

Archives de pédiatrie xxx (2011) xxx-xxx

Le nourrisson qui ne mange pas : quand recourir au pédopsychiatre ?

Child food refusal: When will we call a child psychiatrist?

M.-F. Le Heuzey

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

Résumé

Le refus alimentaire est un symptôme pédiatrique fréquent, pouvant recouvrir des situations de gravité variable. L'important est de faire une analyse sémiologique (refus électif ou global, refus récent ou ancien, etc.), en fonction de l'âge et du développement. Le recours au pédopsychiatre dépend de l'impact sur l'état nutritionnel et sur le développement psychoaffectif, mais aussi du comportement parental, et de la relation parents/enfant.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Food refusal is a frequent symptom in infants and toddlers. Many difficulties resolve with pediatric treatment. In some cases of feeding disorders it is necessary to involve child psychiatrist intervention. This indication depends of child characteristics (medical and psychiatric diagnosis, failure to thrive, psycho-affective development) and also of family functioning and parental psychopathology.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Les difficultés alimentaires sont très fréquentes dans les premières années de vie et toucheraient 25 à 35 % des enfants « normaux » et 40 à 70 % des enfants prématurés ou atteints de pathologie chronique.

Souvent il s'agit de difficultés mineures parfaitement bien gérées grâce à la guidance parentale par le pédiatre qui propose des aménagements de préparation, de présentation, d'horaires, dans un accompagnement rassurant et empathique de l'enfant et de sa famille.

Mais 3 à 10 % des enfants développent de réels troubles précoces du comportement alimentaires qui vont d'une variation de la normale à des formes sévères aux conséquences négatives sur le développement [1].

Mais les limites entre les domaines relevant de la pédiatrie et ceux de la pédopsychiatrie ne sont pas faciles à tracer.

Dans la classification internationale de l'Académie américaine de psychiatrie (Manuel DSMIV TR), les troubles du comportement alimentaire du jeune enfant sont une catégorie définie sous le terme de *feeding disorders* en contraste avec les troubles du comportement alimentaire de l'adolescent et de l'adulte *eating disorders*. Ces troubles de l'alimentation de la première ou deuxième enfance se définissent par une incapacité persistante et durables (plus d'un mois) dans la prise alimentaire survenant avant l'âge de six ans, avec une absence de prise de poids ou une perte de poids significative, non expliquée par une maladie organique, un trouble mental, ou un manque de nourriture. Cette définition est très globale et manque de spécificité.

En revanche, l'utilisation d'une classification moderne des troubles alimentaires du jeune enfant, peut nous aider à mieux

Adresse e-mail : marie-france.leheuzey@rdp.aphp.fr.

cerner les champs d'intervention du pédiatre et du pédopsychiatre.

Ainsi, les travaux d'Irène Chatoor [2] ont permis de distinguer différents troubles en fonction de l'âge de survenue, du contexte familial et de l'évolution.

I. CERTAINS TROUBLES RELÈVENT DE LA COMPÉTENCE PRINCIPALE (OU EXCLUSIVE) DU PÉDIATRE

I.1. Le trouble de régulation homéostatique

Dans les premiers mois de vie, certains enfants sont trop irritables et ne parviennent pas à être suffisamment calmes et détendus pour être nourris, d'autres boivent très vite et sont rassasiés avant d'avoir bu toute la ration, ou d'autres encore sont trop somnolents et s'endorment pendant la tétée. La guidance pédiatrique doit résoudre la difficulté.

C'est seulement si le trouble se fixe par exemple avec une mère dépressive, anxieuse, stressée qui n'arrive pas à gérer que l'on peut avoir besoin du pédopsychiatre.

I.2. Les petits mangeurs

L'enfant mange des aliments relativement variés mais de petites quantités le rassasient.

Il s'agit d'enfants menus mais sans vraie dénutrition.

Ces petits mangeurs garçons ou filles ont dans le premier mois de vie des modes de succion différents de ceux des sujets témoins puis lors de la diversification alimentaire ils acceptent un nombre plus restreint d'aliments (moins de légumes). Quant aux filles petites mangeuses elles n'augmentent pas leurs prises alimentaires entre 3,5 et 5,5 ans. Le repérage et la prise en charge pédiatrique sont importants, car le comportement de petits mangeurs est un facteur de vulnérabilité pour l'apparition d'une anorexie mentale ultérieure [3].

