

## TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET PÉRINATALITÉ

[Cindy Mottrie](#), [Audrey Moureau](#), [Isabelle Duret](#), [Véronique Delvenne](#)

Lavoisier | [« Périnatalité »](#)

2022/1 Vol. 14 | pages 34 à 40

ISSN 2678-6524

ISBN 9782743026578

DOI 10.3166/rmp-2022-0148

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-perinatalite-2022-1-page-34.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Lavoisier.

© Lavoisier. 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.

# Troubles des conduites alimentaires et périnatalité

## Eating Disorders in Perinatality

C. Mottrie · A. Moureau · I. Duret · V. Delvenne

© Lavoisier SAS 2022

**Résumé** Après avoir exposé l'importance des expériences sensorielles précoces et les étapes du développement de l'alimentation, de la grossesse à la diversification, l'article présente un bref historique de la compréhension des troubles alimentaires et des classifications actuelles. La définition du TAP ou trouble alimentaire pédiatrique permet de dégager la multitude des axes engagés dans sa compréhension. L'importance d'une évaluation multiaxiale et d'une prise en charge multidisciplinaire est démontrée.

**Mots clés** Troubles alimentaires · Anorexie · Troubles alimentaires pédiatriques (TAP) · Multidisciplinarité

**Abstract** First, we expose the early sensory experiences and the developmental stages of feeding, from pregnancy to diversification. Then, the article presents a brief history of eating disorders and current classifications. The definition of PED or pediatric eating disorder, is composed of a multitude of axes. So, we emphasize the importance of a multiaxial evaluation and multidisciplinary management of eating disorders.

**Keywords** Eating disorders · Anorexia · Pediatrics eating disorders · Multidisciplinary

---

C. Mottrie (✉) · I. Duret  
Service de psychologie du développement et de la famille,  
université libre de Bruxelles, avenue Franklin-Delano-Roosevelt,  
50, CP 122, B-1050 Bruxelles, Belgique  
e-mail : cindy.mottrie@ulb.be

C. Mottrie  
Service de psychologie clinique, université de Mons,  
place du Parc, 20, B-7000 Mons, Belgique

Unité parents-bébé, centre médical pédiatrique Clairs Vallons,  
rue de Mont-Saint-Guibert 24,  
B-1340 Ottignies-Louvain-la-Neuve, Belgique

A. Moureau · V. Delvenne  
Service de pédopsychiatrie, hôpital des enfants Reine-Fabiola  
(HUDERF), université libre de Bruxelles,  
avenue Jean-Joseph-Crocq, 15, B-1020 Bruxelles, Belgique

## Introduction

S'alimenter est un acte essentiel à la vie. Il ne s'agit pas seulement d'apaiser un besoin physiologique. Le jeune humain se trouve dans une dépendance à ses figures de soins pour une longue période. Les conduites d'alimentation sont au cœur des relations humaines et donc très liées à la qualité du maternage. Elles sont également marquées d'une empreinte culturelle évidente. Grâce à la succion, premier mode d'alimentation du bébé, c'est aussi une expérimentation du plaisir menant à la détente. Ce plaisir est éminemment associé au portage (*handling*) qui répond au besoin primaire d'attachement [1].

## Importance de la période périnatale et des expériences sensorielles

Dès la naissance, la réciprocité des échanges sera centrale : la qualité des interactions précoces participe à la qualité des conditions d'alimentation. Le bébé s'y nourrit non seulement du lait maternel ou du lait qui coule de la tétine du biberon mais aussi de la relation qui se tisse avec ses partenaires, via les regards mutuels, le portage, les échanges tactiles ou encore par la voix. Les interactions précoces qui se déroulent à d'autres moments viennent également soutenir ce temps très particulier de la rencontre avec le bébé : lors du bain et des soins, lors du portage dans la qualité des postures respectives, de l'ajustement réciproque, lors des dialogues vocaux, toniques... Ainsi, en néonatalogie, le contact peau à peau et le portage type kangourou participent pleinement à ce que les conduites d'alimentation soient fructueuses pour le bébé et ses partenaires.

