



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Troubles pédiatriques de l'alimentation : une perspective clinique

William B. Crist, Ph.D.
Feeding and Nutrition Clinic, IWK Health Centre, Halifax

(Publication sur Internet le 20 juin 2005)

Perspective service

Dans l'ensemble, les recensions du CEDJE¹⁻⁵ sur le trouble de l'alimentation des jeunes enfants couvrent bien l'étendue des questions dans ce domaine. Elles témoignent des progrès effectués ces deux dernières décennies pour sensibiliser le public à l'importance à accorder aux troubles de l'alimentation pour la santé des jeunes enfants. Elles confirment aussi les progrès en matière biopsychosociale⁶ qui sous-tendent les traitements actuels quand les problèmes apparaissent. Elles mettent aussi très bien en lumière les défis auxquels cette discipline est confrontée. Toute personne lisant la documentation ou travaillant dans ce domaine devrait tenir compte de la prudence à laquelle nous invite Benoit lorsqu'elle attire notre attention sur les « définitions incohérentes, les diagnostics et les cadres conceptuels différents et essentiellement non valables et les méthodologies incohérentes »¹ que subit le domaine des troubles de l'alimentation chez les nourrissons et les jeunes enfants.

Ce problème est particulièrement évident dans les discussions sur l'incidence générale des troubles de l'alimentation où les données citées datent de 20 à 25 ans et où la recherche a été effectuée avec des définitions essentiellement différentes qui n'ont pas été validées. Il est compréhensible que les chercheurs mentionnent ces recherches parce que pour le moment, il n'y a tout simplement pas de meilleure information disponible. Les centres pédiatriques tertiaires au Canada sont responsables de la santé des nourrissons, des enfants et des adolescents vivant dans leur secteur. En admettant que l'argent destiné à la santé continue à se faire rare, si nous souhaitons prendre des décisions rationnelles en ce qui concerne l'allocation des ressources, nous devons mieux comprendre les nombreux cas d'enfants ayant des troubles de l'alimentation spécifiques.

Par exemple, dans sa recension, Black² s'intéresse au développement de saines habitudes de vie des enfants de la population générale afin de prévenir la myriade de problèmes de santé qui découlent de l'obésité. Le coût global projeté de « l'épidémie d'obésité » pour la société est énorme,⁷⁻⁸ par conséquent, un minimum de prévention peut permettre aux provinces d'économiser à long terme beaucoup d'argent de leur budget de santé. De même, Piazza⁴ présente des données suggérant que les interventions comportementales fructueuses visant à sevrer des enfants de l'alimentation par sonde se traduisent par des économies nettes de coûts. Alors que dans un monde idéal, ces deux initiatives seraient

financées, dans le monde réel, on doit choisir où allouer les maigres ressources. Des informations plus exactes sur l'incidence et la trajectoire naturelles des problèmes de nutrition, au sein de la population médicalement vulnérable et au sein de celle qui est en santé, aideraient à orienter de développement des services.

En ce qui concerne la promotion de saines habitudes alimentaires au sein de la population générale, Black² présente une vue d'ensemble constructive, en prônant la recherche sur les raisons pour lesquelles les enfants ont des préférences alimentaires sélectives (les enfants difficiles pour ce qui est de la nourriture). Une récente étude longitudinale⁹ a découvert que les préférences alimentaires des enfants variaient considérablement d'un groupe alimentaire à l'autre, les enfants préférant à 75% le pain, les pâtes et les desserts, et à moins de 50% les légumes ou les viandes. Les préférences alimentaires se formaient tôt et restaient étonnamment stables, et on a observé peu de changement entre l'âge de deux et huit ans. Surtout, les enfants appréciaient une plus grande variété de légumes quand ils étaient nourrissons que pendant leur petite enfance ou les années préscolaires.¹⁰ Ceci a permis de se concentrer sur la petite enfance et sur la transitions vers la consommation indépendante d'aliments courants. Nous avons clairement besoin d'en savoir plus sur cette période spécifique de transition afin de concevoir des interventions efficaces pour le grand public. Les propos de Burklow³ à ce sujet, indiquant « qu'il doit exister une collaboration entre les programmes alimentaires et communautaires » et précisant que « ces efforts d'intervention primaire doivent être empiriquement évalués » sont tout à fait convaincants.

En ce qui concerne l'extrémité grave du spectre (les enfants médicalement vulnérables et ayant besoin d'une alimentation prolongée par sonde), Ramsay⁵ suggère de se pencher sur une question clé de la recherche, à savoir : « À quel point les interventions comportementales sont-elles efficaces pour les nourrissons malades aux prises avec des troubles de l'alimentation problématiques graves ? » Je raffinerai cette question, étant donné que de nombreuses études de cas, telles que résumées dans la recension effectuée par Piazza⁴ pour le CEDJE et plus systématiquement par Kerwin,⁶ ont démontré que les interventions comportementales étaient efficaces pour les troubles graves de l'alimentation. Elles ne sont cependant pas efficaces pour tous les enfants. La recherche doit se pencher sur les facteurs associés à l'échec du traitement – est-il occasionné par des questions physiques sous-jacentes touchant le mécanisme de base de l'appétit de ces enfants, comme le suggère l'article de Ramsay, ou certains des aspects du traitement comportemental rendent-ils difficile le transfert des stratégies comportementales à la maison pour certaines familles ? L'article de Burklow³ présente une série de questions à ce sujet, comme l'impact des interventions comportementales sur les relations au sein de la famille, qui doivent désormais être explorées.

