

L'ALLAITEMENT AU-DELÀ DE 6 MOIS : UNE DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE EN TOUTE CONFIANCE

Carlos González

La diversification alimentaire est souvent une période d'angoisse pour les enfants et leurs familles, et quelques mythes fort répandus (bien que rarement explicités) parmi les professionnels de santé et la population générale contribuent à cette angoisse.

Mythe : « À six mois, l'enfant devient sot »

C'est-à-dire, il n'est plus considéré comme étant capable de se nourrir. Il y a unanimité parmi les scientifiques et les médecins que l'allaitement maternel exclusif à la demande assure la meilleure nutrition possible pour l'enfant jusqu'à l'âge de six mois. Cela veut dire que l'enfant ingère la quantité de lait qu'il veut, et que ni la mère ni le médecin ne savent combien il a pris.

Mais il ne s'agit pas seulement de la quantité : la qualité du lait aussi dépend de l'enfant. Le taux de lipides du lait augmente de façon continue pendant la tétée, de façon tellement importante que la concentration à la fin d'une tétée peut être cinq fois plus élevée qu'au début. Puis, le nouveau lait qui se fabrique entre deux tétées et qui est bas en lipides, dilue le lait concentré qui restait à la fin de la tétée précédente. Plus le temps écoulé entre les tétées est long, plus le niveau de lipides au début de la tétée suivante sera bas. Ainsi plus l'enfant consomme de lait, plus haut sera le taux de lipides en fin de tétée. Et ce n'est pas la même chose que de prendre 100 ml d'un sein ou 50 ml de chaque sein, ou 80 d'un, 20 de l'autre, ou 70-30. Si le facteur limitant est l'énergie ingérée, il y aura plus de lipides, et moins de lactose et de protéines.

Ainsi, l'enfant peut contrôler parfaitement non seulement la quantité, mais aussi la composition du lait, en changeant à volonté trois paramètres : la fréquence des té-

tées, la durée des tétées, et le fait de prendre un sein ou les deux à chaque tétée (et puis combien il prend de chacun). Ceci est le secret de l'allaitement à la demande.

La mère et le médecin ne savent pas combien de lait l'enfant a pris, et ne connaissent pas (mais pas du tout !) la composition de ce lait, qui peut changer énormément selon ce que l'enfant décide. Mais, toutefois, nous croyons que l'enfant peut décider, et qu'il le fera bien. Nous le croyons, et c'est vrai.

Et puis, subitement, à six mois, l'enfant devient sot ? Il ne peut plus décider ? Il faut que la mère reçoive du médecin des instructions détaillées concernant la quantité, la préparation et l'horaire de la nourriture, et si l'enfant ne finit pas « tout », il tombera malade ? C'est absurde !

Pire encore, si l'enfant devient vraiment sot, et qu'il faut le nourrir, comment le faire ? Qu'est-ce que nous pouvons recommander à la mère ?

Les estimations des besoins calorifiques des enfants ont chuté d'à peu près 25 % entre 1985 (recommandations FAO/OMS/UNU) et 2000 (étude de la Doctoresse Butte). L'Occident souffre aujourd'hui d'une épidémie d'obésité infantile : le fait d'avoir recom-

■ **D^r CARLOS GONZÁLEZ**

Pédiatre, Président de l'Associació Catalana Pro Alletament Matern et membre du Conseil médical de La Leche League International. Auteur de nombreux livres dont *Mon enfant ne veut pas manger*.



Photo Peggy Halas

mandé des quantités de nourriture supérieures de 25 % aux besoins réels pendant des années (et encore aujourd'hui) n'est pas étranger à ce problème.

Mais, même suivant les chiffres les plus modernes, ceux de Butte, il y a une grande variabilité. 95 % de la population normale se situe entre deux déviations standard en plus ou en moins de la moyenne : il y a donc encore 2,5 % d'enfants normaux au-dessus du « maximum », et un autre 2,5 % au-dessous du « minimum ». Un enfant normal et sain peut ingérer (et nécessiter !) chaque jour deux voire presque trois fois plus de calories qu'un autre enfant du même sexe et âge. Nous connaissons la moyenne et la déviation standard de la population, mais nous ne connaissons pas la quantité de nourriture dont a besoin Jean Martin, 9 mois, cet après-midi. Mais lui, il le sait, très exactement.

C'est encore pire pour les nutriments spécifiques. De combien de protéines, de calcium, de vitamines, un enfant a-t-il besoin ? Pour la vitamine C, l'une des mieux connues, les recommandations officielles des Américains sont le double de celles des Anglais à 10 mois... Mais, à 12 mois, c'est justement le contraire ! Nous ne savons pas combien de vitamine C dont a besoin un enfant (mais, même avec les recommandations les plus élevées, un enfant allaité exclusivement aurait assez de vitamine C jusqu'à 3 ans et plus !).

