

COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES

Capacité à s'alimenter, appétit et comportements alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants et impacts sur leur croissance et sur leur développement psychosocial

MARIA RAMSAY, Ph.D.

Université McGill, CANADA

(Publication sur Internet le 19 janvier 2005)

Thème

Comportements alimentaires

Introduction

À l'instar des autres habiletés sensorimotrices, l'alimentation est une habileté développementale qui s'affine pendant les deux premières années de la vie. C'est un processus sensorimoteur très complexe qui inclut des étapes développementales fondées sur la maturation neurologique et l'apprentissage expérientiel.¹⁻⁴ Cependant, contrairement aux autres habiletés sensorimotrices, l'alimentation dépend largement de l'incitation ou de la motivation interne à commencer à ingérer (pleurs de faim) qui débute à la naissance,⁵ et est essentielle à la survie du nouveau-né. Ainsi, l'alimentation du nourrisson ou du jeune enfant comporte une charge émotionnelle élevée pour la mère, dont la responsabilité principale, selon la famille, la société et la culture qui l'entourent, est d'assurer la croissance précoce et le bien-être de son enfant. En conséquence, dès le tout début, la relation alimentaire mère-nourrisson est influencée par des forces psychologiques et interactionnelles à multiples niveaux.

Sujet

Quand les habiletés alimentaires de l'enfant sont intactes et quand l'appétit est solide, les périodes d'allaitement et ensuite les repas, sont une source de socialisation agréable qui se traduit par une ingestion adéquate des nutriments et par une bonne croissance.⁶ Réclamer de la nourriture à intervalles réguliers, téter, manger et boire à un bon rythme, essayer de nouvelles saveurs et textures, et exprimer de la satisfaction à la fin des repas sont des comportements alimentaires considérés comme positifs par la famille et par la société. Ces comportements pro-alimentaires suscitent des encouragements et des interactions positives lors des repas, renforçant ainsi le sentiment de maîtrise de soi chez le jeune enfant. Ils favorisent aussi l'acceptation continue de nourriture et les comportements d'indépendance alimentaire.

Cependant, quand les habiletés alimentaires de l'enfant sont déficientes (par exemple, une faible habileté à téter ou un réflexe de haut-le-cœur prononcé) ou quand l'appétit est faible (faim et signaux de satiété inadéquats),⁷⁻¹³ des comportements alimentaires problématiques se manifestent. Il peut s'agir d'une absence de signalement de la faim, de haut-le-cœur, ou encore l'enfant tète ou mange très lentement, se cambre ou secoue la tête à la vue de la nourriture et n'amène pas les aliments à sa bouche. De plus, le conditionnement associatif aux signes gastro-intestinaux (à la fois hédoniste et douloureux) est particulièrement puissant chez les jeunes nourrissons et il peut aussi se manifester sous la forme de comportements alimentaires problématiques.¹⁴⁻¹⁸ Les caractéristiques du tempérament et les capacités de régulation du nourrisson peuvent aussi moduler ces comportements alimentaires.^{19,20} Les tentatives de la mère d'augmenter l'ingestion de nutriments chez son bébé en le nourrissant plus souvent ou plus longtemps ont tendance à produire des expériences alimentaires stressantes pour l'enfant et la mère.²¹ Bien qu'au début ces efforts parviennent à favoriser le maintien d'un gain de poids suffisant,^{22,23} ils tendent à devenir inefficaces après un moment et les interactions inadaptées au moment des repas ainsi que la mauvaise gestion comportementale prévalent. Les caractéristiques maternelles et familiales et les attentes sociétales au sujet de la taille du jeune enfant et du type de nourriture ingérée influencent aussi une relation alimentaire déjà stressante.^{7,24-26}

