

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :

http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=DEV&ID_NUMPUBLIE=DEV_012&ID_ARTICLE=DEV_012_0011

Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. Une nouvelle perspective

par Maria RAMSAY

| Médecine & Hygiène | Devenir

2001/2 - Volume 13

ISSN 1015-8154 | pages 11 à 28

Pour citer cet article :

— Ramsay M., Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. Une nouvelle perspective, Devenir 2001/2, Volume 13, p. 11-28.

Distribution électronique Cairn pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

LES PROBLÈMES ALIMENTAIRES CHEZ LES BÉBÉS ET LES JEUNES ENFANTS

*Une nouvelle perspective**

Maria Ramsay**

La prévalence des problèmes alimentaires chez des bébés qui sont d'autre part en bonne santé est de plus de 25% (Lindberg *et al.*, 1991); elle peut atteindre jusqu'à 35% chez les nourrissons avec un handicap neurologique (Palmer et Horn, 1978). Dahl et Sundelin (1986) rapportent que 1 à 2% des bébés de moins de douze mois ont des problèmes alimentaires suffisamment sévères pour entraîner un gain de poids insuffisant et un retard statur pondéral. Selon le DSM-IV, 50% des bébés hospitalisés pour retard de croissance sans cause médicale identifiable souffrent de problèmes du comportement alimentaire. Les opinions des professionnels varient quant à la cause du problème chez ces bébés par ailleurs en bonne santé.

Pour certains, (Polan *et al.*, 1991; Satter, 1986; Ward *et al.*, 1993), les troubles alimentaires sont engendrés par un maternage manquant de sensibilité et par un manque d'interactions au moment du repas. D'autres (Reilly *et al.*, 1999; Ramsay *et al.*, 1993) soulignent des difficultés d'ordre physiologique ayant trait au processus alimentaire (appétit et ingestion), et qui peuvent influencer le rapport à la nourriture. Nous traitons dans le présent article des problèmes alimentaires chez des enfants par ailleurs en bonne santé, pour lesquels le processus alimentaire se trouve affecté par des variations physiologiques ou des défauts de l'appétit

(*) Cet article est reproduit avec l'aimable autorisation de la revue *Prisme*, 1999, n° 30, pp. 10-27.

(**) L'auteur est psychologue et coordonnatrice de la Clinique de retard statur pondéral et des troubles alimentaires du Programme de développement de l'enfant à l'Hôpital de Montréal pour enfants. 2300, rue Tupper Montréal (Québec) H3H 1P3

et/ou du processus d'ingestion, ces difficultés n'étant pas liées à des troubles médicaux ou à des médicaments.

Comme c'est le cas pour d'autres aptitudes sensori-motrices, le comportement alimentaire comprend une dimension développementale. Il s'agit d'un processus sensori-moteur extrêmement complexe qui évolue avec le temps et qui est lié à la qualité de l'appétit chez l'enfant. Toutefois, en raison du caractère de survie qui y est rattaché, le comportement alimentaire, à l'inverse d'autres comportements, est très chargé affectivement dès le début de la vie du nouveau-né. Quand le comportement alimentaire est adéquat, le moment du repas devient une activité sociale plaisante correspondant à une prise d'aliments suffisante, une nutrition saine et une croissance adéquate. En revanche, si le processus est troublé, les repas sont entrecoupés de tentatives de la mère d'augmenter la prise de nourriture, en multipliant la fréquence ou la longueur des repas. Les repas deviennent entrecoupés de distractions, que nous avons appelées «stratégies d'alimentation compensatoires» (Ramsay et Gisel, 1996). Si les problèmes persistent, ces stratégies compensatoires installées précocement peuvent ne plus être efficaces, ni appropriées à l'âge de l'enfant, et ceci qui rend le temps des repas éprouvant pour la dyade.

Une enquête menée auprès de 160 nourrissons à la Clinique de retard staturo-pondéral et des troubles alimentaires du Programme de développement de l'enfant de l'Hôpital de Montréal pour Enfants a montré que l'âge moyen d'apparition des problèmes alimentaires était de 3,1 mois (SD = 4,7 mois) et l'âge moyen d'apparition des retards de croissance était de 8,8 mois (SD = 4,9 mois). Notons que le délai moyen d'envoi de l'enfant en pédiatrie était de 19,2 mois (SD = 10,4 mois). Nos résultats indiquent en outre que les problèmes alimentaires tendent à apparaître tôt dans la vie et qu'ils précèdent le retard de croissance. Au moment où il est reconnu par les professionnels (âge moyen = 19 mois), le caractère chronique du problème alimentaire a déjà entraîné des problèmes de comportement et des difficultés interpersonnelles secondaires qui viennent compliquer la prise en charge du trouble initial. Aussi est-il crucial, selon nous, de procéder aussitôt que possible à l'évaluation et au traitement des problèmes alimentaires chez les très jeunes enfants pour aboutir à une évolution favorable.

