortir et redevenir normal en deux ou trois jours.

ENGORGEMENT MAMMAIRE (SEINS TROP DURS) : Du à une vidange insuffisante des seins, cette congestion peut se produire à n'importe quel moment de l'allaitement et se compliquer de lymphangite. L'ensemble du sein ou une partie peut gonfler, devenir douloureuse au toucher et surtout gênante pour le bébé. On conseille les douches chaudes et les extractions manuelles ou au tire-lait pour ramollir les seins et reprendre les tétées.

MAMELONS DOULOUREUX ET CREVASSES : Ils justifient un traitement local fait d'eau bicarbonatée, de glycérine ou vaseline et l'emploi d'un tire-lait ou des tétées fréquentes et brèves, en attendant la cicatrisation. Leur prévention consiste à éviter la macération des mamelons par des tétées trop prolongées.

LYMPHANGITES ET ABCES DU SEIN : Ils font suite aux crevasses ou aux engorgements mammaires suivis de galactophorite, lorsque les précautions d'hygiène ne sont pas respectées. Leur traitement est articulé sur : l'arrêt de l'allaitement (en raison du risque infectieux pour l'enfant), l'emploi du tire lait (pour éviter le tarissement de la sécrétion lactée) et un traitement médial approprié.

LE LAIT QUI NE COULE PAS : Il arrive que le sein soit rempli et que le bébé affamé n'obtienne pas de lait. Un massage de chaque quadrant du sein permet de stimuler la progression du lait à travers les canaux galactophores vers le mamelon.

L'HYPOGALACTIE PRIMAIRE : Elle est relativement rare si les conditions de mise au sein sont correctes. Elle se traduit par une stagnation de la courbe pondérale chez un bébé affamé aux selles rares. Ainsi, l'alimentation sera complétée par 2-3 biberons de lait, alternés avec les tétées (les quantités sont celles d'un bébé du même âge nourri au biberon).

❖ CHEZ L' ENFANT

LES COLIQUES DU NOURRISSON AU SEIN : Souvent associées à une diarrhée prandiale, elles sont dues à une fermentation colique du lactose, en plus de l'imaturité colique. Cela ne doit pas inquiéter les parents ; Le carbonate de chaux peut être utile.

L'ICTERE AU LAIT DE MERE : C'est un ictère tardif (5ème jour) et persistant à bilirubine indirecte, avec urines claires, sans anémie ni risque d'ictère nucléaire. Il est dû à l'effet inhibiteur sur la glucuroconjugaison d'acides gras contenus dans le lait maternel et libérés par l'activité enzymatique excessive de la lipoprotéine lipase. Il cède quand on chauffe le lait à 56°C pendant 15 min : L'usage du tire-lait est impératif.

LES REGURGITATIONS : Elles surviennent en fin de tétée, au moment du rot et sont sans influence sur la courbe pondérale.

LES REJETS SANGLANTS OU STRIES DE SANG : Peuvent être en rapport avec : une oesophagite, un saignement d'une crevasse (minime et indolore) ou une rupture de canaux galactophores.

LES COLIQUES HEMORRAGIQUES : Sont liées à l'ingestion par la mère de certains **allergènes** pouvant induire une véritable diarrhée muco-sanglante.

LA DESHYDRATATION HYPERNATREMIQUE DU NOUVEAU-NE AU SEIN : En cas d'insuffisance d'apport hydrique quotidien (insuffisance de sécrétion lactée maternelle) et non un excès d'apport sodé par les laits de mère dont la lactation se tarit.

6/ MODALITES DU SEVRAGE ET DIVERSIFICATION

Il est parfois nécessaire d'interrompre l'allaitement au sein (Complication ou reprise du travail maternel) et devoir conduire une ablactation adéquate.

L'ablactation se fera progressivement, et à mesure que la sécrétion de lait diminue. Le lait de mère doit être substitué par un aliment lacté diététique maternisé 1^{er} âge, éventuellement par un lait hypoallergénique s'il existe des antécédents familiaux importants d'allergie.

Le premier jour : « Remplacement d'une tétée par un biberon de lait ». La quantité sera calculée fonction de l'âge et se superposera aux quantités données à chaque repas chez un enfant nourri artificiellement. Puis progressivement, tous les 3-4 jours, on remplacera les autres tétées par un biberon équivalent. Cette opération très progressive sera étalée sur 2-3 semaines et doit être programmée à l'avance.

Si engorgement ou douleur on prescrira une application de glace sur le sein douloureux et des antalgiques, si nécessaire. En cas de difficulté à l'arrêt précoce (1er mois) et en 2^{ème} intention, on pourra instaurer un traitement médicamenteux pour bloquer la montée laiteuse (Paroled* 5 mg en 2 prises 14 jours.)

Le sevrage ou passage du régime lacté (naturel ou artificiel) à l'alimentation semi diversifiée sera progressif, ni trop précoce, ni trop tardif (à partir de 6 mois). Les arrêts précoces de l'allaitement maternel sont liés le plus souvent à des influences psychologiques et culturelles

L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

L'introduction d'une alimentation artificielle de substitution représente sans doute la plus grande expérience incontrôlée, jamais entreprise par l'homme.

L'alimentation artificielle est fondée sur des principes scientifiques de nutrition et de stérilisation. Au même titre que l'allaitement au sein, ce mode alimentaire est exclusivement lacté avec supplémentation vitaminique et diversification à 6 mois.