Les établissements canadiens ont eu des difficultés à établir des interventions comportementales intensives pour les troubles graves de l'alimentation, et ils continueront à en avoir pour plusieurs raisons. Premièrement, il y a le problème de « l'économie d'échelle ». Piazza⁴ ne fournit pas les détails particuliers de ses estimations de coûts pour le traitement intensif des troubles de l'alimentation ; cependant, les chiffres dépendent inévitablement de questions d'échelle (c'est-à-dire du nombre d'enfants que le

programme peut traiter pendant un an et de leur « disponibilité » au traitement). Les programmes de nutrition intensifs aux États-Unis, comme celui de Kennedy Krieger Institute à Baltimore, attirent littéralement des patients pédiatriques de tous les États et du monde. Ils n'ont donc aucun problème à maintenir une bonne clientèle qui les rends économiquement viables. Étant donné la différence de population entre les États-Unis et le Canada, il est peu probable que l'incidence des troubles graves d'alimentation soit assez élevée dans plusieurs régions du Canada pour que ces programmes intensifs puissent être économiquement viables. Par conséquent, la recommandation de Burklow voulant que « d'autres modèles de traitement doivent être explorés pour les enfants qui nécessitent des traitements nutritionnels intensifs » est particulièrement importante pour la prestation de services au Canada.

Deuxièmement, la plupart des diplômés universitaires canadiens en psychologie clinique connaissent bien le cadre cognitivo-comportemental, mais l'accent porte généralement sur la partie cognitive. Les diplômés ont donc relativement peu d'expérience quand il s'agit d'appliquer les techniques comportementales du façonnement et les conséquences éventuelles auprès des jeunes en développement. La reconnaissance croissante de l'analyse comportementale comme traitement de choix dans l'intervention précoce visant les troubles du spectre autistique peut finir par étendre les modèles de formation à quelques programmes, mais cela prendra des années avant de constater un impact sur la prestation de services.

Enfin, dans leurs recensions pour le CEDJE, Benoit et Ramsay précisent la nécessité de constituer continuellement des équipes interdisciplinaires en nutrition, de former les experts du domaine des troubles pédiatriques de l'alimentation et d'en faire des priorités politiques importantes. Si nous voulons surmonter le problème des « définitions incohérentes, des diagnostics et des cadres conceptuels différents et essentiellement non valables et de méthodologies incohérentes », les politiques doivent aussi inclure un mécanisme permettant de rassembler les professionnels canadiens. Il sera ainsi possible de discuter de ces incohérences et de ces différences, de les résoudre, de faciliter la création d'études multicentriques pouvant répondre aux questions clés de la recherche et d'établir des stratégies de défense afin que cet important domaine du développement de l'enfant puisse recevoir le soutien public et gouvernemental nécessaire.

RÉFÉRENCES

1. Benoit D. Services et programmes qui ont prouvé leur efficacité pour gérer les comportements alimentaires des jeunes enfants (de 0 à 5 ans) et impacts sur leur développement social et affectif : Commentaires sur Piazza et Carroll-Hernandez, Ramsay et Black. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BenoitFRxp-Comportements.pdf>. Page consultée le 3 mars 2008.
2. Black MM, Hurley KM. Comment aider les enfants à acquérir des habitudes alimentaires saines. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2008:1-11. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Black-HurleyFRxp_rev-Comportements.pdf. Page consultée le 18 mars 2008.
3. Burklow K. Comportements alimentaires chez les très jeunes enfants. Commentaires sur Piazza et Carroll-Hernandez, Ramsay et Black. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BurklowFRxp.pdf>. Page consultée le 10 mai 2005.
4. Piazza CC, Carroll-Hernandez TA. Évaluation et traitement des troubles de l'alimentation pédiatriques. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Piazza-Carroll-HernandezFRxp.pdf>. Page consultée le 10 mai 2005.
5. Ramsay M. Capacité à s'alimenter, appétit et comportements alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants et impacts sur leur croissance et sur leur développement psychosocial. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-10. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/RamsayFRxp.pdf>. Page consultée le 10 mai 2005.
6. Kerwin ME. Empirically supported treatments in pediatric psychology: Severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology* 1999;24(3):193-214.
7. Birmingham CL, Muller JL, Palepu A, Spinelli JJ, Anis AH. The cost of obesity in Canada. *CMAJ - Canadian Medical Association Journal* 1999;160(4):483-488.
8. Katzmarzyk PT, Janssen I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: An update. *Canadian Journal of Applied Physiology* 2004;29(1):90-115.

9. Skinner JD, Carruth BR, Wendy B, Ziegler PJ. Children's food preferences: A longitudinal analysis. *Journal of the American Dietetic Association* 2002;102(11):1638-1647.
10. Skinner JD, Carruth BR, Houck KS, Bounds W, Morris M, Cox DR, Moran J 3rd, Coletta F. Longitudinal study of nutrient and food intakes of white preschool children aged 24 to 60 months. *Journal of the American Dietetic Association* 1999;99(12):1514-1521.

Pour citer ce document :

Crist WB. Commentaires des milieux - Troubles pédiatriques de l'alimentation : une perspective clinique. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/CristFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2005