Les techniques de guidance s'inspirent des méthodes comportementales : pas de distracteur pendant les repas, attitude ferme mais sans coercition, renforcements positifs.

I.3. Les évitements alimentaires

Ce trouble apparaît lors de la diversification avec l'introduction d'aliments variés (légumes, fruits, viande, etc.) L'enfant refuse tel aliment ou telle catégorie de nourriture, en fonction du goût, de la texture, de l'odeur, de la consistance ou de la couleur avec au fil du temps un répertoire d'aliments acceptés très restreint.

Cette catégorie recouvre ce que l'on appelle parfois néophobies alimentaires, aversions alimentaires, évitements alimentaires d'origine affective, sélectivité alimentaire.

Lorsqu'il s'agit surtout de sélectivité avec en particulier le refus de catégories entières d'aliments le risque est celui de déséquilibre alimentaire ou même dans certains cas de surpoids. Si l'enfant refuse tous les aliments devant être mâchés, on peut observer un déficit de développement de la motricité orale.

Au maximum est réalisé un tableau d'hypersélection alimentaire où l'enfant n'accepte que deux ou trois types d'aliments (pain, lait, et une marque unique de céréales par exemple).

Globalement, lors de la diversification beaucoup d'enfants hésitent à accepter des aliments nouveaux, 27 % des enfants seraient dans ce cas. Mais il a été aussi montré que la présentation d'un nouvel aliment à un enfant doit souvent être répété (jusqu'à 11 présentations peuvent être nécessaires) et dans de bonnes conditions pour qu'il soit accepté.

Ces enfants peuvent souffrir d'autres manifestations anxieuses : impossibilité de marcher dans le sable ou dans l'herbe, difficulté pour accepter certains vêtements « ça gratte », ou ont une hypersensibilité aux bruits ou aux odeurs.

Si certains auteurs évoquent une prédisposition génétique, il faut pourtant insister sur le rôle primordial de l'environnement familial : les mères d'enfants néophobiques souffrent souvent de difficultés alimentaires elles mêmes : phobies alimentaires, manque de plaisir, tendance au grignotage, manque de variété, et les pères ont des difficultés à contrôler leur poids. Ces enfants effrayés par la nouveauté, le non-connu sont des enfants anxieux, qui ressentent une sensation d'insécurité, et dont l'anxiété est accentuée par l'anxiété maternelle [4].

C'est en fonction du niveau d'anxiété de l'enfant et de sa mère que la guidance pédiatrique pourra ou non suffire.

2. D'AUTRES TROUBLES PLUS COMPLEXES NÉCESSITENT D'EMBLÉE LA COLLABORATION PÉDIATRE/PÉDOPSYCHIATRE

2.1. Le trouble de l'attachement ou de la réciprocité

La relation de réciprocité entre la mère et l'enfant croît rapidement à travers le contact oculaire, les vocalisations interactives, les échanges corporels. Si la relation ne se fait pas ou si elle est de mauvaise qualité, l'alimentation et la croissance de l'enfant vont en souffrir.

Le trouble se manifeste entre deux et six mois : l'enfant est dénutri, il présente aussi des signes de retard de développement moteur, cognitif et affectif : apathie, retrait, mimique figée, absence de sourire, 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 entre l'enfant et la mère est dit de type *insecure*.

Les mères souffrent généralement de troubles psychopathologiques patents : schizophrénie, alcoolisme, toxicomanie, dépression. Elles sont parfois des femmes maltraitées par le conjoint.

Vu la gravité du tableau clinique, l'intervention thérapeutique conjointe pédiatrique et pédopsychiatrique est souvent dans un premier temps hospitalière.

2.2. L'anorexie infantile

C'est entre six mois et trois ans que les enfants souffrant d'anorexie infantile sont présentés en consultation lors du passage à la cuiller et de la diversification. avec un pic entre neuf et 18 mois.

