ENCYCLOPÉDIE
sur le développement
des jeunes enfants

Comportement alimentaire des nourrissons et des jeunes enfants et impact sur le développement psychosocial et affectif

Yi Hui Liu, M.D. MPH, Martin T. Stein, M.D.

University of California San Diego, États-Unis

Septembre 2013, 2e éd.

Introduction

L’alimentation est un événement important dans la vie du nourrisson et du jeune enfant. Elle représente le centre de l’attention pour les parents et les autres donneurs de soins, ainsi qu’une source d’interaction sociale par la communication verbale et non verbale. L’expérience alimentaire apporte non seulement une valeur nutritive, mais aussi des occasions d’apprentissage. Elle affecte la croissance et la santé physique des enfants ainsi que leur développement psychosocial et affectif. La relation alimentaire subit l’influence de la culture, de l’état de santé et du tempérament.

Sujet

©2013-2026 ABILIO | ALIMENTATION – ENFANT

La composante essentielle du comportement alimentaire chez les jeunes enfants est la relation qu'ils entretiennent avec le principal donneur de soins. Les trois premières années de vie constituent un défi particulier parce que les habiletés alimentaires et les besoins de l'enfant changent en fonction du développement moteur, cognitif et social. Au cours de la première étape (de la naissance à trois mois) de l'autorégulation et de l'organisation, l'enfant intègre les expériences de la faim et de la satiété et développe des modèles d'alimentation réguliers. Pendant la deuxième étape (de 3 à 7 mois), le nourrisson et les parents forment un attachement qui leur permet de communiquer, et le nourrisson acquiert une confiance de base et des comportements auto-apaisants. Lors de la troisième étape (6 à 36 mois), l'enfant se « dissocie » sur le plan affectif du parent, découvre un sentiment d'indépendance ou d'autonomie, et utilise les habiletés motrices et langagières pour contrôler l'environnement et s'alimenter de façon autonome.

La composante sociale de l'alimentation augmente avec la participation aux repas familiaux. L'enfant commence à imiter les choix alimentaires, les modèles et les comportements façonnés par les membres de la famille. La structure des repas familiaux impose des limites à l'enfant quand il acquiert des habiletés pour s'alimenter de façon autonome. L'accessibilité de certains aliments, le modèle, l'influence des médias et les interactions alimentaires façonnent le comportement alimentaire de l'enfant et ses préférences.

Le comportement du donneur de soins et le tempérament de l'enfant influencent la relation alimentaire. Le parent qui permet à son nourrisson de déterminer le moment et le rythme du repas, ainsi que la quantité ingérée l'aide à s'autoréguler et à développer un attachement sécurisant. Celui qui permet à son jeune enfant d'explorer l'environnement tout en lui donnant une structure et en lui imposant des limites appropriées l'aide à acquérir des habiletés motrices et sociales. Le parent efficace s'adapte et réagit correctement au tempérament de l'enfant – à sa réactivité affective, à sa capacité d'adaptation et à sa réaction au changement. Le tempérament peut affecter l'approche de l'enfant et sa réaction face aux nouveaux aliments et aux modèles alimentaires du parent.

La culture peut grandement influencer l'expérience alimentaire. Elle peut déterminer le choix de l'alimentation du nourrisson (allaitement ou préparations commerciales pour nourrissons), ainsi que les comportements associés (le sommeil partagé est associé à l'allaitement prolongé), la durée de la méthode alimentaire (sevrage plus tardif dans les pays en développement par opposition à un sevrage plus précoce dans le cas des mères qui travaillent et qui vivent dans des

pays développés), et l’exposition aux environnements alimentaires en dehors de la maison (services de garde chez les familles dont la mère travaille à l’extérieur).

Problèmes

Les problèmes alimentaires modérés et passagers se manifestent chez 25 à 35 % des jeunes enfants, alors que les problèmes alimentaires chroniques et graves en affectent 1 à 2 %.[1] Les conditions courantes comprennent une suralimentation, une alimentation de faible qualité, des problèmes alimentaires et des choix alimentaires inhabituels ou malsains. Bien que les troubles médicaux occasionnés par une sélection d’aliments inappropriés puissent conduire à des problèmes alimentaires, ces conditions sont souvent associées à des problèmes précoces d’expérience alimentaire chez le parent et l’enfant. Les problèmes d’autorégulation, d’attachement, de tempérament et de développement de l’autonomie peuvent y contribuer. Un attachement faible peut découler de la toxicomanie ou d’une maladie mentale chez le donneur de soins, de retard de développement, d’une condition médicale chez l'enfant, ou de conflit de personnalité ou de tempérament entre le parent et l'enfant.

