

Le sevrage de l'allaitement

Barbara Grueger; Société canadienne de pédiatrie
Comité de la pédiatrie communautaire
Version abrégée : Paediatr Child Health 2013;18(4):211

Résumé

L'allaitement exclusif assure une alimentation optimale aux nourrissons jusqu'à l'âge de six mois. Par la suite, les nourrissons ont besoin d'aliments complémentaires pour répondre à leurs besoins nutritionnels. C'est alors que le sevrage commence. Le sevrage désigne le processus graduel d'introduction d'aliments complémentaires au régime du nourrisson, tout en poursuivant l'allaitement.

Il n'y a pas de moment universellement accepté ou scientifiquement démontré pour mettre un terme à l'allaitement. Le moment et le processus de sevrage doivent être adaptés par la mère et l'enfant. Le sevrage peut être soudain ou graduel, prendre plusieurs semaines ou plusieurs mois, être dirigé par l'enfant ou par la mère. Les médecins doivent orienter et soutenir les mères tout au long du processus de sevrage. Le présent document remplace le document de principes sur le sevrage qu'a publié la Société canadienne de pédiatrie en 2004.

Mots-clés : *Breastfeeding; Breast milk; Complementary foods; Infant; Weaning*

Aperçu

L'allaitement est la source d'alimentation optimale pour le nourrisson. Il protège les nourrissons contre toute une série de maladies infectieuses et non infectieuses. À quelques exceptions près,^[1] les nourrissons à terme et en santé n'ont besoin que de lait maternel (et de suppléments de vitamine D)^[2] pour répondre à tous leurs besoins nutritionnels jusque vers l'âge de six mois. La Société canadienne de pédiatrie, Les Diététistes du Canada, Santé Canada et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommandent l'allaitement exclusif jusqu'à six mois, puis la poursuite de l'allaitement accompagnée d'aliments complémentaires jusqu'à deux ans, et même après (aucune limite supérieure n'est définie).^{[3][4]}

Le présent document de principes aborde les enjeux liés au processus de sevrage et les différents modes de sevrage possibles. Il contient des suggestions que les médecins peuvent faire aux femmes allaitantes au sujet du sevrage, des

solutions nutritionnelles et des problèmes associés au sevrage. Le présent document de principes porte sur les nourrissons à terme et en santé, car les recommandations proposées ne conviennent peut-être pas aux nourrissons ayant des problèmes particuliers (p. ex., prématurité, maladie chronique, retard staturopondéral). Il remplace le document de principes de la Société canadienne de pédiatrie publié sur le même sujet en 2004.^[3]

L'auteur a procédé à une analyse bibliographique dans MEDLINE (1966 à 2011), la base de données de Cochrane et des sites Web pertinents, y compris ceux de l'OMS, de la Société canadienne de pédiatrie, de Santé Canada et de l'*American Academy of Pediatrics*. En raison des données probantes limitées sur le sevrage, les recommandations contenues dans le présent document se fondent largement sur des avis d'experts et des consensus.

Les perspectives historiques et culturelles

Le terme « sevrage » provient du latin « separare », qui signifie « séparer ». En anglais, son équivalent « weaning » trouve son origine dans le terme anglo-saxon « wenian », qui signifie « s'habituer à quelque chose de différent ». Ainsi le sevrage de l'allaitement est une étape naturelle et inévitable du développement de l'enfant. C'est un processus complexe qui exige des adaptations nutritionnelles, immunologiques, biochimiques et psychologiques.^{[6][7]} Le sevrage peut désigner l'arrêt complet de l'allaitement (un sevrage « abrupt » ou définitif) ou, comme on le décrit dans le présent document, un processus graduel d'introduction d'aliments complémentaires dans le régime du nourrisson tout en poursuivant l'allaitement. Par définition, l'introduction d'autres aliments que le lait maternel marque le début du sevrage.