Problèmes

Les troubles de l'alimentation sont une des perturbations développementales les plus courantes chez les nourrissons et les jeunes enfants qui n'ont pas d'autres problèmes de santé. Elles se traduisent souvent par une faible croissance et un retard staturo-pondéral. Environ 25 à 28 % des nourrissons de moins de six mois, 24 % des enfants de deux ans et 18 % de ceux de quatre ans souffrent de troubles de l'alimentation, d'après leurs parents.⁷⁻³¹ Au plan clinique, il arrive souvent que ni la mère ni le pédiatre ne soient conscients des raisons sous-jacentes à ces comportements alimentaires problématiques. En conséquence, les réactions maternelles face à un enfant qui s'alimente mal peuvent être sujettes à des critiques familiales manifestes ou cachées, ce qui conduit souvent la mère à douter de sa capacité à bien prendre soin de son enfant.³²⁻³⁴ En ce qui a trait aux politiques, les professionnels et les jeunes parents ignorent souvent à quel point l'alimentation est une habileté développementale qui varie grandement en fonction des cycles de faim/satiété et qui peut être conditionnée par les réactions parentales. Ceci peut se traduire par une faible croissance, par des comportements alimentaires problématiques, par des interactions stressantes au moment des repas et par des conflits familiaux.

Contexte de la recherche

On a surtout effectué des études cliniques transversales pour examiner les relations entre les troubles de l'alimentation et l'attachement,^{35,36} les caractéristiques maternelles,³⁷⁻³⁹ les dynamiques familiales⁴⁰⁻⁴² et les pratiques alimentaires.^{22,43,44} Ces études étaient de type rétrospectif, c'est-à-dire qu'elles ont été effectuées auprès d'enfants déjà diagnostiqués avec une faible croissance, et qu'elles sont de nature corrélative, ce qui pose des difficultés pour les interprétations causales. Très peu d'études observationnelles se sont concentrées sur les interactions alimentaires et les comportements alimentaires problématiques.^{45,46} D'autres études se sont déroulées dans le contexte d'interventions

comportementales destinées aux enfants malades dont les comportements alimentaires étaient problématiques.⁴⁷⁻⁵⁰ Seule une poignée de psychologues développementaux se sont intéressés au développement de l'alimentation et aux modèles de l'acceptation alimentaire.⁵¹⁻⁵³ Plus récemment, un nombre croissant de chercheurs a commencé à se concentrer sur une pathophysiologie possible (variabilité du rythme cardiaque, équilibre hormonal) de la faible croissance et des comportements alimentaires problématiques.^{54, 55}

Questions clés pour la recherche

La recherche considérable dans le domaine des troubles de l'alimentation et de la faible croissance traite de trois questions :

- 1) Comment les caractéristiques maternelles (familiales) — habiletés cognitives, troubles de la personnalité, état psychologique et historique d'attachement précoce — peuvent-elles influencer les comportements alimentaires et la croissance?
- 2) À quel point les interventions comportementales sont-elles efficaces pour les enfants malades aux prises avec des comportements alimentaires problématiques graves? (voir la recension de Kevin⁵⁶ sur cette importante documentation) et
- 3) Comment les caractéristiques de l'enfant (habiletés alimentaires, appétit, caractère et autres caractéristiques physiques) déclenchent ou influencent-elles les comportements alimentaires, les interactions au moment des repas et la croissance?

Récents résultats de recherche

Nous résumerons uniquement la recherche qui concerne la troisième question. Dans une récente enquête d'envergure sur le développement et la croissance de l'ensemble de la population des enfants, on a découvert qu'une portion significative (n=17) de 47 enfants âgés d'un an atteints d'un retard staturo-pondéral avaient des difficultés orales motrices. Les auteurs ont suggéré que, dès la naissance, certains enfants étaient plus vulnérables aux troubles de l'alimentation.⁵⁷ Une autre étude a montré que les jeunes nourrissons qui souffraient de reflux gastro-oesophagien étaient significativement plus susceptibles d'avoir des retards au plan des habiletés alimentaires et des aptitudes comportementales à ingérer des aliments solides que les sujets témoins.⁵⁸ Dans une étude prospective d'un groupe de nourrissons en santé nés à terme (n=330), ceux dont la succion n'était pas efficace à l'âge d'une semaine et à deux mois étaient significativement plus susceptibles que les autres d'avoir une mère qui redoublait d'efforts pour les nourrir.²³

