

Troubles du comportement alimentaire du petit enfant (TCAPE)

V. Leblanc, psychologue, M. Bellaïche, gastropédiatre, service de gastroentérologie et nutrition pédiatriques, hôpital Robert-Debré, Paris

Les troubles du comportement alimentaire du petit enfant (TCAPE) sont définis comme l'ensemble des difficultés à s'alimenter de manière adaptée et satisfaisante. De tels troubles sont signalés par de nombreux parents, qui considèrent que leur enfant s'alimente « difficilement ». Un refus des nouveaux aliments et/ou une sélectivité des aliments et/ou des apports caloriques insuffisants ou jugés insuffisants sont souvent constatés chez ces enfants [1]. Même s'il n'existe pas de retentissement pondéral, tout TCAPE mérite une attention spécifique. Aucune famille ne devrait plus entendre « Ce n'est pas grave, un enfant ne se laisse pas mourir de faim ». Ces troubles concernent environ 20 % des nourrissons et des jeunes enfants (un à six ans) et constituent un des motifs de consultation les plus fréquents dans ces tranches d'âge [2]. Comment les repérer et les évaluer ? Comment les prendre en soin, en gardant à l'esprit que manger n'est pas seulement se nourrir, mais qu'il s'agit également d'un échange relationnel et affectif mettant en jeu tous les sens [3-5] ? Des fiches destinées aux parents pour accompagner la prise en soin des TCAPE sont proposées dans ce numéro.

L'approche clinique suit un canevas systématique : repérer, évaluer, prendre en soin.

REPÉRER

PLUSIEURS SIGNES D'APPEL

La répétition dans le temps de plusieurs des signes suivants suffit à faire évoquer chez le jeune enfant la présence de TCAPE [6, 7] :

- durée du repas supérieure à 30 minutes sans plaisir ;
- ingesta très fractionnés et/ou en faible quantité par rapport aux calories requises pour l'âge ;
- refus de manger avec mouvements d'évitement de la tête, agitation psychomotrice ou pleurs à la vue du biberon ou de la cuillère ;
- nausées et/ou vomissements à la vue du biberon, de la cuillère ou des aliments ;
- l'enfant stocke en bouche, ne peut déglutir ou avale tout rond ;
- refus systématique de tout nouvel aliment ou de toute nouvelle texture ;

- refus des morceaux persistant à l'âge de dix-huit mois ;
- consommation de moins de dix aliments différents ;
- refus ou difficultés à toucher les aliments : l'enfant ne supporte pas de se salir.

VIGILANCE EN CAS DE FACTEURS DE RISQUE

Plusieurs facteurs de risque de survenue de TCAPE sont identifiés : prématurité ou faible poids de naissance, malformation congénitale, antécédents d'hospitalisation néonatale ou de soins invasifs, que ces derniers concernent la sphère orale ou une autre partie du corps. Quelle que soit son origine, un événement traumatique peut initier une peur de manger. L'exemple le plus classique est celui de la fausse route avec inhalation de corps étranger. L'exemple le plus significatif est l'intubation, suivie dans 30 % des cas de TCAPE séquellaires [8].

Le premier rang dans la fratrie, la présence de troubles du comportement alimentaire dans la famille, le tabagisme

maternel pendant la grossesse et l'anxiété ou la dépression maternelle sont à prendre en compte [2, 9].

ÉVALUER

ÉVALUATION QUANTITATIVE : L'ÉCHELLE D'ALIMENTATION DE L'HÔPITAL DE MONTRÉAL

L'échelle d'alimentation-HME (d'accès libre) est un questionnaire de 14 items permettant d'objectiver et de quantifier rapidement l'intensité des TCAPE chez des enfants âgés de six mois à six ans (figure) [10]. Son utilisation est d'autant plus intéressante que l'expérience montre que les mères ne parlent pas toujours spontanément des difficultés alimentaires de leur enfant tant que celui-ci grossit normalement et qu'elles ont le sentiment de pouvoir faire face. Lors des consultations, il est donc pertinent de questionner non seulement sur ce que mange l'enfant, mais aussi sur la façon dont il mange. Un score chiffré est calculé, permettant d'indiquer le degré de

