



English on page 249

## Le sevrage de l'allaitement

Le lait maternel est la meilleure forme d'alimentation pendant la première enfance. L'allaitement protège le nourrisson de toute une série de maladies infectieuses et non infectieuses. À quelques rares exceptions près, chez le nouveau-né à terme et en santé, le lait maternel seul (avec des suppléments de vitamine D) comble tous les besoins nutritionnels du nourrisson jusqu'à six mois. La Société canadienne de pédiatrie, Les Diététistes du Canada et Santé Canada recommandent l'allaitement exclusif pendant au moins les quatre à six premiers mois de vie et la poursuite de l'allaitement jusqu'à au moins deux ans avec des aliments complémentaires (1). L'Organisation mondiale de la santé recommande l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie, tant dans les pays en voie de développement que dans les pays industrialisés (2).

Le présent énoncé traite des nombreuses influences reliées au sevrage, et de divers processus par lesquels le sevrage peut être entrepris. De plus, il contient des suggestions pratiques que peut proposer le médecin aux mères au sujet du sevrage et des options nutritionnelles. Les problèmes possibles pendant le processus de sevrage sont également abordés. Le présent énoncé porte sur les nourrissons à terme et en santé. Il se peut donc que les recommandations ne conviennent pas aux nourrissons vivant une situation particulière (p. ex., prématurité, maladie chronique, retard staturopondéral, etc.).

Une analyse bibliographique a été exécutée à l'aide des bases de données MEDLINE (entre 1966 et 2003) et Cochrane et de sites pertinents dans Internet, y compris ceux de l'Organisation mondiale de la santé, de la Société canadienne de pédiatrie, de Santé Canada et de l'*American Academy of Pediatrics*. Étant donné le peu de données probantes au sujet du sevrage, les recommandations exposées dans le présent énoncé se fondent largement sur l'opinion de spécialistes et sur des consensus.

Le terme « sevrage » vient du latin *separare*, qui signifie « séparer ». Le sevrage de l'allaitement est une phase naturelle et inévitable du développement de l'enfant. C'est un processus complexe qui exige des rajustements nutritionnels, immunologiques, biochimiques et psychologiques (3). Le sevrage peut signifier l'arrêt complet de l'allaitement (le sevrage « abrupt » ou définitif) ou, pour les besoins du

présent énoncé, le début du processus graduel d'introduction d'aliments complémentaires dans le régime du nourrisson. L'introduction du tout premier aliment autre que du lait maternel constitue, par définition, le véritable commencement du sevrage.

### UNE PERSPECTIVE HISTORIQUE ET CULTURELLE

La durée de l'allaitement était généralement plus longue dans les temps anciens (4) que dans la société occidentale actuelle. Selon Aristote, l'allaitement devait se poursuivre de 12 à 18 mois ou jusqu'à la reprise des menstruations de la mère allaitante. Traditionnellement, les mères des sociétés zouloues allaitaient leurs nourrissons pendant 12 à 18 mois, moment auquel une nouvelle grossesse était prévue. Les anciens Hébreux achevaient le sevrage à environ trois ans. La plupart des enfants des sociétés traditionnelles sont entièrement sevrés entre deux et quatre ans (5).

Selon des théories anthropologiques, le sevrage définitif était recommandé aux moments suivants : lorsque le nourrisson atteignait quatre fois son poids de naissance, lorsque l'âge du nourrisson correspondait à six fois la durée de la gestation (c'est-à-dire 4,5 ans) ou à l'éruption de la première molaire (6).

L'introduction précoce et inappropriée de l'allaitement mixte a germé au début du XIX<sup>e</sup> siècle dans la société occidentale. Des médecins éminents de l'époque, tels que les docteurs Luther Emmett Holt et Job Lewis Smith, fondateurs de l'*American Pediatric Society*, recommandaient de commencer le sevrage entre neuf et douze mois ou à l'apparition de la première canine. Smith déconseillait le sevrage pendant les mois d'été à cause du risque de « diarrhée du nourrisson sevré ». Malheureusement, tandis que le sevrage était entrepris de plus en plus tôt au XIX<sup>e</sup> siècle, le taux de mortalité des nourrissons augmentait. L'introduction d'aliments de sevrage était une cause importante de mortalité des nourrissons au XIX<sup>e</sup> siècle. Cette augmentation de la mortalité des nourrissons a, en partie, suscité le développement de la pédiatrie en tant que spécialité (6).

