



Ontario Dietitians in Public Health
Diététistes en santé publique de l'Ontario

Lignes directrices sur l'alimentation pédiatrique (de la naissance à six ans) à l'intention des professionnels de la santé

Préparé par les Diététistes en santé publique de l'Ontario (DSPO) – Family Health Nutrition Advisory Group

Révision: 2019

CONTEXTE ET REMERCIEMENTS

Contexte

Ce document présente des lignes directrices en matière de nutrition et d'alimentation fondées sur des données probantes de même que des signaux d'alarme pour les enfants en santé nés à terme jusqu'à l'âge de six ans.

Un examen plus approfondi, comprenant une référence possible vers un(e) diététiste professionnel(le) (Dt.P.) visant à évaluer l'alimentation et, au besoin, faire un suivi peut être recommandé pour les nourrissons et les enfants qui ne satisfont pas aux lignes directrices ou présentent des signaux d'alarme.

Nous reconnaissons que toutes les personnes, sans distinction de sexe et/ou de genre, peuvent avoir une relation alimentaire avec leur nourrisson/enfant. Le terme *parent* utilisé dans le présent document désigne un parent ou fournisseur de soins de l'enfant.

Des ressources à l'intention du parent sont incluses à la fin du présent document.

Définitions

Étape - Moment important ou point de référence dans le développement en lien avec l'alimentation.

Lignes directrices - Recommandations fondées sur des données probantes en matière de nutrition et d'alimentation.

Signaux d'alarme - Conclusions qui appellent des mesures additionnelles, un examen ou la soumission d'une référence.

Remerciements

Auteures

Candace Aqai, MPH, Dt.P., Centre de ressources en nutrition,
Association pour la santé publique de l'Ontario
Laura Atkinson, Dt.P., Service de santé de la région de York
Mélissa Cardinal, Dt.P., Bureau de santé de l'est de l'Ontario
Eva Loewenberger, MPH, Dt.P., Bureau de santé de la région de Peel
Rachel Morgan, MPH, Dt.P., Service de santé de la région de York

Révisseuses

Laura Abbasi, MHSc, Dt.P., Bureau de santé du district d'Haliburton,
Kawartha et Pine Ridge
Becky Blair, MSc, Dt.P., Bureau de santé du comté de Simcoe
Dianne Elliott, MHSc, Dt.P., Bureau de santé de Durham
Amy MacDonald, MScFN, Dt.P., Bureau de santé du comté de
Huron

À propos des DSPO

Les Diététistes en santé publique de l'Ontario (DSPO) sont la voix officielle et indépendante des diététistes professionnel(le)s qui oeuvrent au sein du système de la santé publique en Ontario. Les présentes lignes directrices sont préparées par les membres du groupe de travail sur la nutrition *Family Health Nutrition Advisory Group*, un sous-groupe des DSPO. Pour de plus amples renseignements, visitez notre site Web à odph.ca ou contactez-nous par courriel à info@odph.ca.

De la naissance à 6 mois

Lignes directrices

Liquides :

- Allaiter de façon exclusive pendant les 6 premiers mois*^{1,2}
- Offrir le lait maternel exprimé du parent si l'allaitement au sein est impossible*²
- Si le lait maternel exprimé n'est pas disponible, offrir une préparation commerciale pour nourrissons approuvée de façon sécuritaire*²
- Respecter les signaux de faim du nourrisson, aussi appelé nourrir 'à la demande du nourrisson' ou 'selon les signaux émis par le nourrisson'²
- Donner chaque jour un supplément de vitamine D de 400 UI (10 mcg) sous forme liquide aux nourrissons qui sont entièrement ou partiellement allaités.*² Les nourrissons non allaités n'ont pas besoin d'un supplément de vitamine D car les préparations commerciales pour nourrissons en contiennent*²
- Éviter de donner de l'eau à moins d'indication médicale²
- Éviter de donner du jus ou d'autres liquides^{2,3}

Aliments :

- Les nourrissons à haut risque de développer une allergie alimentaire ont des antécédents personnels d'atopie, y compris d'eczéma, ou ont un parent au premier degré atteint d'atopie (par ex. eczéma, allergie alimentaire, rhinite allergique ou asthme). Pour ces nourrissons à haut risque, selon leurs signes comportementaux de développement, considérer d'introduire les allergènes alimentaires communs vers l'âge de 6 mois, mais pas avant l'âge de 4 mois. Les allergènes alimentaires communs comprennent les produits laitiers, les œufs, les arachides, les noix, le poisson, les fruits de mer, le blé et le soja.⁴
- Pour les nourrissons sans risque ou à faible risque d'allergie alimentaire, introduire les aliments complémentaires vers l'âge de 6 mois.⁴
- Introduire les allergènes alimentaires 1 à la fois pour jauger la réaction sans délai inutile⁴ (c'est-à-dire 2 jours) entre les aliments.⁵ Continuer à offrir les allergènes alimentaires communs bien tolérés quelques fois par semaines afin de maintenir la tolérance⁵
- Offrir les aliments riches en fer en premier (viande, substituts de viande et céréales pour nourrissons enrichies de fer)*²
- Éviter le miel, y compris pasteurisé ou utilisé en cuisson jusqu'à 12 mois (risque de botulisme infantile)⁵

Division des responsabilités :

- Le parent est responsable de ce qui est offert⁶
- Le nourrisson décide de la quantité, de l'endroit et du moment⁶

*Voir les renseignements supplémentaires aux pages 8, 9, 10, 11.

Étapes

À 1 mois :

- Prend bien le sein⁷

À 2 mois :

- Boit toutes les 2 à 4 heures durant le jour et peut avoir besoin de boire la nuit⁷

À 4 mois :

- Se tient la tête droite lorsque soutenu en position assise⁷

À 6 mois : signes comportementaux de développement démontrant qu'un nourrisson est prêt pour les aliments complémentaires :

- A un meilleur contrôle de la tête²
- Est capable de s'asseoir et de se pencher vers l'avant²
- Est capable d'indiquer au parent qu'il est rassasié (tourne la tête)²
- Peut ramasser les aliments et essayer de les mettre dans sa bouche²

Signaux d'alarme

- Mouille < 6 couches par jour après 5 jours⁸
- Perds > 10 % de son poids de naissance au cours des 2 premières semaines;⁸ ou n'a pas repris son poids de naissance à 2 semaines,² ou ne prend pas ≥ 20 g par jour⁸
- Consomme du lait de vache ou de chèvre (pasteurisé ou cru), des boissons végétales (soya, riz, amande), du lait évaporé ou une préparation maison²
- Consomme de l'eau, du jus, des tisanes ou autres liquides²
- Introduit les aliments complémentaires trop tôt (avant que le nourrisson montre les signes comportementaux du développement appropriés), incluant l'ajout de céréales dans un biberon²
- Utilise un biberon installé pour que le nourrisson boive seul, ou le nourrisson n'est pas supervisé pendant le boire²
- L'alimentation est forcée ou restreinte²
- Saute des boires pour tenter de prolonger les périodes de sommeil⁹
- Le parent a une symptomatologie dépressive au début de la période postpartum (peut avoir un impact sur la durée de l'allaitement, l'auto-efficacité et augmenter les difficultés d'allaitement)¹⁰

DE 6 À 9 MOIS

Lignes directrices

Liquides :

