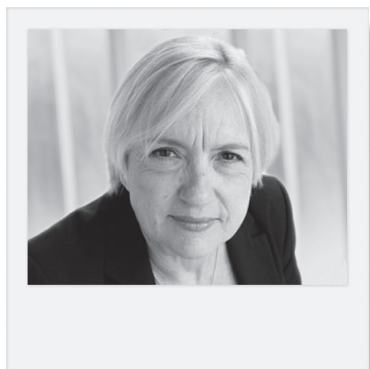


L'anorexie du nourrisson : quand recourir au pédopsychiatre ?

RÉSUMÉ : En présence d'un nourrisson qui refuse de manger, il est important d'analyser, d'une part, la symptomatologie exacte de ce refus – sélectif ou global, accompagné ou non d'anxiété, avec ou sans troubles cognitifs – et, d'autre part, d'explorer les pratiques parentales et d'évaluer les quantités ingérées et le retentissement staturo-pondéral.

Ainsi, on pourra différencier des difficultés mineures de troubles réels du comportement alimentaire nécessitant une approche pédopsychiatrique.



→ M.-F. LE HEUZEY
Hôpital Robert-Debré, PARIS.

Les parents sont souvent préoccupés par le comportement alimentaire de leurs jeunes enfants, et 50 % des mères interrogées disent qu'au moins un de leurs enfants ne mange pas assez. Ainsi, des difficultés alimentaires existeraient chez 25 à 35 % des enfants en population générale.

Mais ces difficultés alimentaires sont très variées avec un large éventail de sévérité, allant de formes légères ("petit mangeur" ou mangeur difficile) à des formes graves (comme dans l'autisme). Seulement 1 à 5 % des enfants souffriraient d'un réel trouble du comportement alimentaire [1].

Il n'y a pas de définition consensuelle de l'anorexie du nourrisson, et le terme n'existe pas dans les classifications internationales.

La classification DSM-IV [2] distinguait les troubles de l'alimentation de la première ou deuxième enfance : difficultés alimentaires se manifestant par une incapacité persistante et durable (plus d'un mois), avec absence de prise de poids ou perte de poids significative, et

les troubles du comportement alimentaire aux autres âges de la vie : anorexie mentale et boulimie. Dans le DSM-5 [3], il n'y a plus d'individualisation en fonction de l'âge, et une nouvelle catégorie est décrite : le trouble alimentaire restrictif (ou évitement alimentaire).

Il est défini par les critères suivants :

- Trouble du comportement alimentaire avec un signe ou plus :
 - perte de poids significative ou absence de croissance ;
 - carence nutritionnelle ;
 - dépendance à une nutrition entérale ou à des suppléments ;
 - retentissement marqué sur le fonctionnement psychosocial.
- N'est pas en lien avec un manque de nourriture ou une pratique culturelle.
- Ne survient pas durant une anorexie mentale ou une boulimie.
- N'est pas mieux expliqué par une cause organique ou un trouble mental. Cette définition recouvre donc un grand nombre de situations de restriction alimentaire, à tous les âges.

■ Démarche diagnostique

Comme le propose l'équipe de I. Chatoor [4], la **démarche diagnostique** en cas de restriction alimentaire chez un jeune enfant va suivre plusieurs étapes.

1. L'enfant

- Âge, poids, taille, signes de dénutrition ?
- Pathologie somatique ? Ce diagnostic est évidemment du ressort du pédiatre, mais comme le soulignent actuellement tous les auteurs, il ne doit pas y avoir opposition entre trouble alimentaire organique et non organique, car l'intrication des facteurs est fréquente, d'autant que les explorations médicales peuvent favoriser des difficultés alimentaires.
- Le développement cognitif et affectif.
- Le comportement alimentaire lui-même : s'agit-il d'un enfant qui mange peu ? D'un enfant qui sélectionne ? Ou d'un enfant qui a peur de manger ?

2. Les parents

- Ont-ils une bonne estimation des quantités ingérées ?
- Quelle est leur attitude éducative générale ?
- Quel est leur rapport à l'alimentation : bon mangeur, phobique, anxieux, orthorexique ?
- Comment nourrissent-ils l'enfant ?

Les pratiques parentales sont influencées par les valeurs culturelles et la relation parents/enfant. Parmi les quatre styles décrits, le **recommandé est le style "répondeur"** : il y a un partage de la responsabilité du repas entre les parents et l'enfant. Le parent détermine

où, quand et ce que l'enfant va manger (en quantité et qualité), il donne des limites, parle positivement de la nourriture et répond aux signaux de faim de l'enfant.

