

LES PRATIQUES ALIMENTAIRES DES JEUNES ENFANTS

Najet Belabed chalgoum*, Afifa Abdelkafi Koubaa**, Hayet Dahmen **, Azza Kochbati **

* Groupement de soins de santé de base de Tunis Sud

**Groupement de soins de santé de base de Zaghouan

N.Belabed chalgoum, A.Abelkafi Koubaa, H.Dahmen, A.Kochbati

N.Belabed chalgoum, A.Abelkafi Koubaa, H.Dahmen, A.Kochbati

LES PRATIQUES ALIMENTAIRES DES JEUNES ENFANTS

NUTRITIONAL PRACTICES OF YOUNG CHILDREN

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°10) : 169 - 172

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°10) : 169 - 172

R É S U M É

But : de notre travail est d'évaluer les pratiques de l'allaitement et de l'alimentation des jeunes enfants de BirMchergua, et d'essayer de relever les déterminants et les conséquences des mauvaises habitudes alimentaires.

Méthodes : Cette étude est rétrospective, portant sur 160 jeunes enfants âgés de 3 à 5 ans recrutés des 4 jardins d'enfants de la circonscription de Bir Mchergua pendant l'année 2007. Un questionnaire a été établi (rédigé en arabe) puis rempli par les parents ou par l'enquêteur(médecin ou infirmier).

Résultats : L'allaitement maternel est retrouvé chez 69% des mères, à niveau d'instruction secondaire ou plus (50%) ayant accouchées en milieu hospitalier dans 73% des cas. L'allaitement est exclusif au sein dans 25% des cas. La durée d'allaitement est de 6 à 12 mois dans la moitié des cas. La diversification alimentaire est précoce avant 3 mois chez 52% des enfants et avant 6 mois dans 70% des cas, il s'agit de produits lacto-farinés dans 53% des cas, de légumes à un âge moyen de 3,5 mois, de fruits à un âge moyen de 4mois. Sur les 160 enfants âgés de 2 à 5 ans, nous avons retrouvé un surpoids dans 12,5% des cas et une obésité dans 9,5% des cas 85.% n'ont jamais bénéficié d'un allaitement maternel, et présentaient des conduites alimentaires inadaptées dans 91% des cas. Plus tard, l'évaluation de l'alimentation a révélé des comportements alimentaires inadaptés exposant le jeune enfant à de l'obésité qui est souvent lié à un apport calorique excessif riche en sucre (87,5%) et en lipide (75%), pauvre en fibres (37,5%) et à l'habitude du grignotage (75%) .

Conclusion : Les pratiques alimentaires des jeunes enfants dépend principalement du comportement des parents, des conseils diététiques et de la composition des produits.

S U M M A R Y

The aim of this study is to evaluate the nutritional practice in a region of Zaghouan, and to show determinants of inappropriate food behaviors.

Methods: A retrospective study included 160 children (aged from 3 to 5 years), from 4 kindergartens situated in the region of Zaghouan, during 2007.

A questionnaire was drawn up, filled by parents or medical staff, concerning food behaviors. They are weight up and height.

Results: Sixty nine percents (69%) of children were breast fed, during 6-12 months in 50%. Diversified food is early before 3 months in 52% of children, and before 6 months in 70%. They are essentially flour in 53%. Vegetal food is introduced in a median age of 3, 5 months, fruits at the age of 4 months.

An overweight was found in 12, 5% of the cases, and an obesity in 9,5%. The majority (85,7%) was never breast fed persons, and have abnormal food habits in 91% of the cases: early diversified food rich in flour and low in essential elements. Later, the evaluation of food practice have many failures, exposing the children to obesity, related to caloric food, rich of sugar(87,5%), lipid (75%), low in fiber (37,5%) and eating in front of the television (75%).

Conclusion: Children food behaviors depend on parents' habits, the medical board dietetics and the composition of industrial production.

M O T S - C L É S

pratiques alimentaires inadéquates, obésité, enfant, prévention

K E Y - W O R D S

children, nutrition, nutritional practice, obesity

L'enfant a besoin tout au long de son développement d'une alimentation riche et équilibrée. Elle joue un rôle important dans sa croissance et contribue à sa bonne santé d'aujourd'hui et de demain (1,2). Les pratiques alimentaires adéquates font référence non seulement à la qualité et à la quantité des aliments proposés aux jeunes enfants, mais aussi aux étapes de leur introduction (3). Des travaux bien que peu nombreux, semblent indiquer qu'un trop fort contrôle exercé sur les choix alimentaires participe à la dérégulation de la capacité d'ajustement calorique et que des pratiques éducatives associant la prescription des règles et l'ajustement aux demandes des enfants favorisant l'émergence de comportements alimentaires adaptés (4,5).

