

Des besoins du nouveau-né à son alimentation lactée

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF

Date de création du document 2010-1011

Table des matières

I	SPECIFIQUE :	4
II	Les besoins du nouveau-né à terme	6
II.1	Les besoins en nutriments	6
II.1.1	En protéines	6
II.1.2	En glucides	6
II.1.3	En lipides	6
II.2	Les besoins ou suppléments en vitamines	7
II.2.1	La vitamine K1	7
II.2.2	La vitamine D (calciférol)	7
II.2.3	Le fluor	8
III	Les aliments lactés	9
III.1	Les « laits classiques »	9
III.1.1	Protéines	9
III.1.2	Glucides	10
III.1.3	Lipides	10
III.2	Les laits spécifiques	10
III.2.1	Les laits pour les nouveau-nés hypotrophes ou les prématurés	10
III.2.2	Les laits anti-régurgitations	10
III.2.3	Les laits acidifiés ou fermentés	11
III.2.4	Les laits à base de soja	11
III.2.5	Les autres laits sans lactose	11
III.2.6	Les laits hypo allergéniques ou HA	11
III.2.7	Les laits sans protéine de lait de vache	11
III.3	Les laits pré, pro ou symbiotiques	12

IV	Conduite de l'alimentation lactée.....	13
IV.1	Rassembler le matériel.....	13
IV.1.1	Autour des biberons.....	13
IV.1.1.1	Composition du flacon.....	13
IV.1.1.2	Les tétines.....	13
IV.1.1.3	Le nettoyage.....	13
IV.1.1.4	A propos de la désinfection.....	13
IV.1.1.5	Le stockage du matériel nettoyé.....	14
IV.1.2	Choisir l'eau pour la reconstitution des biberons.....	14
IV.1.3	Principes de la reconstitution d'un biberon.....	14
IV.1.3.1	Méthode de chauffage.....	15
IV.1.4	Un moment privilégié.....	16
IV.2	Les rations théoriques pour un enfant à terme, né eutrophe.....	17
IV.2.1	La première semaine de vie.....	17
IV.2.2	Cadre théorique au-delà de 8 jours et jusqu'à 4 mois de vie.....	18
IV.2.3	A partir du 5ème mois.....	18
V	Bibliographie.....	19
VI	Annexes.....	21

PRÉ-REQUIS

- Connaissances en diététique et biochimie sur les nutriments et les acides aminés
- Connaissances des règles d'hygiène et des recommandations en vigueur
- Connaissances en pharmacologie sur la dispense de médicaments par voie orale

OBJECTIFS

SPECIFIQUES :

- Savoir informer les parents sur les besoins du nouveau-né liés à son alimentation lactée
- Savoir prescrire une vitamino prophylaxie adaptée au nouveau-né

INTRODUCTION

Actuellement, environ 40% des nouveau-nés ont une alimentation lactée. Ce taux augmente à environ 60% à un mois.

L'Académie française de médecine rappelle en 2009 dans son rapport sur l'alimentation du nouveau-né « la supériorité de l'allaitement maternel » sur l'alimentation lactée.

Il reste néanmoins essentiel de connaître les modalités de cette dernière. Ceci permet de répondre à toutes les situations de mise en place d'une alimentation lactée que ce soit initialement à la naissance par *choix parental* ou *contre indication à l'allaitement maternel* et ce, jusqu'à la diversification alimentaire.

Ainsi seront présentés dans un premier temps les besoins nutritionnels du nouveau-né pour dégager ensuite les modalités pratiques de l'alimentation lactée.

I LES BESOINS DU NOUVEAU-NÉ À TERME

I.1 LES BESOINS EN NUTRIMENTS

La croissance rapide du nouveau-né nécessite des apports énergétiques précis :

- 120 cal(calorie)/kg/j de 0 à 3 mois
- 110 cal/kg/j de 4 à 9 mois

Ces besoins énergétiques sont couverts par des apports précis en nutriments.

I.1.1 En protéines

L'apport en protéines doit être de :

- 2 g/kg/j jusqu'à 3 mois,
- 1,5 g/ kg/j jusqu'à 6 mois.