Les autres styles ne sont pas adaptés. La moitié des mères et beaucoup de pères appartiendraient au groupe de **style "contrôleur"** : ils ignorent les signaux de faim, et peuvent utiliser la force, la contrainte, ou des récompenses inappropriées.

Dans le **style "indulgent"**, les parents nourrissent l'enfant quand il le demande, présentent de multiples aliments, font des plats spéciaux, ne donnent pas de limites et ne respectent pas les signes de faim et satiété.

Enfin, le **style "négligent"** concerne des parents qui abandonnent la responsabilité de l'alimentation, il n'y a pas d'échange entre parent et enfant, le parent ignore non seulement les besoins nutritionnels mais aussi les besoins affectifs. Il s'agit de parent(s) souffrant de dépression ou d'autres troubles psychiatriques.

■ Les tableaux cliniques

1. Si la plainte est que l'enfant refuse de manger

>>> **L'anorexie infantile** [5, 6], dans sa forme traditionnelle, se manifeste lors de la diversification et du passage à la cuillère. L'enfant mange quelques petites bouchées, puis refuse d'ouvrir la bouche et d'avaler quoi que ce soit. Il est actif, curieux, énergique. Il ne manifeste pas de signes de faim ni d'intérêt pour la nourriture, et préfère jouer. Il ne reste pas calme durant le repas. L'enfant ne prend pas de poids, ou peut en perdre ; il existe des signes de malnutrition avec retentissement sur le développement staturo-pondéral. 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 (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). 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. Dans ces cas extrêmes, une prise en charge spécialisée est nécessaire pour stopper l'escalade.

>>> Mais, dans de nombreux cas, on parle plutôt d'**enfant petit mangeur** [7-9], car il n'y a pas de dénutrition clinique. L'enfant mange des aliments relativement variés, mais de petites quantités le rassasient. Lui aussi aime mieux jouer que manger, il est "menu", vif, opposant, un peu tyrannique.

Alors qu'on a longtemps considéré ce comportement de petit mangeur comme bénin et sans importance, certains arguments (tempérament de l'enfant, évolution à distance...) laissent à penser qu'il s'agit d'une forme atténuée d'anorexie infantile, et qu'elle est un facteur de vulnérabilité pour l'apparition d'une anorexie mentale à l'adolescence.

REVUES GÉNÉRALES

Pédopsychiatrie

Certains travaux ont montré que même sans perte de poids, ces petits mangeurs garçons ou filles ont, dans le premier mois de vie, des modes de succion différents de ceux des sujets contrôles ; 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 [10]. La vigilance du pédiatre est donc nécessaire.

>>> Dans les premiers mois de vie, certains enfant 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. Ce comportement, appelé parfois **trouble de la régulation homéostatique**, n'est pas préoccupant si le médecin aide la mère et l'enfant dans leur ajustement réciproque. Le trouble pourrait se fixer si la mère est dépressive, anxieuse, stressée ; si elle manque de confiance en elle, et n'arrive pas à gérer l'irritabilité ou la somnolence de l'enfant.

>>> Bien différent et diagnostic différentiel de l'anorexie infantile : le **trouble de l'attachement ou de la réciprocité** : le trouble apparaît tôt, entre 2 et 6 mois. À l'examen, non seulement l'enfant est dénutri, mais 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 une absence totale de réciprocité. L'enfant est en état de carence tant nutritionnelle qu'affective. Il y a urgence à mettre en place une prise en charge multidisciplinaire à la fois médicale et psychiatrique. En effet, les mères souffrent de troubles psychiatriques

POINTS FORTS

- ↳ L'alimentation du jeune enfant repose sur la bonne adaptation entre le tempérament de l'enfant et la disponibilité affective des parents.
- ↳ Les parents sont des modèles.
- ↳ La nourriture n'est pas une récompense ou une punition.
- ↳ Pas de distracteur durant les repas.

(schizophrénie, alcoolisme, toxicomanie, dépression), ou sont des femmes victimes de maltraitance.

2. Si la plainte est que l'enfant sélectionne

Cette sélectivité, appelée parfois néophobie, apparaît lors de la diversification. 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. Si l'enfant refuse tous les aliments devant être mâchés, on peut observer un déficit de développement de la motricité orale.

Ce sont généralement des enfants anxieux, qui ressentent une sensation d'insécurité et dont l'anxiété est accentuée par l'anxiété maternelle. Au maximum est réalisé un tableau d'hypersélection alimentaire où l'enfant n'accepte que deux ou trois types d'aliments, avec parfois d'autres signes anxieux : impossibilité de marcher dans le sable ou dans l'herbe, difficulté pour accepter certains vêtements ("ça gratte"), ou hypersensibilité aux bruits ou aux odeurs.

