ENCYCLOPÉDIE
sur le développement
des jeunes enfants

Évaluation et traitement des troubles de l'alimentation pédiatriques

[1]Suzanne M. Milnes, Ph.D., [1]Cathleen C. Piazza, Ph.D., [2]Tammy Carroll, Ph.D.

[1]Munroe-Meyer Institute, University of Nebraska Medical Center, États-Unis,

[2]University of Alabama, États-Unis

Septembre 2013, Éd. rév.

Introduction

On parle de trouble de l'alimentation quand un enfant est incapable ou refuse de consommer des quantités suffisantes ou une variété de solides et de liquides nécessaire pour assurer une alimentation adéquate.[1] Les complications consécutives à un trouble de l'alimentation vont de bénignes (par exemple, sauter des repas) à graves (par exemple, malnutrition).[2] Environ de 25 à 35 % des enfants qui se développement normalement et jusqu'à 80 % des individus qui souffrent d'un trouble développemental éprouvent des difficultés à l'heure des repas.[3-6] Un trouble de l'alimentation peut se manifester par un refus total de manger, une dépendance envers l'alimentation entérale (par exemple, une sonde gastronomique), des comportements problématiques lors des repas et un refus par type et texture d'aliment.

Sujet

©2013-2026 ABILIO | ACTIVITÉ PHYSIQUE

Les causes des troubles de l'alimentation sont également variées. Les problèmes d'alimentation sont souvent causés par un certain nombre de facteurs biologiques et environnementaux qui interagissent.[7,8] Par exemple, Rommel et al. ont évalué 700 enfants dirigés vers une équipe interdisciplinaire pour des troubles de l'alimentation et ont découvert des causes combinées pour ces problèmes d'alimentation (par exemple, médicales, comportementales, des difficultés de motricité orale) chez plus de 60 % des patients.[8]

Les facteurs biologiques peuvent comprendre des expériences précoces de procédures médicales, une hospitalisation chronique ou des problèmes médicaux qui rendent l'alimentation douloureuse. Même lorsque la condition médicale douloureuse est traitée, l'enfant peut continuer à refuser la nourriture, car s'il ne mange jamais, ou rarement, il n'a donc jamais appris que le fait de s'alimenter n'est plus douloureux.

Si l'enfant refuse de manger, il n'a pas l'occasion de s'entraîner à s'alimenter et ne peut donc pas développer les habiletés nécessaires. Le refus de manger peut empêcher de grandir, ce qui contribue à de faibles capacités de s'alimenter, puisque les enfants sous-alimentés manquent d'énergie pour acquérir les habiletés nécessaires pour s'alimenter.[9] Un cycle se développe donc : l'enfant refuse la nourriture, ne réussit pas à apprendre que le fait de manger n'est plus douloureux, manque d'occasions de développer des habiletés de motricité orale et ne réussit pas à prendre du poids.

Problèmes

Même lorsque la condition médicale douloureuse est la cause du refus de s'alimenter, les réactions des parents ou des autres personnes qui prennent soin de l'enfant pendant les repas peuvent aggraver le problème. Piazza et ses collègues ont observé, durant les repas, les interactions entre les parents et les enfants souffrant de problèmes d'alimentation, lesquelles ont montré que les parents utilisaient diverses stratégies pour encourager les enfants à manger, comme la distraction, les cajoleries, la réprimande ou permettre de temps en temps à l'enfant d'arrêter ou d'éviter de manger et lui fournir des aliments ou des jouets préférés.[10] Tous les enfants ont manifesté des comportements de refus et mangeaient peu fréquemment des bouchées de nourriture. Quand Piazza et al. ont analysé les effets des comportements des parents pendant les repas sur les comportements alimentaires des enfants, les résultats indiquaient que les stratégies mentionnées ci-dessus empiraient en fait le comportement chez 67 % des enfants.[10]

