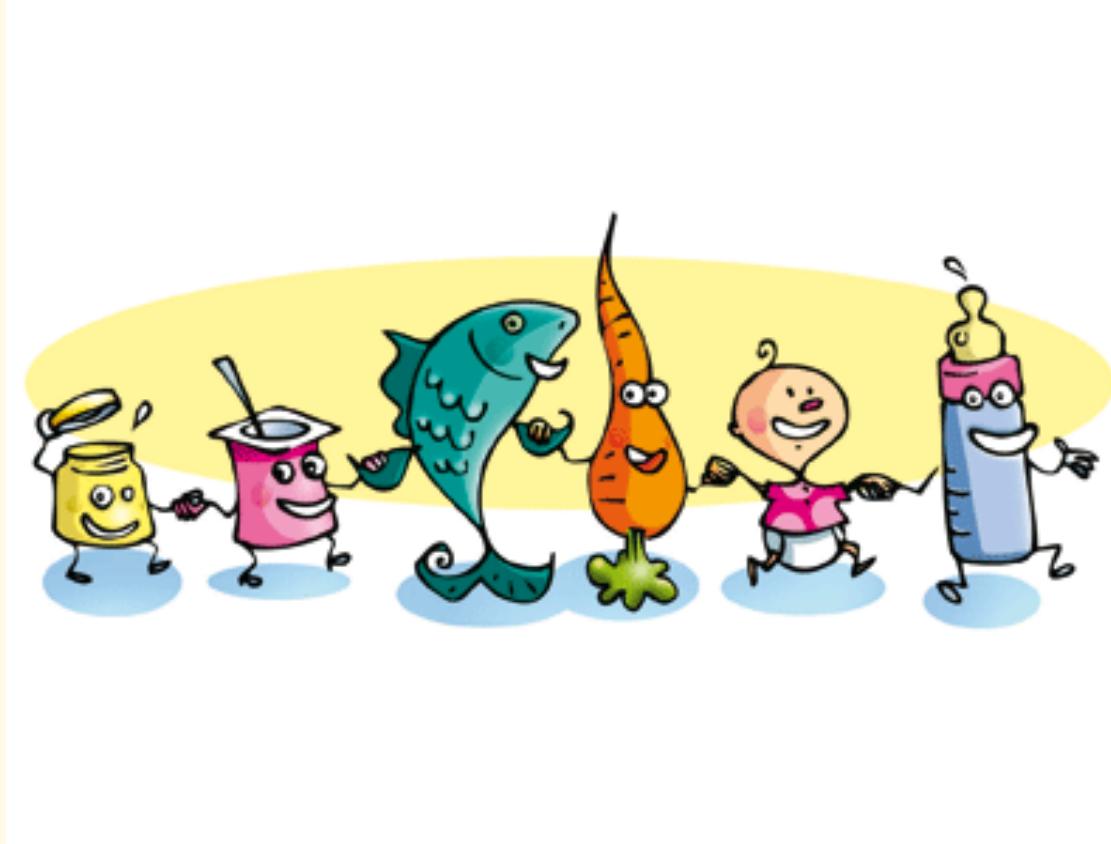


# Psychologie de l'enfant : Développement moteur, affectif, cognitif et social

Le développement socio-affectif:  
**Santé physique: alimentation et sommeil**  
2024-2025

Stassart Céline, PhD  
Chargée de cours

# Les comportements alimentaires



Meilleur, D. (2012). Particularités cliniques et classification des troubles de la conduite alimentaire chez les enfants âgés entre huit et 13 ans : où en sommes-nous ?. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60. 419–428. 10.1016/j.neurenf.2012.03.005.