- Continuer à allaiter.*⁵ Offrir le lait maternel exprimé du parent si l'allaitement au sein est impossible.*²
- Si le lait maternel exprimé n'est pas disponible, offrir une préparation pour nourrissons préparée de façon sécuritaire*²
- Donner chaque jour un supplément de vitamine D de 400 UI (10 mcg) sous forme liquide aux nourrissons qui sont entièrement ou partiellement allaités.*⁵ Les nourrissons non allaités n'ont pas besoin d'un supplément de vitamine D car les préparations commerciales pour nourrissons en contiennent*²
- Attendre entre 9 et 12 mois pour introduire le lait de vache (risque de carence en fer si l'introduction est trop précoce)⁵
- Éviter le jus car il n'offre aucun bénéfice nutritionnel³
- Offrir de l'eau dans une tasse ouverte en même temps que les aliments complémentaires⁵

Aliments :

- Pour les nourrissons sans ou à faible risque d'allergies, introduire les aliments complémentaires autour de l'âge de 6 mois⁴
- Reporter les aliments complémentaires au-delà de 6 mois augmente le risque de carence en fer.^{2,5}
- Offrir les aliments complémentaires avant, après ou entre l'allaitement⁵
- Offrir une variété de textures (aliments grumeleux, cuits jusqu'à tendreté, hachés finement, en purée, écrasés ou broyés)*⁵
- Offrir des aliments à manger avec les doigts dès 6 mois pour encourager l'auto-alimentation (aliments mous et familiers, coupés en morceaux, comme des morceaux de légumes cuit ou d'un fruit tendre et mûr)⁵
- Il n'y a aucune recommandation sur l'approche de sevrage dirigée par le bébé dans les recommandations fédérales sur l'alimentation du nourrisson.⁵ Des recherches supplémentaires sur les effets de cette approche alimentaire sur le poids et l'apport en nutriments sont nécessaires.¹¹
- Offrir des aliments riches en fer pour commencer et les offrir 2 fois par jour ou plus*^{1,5}
- Les légumes, les fruits et les produits laitiers tels que le fromage et le yogourt peuvent être introduits, entre 6 et 9 mois, avec une variété d'aliments riches en fer comme le bœuf, les légumineuses, les œufs et le poisson.⁵
- Ne pas restreindre la consommation de matières grasses.⁵ Les produits laitiers à plus haute teneur en matières grasses incluent le yogourt de >2 % M.G. ou le fromage de >20 % M.G.¹²
- Offrir une variété de céréales pour nourrissons enrichies de fer et de produits céréaliers, et pas seulement des produits à base de riz en raison du risque d'exposition alimentaire à l'arsenic¹³
- Introduire les aliments allergènes 1 à la fois sans délai inutile entre les aliments⁴ (c'est-à-dire 2 jours) pour jauger la réaction.⁵ Continuer à offrir les allergènes alimentaires communs bien tolérés quelques fois par semaine afin de maintenir la tolérance*⁴
- Commencer par offrir de petites quantités d'aliments (2 à 3 c. à table par jour) et augmenter graduellement la quantité selon les principes de l'alimentation sensible aux besoins du nourrisson*⁵
- Offrir 2 ou 3 repas et 1 ou 2 collations chaque jour, selon l'appétit. Inclure le nourrisson lors des repas en famille⁵
- De 6 à 8 mois, les aliments complémentaires représentent environ 1/3 des besoins énergétiques totaux des nourrissons⁵
- Éviter le miel, y compris pasteurisé ou utilisé en cuisson jusqu'à 12 mois (risque de botulisme infantile)⁵

Division des responsabilités :

- Le parent est responsable de ce qui est offert et devient responsable du moment et de l'endroit où le nourrisson est nourri⁶
- Le nourrisson est responsable de quelle quantité et s'il veut manger⁶

*Voir les renseignements supplémentaires aux pages 8, 9, 10, 11, 12, 13.

Étapes

Signes comportementaux du développement démontrant qu'un nourrisson est prêt à recevoir des aliments complémentaires :

- A un meilleur contrôle de la tête²
- Est capable de s'asseoir et de se pencher vers l'avant²
- Est capable d'indiquer au parent qu'il est rassasié (tourne la tête)²
- Peut ramasser les aliments et essayer de les mettre dans sa bouche²
- Bouge la mâchoire de façon verticale (mastiquer)¹⁴
- Peut avoir un réflexe nauséux précoce jusqu'à environ 7 mois⁸

Signaux d'alarme

- Ne consomme pas d'aliments riches en fer quotidiennement⁵
- Consomme du lait de vache ou de chèvre ou des boissons végétales (soya, riz, amande) comme source principale de lait.⁵
- Consomme du jus de fruits, des boissons ou punchs aux fruits, des boissons pour sportifs, des boissons gazeuses ou des boissons contenant des édulcorants artificiels ou de la caféine (café, thé, chocolat chaud)^{3,5}
- Consomme du lait ou des produits laitiers crus ou non pasteurisés ou du jus non pasteurisé⁵
- À 9 mois, les textures grumeleuses n'ont pas été introduites ou consommées⁵
- Sans surveillance pendant l'alimentation⁵
- L'alimentation est forcée ou restreinte, ou le nourrisson mange sous pression⁵

DE 9 À 12 MOIS

Lignes directrices

Liquides :

- Continuer à allaiter*⁵
- Donner chaque jour un supplément de vitamine D de 400 UI (10 mcg) sous forme liquide aux nourrissons qui sont entièrement ou partiellement allaités*⁵
- Les nourrissons non allaités n'ont pas besoin d'un supplément de vitamine D car les préparations commerciales pour nourrisson en contiennent²
- Optionnel : En l'absence d'allaitement, peut introduire le lait de vache homogénéisé (3,25 % M.G.) pasteurisé et non sucré. Le lait de chèvre entier pasteurisé enrichi d'acide folique et de vitamine D peut remplacer le lait de vache⁵
- Éviter le jus car il n'offre aucun bénéfice nutritionnel³
- Offrir de l'eau et d'autres liquides comme du lait de vache homogénéisé (3,25 % M.G.) pasteurisé et non sucré dans une tasse ouverte⁵

Aliments :

- Continuer d'offrir des aliments riches en fer 2 fois par jour ou plus⁵
- La plupart des nouveaux aliments peuvent être offerts tous les jours dans n'importe quel ordre (légumes, fruits, viandes, la plupart des céréales)⁵
- Continuer à offrir des allergènes alimentaires communs tolérés quelques fois par semaine pour maintenir la tolérance*⁴
- Offrir une quantité de nourriture basée sur les principes de l'alimentation sensible aux besoins du nourrisson (selon les signaux de faim et de satiété)*⁵
- Offrir jusqu'à trois repas et une ou deux collations par jour, selon l'appétit. Inclure le nourrisson lors des repas en famille*⁵
- De 9 à 11 mois, les aliments complémentaires contribuent à un peu moins de la moitié des besoins énergétiques totaux estimés⁵
- À 12 mois, une variété d'aliments familiaux de différentes textures sont consommés⁵
- Éviter le miel, y compris pasteurisé ou utilisé en cuisson, jusqu'à 12 mois (risque de botulisme infantile)⁵

Division des responsabilités :

- Le parent est responsable de ce qui est offert et devient responsable du moment et de l'endroit où le nourrisson est nourri⁶
- Le nourrisson est responsable de quelle quantité et s'il veut manger⁶

*Voir les renseignements supplémentaires aux pages 8, 10, 11, 12, 13, 14.