Le fait d'éprouver de la faim mène à une tension que le nourrissage vient apaiser. L'expérience d'avoir faim se situe donc au carrefour du physique et du psychique. Se nourrir, c'est nourrir son corps mais aussi son psychisme au travers de la relation intersubjective au donneur de soins. Plusieurs canaux sensoriels interviennent dans une transmodalité suscitant un panel d'émotions. De plus, la rythmicité éprouvée

dans les échanges interactifs offre des repères permettant le développement de la sécurité interne et de la construction du soi.

## Développement de l'alimentation : de la grossesse à la diversification

Les voies aérodigestives supérieures constituent l'unité neuromusculaire la plus complexe du corps humain, intervenant dans le système digestif et l'alimentation, le système respiratoire, et l'appareil phonatoire [2]. Les mouvements de succion sont parmi les premiers mouvements de l'embryon et apparaissent dès quatre semaines d'aménorrhée, la déglutition apparaît à dix semaines d'aménorrhée et son intensité, de 500 à 1 000 ml par jour, est modifiée par le goût. Après la naissance, la plupart des enfants suivent le même schéma d'apprentissage de l'alimentation : d'exclusivement liquide et automatique à la naissance, elle devient volontaire vers quatre mois. Progressivement sont introduits les aliments semi-liquides, solides puis des aliments à croquer et à mâcher, en lien avec l'émergence des dents et le malaxage (*munching*, 6-9 mois). Les comportements de morsure (*biting*, 9-12 mois), et de mastication (*chewing*, 13-15 mois), apparaissent préalablement aux *patterns* de l'alimentation adulte vers 24 mois [3].

L'émergence ou l'amplification des troubles alimentaires peut survenir à chacune des différentes étapes d'évolution de la diversification alimentaire qui se réalise progressivement.

Il est donc important de s'intéresser à la manière dont elle s'est déroulée.

## Introduction à la compréhension des troubles alimentaires

Le corps constitue le moyen privilégié d'expression du tout petit et le refus ou la sélectivité alimentaire peuvent être considérés comme normaux, s'ils sont de courte durée, à certaines étapes du développement. La frontière entre les conduites dites normales ou pathologiques est parfois bien mince. Les troubles alimentaires sont décrits par des comportements observables le plus souvent liés à un contexte. Différents critères permettent de déterminer l'entrée dans la pathologie :

- du côté de l'enfant : les aversions sensorielles, les problèmes de régulation ou les comportements de peur suite à un examen médical dans la zone orale ;
- les interactions parents-enfant et l'engagement du parent durant le repas (ajustement, contrôle, indulgence, négligence) ;

- au sein des interactions parents-enfant, la façon dont l'enfant lui-même répond à la situation d'alimentation (coopérant, résistant, conflictuel) [4].

Toute plainte d'un parent concernant l'alimentation de son enfant doit retenir l'attention des professionnels. Ainsi, 25 à 40 % des consultations de pédiatrie concernent des difficultés alimentaires chez des enfants d'âge préscolaire (un à trois ans) et pour 3 à 10 % de ces enfants, il s'agit de pérennisation de difficultés alimentaires précoces. Beaucoup de parents considèrent que leurs enfants sont de mauvais mangeurs, « chipotent » ou sont de petits mangeurs, mais seuls 1 à 5 % présenteraient un réel trouble alimentaire avec des répercussions sur son développement [3]. Les troubles de l'alimentation fréquents dans les trois premières années de vie représentent également 1 à 5 % des hospitalisations dans un service de pédiatrie. Dans les cas graves, ils entraînent des retards de croissance. Différentes conceptions sur la notion de retard de croissance situent son origine d'un point de vue soit physique, soit psychologique, en particulier dans le nanisme psychosocial ou hypotrophie essentielle du nourrisson [5].

