



## Comment aider les enfants à acquérir des habitudes alimentaires saines

*MAUREEN M. BLACK, Ph.D.*

*KRISTEN M. HURLEY, Ph.D.*

*University of Maryland School of Medicine, ÉTATS-UNIS*

*(Publication sur Internet le 25 novembre 2003)*

*(Révisé le 15 février 2008)*

### **Thème**

*Alimentation et grossesse*

*Comportements alimentaires*

### **Introduction**

La première année de vie est caractérisée par des changements développementaux rapides en ce qui concerne l'alimentation. Au fur et à mesure que les nourrissons contrôlent davantage leur tronc, ils passent de la position allongée ou semi-allongée sur le dos, dans laquelle ils têtent des liquides, à la position assise et à l'alimentation composée d'aliments solides. Les habiletés motrices orales passent d'un mécanisme simple téter-avaler avec le lait maternel ou les préparations commerciales pour nourrissons à celui de mâcher-avaler pour des aliments semi-solides et progressivement aux textures complexes.<sup>1,2</sup> Quand les enfants acquièrent des habiletés motrices fines, ils cessent d'être exclusivement alimentés par les autres pour s'alimenter de façon partiellement autonome. Leur diète passe progressivement du lait maternel ou des préparations commerciales pour nourrissons, aux céréales et aliments pour enfants, à la diète familiale. Vers la fin de la première année de vie, les enfants sont capables de s'asseoir tout seuls, de mâcher et d'avaler des aliments de textures différentes, apprennent à manger seuls et effectuent la transition vers la diète et les modèles de repas familiaux.

Désormais, l'enfant est prêt pour la variété, la composante essentielle d'une diète de qualité élevée. Les données recueillies sur les nourrissons et les jeunes enfants de 6 à 23 mois dans 11 pays ont révélé un lien positif entre la variété alimentaire et l'état nutritionnel.<sup>3</sup> En étudiant un échantillon composé de familles appartenant à la classe moyenne dont les modèles alimentaires étaient sains, et qui consommaient une diète variée, les chercheurs ont associé cette variété et l'exposition aux fruits et légumes pendant la prime et la petite enfance à l'acceptation de ces aliments plus tard.<sup>4</sup>

Les enfants acquièrent leurs habitudes et leurs préférences alimentaires quand ils sont encore jeunes. Lorsque les enfants refusent des aliments sains comme les fruits et les légumes, les repas peuvent devenir stressants ou conflictuels, et les enfants peuvent se voir privés non seulement des nutriments dont ils ont besoin mais aussi d'une occasion

d'avoir des interactions saines et attentives avec leurs parents. Les parents qui sont peu expérimentés ou stressés ou ont eux-mêmes de mauvaises habitudes alimentaires risquent d'avoir plus spécialement besoin d'aide pour favoriser des comportements sains et nourrissants chez leurs enfants lors des repas.

### **Sujet**

On observe des problèmes associés à l'alimentation chez de 25 % à 35 % de tous les enfants, notamment lorsque les enfants sont en train d'acquérir de nouvelles aptitudes et font face à de nouveaux aliments ou à de nouvelles attentes lors des repas.<sup>5</sup> Par exemple, la prime et la petite enfance sont caractérisées par des tentatives d'autonomie et d'indépendance alors que les enfants s'efforcent de faire les choses tout seuls. Quand cela s'applique aux comportements alimentaires, les enfants peuvent être néophobes (hésitants à essayer de nouveaux aliments) et insister pour consommer un éventail limité d'aliments,<sup>6</sup> ce qui leur vaut le qualificatif d'être difficiles.

La plupart des problèmes d'alimentation sont passagers et se résolvent sans difficulté sans qu'une intervention particulière soit nécessaire. Cependant, si ces problèmes persistent, ils peuvent compromettre la croissance et le développement des enfants et leurs relations avec leurs parents, ce qui peut conduire à des problèmes de santé et de développement à long terme.<sup>7</sup> Malheureusement, les personnes qui prennent soin d'enfants qui ont des problèmes d'alimentation persistants ne cherchent pas toujours des conseils professionnels avant que ces problèmes s'aggravent et entravent la croissance ou le comportement de l'enfant dans d'autres domaines.