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, les mères étaient invitées par le corps médical à élever leurs enfants de manière scientifique,

selon les règles. Dans les années 1920, le gouvernement américain publiait *Infant Care*, qui, à l'époque était perçu comme le « bon livre » et était lu par des femmes de toutes les couches socioéconomiques. Il recommandait l'huile de foie de morue, le jus d'orange et le biberon.

En 1940, l'honorable Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social à Ottawa, en Ontario, publiait *La mère canadienne et son enfant* (8<sup>e</sup> édition, 1949), rédigé par le docteur Ernest Couture. Plus de deux millions d'exemplaires ont été distribués aux nouvelles mères ou aux femmes enceintes avant sa première révision en 1949. Le docteur Couture y soulignait que le lait maternel était la forme idéale d'alimentation pour les bébés.

D'après Santé Canada, en 1998-1999, 81,9 % des enfants étaient allaités pendant une certaine période. Parmi ces nourrissons allaités, 63,0 % l'étaient encore au bout de trois mois. Les taux de périodes d'allaitement varient selon l'âge maternel. Tandis que seulement 49,1 % des nourrissons allaités dont la mère avait 25 ans ou moins continuaient de l'être au bout de trois mois, 74,9 % de ceux dont la mère avait 35 ans ou plus l'étaient plus de trois mois (7). La principale raison que donnent les mères pour sevrer, c'est la perception de manquer de lait. Parmi les femmes qui allaitent plus de trois mois, l'une des principales raisons du sevrage, c'est le retour au travail (8).

Les statistiques canadiennes sur l'allaitement pourraient continuer de s'améliorer parce que de nombreuses mères peuvent désormais reporter leur retour au travail jusqu'à 12 mois après l'accouchement. Cette pratique est facilitée par les modifications du gouvernement fédéral à l'assurance-emploi, qui permettent maintenant aux femmes de prendre jusqu'à 12 mois de congé de maternité payé.

Aux États-Unis, les taux d'allaitement sont plus faibles. En 1998, 64 % des nourrissons étaient allaités au congé de l'hôpital, et 29 % l'étaient encore à six mois (9).

### LES ENJEUX NUTRITIONNELS ET DÉVELOPPEMENTAUX

Bien qu'il semble clair que, dans l'idéal, les nourrissons devraient être allaités pendant au moins un an, il est également important de comprendre qu'après un certain âge, le lait humain seul ne satisfait plus tous les besoins nutritionnels du nourrisson.

Entre quatre et six mois, le nourrisson est prêt, du point de vue développemental, à accepter des aliments solides. La tétée et la mastication sont des comportements complexes, présentant tous deux des éléments innés et acquis. L'élément acquis est conditionné par la stimulation orale. Si le stimulus n'est pas appliqué au moment du développement neural, le nourrisson peut devenir un mangeur sélectif. Il existe un lien entre le fait de téter longtemps sans prendre de solides et une alimentation insuffisante par la suite (3).

Entre quatre et six mois, les réserves de fer présentes depuis la naissance diminuent. Il devient donc pertinent de commencer à offrir au nourrisson des aliments contenant du fer. Vers la fin de la première année, le lait maternel ne contient plus assez de protéines pour le nourrisson. Il faut

donc lui en offrir une source supplémentaire, sous forme de viande, de poisson, de jaune d'œuf, de tofu, de lentilles et de fromage. Les fibres alimentaires doivent également être introduites dans le régime, mais on ne sait pas exactement à quel moment. Le report de l'introduction des aliments solides trop longtemps après six mois risque également d'exposer le nourrisson à une anémie ferriprive et à d'autres anomalies micronutritionnelles (10). Tandis que de plus en plus de solides et de liquides sont introduits dans le régime du nourrisson, le sevrage se poursuit.

Picciano et ses collaborateurs (11) ont suivi des nourrissons sevrés plus tard (entre 12 et 18 mois) en colligeant des données sur l'apport diététique et la croissance. Bien des enfants à l'étude ingéraient moins de matières grasses que la quantité recommandée (moins de 30 % des calories totales). Des diminutions de la consommation de fer et de vitamine E entre 12 et 18 mois entraînaient des apports bien en deçà des normes de référence. La consommation de zinc était également bien inférieure aux taux recommandés. Les céréales, les produits de lait entier et la viande étaient d'importantes sources de nutriments problématiques (fer, vitamine E et zinc) (11).