Le processus alimentaire

Problèmes
alimentaires
chez les bébés
et les jeunes enfants

Aspect développemental des capacités alimentaires

Tel qu'on le voit dans le tableau 1, le comportement alimentaire suit le même cours développemental que les autres compétences sensori-motrices, qui dépendent toutes de la maturation neurologique et des capacités d'apprentissage (Stevenson et Allaire, 1991; Ramsay et Gisel, 1996, Sheppard et Mysak, 1984). Un exemple démontrant l'intrication des aptitudes développementales en cause serait celui d'une petite fille de onze mois qui manipule sa nourriture avec ses doigts (motricité fine) et boit avec une tasse (motricité fine et orale), en même temps qu'elle se tient en position assise (motricité globale) et fait entendre des sons joyeux dirigés vers la personne qui la nourrit (motricité orale, compétences sociales et langagière).

Tableau 1: Capacités alimentaires et autres capacités développementales selon l'âge du bébé.

Capacités	0-2/3 mois	3-6/7 mois	7-10/11 mois	11-15/16 mois	16-24 mois et plus
Alimentation (motricité orale)	tête	suce/mord	mâche	mastique	mastique bien
Texture des aliments (réactivité sensorielle)	liquide	purée	grumeaux	haché en morceaux	nourriture de table
Instruments	sein/ biberon	cuillère	tasse/doigts	mange seul	fourchette
Langage	gazouille	babille	sons détachés	mots détachés	mots associés
Motricité fine	agite les doigts	saisit/retient	transporte	relâche/lance	griffonne
Motricité globale	soulève la tête	se tourne	s'assoit seul	se tient debout/ marche	court/ saute

Implication des processus physiologiques dans les habiletés d'alimentation

L'alimentation du bébé est un processus physiologique qui dépend de l'impulsion ou de l'appétit amenant l'ingestion d'aliments et de l'intégrité du système gastro-intestinal et du système cardio-respiratoire. La régulation de l'appétit est un phénomène

encore mal compris qui constitue néanmoins le mécanisme premier de motivation pour ingérer des aliments (Ramsay, 1995). Dans une étude conduite par Lindberg *et al.* en 1991, le problème rapporté par 1,5% à 1,8% des parents de bébés de moins de un an était celui d'un appétit pauvre ou insuffisant. D'autres chercheurs (Evans et Davies, 1977; Skuse, 1993; Tolia (1995) ont identifié des bébés souffrant de retard staturo-pondéral, et qui ne demandaient pas à être nourris pendant des périodes excessivement longues. Selon Evans et Davis (1977), un problème de régulation de l'appétit pouvait être en cause chez ces bébés. L'étiologie des problèmes d'appétit n'est pas claire mais les bébés qui souffrent d'un manque d'appétit ou d'inappétence représentent un groupe d'enfants qu'il est important de reconnaître le plus tôt possible.

Chez le nouveau-né, l'ingestion est caractérisée par une séquence bien organisée impliquant le frouissement, la contraction des lèvres, la succion, la déglutition et la respiration (Bosma, 1990). A l'âge de six mois, le réflexe de téter évolue vers la succion, laquelle ouvre au développement de l'aptitude à mâcher et à mastiquer. L'efficacité de ces activités relève de la motricité orale chez les enfants les plus jeunes comme chez les plus âgés, et elle dépend de l'intégrité du système sensoriel oro-pharyngien. Un problème courant chez les nourrissons avec des problèmes alimentaires est leur incapacité de passer des aliments de type purée à des aliments de consistance plus solide ou en morceaux. L'explication proposée ici est qu'il peut exister une difficulté à coordonner les contractions du pharynx avec le péristaltisme œsophagien (Milla, 1991).

Identification des troubles alimentaires

La plainte la plus fréquente exprimée par les parents est que l'enfant refuse de prendre une quantité suffisante de lait, ou refuse de goûter à de nouveaux aliments ou à des aliments de consistance plus solide. Au début, le refus de nourriture est vraisemblablement le signe d'un fonctionnement alimentaire problématique (difficulté à téter, hypo-sensitivité orale, manque d'appétit), mais si le problème persiste, il peut être aussi l'indice de difficultés relationnelles entre le bébé et le parent, qui viennent s'ajouter au problème initial lié aux aliments.

Il n'existe pas de terminologie, de définition ou système classificatoire universellement accepté concernant les problèmes alimentaires au cours de la première enfance. Art-Rodas et Benoît (1998)

soulignent que le refus de nourriture, les crises de colère, les difficultés à téter, à avaler ou à mastiquer sont autant de symptômes des troubles alimentaires. Presque toutes les études portent sur les comportements observés au moment des repas; les interactions dysharmonieuses entre mère et enfant sont interprétées comme étant la source du problème plutôt que le résultat d'un comportement installé depuis longtemps dans le processus alimentaire (Budd *et al.*, 1992; Polan *et al.*, 1991).

Les causes physiologiques

Les problèmes alimentaires peuvent varier en niveau de léger à sévère, selon le degré du handicap ou de l'incapacité physiologique à s'alimenter. Les causes de problèmes alimentaires peuvent être regroupées en trois catégories, qui tendent dans les faits à se manifester de façon simultanée.