En général, les nourrissons étaient allaités plus longtemps autrefois^[8] que dans les sociétés occidentales actuelles. Selon Aristote, l'allaitement devrait se poursuivre pendant 12 à 18 mois, ou jusqu'à la reprise des menstruations de la mère allaitante. Traditionnellement, les mères des sociétés zouloues allaitaient leur nourrisson jusqu'à 12 à 18 mois, puis devenaient généralement de nouveau enceintes. Les anciens Hébreux terminaient le sevrage à environ trois ans. Autour du monde, il n'est pas rare que les enfants soient

complètement sevrés entre deux et quatre ans.^[8] Des études anthropologiques ont décrit le sevrage définitif aux moments suivants : lorsque le nourrisson atteint quatre fois son poids de naissance, lorsque son âge correspond à six fois la durée de gestation (c'est-à-dire 4,5 ans) ou à l'éruption de la première molaire.^{[9][10]}

L'introduction précoce de l'allaitement mixte a germé au début du XIX^e siècle dans la société occidentale. Des médecins éminents de l'époque, tels les docteurs Luther Emmett Holt et Job Lewis Smith, fondateurs de l'*American Pediatric Society*, recommandaient d'amorcer le sevrage entre neuf et 12 mois ou à l'apparition des premières canines. Le docteur Smith déconseillait le sevrage pendant les mois d'été en raison du risque de « diarrhée post-sevrage ». Tandis que le sevrage était recommandé de plus en plus tôt, la mortalité des nourrissons augmentait. L'introduction d'aliments de sevrage était une cause importante de mortalité du nourrisson au XIX^e siècle. Au début du XX^e siècle, les mères étaient encouragées par le corps médical à élever leur enfant de manière scientifique, conformément au livre. En effet, dans les années 1920, le gouvernement des États-Unis a publié *Infant Care*, qu'on qualifiait alors du « bon livre » et que lisaient les femmes de tous les groupes socioéconomiques. On y recommandait l'huile de foie de morue, le jus d'orange et les préparations lactées.^[8]

En 2008, d'après l'Agence de la santé publique du Canada, 87 % des enfants étaient allaités pendant une certaine période, tandis que seulement 16,4 % étaient exclusivement allaités pendant six mois. Ce chiffre représente toutefois une augmentation constante des taux d'allaitement au cours des cinq années précédentes. La durée de l'allaitement varie selon l'âge de la mère. Seulement 11 % des nourrissons dont la mère avait de 25 à 29 ans étaient allaités exclusivement pendant six mois, par rapport à 20 % des nourrissons dont la mère avait 35 ans ou plus.^[11] La perception de manquer de lait est la principale raison que donnent les mères pour amorcer le sevrage. Les femmes qui allaitent plus de trois mois citent surtout le retour au travail comme raison de sevrer.^[11] Les pratiques d'allaitement pourraient continuer de s'améliorer au Canada, car de nombreuses mères qui ont droit à l'assurance-emploi peuvent retarder leur retour au travail jusqu'à 12 mois après l'accouchement.

Les enjeux liés à la nutrition et au développement

Vers quatre à six mois, la plupart des nourrissons sont prêts sur le plan du développement à accepter des aliments en purée. Ils acquièrent la coordination oromotrice nécessaire pour accepter les diverses textures des aliments, mais risquent de s'étouffer avec de la nourriture, comme les noix, les raisins entiers et les morceaux de saucisse à hot-dog, qui exigent une coordination oromotrice avancée qu'ils ne maîtriseront pas avant l'âge de trois ans.

La tétée et la mastication sont des comportements complexes, qui associent des éléments innés et acquis. L'élément acquis est conditionné par la stimulation orale. Si un stimulus n'est pas appliqué au moment du développement neural, le nourrisson peut devenir un mangeur sélectif. Il existe un lien entre la tétée prolongée sans alimentation solide et une alimentation insuffisante.^[7]

L'allaitement exclusif est idéal pour le nourrisson jusqu'à l'âge de six mois, mais il est également vrai qu'après un certain âge, le lait humain seul ne satisfait plus à tous les besoins nutritionnels du nourrisson.^{[6][12]} En raison de situations particulières, il peut être pertinent d'introduire les aliments complémentaires dès l'âge de quatre mois.^{[13][14]}