Le but de ce travail est d'essayer de relever les modes d'alimentation des jeunes enfants âgés de 3 à 5 ans, depuis la naissance afin de rechercher les erreurs alimentaires et les éventuels facteurs liés à une conduite inadaptée.

PATENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective, portant sur 160 enfants âgés de 3 à 5 ans recrutés à partir de 4 jardins d'enfants de la circonscription de BIR MCHERGA pendant l'année 2007. Un questionnaire a été établi (rédigé en arabe) puis rempli par les parents ou par l'enquêteur (médecin ou infirmier). Il comporte les données épidémiologiques des jeunes enfants (âge, sexe, niveau d'étude et fonction de la mère), le mode d'allaitement adopté et sa durée, l'âge de la diversification alimentaire, et la nature des aliments introduits. Les enfants ont été pesés et toisés afin de calculer l'indice de masse corporelle (IMC). L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel « EPI Info » version 6.04.

RESULTATS

L'âge moyen de ces enfants est de 3 ans et demi. Le taux d'allaitement maternel dans notre étude est de 69% à la naissance ; les mères ont un niveau d'instruction secondaire dans 49,5% et ont accouché dans une formation sanitaire dans 73% des cas. L'allaitement au sein exclusif a été adopté dans 25% des cas seulement pendant une durée moyenne de 9 mois. Il s'agit surtout de mères de niveau scolaire secondaire ou plus ayant accouchées dans des établissements sanitaires (tableau 1).

Tableau 1 : Allaitement maternel en fonction du niveau d'instruction de la mère et lieu d'accouchement

Niveau d'instruction de la mère	Allaitement maternel	Durée moyenne d'allaitement
analphabète	21,3%	11mois
Primaire	29,5%	9mois 15jours
secondaire ou plus	49,3%	18mois 7jours
Lieu d'accouchement de la mère		
Etablissement sanitaire	73,3%	13mois
à domicile	26,6%	19mois

L'allaitement a été prolongé pendant une durée moyenne de 19 mois. La diversification alimentaire a été débutée de façon précoce, avant 3mois, chez 52% des jeunes enfants et avant 6mois chez 70% d'entre eux. Elle consistait aux produits lacto-farinés dans 53% des cas généralement sous forme de farines ajoutées dans le biberon de lait à un âge moyen de 3 mois. Le lait est représenté par le lait de vache dans 25% des cas. L'introduction des légumes a eu lieu à un âge moyen de 3,5 mois et celle des fruits en compote ou en jus un peu plus tard à un âge moyen de 4 mois. Le poisson et la viande sont donnés à manger à un âge moyen de 5 mois et le plat familial à un âge moyen de 10,2 mois. Plus tard, l'évaluation de l'alimentation du jeune enfant a montré une consommation de glucides dans 87,5%, de lipides dans 75% et celle des fibres dans 37,5% des cas seulement. Les collations étaient à base de sucre rapide dans 87,5% des cas. Soixante dix pourcent (70%) des enfants mangeaient devant la télévision. Le grignotage a été soulevé dans 75% des cas. Sur les 160 enfants âgés de 2 à 5 ans, nous avons retrouvé un surpoids dans 12,5% des cas et une obésité dans 9,5% des cas soit un IMC > 25. Quarante trois pourcent (43%) des enfants en excès de poids ont une obésité familiale. La majorité d'entre eux soit 85,7% n'ont jamais bénéficié d'un allaitement maternel, et présentaient des conduites alimentaires inadaptées dans 91% des cas à savoir une diversification alimentaire précoce riche en farine, et pauvre en éléments nutritionnels essentiels.