### LE PROCESSUS DU SEVRAGE

#### Le sevrage naturel (orienté par le nourrisson)

Le sevrage peut être soit planifié (orienté par la mère), soit naturel (orienté par le nourrisson).

Le sevrage naturel se produit lorsque le nourrisson commence à accepter des quantités et des types croissants d'aliments complémentaires tout en continuant à être allaité sur demande. En cas de sevrage naturel, le sevrage complet se produit généralement entre deux et quatre ans (12). Dans les cultures occidentales, il subsiste une intolérance relative face à ce type de sevrage, et de nombreuses mères qui allaitent un nourrisson ou un enfant plus âgé allaitent en cachette. Elles le font en privé, à la maison, ce qui perpétue l'ignorance quant à la durée de l'allaitement (10).

#### Le sevrage planifié (orienté par la mère)

Le sevrage planifié se produit lorsque la mère décide de sevrer son bébé sans que celui-ci lui ait donné d'indices qu'il est prêt à arrêter l'allaitement. Certaines des raisons souvent invoquées pour procéder à un sevrage planifié incluent un manque de lait ou des préoccupations quant à la croissance du bébé, des allaitements douloureux ou des mastites, un retour au travail, une nouvelle grossesse, le désir que le partenaire ou un autre adulte s'occupe des boires ou l'éruption des dents du bébé. Ces situations peuvent entraîner un sevrage complet et prématuré, même si la mère avait l'intention de poursuivre l'allaitement. Il est bon que le médecin informe et soutienne la mère, qu'elle désire ou non continuer à allaiter. Si le médecin n'est pas certain de la manière dont il peut fournir ce soutien, il peut envisager d'orienter la mère vers une spécialiste de l'allaitement.

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

### LE REFUS DU SEIN : LA « GRÈVE DE LA TÉTÉE »

Le sevrage naturel ne doit pas être confondu avec une grève de la tétée. Un refus soudain du sein peut se produire en tout temps et être suivi par un sevrage complet si la mère interprète cette attitude comme un rejet personnel. Les grèves de la tétée sont temporaires et peuvent découler de plusieurs causes, telles que l'apparition des menstruations de la mère, une modification au régime alimentaire de la mère, l'utilisation d'un nouveau savon, d'un nouveau déodorant ou l'apparition des dents ou une maladie de l'enfant. Des mesures simples peuvent être adoptées pour affronter une grève de la tétée, dont les suivantes :

- Faire de la période de l'allaitement une période spéciale et calme, et réduire les distractions au minimum.
- Accroître la quantité de caresses et de cajoleries.
- Offrir le sein lorsque le nourrisson est sur le point de s'endormir ou qu'il vient de se réveiller.
- Éviter d'affamer l'enfant pour le forcer à se soumettre.
- Adopter fréquemment diverses positions d'allaitement pour offrir le sein, et offrir chaque sein en alternance. Tenter d'allaiter dans de nouvelles pièces.

Si les étapes précédentes ne favorisent pas la reprise de l'allaitement, le nourrisson devrait subir une évaluation afin d'écarter l'éventualité d'une maladie (10).

### LE SEVRAGE ABRUPT OU D'URGENCE

Il arrive qu'un sevrage abrupt ou d'urgence s'impose, dans le cas d'une séparation prolongée et imprévue de la mère et du nourrisson ou d'une maladie grave de la mère, par exemple. On conseille à tort à de nombreuses mères d'arrêter d'allaiter lorsqu'elles doivent prendre des médicaments. Très peu de médicaments sont contre-indiqués pendant l'allaitement. Il s'agit des antimétabolites, des doses thérapeutiques de produits radiopharmaceutiques et de la plupart des drogues illégales. Les autres médicaments doivent être évalués de manière individuelle. Les bénéfices de poursuivre l'allaitement doivent être soupesés contre les risques d'exposer le nourrisson au médicament transmis dans le lait maternel. Le lecteur est invité à lire l'excellent texte du docteur T Hales, *Medications and Mothers' Milk* (10<sup>e</sup> édition, 2002), publié en anglais seulement par Pharmasoft Medical Publishing. Le site Web anglais de *Motherisk*, à [www.motherisk.org](http://www.motherisk.org), est également une ressource utile.