## Évolution des concepts liés aux troubles des conduites alimentaires

L'anorexie signifie « perte ou diminution de l'appétit ». C'est un symptôme qui indique qu'un enfant ne mange plus ou pas assez, sans présager des raisons sous-jacentes. L'anorexie du nourrisson a longtemps été décrite dans la littérature en lien avec une carence ou une inadéquation de soins maternels. En 1945, Spitz [6] puis Bowlby [7] décrivent les effets d'une déprivation maternelle sur l'enfant, y compris le refus de manger. Dans les années 1970, apparaît la notion d'inadéquation de la mère « nourricière » et, dix ans plus tard, on distingue le retard de croissance d'origine organique ou non organique. Le concept d'anorexie infantile associée au retard de croissance non organique laisse supposer une origine parentale, source de culpabilité parentale. Dans les années 1990, on parle d'anorexie du nourrisson puis de trouble alimentaire du bébé et du jeune enfant, puis apparaît le terme dysphagie dans un contexte où les théories de l'attachement sont prégnantes [8]. Actuellement, on parle de trouble alimentaire pédiatrique (TAP) ou de trouble alimentaire de la petite enfance, type sous-alimentation [9]. Ceux-ci sont définis par les comportements observables qui se manifestent dans différents contextes sans présager des étiologies sous-jacentes. Il convient de ne pas les confondre avec la néophobie alimentaire.

### Néophobie alimentaire

La néophobie alimentaire est une phase normale du développement alimentaire de l'enfant. Elle apparaît vers l'âge de

18–24 mois et reste fréquente entre deux et cinq ans. Elle se manifeste par un sentiment de peur face à de nouveaux aliments ou à des aliments présentés différemment. L'enfant présente une réticence à goûter des aliments nouveaux et inconnus ou rejette certains aliments précédemment acceptés mais proposés sous une autre forme [10].

### Trouble de l'oralité alimentaire ou TAP

Le diagnostic de trouble de l'oralité alimentaire ou TAP est posé lorsqu'un enfant ne peut pas consommer une alimentation équilibrée appropriée pour son âge (solides et liquides) pour permettre une croissance et un développement harmonieux. Dans la plupart des situations, ces difficultés sont présentes dès le début de la vie (n'arrive pas à téter au sein ou au biberon) ou au moment de la diversification alimentaire ou au passage aux morceaux.

### Classification

Bien souvent, quand un enfant ne mange pas on a tendance à dire « c'est psychologique », « si tu le laisses sans manger, il finira bien par manger ». On observe actuellement deux définitions des troubles de l'alimentation du bébé : l'approche pédiopsychiatrique, définie sous le terme de trouble de la sous-alimentation dans la classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première enfance [4] (DC : 0–5™) et l'approche pédiatrique et orthophonique, synthétisée par Goday et al. en 2019 comme TAP [9]. L'un comme l'autre ne présage aucunement de l'origine des troubles. L'évolution vers plus de cohérence entre les professionnels doit avoir des conséquences importantes sur le plan clinique, notamment dans la prise en charge multidisciplinaire. On peut également ajouter que la situation de dépression grave du nourrisson, associée à un état de carence ou d'hospitalisme grave, peut être associée à une anorexie chez un bébé passif et désintéressé de la nourriture.

L'âge moyen du début de prise en soins spécialisés est de deux ans [4]. Or, les parents ont souvent signalé un problème plus tôt dans la vie de l'enfant. Les premiers signes sont parfois hétérogènes et non spécifiques et mènent à diagnostic tardif [4].