Étapes

- Entre 8 et 12 mois, les mouvements latéraux de la langue se développent, permettant de déplacer les aliments vers les dents (permettant de croquer et de mastiquer les aliments hachés et une plus grande variété d'aliments à manger avec les doigts)⁵
- Se nourrit en tenant de petits aliments entre le pouce et l'index^{7,8}
- Utilise la mâchoire et la langue pour croquer et écraser une variété de textures⁸

Signaux d'alarme

- Ne consomme pas d'aliments riches en fer quotidiennement⁵
- À 9 mois, les textures grumeleuses n'ont pas été introduites ou consommées⁵
- Consomme >750 ml (24 oz) de lait de vache ou de chèvre par jour⁵
- Consomme du lait de vache ou de chèvre écrémé ou partiellement écrémé (2 % ou 1 % M.G.) ou des boissons végétales (soya, riz, amande) comme principale source de lait⁵
- Consomme des jus de fruits, des boissons ou punches aux fruits, des boissons pour sportifs, des boissons gazeuses ou boissons contenant des édulcorants artificiels ou de la caféine (café, thé, chocolat chaud)^{3,5}
- Consomme du lait ou des produits laitiers crus ou non pasteurisés ou du jus non pasteurisé⁵
- Sans surveillance pendant l'alimentation⁵
- L'alimentation est forcée ou restreinte, ou le nourrisson mange sous pression⁵

DE 12 À 24 MOIS

Lignes directrices

Liquides :

- Continuer à allaiter*⁵
- Donner chaque jour un supplément de vitamine D de 400 UI (10 mcg) sous forme liquide aux jeunes enfants allaités ou qui boivent du lait maternel*⁵
- Offrir 500 ml (16 oz) de lait de vache pasteurisé, homogénéisé (3,25 % M.G.) et non sucré chaque jour aux enfants non allaités. Le lait de chèvre entier pasteurisé enrichi d'acide folique et de vitamine D peut remplacer le lait de vache.⁵
- Offrir de l'eau quand le jeune enfant a soif⁵
- Éviter le jus et le remplacer par de l'eau¹⁵. S'il est offert, limiter à au plus à 125 ml (4 oz) par jour de jus de fruit à 100 % pendant un repas ou une collation dans une tasse ouverte^{3,5}
- Terminer la transition du biberon à une tasse ouverte pour tous les liquides (sauf l'allaitement) au plus tard à 18 mois⁵

Aliments :

- Offrir une variété d'aliments du Guide alimentaire canadien. Modifier les textures des aliments de la famille pour diminuer les risques d'étouffement*⁵
- Offrir des aliments riches en fer à chaque repas*⁵
- Offrir une quantité de nourriture basée sur les principes de l'alimentation sensible aux besoins du jeune enfant (selon les signaux de faim et de satiété)*⁵
- Instaurer un horaire quotidien régulier de 3 petits repas et de 2 ou 3 collations riches en nutriments par jour. Inclure l'enfant lors des repas en famille*⁵
- Durant la 2^e année, l'énergie provenant des aliments complémentaires représente environ 2/3 des besoins énergétiques totaux⁵

Division des responsabilités :

- Le parent est responsable de ce qui est offert, du moment et de l'endroit où manger⁶
- L'enfant est responsable de quelle quantité et s'il veut manger⁶

* Voir les renseignements supplémentaires aux pages 8, 10, 11, 12, 13, 14.

Étapes

- La croissance ralentit par rapport à la première année, entraînant une diminution de l'appétit et une consommation d'aliments instable et imprévisible^{8,16}
- Les aliments inconnus sont souvent rejetés la première fois¹⁶

De 12 à 18 mois :

- A acquis tous les mouvements de la mastication⁵

À 24 mois :

- Consomme la plupart des aliments sans tousser ni s'étouffer⁷
- Consomme la plupart des mêmes aliments que le reste de la famille avec une préparation supplémentaire pour prévenir l'étouffement⁸
- Mange avec un ustensile avec peu de renversements⁷
- Consomme peut-être seulement 4 ou 5 aliments bien acceptés⁸

Signaux d'alarme

- Ne consomme pas chaque jour une variété de textures et d'aliments de la famille, y compris des aliments riches en fer⁵
- L'apport en matières grasses est limité⁵
- Consomme > 750 mL (24 oz) de lait de vache ou de chèvre par jour ou > 175 ml (6 oz) de jus par jour.⁵ Consommer ces boissons en quantités excessives prend la place des aliments complémentaires¹⁶
- Ne mange pas une variété d'aliments du Guide alimentaire canadien⁵
- N'a pas fait la transition du biberon vers la tasse ouverte à 18 mois⁵
- Boit d'un biberon rempli de liquides autres que de l'eau la nuit⁵
- Consomme du lait de vache ou de chèvre écrémé ou partiellement écrémé (2 % ou 1 % M.G.) ou des boissons végétales (soya, riz, amande) comme source principale de lait⁵
- Consomme des boissons ou punches aux fruits, boissons pour sportifs, boissons gazeuses ou boissons contenant des édulcorants artificiels ou de la caféine (café, thé, chocolat chaud)^{3,5}
- Consomme du lait ou des produits laitiers crus ou non pasteurisés ou du jus non pasteurisé⁵
- Sans surveillance pendant l'alimentation⁵
- L'alimentation est forcée ou restreinte, ou l'enfant mange sous pression⁵
- Tousse ou s'étouffe souvent en mangeant à 24 mois⁷
- Obtient la cote « risque nutritionnel élevé » selon le questionnaire de dépistage nutritionnel NutriSTEP^{MD*}

DE 2 À 6 ANS

Lignes directrices

Liquides :

- Continuer d'allaiter aussi longtemps que l'enfant et le parent le souhaitent⁵
- Offrir 500 ml (16 oz) de lait de vache pasteurisé écrémé ou partiellement écrémé (2 % ou 1 % M.G.), ou une boisson de soya enrichie chaque jour pour combler les besoins en vitamine D.¹⁶
- Offrir de l'eau quand l'enfant a soif³
- Éviter le jus et le remplacer par de l'eau.¹⁴ S'il est offert, limiter à 125 ml (4 oz) par jour pour les 1 à 3 ans et au plus 125 à 175 ml (4 à 6 oz) par jour pour les 4 à 6 ans de jus de fruit à 100 % dans une tasse ouverte pendant un repas ou une collation³

Aliments :

- Instaurer un horaire quotidien régulier de trois petits repas et deux ou trois collations riches en nutriments⁸
- Suivre les recommandations du Guide alimentaire canadien.¹⁶
- Offrir une quantité basée sur les principes de l'alimentation sensible aux besoins de l'enfant*¹⁶
- Manger ensemble en famille le plus souvent possible*¹⁶

Partage des responsabilités :

- Le parent est responsable de ce qui est offert, du moment et de l'endroit où manger⁶
- L'enfant est responsable de quelle quantité et s'il veut manger⁶

* Voir les renseignements supplémentaires aux pages 13, 14.

Étapes

- La consommation d'aliments diminue pour s'ajuster au ralentissement du rythme de croissance¹⁶
- Consomme la plupart des aliments sans tousser ni s'étouffer⁷
- Soulève et boit d'une tasse assis à la table⁷
- Peut refuser d'accepter de nouveaux aliments¹⁶
- Progrès vers des habitudes alimentaires d'adulte, mais a besoin de suivre l'exemple^{8, 16}
- Peut avoir des périodes de désintérêt pour la nourriture¹⁶

Signaux d'alarme

- Consomme la plupart de son lait ou autres boissons d'un biberon¹⁸
- Consomme des boissons ou punchs aux fruits, boissons pour sportifs, boissons gazeuses ou boissons contenant des édulcorants artificiels ou de la caféine (café, thé, chocolat chaud)^{8, 19}
- L'alimentation est forcée ou restreinte, ou l'enfant mange sous pression^{8, 16}
- Mange rarement ou jamais les repas avec sa famille¹⁶
- Consomme des boissons végétales autres que la boisson de soya enrichie (riz, amande) comme principale source de lait²⁰
- Consomme du lait ou des produits laitiers crus ou non pasteurisés²¹ ou du jus non pasteurisé²²
- Dépasse les recommandations concernant le lait peut compromettre le statut en fer.¹⁷
- Dépend de suppléments de vitamines/minéraux ou de suppléments oraux spécialisés au lieu d'offrir une variété d'aliments¹⁶
- Obtient la cote « risque nutritionnel élevé » selon le questionnaire de dépistage nutritionnel NutriSTEP^{MD*}