L'échelle d'alimentation-HME pour les enfants de six mois à six ans [10]

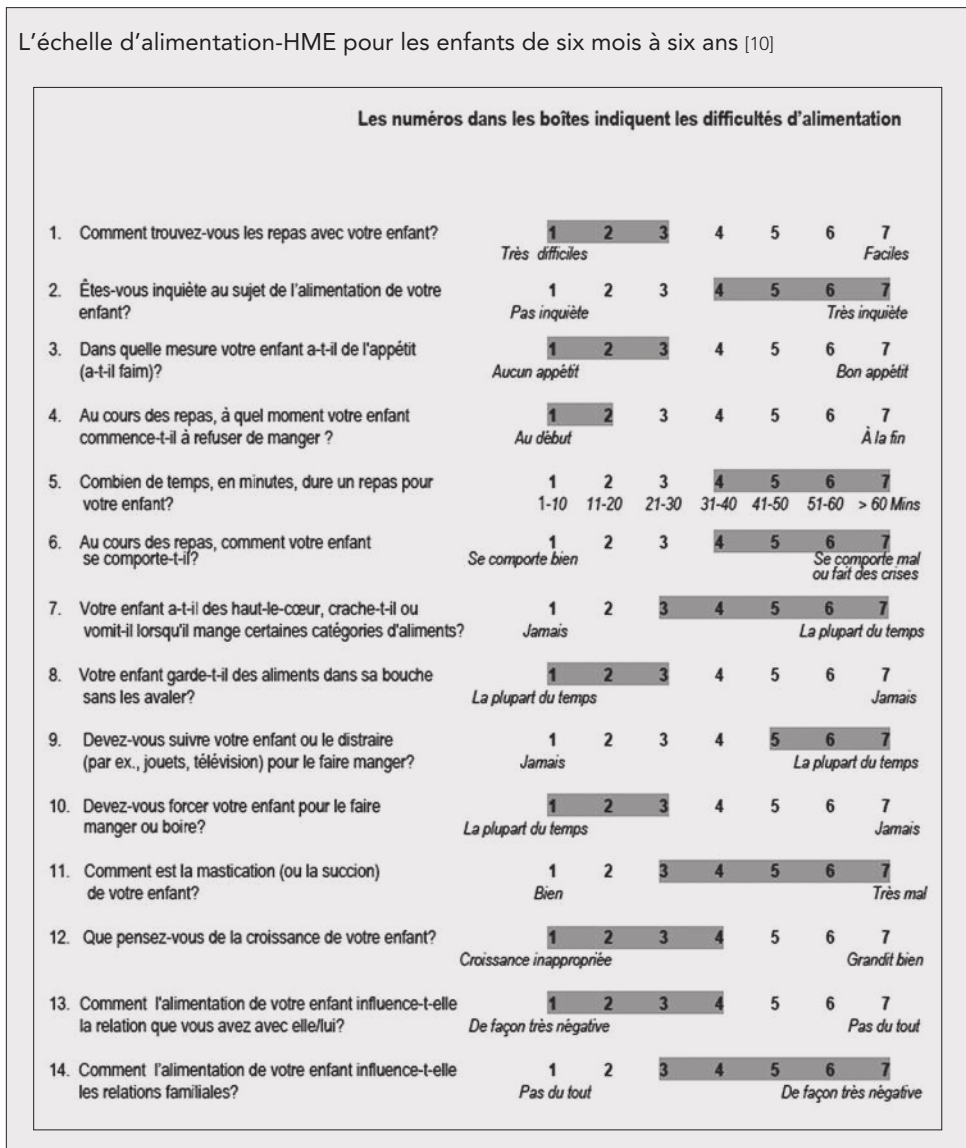


Tableau I

Les quatre styles parentaux en matière d'éducation alimentaire [6]

Style répondeur

La responsabilité du repas est partagée : les parents déterminent où, quand et ce que l'enfant va manger, répondent à ses signaux de faim et de satiété, parlent positivement de la nourriture mais fixent des limites; de son côté, l'enfant décide de la quantité.

