



**Aliments  
de l'enfance**  
0-3 ans

DOSSIER  
DE PRESSE



# ALIMENTATION DES BÉBÉS UNE TENDANCE RÉGRESSIVE AVANT 12 MOIS

*54% des bébés prennent leur 1<sup>er</sup> repas sans biberon  
après 8-11 mois contre 41% en 2005*

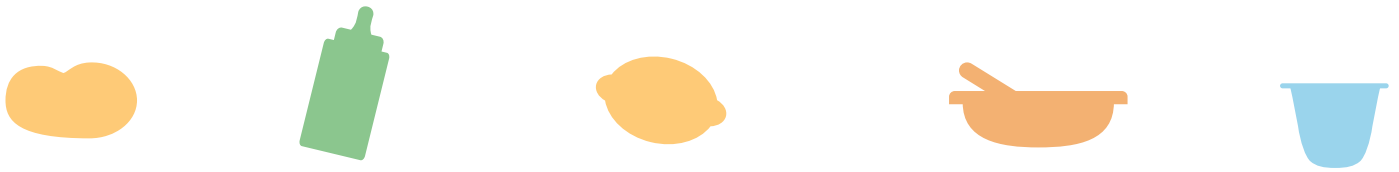
**Focus sur les résultats de l'étude Nutri-Bébé SFAE 2013\***



**Dossier réalisé avec la participation du**  
**Dr Alain Bocquet**, pédiatre et responsable du Groupe de Gastro-entérologie et Nutrition Pédiatrique de l'AFPA  
**et de M. Raphaël Dhuot**, Doctorant en Sociologie à l'INRA.



\* Etude Nutri-Bébé SFAE 2013, volet CREDOC. Etude réalisée auprès de 1 188 mamans de bébés de 15 jours à 36 mois



1 Début de la diversification : des recommandations globalement bien observées

p1

2 Une tendance surprotectrice des mamans jusqu'aux 12 mois de bébé !

p2

3 Un revirement dans les pratiques alimentaires à partir de 1 an

p4

4 La représentation de l'enfant, au cœur des différences de comportement des mères : ce qu'en dit la sociologie

p5





## 1 Début de la diversification : des recommandations globalement bien observées

### Les enseignements de l'étude Nutri-Bébé\*

On ne constate pas d'évolution significative depuis 2005 concernant le début de la diversification alimentaire : la prise des aliments solides débute à 4-5 mois et se généralise à partir de 6-7 mois ; entre 4 et 5 mois, 56% des parents ont débuté la diversification contre 44% qui préfèrent la repousser. Entre 6 et 7 mois, 96% des parents ont commencé la diversification.

Il est à noter que 6% des bébés ont déjà été nourris avec autre chose que du lait avant trois mois.

Les premières catégories d'aliments données au bébé sont de loin les légumes et les fruits, même si parfois ce sont les yaourts (42%) voire même, de manière assez étonnante, des viandes et poissons (13%).

Pour **Raphaël Dhuot**, la différence entre les parents qui diversifient entre 4 et 5 mois et ceux qui diversifient plus tard, que l'on constate dans l'étude Nutri-Bébé, s'explique aisément : « En préconisant de débiter la diversification « entre 4 et 6 mois », les professionnels de santé laissent une marge de décision aux parents. De leur définition de la prime enfance va alors dépendre le moment où ils vont décider de sauter le pas ! », explique le sociologue avant de poursuivre : « les parents qui commencent la diversification dès 4 mois ont généralement une définition « traditionnelle » de la prime enfance, qui confère à l'alimentation le pouvoir d'aider l'enfant à se développer physiquement et intellectuellement plus vite, de le rendre plus fort ». Selon Raphaël Dhuot, les parents qui attendent un peu plus ont, quant à eux, une définition « savante » de la prime enfance construite, sur les recommandations médicales et scientifiques prodigués par les professionnels de santé de la petite enfance, qui incitent depuis 15-20 ans à prendre en considération la vulnérabilité physiologique du bébé, notamment de son système digestif en développement, et à le respecter. Ces derniers parents sont conscients que ne donner que du lait à leur enfant jusqu'à 6 mois est tout à fait possible sans que cela n'ait de répercussion négative sur sa santé et son développement. Ils préfèrent donc « jouer la sécurité », témoignant d'une meilleure approbation d'un certain principe de prévention », conclut le sociologue.