Il est important d'assurer un apport de calories et de micronutriments adapté à l'âge pour la croissance et le développement moteur et mental.^{[12][13]} Si on reporte l'introduction des aliments solides trop longtemps après six mois, le nourrisson devient vulnérable à une anémie ferriprive et à d'autres déficits micronutritionnels.^[15] Picciano et ses collaborateurs ont suivi des nourrissons sevrés plus tard (entre 12 et 18 mois) et colligé des données sur leur apport diététique et leur croissance. De nombreux enfants à l'étude consommaient moins de la quantité recommandée de matières grasses (moins de 30 % des calories totales), de fer et de zinc. On y déterminait que les produits céréaliers, le lait entier, les produits laitiers et la viande sont des sources importantes de fer, de vitamine E et de zinc.^[16]

Entre quatre et six mois, les réserves de fer présentes à la naissance diminuent. Chez tous les nourrissons, il faut les remplacer par des aliments qui contiennent du fer à compter de six mois.^[4] Certains groupes recommandent d'administrer aux nourrissons exclusivement allaités des suppléments de fer après les quelques premières semaines de vie ou à quatre mois.^[14] Lorsqu'on retarde l'introduction des aliments enrichis de fer, il faut envisager des suppléments de fer par voie orale.^[14]

Le fer tiré de la viande possède la meilleure biodisponibilité^[4]^[17] et peut être immédiatement absorbé par le tube digestif. Après l'âge de six mois, lorsque le lait maternel seul ne fournit plus assez de protéines, il faut en ajouter de nouvelles sources (viande, poisson, jaunes d'œufs, tofu, lentilles et fromage). Il faut également introduire les fibres alimentaires dans le régime, même si on ne sait pas exactement à quel moment. Aucune donnée concluante n'indique que le fait de reporter l'introduction des œufs, du poisson et des noix (y compris les arachides) au-delà de quatre à six mois contribue à éviter les allergies alimentaires.^{[13][18][19]} Le sevrage progresse à mesure que la variété de solides et de liquides introduits dans le régime du bébé se diversifie.

Le processus du sevrage

On ne connaît pas la meilleure méthode pour passer de l'allaitement à temps plein à l'autonomie nutritionnelle complète, mais le processus devrait respecter à la fois les besoins du bébé et ceux de la mère.^[20] Les médecins peuvent aiguiller les mères vers le site Web de la Ligue La Leche et celui de *Soins de nos enfants* de la Société canadienne de pédiatrie (voir *Ressources pour les parents*, ci-dessous). Le sevrage peut être naturel (dirigé par le nourrisson) ou planifié (dirigé par la mère).

Le sevrage graduel (dirigé par le nourrisson)

Le sevrage graduel se produit lorsque le nourrisson commence à accepter des quantités et des types croissants d'aliments complémentaires, tout en continuant à être allaité à la demande. En cas de sevrage graduel, le sevrage complet se produit généralement entre deux et quatre ans.^[8] Dans les cultures occidentales, une intolérance relative demeure à l'égard de ce type de sevrage, et de nombreuses mères qui allaitent un bébé ou un enfant plus âgé le font en cachette. Elles le font en privé, à la maison, et ce secret relatif tend à perpétuer les croyances erronées quant à la durée pertinente de l'allaitement.^[7]

Le sevrage planifié (dirigé par la mère)

Le sevrage planifié se produit lorsque la mère décide de mettre un terme à l'allaitement exclusif sans avoir reçu d'indices du nourrisson quant à sa préparation à vivre ce changement. Parmi les raisons souvent invoquées pour planifier un sevrage, soulignons l'impression de manquer de lait ou les inquiétudes à l'égard de la croissance du bébé, des tétées douloureuses ou des mastites, un retour au travail, une nouvelle grossesse, le désir que le conjoint ou quelqu'un d'autre s'occupe des boires ou l'éruption des premières dents du bébé.^[11] Ces situations peuvent donner lieu à un sevrage complet et prématuré, même si, au départ, la mère avait l'intention de poursuivre l'allaitement. Que la mère désire ou non poursuivre l'allaitement à temps partiel, le médecin devrait lui fournir de l'information et soutenir sa décision. Le médecin qui ne sait pas comment offrir ce soutien devrait envisager un aiguillage vers une spécialiste de l'allaitement.

L'annexe contient un exemple de calendrier de sevrage graduel et planifié (dirigé par la mère).