Style contrôleur

Les parents ignorent les signaux de faim et de satiété de l'enfant, et utilisent la force ou des récompenses pour le nourrir.

Style indulgent

Les parents nourrissent l'enfant dès qu'il le demande, présentent de multiples aliments, font des plats spéciaux et ne donnent pas de limites.

Style négligent

Les parents ignorent les besoins nutritionnels et affectifs de l'enfant, et il n'y a pas d'échanges avec lui au cours des repas.

une dysmorphie peuvent orienter vers cette hypothèse ;

où en est le développement psychomoteur de l'enfant ? Il est nécessaire d'évaluer l'enchaînement des étapes de développement moteur de la position couchée à la marche ;

existe-t-il des éléments en faveur d'une cause psychogène chez l'enfant : anorexie, trouble du spectre de l'autisme ou phobies alimentaires. Rappelons que la néophobie alimentaire est, entre dix-huit et vingt-quatre mois, une étape normale du développement de l'enfant (à ne pas confondre avec une phobie alimentaire) ;

comment se passe le repas sur le plan comportemental et relationnel ?

PRÉCISER L'ATTITUDE ÉDUCATIVE DES PARENTS EN MATIÈRE D'ALIMENTATION

Quatre attitudes sont décrites : le style « répondeur » (celui recommandé) et les styles « contrôleur », « indulgent » ou « négligent », qui ne sont pas adaptés (tableau I) [6]. Pour faire la distinction entre les parents contrôleurs, indulgents ou

gravité des difficultés alimentaires (sévères, modérées, minimales). D'autres échelles validées existent : BEBQ, CEBQ, BPFAS, CFRS (nous ne citons que leurs acronymes car elles nous semblent moins adaptées pour la population cible) [11].

ÉVALUATION QUALITATIVE : L'EXAMEN CLINIQUE

L'évaluation doit permettre de répondre aux questions suivantes [5, 6] :

quelle est l'histoire alimentaire de l'enfant depuis ses premiers jours de vie (histoire de l'allaitement et du sevrage, qualité de l'alimentation au biberon et de la diversification si elle a eu lieu) ?

s'agit-il d'un enfant qui mange peu, qui sélectionne ou qui a peur de manger ? Cette question permet de cerner le cadre nosographique ;

l'enfant est-il dénutri ? L'IMC, la vitesse de la perte de poids, l'amyotrophie [12] et un rapport périmètre brachial sur périmètre crânien inférieur à 0,3 entre quatre mois et quatre ans permettent de répondre à cette question ;

existe-t-il une affection organique digestive ou extradiigestive à l'origine des TCAPE ?

existe-t-il une suspicion de syndrome génétique non diagnostiqué ? Un petit poids de naissance, une cardiopathie et

Tableau II
Classification des TCAP d'origine psychologique et/ou organique [6, 13]

Symptôme observable	Cause organique*	Cause psychogène
L'enfant mange peu	Toute pathologie chronique organique.	– Attentes parentales excessives concernant la croissance de l'enfant. – Troubles de l'attachement et de la réciprocité chez un enfant apathique, non intéressé par la nourriture et son environnement, ayant peu de contacts avec l'entourage et souvent dénutri*.
L'enfant sélectionne	– Œsophagite à éosinophiles. – Achalasie. – Maladie métabolique.	– Perception erronée des parents d'une néophobie « normale », particulièrement fréquente entre 18 et 24 mois. – Mangeurs « difficiles ». – Hypersélectivité alimentaire, notamment dans le cadre de l'autisme*.
L'enfant a peur de manger	– Accident antérieur de type fausse route. – Pathologie organique associée à une alimentation douloureuse (angine, etc.). – Antécédent de nutrition par sonde.	– Perception erronée des parents. – Phobie de l'alimentation (par exemple, après une prise alimentaire douloureuse).