### **Problèmes**

Les habitudes alimentaires subissent diverses influences environnementales, familiales et développementales. Quand les enfants sont suffisamment développés pour passer à l'alimentation familiale, les modèles familiaux et culturels annulent souvent leurs signaux régulateurs internes de la faim et de la satiété. Sur le plan familial, les enfants de parents qui ont des comportements alimentaires malsains sont susceptibles d'adopter des comportements et des préférences alimentaires qui comprennent des quantités excessives de gras et de sucre. Au niveau environnemental, l'exposition fréquente des enfants aux restaurants à service rapide et autres restaurants les amène à consommer plus d'aliments à forte teneur en gras tels que les frites plutôt que des aliments plus nourrissants comme les fruits et les légumes.<sup>8</sup> De plus, les personnes qui prennent soin des enfants ne se rendent peut-être pas compte du fait que de nombreux produits commerciaux qui leur sont destinés, comme les boissons sucrées, peuvent satisfaire leur faim ou leur soif, mais que leur apport nutritionnel est minime.<sup>9</sup>

Les enquêtes nationales rapportent une consommation excessive de calories pendant la petite enfance,<sup>10, 11</sup> et de nombreux enfants continuent à consommer de faibles quantités de fruits, de légumes et de micronutriments essentiels, ce qui est inquiétant.<sup>12</sup> Plus de la moitié de la consommation de breuvages des enfants qui fréquentent l'école élémentaire est composée de boissons sucrées,<sup>13</sup> des habitudes de consommation qui commencent certainement pendant la petite enfance et à l'âge préscolaire. Ces mauvais modèles alimentaires (beaucoup de gras, de sucre et de glucides raffinés; des boissons sucrées; et

enfin des fruits et des légumes en quantité limitée) augmentent la probabilité de déficiences en micronutriments (p. ex. anémie ferriprive) et de surpoids chez les enfants.

### **Contexte de la recherche**

L'alimentation est souvent étudiée au moyen d'études d'observation ou de rapports des parents sur le comportement des enfants lors des repas. Certains chercheurs se limitent à des échantillons cliniques d'enfants ayant des problèmes de croissance ou d'alimentation tandis que d'autres recrutent des enfants représentant la norme.

### **Questions clés pour la recherche**

Les principales questions d'intérêt pour la recherche en ce qui a trait aux enfants sont la progression des comportements alimentaires depuis la petite enfance en passant par la période du trotteur, les méthodes employées par les enfants pour signifier qu'ils ont faim ou sont rassasiés, et les raisons pour lesquelles certains enfants ont des préférences alimentaires sélectives (sont « difficiles » sur la nourriture). Les principales questions relatives aux parents et aux familles concernent la promotion de comportements alimentaires sains chez les jeunes enfants, l'encouragement des enfants à manger des aliments sains et la prévention des problèmes d'alimentation.

### **Résultats récents de la recherche**

#### *Attachement et alimentation*

Les comportements alimentaires sains commencent pendant la petite enfance, au moment où les petits-enfants et leurs parents établissent un partenariat dans lequel ils apprennent à reconnaître et à interpréter les signes de communication verbale et non verbale les uns des autres. Ce processus réciproque concourt à la formation de liens affectifs ou d'attachement entre les petits-enfants et les parents qui sont essentiels au bon fonctionnement social. Si la communication entre les enfants et les parents est perturbée, si elle est caractérisée par des interactions contradictoires et un manque de réceptivité, le lien d'attachement risque d'être ténu, et les repas peuvent se transformer en une zone de batailles vaines et troublantes à propos de la nourriture.

Les enfants qui ne donnent pas des signes clairs à leurs parents ou ne réagissent pas aux efforts de leurs parents pour les aider à adopter un régime prévisible de prise de repas, de sommeil et de jeu sont à risque pour tout un éventail de problèmes, y compris des problèmes d'alimentation.<sup>7</sup> Les enfants nés prématurément ou malades ne réagissent pas toujours aussi vivement que les petits-enfants nés à terme et en santé et sont parfois moins capables de communiquer leurs sensations de faim ou de satiété. Les parents qui ne reconnaissent pas les signes de satiété de leurs petits-enfants peuvent les suralimenter, si bien que les petits-enfants en viennent à associer la sensation de satiété à la frustration et au conflit.