### Classification selon l'âge et la période de vie du nourrisson et du jeune enfant : la classification 0–5 ans [3]

#### Troubles de la sous-alimentation

Dans ce trouble, l'enfant mange moins qu'attendu pour son âge. Un des comportements alimentaires inadaptés suivants

doit être présent : manque d'intérêt, évitement apeuré, difficulté à se réguler pendant qu'il s'alimente, s'alimente endormi, échec de la transition alimentation solide, ne s'alimente que dans des conditions spécifiques, sélectivité extrême, garde en bouche. Ce comportement ne s'explique pas mieux par une affection médicale ou comme effet secondaire d'un médicament. Des symptômes liés au trouble ou l'ajustement parental à ces symptômes affectent le fonctionnement de l'enfant et de sa famille. Ainsi, on observe un mal-être chez l'enfant, le trouble interfère dans ses relations et limite sa participation aux activités de son âge, ainsi que la participation de la famille à certaines activités quotidiennes. Le trouble bloque l'acquisition de nouvelles compétences ou engendre un retard de développement.

Il est important de préciser, d'une part, que le trouble de la sous-alimentation n'est pas nécessairement associé à une perte de poids et, d'autre part, que la tension autour de la nourriture devient en elle-même un facteur de risque d'aggravation. Ainsi, les pratiques de nourrissage des parents sont fortement associées aux comportements de sous-alimentation (et éventuellement de suralimentation) chez l'enfant pouvant correspondre à un trouble relationnel spécifique de la petite enfance. Enfin, les causes organiques possibles suivantes sont à éliminer : allergies au lait, anomalies structurelles, troubles neurodéveloppementaux, hypersensibilité orale, trouble oromoteur, œsophagite due à un reflux gastro-œsophagien.

#### Trouble alimentaire pédiatrique : évolution d'un concept

La récente définition du « trouble alimentaire pédiatrique » (équivalent de l'anglais *pediatric feeding disorder*) est la seule qui fasse actuellement consensus dans la communauté scientifique. C'est une altération de l'absorption orale alimentaire qui n'est pas appropriée à l'âge et qui est associée à des problèmes médicaux, nutritionnels, des compétences liées à l'alimentation et/ou à un dysfonctionnement psychosocial. Cette définition est issue du consensus de Goday et al. [9]. Ce type de trouble peut être présent dès la naissance. En l'absence de malformation ou de syndrome, c'est en général au cours de la première année de vie qu'il survient, fréquemment au moment de la diversification alimentaire ou du passage aux morceaux. Les TAP présentent des formes variées et peuvent être liés à des causes très différentes : dysfonctionnement sensoriel, moteur ou cognitif. L'origine peut aussi être organique, en cas de malformation d'un organe de la sphère buccofaciale ou de l'œsophage, par exemple.

Si les expériences négatives concernant la prise alimentaire se répètent, les représentations de l'alimentation sont en effet profondément perturbées et les relations avec le

donneur de soins souvent « compliquées » autour des repas. L'enfant et ses parents vont finir par redouter ce moment.

De nombreux enfants sont plus susceptibles de rencontrer un problème pour se nourrir : les enfants nés prématurément (plus la prématurité est importante, plus le risque de TAP l'est également), les enfants ayant eu une sonde nasogastrique, ceux présentant un trouble du spectre autistique, un reflux gastro-œsophagien (avec douleur gastrique), une fente vélopalatine ou encore une paralysie cérébrale, ainsi que les enfants en situation de polyhandicap.

Les difficultés au niveau de la prise alimentaire peuvent aller d'une simple gêne à un refus complet de s'alimenter. De plus, les conséquences d'un TAP sont larges, avec éventuellement des difficultés sur le plan social et sur le plan relationnel. En cas de forçage alimentaire, un réflexe nauséux est alors souvent constaté : l'enfant peut avoir des haut-le-cœur, des régurgitations, voire être pris d'un vomissement.