1/ REGLES GENERALES

1) Les biberons et combinés sont stérilisés soit à chaud en autoclave ou par ébullition soit à froid à l'aide de solutions spéciales.

2) Préparation des biberons peut se faire pour la journée sous réserve d'une conservation au réfrigérateur, ou, mieux, avant chaque repas.

3) Lavage des mains (ongles soigneusement coupés) avant toute manipulation.

4) Habits propres (blouse et port de masque obligatoire en collectivité) –
Chevelure protégée

5) Plan de travail propre (savonné, javellisé puis rincé à grande eau avant chaque préparation)

6) Bien refermer la boîte de lait après usage et la conserver au sec (Pas au réfrigérateur)

7) Utilisation de la mesurette livrée avec la boîte (à laisser dedans)

1) Pour la dilution, utiliser une eau peu minéralisée (en bouteille) ou du robinet bouillie.

2) Le dosage des biberons doit obéir aux indications de la boîte : une mesurette rase / 30 ml.

3) Lors de la prise du biberon, vérifier la position de l'enfant (toujours surélevée, jamais couchée), contrôler le débit de la tétine, en se méfiant des tétines trop percées qui ont tendance à gicler, s'assurer de la perméabilité nasale (au besoin faire un lavage narinaire au sérum physiologique) car la respiration du bébé est exclusivement nasale durant la tétée.

4) La durée d'une tétée est d'environ 15 min, entrecoupée d'arrêts de plus en plus prolongés et fréquents chez le nourrisson jeune (ne jamais forcer l'enfant à finir son biberon : risque d'asphyxie par fausse à l'endormissement)

5) Respect du rot après chaque tétée (tenir l'enfant en position verticale).

2/ ENTRETIEN ET STERILISATION DES BIBERONS

La technique de lavage des biberons (en famille ou en collectivité) se déroule en 3 étapes :

- Rincer le biberon à l'eau courante froide puis le remplir d'eau jusqu'au goulot et installer le combiné (tétine montée sur une bague et recouverte du capuchon protecteur) en partie démonté à l'envers. La tétine doit tremper dans l'eau.
- Dès que possible, le biberon vidé et combiné démonté sont plongés à tour de rôle dans un grand volume d'eau chaude savonneuse. Toutes les parties intérieures et extérieures du biberon seront brossées (surtout le fond et le goulot) à l'aide d'un goupillon. La bague et le capuchon subiront le même traitement. La tétine brossée à l'extérieur et à l'intérieur après retournement à l'envers.
- Tous les éléments du biberon seront rincés à l'eau courante et installés sur un torchon propre de façon à permettre l'égouttage et le séchage à l'air libre.

La stérilisation des biberons à l'hôpital ou en collectivité est réalisée à chaud, en autoclave à 120°C (asepsie parfaite du matériel de biberonnerie). A domicile, le soxhlet peut être utilisé de la façon suivante :

La stérilisation par soxhlet, à domicile prévoit une durée d'ébullition courte (20 min à partir du début de l'ébullition pour les biberons et 5 min pour les tétines, bagues et capuchons).

La casserole ou l'autocuiseur peuvent être utilisés pour la stérilisation à domicile (20 min).

La stérilisation à froid consiste en un contact direct avec un produit bactéricide, en solution à diluer (solution de Milton*) ou en comprimés solubles (Solustéril*). Elle est utilisée à domicile et dans certaines collectivités :

STERILISATION A DOMICILE

MATERIEL	TECHNIQUE	GESTES IMPORTANTS
★ BIBERONS-COMBINES (BAGUE, CAPUCHON, TETINE)	- APRES LAVAGE, PREPARER TOUT LE MATERIEL SUR LE PLAN DE TRAVAIL	- LAVAGE PREALABLE (MAINS, PLAN DE TRAVAIL, EVIER)
★ SOXHLET	- OUVRIR LE SOXHLET METTRE LES BIBERONS « GOULOT VERS LE BAS » DANS LES ALVEOLES DU PANIER.	
★ MORCEAU DE GAZE	- INSTALLER LES COMBINES AU CENTRE DU PANIER (DANS DE LA GAZE NOUEE EVENTUELLEMENT)	
★ EAU DU ROBINET	- REMPLIR LE SOXHLET AUX $\frac{3}{4}$ D'EAU + QUELQUES GOUTTES DE VINAIGRE	- HYGIENE TRES STRICTE EN FIN D'OPERATION
★ SOURCE DE CHALEUR	- EBULLITION PENDANT $\frac{1}{2}$ HEURE	

STERILISATION EN COLLECTIVITE

MATERIEL	TECHNIQUE DE L'OPERATION	GESTES IMPORTANTS
Biberons et combinés		Se laver les mains : xxx
Bac stérilisateur adapté	Remplir le bac d'eau jusqu'au niveau indiqué	Respecter scrupuleusement l'hygiène indiquée
Produits Bactéricides . Solution de Milton . Comp de Solustéril	Ajouter le produit bactéricide . Milton : Doseur . Solustéril : Cp dans l'eau et attendre sa dissolution	Mettre la dose prescrite : . 1 dose pour 2 litres : Milton . 1 comp pour 2 litres : Solust
Combinés en rapport avec la taille du bac (2 – 6 – 20)	. Installer les tétines sur les ergots prévus à cet effet : (bac pour 2 biberons) . Plonger doucement les biberons dans le liquide (le fond dans la partie profonde) . Ajouter les bagues, les combinés, les tétines, la pince plastique et la grille. . Refermer le bac	. Chasser toute bulle d'air . Inscrire date et heure de préparation. . Inscrire l'heure à laquelle les biberons seront stériles : « Durée de l'Immersion : 90' »
	. Sortir les biberons stériles avec des mains bien lavées. . Vider le biberon dans le bac. . Fermer le biberon (stérilisation du combiné respectée)	. Ranger et utiliser le biberon dans les 24 heures.

a) LE CHOIX DU LAIT

Le meilleur lait pour le nourrisson est celui de sa mère. Lorsque cette dernière ne peut ou ne veut pas allaiter, le choix se porte sur un lait pour nourrisson. Pour la grande majorité des enfants qui ne posent aucun problème alimentaire, le choix initial du lait n'a pas une grande importance.