* Peut nécessiter un avis spécialisé.

négligents, trois questions peuvent être posées : êtes-vous anxieux à propos de l'alimentation de votre enfant ? comment décririez-vous ce qui se passe pendant les repas ? que faites-vous quand votre enfant ne mange pas ? Les contrôleurs disent forcer l'enfant, les indulgents essayent de le convaincre de manger et lui préparent des plats spéciaux, les négligents font des réponses vagues [6].

**DÉTERMINER
CE QUI RELÈVE
D'UNE COMPOSANTE
SOMATIQUE, PSYCHOGÈNE
ET/OU SENSORIELLE**

Au terme de la démarche d'évaluation conjointe de l'enfant et de ses parents, l'origine de certains TCAPE paraît avoir une composante organique et/ou psychogène, pouvant éventuellement nécessiter une prise en charge spécialisée (tableau II) [4, 6, 13].

Les TCAPE « ni organiques, ni psychologiques » sont volontiers secondaires à une hyperréactivité sensorielle. Dans notre activité de consultation, nous avons étudié consécutivement 180 enfants avec TCAPE. 74 % d'entre

Tableau III
Les signes d'irritabilité sensorielle [4]

Défenses comportementales : pleurs, agitation sur le plan moteur, rejet en arrière.

Signes visuels : l'enfant tourne la tête, ferme les yeux.

Signes tactiles : temps de toilette difficiles, enfant écœuré et dégoûté au contact de certaines matières et des textures alimentaires, en particulier mouillées et collantes, ou refus d'y toucher avec besoin compulsif de s'essuyer les mains, la bouche et la langue.

Signes oraux : accès à la bouche ou brossage des dents compliqué ; colle sa langue sur le palais, stocke en bouche, présente un réflexe nauséux, voire des vomissements.

eux avaient des troubles sensoriels que nous dénommons troubles sensoriels de l'oralité alimentaire (TSOA). Ces irritabilités sensorielles ne s'observent que chez 9 % des enfants d'une population contrôlée (enfants de crèche et d'école maternelle). Elles sont de type vestibulaire, visuel, olfactif, auditif, tactile et gustatif, et se traduisent parfois par des défenses comportementales (tableau III) [4]. Nous avons interrogé spécifiquement les parents pour savoir si, entre les âges de six et dix mois, l'enfant avait exploré son environnement avec ses mains et porté les objets en bouche ou non. Nous nous sommes aperçus qu'il semblait y avoir un lien entre un défaut d'exploration buccale des objets et des difficultés ultérieures à appréhender de nouvelles textures ou de nouveaux aliments. Dans

notre population, 90 % des enfants n'avaient pas acquis l'exploration orale des objets avant douze mois versus 5 % dans une population contrôlée.

Notre hypothèse est que ce défaut d'exploration correspond à une hyperréactivité sensorielle précoce qui joue également un rôle délétère dans l'acceptation des nouvelles textures et des nouveaux aliments (données en cours de publication).

De plus, nous avons constaté que le taux de constipation est plus élevé chez les enfants présentant des TCAPE que dans la population générale. Cette constipation peut être secondaire à un faible apport de fibres, mais il existe des « constipations sensorielles » [14]. Les critères de Rome IV qui définissent les troubles fonctionnels intestinaux (TFI)

Tableau IV
Aide pratique au diagnostic étiologique

Il ne peut pas faire →	Etiologie organique ou sensorimotrice
Il ne veut pas faire →	Etiologie psychologique
Il ne sait pas faire →	Etiologie oromotrice

projetent dans leurs perspectives nosographiques de classer certaines difficultés alimentaires comme TFI.

A CHAQUE ÉTILOGIE, SA PHRASE CLÉ

Lors de l'entretien, faire la part du pouvoir, savoir et vouloir permet de diagnostiquer de manière percutante le type de TCAPE de chaque enfant (tableau IV).

TOUS TCAPE ET POURTANT DIFFÉRENTS

La littérature sur le sujet est à la fois abondante et pauvre. Cela tient d'abord au fait que la dénomination nosographique est disparate.