Pour le **Docteur Alain Bocquet**, ces données témoignent « d'une bonne approche générale de la diversification alimentaire et du moment où elle doit intervenir » mais démontrent aussi que des erreurs sont encore commises dans plus de 5% des cas. Des erreurs qui peuvent avoir de graves conséquences. Le docteur Alain Bocquet explique que « l'exposition d'un enfant de moins de 4 mois à un aliment autre que du lait est dangereuse pour sa santé et peut avoir de sévères répercussions sur sa vie d'adulte » ; il tient à interpeller sur le fait que « des études ont montré que les enfants qui ont été nourris avec autre chose que du lait avant l'âge de 4 mois, voient leur risque de surpoids et d'obésité<sup>1,2</sup> à l'âge adulte augmenter et, surtout, qu'ils sont davantage touchés par les allergies ! »<sup>3,4</sup>.

« La grande majorité des enfants de moins de 3 ans a une consommation moyenne de protéines 4 fois supérieure aux quantités nécessaires ! », une consommation excessive qui, en plus de fatiguer les reins, pourrait favoriser aussi l'augmentation du risque de surpoids ou d'obésité<sup>5,6</sup>. « Les parents ont tendance à dépasser largement les doses de protéines recommandées : 10 g / jour par année d'âge en cours (soit 2 cuillères à café de viande ou poisson mixés ou ¼ d'œuf par jour entre 6 et 12 mois, 4 cuillères à café entre 1 et 2 ans, 6 cuillères à café entre 2 et 3 ans, etc.). Outre les protéines contenues dans la viande, le poisson et les œufs, il faut tenir compte des protéines apportées par le lait, les laitages et les fromages. Le choix du lait de croissance au lieu du lait de vache et des laitages spécifiques bébé au lieu des laitages courants réduit de plus de moitié l'apport protéique » insiste le médecin.

Concernant la surconsommation de protéines, le sociologue Raphaël Dhuot nous éclaire : « C'est du côté de la définition traditionnelle des fonctions de l'alimentation, souvent associée à une définition traditionnelle de la prime enfance, qui pousse les parents à considérer la viande comme un « carburant », un aliment vecteur de force et de résistance, qu'il faut regarder ».

1 ANSES. Biberon : comment le préparer et le conserver ? Utilisation des préparations en poudre pour nourrissons. Mis à jour le 05/08/2013. <https://www.anses.fr/fr/content/biberon-comment-le-preparer-et-le-conservier>. - 2 Seach KA, Dharmage SC, Lowe AJ, et al. Delayed introduction of solid reduces child overweight and obesity at 10 years. *Int J Obes* 2010;34:1475-9. - 3 Huh SY, Rifas-Shiman SL, Taveras EM, et al. Timing of solid food introduction and risk of obesity in preschool-aged children. *Pediatrics* 2011;127:e544-51. - 4 Ferguson DM, Horwood LJ, Shannon FT. Early solid feeding and recurrent childhood eczema: a 10-year longitudinal study. *Pediatrics* 1990;86:541-6. - 5 Kajosaari M, Saarinen UM. Prophylaxis of atopic disease by six months total solid food elimination. *Acta Paediatr Scand* 1983;72:411-4. - 6 Koletzko B, Von Kries R, Closa R, et al; European Childhood Obesity Trial Study Group. Lower protein in infant formula is associated with lower weight up to age 2 y: a randomized clinical trial. *Am J Clin Nutr* 2009;89:1836-45. - \* Etude Nutri-Bébé SFAE 2013, volet CREDOC. Etude réalisée auprès de 1 188 mamans de bébés de 15 jours à 36 mois



## 2 Une tendance surprotectrice des mamans jusqu'aux 12 mois de bébé !

### Les enseignements de l'étude Nutri-Bébé\*

Le 1<sup>er</sup> repas sans biberon intervient à l'âge de 10 mois, c'est presque 2 mois plus tard qu'en 2005 !

Par ailleurs, l'alimentation lisse demeure très présente jusqu'aux 8-11 mois de bébé, la présence de morceaux n'étant majoritaire qu'à partir de 12 mois.