Un certain nombre d'études ont montré que les enfants de moins de trois ou quatre ans mangent principalement en réaction à l'appétit ou à des signaux de faim, alors que les enfants plus âgés sont influencés par une variété de facteurs environnementaux (nourriture supplémentaire disponible) et sociaux.⁵⁹⁻⁶² Un groupe d'études a démontré que les enfants atteints d'un retard staturo-pondéral à l'âge d'un an semblaient répondre aussi bien aux signaux hédoniques (solution sucrée) que les sujets témoins.⁶³ Dans une autre étude, l'ingestion de nourriture hautement énergétique était significativement plus faible chez un groupe d'enfants d'un an atteints d'un retard staturo-pondéral que chez les sujets témoins. De plus, les enfants atteints d'un retard staturo-pondéral n'ajustaient pas leur ingestion antérieure hautement énergétique lors de leur repas subséquent,

contrairement aux sujets témoins. Ces auteurs ont conclu que les enfants atteints d'un retard staturo-pondéral ne possédaient pas les réponses typiques aux signaux internes de faim/satiété.⁶⁴ On a aussi observé que les enfants à faible croissance refusaient plus souvent la nourriture offerte et se nourrissaient significativement moins que les sujets témoins.⁶⁵ D'autres travaux ont montré que les troubles de l'alimentation étaient souvent cooccurrents avec les problèmes de sommeil et les perturbations comportementales (irritabilité, faible auto-apaisement et intolérance au changement), ce qui suggère peut-être que tous ces symptômes constituent un « trouble de la régulation » constitutionnel sous-jacent chez les nourrissons et chez les jeunes enfants.⁶⁶⁻⁶⁹

Enfin, après 60 ans d'études sur des animaux centrées sur les comportements d'appétit au niveau hormonal, des études sur les comportements alimentaires des nourrissons et sur les médicaments augmentant l'appétit ont commencé à apparaître. Plusieurs études ont démontré que les comportements d'appétit ou pro alimentaires augmentaient en réaction à des médications stimulant l'appétit et se traduisaient par des augmentations de poids.⁷⁰⁻

73

Conclusions

Pour comprendre les comportements alimentaires, on doit savoir que l'alimentation est une habileté développementale qui se développe avec le temps, qui repose sur les signaux de faim/satiété et sur l'apprentissage par expériences. Lorsque les habiletés alimentaires sont bien établies vers l'âge de deux ans, les signaux de faim/satiété se transforment. De principalement interne, le contrôle devient externe (famille, école, société) vers quatre ou cinq ans. Ainsi, bien que les comportements alimentaires initialement problématiques (par exemple, détourner la tête, se cambrer ou pleurer) aient tendance à être des réactions aux signaux internes (absence de faim, faible capacité à téter), ces mêmes comportements peuvent aussi devenir conditionnés par association aux signaux externes et sociétaux (cajoleries parentales, publicités télévisées).

L'intervention comportementale précoce peut jouer un rôle notable dans la normalisation des comportements alimentaires et dans les interactions au moment des repas, ce qui contribue à promouvoir l'indépendance et les autres capacités d'autoassistance de l'enfant. Cependant, les pratiques culturelles d'alimentation et les autres capacités d'autoassistance des jeunes enfants sont très différentes. Les parents immigrants de jeunes enfants connaissent peu le français ou l'anglais et se sentent souvent isolés dans leur nouveau pays. En l'absence de leur propre famille, ils manquent d'information et de soutien. Lors de l'intervention thérapeutique, les aspects culturels doivent être traités avec soin et sensibilité.

Implications pour les politiques et les services

La découverte principale résumée ici est que le tempérament physiologique du nourrisson joue un rôle important dans la relation dynamique à l'intérieur de laquelle les comportements alimentaires se développent. Cette découverte a plusieurs implications pour les politiques et les services dans le domaine des comportements alimentaires et de la croissance.

1. Il est nécessaire de développer des lignes directrices éducatives pour enseigner aux professionnels, aux intervenants cliniques et aux parents que l'alimentation est une habileté développementale et que les comportements alimentaires sont des marqueurs des capacités alimentaires et du cycle faim/satiété, ainsi que des réactions aux pratiques alimentaires des parents.
2. Il serait souhaitable d'effectuer davantage de recherche sur les facteurs physiologiques et environnementaux des comportements alimentaires.
3. On devrait favoriser la création de cliniques multidisciplinaires de nutrition dont le mandat serait de s'occuper des difficultés alimentaires les plus graves. Elles devraient être facilement accessibles aux parents et devraient mettre en place des interventions comportementales et des stratégies préventives dès le début des comportements alimentaires difficiles.
4. La formation des experts du domaine des troubles de l'alimentation, qui devrait inclure des éléments portant sur les composantes comportementales, développementales et interactionnelles des comportements alimentaires, a besoin d'être soutenue.