Nous ne parlerons pas des anorexies mentales, ni des troubles du comportement alimentaire du grand enfant et de l'adolescent («eating disorders»), qui sortent de notre sujet.

Le DSM 5 individualise trois entités au sein des troubles du comportement alimentaire du petit enfant («toddlers» en anglais) : l'ARFID, le mérycisme et le pica. L'ARFID («avoidance restrictive food intake disorders», trouble de l'alimentation sélective et évitante en français) est défini par l'évitement d'aliments spécifiques, une perte de poids ou dénutrition, et/ou une dépendance à une nutrition artificielle, et/ou une interférence psychosociale marquée. Nos TCAPE ne sont pas des ARFID, car ils ne partagent que la sélectivité alimentaire avec cette entité. Des traitements antidépresseurs comme la mirtazapine améliorent ce type de pathologies [15, 16].

Kerzner et al. proposent une approche pratique de classification de l'enfant qui mange peu [6]. Ils insistent sur la fré-

quence des formes modérées, qui contrastent avec l'anxiété parfois démesurée des parents. Cette équipe classe les difficultés alimentaires en trois catégories : petit mangeur, enfant sélectif et enfant avec peur de manger. Dans chaque type, une notion de sévérité est indiquée. De plus, le comportement réactionnel des parents fait partie de l'approche globale diagnostique.

Godard et al. utilisent le terme générique de «difficultés alimentaires pédiatriques» pour définir une insuffisance d'apports oraux pour l'âge associée à une pathologie médicale, et/ou nutritionnelle, et/ou psychosociale, et/ou à une inaptitude à se nourrir, ces difficultés devant être présentes depuis au moins deux semaines [5]. Ils précisent ainsi les pathologies associées :

- pathologie médicale : problème cardiorespiratoire durant l'alimentation orale ou pneumopathie d'inhalation ;
- pathologie nutritionnelle : dénutrition, et/ou carence spécifique secondaire à une alimentation restrictive, et/ou besoin d'une alimentation artificielle ;
- pathologie psychosociale : refus de se nourrir, attitude parentale inadaptée, stigmatisation sociale, trouble de la relation parents-enfants ;
- incompétence à se nourrir : besoin de textures spécifiques, d'installation et d'équipements spéciaux et/ou de stratégies durant le repas.

Dans aucune de ces publications, ni aucune autre disponible dans PubMed, il n'est fait état d'un défaut d'exploration des objets, stigmate d'hyperactivité sensorielle. Cette dernière étant pourtant bien mise en évidence, même si elle est diluée dans les descriptions. Nous avons donc proposé le terme de «troubles sensoriels de l'oralité alimentaire» pour ces enfants.

PRENDRE EN SOIN : T'ES CAP' OU PAS CAP' ?

TRAITER UNE AFFECTION ORGANIQUE

Le traitement d'une affection organique impliquée dans un TCAPE peut améliorer

le trouble mais ne le fera pas toujours disparaître à lui seul, du fait de l'existence fréquente d'une composante non organique associée.

En présence d'une allergie alimentaire, le régime d'éviction peut parfois pérenniser ou renforcer le TCAPE dont l'allergie est responsable [17]. Il convient donc de ne pas mettre en place un régime d'éviction inutilement trop restrictif ou trop prolongé et de veiller, en cas d'allergie aux protéines du lait de vache (APLV), au goût de l'hydrolysate utilisé. Il est regrettable de constater une prescription d'hydrolysats poussés de protéines statistiquement plus importante chez les enfants présentant des TCAPE que dans une population contrôle. Il en est de même pour la prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons... à l'origine de 14 % d'effets iatrogènes [18]. Sous la pression parentale, il est facile de prescrire un médicament ou de changer de lait ! Cessons d'avoir le réflexe : il ne mange pas, ce doit être une APLV ou une œsophagite !

ORIENTER EN PÉDOPSYCHIATRIE SI NÉCESSAIRE

Les TCAPE sont parfois des symptômes précurseurs ou accompagnants de diagnostics de trouble du spectre de l'autisme, d'anorexies ou de dépression du jeune enfant.

