



Alimentation de 1 à 3 ans : les erreurs à ne pas commettre

Dr M. VIDAILHET

Professeur émérite de Pédiatrie, Faculté de médecine de Nancy

SOMMAIRE

I- Pourquoi y porter une attention particulière	p 1
II- Les règles de base	p 1
III- C'est souvent après 1 an que les difficultés commencent	p 2
1/ Les erreurs fréquentes.....	p 2
2/ Les troubles du comportement alimentaire.....	p 3
IV- Conclusion	p 4

I. POURQUOI Y PORTER UNE ATTENTION PARTICULIÈRE ?

De 1 à 3 ans, il s'agit de **la période où la croissance est la plus rapide** : la morphologie change (l'enfant grandit vite, et donc mincit), et le développement cérébral est en plein essor. Une nutrition adéquate est ainsi primordiale.

Or c'est également la période où **l'enfant découvre les aliments consommés par les adultes de son entourage, et commence à se créer son propre registre alimentaire**. C'est notamment à cette période qu'il va développer ses goûts, mais aussi ses « dégoûts ». Ainsi, pâtes, pomme de terre et riz deviennent les aliments préférés d'environ 80% des enfants (aliments à forte densité calorique), alors que le poisson et les légumes rencontrent moins de succès. Le dégoût, voire le rejet complet peut naître

d'une mauvaise appréciation (couleur, texture), d'un interdit parental, ou encore de liens réels ou non avec un inconfort physique (maux de ventre, vomissement, diarrhées, etc).

A partir de l'âge de 1 an, l'enfant est ainsi capable d'accepter ou de refuser ce qu'on lui propose à manger. Il est donc primordial que les parents soient au fait des besoins spécifiques de leur enfant, qu'ils puissent **faire des choix alimentaires adaptés** et qu'ils **familiarisent l'enfant avec les aliments qui répondront à ses besoins nutritionnels** : avant tout un apport suffisant en acides gras essentiels, oméga 3 etc... ainsi qu'en calcium, fer, et vitamine D. Selon Rozin, la gamme des goûts et des dégoûts serait quasiment fixée à l'âge de 5 ans.

II. LES RÈGLES DE BASE

> Règle n°1

Pour un apport suffisant en nutriments, il faut une grande diversité alimentaire (en quantités adaptées) ; le PNNS rappelle les 5 groupes I : « lait et laitages » ; II : « viandes, poissons, œufs » ; III : légumes verts et fruits ; IV : féculents ; V : matières grasses ajoutées.

> Règle n°2

L'eau est la seule boisson qu'il convient de donner lorsque l'enfant a soif et au moment des repas. Il est important d'exclure les sodas, de limiter les jus de fruits et de conserver le lait, indispensable à la croissance et la minéralisation osseuse.

> Règle n° 3

Limiter (voire exclure) certains aliments malheureusement très appréciés des enfants : frites, chips, pizzas, sauces ketchup/mayo, pâtes à tartiner, confiseries, charcuterie...

> Règle n°4

Familiariser l'enfant avec les aliments « utiles » (aliments à haute valeur nutritionnelle et peu caloriques). L'adhésion des enfants est d'autant plus facile que les autres membres de la famille consomment ces aliments.



Respecter les 4 repas. Ils ont tous leur importance !

Le petit-déjeuner : céréales (sous différentes formes : pain, biscotte, céréales infantiles, bouillie), lait et fruit. Il doit être suffisamment copieux pour éviter l'en-cas en milieu de matinée. Malheureusement, cette collation, délétère parce qu'elle interfère avec la qualité du déjeuner, reste en pratique dans un grand nombre de classes de petite section.

Le déjeuner de midi passera de 3 à 5 composantes à partir de un an, avec une entrée (un légume cru ou cuit) ; un plat protéiné (viande rouge, volaille, jam-

bon, œuf ou poisson) ; une purée de légumes verts + pomme de terre (ou un produit céréalier adapté selon l'âge et la texture désirée) + matière grasse ; du lait ou un fromage de texture adaptée ; un fruit cuit ou cru en dessert.

Le goûter comportera comme le petit-déjeuner lait ou laitage, céréales (pain, biscuit) et fruit en morceaux ou en compote.