L'apport protéinique doit représenter environ 10% de l'apport énergétique total ingéré en tenant compte que l'absorption des protéines de lait de vache se fait à hauteur de 90%.

En raison de leurs biodisponibilités différentes, les protéines du lait de vache sont mieux absorbées que celles d'origine végétale (mais toujours moins que celle du lait maternel).

Les protéines apportées doivent réunir également des **Acides Aminés essentiels** (Leucine, Isoleucine, Valine, Lysine , Méthionine, Thréonine, Tyrosine , Phénylalanine) et des Acides Aminés comme l'Histidine, la Cystéine et la Taurine dont les carences peuvent limiter la croissance.

I.1.2 En glucides

L'apport en glucides doit être de 12 à 24gr/kg/j.

Les glucides doivent apporter 40% de l'apport énergétique total.

I.1.3 En lipides

L'apport en lipides doit être de 360 mg/kg/j.

Les lipides doivent apporter 50% de l'apport énergétique total.

A cause de la relative immaturité de la lipolyse intestinale du nouveau-né, les acides gras saturés à longues chaînes sont mal absorbés.

L'apport doit se faire donc essentiellement par des triglycérides à chaînes moyennes comportant également des AG essentiels à la croissance neuronale (acide linoléique et acide linoléique).

Les besoins en nutriments sont donc essentiels comme également des apports suffisants en **fer, calcium, phosphore, magnésium et oligo-éléments** ; tous couverts par l'alimentation lactée.

Il existe cependant une supplémentation en vitamines à prescrire en sus de l'alimentation.

I.2 LES BESOINS OU SUPPLÉMENTATIONS EN VITAMINES

I.2.1 La vitamine K1

Elle est indispensable à la synthèse de certains facteurs de la coagulation (II, VII, IX et X).

Elle prévient la maladie hémorragique du nouveau-né.

Tous les nouveau-nés reçoivent une supplémentation de 2 mg en Vitamine K1 per os à la naissance et entre le 2ème et le 7ème jour.

Par la suite, seuls les enfants allaités exclusivement au sein reçoivent une supplémentation hebdomadaire per os de 2 mg.

Les laits artificiels étant supplémentés en vitamine K1, il est inutile de prescrire cette vitamine dans le cadre d'une alimentation lactée ou mixte.

I.2.2 La vitamine D (calciférol)

Elle est indispensable au maintien de l'homéostasie phosphocalcique et à la minéralisation du squelette et prévient le rachitisme.

Cette vitamine est soit :

- d'origine végétale (ergocalciférol ou vitamine D2)
- d'origine animale (cholécalfiérol ou vitamine D3)

Les laits artificiels étant déjà partiellement supplémentés en vitamine D, les apports quotidiens seront différents selon le mode d'alimentation.

Tableau récapitulatif sur la vitamine D

Pour l'enfant allaité : apport de 1000 à 1200 UI de vitamine D2 ou D3 par jour Pour l'enfant avec une alimentation lactée : apport de 800 à 900 UI de vitamine D2 par jour

UI = Unités Internationales

Note : il existe des supplémentations en vitamine D :

- en une seule prise pour plusieurs mois. Cette posologie peut être adaptée si le praticien doute de l'observance quotidienne.
- associées à une supplémentation en fluor.

I.2.3 Le fluor

La supplémentation en fluor a une action de **prévention de la carie dentaire** par l'action systémique des fluorures.

Cependant, **la maîtrise des apports fluorés est indispensable** car la multiplication des sources potentielles de fluor (eau courante et minérale, sel fluoré, médicaments, brossage des dents à partir de 6 mois) peut conduire à des surdosages (**fluorose**).

