

Troubles de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant

Les difficultés à s'alimenter peuvent avoir des effets à long terme sur l'enfant et devraient donc être identifiées le plus tôt possible. Le traitement doit à la fois cibler les causes et les symptômes. Le suivi du petit patient demande du temps et de la patience de la part de tous les acteurs impliqués. Il repose sur la compréhension, le respect et la confiance réciproque.

Dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM), un trouble de l'alimentation est décrit comme «un refus alimentaire et des caprices alimentaires excessifs, alors que la nourriture est appropriée, que l'entourage est adéquat et qu'il n'y a pas de maladie organique». Il n'existe pas à ce jour dans la littérature de nomenclature



Être attentif et répondre aux signes de satiété de l'enfant.

unifiée et utile à ce sujet, et la terminologie anglophone ne peut pas être clairement reproduite en français. On reconnaît certes qu'il existe différentes variantes de troubles alimentaires, mais divers auteurs les confondent [1,2,3]. Mis à part les défis linguistiques, on observe souvent des combinaisons de plusieurs variantes, si bien qu'une classification sans équivoque n'est pas toujours possible [1,2,4]. Les troubles de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant ont de nombreux points communs

avec ceux de l'adolescent et ne sont pas toujours faciles à différencier. L'âge du patient au début de la maladie peut être une piste, et il existe des différences claires au niveau des symptômes manifestés. Alors qu'à partir de l'adolescence, le poids et l'aspect extérieur sont généralement influencés par un excès d'activité physique ou l'abus de médicaments, ce mécanisme ne joue pas de rôle chez le petit enfant et le nourrisson. Par ailleurs, l'appétit souvent réduit chez l'enfant en bas âge refusant la nourriture n'est pas réprimé intentionnellement comme c'est habituellement le cas lors de troubles alimentaires. Des symptômes communs aux différents groupes de maladies peuvent être le refus de la nourriture, des troubles des interactions avec la personne de référence et la peur de la nourriture.

Grandes différences et déclencheurs multiples

Les troubles alimentaires infantiles sont très variables. Si, dans un cas, le refus complet de la nourriture met la vie de l'enfant en danger et a des effets irréversibles sur sa santé, un autre enfant refusant la nourriture peut avoir un poids normal ou être même en surpoids, et non dans



un état de sous-alimentation apparent. Dans les cas de comportement alimentaire extrêmement sélectif, il arrive que le choix de l'enfant se limite à quelques aliments, voire à un seul. D'autres enfants refuseront un jour un aliment, le lendemain un autre. Il y a en outre des enfants qui transfèrent leur refus d'un mets à d'autres aliments similaires, et éviteront par exemple tous les aliments d'une certaine consistance ou couleur. Le refus de nourriture peut être «général», «systématiquement sélectif» ou «asystématiquement sélectif».

Chez le petit enfant, les déclencheurs d'un refus alimentaire ont une étiologie variable et ne sont généralement pas clairement identifiables. Des causes possibles sont des événements traumatisants liés à la bouche et la gorge, comme un brossage des dents contraint et trop vigoureux ou l'administration forcée de médicaments. Ces événements peuvent avoir pour conséquence que l'enfant refuse la nourriture, l'associant au traumatisme. Par ailleurs, les sondes pour la nutrition entérale peuvent entraîner une hypersensibilité oropharyngienne et par là des problèmes à l'ingestion. Enfin, le refus de la nourriture peut être causé par de faibles messages de faim combinés à un grand intérêt pour l'exploration et l'interaction, ce qui est très souvent le cas chez les enfants hypersensibles.

Les parents d'un enfant qui refuse la nourriture se font naturellement beaucoup de souci – à tort ou à raison – quant à son état nutritionnel. Si cela les amène à faire physiquement ou psychiquement pression sur lui pour qu'il mange, l'attitude de refus de l'enfant en sera renforcée. Il y a des enfants qui réagissent par une forte résistance aux comportements (p. ex. mettre une bavette) ou aux objets (p. ex. cuillère ou biberon) associés à la nourriture, et qui ne veulent même plus se mettre à table. Souvent, ils crachent, régurgitent ou vomissent pendant ou après les repas. Certains n'avalent même pas et gardent les aliments pendant des heures dans la bouche. Les parents remarquent que leur enfant mange mieux s'ils le distraient avec des jouets ou des appareils électroniques. Mais la diversion ne résout pas à long terme le problème. Elle fait que l'enfant ne mange plus en fonction de la faim ressentie et de la sensation de satiété. En désespoir de cause, les parents renoncent au cadre si important des repas et lui proposent quelque chose à manger partout et à tout moment – pourvu qu'il soit nourri. Une fois que ce comportement de refus est ancré, le cercle vicieux se met en place, ce qui peut fortement affecter la vie de famille.

Les problèmes d'alimentation ne sont pas rares

On peut déduire des données existantes qu'environ 25 % de tous les nourrissons ayant un développement sain ont des problèmes d'alimentation, la prévalence de ceux-ci étant même de 80 % chez les enfants souffrant de troubles du développement. Sur l'ensemble des nourrissons, on compte 1 à 2 % de troubles graves de l'alimentation associés à une trop faible prise de poids [1,2].