#### *Styles alimentaires*

Les styles alimentaires renvoient aux modèles interactifs de comportements qui se produisent pendant les repas entre les donneurs de soins et les enfants. Comme pour les pratiques parentales en général, les styles alimentaires sont intégrés dans des dimensions

de sensibilité et de structure.<sup>14,15</sup> Il y a quatre styles alimentaires dans ces deux dimensions : sensible/réceptif, contrôlant, indulgent et détaché (figure 1).

Figure 1. Modèles de conduites parentales et de styles alimentaires

		<b>SENSIBILITÉ</b>	
		<b>ÉLEVÉE</b>	<b>FAIBLE</b>
<b>STRUCTURE</b>	<b>ÉLEVÉE</b>	<b>AUTORITAIRE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impliqué</li> <li>• Réconfortant</li> <li>• Structuré</li> </ul> <b>Style alimentaire sensible/réceptif</b>	<b>AUTOCRATIQUE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contraignant</li> <li>• Restrictif</li> <li>• Structuré</li> </ul> <b>Style alimentaire contrôlant</b>
	<b>FAIBLE</b>	<b>INDULGENT</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impliqué</li> <li>• Réconfortant</li> <li>• Non structuré</li> </ul> <b>Style alimentaire indulgent</b>	<b>DÉTACHÉ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Désengagé</li> <li>• Insensible</li> <li>• Non structuré</li> </ul> <b>Style alimentaire détaché</b>

Le **style alimentaire sensible/réceptif**, qui renvoie à une personne qui fait preuve de beaucoup de sensibilité et de structure, est caractéristique des parents qui établissent une relation avec leur enfant où les exigences sont claires et où il y a une interprétation mutuelle des signaux et des demandes d'interaction au moment des repas. En soi, la réceptivité n'est pas nécessairement un gage de sensibilité (p. ex., crier contre un jeune enfant quand il refuse de manger) alors que le caractère sensible de la réceptivité renvoie aux comportements interactifs caractérisés par la disponibilité affective, les réactions par rapport aux signaux de l'enfant qui sont contingentes, constantes et appropriées à son niveau de développement et les échanges donnant, donnant facilités.<sup>16,17</sup> Le style sensible/réceptif est un dérivé du style de pratiques parentales autoritaires.<sup>14,15</sup>

Le **style alimentaire contrôlant**, où la structure et la sensibilité sont faibles, est caractéristique des donneurs de soins qui utilisent des stratégies contraignantes ou restrictives pour contrôler le moment des repas. Ce style fait partie d'un modèle de pratiques parentales globalement autocratique et comprend des comportements trop stimulants, comme ce que fait la mère quand elle essaie d'attirer l'attention de l'enfant en lui parlant fort, quand elle le force à manger des aliments, ou quand elle utilise d'autres façons pour le dominer.<sup>18</sup> La recherche par observation montre que les nourrissons et les enfants de donneurs de soins trop stimulants manifestent de la détresse ou de l'évitement.<sup>18</sup>

Chez les enfants d'âge préscolaire, les techniques contraignantes et restrictives sont souvent contre-productives. En effet, les enfants sur lesquels on fait pression afin qu'ils mangent plus de fruits et de légumes n'en font rien,<sup>19</sup> et ceux avec qui on a recours à des pratiques alimentaires restrictives ont tendance à trop manger.<sup>20</sup> Les familles contrôlantes, surtout en ce qui a trait à la nourriture, peuvent annuler les signaux de régulation interne de la faim et de la satiété.<sup>21</sup> La capacité innée des nourrissons à autoréguler leur consommation d'énergie diminue pendant la petite enfance en réaction aux modèles familiaux et culturels.<sup>22</sup> Bien que les mécanismes guidant les changements régulateurs ne soient pas entièrement clairs, quand les donneurs de soins annulent les processus régulateurs de leurs enfants, ces derniers peuvent manger sans avoir faim, ce qui est associé à une prise de poids rapide et à un surpoids infantile.<sup>20</sup>