Ces résultats ne sont pas surprenants si l'on considère la relation entre les causes des problèmes d'alimentation et le comportement des parents lors des repas. Les stratégies comme interrompre le repas ou cajoler peuvent produire l'effet immédiat de cesser temporairement le comportement indésirable chez l'enfant. Du point de vue de l'enfant, l'étude de Piazza et al. suggère que si les comportements de refus produisent de « bons résultats » pour l'enfant (par exemple, le repas prend fin), ces comportements de refus continueront d'être adoptés.[10]

Contexte de la recherche

Les stratégies de traitement les mieux appuyées par la science sont basées sur l'analyse du comportement.[11-16] Kerwin, Volkert et Piazza ont analysé les comptes rendus de recherche portant sur le traitement des troubles de l'alimentation pédiatriques afin de déterminer lesquels étaient suffisamment appuyés par la science pour être considérés comme « efficaces ». Kerwin, Volkert et Piazza ont constaté que les interventions comportementales représentaient les seuls traitements suffisamment appuyés par la science pour être considérés comme « efficaces ». Des analyses similaires réalisées par Sharp et ses collègues, par Ledford et Gast, de même que par Williams et ses collègues, abondaient dans la même direction que Kerwin, Volkert et Piazza.[11,13-16]

Résultats de la recherche et conclusions

Étant donné que les causes des problèmes d'alimentation des enfants sont multiples, le traitement devrait être centré sur toutes les composantes (c'est-à-dire biologique, motricité orale, psychologique) qui contribuent aux problèmes d'alimentation et être de nature interdisciplinaire.[17,18] Une évaluation préliminaire des résultats concernant 50 enfants admis à un programme de traitement intensif et interdisciplinaire de jour a indiqué que plus de 87 % des enfants avaient atteint leurs objectifs de traitement au moment de la sortie de l'hôpital. Lorsque l'objectif du traitement consistait à augmenter le nombre de calories consommées par la bouche, 70 % des patients atteignaient l'objectif. Même quand les enfants n'atteignaient pas 100 % de leur consommation orale, leur niveau de consommation orale avait augmenté de façon substantielle et atteignait un niveau à 20 % près de l'objectif. Cent pour cent des patients avaient atteint leur objectif pour ce qui est de l'augmentation de la texture, de la diminution de la dépendance au biberon, de l'augmentation des capacités d'auto-alimentation et de l'augmentation de la variété des aliments consommés.

Tous les patients nourris à l'aide d'une sonde ont dû être nourris moins souvent de cette façon et 70 % des patients ont atteint leur objectif en ce qui concerne la diminution de l'alimentation par sonde. Les patients qui ont commencé le programme avec une *sonde nasogastrique*, soit l'ont terminé sans (75 %), ou se sont fait enlever la sonde peu après avoir quitté l'hôpital (100 %). Quatre-vingt-dix-sept pour cent des patients ont atteint l'objectif de diminuer les comportements problématiques lors des repas. À la suite d'une formation, 88 % des parents ont réussi à appliquer les traitements avec plus de 90 % de précision et le traitement a été transféré avec succès à la maison et dans la communauté dans 100 % des cas.

Les données de suivi ont indiqué que la majorité des patients ont continué à faire des progrès et à se rapprocher de l'alimentation typique pour leur âge (par exemple, accroissement des quantités, diminution de l'alimentation par *sonde gastronomique* et initiation à l'autoalimentation).[17] Williams, Greer, Laud et leurs collègues respectifs ont fourni des données similaires : un traitement interdisciplinaire mettant l'accent sur une évaluation comportementale produit des résultats positifs pour les enfants souffrant de graves problèmes d'alimentation.[19-21]