Alors que la plupart des problèmes alimentaires chez les nourrissons et les jeunes enfants sont temporaires, le développement social et affectif peut subir des répercussions tard dans l'enfance, à l’adolescence et à l’âge adulte. L’obésité, les maladies cardiovasculaires, le diabète et les problèmes de comportement sont plus fréquents chez ceux ayant eu des problèmes alimentaires au début de l'enfance.

1. *Suralimentation*. Aux États-Unis, la prévalence de la surcharge pondérale et de l’obésité a augmenté de 10,4 % chez les enfants de 2 à 5 ans, de 15,3 % chez les 6 à 11 ans et de 15,5 % chez les 12 à 19 ans.[2] Ces enfants sont à risque de problèmes médicaux (comme le diabète, l’hypertension, les problèmes orthopédiques, l’apnée obstructive du sommeil) ainsi que de faible estime de soi, d’image corporelle perturbée, d’isolation sociale, d’inadaptation, de dépression et de troubles alimentaires. La stigmatisation sociale commence dès le préscolaire et se poursuit à l’âge scolaire, les pairs étant susceptibles de rejeter les enfants qui ont une surcharge pondérale. Les préoccupations parentales sur la suralimentation et l’obésité peuvent se traduire par des restrictions inadéquates dans la diète de leurs jeunes enfants.
2. *Mauvaise alimentation ou gain de poids insuffisant*. Un parent peut se tromper et penser que son enfant n’absorbe pas assez d’aliments quand il est actif et s’intéresse davantage à

son environnement et au jeu qu'aux repas. Certains parents ont des attentes inappropriées en matière de portions alimentaires suffisantes et de gain de poids. Le retard staturo-pondéral (RSP) se produit quand le taux de gain de poids se situe sous le troisième ou le cinquième centile selon la gestation corrigée en fonction de l'âge et du sexe, ou quand le poids de l'enfant décroît et croise deux centiles majeurs sur une courbe de croissance normalisée. Les enfants souffrant de RSP peuvent avoir un déficit de croissance (par exemple, taille, circonférence crânienne), des habiletés développementales déficientes et sont à risque de problèmes de développement et de comportement à long terme.

3. *Problèmes de comportements alimentaires*. Les parents peuvent avoir de la difficulté à faire la transition entre un nourrisson qui coopère quand on le nourrit et un jeune enfant qui cherche l'indépendance au moment des repas. Les préférences alimentaires limitées peuvent être normales et temporaires à cet âge, ou encore devenir un trouble comportemental. Des phobies alimentaires ou un trouble alimentaire post-traumatique peuvent résulter d'un épisode douloureux (par exemple, s'étouffer avec un aliment particulier), ou d'une expérience difficile associée à une réaction allergique occasionnée par un aliment.
4. *Choix inhabituels*. Le pica, ou l'ingestion de substances non alimentaires, est normal chez les enfants de moins de deux ans qui explorent leur environnement grâce aux expériences main-bouche. Après l'âge de deux ans, le pica est une condition comportementale plus fréquente chez les enfants dont la stimulation est insuffisante, qui souffrent de troubles psychologiques et de déficience intellectuelle.
5. *Choix alimentaires malsains*. Les préférences alimentaires s'établissent grâce à l'exposition et à l'accessibilité des aliments, au modelage et à la publicité. Les diètes plus « alternatives » ne sont pas nocives, bien que l'on devrait traiter certaines déficiences nutritionnelles spécifiques (par exemple, le fer et la vitamine B12 dans les diètes végétaliennes).

Contexte de la recherche

Les expériences précoces de l'enfance affectent la santé et le bien-être psychologique. Comme beaucoup de problèmes alimentaires apparaissent pendant la petite enfance et l'enfance, la recherche actuelle s'efforce de déterminer les antécédents de ces problèmes et les divers facteurs efficaces visant à les modifier.

Questions clés pour la recherche

Quels antécédents comportementaux les plus significatifs dans les cas d'obésité infantile affectent l'alimentation? Comment les modifier? Comment maintenir les changements de comportement? Quelles sont les interventions communautaires les plus efficaces ayant un impact sur les choix nutritionnels et les comportements alimentaires précoces? Quels déterminants culturels influencent les comportements alimentaires optimaux pendant la petite enfance? Comment une meilleure compréhension des valeurs et habitudes culturelles influence-t-elle les programmes médicaux et de santé publique visant à améliorer la nutrition des enfants?