Le **style alimentaire indulgent**, présentant beaucoup de sensibilité et peu de structure, est représentatif d'un style de pratiques parentales généralement indulgent, et se produit quand les donneurs de soins permettent aux enfants de prendre des décisions concernant les repas, comme le moment de manger et le contenu de l'assiette.<sup>23</sup> Sans directives parentales, les enfants sont susceptibles d'être attirés par des aliments riches en gras et en sucre plutôt que par une variété alimentaire plus équilibrée qui comprend les légumes.<sup>23</sup> Ainsi, ce style indulgent peut poser problème étant donné les prédispositions génétiques des enfants qui les poussent à préférer les aliments sucrés et salés.<sup>24</sup> Les chercheurs ont démontré que les enfants de parents qui utilisent un style alimentaire indulgent étaient plus gros que ceux dont les parents avaient recours à d'autres styles.<sup>23</sup>

Le **style alimentaire détaché**, dont la sensibilité et la structure sont faibles, est présent chez les donneurs de soins qui ont peu de connaissances et d'implication par rapport aux comportements alimentaires de leur enfant au moment des repas.<sup>23</sup> Les caractéristiques de ce style alimentaire sont le peu d'aide physique active et de verbalisation pendant le repas, voire leur absence, le manque de réciprocité entre l'enfant et le parent, l'environnement alimentaire négatif et le manque de structure ou d'habitudes alimentaires. Les personnes qui pratiquent ce style ignorent souvent les recommandations en matière d'alimentation infantile et les signaux de faim et de satiété de leurs jeunes enfants, et ne savent peut-être pas ce que leur enfant mange ni à quel moment il s'alimente. Egeland et Sroufe<sup>25</sup> ont découvert que les enfants de donneurs de soins détachés ou non disponibles sur le plan psychologique étaient plus susceptibles de développer un attachement anxieux que ceux des donneurs de soins disponibles. Le style alimentaire détaché fait partie d'un style de conduites parentales globalement détaché.<sup>23</sup>

Costanzo et Woody<sup>27</sup> proposent un modèle de pratiques parentales adapté à la sphère d'activité de l'enfant dans lequel les comportements parentaux varient selon les situations. Ils avancent que les donneurs de soins peuvent être sensibles et réceptifs dans un contexte ou un domaine (p. ex. pendant le jeu), mais pas nécessairement dans tous les contextes. Par exemple, s'ils perçoivent que leur enfant a un problème alimentaire, ils peuvent être contrôlants au moment des repas. Notre recherche a démontré un appui partiel à ce modèle lorsque appliqué au comportement parental contrôlant. Bien que la

sensibilité parentale ait été constante pendant les repas et le jeu, le contrôle parental a été systématiquement plus élevé au moment des repas.<sup>28</sup>

Faith et ses collègues<sup>29</sup> ont examiné 22 études sur les styles alimentaires. La plupart étaient transversales<sup>30,2</sup> et mesuraient les styles alimentaires en se basant sur le rapport des parents.<sup>10,2</sup> Les quelques études qui utilisaient des mesures basées sur l'observation étaient centrées sur les comportements alimentaires des enfants (p. ex., mange des bouchées, refuse des aliments, etc.) et les comportements parentaux (p. ex., propose des aliments, encourage à manger) pour des échantillons relativement petits d'enfants,<sup>31</sup> et n'étaient pas axées sur la qualité de la relation globale. Le résultat le plus courant était que les parents restrictifs avaient des enfants gros. Cependant, comme la plupart des études étaient transversales, on ne peut pas savoir avec certitude si les parents réagissaient au surpoids de leurs enfants en tentant de restreindre leur consommation ou si les enfants répondaient aux restrictions parentales en mangeant trop.