En parallèle, 15 % des régions françaises ont une eau courante qui ne nécessite pas une supplémentation en fluor avec des taux au-delà de 0,3 mg/L. *Les parents peuvent se renseigner en mairie pour connaître la composition chimique de leur eau du robinet.*

Tableau récapitulatif sur le Fluor

Au total selon l' AFSSAPS en 2008, la supplémentation n'est systématique qu'à partir de 6 mois et si les eaux de boissons de la mère allaitante et/ou l'eau de préparation du biberon ne dépasse pas 0,3mg/L.
--

La dose ne doit pas dépasser 1mg de fluor par jour d'où l'intérêt d'un bilan d'apports fluorés à réaliser avant toute prescription.

II LES ALIMENTS LACTÉS

La composition des formules de lait et leurs étiquettes ont fait l'objet de nombreuses recommandations :

- de la Société européenne de Gastroentérologie et de Nutrition (EPSGHAN) en 1977,
- de la société française de pédiatrie avec son comité de nutrition en 2005,
- de directives européennes 1991, 1996 et 2006,
- de normes mondiales (Codex alimentarius),
- de décrets en France en 1994, 1998 et 2008
- de recommandations de l'OMS (code d'éthique en 1990).

Ainsi dans toute l'Europe, la composition des formules pour nourrissons est similaire.

Par ailleurs, certaines pratiques favorisant l'alimentation lactée (don d'échantillon de laits ou publicités en maternité, etc.) sont interdites (Loi 94-442 parue au Journal Officiel du 04/06/1994 Titre III :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000713621&dateTexte=>).

II.1 LES « LAITS CLASSIQUES »

Parmi les animaux (chèvre, ânesse ou brebis), seul le lait issu de la vache est autorisé comme lait d'origine animale.

Le lait de vache non transformé n'est pas adapté avant l'âge d'un an.

Les laits disponibles sur le marché ne sont pas équivalents en nutriments mais leurs apports caloriques se situent tous entre 60 et 75 cal pour 100 mL.

II.1.1 Protéines

La majorité des laits n'ont pas de protéines modifiées et gardent le rapport caséine-protéines solubles de celui du lait de vache (soit 80/20) ; d'où une tendance à la constipation.

Certains laits ont des protéines modifiées afin d'inverser le rapport caséine-protéines

solubles de manière à se rapprocher de la composition protéique du lait maternel (soit 40/60), d'où une tendance aux régurgitations et une satiété moindre.

La taurine, acide aminé essentiel mais absent du lait de vache, est ajouté de façon systématique.

II.1.2 Glucides

Majoritairement, le sucrage est à base de lactose, principal glucide du lait de vache. Utilisé seul, la tolérance est moyenne avec une tendance aux coliques.

D'autres sucres sont ajoutés fréquemment : il s'agit de la dextrine-maltose et du glucose (sous forme de polymères) qui améliorent la tolérance.

II.1.3 Lipides

Leur composition assure un apport suffisant en acides gras essentiels (dont les acides linoléique et alpha-linoléique).

II.2 LES LAITS SPÉCIFIQUES

L'usage de certains laits n'est pas consensuel et l'Académie de médecine a statué en 2009 sur « la multiplicité des formules pour nourrissons (qui) ne se justifie pas en l'état actuel des connaissances scientifiques (**lait anti régurgitation, lait de confort, lait contre les coliques, lait améliorant la satiété, le transit, etc.**). Cette multiplicité ne se justifie pas scientifiquement et n'existe pas dans les pays voisins ou en Amérique du Nord.»

II.2.1 Les laits pour les nouveau-nés hypotrophes ou les prématurés

Le rapport caséine protéines solubles est de 60/40 avec un taux protéinique élevé (au moins 2 gr pour 100 ml) afin d'obtenir un lait enrichi.

La source de glucides est mixte : lactose 70% et dextrine maltose 30%.

La source de lipides provient de triglycérides à chaînes moyennes 30% et des AG poly-insaturés (acides arachidonique et docosahexaénoïque) censés compenser l'immaturité enzymatique qui limite la transformation des AG essentiels en dérivés à longues chaînes.

L'apport calorique est de 70 cal pour 100 ml.

Il existe des laits dits « relais » visant la même population d'enfants qui seraient indiqués dans la transition entre un lait pour hypotrophe et un lait de formule standard. Leur composition varie en fonction du poids de l'enfant.