Le refus du sein : la grève de la tétée

Il ne faut pas confondre le sevrage graduel de la grève de la tétée. Les grèves de la tétée sont temporaires et peuvent s'expliquer par plusieurs causes, y compris le début des menstruations, un changement dans le régime alimentaire de la mère, l'utilisation d'un nouveau savon ou d'un nouveau déodorant, la percée des dents ou une maladie du nourrisson. Le nourrisson peut décider en tout temps de refuser soudainement de téter, ce qui peut provoquer un sevrage complet. La mère peut interpréter la situation comme un rejet de l'allaitement et cesser d'offrir le sein. On peut

adopter des mesures simples pour affronter une grève de la tétée, dont les suivantes :

- Faire de la période de l'allaitement un moment spécial et calme, et réduire les distractions au minimum.
- Accroître la quantité de caresses et de gestes d'apaisement.
- Offrir le sein lorsque le nourrisson est sur le point de s'endormir ou qu'il vient de se réveiller.
- Lui offrir fréquemment le sein, dans différentes positions, offrir chaque sein en alternance ou allaiter dans différentes pièces.

Si les mesures précédentes ne permettent pas de reprendre l'allaitement, un médecin devrait évaluer le nourrisson afin d'écartier l'éventualité d'une maladie. Il faut envisager de demander l'aide d'une conseillère en lactation.^{[3][6][7][21]} Il ne faut pas tenter d'affamer le nourrisson pour qu'il obtienne.

Le sevrage abrupt ou urgent

Il arrive qu'un sevrage abrupt ou urgent s'impose en raison d'une séparation prolongée et non planifiée de la mère et de son nourrisson ou d'une grave maladie de la mère. On conseille à tort à de nombreuses mères de sevrer leur bébé lorsqu'elles doivent prendre des médicaments, même si très peu de médicaments sont contre-indiqués pendant l'allaitement.^[1] Les médicaments absolument contre-indiqués sont les antimétabolites, les doses thérapeutiques de radiopharmaceutiques et la plupart des drogues illicites. Il faut évaluer les autres médicaments sur une base individuelle. Il faut soupeser les avantages de l'allaitement continu par rapport aux risques d'exposer le nourrisson aux médicaments transmis dans le lait maternel.^[21] À cet égard, le site Web anglais *Motherisk* (voir la rubrique *Ressources pour les parents*, ci-dessous) est utile. Une maladie subite de l'enfant n'est pas nécessairement une raison pour sevrer. Le médecin devrait encourager et soutenir la mère pour qu'elle poursuive l'allaitement ou pompe son lait et l'entrepose jusqu'à ce que le nourrisson puisse le prendre.

Un nourrisson sevré abruptement peut refuser le biberon. On peut alors lui offrir une tasse. Il peut commencer par refuser tout autre type d'aliment de la part de la mère. Dans ce cas, quelqu'un d'autre devra peut-être le nourrir. La mère devrait continuer de passer du temps en contact étroit avec le nourrisson, dans la mesure du possible, pour que le sevrage soit moins traumatisant sur le plan psychologique, à la fois pour elle et pour l'enfant.

Selon toute probabilité, un sevrage abrupt provoque un certain inconfort à la mère, surtout s'il se produit au début de la période postpartum, lorsque la production de lait est élevée. Il faut lui conseiller de prendre des analgésiques et d'exprimer juste assez de lait pour que ses seins soient moins

douloureux. Des contenants réfrigérants, des feuilles de chou froides et le massage des seins soulageraient l'engorgement, mais une analyse systématique de ces interventions n'a pas établi la plus grande efficacité de ces traitements par rapport à un placebo.^[21] Les mères doivent être à l'affût des signes de blocage d'un canal lactifère (une région dure ou sensible et isolée, de la taille d'un pois, sans chaleur ou symptômes systémiques) pendant le sevrage, parce qu'ils peuvent entraîner une mastite. Un bon soutien-gorge bien ajusté peut réduire l'inconfort. Il n'est pas recommandé de bander les seins, parce que cette mesure accentue l'inconfort et peut susciter un blocage des canaux lactifères. Il n'est pas nécessaire de réduire la consommation de liquides. La bromocriptine (Parlodel, Novartis Pharmaceutiques, Canada), un inhibiteur de la prolactine, n'est plus homologuée pour enrayer la galactorrhée. En effet, son utilisation s'associe à de graves effets indésirables chez la mère, tels que les convulsions, les accidents vasculaires cérébraux et même la mort.^{[22][23][24]}