1. Appétit pauvre ou fluctuant

L'appétit ou la sensation de faim n'est pas la même chez tous les bébés. Certains nourrissons semblent ressentir intensément la faim, d'autres, pas du tout, et d'autres encore ont un appétit fluctuant. Les bébés qui ont un faible appétit ne se réveillent pas pour leurs biberons durant les premiers mois, alors que plus tard, ils ne recherchent ou ne demandent pas de nourriture. Dans les cas extrêmes, les très jeunes enfants avec un tel problème risquent de souffrir de déshydratation si l'on s'en remet à leurs seuls signaux internes de faim.

2. Difficultés sensorielles dans la sphère oro-pharyngée

Certains enfants montrent une hypersensibilité de la région buccale, alors que d'autres ne sont pas assez sensibles à ce niveau. Dans les cas d'hypersensibilité, on voit que ces bébés tendent à régurgiter lorsqu'on introduit un objet (tétine, jouet, doigt ou aliment) dans leur bouche. Ils ont aussi tendance à régurgiter quand ils avalent: ces bébés peuvent accepter la nourriture, la mâcher mais plutôt que de l'avalier, ils la rejettent au dehors. Le fait de régurgiter entraîne des vomissements chez bien des bébés.

On remarque aussi que certains bébés sont hypersensibles à la consistance ou à la température des aliments, ou encore à une texture spécifique. Ces enfants sont perçus comme difficiles, voire capricieux, et sont souvent traités de capricieux ou de difficiles, les parents étant convaincus que l'enfant refuse volontairement de manger certains types d'aliments. Ces termes négatifs sont assurément nuisibles et ne peuvent que contribuer à étendre le problème alimentaire dans le champ relationnel.

Même si cette situation est moins fréquente, il arrive que des nourrissons soient hypo-sensibles aux aliments, c'est-à-dire que leur seuil de réactivité sensorielle aux saveurs, aux textures ou à la consistance des aliments soit réduite par rapport à ce qu'on observe habituellement. Pour ces enfants, l'aliment au contact de la bouche n'entraîne pas automatiquement chez eux le réflexe de sucer ou celui de mâcher ou de mastiquer. Ils réagissent en tenant leur biberon pendant plusieurs minutes sans têter, ou en gardant des aliments dans leur bouche pendant des heures (oui, ceci peut réellement durer des heures!) sans les mâcher. La saveur de nouveaux aliments les portera à mastiquer ou à avaler un peu plus vite pendant un certain temps, mais une fois passée la nouveauté, ces bébés deviennent de nouveau très lents à s'alimenter.

3. Problèmes de motricité de la sphère oro-pharyngée

Quelques enfants ont un réflexe de succion inefficace, et des capacités de mastication insuffisantes, du fait d'un faible tonus musculaire ou d'une mauvaise coordination. Ces enfants peuvent aussi avoir un retard dans d'autres domaines sensori-moteurs. L'incapacité à avaler est habituellement associée à des troubles médicaux, ou à des expériences alimentaires précoces traumatiques, telle que l'alimentation par gavage naso-gastrique prolongé (Lewis, 1982; Morris, 1982).

Les problèmes comportementaux associés

En se chronicisant, les difficultés alimentaires peuvent entraîner divers comportements problématiques tant chez l'enfant que chez les parents au cours des repas.

1. Refus de s'alimenter

Les bébés ont un vaste répertoire de comportements qu'ils peuvent utiliser pour éviter de manger en quantité suffisante ou d'ingérer certains types d'aliments (par exemple, détourner la tête, lancer la nourriture ou la jeter par terre, jouer avec les aliments, etc.). Au départ, le refus de nourriture devrait être vu comme un signe de difficultés d'ingestion persistantes (faible appétit, problèmes de réactivité sensorielle ou de motricité). Il faut cependant être attentif au fait que ces comportements servent aussi à maintenir des modes alimentaires, où certains types d'interactions au moment du repas, ce qui empêche ou retarde d'autant l'acquisition de compétences alimentaires plus évoluées.

2. Comportements parentaux inadaptés

Quelques auteurs relient les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants à une « mauvaise gestion de l'alimentation » par le parent, à des problèmes d'attachement parent-enfant, ou à des difficultés liées à la séparation (Bentovim, 1970; Chatoor *et al.*, 1997). Selon nous, les comportements mal adaptés du parent se développent à partir de pratiques alimentaires de type compensatoire adoptées d'abord pour nourrir l'enfant (Ramsay *et al.*, 1993, 1995). Quand les bébés sont très jeunes, les stratégies alimentaires compensatoires (tels que biberons très fréquemment, ou les tétées prolongées indéfiniment) sont nécessaires pour assurer une prise d'aliments suffisante pour la survie du nouveau-né. Par exemple, dans une recherche récente (Ramsay *et al.* (1998), les mères de nourrissons qui étaient difficilement passaient une heure de plus par jour à nourrir leur bébé que les mères d'enfants qui étaient efficacement. Dans cette étude, l'efficacité de la succion chez les nourrissons était établie à l'aide d'un instrument spécifique de mesure.

A mesure que les bébés grandissent, leurs besoins en apport calorique s'accroissent. Quand les problèmes alimentaires persistent, les repas compensatoires sont remplacés par des câlins, des supplications ou des menaces, ou encore le parent permet que le temps du repas soit non structuré, croyant arriver ainsi à augmenter la prise d'aliments. Les jeunes enfants apprennent très vite à contourner ces tentatives pour les faire manger, et la « bataille de la cuillère » se trouve du coup engagée. Des facteurs de stress tels que

la détresse affective et les conflits conjugaux contribuent aussi au cycle d'interactions inadaptées au cours des repas.