II.2.2 Les laits anti-régurgitations

Dénommés AR (anti-régurgitations) ou de CONFORT (confort digestif), ils sont pourvus d'un épaississant soit à base d'amidon (maïs, pommes de terre, riz) ou de caroube (résidu glucidique) augmentant la viscosité du lait.

Ils seraient indiqués pour les régurgitations du nourrisson ou les malformations bucco-faciales.

II.2.3 Les laits acidifiés ou fermentés

L'ajout de ferments lactiques acidifie le lait facilitant l'hydrolyse des protéines et la digestion du lactose. Cette « prédigestion » diminuerait les ballonnements intestinaux et favoriserait la vidange gastrique.

Ils seraient donc indiqués pour les coliques et la constipation.

II.2.4 Les laits à base de soja

Comme le lait de vache, le lait de soja nécessite une transformation pour être adapté au nouveau-né.

La faible valeur protéique nécessite un enrichissement qualitatif (ajout de L-méthionine, acide aminé essentiel et absent du lait de soja) et quantitatif.

Ils sont dépourvus de lactose.

Il existe cependant un risque d'allergie croisée à hauteur d'environ 15% avec l'allergie aux protéines de lait de vache.

Les indications consensuelles sont l'allergie au lactose ou le choix parental d'exclure des constituants d'origine animale.

II.2.5 Les autres laits sans lactose

Ce sont des laits classiques dont l'apport glucidique n'est réalisé que par de la dextrine maltose et du glucose sous forme de polymères.

L'indication consensuelle est l'allergie au lactose.

II.2.6 Les laits hypo allergéniques ou HA

Les laits hypo allergéniques ou laits hypo allergéniques sont à base de lait de vache dont les protéines sont partiellement hydrolysées pour diminuer leur effet allergisant.

Les indications consensuelles sont la prévention des phénomènes allergiques en cas d'antécédents familiaux **importants** (père, mère ou fratrie) ou en complément préférentiel de l'allaitement maternel.

II.2.7 Les laits sans protéine de lait de vache

Ils sont fabriqués par hydrolyse totale des protéines de lait de vache et dépourvus de lactose.

Ils sont constitués de triglycérides à chaînes moyennes pour faciliter leur absorption.

Les indications consensuelles sont l'allergie aux protéines de lait de vache, les diarrhées prolongées, la pathologie digestive ante ou post natale (omphalocèle, grande prématurité, etc.), et la malabsorption intestinale (mucoviscidose).

II.3 LES LAITS PRÉ, PRO OU SYMBIOTIQUES

Afin de s'approcher de la flore intestinale d'un enfant allaité au sein (riche en bifidobactéries et lactobacilles), certaines formules ajoutent des bactéries vivantes (probiotiques), des hydrates de carbone non digestibles (prébiotiques) ou les 2 (symbiotiques).

Les effets relatifs des différentes préparations sont en cours d'étude.

III CONDUITE DE L'ALIMENTATION LACTÉE

III.1 RASSEMBLER LE MATÉRIEL

III.1.1 Autour des biberons

III.1.1.1 Composition du flacon

Il peut être en verre ou en polycarbonate.

III.1.1.2 Les tétines

Il existe des tétines en silicone ou en caoutchouc, à plusieurs vitesses de débit pour s'adapter à l'enfant.

Il faut toujours commencer par un débit faible afin de ne pas sidérer l'enfant par l'arrivée brutale de lait dans sa bouche, et veiller à ce que la tétine soit remplie de lait et non d'air.

III.1.1.3 Le nettoyage

Concernant le matériel utilisé, il est nécessaire de le nettoyer rapidement après la tétée pour éviter toute incrustation propice à la prolifération bactérienne.

Un nettoyage soigneux peut être conseillé par immersion en utilisant un détergent afin de décrocher les particules collées sur les parois.

Des goupillons de petite taille pour la tétine et de grande taille pour le biberon sont utiles dans cette opération. L'ensemble est alors rincé puis mis à sécher (proscrire les torchons d'essuyage contaminants).