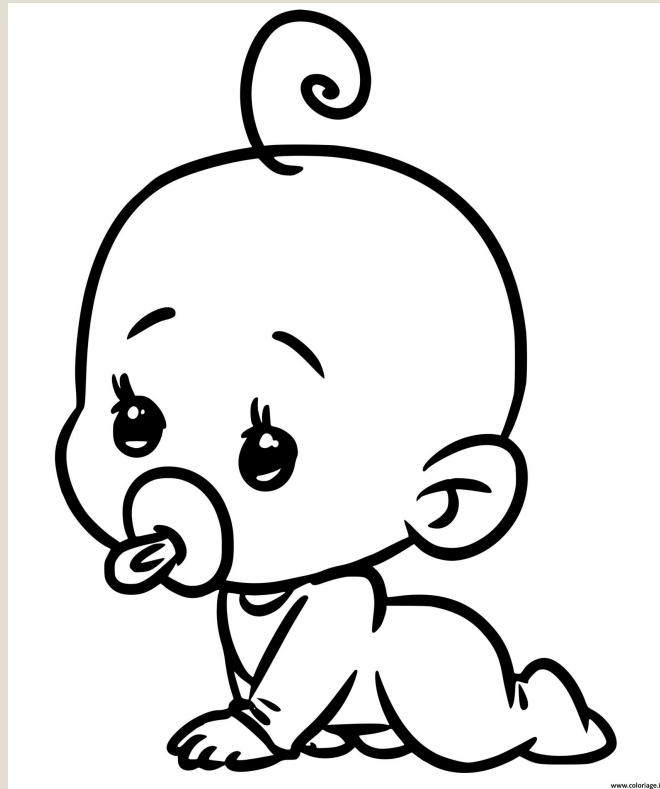
Rigal, N. (2009). La néophobie alimentaire, un interdit naturel à combattre. <http://dx.doi.org/10.1051/mnut/2009454176>. 45. 10.1051/mnut/2009454176.

Virginie Soulet. Processus développementaux impliqués dans l'évolution de la néophobie alimentaire chez le jeune enfant. Psychologie. Université de Nanterre - Paris X, 2018. Français. NNT: 2018PA100164 . tel-02441778

# Introduction

- **Dimensions** de l'alimentation:
  - Biologique
  - Psychologique
  - Sociale
- Dès la naissance, le repas donne un rythme
- Provoque des émotions
- Rassemble les personnes