En l'absence de risque allergique familial, un ALD pour nourrissons est conseillé.

- Les laits à fort taux de caséine sont les plus utilisés actuellement et sont bien tolérés. Plus la teneur en caséine augmente, plus la sensation de satiété est améliorée par le ralentissement de la vidange gastrique mais plus la constipation est favorisée.

- Au contraire, plus la teneur en protéines solubles est élevée, plus la Composition protéique est proche de celle du lait de mère et meilleure est l'adaptation du lait aux capacités physiologiques du nourrisson. Toutefois, ces laits procurent une moindre sensation de plénitude gastrique et favorisent les régurgitations.

- Si le nouveau-né a un risque allergique majeur, certains pédiatres conseillent un lait hypoallergénique pour une durée de six mois.

- Si la mère désire allaiter, il faut éviter les compléments au biberon. S'il est Vraiment indispensable de compléter l'allaitement maternel insuffisant ou en cas d'absence momentanée de la mère, certains pédiatres conseillent d'utiliser un lait hypoallergénique. En dehors de situations pathologiques, le pédiatre peut conseiller de changer de lait après quelques semaines :

- En cas de régurgitations banales ou lorsque le bébé a toujours faim, il élimine les erreurs d'administration du lait et choisit : Lait plus riche en caséine ou Lait épais anti-reflux.

- En cas de coliques idiopathiques ou de ballonnements, une inadéquation entre les apports en lactose et les capacités d'hydrolyse lactasique du nourrisson est possible. Le choix se portera sur : Lait acidifié ou Confort (avec pré ou pro biotiques), Lait moins riche en lactose ou Hydrolysats poussés sont parfois proposés.

- En cas de constipation, on conseillera : Lait plus riche en lactose et moins riche en caséine, Lait acidifié confort

En relais de l'allaitement maternel, tous les laits pour nourrissons peuvent convenir.

Actuellement et en première intention on conseille :

- Lait hypoallergénique pour une durée de six mois.
- Lait confort (fermenté avec bifidus – contenant des pré biotiques)

b) PREPARATION D'UN BIBERON DE LAIT EN POUDRE : « Fiche Technique »

MATERIEL :

- Boîte de lait ou produit de régime instantané
- L'eau minérale ou potable
- Une assiette et un couteau très propre
- Une casserole
- Une source de chaleur (ou un chauffe-biberon)
- Un biberon et son combiné stériles

PREPARATION :

- . Faire chauffer de l'eau (frémissement) dans la casserole pour le bain-marie.
- . Verser toute la quantité d'eau minérale dans le biberon.
- . Refermer le biberon avec le combiné.
- . Le mettre dans le bain-marie (environ 5 min) pour tiédir l'eau du biberon (l'eau du biberon ne doit pas dépasser 40°C, pour ne pas altérer les composants du lait).
- . Ajouter les mesurette de poudre « arasées ».
- . Refermer le combiné.
- . Mélanger en roulant vigoureusement le biberon entre les paumes des mains.
- . Donner le biberon à l'enfant après vérification de la température et du débit de lait (tétine)

c) CALCUL DE LA RATION JOURNALIERE

Schématiquement, on peut dégager 4 périodes :

- Période néonatale : 15 premiers jours
- Avant l'âge de 3 mois
- Entre 3 et 5 mois
- Au-delà de 5 mois

Les régimes proposés correspondent aux normes établies pour l'âge considéré. Toutefois, ils peuvent être modifiés en fonction de l'appétit de l'enfant.

❖ PERIODE NEONATALE :

- L'allaitement doit être précoce, en règle avant la 2^{ème} heure (éviter l'hypoglycémie).
- Le 1^{er} Jour : Le 1^{er} repas effectué par 10 à 15 ml d'eau pure, permet de vérifier l'existence d'une déglutition normale et limite le risque de fausse route. Ensuite, on proposera 15 à 20 ml de lait maternisé 1^{er} âge toutes les 3 heures, soit 6-7 repas pour le premier jour.

• Les jours suivants, les quantités sont augmentées progressivement chaque jour, avec éventuellement un biberon en supplément la nuit, égal à ceux de la journée. En effet, l'intervalle entre 2 biberons est de 2 à 4 h, avec éventuellement un 8^{ème} biberon nocturne pendant le 1^{er} mois. La progression proposée est la suivante :

- 2^{ème} jour : 6-7 x 30 ml : 6h – 9h – 12h – 15h – 18h – 21h – 00h – 03h.
- 3^{ème} jour : 6-7 x 40 ml : 6h – 9h – 12h – 15h – 18h – 21h – 00h – 03h.
- 4^{ème} jour : 6-7 x 50 ml : 6h – 9h – 12h – 15h – 18h – 21h – 00h – 03h.
- 5^{ème} jour : 6-7 x 60 ml : 6h – 9h – 12h – 15h – 18h – 21h – 00h – 03h.
- 6^{ème} jour : 6-7 x 70 ml : 6h – 9h – 12h – 15h – 18h – 21h – 00h – 03h.
- 7^{ème} jour : 6-7 x 80 ml : 6h – 9h – 12h – 15h – 18h – 21h – 00h – 03h.
- 2^{ème} Semaine : On peut laisser 6 ou 7 x 80 ml ou augmenter légèrement à 90 ml pour un ou plusieurs biberons.
- 3^{ème} et 4^{ème} Semaine : Idèm.