En cas de nettoyage au lave-vaisselle : l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, devenue Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments et des Produits de Santé = AFSSAPS dit que le nettoyage est satisfaisant si, après avoir rincé le matériel en amont du lavage, le cycle choisi a porté la température à 65°C avec un séchage intensif.

Note : seule les tétines en silicone sont adaptées au lave-vaisselle ; celles en caoutchouc sont détériorées par la chaleur.

III.1.1.4 A propos de la désinfection

Actuellement, l'AFSSA n'indique pas une désinfection en aval par « stérilisation » du matériel chez l'enfant sain.

Pour répondre néanmoins aux pratiques sociétales et parentales, il faut savoir que :

- Il existe plusieurs méthodes de désinfection : à chaud à la vapeur (cocotte minute, ou « stérilisateur » électrique) ou à froid (immersion dans une solution chlorée).
- Dans tous les cas, les parents doivent se reporter aux notices des fabricants concernant les phases et les temps d'action et doivent savoir que l'étape essentielle pour diminuer le risque de contamination est le nettoyage en amont.

III.1.1.5 Le stockage du matériel nettoyé

A l'air libre en position de séchage (à l'envers) sur un présentoir dédié aux biberons

Ou

Biberon, bague, tétine et capuchon assemblés secs puis stockés au réfrigérateur.

III.1.2 Choisir l'eau pour la reconstitution des biberons

Choisir l'eau courante du robinet est possible ; **la recueillir froide quelques temps après avoir fait couler celle-ci** (3 secondes ou 2 minutes pour un robinet d'usage fréquent ou non).

Pour l'eau minérale ou de source, elle doit porter l'allégation « **convient pour la préparation des aliments pour nourrisson** ».

Certaines eaux plus minéralisées (type Hépar ou équivalent) peuvent être conseillées pour des nouveau-nés ayant une tendance à la constipation. Leur utilisation est conseillée de seulement de façon épisodique ou cyclique (ex : un biberon sur 3).

Une bouteille ouverte, destinée à l'alimentation du nouveau-né, doit être ensuite fermée et conservée au réfrigérateur pendant 24h maximum.

L'eau ne doit pas être sucrée pour augmenter l'appétence.

Pour la préparation des biberons, il est rappelé ici l'intérêt de pouvoir utiliser de l'eau non ou peu fluorée (≤ 0.3 mg/L).

III.1.3 Principes de la reconstitution d'un biberon

La majorité des laits artificiels sont sous forme de poudre, ils faut alors les reconstituer.

La date d'ouverture est à indiquer sur la boîte (afin d'envisager la date de péremption ; se reporter aux données inscrites sur la boîte par le laboratoire).

Il est nécessaire que le préparateur du biberon effectue un lavage des mains avant le début de l'opération.

L'eau est versée en premier dans le biberon gradué en mL.

30 mL d'eau sont nécessaires pour 1 dosette arasée de lait en poudre (avec la lame d'un couteau à l'envers).

La dosette est fournie avec la boîte de lait ; elle se manipule par la tige (replacer ainsi la dosette dans la boîte tige vers le haut pour que sa manipulation soit plus hygiénique) *_ une dosette est singulière à une boîte de lait (ne pas les intervertir)_*

La quantité d'eau nécessaire est donc versée en premier puis sont ajoutés le nombre de dosettes correspondantes.

L'homogénéisation du mélange s'obtient en roulant le biberon verticalisé entre ses mains.

Note : la reconstitution de demi-dosette est à proscrire (car l'inexactitude peut entraîner des problèmes de digestion) ; il convient donc de préparer une ration supérieure à la ration théorique dans les cas où la ration totale que l'on divise par 30 ml n'indique pas un nombre entier de dosettes.

ex : pour une ration totale de 100 ml

100 ml divisé par 30 ml = 3.33...soit 4 dosettes, qu'il faudra par contre reconstituer avec 4 fois 30 ml d'eau soit 120 ml

Pour une ration prévue de 100 ml, il faudra préparer un biberon de 120 ml.

En outre, il est préférable de reconstituer le biberon **en extemporané et de le donner dans l'heure** ; au-delà : il convient de le jeter par risque de contamination bactérienne.