On sait peu de choses sur les styles alimentaires au début de la vie, au moment où les enfants font l'apprentissage du repas familial. Bien que l'environnement familial influence le comportement alimentaire des enfants, y compris le type d'aliments offerts (la composition de la diète, les différents goûts et textures), les styles alimentaires et le modelage de comportements alimentaires appropriés et inappropriés,<sup>32</sup> la corrélation entre les styles alimentaires et la prise de poids des enfants, le comportement et le développement n'ont pas été bien étudiés et les données existantes sont controversées.<sup>29</sup>

### *Préférences alimentaires*

Les enfants qui sont élevés par des parents qui modèlent des comportements alimentaires sains, comme une diète riche en fruits et en légumes, développent des préférences alimentaires qui incluent ces aliments.<sup>4</sup>

Les préférences alimentaires sont également déterminées par des circonstances associées aux aliments. Les enfants tendront à éviter les aliments qu'ils associent à des symptômes physiques désagréables tels que la nausée ou la douleur. Ils peuvent aussi éviter les aliments qu'ils associent à l'anxiété ou à la détresse souvent ressentie quand les repas sont le théâtre de disputes et d'affrontements.

Les enfants acceptent ou rejettent les aliments en fonction de leurs qualités - goût, texture, odeur, température, apparence - de même que de facteurs environnementaux tels que le lieu, la présence d'autres personnes et les conséquences pressenties du fait de manger ou ne pas manger. Par exemple, la liste des conséquences du fait de manger peut comprendre le soulagement de la faim, la participation à une activité sociale ou l'attention des parents. De la même façon, si l'enfant ne mange pas, il peut avoir plus de temps pour jouer, devenir le centre d'attention ou se faire donner des grignotines à la place du repas régulier.

Plus les enfants connaissent le goût d'un aliment, plus ils sont portés à l'accepter.<sup>33,34</sup> Les parents peuvent faciliter l'initiation à de nouveaux aliments en les mangeant eux-mêmes, en les combinant aux aliments préférés de leurs enfants et en servant un nouvel aliment de façon répétée jusqu'à ce qu'il cesse d'être « nouveau ».

## Conclusions

Davantage de recherches sont nécessaires pour étudier les déterminants individuels, interactifs et environnementaux des styles alimentaires, et la relation entre ces styles et le comportement alimentaire et la prise de poids des enfants. Des définitions cohérentes de styles alimentaires et des outils validés visant à mesurer ces styles sont aussi nécessaires.

Les comportements alimentaires pendant la petite enfance sont grandement influencés par les donneurs de soins et s'acquièrent grâce à l'expérience de la nourriture et de l'alimentation. L'éducation et l'appui fournis par les professionnels de la santé (c'est-à-dire les infirmières en santé publique, les médecins de famille et les pédiatres) et les programmes de nutrition doivent être renforcés pour s'assurer que les donneurs de soins disposent de l'infrastructure nécessaire pour traiter les problèmes de comportement alimentaire pendant l'enfance.

Les parents devraient manger avec leurs enfants afin que ces derniers apprennent par observation, et les repas devraient être considérés des occasions agréables de passer du temps ensemble. Le partage des repas permet aux enfants de voir leurs parents essayer de nouveaux aliments et aide les enfants et les parents à communiquer la faim et la satiété de même que le plaisir qu'ils ont à manger certains aliments.<sup>35</sup>

Les donneurs de soins contrôlent la nourriture offerte et l'ambiance au moment des repas. Leur « travail » consiste à s'assurer d'offrir aux enfants de la nourriture saine selon un horaire prévisible dans un cadre agréable.<sup>35</sup> En instaurant une routine au moment des repas, les donneurs de soins apprennent aux enfants à prévoir le moment où ils mangeront. Ces derniers apprennent que le sentiment de faim va bientôt être soulagé et qu'il n'est pas nécessaire de se sentir anxieux ou irritable. Ils ne devraient pas grignoter ni manger tout au long de la journée afin d'avoir faim autour de l'heure des repas.<sup>36</sup>

Les repas devraient être des moments agréables et centrés sur la famille pendant lesquels les membres de la famille mangent ensemble et parlent ce qui leur est arrivé pendant la journée. Si les repas sont trop brefs (moins de 10 minutes), les enfants n'auront peut-être pas assez de temps pour manger, surtout s'ils sont en train d'apprendre à manger tout seuls, auquel cas ils risquent de manger lentement. À l'inverse, les enfants ont souvent du mal à rester assis plus de 20 ou 30 minutes, et s'ils y sont obligés, ils peuvent commencer à ressentir une aversion pour les repas.