Processus diagnostique

Tel que nous l'avons montré, le développement des habiletés d'alimentation est parallèle à l'acquisition d'autres capacités sensori-motrices de même qu'à l'introduction de divers types d'aliments. Il est donc utile de connaître la progression normale réalisée par l'enfant sur ces divers plans. Le tableau 2 présente la synthèse des capacités acquises selon l'âge de l'enfant, correspondant aux passages d'un type d'aliment à un autre. On y trouve aussi indiqués les problèmes habituellement rencontrés par les parents. Différents auteurs peuvent situer à des âges ou des niveaux légèrement différents les stades ou passages décrits, mais la séquence reste la même (Lewis, 1982; Stevenson et Allaire, 1991).

Tableau 2: Capacités d'alimentation acquises par l'enfant, introduction des aliments et types de problèmes rencontrés.

Âge de l'enfant	Types et consistance des aliments	Capacités acquises et appétit	Problèmes rencontrés
0-2 mois maternel	Lait/formule	Tête: bon rythme/soutenu Appétit: se réveille/ pleure pour être nourri	Repas trop courts ou trop nombreux; s'endort pendant le repas
3-6 mois	Purées	Mord bien/réflexe de succion Nourri à la cuillère (saveurs, textures) Appétit: recherche nourriture, pleure pour manger	Protrusion de la langue Refuse aliments en purée Ne recherche pas la nourriture
7-10 mois	Grumeaux/ mixé	Latéralisation des aliments en fonction des dents Mâchouille/mouvements de la bouche Commence à boire à la tasse	Régurgite/vomit grumeaux Pas ou peu de motricité buccale Refuse de boire à la tasse
11-15 mois	Morceaux hachés fin	Langue essuie les aliments sur les lèvres Latéralisation de la langue Aime une variété de morceaux Mange avec les doigts Demande les aliments par leur nom	Non présent Avale tout rond Crache/vomit les morceaux Ne se nourrit pas seul Ne demande pas à manger
16-24 mois et plus	Nourriture de table	Mouvement de mastication évolué Mange seul Boit à la tasse Aime tous types d'aliments Excellent appétit	Non présent Doit encore être nourri Peut être encore au biberon Sélectif, mange lentement Mange comme un « oiseau »

Comme il en est dans tous les domaines du développement sensori-moteur, les difficultés rencontrées à l'une ou l'autre des étapes de l'alimentation auront des conséquences dans la suite du développement. Par exemple, un nourrisson de cinq mois chez qui on retrouve une protrusion de la langue (ce qui rend difficile l'alimentation à la cuillère) et qui demande peu ou ne recherche pas son biberon (signalant un manque d'appétit) aura vraisemblablement d'autres problèmes qui prendront ensuite la forme d'une difficulté à mastiquer et d'un faible appétit.

L'évaluation clinique du refus de nourriture chez les bébés est souvent conduite en posant des questions directes sur l'alimentation. Cependant, l'histoire rapportée par le parent peut ne pas permettre de détecter des problèmes alimentaires déjà existants chez l'enfant. L'expérience nous indique que tant que les mères peuvent faire face au problème alimentaire de leur bébé et que celui-ci prend du poids, elles ne sont pas portées à parler de ses difficultés. Pour arriver à un meilleur résultat dans l'évaluation des problèmes alimentaires initiaux, on devrait poser des questions indirectes aussi bien que des questions directes, lesquelles révèlent habituellement des difficultés précoces dans le comportement alimentaire de l'enfant.

Une histoire détaillée et précise peut être obtenue en posant des questions directes et indirectes sur l'appétit de l'enfant (par ex.: Durant le premier mois, votre bébé se réveillait-il pour boire?), sur la tétée (Combien de temps votre bébé tétait-il pendant chaque repas? Comment votre bébé réagissait-il après sa tétée?) et les passages progressifs d'un type d'aliment à l'autre (Quand avez-vous introduit les purées et comment votre bébé a-t-il réagi?) (Ramsay *et al.*, 1993).

Pour établir un diagnostic de trouble alimentaire, toute difficulté rapportée doit apparaître tôt après la naissance ou au moment de l'introduction d'un type nouveau d'aliment et les difficultés doivent être persistantes. La revue de l'histoire médicale et développementale et de la croissance peut fournir d'autres indices menant à des causes sous-jacentes aux troubles alimentaires. Les habitudes alimentaires des parents au cours de leur propre enfance sont souvent révélatrices de difficultés au niveau de l'appétit, ou d'une hypersensibilité à certains aliments. Ces difficultés tendent à se retrouver chez d'autres membres de la famille. L'observation durant les repas permet de saisir le niveau d'habileté acquise par l'enfant et l'état de la relation parents-enfant autour de la nourriture. Cependant, les comportements observés au cours des repas ne devraient pas être retenus ou considérés a priori comme la cause de problèmes alimentaires installés depuis longtemps (Thompson *et al.*, 1977).