Une maladie subite de l'enfant ne constitue pas une raison de sevrer. En fait, le médecin devrait soutenir et faciliter la possibilité d'allaiter ou d'exprimer et d'entreposer le lait jusqu'à ce que le nourrisson soit en mesure de le boire.

Un nourrisson sevré abruptement peut refuser le biberon. Dans ce cas, il est possible de lui offrir une tasse. Le

nourrisson peut aussi commencer par refuser tout autre type de nourriture proposée par la mère, auquel cas un autre adulte doué de patience devra peut-être alimenter le nourrisson. La mère doit continuer à passer du temps en contact physique étroit avec le nourrisson, dans la mesure du possible, pour que le processus de sevrage soit moins traumatique d'un point de vue psychologique, tant pour la mère que pour le nourrisson.

Selon toute probabilité, un sevrage abrupt entraînera un certain inconfort pour 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 de n'exprimer que la quantité de lait nécessaire pour se sentir à l'aise. Des contenants réfrigérants, des feuilles de chou froides ou des massages des seins peuvent contribuer à soulager l'engorgement (13). La mère doit surveiller les signes de blocage du canal lactifère, qui peuvent provoquer des mastites. Elle devrait porter un soutien-gorge de soutien confortable. Le bandage des seins n'est pas recommandé parce qu'il entraîne un inconfort plus important et qu'il peut bloquer des canaux lactifères. Il n'est pas nécessaire de limiter la consommation de liquides. La bromocriptine (Parlodel, Novartis Pharmaceuticals, Canada), un inhibiteur de la prolactine, n'est plus sanctionné pour enrayer la galactorrhée, en raison de déclarations de graves réactions, telles que des convulsions, des accidents cérébrovasculaires et des décès (14,15).

Le processus de sevrage définitif devrait être graduel. Le sevrage abrupt est traumatique pour le nourrisson et désagréable pour la mère, et il peut provoquer le blocage de canaux lactifères, des mastites ou des abcès. Dans la mesure du possible, il faut éviter le sevrage abrupt.

### LA CULPABILITÉ MATERNELLE

Les mères commencent à allaiter avec les meilleures intentions du monde. Souvent, elles affrontent des obstacles, et un sevrage prématuré peut survenir. Il est important que le médecin explore les raisons pour lesquelles la mère veut sevrer son bébé et qu'il l'informe pour qu'elle puisse prendre une décision éclairée quant au processus et au moment du sevrage. Après avoir informé la mère, il faut éviter d'exercer des pressions sur elle pour qu'elle allaite plus longtemps qu'elle le désire. Par ailleurs, il ne faut pas la critiquer lorsqu'elle allaite plus longtemps que c'est la norme dans sa culture.

Une mère peut ressentir des émotions contradictoires lorsqu'elle commence à sevrer son bébé. Elle peut être heureuse de cette liberté nouvellement retrouvée, mais elle peut aussi faire le deuil de la fin d'une phase très intime de sa relation avec son enfant. Il est courant que la mère ressente un sentiment de perte ou de tristesse, même en cas de sevrage graduel (16). On peut lui rappeler que son nourrisson franchit une étape sociale, celle de manger des solides et de boire à la tasse. Tant que la mère aborde le processus avec flexibilité et sensibilité, l'expérience devrait être positive. Le rôle du médecin consiste à soutenir et à

**Tableau 1**  
**Catégories du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs**

Catégorie	Description
I	Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai convenablement randomisé.
II-1	Résultats obtenus dans le cadre d'essais contrôlés et non randomisés bien conçus.
II-2	Résultats obtenus dans le cadre d'analyses de cohortes ou cas-témoins bien conçues, provenant préférentiellement de plus d'un centre ou d'un groupe de recherche.
II-3	Résultats obtenus par suite de comparaisons entre des moments et des lieux, avec ou sans intervention. Des résultats remarquables d'expériences non contrôlées peuvent également être inclus dans cette catégorie.
III	Opinions exprimées par des sommités respectées, d'après leur expérience clinique, des études descriptives ou les rapports de comités de spécialistes.

#### Classification des recommandations

A	On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation.
B	On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation.
C	On dispose de données insuffisantes pour soutenir la recommandation, mais d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
D	On dispose de données acceptables pour soutenir la recommandation de ne pas procéder à l'intervention.
E	On dispose de données suffisantes pour soutenir la recommandation de ne pas procéder à l'intervention.
I	On dispose de données dont la quantité ou la qualité est insuffisante pour soutenir une recommandation, mais d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

informer la mère tout en s'assurant que le nourrisson profite d'une nutrition convenable.