Quand il y a des distractions lors des repas (la télévision, des disputes entre membres de la famille ou des activités concurrentes), les enfants peuvent avoir du mal à se concentrer sur la nourriture. Les parents devraient faire une nette séparation entre l'heure du repas et les périodes de jeu et éviter d'utiliser des jouets ou la télévision pour distraire leurs enfants pendant les repas. L'emploi d'articles adaptés aux enfants - chaises hautes, bavettes, petits ustensiles, etc. – peut aider les enfants à manger et à apprendre à manger tout seuls.

### **Implications**

Les implications se situent à trois niveaux, soit l'environnement, la famille et l'individu. Au niveau environnemental, si l'on encourageait les restaurants rapides et autres restaurants à offrir des choix d'aliments sains et appétissants qui plaisent aux jeunes enfants, on pourrait réduire l'incidence des problèmes d'alimentation qui surviennent lorsque les enfants sont régulièrement exposés à des aliments à forte teneur en gras comme les frites plutôt qu'à des aliments nourrissants comme les fruits et les légumes. Au niveau de la famille, les lignes directrices en matière de nutrition des enfants devraient comprendre des renseignements sur les besoins nutritionnels et sur les stratégies de promotion de comportements alimentaires sains, dont la reconnaissance des signes de faim et de satiété chez l'enfant, la prévision de périodes adéquates pour les repas, l'organisation des repas à des heures relativement constantes, la promotion par l'exemple de nouveaux aliments et l'évitement du stress et des conflits pendant les repas. Au niveau individuel, les programmes qui aident les enfants à acquérir des habitudes alimentaires saines en mangeant des aliments nourrissants et en mangeant pour satisfaire leur faim plutôt qu'un besoin affectif peuvent prévenir des problèmes de santé et de développement à plus long terme.<sup>36</sup>

## RÉFÉRENCES

1. Bosma J. Development and impairments of feeding in infancy and childhood. In: Groher ME, ed. *Dysphagia: Diagnosis and management*. 3<sup>rd</sup> ed. Boston, MA: Butterworth-Heinemann; 1997:131-138.
2. Morris SE. Development of oral motor skills in the neurologically impaired child receiving non-oral feedings *Dysphagia* 1989;3:135-154.
3. Arimond M, Ruel MT. Dietary diversity is associated with child nutritional status: Evidence from 11 demographic and health surveys. *The Journal of Nutrition* 2004;134:2579-2585.
4. Skinner JD, Carruth BR, Bounds W, Ziegler P, Reidy K. Do food-related experiences in the first 2 years of life predict dietary variety in school-aged children? *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2002;34(6):310-315.
5. Linscheid TR, Budd KS, Rasnake LK. Pediatric feeding disorders. In: Roberts MC, ed. *Handbook of pediatric psychology*. 2<sup>nd</sup> ed. New York, NY: Guilford Press; 1995:501-515.
6. Birch LL, McPhee L, Shoba BC, Pirok E, Steinberg L. What kind of exposure reduces children's food neophobia? Looking vs tasting. *Appetite* 1987;9(3):171-178.
7. Keren M, Feldman R, Tyano S. Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40(1):27-35.
8. Zoumas-Morse C, Rock CL, Sobo EJ, Neuhauser ML. Children's patterns of macronutrient intake and associations with restaurant and home eating. *Journal of the American Dietetic Association* 2001;101(8):923-925.
9. Smith MM, Lifshitz F. Excess fruit juice consumption as a contributing factor in nonorganic failure to thrive. *Pediatrics* 1994;93(3):438-443.
10. Ponza M, Devaney B, Ziegler P, Reidy K, Squatrito C. Nutrient intakes and food choices of infants and toddlers participating in WIC. *Journal of the American Dietetic Association* 2004;104(1 Suppl 1):71-79.
11. Devaney B, Kalb L, Briefel R, Zavitsky-Novak T, Clusen N, Ziegler P. Feeding infants and toddlers study: overview of the study design. *Journal of the American Dietetic Association* 2004;104(1 Suppl 1):8-13.
12. 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):109-114.
13. Cullen KW, Ash DM, Warneke C, de Moor C. Intake of soft drinks, fruit-flavored beverages, and fruits and vegetables by children in grades 4 through 6. *American Journal of Public Health* 2002;92(9):1475-1477.
14. Baumrind D. Rearing competent children In: Damon W, ed. *Child development today and tomorrow*. San-Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 1989:349-378.
15. Maccoby EE, Martin J. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In: Hetherington EM, ed. *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development*. Vol 4. New York, NY: John Wiley; 1983:1-101.
16. Leyendecker B, Lamb ME, Scholmerich A, Fricke DM. Context as moderators of observed interactions: A study of Costa Rican mothers and infants from differing