Certaines études parlent de 13 à 50 % de la population pédiatrique normale. Quand on se penche sur la population avec des troubles du développement, la prévalence passe à 80 %. Les enfants avec un trouble du spectre autistique (TSA) présentent fréquemment des troubles de l'alimentation qui sont bien souvent en lien avec des troubles d'intégration sensorielle ou des troubles des processus sensoriels (difficultés au niveau de la perception sensorielle et/ou de la modulation sensorielle). On estime que 56 à 87 % des enfants avec TSA présentent un trouble de l'alimentation [11–13]. Le signe le plus caractéristique de ces difficultés est une sélectivité alimentaire fondée par exemple sur la texture, la température ou la couleur. L'enfant choisit de manger certains aliments selon « ses » critères personnels et rejette les autres aliments. Le passage aux morceaux s'avère souvent problématique, l'enfant préférant l'alimentation mixée. Parfois, ce sont les doubles textures qui sont refusées comme des pâtes (texture solide) mélangées à une sauce tomate (texture semi-liquide).

La dépendance à la sonde est une des complications fréquentes de la nutrition artificielle. Elle peut provoquer une réticence à long terme pour boire et manger. Ainsi, moins de 50 % des enfants arrêtent la nutrition par sonde avec succès [14]. On observe alors l'apparition de troubles du comportement alimentaire, tels que l'absence de succion, l'évitement de la nourriture, le réflexe nauséux exacerbé, l'hypermotricité oromotrice, l'intolérance à la vue et/ou à l'odeur de la nourriture et encore une anxiété parentale avec le doute de leur capacité à nourrir leur enfant.

On parle de TAP aigu, avec une durée de deux semaines à trois mois, et de TAP chronique, dont la durée excède alors trois mois. Cette altération est associée à au moins un des éléments suivants : dysfonctionnement médical, nutritionnel, des compétences alimentaires, ou psychosocial.

Le *dysfonctionnement médical* se caractérise par une altération fonctionnelle des systèmes cardiovasculaire et respiratoire mis en évidence soit par une capacité cardiorespiratoire compromise durant l'alimentation orale, soit par des aspirations ou des pneumopathies d'aspiration récurrentes. Le *dysfonctionnement nutritionnel* peut correspondre aux situations suivantes : une malnutrition, une carence en nutriments spécifiques ou un apport significativement réduit d'un ou de plusieurs nutriments résultant d'une diminution de la diversité alimentaire, un recours à une alimentation entérale ou à des compléments alimentaires oraux afin de maintenir la nutrition et/ou l'hydratation. Le *dysfonctionnement des compétences alimentaires* comporte la nécessité de modifier la texture des aliments liquides et/ou solides, d'adapter l'installation au repas et/ou le matériel ainsi que d'utiliser des stratégies d'alimentation particulières. Enfin, le *dysfonctionnement psychosocial* est caractérisé par des comportements d'évitement actifs ou passifs de l'enfant lorsqu'il se nourrit ou est nourri, une prise en charge inadéquate des besoins alimentaires et/ou nutritionnels de l'enfant par le soignant, une perturbation du fonctionnement social dans un contexte alimentaire et une perturbation de la relation soignant–enfant associée à l'alimentation.

Différents signes comportementaux, fonctionnels ou oromoteurs, sensoriels ou mixtes peuvent être observés dans le TAP. Ils ont été rassemblés par Grevesse et al. en 2020 [3]. Parmi les *signes comportementaux*, on retrouve chez l'enfant, pendant le repas, une cambrure ou un raidissement du corps, une irritabilité ou un manque de vigilance, des conflits, des pleurs avec des mouvements de fuite ou de détresse, un refus de la nourriture solide ou liquide, une néophobie, un allongement de la durée des repas, voire une interruption. Des *signes fonctionnels ou oromoteurs* peuvent aussi être observés : un retard de développement de la motricité orale, des difficultés de succion et de mastication, une incapacité à gérer en bouche différentes textures de nourriture, l'apparition de toux ou de nausées pendant les repas ; un bavage excessif ou de la nourriture et/ou du liquide sortant de la bouche ou du nez, des difficultés à coordonner la respiration en mangeant et en buvant ; des étouffements lors des repas ; une voix rauque ou « mouillée » ; des pneumonies récidivantes ou des infections respiratoires. Des *signes sensoriels* peuvent être observés comme une sélectivité alimentaire selon les textures et/ou les couleurs, l'enfant mange mieux les aliments préférés. Enfin, des régurgitations et des vomissements sont fréquents avec un allongement de la durée des repas (plus de 30 minutes), des grimaces, un réflexe nauséux, un refus de poursuivre le repas, une détresse en cas de forçage.

