



available at www.sciencedirect.com



journal homepage: <http://france.elsevier.com/direct/PEDPUE/>



ARTICLE ORIGINAL

La prévention des troubles du comportement alimentaire du jeune enfant est-elle possible ?

Feeding disorders in early childhood are they predictable?

M.-F. Le Heuzey

Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Robert-Debré, 48, boulevard Sérurier, 75019 Paris, France

MOTS CLÉS

Anorexie infantile ;
Prévention ;
Trouble du comportement alimentaire ;
Bébé

KEYWORDS

Infantile anorexia;
Feeding disorders;
Infants;
Toddlers;
Prevention

Résumé De nombreux bébés présentent à un moment ou un autre des difficultés alimentaires, et certains conserveront encore des troubles à l'âge de 6 ans. Dans la plupart des cas, il s'agit de phénomènes bénins ou passagers, mais il est important de les repérer pour tenter de prévenir des difficultés plus importantes. Certains troubles sont en lien direct avec une pathologie maternelle (mércycisme, trouble de l'attachement...) ou à des conditions de vie particulières (pica), d'autres sont favorisés par des comorbidités somatiques ou psychiatriques. Les manifestations d'anorexie infantile, de néophobies alimentaires ou de petits mangeurs sont multifactorielles, mais sont accessibles à certaines consignes psycho-éducatives simples. Enfin il pourrait être « facile » de prévenir les troubles post-traumatiques, en évitant tout forçage de l'alimentation et en mettant en place des procédures préventives dans les interventions sur la région pharyngée et dans les mises en place d'alimentation assistée.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract Feeding disorders are common in early childhood, in normal and disabled children. Early recognition of these problems improves outcomes of the child and family. Some of these are related to an attachment disorder or another maternal mental disorder. Infantile anorexia, sensory food aversions, picky eating... are multi-determined disorders which could be improved or prevented with psycho-educative counselling. Then, it is important to avoid traumatic events on the oropharynx and the oesophagus, to prevent post-traumatic feeding disorder.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Adresse e-mail : marie-france.leheuzey@rdb.aphp.fr
(M.-F. Le Heuzey).

Introduction

Depuis des millénaires les mères s'interrogent : « *Est-ce que je nourris assez mon enfant (quantité) ? Est-ce que je le nourris correctement (qualitativement) ?* » Cependant, actuellement s'ajoutent d'autres préoccupations : « *Est-ce que je ne le nourris pas trop, et ainsi, est-ce que je ne risque pas de le rendre obèse ?* », « *Est-ce que je ne risque pas de l'empoisonner avec les "petits pots", les OGM, les colorants, etc. ?* »

Suite à la constatation des conséquences néfastes des déprivations affectives mais aussi grâce à l'étude des relations précoces parent-enfant, nous savons que le tissage des premiers liens est fondamental dans la construction de la santé physique et psychique du jeune enfant. Or, au début de la vie, l'alimentation est l'occupation principale du bébé, juste derrière le sommeil (trois à quatre heures par jour au départ), et c'est à travers cette activité que parents et enfants interagissent le plus.

En fait, 25 à 35 % des bébés normaux présentent à un moment ou un autre des difficultés alimentaires ; ce chiffre atteint 40 à 70 % des enfants prématurés ou atteints d'une maladie chronique. Parmi eux, 1 à 2 % présentent des troubles sévères du comportement alimentaire, dont 70 % garderont encore des troubles à l'âge de 6 ans.

Les catégories diagnostiques

Pendant de nombreuses années, le flou régnait sur les troubles du comportement alimentaire du jeune enfant qui ne figuraient même pas dans les grandes classifications internationales. Et il a fallu attendre la quatrième révision de la classification DSM en 1994 pour que les troubles alimentaires du jeune enfant soient individualisés et séparés des troubles des autres âges de la vie. Les travaux de Chatoor [1] ont amené à plus de précision et de clarté, avec prise en compte du contexte médical, du tempérament de l'enfant, de la qualité de l'attachement et des relations mère-enfant...

Le trouble de l'attachement ou de la réciprocité

Le début des troubles est précoce, entre deux et huit mois. L'enfant présente des signes de dénutrition, et des signes de retard de développement moteur, cognitif et affectif : apathie, retrait, mimique figée, manque d'initiative, manque d'interaction, retard intellectuel. Les repas sont marqués par la pauvreté des échanges entre l'enfant et sa mère, voire même une absence totale de réciprocité. L'enfant est en état de carence tant nutritionnelle qu'affective.

L'attachement est de type *insecure* (non sécurisé) entre l'enfant et sa mère. Les mères souffrent de troubles psychopathologiques patents : schizophrénie, alcoolisme, toxicomanie, dépression.

Le mérycisme

C'est une régurgitation active et répétée de nourriture suivie de mâchonnements. Il débute entre 3 et 12 mois, généralement après une période de fonctionnement normal ou apparemment normal. Les aliments partiellement digérés sont régurgités sans effort, ni nausée ni dégoût. Souvent, un filet continu de liquide à l'odeur aigrelette coule par les commissures labiales. Le phénomène s'observe lorsque l'enfant est seul, aidé parfois par la succion du doigt, d'un linge ou d'une tétine ; l'enfant paraît absorbé, le regard vide, béat, indifférent à l'environnement, silencieux. L'appétit n'est pas altéré et paraît même augmenté, et, entre les épisodes de rumination, l'enfant paraît affamé.

La dénutrition est patente, et dans les formes graves le pronostic vital peut être mis en jeu. Ce trouble rare, touchant plus souvent les garçons que les filles, survient dans des contextes particuliers :

- dans certaines pathologies de l'enfant : retard mental, trouble autistique ;
- dans des contextes de pathologie maternelle : mère froide, peu caressante, voire « rejetante » ou maltraitante, mère souffrant de maladie mentale.

L'anorexie infantile

Elle débute plus tardivement, entre six mois et trois ans (pic de survenue entre 9 et 18 mois lors du passage à la cuiller et de la diversification). Il existe des signes de malnutrition avec retentissement sur le développement staturopondéral. Les préoccupations parentales sont importantes, marquées par l'anxiété et le sentiment de frustration. La mère accepte que l'enfant joue pendant les repas ou propose elle-même des distractions, elle utilise des stratagèmes pour détourner son attention, elle donne à manger à l'enfant de façon très fréquente, parfois même la nuit, et tente de le nourrir de force ou par surprise. Les interactions lors des repas reflètent un intense conflit : l'enfant refuse de manger, la mère exprime des affects et des commentaires négatifs. L'anorexie infantile survient généralement dans un contexte de rencontre entre un enfant « à tempérament difficile » et une mère fragilisée.

« Les petits mangeurs » et les néophobies alimentaires

L'enfant mange de petites quantités ou l'enfant refuse tel aliment ou telle catégorie de nourriture avec, au fil du temps, un répertoire d'aliments acceptés très restreint.

Traditionnellement, cette catégorie, nommée selon les cas sélectivité alimentaire, néophobie, aversion alimentaire, petit mangeur, mangeur capricieux, etc., était considérée comme bénigne, nécessitant avant tout une réassurance des parents.

En fait, certains arguments (tempérament de l'enfant, évolution à distance...) laissent à penser que

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4170577>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4170577>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)