❖ AVANT 4 MOIS :

Pendant cette période, le seul aliment nécessaire et suffisant est l'A.L.D 1^{er} âge avec adjonction de vitamines D et C. Les modalités d'alimentation varient par la quantité proposée et le rythme des repas.

La quantité de lait quotidienne est calculée selon la règle d'Apert (revue et corrigée par Lestradet) :

$$\text{Quantité (ml/j)} = \frac{\text{Poids de l'enfant (grs)}}{10} + 250 (+/- 100)$$

La quantité par biberon est obtenue après division par le nombre de repas. Elle est donnée à titre indicatif, mais elle peut être légèrement diminuée ou augmentée, selon l'appétit et/ou la courbe pondérale.

Pour le nombre de repas, il diminuera avec l'âge (l'enfant règle son nyctémère en ménageant un sommeil réparateur nocturne dès la fin du 1^{er} mois) ; Ainsi :

- De 15 j à 2 mois, le nourrisson prend 6 à 7 repas, le plus souvent espacés de 3 heures. Il ne faut pas réveiller l'enfant de façon systématique mais respecter, s'il le réclame, son biberon nocturne, particulièrement fréquent le 1^{er} mois.
- A partir de 2 mois, l'enfant passe le plus souvent spontanément à 6 repas. La quantité de lait manquante est de ce fait reportée sur les autres biberons.
- Entre 3 et 6 mois, les biberons seront proposés aux horaires des repas en respectant toutefois le biberon du soir : En règle cinq : Matin – Midi – 16h – 20h – Au coucher.

d) SURVEILLANCE

Elle repose essentiellement sur :

- Evolution pondérale (Pesée quotidienne).
- Volume, nombre et composition des repas (modifiés au prorata de l'âge, des désirs de l'enfant et des disponibilités des produits).
- Transit doit refléter la nature du régime : 1 à 2 selles/jour +/- mastic (ALD 1^{er} âge) et foncées avec la diversification.
- L'appétit doit être satisfait.
- Conditions psychologiques de l'allaitement, facteur important d'une relation mère-enfant, si on veut éviter anxiété, dogmatisme dirigiste, sollicitations intempestives anorexiantes ; l'enfant doit être gai, vif, avec un bon éveil.

e) INCIDENTS OU COMPLICATIONS EVENTUELS :

1. INTOLERANCE AUX PROTEINES DU LAIT DE VACHE : Véritable allergie aux PLV, principalement la β .lactoglobuline, à l'origine de troubles digestifs ou extra-digestifs aigus ou chroniques.

2. DYSPEPSIE AU LAIT DE VACHE : Evoluant en 2 phases :

- . Phase dyspepsique : alternance de diarrhée et de constipation.

. Phase dystrophique : Hypotrophie et chute pondérale.

3. FIEVRES DES LAITS SECS : S'observe en cas de mauvaise reconstitution du lait. Le lait devient hyper concentré et constituera une charge osmotique à l'origine d'une déshydratation hypernatrémique.

C / DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE

Il s'agit de l'introduction d'aliments non lactés dans le régime des tout petits. Elle intervient lorsque le lait ne suffit plus pour couvrir les besoins nutritionnels du nourrisson. Ce passage, d'une alimentation liquide lactée à une alimentation semi-fluide puis solide variée et enrichie, nécessite de la part des parents des connaissances sur le développement de leur enfant et les grands principes de la diététique infantile.

1. INTERÊTS DE LA DIVERSIFICATION

- **NUTRITIONNEL** : Elle permet le Passage d'un régime où l'apport calorique est dominé par les Lipides [$>50\%$] à un apport Glucidique prédominant dans la Ration Energétique Globale.
- **IMMUNOLOGIQUE** : Elle entraîne l'Ingestion de nouvelles et nombreuses protéines qui sont autant d'antigènes potentiels
- **PSYCHOLOGIQUE** : Elle donne aux parents l'image d'une évidente maturation de leur enfant
- **AUTRES** : assure une mastication normale et le développe le langage.

2. PRINCIPES GENERAUX

La diversification alimentaire du jeune nourrisson doit être :

- a. Adaptée aux aptitudes de l'enfant et à son immaturité physiologique. Le tube digestif doit s'adapter à ce changement et assurer la digestion des nouveaux nutriments (amidon, cellulose...).
- b. Progressive, souple et conforme aux goûts de l'enfant d'une part et l'apport lacté doit rester majoritaire d'autre part.
- c. Préventive par rapport aux allergies alimentaires (Terrain allergique – Atopie Familiale), au déséquilibre nutritionnel (Excès en Calories, lipides, Sel et Sucres) et surtout aux Carences alimentaires (Fer, Ac Linoléique et Calcium).