Enfin, le TAP n'est pas causé ni par des processus cognitifs compatibles avec des troubles de la nutrition (ex. : anorexie, altération de l'image corporelle) ni par des habitudes d'absorption orale dues à un manque de nourriture ou conformes à des normes culturelles.

La figure 1 est une proposition de modèle d'évaluation et de prise en charge : y apparaissent la complexité des TAP et les différents niveaux qui sont impliqués [15,16].

## Évaluation d'un nourrisson présentant des troubles alimentaires

Il est important d'explorer l'*histoire personnelle de l'enfant* : la grossesse, les conditions de naissance, la période périnatale, l'apparition des premières dents, leur nombre, le développement du langage et les complications éventuelles sur le plan médical (courbes de poids et taille). Cette exploration va également s'intéresser à l'existence d'éventuelles pathologies ou maladies sous-jacentes qui pourraient expliquer les troubles alimentaires. De même, il est utile de se pencher sur les éventuelles hospitalisations, en questionnant l'âge au moment de l'hospitalisation, le motif, la durée, l'accueil en soins intensifs, la pose éventuelle d'une sonde alimentaire et sa durée, les difficultés alimentaires durant l'hospitalisation, les symptômes digestifs éventuels.

L'exploration minutieuse de l'*histoire alimentaire* de 0 à 24 mois a bien entendu tout son sens : sevrage, diversification, intérêts, troubles du comportement au repas, manifestation faim/satiété, autonomie, habitudes alimentaires, collaboration aux repas, challenge alimentaire fixé par les parents. Une *observation des moments de repas* en contexte naturel avec les parents est aussi essentielle : capacités de l'enfant à rester assis durant le repas, autoalimentation en fonction de l'âge, acceptation des différentes textures, réactions par rapport à la nourriture (anticipation, intérêt, anxiété, frustration, cris, nauséux, vomissements), compétences oromotrices ainsi que les éléments interactifs associés, les conduites parentales et d'éventuelles spirales interactionnelles problématiques. Une *évaluation orthophonique* peut être utile afin d'évaluer la sensorialité au niveau de la sphère orale : joue, nez... et des comportements de morsure et de mastication. L'observation se déroule avec des aliments en milieu naturel. Il nous appartient d'essayer de *comprendre* : Pourquoi ? Quand ? Quelles manifestations ? Ce que l'enfant

cherche à obtenir ? L'objectif est de guider et d'aider les parents à comprendre pour qu'ils puissent réagir de manière appropriée, pour permettre à l'enfant de réagir lui aussi de manière appropriée et lui donner un mode de communication adapté.

## Prise en charge d'un nourrisson présentant des troubles alimentaires

Le TAP apparaît comme une problématique complexe qui englobe les troubles de l'alimentation et de la déglutition. Il nécessite une prise en charge précoce, multidisciplinaire et coordonnée à la fois pour l'évaluation et le suivi, ainsi que pour déterminer les priorités médicales, rééducatives et environnementales en fonction de l'origine du trouble.

La présence de troubles alimentaires chez le jeune enfant enclenche une spirale de désorganisation à la fois oromotrice, sensorielle mais aussi relationnelle. Les interventions peuvent être de différentes natures et souvent associées : comportementales, engageant des techniques posturales, des adaptations diététiques et techniques (ustensiles), des manœuvres facilitatrices, des stratégies d'alimentation, des stimulations sensorielles ainsi qu'une prise en charge orthophonique afin de traiter les aspects fonctionnels oromoteurs, comportementaux et sensoriels. Une guidance parentale permet de soutenir leur capacité de nourrir leur enfant. Enfin, il s'agit également de préserver ou d'améliorer la qualité de vie de l'enfant et de son entourage [3].