L'enfant mange quelques petites bouchées, puis refuse d'ouvrir la bouche et d'avaler quoique ce soit. Il ne manifeste pas de signes de faim, ni d'intérêt pour la nourriture.

L'enfant perd du poids, 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.

Pendant longtemps on a fait porter à la mère seule la « responsabilité » de l'anorexie de son enfant. En fait, ce trouble survient à l'interface entre un enfant à tempérament difficile (enfant très réactif, irritable, irrégulier dans ses rythmes biologiques de sommeil et d'alimentation) et une mère vulnérable (anxieuse, dépressive, atteinte d'un trouble du comportement alimentaire) [5]. Les facteurs de risque de l'un entremêlés à ceux de l'autre débouchent sur une altération des interactions lors des repas. Les repas se déroulant dans le conflit, l'enfant associe ensuite repas et souffrance, avec aggravation réciproque des comportements négatifs de l'enfant et de la mère.

La prise en charge pédopsychiatrique inclut bien évidemment l'enfant et ses deux parents.

Schématiquement : après évaluation de la situation, un choix des aliments est fait, un cadre matériel pour l'alimentation est précisé, une hiérarchie avec paliers successifs et critères de réussite est mise au point, avec un programme de présentation des aliments de façon progressive avec renforcements positifs pour toute étape réussie. Les conséquences d'un refus de manger sont précisés au départ et appliquées.

Le thérapeute aide les parents à appliquer le programme en veillant à une diminution de leur anxiété.

2.3. Le trouble alimentaire post-traumatique

Le refus alimentaire survient après traumatisme de l'oropharynx ou de l'œsophage soit après fausse route ou forçage alimentaire, soit dans un contexte médical (sonde d'intubation ou d'aspiration, assistance nutritionnelle entérale). Lors du traumatisme, l'enfant a manifesté une grande détresse. Le refus alimentaire peut être total sur tous les aliments ou sélectif (refus du solide, mais pas du mixé ou du liquide, refus du biberon et pas de la cuiller). L'enfant manifeste des signes d'anxiété anticipatoire dans les situations précédant le repas à la vue du biberon, ou du bavoir, ou s'il entend les bruits de préparation du repas.

L'enfant est en détresse quand on essaie de le nourrir. Il ferme la bouche, et s'il y a forçage il recrache, vomit, ou

accumule la nourriture dans un coin de sa bouche et recrache plus tard, mais n'avale pas. Le statut nutritionnel de l'enfant est variable mais il peut y avoir grave déshydratation et dénutrition si le refus est global. Une prise en charge de type cognitivo-comportemental est indiquée.

3. LE RECOURS AU PÉDOPSYCHIATRE

Le recours au pédopsychiatre pourrait être schématiquement proposé dans trois grandes situations.

3.1. À cause de l'enfant

L'enfant se développe mal, non seulement au niveau staturopondéral, mais aussi au niveau cognitif et/ou affectif : retard dans les acquisitions, aspect dépressif ou indifférent, irritabilité et a fortiori s'il présente d'autres manifestations psychopathologiques tels que des troubles du sommeil [6], bizarreries.

L'enfant présente une pathologie psychiatrique : ainsi les enfants souffrant d'un trouble du spectre autistique [7] ont des troubles alimentaires dans quasiment 90 % des cas et leur style alimentaire est marqué par une grande variabilité et une forte atypicité avec une alimentation moins variée.

L'enfant opposant est une indication à une prise en charge pédopsychiatrique : Mon fils, « ne mange rien » dit sa mère ; en fait il ne mange pas à table mais il grignote des biscuits quand il en a envie. L'enfant ne souffre pas d'un trouble du comportement alimentaire, mais d'un trouble oppositionnel (voire une véritable tyrannie) et il manifeste également son opposition dans les jeux, dans la toilette, dans le coucher, etc.

L'échec des mesures pédiatriques peut aussi être un motif, dans un but d'alliance pédiatre/pédopsychiatre.

De même l'alliance pédiatre/pédopsychiatre est importante dans certaines maladies chroniques où la pathologie elle-même et les contraintes nutritionnelles peuvent être difficiles à assumer ; c'est ainsi le cas de certaines maladies métaboliques, ou allergiques, de la mucoviscidose, etc. [8].