Le dîner pourra rester à 3 plats : des féculents et/ou des légumes, un biberon de lait de croissance ou un laitage, un fruit cru ou cuit.

III. C'EST SOUVENT APRÈS 1 AN QUE LES DIFFICULTÉS COMMENCENT

Aux alentours d'un an, la « période idyllique du nourrisson » (N. Rigal) prend fin : jusque là, s'il prenait du plaisir à manger ce qui était dense, il savait néanmoins s'autoréguler en fonction des seuls « signaux internes » de faim et de satiété.

Désormais, la prédominance de ces signaux est altérée. **À partir de la 2^{ème} année, les « signaux externes », comme la vue des aliments ou le désir de manifester son autonomie, mettent à mal la volonté de bien faire des parents.**

Les enfants en bas âge ont ainsi une appétence particulière pour les aliments gras et sucrés (gâteaux, biscuits, glaces, petits-suisseurs), les féculents (pâtes, pain, purées, riz), les aliments gras et salés (frites, chips) et certaines viandes (poulet, steak haché). À l'inverse, ils

apprécient peu les légumes verts (en particulier choux, épinards, salades, poivrons) et certains aliments à goût fort ou particulier (oignons, moutarde, poissons). Des comportements d'ailleurs mis en évidence par une étude de Nicklaus *et al.* ; des enfants de 2 à 3 ans déjeunant en crèche en libre-service avaient le choix entre 2 entrées, 2 plats et 2 desserts : les légumes sont les moins choisis, alors que féculents, viandes et plats composés ont leur préférence.

La propre position des parents par rapport aux aliments (ex : légumes), ainsi que leur caractère (autoritaire, attentif mais souple, trop laxiste...) s'immiscent également dans la relation qui se tisse entre l'enfant et la nourriture et dans la résolution des difficultés rencontrées.

LES ERREURS FREQUENTES

Un excès d'aliments sucrés : spontanément, l'enfant présente une appétence particulière pour les aliments sucrés, qui se renforce avec leur consommation. Certaines mères, anxieuses, proposent à leur enfant des aliments sucrés plutôt que du pain ou des plats avec légumes ou viande. Dans la journée, la consommation de biscuits sucrés, de crèmes desserts, de boissons sucrées et de 2 ou 3 friandises, additionnées, représente **un apport énergétique important, qui se fera au détriment d'aliments de meilleure valeur nutritionnelle.**

Un excès de jus de fruits : sous prétexte qu'ils apportent de la vitamine C, l'usage quotidien des jus de fruits se fait aux dépens de la consommation des fruits eux-mêmes, de l'eau et du lait. **Les fruits assurent pourtant un meilleur apport de fibres et ont un meilleur pouvoir de satiété.**

Un excès de sel : certaines mères ont tendance à resaler les aliments. Par ailleurs, elles ont parfois peu de temps à consacrer à la cuisine familiale ; elles peuvent alors avoir recours aux aliments prêts à consommer, toujours très salés (saucisses, nuggets, pizzas, quiches, etc). Dans ce cas, il est nécessaire de **recourir aux aliments industriels spécifiques pour bébés, plus adaptés en termes de composition.** Ils apportent en outre une assurance supplémentaire : celle de la sécurité sanitaire, qui garantit, avec un niveau d'exigence plus élevé que pour l'alimentation courante, l'agrément des producteurs de proximité, le contrôle qualité des exploitations agricoles, des installations de production et des produits finis, la vérification de la traçabilité, etc.

Un apport inadapté en produits laitiers : leur fonction essentielle est d'assurer l'apport nécessaire en calcium (équivalent à 500 mL/jour de lait). **Il est préférable d'utiliser un lait adapté ou « lait de croissance »** qui apporte également du fer, des acides gras essentiels, ainsi que des vitamines D et E ; nutriments pour lesquels l'apport est souvent insuffisant. Les laits de croissance obéissent en France à la réglementation des laits de suite (laits de 2ème âge), ce qui constitue une garantie.

Un apport excessif (au-delà de 800 mL/jour) : il peut venir du maintien d'un biberon de lait nocturne représentant un rituel ; l'enfant n'acceptant plus de se coucher sans. Par coupages successifs, on peut ramener ce biberon de lait à un biberon d'eau.