3. DEBUT DE LA DIVERSIFICATION

Actuellement, on recommande une diversification après l'âge de 4 mois, mais au mieux à 6 mois et ce pour diverses raisons :

- a) La diversification avant 4 mois pourrait entraîner des allergies alimentaires chez tous les enfants, notamment ceux nés dans une famille prédisposée,
- b) Après 6 mois, le lait maternel ou le « lait » infantile ne suffit plus à couvrir tous les besoins de l'enfant. Il faut commencer à diversifier son alimentation,
- c) À 6 mois, un bébé commence à savoir mastiquer des aliments un peu plus

solides et il peut mieux les déglutir. Ses capacités digestives sont plus développées.

4. COMMENT REUSSIR LA DIVERSIFICATION

Le mode et le rythme de la diversification doivent respecter le tempérament et l'appétit de l'enfant.

- On peut continuer à lui donner du lait pour assurer ses apports alimentaires
- Attention à ne pas forcer l'enfant - Respecter ses goûts et ses préférences
- En cas de refus : ne pas insister et proposer à nouveau quelques jours plus tard

Dans certaines situations, on conseille de donner moins de repas, mais des quantités de plus en plus majorées car :

- Spontanément, l'enfant passe de 6 à 5 prises alimentaires par jour, puis de 5 à 4 pendant la 1^{ère} phase de diversification (Semi – diversification)
- Augmenter les quantités pour maintenir des apports alimentaires suffisants, selon l'appétit de l'enfant

5. LES ETAPES DE LA DIVERSIFICATION

Il est utile de préciser que l'ordre de progression dépend de l'âge, du poids et de la maturation de l'enfant.

a) Entre 4 – 6 mois, tous les besoins nutritionnels doivent être couverts, en raison de la croissance rapide à cet âge de la vie. le bébé commence à utiliser la partie antérieure de sa langue pour déglutir les aliments.

A cet âge, l'enfant passe à 4 repas dont 2 diversifiés (midi – soir) et 2 Lactés sous forme de biberons, le matin et au goûter. il ne déglutit que les aliments de consistance lisse ou pâteuse.

b. Vers 7 – 8 mois les VPO (Viandes – Poisson – Œufs), ensuite les fromages et les féculents.

Les étapes de la diversification sont à l'appréciation du pédiatre concerné, mais dans tous les cas, le lait demeure au centre du repas de bébé.

A titre d'exemple, le tableau suivant indique les différentes phases de la diversification et les aliments correspondants :

A partir de 4 ou 5 mois	A partir de six mois	A partir de 8 mois	Dès un an
Quelques céréales sans gluten et diastasées (farines infantiles) Fruits ou légumes (compotes purées - jus de tomate)	Farines diversifiées Viande, poisson, jaune d'œuf Elargissement des légumes : purée Yaourts, fromages blancs	Recettes simples (quelques ingrédients) Fruits tendres en petits morceaux	Recettes complexes, Œufs durs

6. LA MISE EN ROUTE DE LA DIVERSIFICATION

a) En cas d'allaitement maternel

- Un allaitement mixte palliatif avec une semi diversification progressive maintien de l'allaitement au sein (Matin – Soir)
- L'allaitement au sein ne peut suffire à lui seul MAIS sera supplémente progressivement (après remplacement de la tétée de la mi-journée par un biberon de ALD 2^{ème} âge) par au moins un repas semi-diversifié.
- La supplémentation vitaminique D sera poursuivie.

b) En cas d'allaitement artificiel

- Diminution du nombre des repas qui va passer à 4 - 5 / jour.
- Sevrage progressif par une semi diversification alimentaire.
- Passage à une alimentation semi solide (farines, fruits et légumes) où l'apport lacté reste majoritaire.
- Les premiers aliments à introduire dans le régime sont en règle les Farines instantanées, à décoction, diastasées et sans gluten ainsi que les Légumes doux, tendres et à faible goût. Le mode de leur préparation incombe à la nourrice pour laquelle nous suggérons :

- **POUR LES FARINES** : On commence par donner 1 càc (farine instantanée diastasée Sans Gluten) dans le biberon du matin. Cette quantité sera augmentée progressivement en fonction de l'appétit de l'enfant et de sa courbe pondérale : [5 gr : 2 mois / 15 gr : ≈ 5 mois / 30 gr : 12 mois environ]

- **POUR LES LEGUMES** : On augmente la consistance progressivement, comme suit :
↓ **LES BOUILLONS** ; les légumes sont coupés en très petits morceaux et mis à l'eau froide non salée, pour favoriser la diffusion des constituants solubles : (2 L d'eau donneront 1 L de bouillon après cuisson).

↓ **LES SOUPES OU POTAGES** ; les légumes peuvent être mis à l'eau froide ou bouillante et toujours additionnés à une base de pomme de terre (1/3 à 1/2 du poids total des légumes) pour obtenir des potages onctueux. Après la cuisson les légumes seront réduits en purée (moulin à légumes ou mixeur).

↓ **LES PUREES DE LEGUMES** ; on conseille les cuissons de légumes épluchés et cuits à la vapeur dans les proportions suivantes : 2/3 d'un ou plusieurs légumes frais et 1/3 de pommes de terre. Leur introduction, au biberon de lait, consistera, en premier lieu à tester l'acceptation d'un nouveau goût par l'enfant.

Cependant, la préparation d'un biberon de lait à partir d'un bouillon de légumes est de plus en plus abandonnée. Par contre, les légumes peuvent se donner séparément (qqs càc avant ou après le biberon) pour habituer l'enfant aux saveurs nouvelles. Puis, progressivement, sur 15 à 20 jours, la soupe remplacera le biberon de la mi-journée. La progression quantitative dépendra de la tolérance et de l'âge de l'enfant : (≈ 50 gr pour un repas de 200 à 210 ml).