DISCUSSION

Une rupture du rythme des trois repas a été constatée chez nos jeunes enfants avec des repas sautés et surtout l'absence du petit déjeuner prédisposant à une alimentation plus copieuse au goûter et au dîner. Le grignotage retrouvé chez 75% des jeunes enfants, avait un rôle important dans le bilan énergétique total. Il a été prouvé qu'il perturbe les signaux physiologiques de faim et de satiété et qu'il est souvent généré par l'ennui. Il s'agit bien d'un grignotage sans faim et sans fin (6). Ces comportements alimentaires inadaptés exposent le jeune enfant à l'obésité qui est souvent liée à un apport calorique excessif et l'habitude de la consommation télévisée, ce qui a été confirmé par plusieurs études tunisiennes et européennes (6-8) Ces pratiques semblent être rattachées directement à l'enfant lui-même par l'appétit, lui-même affecté par d'autres facteurs dont principalement l'état de santé de l'enfant, son équilibre psychoaffectif, son activité physique ainsi que la diversité de ses repas. D'autres sont plutôt rattachés à l'environnement familial, et particulièrement à l'offre alimentaire (9). La prévalence de l'allaitement maternel était de 69% dans notre étude, avec une durée moyenne de 9 mois. Des taux beaucoup plus élevés (95,9%) ont été retrouvés dans l'enquête nationale concernant la croissance des enfants d'âge préscolaire en Tunisie (9,10), en Suède (90%), Finlande (95%) et en Allemagne (85%) (tableau2) (11-13). La diversification alimentaire était précoce avant 3mois chez la moitié de nos enfants (52%). une enquête alimentaire de 1318 familles, concernant les comportements alimentaires de l'enfant maghrébin de 0 à 18mois a montré que l'amélioration des conditions de vie et la disponibilité

Tableau 2 : Prévalence de l'allaitement maternel selon les pays (3,10)

PAYS	Prévalence de l'allaitement
	maternel selon les pays
FRANCE	56%
FINLANDE	95%
SUEDE	90%
Allemagne	85%
ITALIE	75%
TUNISIE	95,9%
ALGERIE	98%
MAROC	75,4%

alimentaire ont permis une diversification alimentaire plus précoce (10). Dès sa naissance, manger est une des activités préférées de l'enfant, non seulement parce qu'il en a besoin, mais aussi parce que cela constitue un tendre moment d'échange avec sa mère (4). Le lait maternel reste le meilleur choix pour l'alimentation du nourrisson, il couvre à lui seul les besoins nutritionnels de l'enfant jusqu'à 6 mois et peut ensuite représenter l'apport lacté de la diversification (2,14-16). Les laits infantiles seront utilisés en l'absence d'allaitement maternel ou en complément de celui-ci. A partir de 6 mois, en diversifiant progressivement l'alimentation du nourrisson, nous commencerons à élargir sa palette de goût en lui faisant découvrir des saveurs et des textures nouvelles. Au-delà de un an, l'apport lacté nécessaire est en moyenne de 500ml/j sans jamais dépasser les 800 ml/ ; les protéines doivent être limitées à 30g par jour de viande, poisson ou œuf ; les fritures sont à éviter tout en préférant les matières grasses végétales crues. Tous les légumes et les fruits peuvent être utilisés en dehors des légumes secs non mixés (après 12 mois). Les sucres complexes sont proposés à chaque repas, surtout sous forme de céréales ou féculents. Entre un an et trois ans il faut favoriser la découverte de nouveaux goûts, de nouvelles saveurs et de nouvelles textures (17). Un peu plus tard, pour garantir une alimentation saine et bien équilibrée du jeune enfant, il faut éviter le grignotage entre les repas, limiter les sucreries, le sirop et les sodas et ne proposer que de l'eau pure (17). La supplémentation en vitamine D chez les bébés nourris au lait infantile est de 400 à 800UI/j, alors que chez les bébés nourris au sein il est préférable de proposer 800 à 1000UI/j, pour augmenter obligatoirement cette prescription chez les prématurés. Pendant la première année, un apport journalier est préférable à un apport trimestriel de 80000 ou 100000 (17,18). La supplémentation en vitamine K est conseillée chez le nouveau-né pour éviter la maladie hémorragique du nouveau-né. Elle est administrée à raison de 2mg à la naissance et au 3ème jour. Vu

que le lait maternel est pauvre en vitamine K, il est conseillé de prolonger la vitaminothérapie à raison de 2mg per os par semaine pour les bébés allaités au sein exclusif (17,18). Chez les enfants à risque allergique, un régime préventif est envisagé afin de réduire la survenue ultérieure de manifestations allergiques alimentaires. Le régime des enfants allergiques, présentant un eczéma ou des manifestations respiratoires broncho spastiques répétées, doit tenir compte des allergies alimentaires éventuelles prouvées (18). L'amélioration de la prise en charge nutritionnelle passe par une information patiente et répétée auprès des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux), encourager l'allaitement maternel, en prolonger la durée et retarder la diversification alimentaire au delà de 6mois surtout chez ceux ayant des antécédents familiaux d'allergie familiale. Les enfants doivent être pesés et toisés de façon régulière afin de dépister et peut être prévenir une évolution de la corpulence de l'enfant vers une obésité infantile (19,20). En observant l'enfant et en le comprenant, nous arriverons certainement à lui apprendre les bases d'une alimentation favorable à sa santé (4).