III.1.3.1 Méthode de chauffage

Le chauffage est **préféré** au bain marie (biberon dans une casserole d'eau ou chauffe biberon électrique) et est déconseillé au micro-ondes (par risque de brûlure important).

Ensuite, il convient d'homogénéiser la température en roulant le biberon entre ses mains.

La température du lait s'appréciera par la tiédeur ressentie en faisant couler un filet de lait réchauffé sur la face interne du poignet ou le dos de la main.

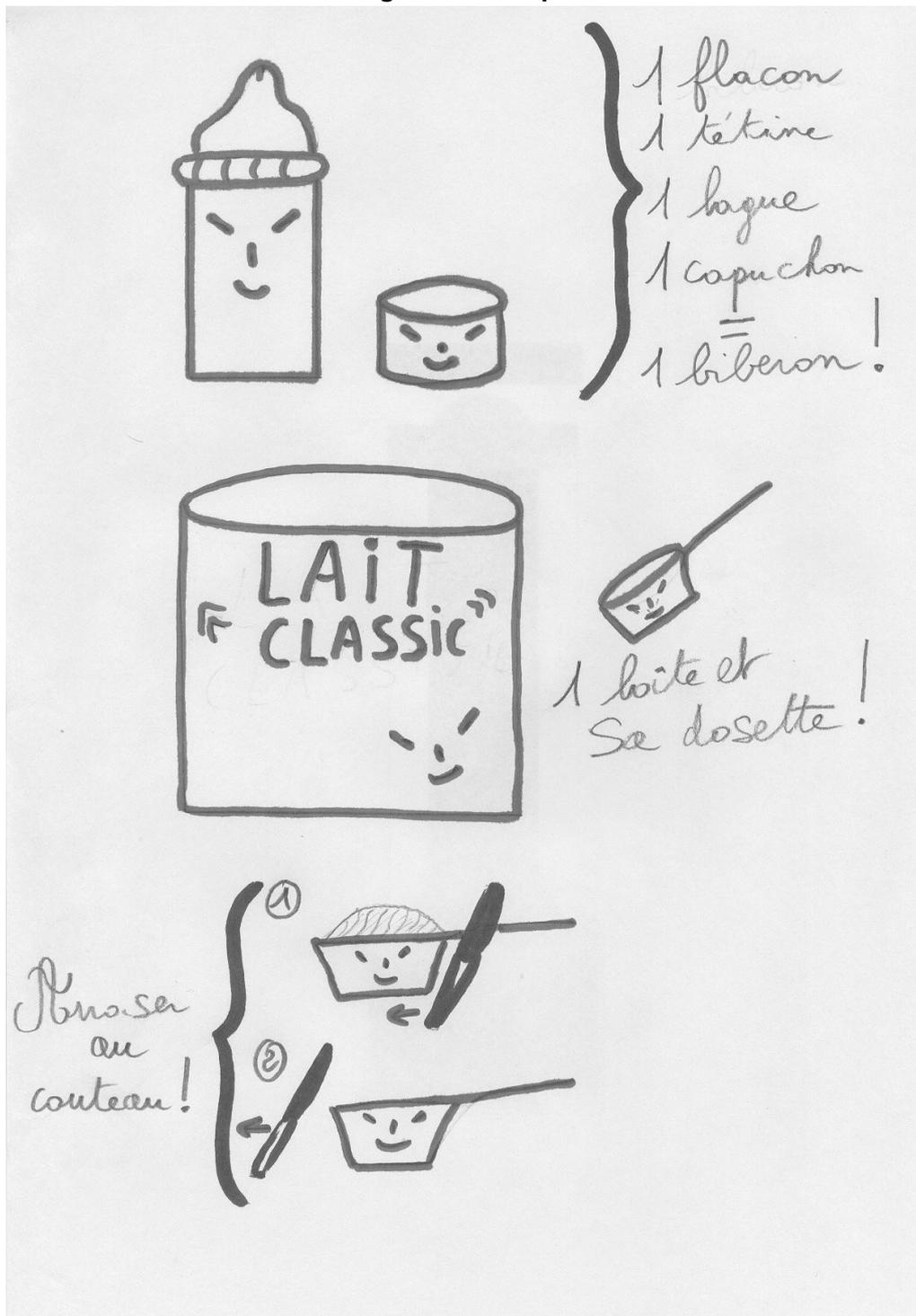
Note : le réchauffage des biberons en polycarbonate au micro-ondes n'induit pas un dégagement de bisphénol A inquiétant pour la santé publique (avis Afssa du 21/10/2008).