Dans la mesure du possible, le sevrage devrait être graduel. Le sevrage abrupt est traumatisant pour le nourrisson, désagréable pour la mère, et peut provoquer le blocage de canaux lactifères, des mastites ou des abcès.^[6]

La culpabilité de la mère

Les mères commencent à allaiter avec les meilleures intentions du monde, mais elles affrontent souvent des obstacles qui peuvent donner lieu à un sevrage prématuré. Il est important que le médecin explore les raisons pour lesquelles la mère veut sevrer son bébé et lui transmette de l'information qui l'aidera à prendre une décision éclairée sur le processus et le moment du sevrage. Après l'avoir informée, il ne faut pas exercer des pressions pour la convaincre d'allaiter plus longtemps qu'elle le juge pertinent. Il faut également éviter de la critiquer de poursuivre l'allaitement plus longtemps que l'exige « la norme » dans sa culture.

La mère peut ressentir des émotions contradictoires lorsqu'elle amorce le sevrage. Tout en appréciant cette liberté retrouvée, elle peut également regretter la fin d'une phase particulièrement intime de sa relation avec son enfant. Il est courant que la mère ressent un sentiment de perte ou de tristesse, malgré un sevrage graduel.^{[7][25][26]} Il faut lui rappeler que son bébé franchit une nouvelle étape sociale, celle de manger des solides et de boire à la tasse. Tant que la mère aborde le processus de sevrage avec flexibilité et sensibilité, l'expérience devrait être positive. Le rôle du médecin consiste à soutenir et à informer la mère tout en s'assurant que le nourrisson profite d'une alimentation convenable.

Recommandations aux médecins

- Soutenir l'allaitement exclusif, accompagné de suppléments de vitamine D, pendant les six premiers mois de vie.

- Encourager la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans, et même après, tout en donnant des conseils nutritionnels adaptés.
- Conseiller aux mères d'introduire des aliments enrichis de fer sous forme de viande, de poisson ou de céréales enrichies de fer parmi les premiers aliments, afin d'éviter les carences en fer.
- Conseiller un sevrage lent, progressif et naturel, dans la mesure du possible.
- Informer et soutenir les mères allaitantes tout en s'assurant de la bonne alimentation de leur bébé, quel que soit le moment du sevrage.

Ressources pour les parents

- Huggins K, Ziedrich L, Sears M, Sears, W. *The Nursing Mother's Guide to Weaning: How to bring breastfeeding to a gentle close and how to decide when the time is right* (éd. rév., 2007). Boston: The Harvard Common Press.
- Ligue La Leche Canada : www.allaitement.ca
- Motherisk : www.motherisk.com
- Société canadienne de pédiatrie : [L'alimentation de votre bébé jusqu'à un an](#)
- Société canadienne de pédiatrie : [Le sevrage de votre bébé](#)

Remerciements

Le comité de nutrition et de gastroentérologie et le comité d'étude du fœtus et du nouveau-né de la Société canadienne de pédiatrie ont révisé le présent document de principes.

Références

1. Société canadienne de pédiatrie, comité des maladies infectieuses et d'immunisation. Maternal infectious diseases, antimicrobial therapy or immunizations: Very few contraindications to breastfeeding. *Paediatr Child Health* 2006;11(8):489-91.
2. Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis. Les suppléments de vitamine D: Recommandations pour les mères et leur nourrisson au Canada. *Paediatr Child Health* 2007;12(7): 591-8. www.cps.ca/fr/documents/position/vitamine-d (consulté le 20 février 2013)
3. Société canadienne de pédiatrie, comité de la pédiatrie communautaire. Le sevrage de l'allaitement. *Paediatr Child Health* 2004;9(4):259-63.
4. Santé Canada (2012). La nutrition du nourrisson né à terme et en santé: Recommandations de la naissance à six mois. Énoncé du Groupe de travail conjoint sur l'alimentation du nourrisson: Société canadienne de pédiatrie, Les Diététistes du Canada et Santé Canada. www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourrisson/recom/index-fra.php (consulté le 25 septembre 2012)

5. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;1:CD003517.
6. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession, 6^e éd. Philadelphie, PA: Mosby, 2005:357-75.
7. Huggins K, Ziedrich L. The Nursing Mother's Guide to Weaning: How to bring breastfeeding to a gentle close and how to decide when the time is right, éd. rév. Boston: The Harvard Common Press, 2007.
8. Piovantetti Y. Breastfeeding beyond 12 months. An historical perspective. *Pediatr Clin North Am* 2001;48(1):199-206.
9. Dettwyler KA. Time to wean: The hominid blueprint for the natural age of weaning in modern human populations. In: Stewart-MacAdam P, Dettwyler KA, éd. Breastfeeding: Biocultural Perspectives. New York: Aldine de Gruyter, 1995.
10. Dettwyler KA. When to wean: Biological versus cultural perspectives. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3):712-23.
11. Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur la santé périnatale au Canada - édition 2008. www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rspc/index-fra.php (consulté le 18 octobre 2011)
12. Dewey K. Principes directeurs pour l'alimentation complémentaire de l'enfant allaité au sein, Organisation panaméricaine de la santé, Organisation mondiale de la santé, 2003. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/a85622/fr/index.html (consulté le 18 octobre 2011)
13. Dewey KG. Nutrition, growth and complementary feeding of the breastfed infant. *Pediatr Clin North Am* 2001;48(1):87-104.
14. Baker R, Greer F and the Committee on Nutrition. Clinical Report: Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age). *Pediatrics* 2010;126(5):1040-50. (doi:10.1542/peds.2010-2576)
15. Gidding SS, Dennison BA, Birch LL et coll. Dietary recommendations for children and adolescents: A guide for practitioners. *Pediatrics* 2006;117(2):544-59.
16. Picciano MF, Smiciklas-Wright H, Birch LL, Mitchell DC, Murray-Kolb L, McConahy KL. Nutritional guidance is needed during dietary transition in early childhood. *Pediatrics* 2000;106(1 Pt. 1):109-14.
17. Dee DL, Sharma AJ, Cogswell ME, Grummer-Strawn LM, Fein SB, Scanlon KS. Sources of supplemental iron among breastfed infants during the first year of life. *Pediatrics* 2008;122 Suppl 2:S98-104.
18. Fiocchi A, Assa'ad A, Bahna S. Food allergy and the introduction of solid foods to infants: A consensus document. Adverse Reactions to Foods Committee, American College of Allergy, Asthma and Immunology. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2006;97(1):10-21.
19. Greer F, Sicherer S, Burks AW, comité de nutrition de l'American Academy of Pediatrics; section des allergies et de l'immunologie. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: The role of maternal dietary restrictions, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* 2008;121(1):183-91.
20. Mohrbacher N, Stock J. Traité de l'allaitement maternel. Schaumburg, Ill. Ligue La Leche International, 1999. Résumé des mises à jour de l'édition anglaise de 2003 envoyé gratuitement sur demande.
21. Hale TW. Medications and Mothers' Milk, 14^e éd. Hale Publishing, 2010.
22. Oladapo OT, Fawole B. Treatments for suppression of lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD005937.
23. Dutt S, Wong F, Spurway JH. Fatal myocardial infarction associated with bromocriptine for postpartum lactation suppression. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1998;38(1):116-7.
24. Iffy L, Lindenthal J, Mcardle JJ, Ganesh V. Severe cerebral accidents postpartum in patients taking bromocriptine for lactation suppression. *Isr J Med Sci* 1996;32(5):309-12.
25. Eglash A, Montgomery A, Wood J. Breastfeeding. *Dis Mon* 2008;54(6):343-411.
26. Wight NE. Management of common breastfeeding issues. *Pediatr Clin North Am* 2001;48(2):321-44.
27. Wu AC, Lesperance L, Bernstein H. Screening for iron deficiency. *Pediatr Rev* 2002;23(5):171-8.
28. American Academy of Pediatrics, comité de nutrition. The use and misuse of fruit juice in pediatrics. *Pediatrics* 2001;107(5):1210-3.
29. Hall RT, Carroll RE. Infant feeding. *Pediatr Rev* 2000;2(6):191-9.