CONCLUSION

Le comportement alimentaire des enfants dépend principalement du comportement des parents, des conseils diététiques délivrés par les professionnels de la santé, et de la composition des produits proposés par les industriels à la petite enfance. Il n'ya pas de recommandations simples et de repères de consommation validés par les instances scientifiques de santé publique, mais chaque enfant doit bénéficier d'une alimentation saine, appropriée et personnalisée.

REFERENCES

1. Rigal N. Comportements alimentaires de l'enfant et attitudes parentales : le point de vue de la psychologie expérimentale. Masson 2007.
2. Nutrition des jeunes enfants au Sénégal. Résultats de L'EDS. Sénégal 1992-1993-1994.
3. Alphonse M., Hankard R. Evaluation de l'état nutritionnel et des besoins de l'enfant et de l'adolescent. Arch péd 2005; 12: 214-218.
4. Boggio V., Grossiord A., Guyon S., Fuchs F., Fantino M. Consommation alimentaire des nourrissons et des enfants en bas âge en France en 1997. Arch Péd 1999; 6:740-747.
5. Simon C., Klein C., Wagner A. La sédentarité des enfants et des adolescents, un enjeu de santé publique. Journal de pédiatrie et de puériculture 2005 ; 18 : 217-223
6. Ben Mami F., Dakhli S., Berriche O., Achour A. Analyse du comportement alimentaire et prise en charge. Rev Maghr Péd 2005 ; 15-16 :292-296.
7. Chibani M., Maabouj M.T., Ouerfelli N. Aspects épidémiologiques de l'obésité chez l'enfant en Tunisie. Rev Maghr Péd 2005 ; 15-16 :284-285.
8. Turki Z., Ben Slama C. Obésité de l'enfant et complications métaboliques. Rev Maghr Péd 2005;15-16 :285-288.
9. Elati J., Alouane L., Mokni R., Béji C., Hsairi M. et al. Le retard de croissance chez les enfants tunisiens d'âge préscolaire. Ciheam-Options Mediterran 2002 ; 41 :50-63.
10. Rovillé-Sausse F., Amor H., Baali A., Ouzennou N. et al.

- Comportements alimentaires de l'enfant maghrébin de 0 à 18 mois au Maghreb et dans trois pays d'immigration. *Antropo* 2002 ; 3 :1-9.
11. Bigot-Chantepie S., Michaud L., Devos P., Depootere M.H. et al. Conduite de la diversification alimentaire : enquête prospective jusqu'à l'âge de 6 mois. *Arch péd* 2005 ; 12 : 1570-1576.
 12. Ben Mami Ben Miled F., Dakhli S., Blouza S., Achour A. L'obésité chez l'enfant. *Tunis méd* 2000 ; 78 : 162-166.
 13. Ben Slama F., Achour A., Belhadj O., Hsairi M. et al. Obésité et mode de vie dans une population d'écoliers de la région de l'Ariana (Tunisie) âgés de 6 à 10 ans. *Tunis méd* 2002 ;80 : 542-547.
 14. Depraz-Cissoko M.P., Coti P., Roulet M. Place et rôle des diététiciens dans une unité transversale de nutrition clinique. *Nutr clin et métab* 2003 ; 17 : 258-262.
 15. Thibault H., Rolland-Cachera M.F. Stratégies de prévention de l'obésité chez l'enfant. *Arch péd* 2003 ; 10 : 1100-1108.
 16. Schmit G., Hammami S. L'obésité infantile et les expériences alimentaires précoces. *Arch péd* 2006 ; 13 : 501-504.
 17. Bocquet A., Bresson J.L., Briend A., Chouraqui J.P. et al. Alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge. Réalisation pratique. *Arch péd* 2003; 10 :76-81.
 18. Duclaux P. Conseils pratiques aux mères qui souhaitent allaiter. *Arch péd* 2007; 7 : 541-548.
 19. Armstrong J. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet* 2003; 359: 2003-2004.
 20. Turberg-Romain C., Lelièvre B., Le Henzey M.F. Conduite alimentaire des nourrissons et jeunes enfants de 1 à 36 mois en France. *Arch péd* 2007 ; 14: 1250-1258.