La nature du légume est à considérer, progressivement selon l'âge et la tolérance :

- Légumes à feuilles : blettes – épinards...

- Légumes à fruits et graines : tomates – aubergines – courgettes – petits pois ...
 - Légumes à racines : navets – betteraves
 - Légumes à tubercules : pommes de terre (entre à 50% dans les purées de légumes)
- L'introduction des légumes à goût fort (choux, navet) doit être tardive (15-18 mois) et prudente. Sont déconseillés l'ail, l'oignon et l'échalote

7. MODES D'INTRODUCTION DES ALIMENTS

a) PREMIERE PHASE OU SEMI-DIVERSIFICATION

➤ LE LAIT : Doit rester la base de l'alimentation de l'enfant,

- A partir de 6 mois, au moins 500 ml à 800 ml/J de lait (maternel ou de suite)
- Très progressivement, supprimer une partie d'une tétée ou d'un biberon, puis une tétée ou un biberon entier,
- Attendre encore 1 à 2 semaines pour supprimer une 2^{ème} tétée ou un biberon,
- Vers 8 mois, l'enfant prend 4 repas par jour, dont 2 repas diversifiés (et pas plus) et 2 tétées ou 2 biberons de lait (180 – 240 ml).

➤ L'EAU ET LE JUS DE FRUITS

- L'eau de source est la seule boisson nécessaire quand l'enfant a soif,
- Jus de fruits : Inutiles avant 6 mois, possibles après mais pas indispensables

➤ LES PETITS POTS POUR BEBE

- Ils sont soumis à la réglementation des « aliments destinés aux NRS et enfants en bas âge.
- Ils répondent à des normes très strictes de fabrication, d'hygiène et de composition,
- Un petit pot de 100g de légumes-viande ou légumes-poisson apporte 10-15g de viande ou poisson.

➤ LEGUMES FRAIS

- Choisir des légumes bien tolérés, pauvres en fibres : haricots verts, épinards, courgettes, blancs de poireaux, carottes.
- Progressivement : Légumes à feuilles (blettes, épinards) - Légumes à fruits : (tomates , aubergines courgettes) – Légumes à graines (petits pois, fèves) - Légumes à racines (navets, betteraves)
- Les cuire à l'eau ou à la vapeur, sans ajout de sel et les mixer.
- Introduire les légumes au repas de midi, en complément du lait.
- Utiliser une petite cuillère ou un biberon (bouillon de légumes + lait)
- Augmenter la dose de légumes et diminuer légèrement la quantité de lait
- Légumes à goût fort (choux, navet) : Introduction tardive (15-18 mois)
- Sont déconseillés l'ail, l'oignon et les condiments

➤ FRUITS FRAIS

- À midi, ou en complément du biberon ou de la tétée de l'après-midi,
- En compote au début, sans ajouter de sucre,
- Puis proposer des fruits crus ou cuits écrasés (poire, fraise, pêche, banane)

➤ INTRODUCTION DES MATIERES GRASSES AJOUTEES

- Jamais avant 6 mois,
- Choisir plutôt des matières grasses végétales : huile de colza, d'olive, de tournesol...,
- Une cuillère à café d'huile ou une noisette de beurre à chaque repas suffit,
- Éviter les fritures.

➤ VIANDES – POISSONS – ŒUFS

- Toutes les viandes (Blanches !) peuvent être proposées, en limitant les abats (Fibres musculaires riches lysine)
- Tous les poissons peuvent être proposés : maigres et frais au début : (Fibres musculaires d'excellente qualité et riches en A.A.Essentiels + AGPILC selon le type) Les poissons semi gras (sardines) , introduits à 8 mois, les gras (Thon) à 1 an. Eviter le poisson pané,
- Le jaune est introduit dès l'âge de 6 mois : Cuit dur dans la soupe, l'œuf entier est proposé à partir de l'âge de 9 mois.
- Au début, mixer ou écraser très finement tous ces aliments,

➤ LES FARINES INFANTILES

- Elles permettent après 6 mois :
 - Une ébauche de diversification utile pour l'ouverture du goût de l'enfant
 - Une floculation plus fine de la caséine du lait dans l'estomac
 - Un développement de l'activité de l'amylase pancréatique
- Les farines diastasées sans gluten, sont conseillées en 1^{ère} intention (dans le biberon) en décoction dans le biberon ou dans la soupe.
- Relais par Farines avec gluten simples (1 céréale) ou composées (mélange)
- Pour diversifier les goûts à l'enfant : Farines additionnées de fruits et/ou légumes (Chaque jour un arôme différent).
- Les Farines spéciales : Dextrinées, Phosphatées (7 mois), Cacaotées (10 – 12 mois) ou Hyper protidiques sont prescrites sur avis médical

➤ LEGUMES SECS – RIZ - PATES ET POMME de TERRE

- Dès 6 mois, les pommes de terre cuites à la vapeur peuvent être moulinées et mélangées à la soupe de légumes : (entre à 50% dans les purées de légumes)
- Ne proposer les pâtes, le pain, la semoule de blé et les biscuits qu'en quantité

modérée pas avant 7 mois révolus.