La prise en charge des problèmes alimentaires

Le type de prise en charge choisi dépend de l'âge du bébé, de son état nutritionnel, du niveau d'habileté acquise sur le plan alimentaire, du niveau de refus – plus ou moins radical – de nourriture, du niveau de détresse et d'anxiété parentale, et enfin de l'état plus ou moins inadapté des interactions au cours des repas. Certains bébés en bonne santé peuvent avoir des difficultés à téter dès la naissance. Ils peuvent selon les cas accepter le biberon mais pas le sein, ou ne pouvoir prendre ni l'un ni l'autre. Même si l'expression « confusion entre les tétines » jouit d'une grande popularité, il s'agit d'une description plutôt inexacte de ces bébés nourris au sein qui, lorsqu'on leur présente une tétine, préfèrent le biberon. De fait, les bébés peuvent aisément faire la différence entre les tétines (Meltzoff et Borton, 1979) et ils sont portés à préférer le biberon lorsqu'ils éprouvent des difficultés à boire au sein.

Les modalités de soin

L'intervention dépend de l'interprétation correcte de la ou des cause(s) du problème alimentaire. S'il s'agit d'une intolérance à la texture des aliments, une désensibilisation lente et progressive aidera le bébé à franchir cette étape du processus alimentaire. Si la cause du problème tient à un appétit faible ou fluctuant, un régime à forte teneur calorique est susceptible d'aider dans ces cas. Si le problème relève de la motricité (zone orale), on trouvera vraisemblablement d'autres irrégularités au plan développemental chez ces enfants. Lorsque le trouble alimentaire est plus complexe, il pourra être utile d'adresser le cas à une équipe multidisciplinaire.

Les aspects culturels

Si les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants sont universels, les taux concernant le gain de poids tendent à varier selon les parties du monde. C'est pourquoi l'utilisation d'échelles de croissance standard nationales (du type de celles conçues au Canada par le *National Center for Health Statistic*,

Hamill *et al.*, 1979) peut ne pas donner un tableau exact de la croissance des bébés de cultures différentes. Selon notre expérience clinique, le poids des bébés en bonne santé originaires d'autres cultures tend à être légèrement moins élevé que celui des bébés nord-américains.

Les enfants d'autres cultures qui ont des problèmes alimentaires posent un défi particulier. Les parents se sentent souvent isolés et en l'absence de leur propre famille, ils manquent d'information quant à leurs propres antécédents (habitudes et histoires de problèmes alimentaires). Quand on discute des interventions avec eux, il importe de bien comprendre leurs coutumes et leurs idées en matière de difficultés alimentaires, de façon à faciliter l'adhésion des parents au traitement.

Vignette clinique

Le cas suivant démontre non seulement la complexité du processus d'évaluation et de traitement de problèmes alimentaires chez un nourrisson, mais aussi la nécessité d'intégrer les concepts mentionnés plus haut dans la pratique médicale usuelle. Les mots-clés référant au diagnostic plus précis dans ce cas sont mis en italiques dans le texte.

Nous recevons Pierrette, un bébé de trois mois, à notre clinique de retard staturo-pondéral, qui nous est adressée par son pédiatre en raison d'un refus fréquent de prendre ses tétées durant la journée. Le bébé parvient à boire non sans difficulté entre une et trois décilitres de lait, mais éprouve ensuite des malaises sévères qui s'expriment sous forme de crampes, de rots, de régurgitations et de pleurs incessants. L'enfant prend par contre un biberon durant la nuit et elle boit alors largement sans malaise apparent. Étant donné les comportements inhabituels du bébé, on s'interroge sur la nature de la relation mère-enfant. A l'examen médical, Pierrette se révèle être un bébé en bonne santé qui se développe bien, son poids et sa taille la situant dans le 50^e percentile.

L'histoire de l'alimentation nous indique que Pierrette, seule enfant du couple, a été nourrie au sein pendant trois semaines de façon apparemment satisfaisante. Puis elle aurait commencé à pleurer et à régurgiter et elle refusa ensuite le sein. Sa mère la mit au biberon et, sur l'avis du pédiatre, différentes formules de lait furent essayées au cours des deux mois suivants. On prescrit

aussi une médication pour contrôler ses régurgitations. Le bébé répondait tout d'abord très bien à chaque nouvelle formule de lait mais après quelques jours, elle refusait de nouveau de boire durant la journée. Avec chaque nouvelle formule de lait proposée, on cherchait à augmenter la digestibilité du lait, ce qui ne calmait pas l'enfant chez qui la réaction de détresse se trouvait à peine diminuée. Pierrette pleurait cependant pour être nourrie; elle mangeait une petite quantité de céréales, indiquant par là qu'elle avait de l'appétit. Bien que la mère ait eu le soutien de sa famille, elle se disait très fatiguée par les constants efforts à fournir au moment des biberons durant la journée et frustrée de ne pas comprendre le refus de boire et la détresse du bébé.

L'observation au moment du repas révéla une mère douce et attentive qui faisait de son mieux pour nourrir son enfant. Pierrette prenait visiblement sans envie un peu de lait et manifestait presque aussitôt des signes de détresse. À la fin de la première visite, nous avons conclu que le malaise du bébé pouvait être lié à une sorte d'intolérance gastro-intestinale, liée à la formule de lait (*problème médical?*). Le mode de succion (*problème de motricité orale?*) ne put être évalué car l'enfant ne cessait de se tortiller et de pleurer durant la tétée.