Annexe

Suit un modèle de calendrier de sevrage graduel et planifié (dirigé par la mère) :

- Le sevrage commence par le remplacement du boire « le moins aimé » de l'enfant. Le bébé acceptera peut-être le boire plus facilement de la part de quelqu'un d'autre. Selon l'âge du nourrisson, le substitut peut prendre la forme d'un aliment complémentaire, de lait maternel exprimé, de préparation lactée ou (si l'âge le justifie) de lait de vache. Il faut se rappeler qu'il est difficile de savoir la quantité que le bébé consomme habituellement au sein. Le boire se termine lorsque le nourrisson est satisfait. Rappelez à la mère de résister à la tentation de lui faire finir ce qui lui est offert.
 - Il faut éviter le lait entier de vache jusqu'à ce que le bébé ait au moins neuf mois, et de préférence 12 mois. Il ne faut pas offrir plus de 720 mL (24 onces) de lait de vache ou de préparation lactée par jour à un nourrisson d'un an ou de deux ans. S'il en boit davantage, il risque l'anémie ferriprive, [26] l'obésité et un manque d'appétit envers les autres aliments.[15] On introduit l'eau en même temps que les aliments complémentaires, à l'âge de six mois. Certains parents peuvent également désirer donner des jus de fruits (jus de fruits pur à 100 %, pas de « boissons » aux fruits) à la tasse, mais les fruits frais sont préférables aux jus. Il faut en limiter la quantité pour qu'elle ne dépasse pas de 125 mL à 175 mL (quatre à six onces) par jour, afin d'éviter de nuire à l'apport d'aliments nutritionnels.[4][15][27]
- Un deuxième boire de remplacement peut être présenté lorsque le bébé a bien intégré le premier, au bout de quelques jours ou de quelques semaines. On peut

proposer les boires de remplacement subséquents à un rythme déterminé idéalement à la fois par la mère et le bébé.

- Il faut tenir et cajoler le bébé pendant le boire au biberon. La mère et son bébé ont tous deux besoin de cette proximité supplémentaire pendant le processus de sevrage. Il ne faut pas laisser le bébé boire son biberon seul, car vous provoquerez un risque d'étouffement et de carie du nourrisson. On peut introduire la tasse dès l'âge de six mois.

- Il faut offrir les aliments solides à un moment convenable du développement. Pour commencer, on peut offrir quelques cuillerées à thé une fois par jour. On propose un seul aliment contenant un seul ingrédient, et on en ajoute un nouveau tous les deux ou trois jours.[12] [28] Peu à peu, on peut accroître la dimension et le nombre de portions, de même que la variété d'aliments.
- Le sevrage partiel représente une possibilité pour la mère qui désire poursuivre l'allaitement. Cette solution peut bien fonctionner pour la mère qui travaille ou étudie à l'extérieur de la maison. Elle peut maintenir les boires du petit matin, de la soirée et de la nuit, même si elle est séparée de son bébé pendant le jour. Lorsqu'elle est éloignée de son bébé, elle peut exprimer son lait. Elle pourra ainsi maintenir sa production de lait. Si elle ne pompe pas son lait mais qu'elle poursuit l'allaitement, il faudra surveiller le poids du nourrisson de plus près. De nombreux bébés plus âgés qui n'ont jamais bu à la tasse ou au biberon refusent complètement de boire en l'absence de leur mère. Ce refus peut causer beaucoup d'anxiété, mais est généralement temporaire. En général, ces bébés prennent des solides en l'absence de leur mère et accroissent la fréquence et la durée de l'allaitement à son retour à la maison. Pour favoriser la consommation de liquides, conseillez de proposer un gobelet à bec ou le biberon lorsque le bébé est somnolent, comme s'il faisait une grève de la tétée. **Il n'est pas recommandé d'affamer le bébé jusqu'à ce qu'il accepte le biberon.** Il est également impératif d'observer attentivement les signes de déshydratation ou de prise de poids insuffisante si l'enfant refuse de manger ou de boire en l'absence de sa mère.[28]

COMITÉ DE LA PÉDIATRIE COMMUNAUTAIRE DE LA SCP

Membres : Carl Cummings MD (président); Sarah Gander MD; Barbara Grueger MD; Larry B Pancer MD; Anne Rowan-Legg MD; Ellen P Wood MD (représentante du conseil)

Représentante : Ruth B Grimes MB, section de la pédiatrie générale de la SCP

Auteure principale : Barbara Grueger MD