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Lait maternel exprimé (LME)

- Offrir le LME du parent en lactation du nourrisson, en l'exprimant manuellement ou à l'aide d'un tire-lait, comme complément de premier choix²³
- Pour certains nourrissons qui reçoivent des soins à l'hôpital, le lait maternel provenant de donneurs peut constituer une autre source de nutrition. Ce lait devrait provenir d'une source fiable, telle qu'une banque de lait maternel reconnue, et n'est généralement disponible que pour les nourrissons en milieu hospitalier. Le partage de lait maternel non transformé n'est pas recommandé^{24, 25}
- Tenir le nourrisson peau à peau avec des occasions fréquentes d'allaiter si le nourrisson ne prend pas correctement le sein ou s'il est incapable de le faire, dans le but de préserver l'allaitement²³
- Faire des compressions en changeant souvent de sein pour augmenter la production de lait et le transfert de lait au nourrisson.²³ Encourager l'expression fréquente et efficace du lait pour maintenir ou augmenter la production de lait; habituellement une fois pour chaque supplément offert au nourrisson ou au moins 8 fois en 24 heures si le nourrisson ne boit pas bien au sein²³
 - 'Vider complètement' le sein chaque fois que le lait est exprimé pour prévenir l'engorgement ou d'autres complications et pour ne pas compromettre l'approvisionnement de lait ou d'autres complications²³
 - L'expression manuelle peut donner de plus grands volumes que l'utilisation d'un tire-lait pendant les premiers jours suivant la naissance et peut augmenter la disponibilité globale du lait²³
 - La compression ou le massage du sein associés à l'expression du lait maternel à l'aide d'un tire-lait peuvent aussi augmenter la disponibilité de lait²³
- Les options pour offrir du LME : un dispositif d'aide à la lactation (un tube de lactation), verre, cuillère, compte-gouttes, doigt, seringue ou biberon²³
 - Faire boire au verre permet aux nourrissons de contrôler le rythme de leur alimentation.²³ Il a été démontré que boire au verre est sécuritaire et peut prolonger la durée de l'allaitement pour ceux qui ont besoin de nombreuses tétées complémentaires²³
 - Lorsqu'un nourrisson n'est pas allaité, le contact peau à peau devrait être encouragé pendant l'alimentation²
- Une fois les mains lavées à l'eau tiède savonneuse, nettoyer les contenants et les dispositifs d'alimentation à l'eau savonneuse et les laisser sécher à l'air ou les sécher à l'aide d'une serviette de papier avant et après chaque utilisation. Il n'est pas nécessaire de les stériliser pour un nourrisson en santé²⁶
- Utiliser d'abord le lait frais lorsque le lait congelé est aussi disponible; certains facteurs d'immunisation peuvent être altéré dans le lait congelé²⁶
- Options pour décongeler le LME : placer le contenant au réfrigérateur le soir d'avant, passer le contenant sous l'eau tiède, placer le contenant dans un bol d'eau tiède ou utiliser un chauffe-biberon sans eau²⁶

Entreposage	Température	Durée optimale maximale d'entreposage recommandée du LME sous conditions très propres ^{AMB2}
Température de la pièce	16 à 29 °C (60 à 85 °F)	4 heures – condition optimale 6 à 8 heures dans des conditions très propres
Réfrigérateur	~4 °C (39,2 °F)	4 jours – condition optimale 5 à 8 jours dans des conditions très propres
Congélateur	< -4 °C (24,8 °F)	6 mois – condition optimale 12 mois est acceptable

Référence : © Eglash A, Simon L, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #8. Human milk storage information for home use for full-term infants, revised, 2017. Reproduit avec permission.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Préparation commerciale pour nourrissons

- Discuter des options d'alimentation des nourrissons avec les parents. Se référer à la ressource pour les professionnels de la santé : [La prise de décision éclairée : Pour des échanges constructifs sur l'alimentation des nourrissons.](#)
- Référer au besoin aux soutiens à l'allaitement (ex. le bureau de santé local ou une clinique d'allaitement locale) car il est difficile de renverser la décision de ne pas allaiter*²
- Pour les nourrissons qui ne sont pas exclusivement allaités et dont les parents ont choisi de façon éclairée d'offrir la préparation commerciale pour nourrissons, en choisir une en fonction des besoins médicaux ou des particularités culturelles ou religieuses de la famille^{2,5}
- Lorsqu'un nourrisson n'est pas allaité, le contact peau à peau devrait être encouragé pendant l'alimentation. Les nourrissons qui reçoivent la préparation commerciale doivent être nourris 'sur demande'²
- Aucune supériorité n'est établie pour les préparations commerciales de transition pour les nourrissons de plus de six mois⁵
- Les préparations maison pour nourrissons, y compris celles préparées avec du lait évaporé ne constituent pas des substituts sécuritaires aux préparations commerciales pour nourrissons, puisqu'elles peuvent causer une malnutrition sévère et des maladies potentiellement mortelles²⁷
- Pour la plupart des enfants, il n'y a aucune indication sur l'utilisation des préparations commerciales pour nourrissons après 12 mois. Si un nourrisson plus âgé n'est plus allaité, le lait de vache homogénéisé pasteurisé et non sucré (3,25 % M.G.) est recommandé comme principale source de lait et peut être introduit entre 9 et 12 mois⁵

* Voir les renseignements supplémentaires à la page 15.

Type de préparation	Indications pour l'utilisation	Notes
À base de lait de vache	<ul style="list-style-type: none"> • Substitut habituel du lait maternel pour les nourrissons nés à terme 	<ul style="list-style-type: none"> • La teneur en fer varie de 0,4 à 1,3 mg par 100 ml • Choisir la préparation ayant la plus forte teneur pour les nourrissons à risque de carence en fer
À base de lait de vache partiellement hydrolysé	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune 	<ul style="list-style-type: none"> • Contre-indiquée pour les nourrissons ayant une allergie aux protéines de lait de vache^H • Aucun avantage pour le système digestif par rapport aux préparations régulières à base de lait de vache
Sans lactose	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune 	<ul style="list-style-type: none"> • Contre-indiquée pour les nourrissons atteints de galactosémie ou présentant une carence en lactase congénitale ou une allergie au lait de vache • Aucun avantage par rapport aux préparations à base de lait de vache, même dans le cas de gastroentérite aiguë • Inefficace pour le traitement des coliques
À base de soya	<ul style="list-style-type: none"> • Galactosémie • Carence en lactase congénitale • Motifs culturels ou religieux 	<ul style="list-style-type: none"> • À considérer en cas d'allergie aux protéines du lait de vache, après avoir éliminé un diagnostic d'allergie non IgE-médiée aux protéines du lait de vache • Aucune preuve concluante que les isoflavones alimentaires contenues dans le soya ont un effet indésirable sur le développement, la reproduction ou la fonction endocrinienne
Protéines ultra-hydrolysées	<ul style="list-style-type: none"> • Allergies alimentaires ou syndromes de malabsorption confirmés par un médecin ou si les préparations à base de protéines intactes du lait de vache ou de soya ne sont pas tolérées 	<ul style="list-style-type: none"> • Les protéines de cette formule ont été décomposées en courtes chaînes de peptides et en acides aminés. • Pour les nourrissons ayant une réaction allergique aux protéines ultra-hydrolysées, une préparation à base d'acides aminés peut être recommandée