PROPOSER UNE GUIDANCE PARENTALE

«Manger : ce n'est pas qu'une histoire de bouche : ce que mes yeux, mon nez, mes oreilles, mes mains n'ont pas apprivoisé, ma bouche n'y touchera pas» [4].

Pour aider les parents à mieux accompagner l'enfant dans cet apprivoisement, le groupe Miam-miam propose un guide sous forme de fiches (reprises en partie dans ce numéro dans la rubrique «Conseils aux parents»). Ces fiches sont remises aux parents lors des consultations pour TCAPE dans notre service. Elles accompagnent chaque étape de la prise en soin, chacune correspondant à un temps bien précis. De même que l'on désensibilise un allergique avec de faibles doses d'allergènes,

nous proposons une désensibilisation de l'hyperréactivité sensorielle. Nous résumons ci-dessous les messages présentés dans ces fiches.

Installation

Quelles que soient les sollicitations en dehors et pendant les repas, il faut toujours veiller à bien installer l'enfant (voir fiche p. 00).

En dehors des repas [7]

L'objectif est de proposer des expériences sensorielles variées garantissant une diversification alimentaire optimale.

Sollicitations corporelles pour aider l'enfant à être bien dans son corps : massages francs du corps au moment de la toilette ou non (en étant attentif aux réactions de plaisir ou de déplaisir de l'enfant) ; encourager l'enfant à marcher pieds nus.

Sollicitations tactiles pour apprivoiser le tactile main non alimentaire avec des objets de différentes matières (balles à picots, plumes, sable kinétique, pâte à modeler, peinture) et le tactile main alimentaire avec divers aliments. L'objectif est que l'enfant prenne un vrai plaisir de manipulation sans avoir besoin sans cesse de s'essuyer les mains. Il faut recourir à des activités qui ont du sens pour lui : jouer à transvaser, mélanger avec des ustensiles ou les mains, peindre avec les mains et cuisiner.

Sollicitations orales :

– pour favoriser l'exploration orale des objets (hochets pour bébé, brosses à picots, cuillère vide) ;

– pour découvrir la bouche avec des jeux d'imitation de bruits de vie quotidienne, des jeux de souffle (souffler dans une paille, faire des bulles, gonfler les joues) ;

– pour apprivoiser le tactile bouche alimentaire avec des ateliers découverte des aliments : jeu du bisou à l'aliment, jeu du rouge à lèvres (déposer l'aliment sur le contour des lèvres), jeu du lécher l'aliment déposé sur les lèvres, jeu du cacher sans les mains (cacher l'aliment en bouche, refermer la bouche dessus et avoir le droit de recracher), jeu du « croquer-mâcher » pour entraîner la mastication.

Le temps du repas

Pour la prise des biberons [7] :

utiliser des tétines adaptées à la taille de la bouche de l'enfant ;

faire des pauses et privilégier une alimentation à la demande ;

veiller à installer le bébé de manière contenante pour lui proposer une position en enroulement.

Pour l'alimentation solide [6, 7] :

l'enfant ayant besoin de repères pour évoluer favorablement, proposer initialement toujours la même assiette et la même cuillère, afin que l'enfant appri-

voise les informations visuelles et tactiles de ces ustensiles, et utiliser toujours les mêmes aliments pour créer des repères sensoriels en privilégiant au départ des textures sèches et fondantes. Ils deviendront des aliments copains qu'il portera à la bouche ;

ne pas mélanger texture lisse et morceaux, mais plutôt les proposer séparément dans l'assiette ;

privilégier les goûts forts ;

présenter plusieurs fois les aliments qui sont refusés ;

ne jamais forcer l'enfant à manger. Quel que soit son âge, aucun enfant ne doit être forcé à manger, il faut au contraire lui laisser l'initiative. Il doit ainsi pouvoir rester libre d'apprivoiser les aliments avec ses cinq sens avant de le porter en bouche, y compris s'il ne les mange pas.