# De la petite enfance

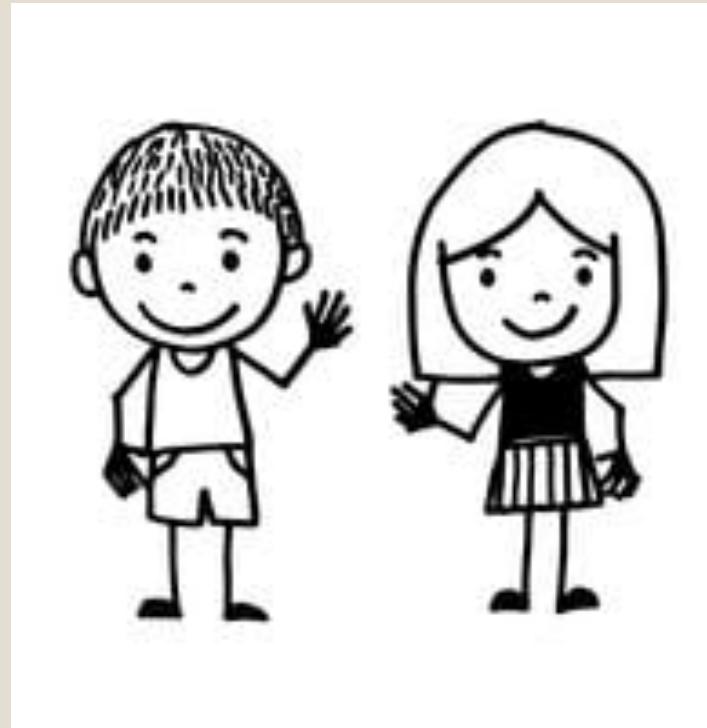


# Anorexie du 2ème semestre

Perturbation alimentaire **assez fréquente**: conduite de refus alimentaire

- Le plus souvent entre 5 et 8 mois:
  - soit brutalement,
  - soit progressivement,
  - parfois suivant un changement du régime alimentaire (sevrage, introduction de morceaux, ...)
- Contexte:
  - Souvent, nourrisson **vif, tonique**, éveillé, curiosité pour l'entourage, en avance dans son développement
  - Certain **degré d'autonomie**: tentative de maîtriser la situation
  - En //, réaction anxieuse de la mère, élaboration d'un manège pour faire manger le bébé:
    - Distraire, jouer, ouverture de bouche, séduction, attendre qu'il soit somnolent
  - Trouble réactionnel et **passager**: sevrage, modification dans la vie de l'enfant (séparation, naissance, ...)
  - Refus est souvent lié à attitude de forçage du parent
  - L'anorexie peut être centrée sur la mère. Le bébé mange bien avec une autre personne
  - Evolution rapide avec un changement d'attitudes parentales, diminution de l'anxiété maternelle, aide temporaire

# De l'enfance



# Néophobie

- La **peur de consommer des aliments inconnus**

- Caractéristique des espèces omnivores.

- En **sociologie**:

- L'être humain est poussé à rechercher la nouveauté afin de subvenir à ses besoins physiologiques

- Cette recherche s'accompagne paradoxalement d'une angoisse d'incorporation : angoisse rationnelle liée à l'éventualité d'une intoxication

- En **psychologie du développement**:

- Une période normale de l'enfance



# Néophobie

- Développement alimentaire de l'enfant:
  - Formation du **goût** commence **in utero** puis lors de la phase de l'alimentation lactée.
    - L'enfant parvient à détecter les arômes et les saveurs transmises via **l'alimentation maternelle**.
  - Ensuite, survient le **stade** dit de **diversification alimentaire**.
    - Période propice aux découvertes sensorielles et à l'introduction de la nouveauté
  - Par la suite, les **goûts** des enfants **se précisent et se stabilisent**.
    - Lorsque la croissance ralentit, les enfants mangent moins et des aversions alimentaires apparaissent.
  - Même si ça fait partie du développement:
    - Situation **pénible pour les parents**

# Néophobie

- Evolution avec l'âge:
  - Les auteurs s'accordent donc pour dire qu'elle est **présente tout au long de la vie.**
  - **Pic à partir de 2 ans.**
  - À partir de l'âge de **7 ans**, un **assouplissement** du comportement néophobique.

Etude de Soulet, 2020 (432 sujets âgés de 3 à 60 mois)

- Entre **19 et 24 mois**: néophobie flexible (48%) et rigide (10 %).
- À **3 ans**: 90 % (58 % flexible, 28 % rigide et 10 % pathologique).
- Enfants âgés de **31-36 mois**: prévalence a atteint 100 %

# Néophobie

- Nombre d'expositions nécessaires à sa diminution change au cours du développement.
  - Une **seule exposition** à un aliment inconnu durant **les premiers mois d'introduction des aliments solides** suffit à doubler sa consommation lors de sa présentation suivante.
  - Chez les enfants âgés de **2 à 5 ans** en revanche, jusqu'à **15 expériences positives** avec l'aliment sont nécessaires.

(Birch et al., 1998).

# Néophobie

4 grandes hypothèses de la néophobie:

**1. Manifestations de l'opposition** de l'enfant à ses parents

- Enfants vers 2-3 ans: processus d'individuation.

**2. Période de changements**

- Entrée à l'école, période d'apprentissage intense.
- Souvent vécue comme insécurisante: recherche de références stables et familières.
- Restriction progressive à des aliments connus et rassurants.

**3. Expérimentation de l'autonomie**

- À partir de 2 ans environ devient autonome d'un point de vue comportemental au niveau alimentaire.
- Il peut dès lors choisir ce qu'il souhaite manger ou non.
- Ses parents assumaient cette responsabilité auparavant.

**4. Stade préopératoire de Piaget**

- Entre 2 et 7 ans, rigidité intellectuelle et perceptive qui donne une perception de la nouveauté particulière.
- Si une partie de l'objet change, l'objet devient totalement nouveau.