Nous ne pouvions à ce moment nous expliquer le fait que le biberon pris la nuit n'entraîne, lui, aucun problème. Nous nous questionnions aussi sur la saveur des formules de lait et sur la présence possible de difficultés d'intégration sensorielles chez l'enfant. On suggéra à la mère de changer de formule et d'en essayer une encore plus digeste et de nous rappeler dans quelques jours. Au début, Pierrette réagit bien à la nouvelle formule mais une semaine plus tard, la mère nous dit que si la petite était un peu moins souffrante, elle refusait de boire durant le jour et continuait de régurgiter.

Étant donné que le poids de l'enfant était normal mais que certains professionnels entretenaient des doutes sur la qualité de la relation mère-enfant, Pierrette fut alors admise à l'hôpital pour observer les interactions mère-enfant au cours des repas et procéder à des investigations médicales. Le même *pattern* se poursuivit au cours de l'hospitalisation mais la relation mère-enfant fut jugée adéquate. Le fait que l'enfant n'acceptait de boire que lorsqu'elle était endormie fut interprété comme un problème comportemental par certains membres du personnel hospitalier.

Nous étions toujours impliquée dans ce cas et nous avons alors introduit une variété d'aliments en purée. L'enfant aimait

être nourrie à la cuillère et mangeait avec appétit, même si la coordination du mouvement des lèvres avec la cuillère devait être améliorée; elle ne régurgitait pas la nourriture solide qui ne semblait pas susciter de malaise. A une occasion cependant, alors que le bébé prenait son biberon, nous avons remarqué que le pattern de succion/respiration était mal coordonné, et que l'enfant tétait et respirait de façon alternée (*pattern de succion/déglutition/respiration défaillant*). A la sortie de l'hôpital, on suggéra à la mère d'augmenter la quantité d'aliments solides et de diminuer les liquides, espérant ainsi réduire le malaise du bébé. La mère se sentait mieux car les repas constitués d'aliments en purée se passaient bien. Néanmoins, une question restait sans réponse, celle du biberon pris la nuit sans malaise chez l'enfant.

Après plusieurs appels téléphoniques visant à superviser les repas, le bébé fut revu à la clinique. A quatre mois, Pierrette mangeait en quantité suffisante des aliments en purée, ce qui se reflétait dans une prise constante de poids. Elle réagissait toutefois encore aux biberons durant la journée. La mère paraissait frustrée et très inquiète devant le malaise de sa fille. Des observations faites au moment de la prise du biberon montrèrent que le pattern de succion et de respiration alternée était toujours présent. Nous avons alors proposé de cesser les biberons durant la journée pour réduire le stress dans la famille. Une consultation en gastro-entérologie ouvrit la possibilité d'un reflux œsophagien et on augmenta la dose des médicaments prescrits. Cependant, arrivée à l'âge de 5 mois, la réaction de malaise à la nouvelle formule de lait se manifesta même durant la nuit. Épuisés, les parents paraissaient à bout de résistance. L'enfant acceptait les fruits et les légumes en purée mais n'aimait pas la viande (*intolérance à la consistance des aliments*). Considérant que Pierrette était un beau bébé de poids normal qui se développait très bien, les inquiétudes qui allaient croissant chez la mère ne furent pas prises en compte par les autres professionnels.

On fit appel à la clinique de gastro-entérologie qui prescrivit un lait complètement prédigéré, formule très spéciale et rarement utilisée. Au même moment, nous avons suggéré à la mère d'utiliser une seringue pour faciliter les biberons, en raison du pattern de succion/déglutition/respiration mal coordonné. La seringue éliminait la partie succion du processus, laissant à l'enfant la tâche de contrôler le mouvement de déglutition en fonction de sa respiration.

Les deux visites suivantes à six et sept mois révélèrent que le malaise chez Pierrette au moment des biberons avait disparu. La petite les prenait très bien avec la seringue et ses régurgitations avaient diminué. Elle continuait d'être très difficile lorsqu'on lui présentait de la viande en purée (*intolérance à la texture d'un aliment*). Le contrôle du mouvement des lèvres par rapport à la cuillère était toujours défaillant (*faible habileté motrice orale*). La mère paraissait détendue et heureuse. Elle n'avait plus besoin de nourrir Pierrette au cours de la nuit et les repas pris durant la journée étaient maintenant plaisants.

Nous sommes finalement parvenu à la conclusion que Pierrette souffrait d'une intolérance sévère aux différentes formules de lait, en dépit des résultats négatifs aux tests déjà effectués. Lorsqu'elle était éveillée, elle réagissait au malaise ressenti après l'absorption de lait, et éventuellement a fait l'association entre l'ingestion de lait et un malaise physique consécutif. Comme elle dormait très bien, le malaise ne la réveillait pas durant la nuit, en tout cas pas avant qu'elle n'atteigne l'âge de cinq mois. On relevait également une mauvaise coordination du pattern succion/déglutition/respiration, ce qui dérangeait le bébé durant la journée et l'empêchait de bien respirer. Toutefois, lorsqu'elle dormait, ses muscles étant complètement relâchés, elle parvenait à mieux coordonner le pattern autrement défaillant. Comme elle était nourrie à la cuillère, le retard au plan de la motricité orale était encore marqué.