- Le Riz apporte des glutélines sans gliadine et des globulines déficientes en lysine et en tryptophane, de l'amidon et peu de vitamines et minéraux. Introduction dès 6 mois
- Les légumes secs, riches en protéines (20 à 22% sans lysine et méthionine) ; apportent de l'amidon (50 à 60%), des minéraux (Mg et Fer) et de la vitamine B1. Introduction vers l'âge de 18 mois, bien cuits et passés à la moulinette (ne pas les mixer) : peu digestes (par les enveloppes)

b) DEUXIEME PHASE DE LA DIVERSIFICATION

➤ LE LAIT

- Toujours au moins 500 ml de « lait» 2^{ème} âge, par jour jusqu'à 1 an (voire au-delà),
- Après 1 an, ne pas dépasser pas 800 ml de lait (et autres produits laitiers) !
- Utiliser de préférence des produits laitiers « destinés aux enfants en bas âge » jusqu'à 18 mois (ils sont enrichis en fer, vitamines et acides gras essentiels). Un peu de fromage peut être proposé à l'enfant.

➤ LES ALIMENTS DE CHAQUE GROUPE

- À partir de 8-12 mois, chaque jour, des fruits et des légumes et des produits céréaliers : riz, pâtes, pain, blé, semoule...
- De 8 à 12 mois, une portion d'environ 20g de viande, ou de poisson ou 1/2 œuf (20 g = 4 cuillères à café). Après 1 an, la portion sera d'environ 30g (= 6 cuillères à café).
- Un peu de matières grasses, en privilégiant celles d'origine végétale.
- À limiter : Sucre, miel, chocolat et aliments riches en graisse.

➤ LA BOISSON

Avec la diversification, l'enfant a besoin de boire beaucoup plus, parce que les nouveaux aliments introduits contiennent moins d'eau que le lait.

- La seule boisson recommandée est l'eau pure : de l'eau faiblement minéralisée en bouteille,
- Les jus de fruits ne sont pas indispensables,
- Éviter les sodas (même « light »), les sirops, qui apportent beaucoup de sucre (l'enfant risque de s'habituer à en boire, car le goût sucré flatte son palais, et refuser de prendre de l'eau ensuite).
- Pas de tisanes ou de boissons à base d'extraits naturels de plantes (camomille, tilleul, fleur d'oranger...) sans l'avis de votre médecin.

c) RYTHME ET QUANTITE DES REPAS

- Faire confiance à l'enfant, dès les débuts, il sait manger à sa faim
- Contrairement à un adulte, un enfant se régule non seulement sur un repas, mais aussi sur une journée (quand il mange trop à un repas, il mange moins au suivant)
- De 6-8 mois jusqu'à la fin de l'adolescence, le rythme recommandé est : petit-déjeuner, déjeuner, goûter et dîner

o . Ce rythme est une bonne habitude à transmettre très tôt à l'enfant, en évitant de lui donner des aliments entre les repas.

d) LES BONNES PROPORTIONS ?

La quantité de viande sera toujours inférieure à celle de l'accompagnement constitué de légumes et de féculents.

La quantité de légumes sera de préférence identique ou supérieure à celle des féculents.

8. EQUILIBRE ALIMENTAIRE DES REPAS – ORDONNANCES DIETETIQUES TYPES

I. A PARTIR DE 6 MOIS

PETIT DEJEUNER : APPORT LACTE

- Tétée maternelle ou un biberon de 240 ml (8 cà m de Lait de suite) ou 250 ml de lait liquide 2^{ème} âge – Farine SG instantanée : 2 à 4 càc dans le biberon. Cette ration est à adapter en fonction de l'appétit de l'enfant.
- 10h : jus de fruit : 50 - 60 ml

DEJEUNER : LEGUMES – VIANDE MIXEE – DESSERT

- 1^{ère} Formule
 - 150 gr de légumes homogénéisés sans sel + 1 noisette de beurre ou 1 càc d'huile d'olive (au biberon ou à la cuillère)
 - Viande grillée ou poisson cuit vapeur mixés : 10 gr (2 càc) ou ¼ jaune d'œuf
 - 1 fruit cuit (compote maison ou petit pot) : Pas d'obligation de finir la ration.
- 2^{ème} Formule
 - 1 petit pot (légumes – viande) ou (légumes – poisson)
 - 1 Laitage : ½ Yaourt ou fromage blanc

GOUTER : APPORT LACTE – FRUIT – PRODUIT CEREALIER EVENTUELLEMENT

- 1^{ère} Formule
 - Tétée maternelle ou biberon de 240 ml (8 cà m de Lait de suite) ou 250 ml de lait liquide 2^{ème} âge +/- Farine SG instantanée : 1 à 2 càc dans le biberon.
 - 1 fruit cru (banane mixée à la cuillère)
- 2^{ème} Formule
 - Un laitage : yaourt, fromage blanc... (de préférence laitages « destinés aux enfants en bas âge »)
 - Une compote (maison ou petit pot) sans le biberon ou à la cuillère

DINER : APPORT LACTE + FRUITS ET/OU LEGUMES

- 1^{ère} Formule
 - Lait maternel ou un biberon de 240 ml (8 mesures) de lait 2^{ème} âge ou 250 ml de lait 2^{ème} âge liquide +/- 2 à 4 càc de « farines infantiles ».
 - 50 gr de fruits cuits en compote (facultatif)
- 2^{ème} Formule
 - 1 potage de légumes (200 à 220 gr) + crème de gruyère ou fromage gruyère

III. APRES 12 MOIS.

PETIT DEJEUNER : APPORT LACTE + PRODUIT CEREALIER + FRUIT

- 250 ml de « lait » 2^{ème} âge ou de croissance au biberon.
- Une tartine de pain (+/- beurre et confiture).
- Un fruit