Récents résultats de recherche

La recherche comportementale sur l'alimentation infantile a porté sur l'allaitement (choix, début et durée), sur l'enseignement de méthodes d'alimentation appropriées aux parents, et sur les programmes comportementaux destinés à des troubles alimentaires spécifiques, y compris l'obésité, le retard staturo-pondéral et l'anorexie mentale. Dans chaque cas, les principes de modification de comportement, de promotion de la santé et d'éducation ont été appliqués avec succès.

Plusieurs études ont examiné l'hypothèse selon laquelle l'allaitement protège contre le développement de l'obésité plus tard. Alors que certains chercheurs ont trouvé un effet négligeable,[3,4,5,6,7] d'autres ont découvert une relation notable[8] et même une dose-réponse[9,10,11] entre la durée de l'allaitement et un risque plus faible d'obésité chez l'enfant. Sans consensus, les bienfaits de l'allaitement (par exemple, la formation de l'attachement, la protection et la nutrition optimales contre certaines maladies infectieuses) continuent à justifier d'encourager l'allaitement quand c'est possible. Grâce à l'allaitement, le contrôle maternel plus faible de l'ingestion de nourriture et la plus grande réceptivité face aux signaux du nourrisson ont des effets bénéfiques sur le style d'alimentation du nourrisson et sur l'ingestion de nourriture. De plus, l'allaitement permet de reconnaître la capacité du nourrisson d'autoréguler l'ingestion appropriée de nourriture et peut contribuer à des modèles alimentaires plus sains.[12]

Les pratiques alimentaires des enfants et les interventions comportementales peuvent modifier les modèles d'ingestion. D'après un aperçu des traitements pédiatriques contre l'obésité, les changements diététiques qui s'accompagnent de méthodes de modification de comportement, d'exercice et d'implication parentale sont importants pour la réussite à long terme.[13] La

participation parentale et le modelage jouent un rôle clé dans la mise en place et la modification de modèles alimentaires chez les enfants. Le modelage de la consommation d'aliments sains comme les fruits et les légumes a un effet positif sur la consommation de ces aliments chez les enfants,[14] alors que le modelage de régimes alimentaires se traduit par des problèmes de régulation de l'ingestion.[15] La télévision a une influence puissante sur les aliments demandés par les enfants; en limitant le temps passé à la regarder, on peut diminuer l'obésité.[16] Birch et Fisher ont rédigé une excellente recension qui détaille les déterminants de l'ingestion diététique des enfants et les réactions à leur modification.[17]

Conclusions

Nourrir les nourrissons et les jeunes enfants constitue un événement comportemental qui influence leur croissance et leur développement. Les expériences alimentaires précoces préparent le terrain pour les comportements alimentaires sains plus tard dans l'enfance et à l'âge adulte. La compréhension du développement de modèles alimentaires normaux chez les nourrissons et les jeunes enfants facilite la distinction entre les préoccupations autolimitées et celles qui requièrent davantage d'intervention. Les parents et les autres donneurs de soins ont besoin de connaître le contenu nutritionnel et les comportements alimentaires appropriés au développement. Comme l'apparition précoce des problèmes a des répercussions encore plus importantes, la prévention des troubles alimentaires et des problèmes de comportement qui y sont reliés devrait tenter d'orienter les comportements alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants ainsi que leurs relations alimentaires avec les parents et les donneurs de soins. L'obésité (surtout dans les pays développés), et la malnutrition (surtout dans les pays en voie de développement), peuvent seulement être traitées en combinant la disponibilité de nourritures saines, la compréhension des pratiques alimentaires appropriées à l'âge et en soutenant la santé émotionnelle des familles. Les différences culturelles et les variations de tempérament devraient faire partie de toute recommandation.

Implications pour les politiques et les services

1. Élaborer des lignes directrices alimentaires particulières pour les enfants, facilement comprises et appliquées par les parents.
2. Promouvoir et soutenir l'allaitement. Les objectifs de *Healthy People 2010* sont d'augmenter la population des mères qui allaitent à 75 % au début du post-partum, à 50 % à six mois et à 25 % à un an.[18] Éduquer les femmes enceintes et les nouvelles mères sur les

avantages et le maintien de l'allaitement.