L'histoire de Pierrette met en relief le genre de problème auquel se trouvent confrontés les parents lorsque les tests médicaux ne décèlent aucun trouble chez le bébé. Le refus de nourriture chez cette enfant n'était pas lié à la qualité des soins maternels mais plutôt à des facteurs d'ordre physiologique (malaise gastro-intestinal, faible habileté motrice orale et intolérance à la texture des aliments). Il nous fallut plusieurs mois pour le comprendre et la mère dut être soutenue et encouragée tout au long de cette période devant la perplexité que le cas de son enfant avait suscitée chez les professionnels consultés.

Quelques conseils pratiques

- Considérer d'abord les problèmes d'ordre physiologique. Ceci réduira l'anxiété du parent et le blâme qu'il s'adresse bien souvent.

- Aider les parents à surmonter leur sentiment que le refus de nourriture chez l'enfant est volontaire et dirigé contre eux.
- Informer les parents des aspects physiologiques de l'alimentation et des étapes du processus alimentaire.
- Utiliser si nécessaire une intervention mécanique avec les très jeunes bébés pour réduire la durée du repas (seringue ou petite tasse en cas de déficience du réflexe de succion).
- Se rappeler que ce ne sont pas tous les bébés qui tètent assez efficacement pour être nourris exclusivement au sein (la consultante en lactation peut être déjà impliquée auprès de ces cas).
- Encourager les parents à servir des aliments appropriés au niveau d'habileté alimentaire acquise par leur bébé plutôt qu'à son âge, afin de diminuer la tension au cours du repas. Une fois la tension retombée, on peut introduire lentement des aliments de consistance plus solide.
- Introduire très lentement les aliments de consistance et de textures plus solides (1/8 de cuiller à thé à la fois, lorsqu'une nouvelle texture est présentée au bébé).
- Le mélange d'une purée de viande avec des fruits ou des légumes est un bon moyen d'introduire la viande. Débuter à raison d'une part de viande pour cinq parties de légumes et augmenter si l'enfant ne régurgite ou ne crache pas ses aliments.
- Servir des aliments à forte teneur calorique si l'enfant a peu d'appétit (la quantité de cholestérol ou de matières grasses dans le régime ne pose pas de problème à cet âge).
- Pour les jeunes enfants: quand on établit de nouvelles règles d'alimentation, le fait que la règle soit établie importe plus que la quantité prise par l'enfant. Même un tout petit peu de quelque chose de nouveau mérite un commentaire positif.
- Pour les jeunes enfants: être ferme et cohérent. Si le parent dit «Pas de dessert!» avant que l'enfant ait mangé le quart, la moitié ou le contenu entier de son assiette, cela veut dire «Pas de dessert!».
- Considérer la référence à des cliniques spécialisées si le problème alimentaire est sévère ou si la relation entre le parent et l'enfant est trop gravement perturbée.

*Traduit par Denise Marchand.
Version française revue par A. Guedeney*

Résumé. Les aspects organiques et développementaux, en particulier les difficultés d'ordre physiologique associées au comportement alimentaire, devraient être envisagés lorsqu'on évalue des bébés et de très jeunes enfants qui présentent un refus de s'alimenter. L'auteur en indique les trois principales causes: appétit faible ou fluctuant, problèmes liés à la réactivité sensorielle et à la coordination motrice au niveau oral et enfin coordination au niveau du pharynx. Le refus de nourriture et les difficultés interactionnelles au cours du repas doivent être compris comme les conséquences plutôt que les causes du problème alimentaire. Ces difficultés risquent toutefois de faire perdurer le problème initial si elles ne sont pas traitées. L'illustration qu'en fait l'auteur permet de mieux saisir les enjeux à l'œuvre dans de tels cas. Les interventions suggérées pour faire face à divers problèmes d'alimentation dans un cadre de soin primaire visent à aider les parents à normaliser le comportement alimentaire de leur enfant.

Summary. Developmental and physiological aspects of feeding should be considered when assessing infants and young children who present with food refusal. Physiological aberration in the feeding process may occur in infants with or without medical diagnosis. The three main causes of feeding problems are considered to be poor or erratic appetite, oral/pharyngeal sensory aberrations and oral/pharyngeal motor coordination difficulties. Food refusal and interactional difficulties during feeding are treated as the outcome of a feeding problem in the infant rather than as the cause, although over time, maladjusted feeding relationships may serve to maintain the original feeding problem. A vignette illustrates the complex process of assessment and treatment of feeding problems. Interventions suggested for managing more simple feeding problems in primary care settings may help normalize feeding for infants and their parents.

Mots-clés. Troubles alimentaires du jeune enfant – Compétences alimentaires – Intervention précoce.

Key words: Feeding disorders in infants – Feeding behaviours – Early intervention.

Bibliographie

American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV.

Arts-Rodas, D, Benoit, D. (1998): Feeding problems in infancy and early childhood: Identification and management. *Paediatric Child-Health*, 3(1): 21-27.