#### RECOMMANDATIONS

- Soutenir l'allaitement exclusif, accompagné de suppléments de vitamine D pendant les quatre à six premiers mois de vie (catégorie III-A [voir le tableau 1]).
- Favoriser la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans et même plus tard si la mère et le nourrisson le veulent, tout en offrant des conseils nutritionnels pertinents (catégorie III-A).
- Introduire des céréales enrichies de fer comme premier aliment solide vers l'âge de six mois pour éviter une

anémie ferriprive (catégorie III-A).

- Conseiller un sevrage lent, progressif et naturel, dans la mesure du possible (catégorie III-A).
- Informer et soutenir la mère allaitante tout en s'assurant d'une nutrition adéquate du nourrisson, quel que soit le moment choisi pour le sevrage.

#### ANNEXE

Ci-dessous figure un exemple de calendrier de sevrage graduel et planifié (orienté par la mère) :

- Le sevrage commence par le remplacement du boire « le moins aimé » de l'enfant par une tasse ou un biberon. Ce boire peut être refusé, surtout si le bébé a plus de quelques mois. Le bébé peut accepter le boire plus facilement de la part de l'autre parent ou d'un autre adulte. On peut lui donner du lait maternel exprimé par la mère, du lait maternisé ou du lait de vache s'il a atteint l'âge convenable. Il faut se souvenir qu'on ne connaît pas la quantité exacte que le bébé boit normalement à chaque tétée. Le bébé s'arrêtera lorsqu'il sera satisfait. Il faut rappeler à la mère de résister à la tentation de lui faire finir ce qui reste dans le biberon ou dans la tasse. Le lait de vache entier est à éviter jusqu'à au moins neuf mois, et jusqu'à 12 mois de préférence. À cet âge, il ne faut pas lui offrir plus de 720 mL (24 onces) de lait par jour. S'il en boit beaucoup plus de 720 mL, il risque l'anémie ferriprive (17), l'obésité et un manque d'appétit pour les autres aliments. On peut commencer à lui offrir de l'eau lorsqu'il mange d'autres aliments. Certains parents désirent peut-être donner du jus de fruits à leur bébé. La quantité ne doit alors pas dépasser 60 mL à 120 mL (2 à 4 onces) par jour afin d'éviter de limiter la consommation de lait maternel ou de lait de substitution (1,18).
- Un deuxième boire de remplacement peut être présenté lorsque le bébé a bien accepté la tasse ou le biberon. Il peut falloir attendre quelques jours, quelques semaines ou même quelques mois. Idéalement, le rythme d'abandon des autres boires doit être déterminé conjointement par la mère et son bébé.
- Si le bébé n'est pas assez vieux pour tenir lui-même son biberon, il ne faut pas appuyer le biberon pour qu'il soit maintenu à la verticale. Une telle position du biberon rend le bébé vulnérable aux étouffements. Il faut superviser le bébé de près ou, mieux encore, le tenir et le cajoler pendant qu'il prend son biberon. Tant la mère que le bébé ont besoin de cette proximité supplémentaire pendant le processus de sevrage.
- Il est possible d'offrir des aliments solides aux moments pertinents du développement. Pour commencer, quelques cuillerées à thé peuvent être offertes au bébé, une fois par jour. Peu à peu, la quantité et le nombre de portions ainsi que la variété des aliments

augmentent. Les céréales de riz enrichies de fer pour nourrissons représentent un bon premier choix d'aliment solide.

- Le sevrage partiel est une possibilité pour la mère qui désire maintenir une partie de l'allaitement. Cette solution peut bien fonctionner pour la mère qui travaille ou étudie à l'extérieur de la maison. Les boires du petit matin, du soir et de la nuit peuvent être maintenus, même lorsque la mère et son nourrisson sont séparés pendant le jour. Lorsqu'elle est éloignée de son nourrisson, la mère peut pomper ou exprimer son lait. Elle pourra ainsi maintenir sa production de lait. Si elle ne pompe pas son lait mais qu'elle continue à allaiter, il faudra surveiller le gain de poids du bébé de plus près, surtout si le nourrisson est bien jeune. Bien