Référence : © Santé Canada. La nutrition du nourrisson né à terme et en santé: recommandations de la naissance à 6 six mois [Internet]. 2015. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/guide-alimentaire-canadien/ressources/nutrition-nourrisson/nutrition-nourrisson-terme-sante-recommandations-naissance-six-mois.html>. Réimprimé avec permission.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Apprêt de la préparation commerciale pour nourrissons

- Les préparations commerciales pour nourrissons liquides (concentrées ou prêtes-à-servir) sont stériles. La préparation en poudre n'est pas stérile mais peut être servie si elle est préparée adéquatement. La préparation prête-à-servir est l'option la plus sécuritaire pour les nourrissons à risque plus élevé²
- Pour les nourrissons à risque plus élevé (prématurés, de faible poids à la naissance, immunodéprimés), des préparations commerciales pour nourrissons liquides (concentrées ou prêtes-à-servir) sont recommandées²⁸
- Laver tout l'équipement pour l'alimentation avec de l'eau chaude savonneuse, puis faire bouillir dans de l'eau propre pendant 2 minutes, jusqu'à 6 mois. Après 6 mois, le parent peut consulter les instructions du fabricant⁵
- Les sources d'eau sécuritaires comprennent l'eau du robinet municipale fluorée, l'eau de source commerciale embouteillée, l'eau du robinet et l'eau d'un puits régulièrement analysée. Éviter l'eau gazéifiée, minérale ou distillée. Si l'eau est naturellement élevée en fluor (supérieure à la recommandation de 1,5 mg/l) il est recommandé d'utiliser une autre source d'eau²
- Faire bouillir l'eau utilisée pour constituer les préparations pour nourrissons pendant deux minutes, quelle qu'en soit la source, pour un nourrisson ayant jusqu'à six mois.² Après six mois, le parent peut consulter les instructions du fabricant⁵
 - **Prête-à-servir** - L'ajout d'eau n'est pas nécessaire²⁹
 - **Préparation liquide concentrée** - Mélanger avec de l'eau préalablement bouillie. Suivre les instructions du fabricant pour la préparation²
 - **Préparation en poudre** – Si elle est servie immédiatement après la préparation, il est sécuritaire de mélanger la préparation en poudre avec de l'eau préalablement bouillie, puis refroidie à la température de la pièce. Si les biberons sont préparés d'avance, mélanger la poudre avec de l'eau très chaude (bouillie et refroidie d'au moins 70 °C) afin de tuer toutes les bactéries pathogènes²
- Conserver toute préparation commerciale pour nourrissons préparée au réfrigérateur jusqu'à 24 heures²⁹
- Utiliser la préparation commerciale pour nourrisson dans les 2 heures suivant le début d'un boire et jeter les restes²

Suivi de la croissance

- Mesurer le poids, la longueur ou la taille et la circonférence de la tête à 1 ou 2 semaines après la naissance, et à 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 et 24 mois et une fois par année pour les enfants de plus de 2 ans. Peser les nourrissons nus sur une balance calibrée ou une balance électronique³⁰
- Inscrire les données de l'évaluation de la croissance sur les [courbes de croissance de l'OMS](#)³¹
- Une série de mesures est plus utile qu'une mesure unique; c'est le moyen idéal d'évaluer et de surveiller le profil de croissance³¹
- Des mesures de croissance indiquant une augmentation ou une diminution marquée de la croissance dans une série de mesures ou une courbe qui demeure plate sur les courbes de croissance de l'OMS pour le Canada peuvent indiquer des problèmes de croissance³¹
- Se référer au document intitulé [Le guide d'utilisation des courbes de croissance de l'OMS pour le Canada à l'intention du professionnel de la santé](#) pour obtenir les critères d'exclusion recommandés
- Se référer au programme d'auto-formation [sur les courbes de croissance de l'OMS](#) (en anglais seulement)

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Vitamine D

- Donner chaque jour un supplément de vitamine D de 400 UI (10 mcg) sous forme liquide aux nourrissons et jeunes enfants de moins de 2 ans qui sont allaités ou qui consomment du lait maternel, jusqu'à ce que leur alimentation comprenne ≥ 400 UI par jour de vitamine D^{2,5}
- Offrir, à l'âge de 2 ans, 500 ml (16 oz) de lait de vache écrémé ou partiellement écrémé (2% or 1% M.G.) et adopter les habitudes alimentaires recommandées par le Guide alimentaire canadien⁵
- En raison des niveaux élevés de carence et d'insuffisance en vitamine D chez les populations des Premières Nations et inuits, une attention particulière doit être accordée à ces groupes³²
- Les sources alimentaires de vitamine D comprennent : les préparations commerciales pour nourrissons enrichies – 100 UI par 250 ml (8 oz); le lait de vache – 100 UI par 250 ml (8 oz); le saumon – 82-257 UI par 30 g (1 oz); les jaunes d'œuf – 32 UI par jaune d'œuf; la margarine enrichie – 35 UI par 5 ml (1c. à thé), le yogourt enrichi de vitamine D - 37-60 UI dans 125 ml (1/2 tasse)³³

Groupe d'âge	Apport nutritionnel recommandé par jour	Apport maximal tolérable par jour
0 à 6 mois	400 UI (10 mcg)	1000 UI (25 mcg)
7 à 12 mois	400 UI (10 mcg)	1500 UI (38 mcg)
1 à 3 ans	600 UI (15 mcg)	2500 UI (63 mcg)
4 à 8 ans	600 UI (15 mcg)	3000 UI (75 mcg)

Référence : © Santé Canada. La vitamine D et le calcium : Révision des apports nutritionnels de référence [Internet]. 2019. Disponible au: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/vitamines-mineraux/vitamine-calcium-revision-apports-nutritionnels-reference.html#a7>. Réimprimé avec la permission du détenteur du droit d'auteur.

Fer

- Offrir deux aliments riches en fer ou plus chaque jour pour réduire le risque de carence en fer^{2,5}
- Favoriser l'absorption du fer en consommant des sources de fer hémique et non hémiques ensemble, ainsi que des aliments riches en vitamine C (fruits et légumes). Le fer provenant des viandes (fer hémique) est mieux absorbé que le fer provenant de sources autres que la viande (non hémique)⁵
 - Fer hémique – boeuf, agneau, poulet, dinde, porc, poisson
 - Fer non hémique – haricots, lentilles, pois chiches, tofu, œufs, produits céréaliers enrichis (incluant les céréales pour nourrissons enrichies)
- Les nourrissons à risque élevé de carence en fer incluent : un poids à la naissance de ≤ 3000 grammes (≤ 6 lb 10 oz), né d'une mère qui a une carence de fer, souffre de diabète ou qui a consommé de l'alcool pendant la grossesse⁵
- Les signes de carence en fer sont : la pâleur, un manque d'appétit, l'irritabilité et un ralentissement de la croissance ou du développement⁵

Groupe d'âge	Apport nutritionnel recommandé par jour
7 à 12 mois	11 mg
1 à 3 ans	7 mg
4 à 8 ans	10 mg

Référence : © Santé Canada. Apports nutritionnels de référence [Internet]. 2006. Disponible au: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/apports-nutritionnels-reference/tableaux/valeurs-reference-relatives-elements-tableaux-apports-nutritionnels-reference-2005.html>. Réimprimé avec la permission du détenteur des droits d'auteur.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Allergies alimentaires