On devrait favoriser le développement d'un instrument facile à utiliser dans les cabinets des pédiatres afin de dépister les comportements alimentaires problématiques. Un tel outil aiderait à effectuer un dépistage précoce et une intervention efficace pour ces enfants et leur famille.

RÉFÉRENCES

1. Lewis JA. Oral motor assessment and treatment of feeding difficulties. In: Accardo PJ, ed. *Failure to thrive in infancy and early childhood: a multidisciplinary team approach*. Baltimore, Md: University Park Press; 1982:265-295.
2. Morris SE. *The normal acquisition of oral feeding skills: Implications for assessment and treatment*. Central Islip, NY: Therapeutic Media; 1982.
3. Sheppard JJ, Mysak ED. Ontogeny of infantile oral reflexes and emerging chewing. *Child Development* 1984;55(3):831-843.
4. Stevenson RD, Allaire JH. The development of normal feeding and swallowing. *Pediatric Clinics of North America* 1991;38(6):1439-1453.
5. Bosma JF. Evaluation and therapy of impairments of suckle and transitional feeding. *Journal of Neurologic Rehabilitation* 1990;4:79-84.
6. Ramsay M. Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants : Une nouvelle perspective. *PRISME* 1999;30:10-26.
7. Mathisen B, Skuse D, Wolke D, Reilly S. Oral-motor dysfunction and failure to thrive among inner-city infants. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1989;31(3):293-302.
8. Milla PJ. Feeding tasting and sucking. In: Walker WA, ed. *Pediatric gastrointestinal disease: pathophysiology, diagnosis, management*. Philadelphia, Pa: B.C. Decker; 1991:217-223.
9. Evans TJ, Davies DP. Failure to thrive at the breast: an old problem revisited. *Archives of Disease in Childhood* 1977;52(12):974-975.
10. Farrell MK. Difficult feeders: intervene or watch? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 1995;20(1):2-3.
11. Ramsay M. Feeding disorder and failure to thrive. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1995;4(3):605-616.
12. Reau NR, Senturia YD, Lebailly SA, Christoffel KK. Infant and toddler feeding patterns and problems: Normative data and a new direction. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1996;17(3):149-153.
13. Rudolph CD. Diagnosis and management of children with feeding disorders. In: Hyman PE, Di Lorenzo C, eds. *Pediatric gastrointestinal motility disorders*. New York, NY: Academy Professional Information Services; 1994:33-53.
14. Davidson TL. Pavlovian occasion setting: A link between physiological change and appetitive behavior. *Appetite* 2000;35(3):271-272.
15. Hamilton AB, Zeltzer LK. Visceral pain in infants. *Journal of Pediatrics* 1994;125(6):S95-S102.
16. Hyman PE. Gastroesophageal reflux: One reason why baby won't eat. *Journal of Pediatrics* 1994;125(6):S103-S109.
17. Singer L. When a sick child won't – or can't – eat. *Contemporary Pediatrics* 1990;7:60-65.
18. Skuse DH. Identification and management of problem eaters. *Archives of Disease in Childhood* 1993;69(5):604-608.