# Néophobie

**Mais aussi variabilité individuelle:**

- Des facteurs intrinsèques:
  - La génétique, le **caractère et la personnalité** de l'enfant.
  - La recherche de **sensations fortes**.
  - Une **sensibilité accrue aux saveurs**.
  - Les émotions: sentiment de **dégoût prononcé**.
- Expériences antérieures:
  - Aliment qui semble amer visuellement car il partage des caractéristiques visuelles avec des aliments amers précédemment expérimentés.
- L'environnement de l'enfant:
  - Néophobie alimentaire parentale.
  - Pratiques éducatives.

# Le sommeil



# Aspect physiologique

- Deux grands stades:

- **Sommeil paradoxal (SP):**

- EEG est proche de celui de veille.
    - Mouvement oculaire rapide.
    - Activité du rêve.
    - Abolition du tonus musculaire à partir de 2 ans (avant petits mouvements).

- **Sommeil calme ou lent:**

- Sommeil profond.
    - Dépourvu d'activité motrice.

- Alternance de ces diverses phases.

| État                    | Veille                   | Sommeil non paradoxal      | Sommeil paradoxal        |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Comportement            |                          |                            |                          |
|                         |                          |                            |                          |
| Sensation et perception | vive, générée en externe | faible ou absente          | vive, générée en interne |
| Pensée                  | logique et progressive   | logique et persévérente    | illistique et bizarre    |
| Mouvement               | continu et volontaire    | épisodique et involontaire | commandé mais inhibé     |

# Aspect développemental

## # entre adulte et enfant:

- Quantité

| Nouveau-né         | 3 mois                                     | 1 an                                                         | 3 et 5 ans                             | 6 et 12 ans | 13 et 15 ans + |
|--------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------|----------------|
| 16h à 17h          | 15h                                        | 13h                                                          | 12h30                                  | 9h30        | 8h30           |
| Par fraction de 3h | Sieste<br>Période plus longue la nuit (7h) | Deux siestes<br>(Important pour la qualité sommeil nocturne) | Vers 4 ans:<br>disparition des siestes |             |                |

Cependant, grande variabilité individuelle: petits/grands dormeurs

# Aspect développemental

## # entre adulte et enfant:

- Répartition des phases de sommeil
  - **Nouveau-né** → sommeil paradoxal fait 50 % du temps de sommeil. Un cycle de sommeil dure en moyenne 60 minutes.
  - **Adulte** → sommeil paradoxal fait 25 % du temps de sommeil et un cycle sommeil dure en moyenne 120 minutes.
- Période initiale du sommeil
  - **Nouveau-né -2 ans** → Sommeil paradoxal 30-45 minutes après l'endormissement. Le bébé s'endort souvent en sommeil agité (SP) avec de nombreux mouvements corporels et des mimiques faciales.
  - **Enfant à partir de 2 ans** → Sommeil paradoxal apparaît après 120 minutes.

# Difficultés d'endormissement

## 1. Insomnie 1<sup>ère</sup> année

- Trouble très fréquent.
- Reflète un malaise relationnel entre le nourrisson et son environnement.
- **L'insomnie commune:** très fréquente
  - Trouble lié à des conditions environnementales ne convenant pas au bébé.
  - Amélioration des conditions défavorables = amélioration du sommeil.
- **Insomnie précoce sévère:** plus rare
  - Forme agitée : le bébé hurle, crie, s'agit, mouvements (balancement, ...).
  - Forme calme : le bébé reste dans son lit silencieux.
  - Souvent signe de psychopathologie.

# Difficultés d'endormissement

## 1. Insomnie 1<sup>ère</sup> année

Difficulté à mettre en place une « aire transitionnelle » entre l'éveil et le sommeil.

- **Conditions éducatives et environnementales** peu favorables:
  - Attitudes alimentaires peu adaptées:
    - Rigidité excessive des horaires de repas
    - Excès de ration alimentaire
    - Suppression prématurée des repas nocturnes
    - ...
  - Des mauvaises conditions acoustiques (cohabitation chambre des parents), chaleurs.
  - Changements intempestifs.

# Difficultés d'endormissement

## 1. Insomnie 1<sup>ère</sup> année

Difficulté à mettre en place une « aire transitionnelle » entre l'éveil et le sommeil.