2^{ème} FORMULE

- 250 ml de « lait » 2^{ème} âge ou de croissance avec éventuellement de la poudre chocolatée au bol.
- Des céréales peu sucrées + Jus d'un fruit pressé ou ½ verre de jus sans sucre

DEJEUNER : LEGUMES + PRODUIT CEREALIER + VIANDE OU POISSON OU ŒUF + MATIERES GRASSES + DESSERT

- Purée de légumes « maison » (sans adjonction de sel) + une noisette de beurre (au biberon ou à la cuillère).
- + Viande ou poisson mixé : 20 g/j (4 cuillères à café) ou 1/3 d'œuf dur entier
- + Un fruit cuit en petit pot (aucune obligation de terminer le pot)

2^{ème} FORMULE

- Un « petit pot » de légumes-viande ou légume-poisson (sans aucune obligation de terminer le pot) + un fruit cuit : compote maison

GOUTER : APPORT LACTE + PRODUIT CEREALIER ET/OU FRUIT

- 250 ml de « lait » de suite ou de croissance au biberon.
- Une compote.

2^{ème} FORMULE

- Une portion de fromage + Une tartine de pain + Un fruit

DINER : FRUITS ET/OU LEGUMES + APPORT LACTE + PRODUIT CEREALIER AU BESOIN

- Un biberon de 250 ml de soupe.
- Un laitage : yaourt, fromage blanc.
- Une compote.

2^{ème} FORMULE

- Légumes verts.
- Riz.
- 250 ml de « lait » de suite ou de croissance au biberon.

9. EN DEFINITIVE

- La période de la diversification alimentaire est une phase de transformation profonde avec adaptation physiologique, psychologique et sensorielle à une alimentation omnivore, autonome et variée.

- Elle s'accompagne d'une évolution neurocomportementale avec passage de la succion à la mastication, apparition de la préhension et ouverture progressive vers le monde extérieur.
- Elle constitue une étape importante vers la socialisation et où vont se poser les bases du mode alimentaire des futurs adultes
- Il semble raisonnable de débiter la diversification alimentaire entre 4 et 6 mois, en respectant l'appétit de l'enfant, ses goûts ainsi que les habitudes familiales et environnementales.
- Les risques sont dominés par les carences (Fer, Calcium, AGPILC) et les allergies alimentaires.

RECOMMANDATIONS NUTRITIONNELLES LES PLUS IMPORTANTES CHEZ LES ENFANTS EN BAS AGE (1 A 3 ANS)

A cette période, un enfant commence à développer sa propre personnalité et à conquérir son indépendance en apprenant à marcher et en choisissant les aliments qu'il mange. Bien qu'il grandisse encore, le taux de croissance est plus faible que durant les 12 premiers mois. Vers 3 ans, les garçons et les filles auront atteint environ 50 % de leur taille adulte.

A cet âge, un enfant devient peu à peu capable de boire à la paille et de manger avec une cuillère et, fréquemment, il devient un mangeur "tatillon". La disponibilité d'une grande variété de produits alimentaires lui permettra de choisir parmi une gamme d'aliments différant selon le goût, la texture et la couleur pour satisfaire son petit appétit. Le facteur le plus important est toutefois de couvrir les besoins énergétiques avec une large variété de produits alimentaires.

L'apport alimentaire est de plus en plus influencé par les habitudes de la famille et des parents. Les expériences alimentaires précoces laissent une empreinte marquée sur les choix alimentaires plus tard dans la vie. Les repas ne doivent pas être précipités et une approche détendue de l'alimentation fraiera la voie pour des attitudes alimentaires saines.

UN CONSEIL PRATIQUE

Tout étudiant a dans ses amis, ses collègues, ses parents un couple qui élève un bébé. Qu'il passe une journée avec ce couple et qu'il vive avec eux la toilette, les changes, les jeux, la préparation des biberons et repas, les joies et les petites histoires du maternage. Il en apprendra beaucoup plus en faisant lui-même toutes ces choses sous la surveillance amicale du couple et saura mieux faire passer ensuite conseils et chaleur humaine dans ses consultations et ses ordonnances de régime du premier âge.

BIBLIOGRAPHIE

ARBIA BENACEUR.M/KEDJI.L : « Diététique du nourrisson » dans Baghriche.M : Pédiatrie, Dahleb 1998, Alger

RICOUR C-CHISOLFI J-PUTETG-GOULETO, Traité de Nutrition pédiatrique ed Maloine 1993

POLONOVSKI.C : Alimentation (principes de diététique pédiatrique) dans PEDIATRIE ET GENETIQUE , tome 1, Edition Marketing, Ellipses-Paris, 1981.

MACHINO.IG : « Pratique de l'alimentation du nourrisson » dans U.R.E.F Pédiatrie, Ed Berti, Alger 1994

BENHALLA : « Alimentation normale du nourrisson » dans A.BENSENOUCI-M.MAZOUNI : Eléments de Pédiatrie,O.P.U, Réimpression 1997, Alger.

BELLIOT.MC-CACHIA.H-MACHINO-S : « Diététique infantile » dans Cahiers de puériculture, Edition Masson, 1986, Paris.

M.S.P : GUIDE « pour la lutte contre les maladies nutritionnelles » à l'usage des personnels de santé : UNICEF, 1996.

9/ POLONOVSKI C-VOYER M- CHAUMIEL J-C-COURPOTIN.Nutrition et Renutrition en pratique pédiatrique, ed Expansion scientifique Française Paris, 1994