Pour pouvoir poser le diagnostic d'un trouble alimentaire, il faut d'abord exclure les plus fréquentes causes physiologiques de troubles de la croissance ainsi que les autres maladies causales (p.ex. reflux gastro-oesophagien) [1,2,5]. La pose du diagnostic d'un trouble de l'alimentation nécessite des compétences médicales. Dans ce domaine, cependant, la collaboration interdisciplinaire avec des spécialistes en psychiatrie, en logopédie ou en physiothérapie, en gastroentérologie pédiatrique, en pédiatrie du développement et en diététique s'avère fonda-

mentale [1]. En effet, l'évaluation professionnelle de l'état nutritionnel, de l'état de développement et de la motricité de la bouche sont d'importants points de repère pour l'appréciation de la problématique sous-jacente et le choix du traitement adéquat.

Un problème de santé, s'il y en a un, doit être traité par un médecin – dans le meilleur des cas avant le début du traitement du trouble de l'alimentation. Chez les enfants avec une motricité buccale retardée ou d'autres problèmes de la mastication ou de la déglutition, le suivi par un logopédiste ou un physiothérapeute expérimenté est indiqué. Au début du traitement, il faut considérer qu'un mauvais état nutritionnel peut fortement affecter la faculté de l'enfant à s'alimenter et poser des limites thérapeutiques, ce qui se manifeste de manière impressionnante chez les enfants souffrant d'un déficit en vitamine B₁₂. Pour pouvoir travailler sur de bonnes bases aux différents niveaux thérapeutiques, il faut d'abord traiter ces déficits. Le choix de l'alimentation entérale devrait toujours être bien réfléchi, car la pose d'une sonde constitue un risque potentiel de (nouveau) traumatisme buccopharyngien.

Le traitement des troubles alimentaires est entièrement orienté sur les causes et les symptômes, et il s'inspire entre autres des «lignes directrices sur l'alimentation» [1]:

- Les parents doivent décider quand, où et avec quoi ils nourrissent leur enfant - l'enfant doit décider de la quantité de nourriture [1,6].
- Les repas doivent être pris à intervalles réguliers, avec des pauses aménagées de manière à ce que l'enfant ait faim au moment où il se voit proposer de la nourriture (5 repas par jour au maximum). Entre les repas, on ne lui proposera que de l'eau à boire [1,2,4].
- Les repas doivent être pris en famille, tout dérivatif tel que jeux, télévision ou conversation intensive est proscrit [1,2,4]. L'enfant doit en outre rester à table pendant un laps de temps raisonnable (en général jusqu'à ce que tout le monde soit rassasié, ou 30 minutes environ) [1].
- Il ne faut pas proposer un trop grand choix de mets (tout au plus trois) [1,2].
- Les portions doivent être petites. Il faut permettre à l'enfant de se resservir pour qu'il ne se sente pas submergé ou ne se remplisse pas la bouche [1,2,4].
- Il faut être attentif et répondre aux signes infantiles de satiété [1,4]. L'enfant ne doit être ni félicité, ni critiqué pour la quantité de nourriture ingérée, et la nourriture ne doit pas être utilisée comme récompense, comme punition ou comme preuve d'affection parentale [1,2,4]. Manger ne doit pas être une performance. L'enfant doit apprendre à manger en fonction de la faim ressentie et de sa sensation de satiété [1].

Les comportements alimentaires sélectifs sont à aborder en connaissance des éléments suivants:

- On renoncera temporairement à proposer à l'enfant les aliments qui le répugnent au point de les recracher ou de les vomir, afin de ne pas renforcer cette aversion [1,2,4].
- Pour satisfaire au besoin d'autonomie de l'enfant, il doit pouvoir décider de ce qu'il met en bouche [1,4].
- Les parents doivent servir de modèles et consommer en présence de l'enfant des mets qu'il n'aime pas. Un aliment qu'on lui propose à lui seul et que les autres convives ne consomment pas peut lui paraître suspect [1].

Ces lignes directrices peuvent sembler banales, mais pour les familles concernées, elles sont difficiles à mettre en œuvre. Le suivi des petits patients souffrant de troubles de l'alimentation demande beaucoup de temps et de patience de la part de tous les acteurs concernés. Une grande compréhension envers les parents, le respect et la confiance mutuelle sont fondamentaux pour le traitement. Cet investissement vaut la peine même si des troubles alimentaires ne sont pas encore clairement établis, car lorsque ceux-ci sont identifiés à temps, pris au sérieux et suivis de manière compétente, cela peut épargner de grandes souffrances aux familles. Et seule la collaboration interdisciplinaire permet de déterminer quels aspects des difficultés rencontrées sont du ressort de la diététique.

Bibliographie

1. Chatoor I. Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers, and Young Children. Washington DC: Zero to Three; 2009.
2. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr et al. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015 Feb;135(2):344-53
3. Dunitz-Scheer M, Tappauf M, Burmucic K et al. Frühkindliche Essstörungen: Kinder sind keine Gefässe! *Monatsschr Kinderheilkd*. 2007;155:795-803.
4. Levy Y, Levy A, Zangen T et al. Diagnostic clues for identification of nonorganic vs organic causes of food refusal and poor feeding. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009 Mar;48(3):355-62.
5. Nützenadel W. Gedeihstörungen im Kindesalter. *Deutsches Ärzteblatt*. 2011 Sept;108(38):642-9.
6. Satter EM. The feeding relationship. *J Am Diet Assoc*. 1986;86(3):352-356

Auteurs

Susanne Schupp, BSc, diététicienne HF ASDD
Hôpital cantonal de Lucerne, 6000 Lucerne 16
Téléphone 041 205 18 71, susanne.schupp@luks.ch

Newsletter pour les professionnels de la nutrition, décembre 2018