Les formes les plus graves de sélectivité sont observées chez les enfants souffrant d'un trouble du spectre autistique [11]. Des études ont montré les caractéristiques de ces sélectivités : texture, odeur, marque, forme, alors que la couleur et la température ne semblent pas

les différencier des enfants contrôles. Certains enfants refusent le passage du liquide au solide.

Il est utile de rappeler que l'examen pédiatrique peut, dès les premiers mois de vie, repérer les signes d'alerte des troubles autistiques : altération des interactions sociales (sourire, regard...), les troubles de la communication non verbale (puis verbale) et éventuellement les particularités motrices. Les prises en charge les plus précoces possibles des enfants souffrant de troubles du spectre autistique ont montré leur intérêt ; il y a donc une quasi urgence à orienter ces enfants.

3. La peur de manger

Enfin, devant un enfant qui refuse de manger, il faut se demander s'il ne s'agit pas d'une **peur de manger**. Le refus alimentaire survient après traumatisme de l'oropharynx ou de l'œsophage, soit ponctuel et familial (fausse route, 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 cuillère...). 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. Le traitement relève d'une prise en charge en thérapie cognitivo-comportementale.

Conclusion

Chez le jeune enfant, les situations conflictuelles autour de l'alimentation sont nombreuses : certaines bénignes, d'autres plus préoccupantes ; mais on s'efforcera de ne pas mettre d'étiquette d'anorexie qui garde souvent une connotation péjorative auprès des parents. 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, il faut savoir prendre en considération la plainte de la famille. Aucune mère ne doit plus entendre "ce n'est pas grave, un enfant ne se laisse pas mourir de faim". Cette phrase ne rassure aucune mère anxieuse ; elle est sans efficacité, voire peut-être délétère.

S'il n'y a pas de signe de gravité, il est important d'aider la famille à mettre en place un cadre :

– pas de distraction pendant les repas (ni jouet, ni TV, ni tablette, ni téléphone) ;

– le parent garde une attitude naturelle et neutre ;
 – la durée du repas est limitée ;
 – le nombre de repas ou de collations est limité (4/5 selon l'âge), et rien n'est donné en dehors de ceux-ci à part de l'eau ;
 – les aliments sont adaptés à l'âge [12] ;
 – de nouveaux aliments sont introduits régulièrement (avec 8 à 10 présentations répétées pour chaque) ;
 – l'enfant est encouragé à manger par lui-même, et on accepte qu'il se salisse.

Les techniques de renforcement positif et de *time out* peuvent être expliquées aux parents pour qu'ils adoptent des comportements adéquats en cas de "bons comportements" ou, au contraire, de refus.

Si les difficultés et l'anxiété parentale persistent, une prise en charge en psychothérapie est justifiée.

Bibliographie

1. MOUREN MC, DOYEN C, LE HEUZEY MF *et al.* Troubles du comportement alimentaire de l'enfant. Du nourrisson au préadolescent ; Elsevier Masson 2011.
2. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé DSM-IV-TR. Traduction française J.D. Guelfi. Masson, Paris 2004.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th. Washington DC 2013. Traduction française : MA Crocq et JD Guelfi. Elsevier Masson 2015.
4. KERZNER B, MILANO K, CHATOOR I *et al.* A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*, 2015;135:344-353.
5. CHATOOR I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 2002; 11:163-183.
6. 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.
7. CARRUTH BR, SKINNER JD. Revisiting the picky eater phenomenon: neophobic behaviours of young children. *J Am Coll Nutr*, 2000;19:771-780.
8. LEUNG AK, MARCHAND V, SAUVE RS; Canadian Paediatric Society. Nutrition and gastroenterology Committee. The "picky eater": the toddler or preschooler who does not eat. *Paediatr Child Health*, 2012;17:455-460.
9. ONG C, PHUAH KY, SALAZAR E *et al.* Managing the "picky eater" dilemma. *Singapore Med J*, 2014;55:184-189.
10. 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;42:76-84.
11. HUBBARD KL, ANDERSON SE, CURTIN C *et al.* A comparison of food refusal related to characteristics of food in children with autism spectrum disorder and typically developing children. *J Acad Nutr Diet*, 2014;114:1981-1987.
12. LE HEUZEY MF, TURBERG-ROMAIN C, LELIÈVRE B. Comportement alimentaire des nourrissons et jeunes enfants de 0 à 36 mois : comparaison des habitudes des mères. *Arch Pediatr*, 2007;14:1379-1388.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.