Un apport insuffisant : le refus d'un des biberons de lait constitue un problème fréquent. Il faut alors avoir recours à un laitage comme le yaourt ou, mieux, à un laitage fermenté similaire, fabriqué à partir de lait de suite et apportant les mêmes nutriments que le lait de croissance

Des apports insuffisants en matières grasses : parfois oubliées, ou exclues par crainte de favoriser un surpoids, il faut en réalité en ajouter. En effet, 45 à 50% des calories apportées par le lait (maternel ou infantile) sont d'origine lipidique. **Dès lors, passer de 800 à 500 mL de lait par jour réduit cet apport lipidique, ce qui est prématuré avant 3 ans. Il faut donc compenser en partie cette diminution** et il est souhaitable d'ajouter une petite quantité de matières grasses, dans les purées de légumes et les potages par exemple, dont elles améliorent par ailleurs la saveur : margarine ou huile, remplacées de temps à autre par de la crème fraîche ou du beurre. Pour les huiles à privilégier : l'huile de colza, de noix ou d'olive ou une autre huile apportant un mélange équilibré d'AGE.

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

La néophobie : cette « peur de la nouveauté » est un phénomène propre à cet âge ; elle apparaît vers 2 ans, alors que l'enfant s'affirme en s'opposant à ses parents et en disant non. Les refus concernent le plus souvent les aliments les moins aimés (légumes, poissons, fruits de mer, etc). **Ce comportement «normal», en grande partie héréditaire (J.Wardle), s'observe chez 78 % des enfants** à cet âge, mais aussi chez les autres primates. Elle pourrait correspondre à une méfiance vis-à-vis d'aliments inconnus susceptibles d'être dangereux, et disparaît en général avant 5 ans.

La néophobie peut cependant se révéler «déviant» lorsqu'elle se poursuit jusqu'à 10 ans et surtout lorsqu'elle s'aggrave. Elle concerne alors des aliments autrefois consommés, réduisant le nombre d'aliments acceptés à 2 ou 3. Les travaux de LL Birch ont montré qu'une conduite punitive ou de chantage était sans effet, voire contre-productive, et qu'il était plus efficace de favoriser la familiarité de l'enfant envers l'aliment mis en cause, en le lui présentant à plusieurs reprises, éventuellement sous différentes formes, et en le consommant soi-même pour obtenir enfin son acceptation.

L'enfant petit mangeur : certains enfants mangent très lentement, en petites quantités, même pour les aliments qu'ils apprécient. Le grignotage ou une collation intempestive en milieu de matinée peuvent en être responsable. Par ailleurs, les besoins nutritionnels varient d'un enfant à l'autre. **Le contrôle des courbes de poids et d'IMC permet ainsi de vérifier le caractère normal ou pathologique** de cette « anorexie » et justifie ou non la recherche d'une des nombreuses mais rares maladies susceptibles de l'expliquer.

Le refus des aliments en morceaux : certains enfants refusent les morceaux, les simples grumeaux leur donnant même parfois des haut-le-cœur. Il faut s'enquérir d'éventuels antécédents de fausses routes, de déglutitions difficiles ou de nutrition artificielle prolongée susceptibles d'avoir marqué l'enfant. Il s'agit parfois d'un retard voire de l'absence d'introduction, vers l'âge de 9-10 mois, de textures grumeleuses ou de petits morceaux, introduction pourtant nécessaire.

L'enfant gros mangeur : il peut s'agir d'un rattrapage normal, chez un enfant ayant été malade et de ce fait anorexique pendant une période plus ou moins longue. Il peut s'agir d'un enfant mangeant plus que son frère ou sa sœur, mais dont les besoins sont plus grands en raison d'une activité physique plus importante ou de

la génétique. Mais il peut s'agir aussi d'une propension génétique à la surcharge pondérale et/ou d'un « entraînement » dans une famille où l'on mange beaucoup et dont un ou plusieurs membres sont obèses. A nouveau, la courbe de poids et d'IMC aidera, en cas de doute, à trancher. Chez ces enfants, **la prédominance des signaux externes sur les sensations de faim et de satiété, les sollicitations visuelles et/ou olfactives (présence de mets appétissants, publicités) ou des interventions parentales maladroites (« Termine ton assiette », portions excessives) vont conduire l'enfant à manger davantage et générer un rebond prématuré de corpulence.** Quand les comportements maternels sont inadaptés et restent marqués par les craintes ancestrales que « l'enfant n'ait pas assez à manger » ou que l'on ne doit jamais « limiter un enfant qui mange », le risque de surcharge pondérale est majoré, d'autant que la mère n'identifie que tardivement la surcharge pondérale de son enfant (et beaucoup moins bien d'ailleurs que celle des enfants des autres...).