Un biberon chauffé ne doit pas être réchauffé pour la tétée suivante.

Les tétines stérilisées, solidarisées avec leur bague de fixation, se manipulent avec et par leur capuchon.

En sus des tétines à vitesse, le débit est fonction également de l'air entrant dans le biberon lors de la tétée. Plus l'air entre ce l'on obtient en desserrant la bague de la tétine, plus le débit est augmenté (et inversement).

Présentation vintage du lait en poudre et du biberon



Source : UVMaF

III.1.4 Un moment privilégié

Donner le biberon est un moment propice d'observations et d'échanges entre le nouveau-né et ses parents.

Que ce soit au sein ou au biberon, il est important d'être disponible psychologiquement pour son enfant lors de son alimentation.

Il est inutile de forcer un enfant à finir son biberon.

Il est essentiel de respecter le rythme de l'enfant (veille sommeil).

Il est nécessaire que l'enfant ait un rot après la tétée afin de diminuer le risque de régurgitation post prandiale. Au besoin, tapotez le dos de l'enfant pour l'aider à mobiliser cet air pris au cours de la tétée. Il faut éviter de recoucher l'enfant immédiatement après la tétée, attendre quelques minutes.

III.2 LES RATIONS THÉORIQUES POUR UN ENFANT À TERME, NÉ EUTROPHE

De la naissance jusqu'à 4-6 mois, les laits portent la dénomination **premier âge**.

Il est essentiel en parallèle d'étayer les parents sur les besoins psycho affectifs du nouveau-né en terme de portage, de soins et d'inconfort éventuel afin que la réponse parentale à des pleurs n'entraîne pas régulièrement des apports alimentaires inadaptés.

Il est également essentiel d'informer que les besoins d'un nouveau-né sont singuliers et peuvent varier jusqu'à +/- 30 mL soit une dosette (au-delà des premières semaines).

III.2.1 La première semaine de vie

L'estomac d'un nouveau-né se distend progressivement au cours de sa première semaine de vie. Les rations quotidiennes varient en ce sens.

Il convient d'orienter les parents sur la notion d'alimentation **à la demande** en miroir de l'allaitement maternel pour un nouveau-né eutrophe à terme.

Mais il convient aussi de proposer un cadre théorique « rassurant » à assouplir selon le comportement de l'enfant.

Il correspond à 7 tétées par jour et à des rations de 10 ml le premier jour, et qui augmentent de 10 ml par jour.

Il est utile que les parents notent les premiers jours les heures de tétées, les rations ingurgitées, le comportement de l'enfant, ainsi que, la présence de selles et d'urine lors des changes. Ces renseignements permettent aux professionnels d'objectiver, avec les parents, la cohérence de la conduite de l'alimentation lactée.

Pour préparer la sortie de la maternité, il est nécessaire de sensibiliser les parents sur leur libre choix du lait artificiel. Il faut leur préciser qu'il n'est pas nécessaire de prendre le même lait que celui de la maternité, lieu où il change de marque très souvent. Législativement, il est également interdit de faire la publicité d'un lait artificiel.