- Les nourrissons à haut risque de développer une allergie alimentaire ont des antécédents personnels d'atopie, y compris d'eczéma, ou ont un parent au premier degré atteint d'atopie (par ex. eczéma, allergie alimentaire, rhinite allergique ou asthme). Pour ces nourrissons à haut risque, selon leurs signes comportementaux de développement, considérer d'introduire les allergènes alimentaires communs vers l'âge de 6 mois, mais pas avant l'âge de 4 mois. Les allergènes alimentaires communs comprennent les produits laitiers, les œufs, les arachides, les noix, le poisson, les fruits de mer, le blé et le soja.⁴ L'allaitement doit être protégé, encouragé et soutenu jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà⁴
- Pour les nourrissons sans risque ou à faible risque d'allergies, introduire les aliments complémentaires autour de l'âge de six mois⁴
- Introduire les allergènes alimentaires 1 à la fois pour jauger la réaction sans délai inutile⁴ (c'est-à-dire 2 jours) entre les aliments.⁵ Continuer à offrir les allergènes alimentaires communs bien tolérés quelques fois par semaine afin de maintenir la tolérance⁴
- Le lait de chèvre n'est pas une option convenable pour les nourrissons allergiques aux protéines du lait de vache⁵

La prévention d'étouffement

- Les enfants de moins de quatre ans sont à risque plus élevé de s'étouffer. Recommander de connaître les capacités de mastication et de déglutition de l'enfant, de le superviser pendant qu'il mange et de savoir quoi faire en cas d'étouffement. Tant que le nourrisson ou l'enfant est attentif, assis bien droit et qu'il n'y a pas de distractions, le risque d'étouffement est le même que celui d'un adulte⁵
- Le haut-le-cœur est un réflexe naturel qui aide les nourrissons plus âgés à éviter de s'étouffer⁵
- Éviter les aliments solides, durs, petits et ronds, lisses et collants, y compris : les bonbons durs ou les pastilles pour la toux, la gomme à mâcher, le maïs soufflé, les guimauves, les noix entières, les graines, les poissons avec arêtes et les collations servies avec des cure-dents ou des brochettes, pour les enfants de moins de 4 ans⁵
- Pour réduire le risque d'étouffement, couper les hot-dogs et les saucisses en dés ou sur la longueur, râper les carottes crues ou les fruits durs tels que les pommes, enlever les noyaux des fruits, couper les raisins en petits morceaux, étendre une mince couche de beurre de noix sur des craquelins ou des rôties et couper finement les aliments dont la texture est fibreuse ou filandreuse, tels que les céleris, les ananas ou les oranges⁵

La consommation de poisson et de méthylmercure

- Offrir 2 portions de poisson par semaine comme ligne directrice générale dès 24 mois. Les poissons gras sont une bonne source d'acides gras essentiels de type oméga-3, soit l'AEP (acide eicosapentaénoïque) et l'ADH (acide docosahexaénoïque). La quantité optimale d'AEP et d'ADH pour les nourrissons plus âgés et les jeunes enfants n'a pas été définie⁵
- Éviter ou limiter la consommation des poissons suivants, à teneur élevée en mercure – thon frais ou congelé, requin, espadon, escolier, marlin, hoplostète orange et thon blanc en conserve –, comme suit :³⁴
 - **< 1 an** – 40 g **par mois** de ces poissons frais ou congelés **ou** 40 g **par semaine** de thon blanc en conserve
 - **1 à 4 ans** – 75 g **par mois** de ces poissons frais ou congelés **ou** 75 g **par semaine** de thon blanc en conserve
 - **5 à 11 ans** – 125 g **par mois** de ces poissons frais ou congelés **ou** 150 g **par semaine** de thon blanc en conserve

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

NutriSTEP® et Nutri-eSTEP - Outils d'évaluation de l'alimentation des tout-petits et des enfants d'âge préscolaire

- Les questionnaires NutriSTEP® pour tout-petits et enfants d'âge préscolaire sont des outils canadiens de dépistage du risque nutritionnel validés pour les tout-petits de 18 à 35 mois et les enfants d'âge préscolaire de 3 à 5 ans
- Examine la consommation d'aliments et de liquides de l'enfant, ainsi que les facteurs affectant le comportement alimentaire, la croissance physique, l'activité physique et le comportement sédentaire
- Utiliser NutriSTEP® pour identifier les enfants à risque nutritionnel et entamer un dialogue avec les parents pour les renseigner sur l'alimentation
- NutriSTEP® pour tout-petits est disponible en anglais et en français, peut être utilisé lors de la visite du bilan de santé amélioré de votre enfant à 18 mois et peut être ajouté au dossier médical électronique de l'enfant
- NutriSTEP® pour les enfants d'âge préscolaire est disponible en anglais et en français, en chinois simplifié, en chinois traditionnel, en punjabi, en vietnamien, en tamil et en espagnol
- Contacter votre [Bureau de santé local](#) pour obtenir des copies de NutriSTEP® OU diriger les parents vers Nutri-eSTEP à www.nutritionscreen.ca
- Les parents qui ont des questions après avoir rempli NutriSTEP® peuvent contacter Télésanté Ontario au 1-866-797-0000

Alimentation sensible aux besoins du nourrisson et le partage des responsabilités

- L'apprentissage d'habitudes alimentaires saines est une responsabilité partagée ^{5,6}
 - **De la naissance à 6 mois** – Les parents décident *quelle* source de lait offrir. Le nourrisson, selon sa demande ou les signaux émis, décide du *moment*, de *l'endroit* et de la *quantité* à manger⁵
 - **6 mois et plus** – Les parents offrent une sélection d'aliments nutritifs et une source de lait et commencent à devenir responsables du moment et de l'endroit où nourrir le nourrisson. Le nourrisson décide *s'il veut manger* et en quelle *quantité*.
 - **Dès 12 mois** – Les parents assument la responsabilité du *moment* et de *l'endroit* où nourrir l'enfant en offrant des repas et des collations réguliers. Les parents doivent avoir confiance en la capacité de leur enfant de décider *s'il veut manger et savoir quand s'arrêter*⁵
- Dans un environnement exempt de contrôle et de contraintes, les enfants en santé ont la capacité de s'autoréguler sur la quantité de nourriture et d'énergie à consommer.¹⁶ Les enfants compenseront le fait qu'ils mangent moins certains jours ou lors d'un repas en particulier en mangeant plus à d'autres repas⁵
- La plupart des enfants ont un appétit approprié pour leur âge et leur taux de croissance¹⁶
- Faire pression sur l'enfant positivement ou négativement ne l'aidera pas à consommer plus ou moins de certains aliments. La pression peut mener à des attitudes négatives concernant l'alimentation et à de mauvaises habitudes alimentaires, ainsi qu'une alimentation excessive et la prise de poids.⁵ La pression et les contraintes peuvent présenter des bénéfices à court terme, mais rendront l'alimentation plus difficile et moins satisfaisante⁸
 - Les pressions positives comprennent l'offre de récompenses, le chantage (« si tu manges tes pois, tu auras un dessert »), les éloges (« oh la bonne petite fille, elle a mangé tous ses pois ») ou un rappel à l'enfant de manger un certain aliment
 - Les pressions négatives comprennent pousser à manger, réprimander, punir, supplier, forcer (« mange tout dans ton assiette »)¹⁶ ou utiliser un encouragement verbal excessif (« Allez! Tu l'as déjà essayé »)

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Offre d'aliments

- Restreindre les aliments plus riches en matières grasses et riches en énergie à cause d'inquiétudes liées à la suralimentation peut nuire à l'autorégulation et même augmenter la quantité de nourriture que consomme l'enfant⁵
- Préparer la nourriture en ajoutant peu ou pas de sucre ou sel⁵
- Offrir d'abord aux enfants de petites portions de nourriture et l'opportunité d'en demander plus⁵
- Accorder une attention particulière à l'apport de certains nutriments des enfants végétariens ou végétaliens, surtout ceux qui ne consomment pas de produits laitiers ou d'œufs^{5, 35, 37}
- Ne pas permettre aux enfants de grignoter tout au long de la journée ou de boire une quantité excessive de lait ou de jus; ces deux pratiques sont associées à une moins grande consommation d'aliments aux repas¹⁶