## Troubles alimentaires atypiques : PICA et mérycisme

Le PICA se définit comme le besoin irrésistible de consommer des substances non comestibles comme du papier, de la craie, de la terre, du savon, du charbon, du plâtre... Chez le petit enfant, il s'agit d'un comportement qui peut être normal et transitoire vers l'âge de six mois où l'enfant porte tout à sa bouche. Il est pathologique s'il devient important, durable et persistant au-delà de l'âge de deux ou trois ans. Il est marqué par l'ingestion répétée, pendant au moins un mois, de substances non nutritives et/ou non comestibles capables de nuire au développement normal d'un individu. L'ingestion de ces substances est inappropriée pour le développement de l'individu. Elle ne correspond pas non plus à une pratique culturelle ou sociale admise dans l'entourage de l'individu. Le comportement survient avec un autre trouble de santé comme la déficience intellectuelle, l'autisme ou une condition médicale (par exemple une carence en fer).

Les symptômes du PICA et ses complications peuvent être importants : douleurs abdominales, vomissements,

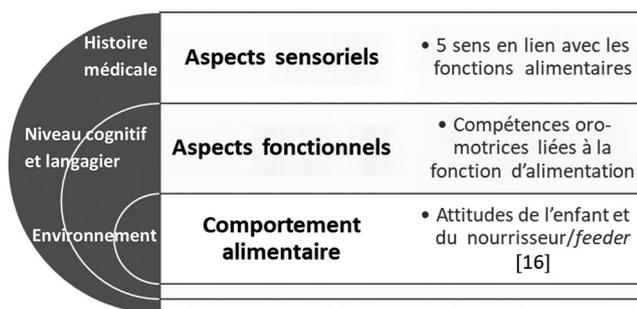


Fig. 1 Proposition : modèle d'évaluation et de prise en charge

constipation, occlusion intestinale, abrasion des dents, infections ou parasitoses, perforation du tube digestif (à cause de l'ingestion d'objets tranchants), retard de croissance, anémie, carence alimentaire, etc. Il nécessite également une évaluation médicale multidisciplinaire [4].

Le *mérycisme* se caractérise par un vomissement provoqué par l'enfant qui ramène les aliments en bouche pour ensuite les mâchonner. Après cette rumination l'enfant ingère à nouveau les aliments. Parfois seule une partie de la nourriture régurgitée est gardée en bouche et le reste est rejeté. Une dénutrition ou une déshydratation peuvent dans ce cas se présenter. Ce comportement se présente dans le deuxième trimestre (entre trois et six mois) et apparaît lorsque l'enfant est seul, ou encore il se positionne de dos et semble pris par une activité intense d'autostimulation ou d'autoapaisement. D'autres comportements peuvent apparaître en alternance tels que le balancement de la tête ou la trichotillomanie. Il est communément admis que ces nourrissons sont face à des figures parentales rigides, froides, distantes menant ainsi à de la négligence, de la carence de stimulations et des relations parents-enfants gravement perturbées. Le comportement est suspendu lorsqu'une relation chaleureuse se met en place avec le nourrisson [1,4].

### Trouble alimentaire caractérisé par l'hyperphagie ou suralimentation

Le trouble de la suralimentation se caractérise par une surconsommation, une recherche ou encore une préoccupation pour la nourriture. Ces comportements sont envahissants et se présentent en dehors d'un contexte relationnel spécifique. Dans la DC 0-5 TM [4], ce critère mène à distinguer le trouble de la suralimentation du trouble relationnel de la petite enfance avec manifestations de suralimentation. Si le « *diagnostic* » du trouble de la suralimentation est rarement posé avant deux ans, les « *comportements* » de suralimentation ou d'hyperphagie peuvent l'être dès la première année de vie. Dans ce cas, on observe des interactions parents-enfant perturbées, dans lesquelles les parents répondent à toutes les demandes du bébé par le nourrissage. Schmit et Hammami [17] proposent que les distorsions relationnelles précoces conduisant à l'hyperphagie peuvent constituer un facteur de risque d'obésité.