En cas d'échec de la guidance parentale

En cas d'échec, une prise en soin interdisciplinaire complète la guidance parentale. La prise en soin des TCAPE n'est pas une question de corps de métiers mais de compétences issues de formations spécialisées à partager au service des enfants et des familles. Ces compétences concernent les aptitudes motrices, oro-praxiques et sensorielles.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec la rédaction de cet article.

Références

[1] LEBLANC V. : « Evaluation des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant », *Arch. Pédiatr.*, 2014 ; 31 : 32.
 [2] DUBEDOUT S., CASCALES T., MAS E. et al. : « Troubles du comportement alimentaire restrictifs du nourrisson et du jeune enfant : situations à risque et facteurs favorisants », *Arch. Pédiatr.*, 2016 ; 23 : 570-6.
 [3] BOROWITZ K.C., BOROWITZ S.M. : « Feeding problems in infants and children : assessment and etiology », *Pediatr. Clin. North Am.*, 2018 ; 65 : 59-72.
 [4] LEBLANC V., BELLAÏCHE M., CASCALES T., OLIVES J.P. : « Comportement alimentaire : approches comportementale et psychologique », *Méd. Enf.*, 2015 ; 35 : 93-4.
 [5] GODAY P.S., HUH S.Y., SILVERMAN A. et al. : « Pediatric feeding disorder : consensus definition and conceptual framework », *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 2019 ; 68 : 124-9.
 [6] KERZNER B., MILANO K., MACLEAN W.C. et al. : « A practical approach to classifying and managing difficulties », *Pediatrics*,

2015 ; 135 : 344-53.

[7] LECOUFLE A., GOTTRAND F., LEBLANC V., BELLAÏCHE M. : « Et si c'était un trouble de l'oralité alimentaire ? Repérer. Prévenir. Prendre soin », guide pratique à destination des parents et des professionnels (www.fimatho.fr).

[8] BRODSKY M.B., PANDIAN V., NEEDHAM D.M. : « Post-extubation dysphagia : a problem needing multidisciplinary efforts », *Intensive Care Med.*, 2020 ; 46 : 93-6.

[9] HVELPLUND C., HANSEN B.M., KOCH S.V. et al. : « Perinatal risk factors for feeding and eating disorders in children aged 0 to 3 years », *Pediatrics*, 2016 ; 13 : e20152575.

[10] RAMSAY M., MARTEL C., PORPORINO M., ZYGMUNTOWICZ C. : « The Montreal Children's Hospital Feeding Scale : a brief bilingual screening tool for identifying feeding problems », *Paediatr. Child Health*, 2011 ; 16 : 147-51.

[11] LLEWELLYN C.H., VAN JAARSVELD C.H., JOHNSON L. et al. : « Development and factor structure of the Baby Eating Behaviour Questionnaire in the Gemini birth cohort », *Appetite*, 2011 ; 57 : 388-96.

[12] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ : « Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte », recommandation de bonne pratique, novembre 2019.

[13] LE HEUZÉY M.F. : « Le nourrisson qui ne mange pas : quand recourir au pédopsychiatre ? », *Arch. Pédiatr.*, 2011 ; 18 : 917-20.

[14] LITTLE L.M., BENTON K., MANUEL-RUBIO M. et al. : « Contribution of sensory processing to chronic constipation in preschool children », *J. Pediatr.*, 2019 ; 210 : 141-145.

[15] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed (DSM-5)*, 2013.

[16] NAGUY A., ROSHDY R., AL-MUTAIRI A. et al. : « Mirtazapine improved eating patterns in avoidant/restrictive food intake disorder », *Am. J. Ther.*, 2021 ; Epub ahead of print.

[17] DE BOISSIEU D. : « Et s'il était allergique ? », *Méd. Enf.*, 2010 ; 30 : 280-1.

[18] ROSEN R., VANDENPLAS Y., SINGENDONK M. et al. : « Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines : joint recommendations of the NASPGHAN and the ESPGHAN », *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 2018 ; 66 : 516-54.