Repas en famille

- Les expériences alimentaires durant la jeune enfance sont essentielles au développement des préférences et des comportements alimentaires³⁸
- Les parents jouent un rôle dans l'acceptation d'une plus grande variété d'aliments par l'enfant⁵
- Planifier 3 repas et 2 collations par jour. La structure et la routine dans l'alimentation sont importantes⁸
- Manger ensemble en famille apporte à l'enfant une expérience sociale agréable et lui permet de développer des habitudes alimentaires saines et d'apprendre des habiletés par l'imitation¹⁶
- Recommander d'éviter les distractions telles que les jouets, les livres et les écrans pendant les repas¹⁶
- Les enfants sont plus susceptibles d'essayer et d'apprécier une variété d'aliments quand on leur sert les mêmes aliments que le reste de la famille^{5, 16}
- Donner aux enfants la possibilité et l'aide nécessaire pour qu'ils apprennent à se nourrir par eux-mêmes en acceptant que les dégâts à l'heure des repas font partie du processus d'apprentissage⁵
- Prévoir environ 20 minutes pour les enfants à la table. Lorsque le repas est terminé, retirer la nourriture¹⁶
- Rassurer les parents qu'il est commun d'offrir un nouvel aliment plus de 10 fois avant qu'un enfant l'accepte. Continuer à offrir ces aliments et attendre que l'enfant décide lui-même de les essayer⁵

Insécurité alimentaire

- L'insécurité alimentaire est l'accès inadéquat ou insuffisant à la nourriture à cause de contraintes financières³⁸
- L'insécurité alimentaire varie de l'inquiétude de manquer de nourriture avant d'avoir l'argent pour en acheter plus, à l'incapacité de pouvoir se permettre une alimentation équilibrée, à avoir faim, à sauter des repas et, dans certains cas extrêmes, de ne pas manger pendant toute une journée⁴¹
- L'exposition à l'insécurité alimentaire a des effets sur la santé physique et mentale des enfants en les plaçant à risque plus élevé de souffrir d'asthme et de dépression⁴⁰
- Considérer d'utiliser l'outil [Pauvreté : un outil clinique pour les prestataires de soins primaires](#) du Centre for Effective Practice.
- Référer les clients vers des ressources communautaires locales ou des répertoires en ligne tel que 211ontario.ca

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Ressource à l'intention des parents

Les parents peuvent appeler Télésanté Ontario et s'adresser à un(e) diététiste professionnel(le) gratuitement au 1-866-797-0000. Les parents qui désirent du soutien pour l'allaitement peuvent visiter la clinique d'allaitement de leur [bureau de santé local](#).

Sites Web

[Ellyn Satter Institute - Division of responsibility \(sDOR\)](#) (en anglais seulement)

[Gouvernement du Canada – Guide alimentaire canadien](#)

[Gouvernement du Canada - Une alimentation saine à l'école](#)

[Gouvernement du Canada -Conseils pour une alimentation saine](#)

[DécouvrezLesAliments.ca^{MC} – Conseils d'experts. Bien manger. Tous les jours. Présenté par Les diététistes du Canada \(bilingue\)](#)

Allaitement

[Centre de ressources Meilleur départ – Répertoire en ligne bilingue des services d'allaitement de l'Ontario \(2016\)](#)

[Centre de ressources Meilleur départ – L'allaitement ça compte : Guide essentiel sur l'allaitement pour les femmes et leur famille \(2017\)](#)

[Centre de ressources Meilleur départ – Mon guide d'allaitement \(2015\)](#)

[Ressources Allaitement de l'Ontario](#)

Lait maternel exprimé

[Centre de ressources Meilleur départ – Exprimer et conserver le lait maternel \(2018\)](#)

[Healthy Families BC - Video on Hand Expressing Breastmilk \(2013\) \(en anglais seulement\)](#)

[Stanford University - Hand Expression of Breastmilk \(video\) \(en anglais seulement\)](#)

Préparations commerciales pour nourrissons

[Centre de ressources Meilleur départ – Les préparations pour nourrissons : ce qu'il faut savoir \(2017\)*](#)

Alimentation des bébés

[Nutrition Resource Centre – Nourrir votre bébé : Votre guide d'introduction des aliments solides à votre bébé](#)

Alimentation des jeunes enfants

[Centre de ressources Meilleur départ – Comment nourrir votre enfant qui grandit \(de 2 à 5 ans\) \(2016\)](#)

[NutriSTEP®- Outil de dépistage nutritionnel pour les tout-petits et les enfants d'âge préscolaires](#)

[Nutrition Resource Centre - Eat Right Be Active: A Guide for Caregivers of Toddlers 12-36 Months \(2017\) \(en anglais seulement\)](#)

[Nutrition Resource Centre - Eat Right Be Active: A Guide to Caregivers of Preschoolers Ages 3-5 \(2017\) \(en anglais seulement\)](#)

[Nutrition Resource Centre - Eat Right Be Active: A Guide to Caregivers of Children Ages 6-8 \(2017\) \(en anglais seulement\)](#)

Références

1. Rourke L, Leduc D, Rourke J. Rourke baby record: Evidence-based infant/child maintenance [Internet]. Ottawa, ON: RBR; 2017 [cited 2018 Nov 19]. Available from: <http://www.rourkebabyrecord.ca/pdf/RBR%202017%20Ontario%20English%20-%20Black%20171004.pdf>
2. Health Canada, Infant Feeding Joint Working Group. Nutrition for healthy term infants: Recommendations from birth to six months [Internet]. Ottawa, ON: Health Canada; 2015 [updated 2015 Aug 18; cited 2018 Nov 19]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/infant-feeding/nutrition-healthy-term-infants-recommendations-birth-six-months.html>
3. Heyman M, Abrams S. Fruit juice in infants, children, and adolescents: Current recommendations [position statement online]. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2017 [cited 2018 Nov 19]. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/139/6/e20170967.full.pdf>
4. Canadian Paediatric Society. Practice point timing of introduction of allergenic solids for infants at high risk [Internet]. Ottawa, ON: CPS; 2019 [cited 2019 Feb 28]. Available from: <https://www.cps.ca/documents/position/allergenic-solids>
5. Health Canada, Infant Feeding Joint Working Group. Nutrition for healthy term infants: Recommendations from six to 24 months [Internet]. Ottawa ON: Health Canada, Infant Feeding Joint Working Group [updated 2015 Jan 19; cited 2018 Nov 19]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/infant-feeding/nutrition-healthy-term-infants-recommendations-birth-six-months/6-24-months.html>
6. Satter E. Ellyn Satter's division of responsibility in feeding [Internet]. Sun Prairie, WI: ESI; 2016 [cited 2018 Oct 30]. Available from: <https://www.ellynsatterinstitute.org/wp-content/uploads/2016/11/handout-dor-tasks-cap-2016.pdf>
7. Nipissing District Developmental Screen Intellectual Property Association. Nipissing district developmental screen. NDDS; 2011.
8. American Academy of Pediatrics. Pediatric nutrition handbook. Elk Grove Village, IL: AAP; 2009.
9. Mohrbacher N. Breastfeeding answers made simple: A guide for helping mothers. Plano, TX: Hale Publishing; 2010.
10. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review. Peds [serial online]. 2009 [cited 2019 Jan 15]; 123(4): e736-51. Available from: http://www.breastfeedingsupport.ie/wp-content/uploads/2012/01/depression_AAP.pdf
11. Brown A, Jones SW, Rowan H. Baby-led weaning: The evidence to date. Curr Nutr Rep. 2017; 6(2): 148-56.
12. Health Canada. Eating well with Canada's food guide: a resource for educators and communicators [Internet]. Ottawa, ON: Health Canada; 2011 [cited 2018 Nov 19]. Available from: http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/pubs/res-educat-eng.pdf