3.2. À cause de la famille

L'existence d'un trouble mental chez la mère est une indication : schizophrénie, toxicomanie, alcoolisme, dépression, et bien sûr troubles du comportement alimentaire : anorexie, boulimie, ou même trouble anxieux envahissant ou comportement rigide à l'excès (orthorexie).

Si le père souffre d'un trouble psychopathologique qui retentit sur la prise en charge de l'enfant, et plus souvent si le pédiatre détecte une incohérence éducative ou un conflit majeur entre les deux parents, au niveau éducatif global ou au niveau alimentaire.

3.3. À cause de la relation parents/enfant

Le pédiatre se fera aider du pédopsychiatre s'il remarque un manque d'investissement de l'enfant, par la famille, une froideur

voire un rejet affectif franc, ou s'il perçoit un trouble de l'attachement mère-enfant.

Parfois l'enfant est bien investi mais la famille est dans une spirale de culpabilité excessive, de désespoir et d'attitudes démissionnaires.

Au total, chez le jeune enfant les situations conflictuelles autour de l'alimentation sont nombreuses, certaines bénignes, d'autres plus préoccupantes [9]. L'analyse sémiologique des difficultés est fondamentale tant au plan relationnel qu'au plan nutritionnel.

Mais même s'il n'y a pas de retentissement pondéral important, le pédiatre prendra en considération la plainte de la famille, et doit savoir qu'il ne se rassurera pas une mère très anxieuse en lui disant « qu'un enfant ne se laisse pas mourir de faim ».

4. AU TOTAL

Au total, de part leur complexité et leur expression variée, les difficultés alimentaires du jeune enfant nécessite une évaluation « plurielle » de l'enfant lui-même (santé somatique et développement psychoaffectif), mais aussi de son environnement familial (mère, père et famille élargie) et social, et des interrelations entre les uns et les autres. En effet, si de façon « formelle » seules les thérapies cognitivo-comportementales ont démontré leur efficacité [1], une approche pluridisciplinaire est souvent nécessaire avec selon les cas intervention couplée du pédiatre et du pédopsychiatre, collaboration de diététicien, de psychomotricien ou orthophoniste (travail sur l'oralité et la motricité), prise en charge psychothérapique des parents (guidance simple, thérapie de couple, thérapie individuelle ou familiale), psychothérapie mère/enfant, etc. Dans les formes

graves comme les troubles de l'attachement la prise en charge se déroule au mieux dans des unités d'hospitalisation mère/enfant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

RÉFÉRENCES

- [1] Sharp WG, Jaquess DL, Morton JF, et al. Paediatric feeding disorders: quantitative synthesis of treatment outcomes. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2010;13:348-65.
- [2] Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2002;11(2):163-83.
- [3] Jacobi C, Agras WS, Bryson S, et al. Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(1):76-84.
- [4] Le Heuzey MF. Troubles du comportement alimentaire du jeune enfant. *Rev Prat Med Gen* 2009;23(814):53-6.
- [5] Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, et al. Maternal psychopathology and child risk factors in infantile anorexia. *Int J Eat Disord* 2009;6:1-8.
- [6] Tauman R, Levine A, Avni H, et al. Coexistence of sleep and feeding disturbances in Young children. *Pediatrics* 2011;127:e615-21.
- [7] Provost B, Crowe TK, Osbourn PL, et al. Mealtime behaviours of preschool children: comparison of children with autistic spectrum disorder and children with typical development. *Phys Occup Ther Pediatr* 2010;30(3):220-33.
- [8] Opiari-Arrigan L, Powers SW, Quittner AL, et al. Mealtime problems predict outcome in clinical trial to improve nutrition in children with CF. *Pediatr Pulmonol* 2010;45(1):78-82.
- [9] Mouren MC, Doyen C, Le Heuzey MF, et al. Troubles du comportement alimentaire de l'enfant. In: *Du nourrisson au préadolescent. Diagnostics. Thérapeutiques*. Paris: Elsevier Masson; 2011.