des nourrissons plus âgés qui n'ont jamais bu à la tasse ou au biberon peuvent refuser de boire en l'absence de la mère. La mère peut alors ressentir beaucoup d'anxiété, mais d'ordinaire, ce problème est temporaire. D'habitude, ces nourrissons prendront des solides en l'absence de la mère et accroîtront la fréquence ou la durée des boires lorsqu'elle est à la maison. Les conseils reliés aux grèves de la tétée (voir plus haut) peuvent être utiles dans de telles situations, mais au lieu d'offrir le sein lorsque le bébé s'endort, on lui offre alors la tasse ou le biberon. Il n'est pas recommandé d'affamer l'enfant pour le convaincre d'accepter le biberon. Encore une fois, il est impératif de surveiller étroitement les signes de déshydratation ou de gain de poids insuffisant.

## RÉFÉRENCES

1. Société canadienne de pédiatrie, comité de nutrition. La nutrition du nourrisson né à terme et en santé. Énoncé du groupe de travail mixte composé des Diététistes du Canada, de la Société canadienne de pédiatrie et de Santé Canada. <[http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/infant\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/infant_f.pdf)> (version à jour le 10 mars 2004).
2. Organisation mondiale de la santé. Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive : Résultats d'un examen systématique. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002.
3. Lawrence R. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession, 5<sup>e</sup> édition. St Louis: Mosby, 1999:335,338,343-344.
4. Huggins K, Ziedrich L. The Nursing Mother's Guide to Weaning. Boston: Harvard Common Press, 1994.
5. Dettwyler K. A time to Wean: The Hominid Blueprint for the natural age of Weaning in Modern Human Populations. In: Stewart-MacAdam P, Dettwyler KA, eds. Breastfeeding: Biocultural Perspectives. New York: Aldine deGruyter, 1995.
6. Piovonetti Y. Breastfeeding beyond 12 months. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:199-206.
7. Santé Canada. Rapport sur la santé périnatale au Canada 2003. Ottawa: ministre des Travaux publics et des services gouvernementaux Canada, 2003.
8. Fiche d'information sur l'allaitement maternel. Système canadien de surveillance périnatale. Section de la santé maternelle et infantile. <[http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/rhs-ssg/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/rhs-ssg/index_f.html)> (version à jour le 11 mars 2004).
9. United States Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Conference Edition – Volumes I and II. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health, 2000;2:47-8.
10. Dewey K. Nutrition, growth and complementary feeding of the breastfed infant. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:87-104.
11. Picciano MF, Smiciklas-Wright H, Birch LL et coll. Nutritional guidance is needed during dietary transition in early childhood. *Pediatrics* 2000;106:109-14.
12. Picciano MF, Smiciklas-Wright H, Birch LL et coll. Nutritional guidance is needed during dietary transition in early childhood. *Pediatrics* 2000;106:109-14.
13. Sugarman J, Kendall-Tackett K. Weaning ages and a sample of American women who practice extended breastfeeding. *Clin Pediatr (Philadelphia)* 1995;34:642-7.
14. Dutt S, Wong F, Spurway JH. Fatal myocardial infarction associated with bromocriptine for postpartum lactation suppression. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1998;38:116-7.
15. Iffy L, Lindenthal J, Mcardle JJ, Ganesh V. Severe cerebral accidents postpartum in patients taking bromocriptine for lactation suppression. *Isr J Med Sci* 1996;32:309-12.
16. Wight NE. Management of common breastfeeding issues. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:321-44.
17. Wu AC, Lesperance L, Bernstein H. Screening for iron deficiency. *Pediatr Rev* 2002;23:171-8.
18. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. The use and misuse of fruit juice in pediatrics. *Pediatrics* 2001;107:1210-3.

## COMITÉ DE LA PÉDIATRIE COMMUNAUTAIRE 2003-2004

**Membres :** Docteurs Cecilia Baxter, Edmonton (Alberta); William James, Ottawa (Ontario); Denis Leduc (président), Montréal (Québec); Cheryl Mutch, Burnaby (Colombie-Britannique); Michelle Ponti, London (Ontario); David Wong (représentant du conseil), Summerside (Île-du-Prince-Édouard)

**Représentant :** Docteur Rick Haber, Montréal (Québec)

**Auteure principale :** Docteur Cheryl Mutch, Burnaby (Colombie-Britannique)

---

Les recommandations du présent énoncé ne constituent pas une démarche ou un mode de traitement exclusif. Des variations tenant compte de la situation du patient peuvent se révéler pertinentes.