- **Troubles interactifs précoces:**
  - Multiplicité de sollicitations:
    - Parents soucieux des performances de l'enfant.
    - Le stimulant sans cesse, « force la communication ».
  - Irrégularité et manque
    - Imprévisibilité des comportements maternels.
    - Alternance d'investissement convenable et de désinvestissement.
    - ...

# Difficultés d'endormissement

## 2. Difficultés d'endormissement de l'enfant

- Elles font partie du développement normal de l'enfant, surtout entre 2 et 6 ans.

Raisons:

- **Des conditions extérieures défavorables** : du bruit, des heures de coucher très irrégulières, pas de rythme, cohabitation chambre parents.
- **Une pression extérieure inadéquate** : trop de rigidité.
- **Etat anxieux de l'enfant :**
  - Peurs développementales : craintes liées à une phase de développement (éveil de l'imaginaire). Peur du noir, peur des créatures imaginaires (monstres, fantômes, loup, ...).
  - Peur de faire des cauchemars: rêves angoissants, événements particuliers (images, rêves compliqués, film horreur).
  - Personnalité anxieuse, hypersensible: ruminations.
    - Anxiété de séparation.

# Difficultés d'endormissement

## 2. Difficultés d'endormissement de l'enfant

- Elles font partie du développement normal de l'enfant, surtout entre 2 et 6 ans.

Raisons:

- **Etat d'intolérance à la frustration**
  - Enfant en pleine conquête motrice.
  - Affirmation de soi.
- **Phénomènes hypnagogiques :**
  - Peuvent s'observer entre 6-15 ans et assez fréquents au moment de l'endormissement.
  - Sensations visuelles (images géométriques, personnages animaux flous), auditives ou sensations de décharges électriques, sursaut.
  - Par leur caractère angoissant retarde endormissement.

# Difficultés d'endormissement

## 2. Difficultés d'endormissement de l'enfant:

Manifestations cliniques:

- **Opposition au coucher** : l'enfant crie, se relève (sans anxiété).
- **Rituels du coucher** : très fréquents entre 3 et 6 ans, l'enfant exige que certains rituels soient accomplis toujours de la même façon, objet(s) particulier(s).
- « **Phobie** » **du coucher** : porte ouverte, lumière allumée ; parfois l'enfant peut expérimenter de la panique au moment de l'endormissement, demande alors de s'endormir entre les parents.
- **L'insomnie vraie** : peut s'observer chez le grand enfant ou adolescent, mais plus rare. L'enfant s'endort plus tard (fin de la nuit, début matinée), mais garde une quantité et qualité du sommeil dans la moyenne.

# Parasomnies

## 3. Angoisses nocturnes

- **Terreur nocturne :**
  - Souvent entre 3 et 5-6 ans (6%, 1 à 3% - de 15 ans).
  - Une conduite hallucinatoire de quelques minutes puis se rendort.
  - Enfant hurle, les yeux hagards, le visage effrayé, ne reconnaît pas l'entourage, pas de raisonnement possible, sueurs, tachycardie.
  - Il est habituel que l'enfant n'ait pas de souvenirs de cette crise le lendemain.
  - Un état d'éveil dissocié (comme le somnambulisme): activation neuro-végétative alors que le cortex resterait en sommeil lent profond.
  - 1<sup>er</sup> cycle du sommeil en début de nuit.

# Parasomnies

## 3. Angoisses nocturnes

- **Le rêve d'angoisse :**
  - Il est très fréquent dès l'âge de deux ans: 30% des enfants.
  - Il correspond à la survenue du sommeil paradoxal.
  - L'enfant peut pleurer, appeler à l'aide et s'en souvient le lendemain.
  - Rêve d'angoisse + fréquent en début de nuit.
  - Fréquent suite à un événement traumatique.
- **Le réveil anxieux :**
  - Se situe entre la terreur nocturne et le rêve d'angoisse.
  - L'enfant s'éveille anxieux, mais n'expérimente pas de manifestations hallucinatoires.