Lignes directrices sur l'alimentation pédiatrique (de la naissance à six ans)
à l'intention des professionnels de la santé

13. American Academy of Pediatrics. FDA concludes study of arsenic in rice products; no dietary changes recommended [Internet]. Itasca, IL: AAP; 2013 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <https://www.aappublications.org/content/aapnews/early/2013/09/06/aapnews.20130906-1.full.pdf>
14. Delaney AL, Arvedson JC. Development of swallowing and feeding: Prenatal through first year of life. Dev.Disabil.Res.Rev. 2008; 14(2): 105-17.
15. Health Canada. Canada's food guide. Eat vegetables and fruits [Internet]. Ottawa, ON: Health Canada; 2019 [updated 2019 Jan 19; cited 2019 Feb 17]. Available from: <https://food-guide.canada.ca/en/healthy-eating-recommendations/make-it-a-habit-to-eat-vegetables-fruit-whole-grains-and-protein-foods/eat-vegetables-and-fruits/>
16. Leung KC, Marchand V, Reginald SS. The 'picky eater': The toddler or preschooler who does not eat [Internet]. Ottawa, ON: Canadian Paediatric Society [updated 2017 Mar 1; cited 2018 Nov 19]. Available from: <https://www.cps.ca/en/documents/position/toddler-preschooler-who-does-not-eat>
17. Maguire J, Lebovic G, Kandsamy S, Khovratovic M, Mamdani M, Birken C, et al. The relationship between cow's milk and stores of vitamin D and iron in early childhood. Peds [serial online]. 2013 [cited 2018 Nov 19];131(1):e144-155. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2012/12/12/peds.2012-1793.full.pdf>
18. Sutcliffe T, Khambali A, Westergar S et al. Iron depletion is associated with daytime bottle-feeding in the second and third years of life. JAMA Peds. 2006; 160(11):1114-20.
19. Reid A, Chauhan B, Rabbani R, Lys J, et al. Early exposure to non-nutritive sweeteners and long-term metabolic health: A systematic review [serial online]. 2016 [cited 2018 Nov 19]; 137(3)e20153603. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/137/3/e20153603.full.pdf>
20. Fenton T. Plant-based beverages - are they really healthier for young children? [Internet]. Toronto, ON: Dietitians of Canada; 2018 [cited 2018 Nov 19]. Available from: <https://www.pennutrition.com/docviewer.aspx?id=12811>
21. Raw or unpasteurized milk [Internet]. Ottawa ON: Health Canada; [updated 2013 Sept 24; cited 2018 Oct 23]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/milk-infant-formula/raw-or-unpasteurized-milk.html>
22. Unpasteurized juice and cider [Internet]. Ottawa, ON: Health Canada; [updated 2013 Jan 9; cited 2018 Oct 23]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-safety-fruits-vegetables/unpasteurized-juice-cider.html>
23. Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C. ABM clinical protocol #3: Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. Breastfeed Med [serial online]. 2017 [cited 2018 Nov 13]; 12(3)1-11. Available from: <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/3-supplementation-protocol-english.pdf>

Lignes directrices sur l'alimentation pédiatrique (de la naissance à six ans)
à l'intention des professionnels de la santé

24. Safety of donor human milk in Canada [Internet]. Ottawa, ON: Health Canada [updated 2014 Mar 20; cited 2019 Jan 10]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-food-guide/resources/infant-feeding/safety-donor-human-milk-canada.html>
25. Kim J, Unger S. Human milk banking. *Paediatr Child Health*. 2010; 15(9): 595-602.
26. Eglash A, Simon L. ABM clinical protocol #8: Human milk storage information for home use for full-term infants. *Breastfeed Med* [serial online]. 2017 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/8-human-milk-storage-protocol-english.pdf>
27. Safety of homemade infant formulas in Canada [Internet]. Ottawa, ON: Health Canada [updated 2014 Nov 21; cited 2018 Nov 20]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/infant-feeding/safety-homemade-infant-formulas-canada.html>
28. Recommendations for the preparation and handling of powdered infant formula (PIF) [Internet]. Ottawa, ON: Health Canada [updated 2010 Feb 15; cited 2018 Nov 20]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/infant-feeding/recommendations-preparation-handling-powdered-infant-formula-infant-feeding.html>
29. Preparing and handling powdered infant formula [Internet]. Ottawa, ON: Health Canada [updated 2011 Apr 12; cited 2018 Oct 30]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/milk-infant-formula/preparing-handling-powdered-infant-formula.html>
30. Dietitians of Canada; Canadian Paediatric Society. A health professional's guide for using the WHO growth charts for Canada [Internet]. Toronto, ON: Dietitians of Canada; 2014 [cited 2018 Nov 20]. Available from: https://www.dietitians.ca/Downloads/Public/DC_HealthProGrowthGuideE.aspx
31. Dietitians of Canada. Promoting optimal monitoring of child growth in Canada. Using the new WHO growth charts. Collaborative public policy statement [Internet]. Ottawa, ON: Dietitians of Canada; 2010 [cited 2018 Nov 19]. Available from: <http://www.dietitians.ca/Downloads/Public/tcg-position-paper.aspx>
32. Godel JC. Vitamin D supplementation: Recommendations for Canadian mothers and infants [position statement online]. Ottawa, ON: Canadian Paediatric Society [updated 2017 Jan 30; cited 2018 Nov 22]. Available from: <https://www.cps.ca/en/documents/position/vitamin-d>
33. Nutrient data [e-data file]. Health Canada: Ottawa, ON; [updated 2016 Jun 03; cited 2018 Oct 30]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/nutrient-data.html>
34. Mercury in fish: Questions and answers [Internet]. Ottawa, On: Health Canada [updated 2011 Jan 25; cited 2018 Oct 30]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/food-safety/chemical-contaminants/environmental-contaminants/mercury/mercury-fish-questions-answers.html>

Lignes directrices sur l'alimentation pédiatrique (de la naissance à six ans)
à l'intention des professionnels de la santé

35. Van Winckel M, Vande Velde S, De Bruyne R, Van Biervliet S. Clinical practice: Vegetarian infant and child nutrition. *Eur J Pediatr*. 2011; 170(12): 1489-94.
36. Melina V, Craig W, Levin S. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian diets. *J Acad Nut Diet*. 2016; 116(12): 1970-80.
37. Amit M. Vegetarian diets in children and adolescents. *Paediatr Child Health* [serial online]. 2010 [cited 2018 Nov 19]; 15(5): 304-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2912628/pdf/pch15303.pdf>
38. Birch L DA. Learning to eat: Birth to age 2. *Am J Clin Nutr*. 2014; 99(3):723S-8S.
39. Ontario Society of Nutrition Professionals in Public Health. Position statement on responses to food insecurity [Internet]. Hamilton, ON: (OSNPPH); 2015 [cited 2018 Nov 16]. Available from: <https://www.odph.ca/upload/membership/document/2016-02/position-statement-2015-final.pdf#upload/membership/document/2016-02/position-statement-20>
40. PROOF Food Insecurity Policy Research. Children in food insecure households [Internet]. Toronto, ON: PROOF; [date unknown][cited 2019 Jan 10]. Available from: <https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2016/07/children-food-insecurity-factsheet.pdf>
41. PROOF Food Insecurity Policy Research. Household food insecurity in Canada: A guide to measurement and interpretation [Internet]. Toronto, ON: PROOF; 2018 [cited 2019 Jan 10]. Available from: <https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2018/11/Household-Food-Insecurity-in-Canada-A-Guide-to-Measurement-and-Interpretation.pdf>