Les enfants sont de plus en plus nombreux à refuser des aliments avec l'âge : ils sont 43% à l'âge de 6-7 mois, 55% à 12-17 mois, 64% à 18-23 mois, 69% à 24-29 mois et, enfin, 76% à 30-35 mois. Ces rejets alimentaires portent en priorité sur les légumes (à 54%).

Près de la moitié des mères (48%) incite l'enfant à goûter en dépit du rejet, l'autre moitié (47%) n'insistant pas, préférant proposer autre chose (17%) ou proposer à nouveau ultérieurement (30%).

**L'apparition plus tardive du premier repas sans biberon ne surprend pas le Docteur Alain Bocquet qui y voit la démonstration d'une tendance à la surprotection de l'enfant par des parents de plus en plus anxieux quant à sa sécurité :** « La crainte de l'étouffement est une explication. Aujourd'hui, jusqu'à 1 an, les parents font très attention à l'alimentation de leur bébé. La croute de pain, par exemple, est proposée de plus en plus tard alors qu'elle peut parfaitement être introduite dès 6 mois ! Il en va de même pour les petits morceaux à « piocher » avec les doigts, et c'est un tort car, à partir de 8-9 mois, ils sont parfaitement indiqués. En revanche, il faut veiller à les proposer séparément de la partie du repas plus lisse : la texture lisse à la cuillère et les morceaux dans une assiette séparée. L'enfant est perdu quand on lui donne une cuillère de purée et qu'il découvre en bouche des morceaux. Pour lui, la cuillère a toujours été associée à une texture lisse. Il ne sait pas « gérer » 2 textures différentes en même temps dans sa bouche, il est perdu, et c'est là que la réaction de panique intervient et qu'il fait mine de s'étouffer. Une réaction que les mamans interprètent, le plus souvent à tort, comme une fausse route par incapacité de savoir manger des morceaux. »

**Une analyse confirmée par les études sociologiques, complète Raphaël Dhuot :** « Il existe en effet dans notre société une tendance de plus en plus généralisée à la diffusion d'une forme de rationalité médicale, qui conduit à **une conception médicalisée de l'enfance qui commence dès la grossesse**. Donner à son enfant des textures liquides ou lisses plus longtemps va de pair avec **une conception physiologique de l'enfant sur le mode d'un développement progressif** impliquant l'attente de sa maturité sur le plan digestif ».

**Pour le docteur Alain Bocquet, cette tendance a des conséquences importantes sur lesquelles il est très important de communiquer.** En effet, selon les orthodontistes, introduire trop tardivement des morceaux dans l'alimentation de l'enfant peut avoir une incidence sur le développement fonctionnel de la mastication et, en particulier, sur la croissance harmonieuse et suffisante des arcades dentaires<sup>7,8</sup>. « On a également montré que des enfants de 15 mois qui ne reçoivent des aliments grossièrement mixés qu'après 10 mois avaient ensuite plus de difficultés à manger des morceaux et à élargir leur répertoire alimentaire. **On sait qu'à 7 ans, ces enfants consomment moins de fruits et de légumes et ont davantage de problèmes de comportement alimentaire que les enfants ayant consommé des morceaux avant cet âge<sup>9</sup> !** »

7 Schwartz C, Scholtens P A, Lalanne A, et al. Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite* 2011;57:796-807.

8 Limme M. Diversification alimentaire et développement dentaire : importance des habitudes alimentaires des jeunes enfants pour la prévention de dysmorphoses orthodontiques. *Arch Pediatr* 2010;17(Suppl 5):S213-9. - 9 Northstone K, Emmeth P, Nethersole F, et al. The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Hum Nutr Diet* 2001;14:43-54. - \* Etude Nutri-Bébé SFAE 2013, volet CREDOC. Etude réalisée auprès de 1 188 mamans de bébés de 15 jours à 36 mois



**Sur la question du refus, le Docteur Alain Bocquet se veut en revanche rassurant** : « A partir de 2 ans intervient chez la majorité des enfants ce que l'on appelle la néophobie, autrement dit la crainte des aliments nouveaux. En réalité, c'est moins la crainte des aliments nouveaux que l'envie de se cantonner à ce qu'il aime qui incite l'enfant à refuser des aliments. Cette restriction de la palette alimentaire dure quelques temps mais finit par se résoudre si les parents ne cèdent pas et persistent à proposer des aliments diversifiés et, en particulier, ceux qui ont été refusés. La situation est différente dans le cas d'un enfant qui refuse un aliment dans les débuts de la diversification. Dans ce contexte, il ne faut pas forcer l'enfant, au risque de le braquer, mais représenter l'aliment jusqu'à 8 fois : il a été démontré que 8 présentations de l'aliment refusé, dans une ambiance détendue et conviviale – pas de suite, mais avec un intervalle d'un jour ou deux – permet dans 80% des cas de faire accepter l'aliment initialement refusé. Céder et ne pas représenter l'aliment refusé, c'est prendre le risque que l'enfant bannisse l'aliment refusé pour toujours... ».