Les troubles de la suralimentation peuvent être également expliqués par une difficulté d'ajustement du donneur de soins. Mais la préoccupation de l'enfant pour l'engagement dans des comportements d'alimentation est telle que les activités d'exploration de son âge sont réduites. Lorsque l'enfant ne peut satisfaire son comportement de suralimentation, il manifeste de la détresse, de l'anxiété ou encore de l'irritabilité [4].

### Conclusions : que faire face à un trouble alimentaire ?

La première intervention est d'évaluer ce qui relève d'un comportement banal et ce qui peut faire penser à un trouble alimentaire qui risque de s'installer. Les recherches prospectives disponibles suggèrent un certain degré de continuité entre les problèmes alimentaires durant l'enfance et les âges ultérieurs, y compris l'adolescence ou l'âge adulte. Les bébés avec des troubles alimentaires sévères tendent à présenter plus de problèmes émotionnels et comportementaux ultérieurs [3]. Détecter précocement permet d'éviter une spirale de complications développementales, tant physiques que sensorimotrices, voire cognitives et relationnelles. Savoir écouter les parents, observer l'enfant en situation naturelle d'alimentation, élargir les questions au-delà du trouble alimentaire permet de comprendre le développement et les caractéristiques du trouble.

Une prise en charge précoce permet aussi de redonner confiance aux parents dans leurs compétences ; montrer les compétences de l'enfant (relationnelles, jeux...). Lorsque le trouble relationnel est trop important et quand le développement physique ou psychique est en danger, l'orientation vers une consultation pédiopsychiatrique peut s'avérer indispensable.

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### Références

1. Marcelli D, Cohen D (2021) *Enfance et psychopathologie*. Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux
2. Averdson JC, Brodsky L, Lefton-Greif MA (2020) *Pediatric swallowing and feeding: assessment and management*. Plural Publishing, San Diego, CA
3. Grevesse P, Van Wingham J, Franck L, et al (2020) Le trouble alimentaire pédiatrique. *Percentile 25:12-5*
4. DC 0-5 TM (2021) *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. DC: ZERO TO THREE Press, Washington
5. Feillet F (2005) Retard de croissance staturo-pondérale. *Rev Prat* 55:285-90
6. Spitz R (1946) Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal Study Child* 2:53-74
7. Bowlby J (1988) *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. Routledge, London
8. Estrem H, Pados B, Park J, et al (2017) Feeding problems in infancy and early childhood: evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs* 73:56-70
9. Goday P, Huh S, Silverman A, et al (2019) Pediatric feeding disorder: consensus definition and conceptual framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 68:124-9

10. Brown S, Harris G (2012) A theoretical proposal for a perceptually driven, food-based disgust that can influence food acceptance during early childhood. *Int J Child Health Nutr* 1:1-10
11. Burklow K, Phelps A, Schultz J, et al (1998) Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 27:143-7
12. Lefton-Greif M, Arvedson J (2007) Pediatric feeding and swallowing disorders: state of health, population trends, and application of the international classification of functioning, disability, and health. *Semin Speech Lang* 28:161-5
13. Linscheid T (2016) Behavioral treatments for pediatric feeding disorders. *Beh Modif* 30:6-23
14. Daveluy W, Guimber D, Uhlen S, et al (2006) Dramatic changes in home-based enteral nutrition practices in children during an 11-year period. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 43:240-4
15. Grevesse P (2016) Évaluation de la sensorialité orale et des conduites alimentaires du jeune enfant : construction et validation d'un protocole. Thèse, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, université catholique de Louvain. Prom. Schelstraete MA, Hermans D
16. Manikam R, Perman J (2000) Pediatric feeding disorders. *J Clin Gastroenterol* 30:34-46
17. Schmit G, Hammami S (2006) L'obésité infantile et les expériences alimentaires précoces. *Arch Pediatr* 13:501-4