Mythe : « Ton lait ne nourrit plus »

L'on dit souvent à la mère que, après 12 mois (et même après 6 mois), son lait « est de l'eau », « n'apporte rien ». Mais la concentration des lipides du lait maternel augmente de façon continue, et le lait contient à chaque fois plus de calories. La concentration calorifique du lait maternel est très supérieure à celle de beaucoup d'aliments. Il est facile de comprendre que certains enfants refusent toute autre nourriture, et veulent exclusivement le sein jusqu'à 8-10 mois ou plus.

Au temps de nos aïeuls, les médecins recommandaient l'allaitement exclusif jusqu'à 12 mois. C'est la généralisation du biberon,



Photo Peggy Hales

avec des substituts primitifs et carencés en nutriments, qui a imposé l'introduction précoce des aliments.

Mythe : « Il prendra plus de poids »

Tous les enfants du monde prennent plus de poids à deux mois, quand ils ne consomment que du lait, qu'à dix mois, quand ils prennent aussi des céréales, de la viande, des légumes... Tous les médecins du monde ont constaté ce fait des centaines de

fois. Mais le mythe de « la bouillie qui fait grossir » ne veut pas mourir...

On voit souvent une mauvaise interprétation des courbes de poids. On oublie que la moitié des enfants normaux se situent au-dessous de la moyenne, et que 3 % se trouvent au-dessous du 3^e percentile; et que si dans une population il y a beaucoup plus de la moitié au-dessus de la moyenne, c'est un problème de santé publique. Et les lignes de percentile ne sont pas des « petits chemins », la plupart des enfants croisent une ou deux lignes.

Mythe : « La soupe... »

La soupe, les fruits, les légumes... Beaucoup des aliments que les mères croient « très sains » ou « très nutritifs » ne le sont pas. De l'eau et pas grand-chose de plus. Et les enfants ont une capacité gastri-

que limitée, et refusent d'habitude les aliments hypocaloriques. Ils préfèrent des aliments riches en calories : du riz, des pâtes, des pommes de terre, de la viande...

D'habitude, aussi, les enfants aiment mieux les aliments connus que les aliments nouveaux, et ceux que mange leur mère à des bouillies spécialement préparées pour eux.

En conclusion, il n'y a aucune base scientifique pour recommander certains aliments en certaines quantités à certains âges. Il serait bon de commencer à reconnaître que, après 6 mois, l'enfant peut continuer à se nourrir à la demande, tout comme avant.

Carlos GONZÁLEZ ■

Bibliographie

- Van den Boom SAM, Kimber AC, Morgan J.-B. *Nutritional composition of home-prepared baby meals in Madrid. Comparison with commercial products in Spain and home-made meals in England.* Acta Pædiatr 1997; 86: 57-62
- Birch LL, Johnson SL, Andresen G, Peters JC, Schulte MC. *The variability of young children's energy intake.* N Eng J Med 1991; 324: 232-5
- Birch LL, Fisher JA. *Appetite and eating behavior in children.* Pediatr Clin North Am 1995; 42: 931-953
- Kramer MS, Kakuma R. *Duración óptima de la lactancia materna exclusiva.* La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. www.biblioteca-cochrane.net
- Department of Nutrition for Health and Development. Department of Child and Adolescent Health and Development. *The optimal duration of exclusive breastfeeding.* WHO/FCH/CAH/01.23 A systematic review. Geneva. World Health Organization, 2001.
- Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Landa Rivera L, Dewey KG. *Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomised intervention study in Honduras.* Lancet 1994; 343: 288-93
- American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. *On the feeding of supplemental foods to infants.* Pediatrics 1980; 65: 1178-81
- American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. *Breastfeeding and the use of human milk.* Pediatrics, 2005; 115: 496-506
- ESPGAN Committee on Nutrition. *Guidelines on infant nutrition. III Recommendations for infant feeding.* Acta Pædiatr Scand 1982; suppl. 302
- Stockman JA III. *Iron deficiency anemia.* In Behrman RE. Nelson textbook of pediatrics. 14 th ed. Philadelphia, Saunders, 1992
- Pisacane A, De Vizia B, Valiante A, Vaccaro F, Russo M, Grillo G, Giustardi A. *Iron status in breast-fed infants.* J Pediatr. 1995; 127: 429-31
- Pisacane A. *Neonatal prevention of iron deficiency.* Br Med J 1996; 312: 136-137
- Griffin IJ, Abrams SA. *Iron and Breastfeeding.* Pediatr Clin N Amer 2001; 48: 401-13
- Mei Z, Grummer-Strawn LM, Thompson D, Dietz WH. *Shifts in percentiles of growth during early childhood: analysis of longitudinal data from the California Child Health and Development Study.* Pediatrics 2004; 113: e617-27 <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/113/6/e617>
- The WHO Child Growth Standards. www.who.int/childgrowth