Pour Raphaël Dhuot, s'il est difficile d'expliquer pourquoi la moitié des mères insiste et pourquoi l'autre cède, **il est en revanche possible de dire que la réaction d'insistance ou de renoncement face à au refus de l'enfant est fonction de la conception qu'elles se font de l'enfant**. « Cela pourrait être en lien avec les attentes des parents concernant le futur de l'enfant » **explique Raphaël Dhuot qui précise que** « les parents qui se projettent dans la future réussite sociale, et notamment professionnelle, de l'enfant ont tendance à moins accepter le refus de l'enfant face à un aliment alors que les parents qui ont une conception plus différenciée de la prime enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte, forcent moins.



### 3 Un revirement dans les pratiques alimentaires à partir de 1 an

#### Les enseignements de l'étude Nutri-Bébé\*

- Jusqu'à 11 mois, l'alimentation de l'enfant est essentiellement composée d'aliments spécifiques pour bébé, de « fait-maison » et de quelques produits non-spécifiques seulement.
- A partir de 12 mois, on note une augmentation massive de l'introduction de produits industriels non-spécifiques pour bébé. Les viandes et poissons cuisinés sont consommés à 54% dès les 12 mois de l'enfant et à 76% dès les 18 mois.
- La moitié des bébés de 12-17 mois mangent en même temps que leurs parents (51%) et la même chose que leurs parents (48%) contre respectivement 75% et 72% à 18-23 mois..
- La part des jus de fruits du commerce non-spécifiques aux bébés passe de 17% à 8-11 mois à 51% de 12-23 mois.
- Les biscuits, gâteaux et viennoiseries passent de 35% dès 8-11 mois à 81% chez les 12-17 mois, puis à 94% au-delà.
- Les pommes de terre en friture concernent 13% des bébés dès 8-11 mois, 50% dès 12-17 mois et 71% dès 18-23 mois.

**Pour le Docteur Alain Bocquet, le fait que les parents privilégient les aliments spécifiques bébé et le « fait-maison » avant l'âge de 12 mois est une tendance positive** : « les aliments spécifiques sont préparés dans le souci de répondre précisément aux besoins nutritionnels de l'enfant et avec le maximum de sécurité. Quant au fait maison, s'il est préparé dans le respect des recommandations, notamment concernant la provenance des matières premières et les dosages en sel, matières grasses et protéines, le bébé y trouve parfaitement son compte – et les parents aussi, car ils aiment consacrer du temps à la « préparation des repas » de leur bébé ».

**Mais, selon Alain Bocquet, cette tendance ne doit pas occulter le fait que 12 mois est un « âge bascule » vers un comportement qui peut être délétère pour l'enfant** : l'enfant acquiert la marche, il devient autonome dans son corps, il mange à table avec le reste de la famille, et il risque de manger la même alimentation que les grands. Pour certains parents, leur bébé étant devenu grand, pourquoi ne mangerait-il pas comme les grands ? « Les aliments industriels pour adultes ne présentent pas les mêmes garanties que les aliments pour les petits. Prenons l'exemple de l'huile de palme que l'on diabolise parce que c'est une huile remplie d'acides gras saturés avec un risque de maladies cardio-vasculaires. Dans les laits infantiles, on trouve un peu d'huile de palme, mais dans des quantités qui n'ont aucun effet délétère puisque l'apport d'acide palmitique est similaire à celui que l'on trouve dans le lait de femme et qu'il est nécessaire. Mais dans les plats industriels non spécifiques aux bébés, il peut y en avoir trop pour son organisme fragile ! Sans parler du surplus conséquent de sel, de sucre et des doses trop élevées en protéines, tout aussi néfastes pour la santé de l'enfant. »