- Benoit, D. (1993): Failure to thrive and feeding disorders. In: Zeanah Jr CH. (ed) *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford Press, 317-331.
- Bosma, J.F. (1990): Evaluation and therapy of impairments of suckle and traditional feeding. *J Neurological Rehabilitation*, 4: 79-84.
- Budd, K.S., McGraw, T.E., Farbisz, R., et al. (1992): Psychosocial concomitants of children's feeding disorders. *J Pediatric Psychology*, 17: 81-94.
- Chatoor, I. (1997): Feeding and eating disorders of infancy and early childhood. In: Wiener JM. (ed) *American Academy of Child and Adolescent psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press, 527-542.
- Dalh, M., Kristiansson, B. (1987): Early feeding problems in an affluent society. IV: Impact on growth up to two years of age. *Acta Paediatrica Scandinavia*, 76: 380-387.
- Dahl, M., Sundelin, C. (1986): Early feeding problems in an affluent society. I: Categories and clinical signs. *Acta Paediatrica Scandinavia*, 75: 370-379.
- Evans, T.J., Davies, D.P. (1977): Failure to thrive at the breast: an old problem revisited. *Archives of Diseases in Childhood*, 52: 974-975.
- Ferguson, A., Blaymore Bier, L.A., Cucca, J., Andereozi, L., Lester, B. (1995): The quality of sucking in infants with colic. *Infant Mental Health Journal*, 17: 61-169.
- Hamill, P.V.V., Drizd, T.A., Johnson, C.L., et al. (1976): NCHS Growth Charts. *Monthly Vital Statistics Report*, 25, No. 3, (Sup.) DHEW Pub. No. (HRA).
- Lewis, J.A. (1982): Oral motor assessment and treatment of feeding difficulties. In: Accardo PJ. (ed) *Failure to thrive in infancy and early childhood*. Baltimore: University Park, 265-295.
- Lindberg, L., Bohlin, G., Hagekull, B. (1991): Early feeding problems in normal population. *International Journal of Eating Disorders*, 10: 395-405.
- Mathisen, B., Skuse, D., Wolke, D., Reilly, S. (1989): Oral-motor dysfunction and failure to thrive among inner-city infants. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 31: 293-302.
- Meltzoff, A.N., Borton, R.W. (1979): Intermodal matching by human neonates. *Nature*, 282: 403-405.
- Milla, P.J. (1991): Feeding Tasting and Sucking. In: Walker WA, et al. (Eds) *Pediatric Gastrointestinal Disease*, 1: 217-223.
- Morris, S. (1982): *The normal acquisition of oral feeding skills: Implications for assessment and treatment*. Central Islip, New York: Therapeutic Media.
- Palmer, S., Horn, S. (1978): Feeding problems in Children. In: Palmer S, Ekvall S. (Eds) *Pediatric Nutrition in Developmental Disorders*. Springfield: Charles C. Thomas, 13: 107-129.
- Polan, H.J., Kaplan, M.D., Kessler, D.B., Schindlecker, R., Mewmark, M., Stern, D., Ward, M.J. (1991): Psychopathology in mothers of infants with failure to thrive. *Infant Mental Health Journal*, 12: 55-4.
- Ramsay, M., Gisel, E.G., McCusker, J., Bellavance, F. (1998): Does maternal depression affect the sleeping, crying and feeding patterns of 2 months old infants? Texte présenté au symposium de la XI^e Biennial International Conference on Infant Studies. Atlanta, GA, April 2-5 .

- Ramsay, M., Gisel, E.G. (1996): Neonatal sucking and maternal feeding practices. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38: 34-47.
- Ramsay, M. (1995): Feeding disorder and failure to thrive. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4: 605-616.
- Ramsay, M., Gisel, E.G., Boutry, M. (1993): Nonorganic failure to thrive: A growth failure secondary to feeding skills disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 35: 285-297.
- Reilly, S.M., Skuse, D.H., Wolke, D., Stevenson, J. (1999): Oral-motor Dysfunction in children who fail to thrive: organic or non-organic. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41:115-122.
- Satter, EM. (1986): The feeding relationship. *J. American Dietetic Association*, 86: 352-356.
- Sheppard, J.J., Mysak, E.D. (1984): Ontogeny of infantile oral reflexes and emergent chewing. *Child Development*, 55: 831-843.
- Skuse, D. (1993): Identification and management of problem eaters. *Archives of Diseases in Childhood*, 69: 604-608.
- Stevenson, R.D., Allaire, J.H. (1991): The development of normal feeding and swallowing. *Development and Behavior: The very young child. The Pediatric Clinics of North America*, 38: 1439-1453.
- Tolia, V. (1995): Very early onset nonorganic failure to thrive in infants. *J. Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 20: 73-80.
- Thompson, R.J., Palmer, S., Linscheid, T.R. (1977): Single-subject design and interaction analysis in the behavioral treatment of a child with a feeding problem. *Child Psychiatry and Human Development*, 8: 43-53.
- Ward, M.J., Kessler, D.B., Altman, S.C. (1993): Infant attachment in children with failure to thrive. *Infant Mental Health Journal*, 14: 208-220.