IV. CONCLUSION

L'alimentation au cours de la première année de vie étant essentiellement lactée, les deux années qui suivent constituent une période charnière durant laquelle le caractère omnivore se développe et les habitudes alimentaires se mettent en place. Il faut veiller au cours de cette période à favoriser une diversité alimentaire suffisante pour répondre aux besoins nutritionnels de l'enfant. La responsabilité des parents dans le choix des aliments qu'ils achètent ou qu'ils consomment devant l'enfant est certaine, d'autant que les aliments que le jeune enfant préférera spontanément sont rarement ceux qui ont la meilleure valeur nutritionnelle. Dans l'ensemble des études, les aliments gras, salés et sucrés sont préférés, à la différence des légumes, quels que soient l'âge et le sexe.



POUR ALLER PLUS LOIN

- Arsan A, Mosser F, Dartois AM, du Fraysseix M. *Alimentation de la naissance à 3 ans*, 5^{ème} édition, Doin, 2011, 222p.
- Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Chouraqui JP, Darmaun D, Dupont C et al. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. *Alimentation des nourrissons et enfants en bas-âge. Réalisation pratique*. Arc Pédiatrie 2003 ; 10 : 76-81.
- Cooke LJ, Haworth CMA, Wardle J. *Genetic and environmental influences on children's food neophobia*. Am J Clin Nutr 2007; 86: 428-33.
- De Castro JM, Lilienfeld JR. *Influence of heredity on dietary restraint, disinhibition, and perceived hunger in humans*. Nutrition 2005; 21: 446-51.
- Fantino M, Gourmet E. *Apports nutritionnels en France en 2005 chez les enfants non allaités, âgés de moins de 36 mois*. Arch Pédiatr 2008 ; 15 : 446-55.
- Ghisolfi J, Vidailhet M, Fantino M, Bocquet A, Bresson JL, Briend A et al. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie *Lait de vache ou lait de croissance. Quel lait recommander pour les enfants en bas-âge (1-3 ans) ?* Arch Pédiatr 2011 ; 18 : 355-8.
- Ghisolfi J, Fantino M, Turck D, Potier de Courcy G, Vidailhet M. *Nutrient intakes of children aged 1-2 years as a function of milk consumption, cow's milk or growing-up milk*. PublHealth Nutr 2013; 16: 524-34.
- Goulet O, Vidailhet M, Turck D. *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*. 2^{ème} édition, Doin Ed., Paris, 662p.
- Nicklaus S, Chabanet C, Boggio V et al. *Food choices at lunch during the third year of life: increase in energy intake but decrease in variety*. Acta Pædiatr 2005; 94: 1023-9.
- Rozin P. *Towards a psychology of food choice*. Danone Chair Monograph. Institut Danone, Chaire Danone 1995, 265p.
- Tuberg-Romain C, Lelièvre B, Le Heuzey MF. *Conduite alimentaire des nourrissons et jeunes enfants âgés de 1 à 36 mois en France : évolution des habitudes des mères*. Arch Pédiatr 2007 ; 14 : 1250-8.
- Vidailhet C, Ligier F, Vidailhet M. *Troubles du comportement alimentaire de l'enfant pré-pubère*. In « Psychiatrie de l'enfant » sous la direction de A Danion-Grilliat et C Bursztejn, Médecine Sciences Publications, Lavoisier, Paris, 2011, p 246-51.

Contact presse :

Vivactis : Magali Delmas - m.delmas@vivactis-publicrelations.fr - Tél. : 01 46 67 63 44

FFAS : Justine Dyon - j.dyon@alimentation-sante.org - Tél. : 01 45 00 90 99