3. Promouvoir la nutrition dans les écoles. Endosser et financer les repas sains et les petits déjeuners gratuits à l'école (par exemple, le programme *School Breakfast Program*[19] du gouvernement fédéral américain). Retirer les sodas, les boissons sucrées et les collations non saines des campus scolaires.[20] Soutenir l'éducation sur la nutrition dans les classes.
4. Exiger des cours d'éducation physique réguliers dans les écoles afin de promouvoir un style de vie sain et d'aider à diminuer l'obésité.[21]
5. Restreindre les publicités télévisées sur les choix alimentaires non sains. Utiliser les médias pour promouvoir une alimentation saine et des activités physiques régulières.
6. Augmenter la disponibilité d'aliments frais abordables, surtout les fruits et les légumes, dans les communautés à faible statut socioéconomique.
7. Promouvoir l'éducation sur les habitudes alimentaires saines grâce à des messages de santé publique et augmenter le financement des campagnes de santé publique qui promeuvent l'allaitement, les aliments sains et la prévention de l'obésité.
8. Financer la recherche sur l'étiologie, la prévention et le traitement de l'obésité; les facteurs qui influencent les choix de l'allaitement, les aliments ingérés et l'activité physique; et les habitudes alimentaires des enfants dans différents groupes ethniques et socioéconomiques.
9. Établir des partenariats publics et privés pour promouvoir une alimentation saine. Coordonner les efforts des décideurs politiques, des professionnels de la santé, des leaders communautaires et des parents.

Références

1. Satter E. The feeding relationship: problems and interventions. *Journal of Pediatrics* 1990;117(2 Pt 2):S181-S189.
2. Ogden CL, Flegal KM, Carroll MD, Johnson CL. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2002;288(14):1728-1732.
3. Baranowski T, Bryan GT, Rassin DK, Harrison JA, Henske JC. Ethnicity, infant-feeding practices, and childhood adiposity. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1990;11(5):234-239.
4. Elliott KG, Kjolhede CL, Gournis E, Rasmussen KM. Duration of breastfeeding associated with obesity during adolescence. *Obesity Research* 1997;5(6):538-541.
5. Hediger ML, Overpeck MD, Kuczmarski RJ, Ruan WJ. Association between infant breastfeeding and overweight in young children. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2001;285(19):2453-2460.
6. Wolman PG. Feeding practices in infancy and the prevalence of obesity in preschool children. *Journal of the American Dietetic Association* 1984;84(4):436-438.

7. Zive MM, McKay H, Frank-Spohrer GC, Broyles SL, Nelson JA, Nader PR. Infant-feeding practices and adiposity in 4-y-old Anglo- and Mexican-Americans. *American Journal of Clinical Nutrition* 1992;55(6):1104-1108.
8. Kramer MS. Do breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequent obesity? *Journal of Pediatrics* 1981;98(6):883-887.
9. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Camargo CA Jr., Berkey CS, Frazier AL, Rockett HR, Field AE, Colditz GA. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA- Journal of the American Medical Association* 2001;285(19):2461-2467.
10. Liese AD, Hirsch T, von Mutius E, Keil U, Leupold W, Weiland SK. Inverse association of overweight and breast feeding in 9 to 10-y-old children in Germany. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 2001;25(11):1644-1650.
11. von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V, von Voss H. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *BMJ - British Medical Journal* 1999;319(7203):147-150.
12. Fisher JO, Birch LL, Smiciklas-Wright H, Picciano MF. Breast-feeding through the first year predicts maternal control in feeding and subsequent toddler energy intakes. *Journal of the American Dietetic Association* 2000;100(6):641-646.
13. Epstein LH, Myers MD, Raynor HA, Saelens BE. Treatment of pediatric obesity. *Pediatrics* 1998;101(3 Pt 2):554-570.
14. 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.
15. Johnson SL. Improving preschoolers' self-regulation of energy intake. *Pediatrics* 2000;106(6):1429-1435.
16. Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA- Journal of the American Medical Association* 1999;282(16):1561-1567.
17. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* 1998;101(3 Pt 2):539-549.
18. US Department of Health and Human Services. Maternal, infant and child health. In: *Healthy people 2010: Conference edition*. Vol 2. Washington, DC: US Government Printing Office; 2000:47-48. Disponible sur le site: http://www.healthypeople.gov/Document/HTML/Volume2/16MICH.htm. Page consultée le 29 novembre 2005.
19. McBean LD, Miller GD. Enhancing the nutrition of America's youth. *Journal of the American College of Nutrition* 1999;18(6):563-571.
20. American Academy of Pediatrics, Committee on School Health. Soft drinks in schools. *Pediatrics* 2004;113(1 Pt 1):152-154.
21. American Academy of Pediatrics. Physical fitness and activity in schools. *Pediatrics* 2000;105(5):1156-1157.