- socioeconomic backgrounds. *International Journal of Behavioural Development* 1997;21(1):15-24.
17. Kivijarvi M, Voeten MJM, Niemela P, Raiha H, Lertola K, Piha J. Maternal sensitivity behaviour and infant behaviour in early interaction. *Infant Mental Health Journal* 2001;22(6):627-640.
  18. Beebe B, Lachman F. *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press; 2002.
  19. Fisher JO, Mitchell DC, Smiciklas-Wright H, Birch LL. Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *Journal of the American Dietetic Association* 2002;102(1):58-64.
  20. Birch LL, Fisher, J.O., & Davison, K.K. Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *American Journal of Clinical Nutrition* 2003;78(2):215-220.
  21. Birch LL, Fisher JO. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition* 2000;71(5):1054-1061.
  22. Birch LL, Johnson, S.L., Andresen, G., Peters, J.C., & Schulte, M.C. The variability of young children's energy intake. *New England Journal of Medicine* 1991;324(4):232-235.
  23. Hughes SO, Power TG, Fisher JO, Mueller S, Nicklas TA. Revisiting a neglected construct: Parenting styles in a child-feeding context. *Appetite* 2005;44(1):83-92.
  24. Birch LL. Development of food preferences. *Annual Review of Nutrition* 1999;19:41-62.
  25. Egeland B, Sroufe LA. Attachment and early maltreatment. *Child Development* 1981;52(1):44-52.
  26. Costanzo PR, Woody EZ. Domain-Specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: The example of obesity proneness. *Journal of Social and Clinical Psychology* 1985;3(4):425-445.
  27. Black MM, Hutcheson JJ, Dubowitz H, Starr RH, Berenson-Howard J. The roots of competence: Mother-child interaction among low-income, urban, African American families. *Journal of Applied Developmental Psychology* 1996;17(3):367-391.
  28. Faith MS, Scanlon KS, Birch LL, Francis LA, Sherry B. Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity Research* 2004;12(11):1711-1722.
  29. Jeffrey RW. Public health strategies for obesity treatment and prevention. *American Journal of Health Behaviour* 2001;25(3):252-259.
  30. Klesges RC, Woolfrey J, Vollmer J. An evaluation of the reliability of time sampling versus continuous observation data collection. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1985;16(4):303-307.
  31. Black MM, Bentley ME, Le K, McNary SW. Delaying Second Births among Adolescent Mothers: A Randomized Controlled Trial of Home-Based Intervention. Communication présentée à: Pediatric Academic Societies annual meeting. May, 2003. Seattle, WA.
  32. Birch LL. Children's preferences for high-fat foods. *Nutrition Reviews* 1992;50(9):249-255.

33. Birch LL, Marlin DW. I don't like it; I never tried it: effects of exposure on two-year old children's food preferences. *Appetite* 1982;3(4):353-360.
34. Satter E. *Child of mine: Feeding with love and good sense*. Palo Alto, CA: Bull Publishing; 2000.
35. Black MM, Cureton LA, Berenson-Howard J. Behaviour problems in feeding: Individual, family, and cultural influences. In: Kessler DB, Dawson P, eds. *Failure to thrive and pediatric undernutrition: A transdisciplinary approach*. Baltimore, Md: Paul H. Brookes Publishing Co.; 1999:151-169.

Pour citer ce document :

Black MM, Hurley KM. Comment aider les enfants à acquérir des habitudes alimentaires saines. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2008:1-11. Disponible sur le site: [http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Black-HurleyFRxp\\_rev-Comportements.pdf](http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Black-HurleyFRxp_rev-Comportements.pdf). Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2003-2008