III.2.2 Cadre théorique au-delà de 8 jours et jusqu'à 4 mois de vie

Cadre théorique de la fréquence des tétées entre 8 jours et jusqu'à 4 mois de vie

Période	Fréquence (tétées par jour)	Rations (en mL d'eau) par biberon
de 8 jours à 1 mois	6	Augmentation progressive de 90 mL à 120 mL <i>Soit une augmentation de 10 ml par semaine</i>
2 ^{ème} mois	6 avec ... Ou 5 avec...	120 mL 150 mL
3 ^{ème} mois	5 avec...	150 mL
4 ^{ème} mois	5 avec... Ou 4 avec...	150 mL <i>l'adjonction de farine est possible</i> 180 mL

III.2.3 A partir du 5ème mois

Prochainement : confer cours sur la diversification alimentaire

IV BIBLIOGRAPHIE

- Alimentation du nourrisson en collectivités pédiatriques _ Conditions de préparation et circuit des biberons _ Guide des recommandations, Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales Interrégion Paris-Nord, Rapports et communiqués, juin 1999, p37
- Mise au point sur le fluor et la prévention de la carie dentaire, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, Rapports et communiqués, 31 juillet 2002, p3
- Armengaud Didier, Pédiatrie, Estem, Paris, 2003, p556
- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles : http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A8EF938EF1A7C506D62405D4B78C13E2.tpdjo15v_1?cidTexte=LEGITEXT000005672828&dateTexte=20110225
- A. Bocquet, Alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge_Réalisation pratique, Archives de Pédiatrie, 2003, volume 10, p76-81
- Les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé (en vigueur au premier janvier 2006) Guide à l'usage des professionnels, Direction Générale de la santé, Rapports et communiqués, 2005, p36
- Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons, AFSSAPS, Rapports et communiqués, juillet 2006, p5
- Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire, AFSSAPS, Rapport de bon usage, 4septembre 2008, p20
- Avis relatif au Bisphénol A dans les biberons en polycarbonate susceptibles d'être chauffés au four à micro-ondes, AFSSA, Saisine n° 2008-SA-0141, 24 octobre 2008, p4
- Bulletin de l'académie nationale de médecine, Pr BINET, L'alimentation du nouveau-né et du nourrisson, Rapports et communiqués, 24 février 2009, p6
- J. Laugier, J.-C. Rozé, U. Siméoni, E. Saliba, Soins aux nouveau-nés avant, pendant et après la naissance, Masson, Issy-les-Moulineaux, novembre 2009, p839
- J.-M. Hascoet, P. Vert, Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né, Masson, Issy-les-Moulineaux, avril 2010, p239

V ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

- A. Bocquet, Archives de Pédiatrie, 2003, volume 10, p76-81 : Alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge_Réalisation pratique
- AFSSA, Saisine n° 2008-SA-0141, 24 octobre 2008, p4 : Avis relatif au Bisphénol A dans les biberons en polycarbonate susceptibles d'être chauffés au four à micro-ondes
- AFSSAPS, Rapport de bon usage, 4septembre 2008, p20 : Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire
- AFSSAPS, Rapports et communiqués, juillet 2006, p5 : Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons
- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, Rapports et communiqués, 31 juillet 2002, p3 : Mise au point sur le fluor et la prévention de la carie dentaire
- Armengaud Didier, Estem, Paris, 2003, p556 : Pédiatrie
- Bulletin de l'académie nationale de médecine, Pr BINET, 24 février 2009, p6 : L'alimentation du nouveau-né et du nourrisson, Rapports et communiqués
- Guide à l'usage des professionnels, Direction Générale de la santé, Rapports et communiqués, 2005, p36 : Les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé (en vigueur au premier janvier 2006)
- Guide des recommandations, Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales Interrégion Paris-Nord, Rapports et communiqués, juin 1999, p37 : Alimentation du nourrisson en collectivités pédiatriques _ Conditions de préparation et circuit des biberons
- J. Laugier, J.-C. Rozé, U. Siméoni, E. Saliba, Masson, Issy-les-Moulineaux, novembre 2009, p839 : Soins aux nouveau-nés avant, pendant et après la naissance
- J.-M. Hascoet, P. Vert, Masson, Issy-les-Moulineaux, avril 2010, p239 : Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né
- mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles : Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie

ABRÉVIATIONS

- AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, devenue Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments et des Produits de Santé = AFSSAPS
- AG : acides gras
- cal : calorie
- HA : laits hypo allergéniques