19. DeGangi GA, DiPietro JA, Greenspan SI, Porges SW. Psychophysiological characteristics of the regulatory disordered infant. *Infant Behavior and Development* 1991;14(1):37-50.
20. DeGangi GA, Porges SW, Sickel RZ, Greenspan SI. Four-year follow-up of a sample of regulatory disordered infants. *Infant Mental Health Journal* 1993;14(4):330-343.
21. Ferguson A, Blaymore Bier JA, Cucca J, Andreozzi L, Lester B. The quality of sucking in infants with colic. *Infant Mental Health Journal* 1996;17(2):161-169.
22. Ramsay M, Gisel EG. Neonatal sucking and maternal feeding practices. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1996;38(1):34-47.
23. Ramsay M, Gisel EG, McCusker J, Bellevance F, Platt R. Infant sucking ability, non-organic failure to thrive, maternal characteristics and feeding practices: A prospective cohort study. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2002;44(6):405-414.
24. Budd KS, McGraw TE, Farbisz R, Murphy TB, Hawkins D, Heilman N, Werle M, Hochstadt NJ. Psychosocial concomitants of children's feeding disorders. *Journal of Pediatric Psychology* 1992;17(1):81-94.
25. Drotar D. Failure to thrive. In: Routh DK, ed. *Handbook of pediatric psychology*. New York, NY: Guilford Press; 1988:71-107.
26. Fosson A, Wilson J. Family interactions surrounding feedings of infants with nonorganic failure-to-thrive. *Clinical Pediatrics* 1987;26(10):518-523.
27. Beautrais AL, Fergusson DM, Shannon FT. Family-life events and behavioral-problems in preschool-aged children. *Pediatrics* 1982;70(5):774-779.
28. Forsyth BWC, Leventhal JM, McCarthy PL. Mothers' perceptions of problems of feeding and crying behaviors: A prospective-study. *American Journal of Diseases of Children* 1985;139(3):269-272.
29. Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B. Early feeding problems in a normal population. *International Journal of Eating Disorders* 1991;10(4):395-405.
30. Wright C, Birks E. Risk factors for failure to thrive: a population-based survey. *Child: Care, Health and Development* 2000;26(1):5-16.
31. Wright C, Loughridge J, Moore G. Failure to thrive in a population context: two contrasting studies of feeding and nutritional status. *Proceedings of the Nutrition Society* 2000;59(1):37-45.
32. Heptinstall E, Puckering C, Skuse D, Start K, Zurszpiro S, Dowdney L. Nutrition and mealtime behavior in families of growth-retarded children. *Human Nutrition: Applied Nutrition* 1987;41a(6):390-402.
33. Ramsay M. Feeding disorders and failure to thrive. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America* 1995;4:605-616.
34. Ramsay M, Gisel EG, Boutry M. Non-organic failure to thrive: growth failure secondary to feeding-skills disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1993;35(4):285-297.
35. Benoit D. Failure to thrive and feeding disorders. In: Zeanah CH Jr., ed. *Handbook of Infant Mental Health*. New York, NY: Guilford Press; 1993:317-331.
36. Chatoor I, Dickson L, Schaeffer S, Egan J. A developmental classification of feeding disorders associated with failure to thrive: Diagnosis and treatment. In:

- Drotar D, ed. *New directions in failure to thrive: implications for research and practice*. New York, NY: Plenum Press; 1985:235–258.
37. Galler JR, Harrison RH, Biggs MA, Ramsey F, Forde V. Maternal moods predict breastfeeding in Barbados. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1999;20(2):80-87.
 38. Polan HJ, Kaplan MD, Kessler DB, Schindledecker R, Mewmark M, Stern D, Ward MJ. Psychopathology in mothers of children with failure to thrive. *Infant Mental Health Journal* 1991;12(1):55-64.
 39. Ward MJ, Kessler DB, Altman SC. Infant-mother attachment in children with failure to thrive. *Infant Mental Health Journal* 1993;14(3):208-220.
 40. Drotar D, Eckerle D. The family environment in nonorganic failure to thrive: A controlled-study. *Journal of Pediatric Psychology* 1989;14(2):245-257.
 41. Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B, Thunström M. Early food refusal: Infant and family characteristics. *Infant Mental Health Journal* 1994;15(3):262-277.
 42. Satter EM. The feeding relationship. *Journal of the American Dietetic Association* 1986;86(3):352-356.
 43. Parkinson KN, Drewett RF. Feeding behaviour in the weaning period. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2001;42(7):971-978.
 44. Piwoz EG, Black RE, Lopez de Romana G, Creed de Kanashiro H, Brown KH. The relationship between infants' preceding appetite, illness, and growth performance and mothers' subsequent feeding practice decisions. *Social Science and Medicine* 1994;39(6):851-860.
 45. Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B, Palmerus K. Interactions between mothers and infants showing food refusal. *Infant Mental Health Journal* 1996;17(4):334-347.
 46. Stein A, Woolley H, Cooper SD, Fairburn CG. An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1994;35(4):733-748.
 47. Babbitt RL, Hoch TA, Coe DA, Cataldo MF, Kelly KJ, Stackhouse C, Perman JA. Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1994;15(4):278-291.
 48. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 1998;27(2):143-147.
 49. Iwata BA, Riordan MM, Wohl MK, Finney JW. Pediatric feeding disorders: Behavioral analysis and treatment. In: Accardo PJ, ed. *Failure to thrive in infancy and early childhood: a multidisciplinary team approach*. Baltimore, Md: University Park Press; 1982:297-329.
 50. Werle MA, Murphy TB, Budd KS. Treating chronic food refusal in young children: Home-based parent training. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1993;26(4):421-433.
 51. Birch LL, Gunder L, Grimm-Thomas K, Laing DG. Infants' consumption of a new food enhances acceptance of similar foods. *Appetite* 1998;30(3):283-295.
 52. Birch LL. Development of food acceptance patterns. *Developmental Psychology* 1990;26(4):515-519.
 53. Harris G, Thomas A, Booth DA. Development of salt taste in infancy. *Developmental Psychology* 1990;26(4):534-538.