**L'introduction de pommes de terre frites dès 8 mois contre 10 mois en 2005 interpelle également le pédiatre** qui rappelle que « si la consommation de glucides complexes est tout à fait recommandée et que la pomme de terre est un aliment indiqué pour le jeune enfant, le mode de préparation est important. L'étude Nutri-Bébé montre que la pomme de terre est de plus en plus souvent introduite sous la forme de friture, un mode de cuisson qui n'est pas du tout recommandé dans le cadre de l'alimentation de l'enfant de moins de 3 ans si on veut lui éviter des complications cardio-vasculaires plus tard. » Quant aux boissons sucrées, en plus de contribuer au rejet du simple verre d'eau, « elles entraînent un risque majoré de caries dentaires, habituent au goût sucré et favorisent le surpoids<sup>10</sup> », prévient le pédiatre.



4

## La représentation de l'enfant, au cœur des différences de comportement des mères : ce qu'en dit la sociologie

### Les enseignements de l'étude Nutri-Bébé\*

- Les mères primipares ont tendance à donner davantage de fruits et de légumes que les mères multipares qui privilégient les céréales.
- Les mères des foyers CSP+ ont, elles aussi, davantage débuté la diversification avec des fruits et des légumes, celles des foyers CSP-/inactifs ayant davantage inséré des céréales pour petit-déjeuner, des pâtes et/ou du riz.

Pour Raphaël Dhuot, **le fait que les mères primipares donnent davantage de fruits et de légumes que les mères multipares s'explique simplement** : « les mères primipares sont plus attachées au conseil médical car elles ont moins leur « expérience de mère » à opposer au modèle savant. Il y a une vraie concurrence entre l'expérience de mère et l'expertise médicale. »

Concernant le fait que **les bébés des foyers CSP+ consomment plus de fruits et de légumes et les bébés des foyers CSP- plus de féculents et de fritures**, là encore la sociologie fournit des explications : « ces foyers sont plus proches des recommandations nutritionnelles parce qu'ils pensent l'alimentation beaucoup plus en termes de source d'énergie que les CSP- qui l'envisagent davantage sur un mode hédoniste et traditionnel », explique Raphaël Dhuot. Il ajoute que « **les légumes et les fruits sont des aliments qui constituent un marqueur social** : réputés sains, on les donne d'autant plus aux bébés dans les premiers mois de la diversification que l'on adhère à la légitimité des modèles savants et, par extension, à la légitimité des recommandations nutritionnelles ». Ce qui est le cas des CSP+, détaille le sociologue : « ce sont des personnes plus diplômées, plus favorables à envisager rationnellement l'alimentation et à accorder une légitimité à l'avis médical des pédiatres. Les CSP- qui se reconnaissent moins dans ces logiques, et dont la distance sociale aux professionnels de santé est plus grande, entravant la communication, vont choisir des aliments qu'ils jugent plus réconfortants ou plus adaptés à l'enfance. »

**On peut distinguer deux grandes catégories de parents selon la nature et l'origine des conseils qu'ils reçoivent en matière de soins à apporter aux enfants** : d'un côté **les parents qui se renseignent auprès de professionnels de santé** dans les PMI et les hôpitaux dès les premiers jours, puis en consultation, ou alors de manière indirecte, grâce aux ouvrages ou à la presse magazine ; de l'autre, **les parents qui prennent conseil auprès de leur entourage familial** et qui pensent leur pratique **sur un mode traditionnel**.

**Mais, la non-conformation aux recommandations peut toucher tous les foyers, explique Raphaël Dhuot** : « Certains parents, s'ils y sont exposés, vont suivre les recommandations médicales les plus récentes, les plus modernes, parce qu'ils ont une conception linéaire de la science, sur le mode du progrès scientifique, et qu'ils pensent s'adapter aux avancées ; d'autres parents vont suivre les recommandations médicales les plus courantes, comme celles de leur médecin ; enfin, il y a les parents qui, en raison de la profusion de recommandations alimentaires et de leurs ajustements dans le temps (même s'il existe un consensus très fort sur les recommandations concernant la physiologie de l'enfant), parce qu'ils ont déjà eu des enfants et ont déjà été exposés à des recommandations médicales qui ne sont plus en vigueur aujourd'hui, décident de les mettre à distance, ou du moins de ne pas s'y conformer strictement.