54. Shaoul R, Kessel A, Toubi E, Lanir A, Glazer O, Jaffe M. Leptin and cytokines levels in children with failure to thrive. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2003;37(4):487-491.
55. Steward DK, Moser DK, Ryan-Wenger NA. Biobehavioral characteristics of infants with failure to thrive. *Journal of Pediatric Nursing* 2001;16(3):162-171.
56. Kerwin ME. Empirically supported treatments in pediatric psychology: Severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology* 1999;24(3):193-214.
57. Reilly SM, Skuse DH, Wolke D, Stevenson J. Oral-motor dysfunction in children who fail to thrive: organic or non-organic? *Developmental Medicine and Child Neurology* 1999;41(2):115-122.
58. Mathisen B, Worrall L, Masel J, Wall C, Shepherd RW. Feeding problems in infants with gastro-oesophageal reflux disease: A controlled study. *Journal of Paediatrics and Child Health* 1999;35(2):163-169.
59. Fisher JO, Birch LL. Eating in the absence of hunger and overweight in girls from 5 to 7 year of age. *American Journal of Clinical Nutrition* 2002;76(1):226-231.
60. Rolls BJ, Engell D, Birch LL. Serving portion size influences 5-year-old but not 3-year-old children's food intakes. *Journal of the American Dietetic Association* 2000;100(2):232-234.
61. Weingarten HP. Stimulus control of eating: implications for a two-factor theory of hunger. *Appetite* 1985;6(4):387-401.
62. Birch LL, Fisher JA. Appetite and eating behavior in children. *Pediatric Clinics of North America* 1995;42(4):931-953.
63. Kasese-Hara M, Drewett R, Wright C. Sweetness preferences in 1-year-old children who fail to thrive. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2001;19(3):253-257.
64. Kasese-Hara M, Wright C, Drewett R. Energy compensation in young children who fail to thrive. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2002;43(4):449-456.
65. Drewett RF, Kasese-Hara M, Wright C. Feeding behaviour in young children who fail to thrive. *Appetite* 2003;40(1):55-60.
66. Greenspan SI, Wieder S. Regulatory disorders. In: Zeanah CH Jr., ed. *Handbook of infant mental health*. New York, NY: Guilford Press; 1993:280-290.
67. Hofacker NV, Papousek M. Disorders of excessive crying, feeding and sleeping: The Munich Interdisciplinary Research and Intervention Program. *Infant Mental Health Journal* 1998;19(2):180-201.
68. St.James-Roberts I, Plewis I. Individual differences, daily fluctuations, and developmental changes in amounts of infant waking, fussing, crying, feeding, and sleeping. *Child Development* 1996;67(5):2527-2540.
69. Wolke D, Gray P, Meyer R. Excessive infant crying: a controlled study of mothers helping mothers. *Pediatrics* 1994;94(3):322-332.
70. Alyaarubi S, Ramsay M, Rodd C. Megestrol acetate promotes euglycemia and appetite in a child with persistent hyperinsulinemic hypoglycemia of infancy. *Acta Paediatrica* 2004;93(3):422-423.
71. Arumugam R, Scheimann AO, Lifschitz C, Gopalakrishna GS. Megestrol acetate treatment for anorexia and undernutrition in children. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 1998;27(4):476.

72. Blissett J, Harris G, Kirk J. Effect of growth hormone therapy on feeding problems and food intake in children with growth disorders. *Acta Paediatrica* 2000;89(6):644-649.
73. Lichtman SN, Maynor A, Rhoads JM. Failure to imbibe in otherwise normal infants. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2000;30(4):467-470.

Pour citer ce document :

Ramsay M. Capacité à s'alimenter, appétit et comportements alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants et impacts sur leur croissance et sur leur développement psychosocial. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-10. Disponible sur le site: <http://www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/RamsayFRxp.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2005