Implications

Les traitements intensifs interdisciplinaires des troubles d'alimentation pédiatriques réussissent à améliorer une grande variété de problèmes d'alimentation, y compris la sélectivité par type et texture d'aliment, les comportements problématiques à l'heure des repas, l'échec de la transition vers des textures d'aliments plus appropriées à l'âge et l'échec en matière d'autoalimentation, entre autres. Le traitement fructueux de ces problèmes d'alimentation a des implications importantes pour les enfants aux prises avec ces problèmes, pour la famille et pour la société. À long terme, les problèmes d'alimentation chroniques sont liés au (a) risque pour la santé de l'enfant,[22] (b) à l'augmentation du stress perçu par l'enfant et la famille,[23] (c) aux problèmes de santé mentale dans les familles,[24] (d) au risque accru de troubles de l'alimentation comme l'anorexie[25] et (e) à l'augmentation des coûts de soins de santé pour l'enfant et la famille.[19] En conséquence, le traitement de problèmes d'alimentation pédiatriques peut résulter en (a) une amélioration de la santé des enfants, (b) une amélioration de la qualité de vie de l'enfant et de la famille, (c) une diminution des problèmes de santé mentale des familles, (d) une réduction des risques des problèmes d'alimentation à long terme et (e) une réduction des coûts des soins de santé. Manifestement, les enfants qui dépendent de la technologie comme les sondes gastronomiques (sonde G) pour leurs besoins nutritionnels représentent des coûts élevés en matière de soins de santé. Par exemple, le coût des soins d'un enfant qui utilise une sonde G est

d’environ 41 811 $ pour la première année. Après 2 ans, on estime ce coût à 78 811 $, et après 5 ans, à 189 811 $. Ces estimations représentent des soins sans complications (par exemple, aucun autre problème médical significatif lié à la sonde gastronomique) et ne comprennent pas les coûts liés à la thérapie familiale ou individuelle qui peut être requise à cause de l’augmentation du stress familial ou d’une psychopathologie documentée chez les familles d’enfants qui ont des problèmes d’alimentation. De plus, les coûts de soins de santé pour ces enfants peuvent s’étendre sur plusieurs années si l’enfant continue d’avoir besoin d’une sonde gastronomique pour s’alimenter ou s’il développe plus tard des problèmes d’alimentation comme l’anorexie. Williams et ses collègues ont constaté qu’un traitement comportemental intensif constituait une solution de rechange rentable à long terme pour l’alimentation complémentaire.[19] Les traitements intensifs interdisciplinaires pour les problèmes d’alimentation peuvent éliminer le besoin de sonde gastronomique et entraîner une alimentation typique pour l’âge de l’enfant qui peut mettre fin à la nécessité de traitement continu en presque 2 ans. Les coûts estimés du traitement intensif pour le problème d’alimentation sont d’environ 55 620 $ sur 2 ans. Ainsi, le traitement des problèmes d’alimentation se traduit par des économies de 23 191 $ sur une période de 2 ans, et par des économies minimales de 134 191 $ sur 5 ans par rapport à l’utilisation d’une sonde gastronomique pour le problème.

Ainsi, il y a non seulement des améliorations évidentes de la qualité de vie des enfants qui ont des problèmes d’alimentation et de leur famille, mais aussi des économies significatives quand les problèmes d’alimentation sont traités en utilisant des approches interdisciplinaires axées sur l’évaluation comportementale.

Références

1. Babbitt RL, Hoch TA, Coe DA, Cataldo MF, Kelly KJ, Stackhouse C, Perman JA. Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 1994;15(4):278-291.
2. Polan HJ, Kaplan MD, Kessler DB, Shindledecker R, Newmark M, Stern DN, Ward MJ. Psychopathology in mothers of children with failure to thrive. *Infant Mental Health Journal* 1991;12(1):55-64.
3. Field D, Garland M, Williams K. Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Pediatric Child Health* 2003; 39: 299-304.
4. Gouge AL, Ekvall SW. Diets of handicapped children: Physical, psychological and socioeconomic correlations. *American Journal of Mental Deficiency* 1975;80(2):149-157.
5. Palmer S, Horn S. Feeding problems in children. In: Palmer S, Ekvall S, eds. *Pediatric nutrition in developmental disorders.* Springfield, Ill: Charles C. Thomas; 1978:107-129.
6. Perske R, Clifton A, McClean BM, Stein JI. *Mealtimes for severely and profoundly handicapped persons: New concepts and attitudes.* Baltimore, MD: University Park Press. 1977.

©2013-2026 ABILIO | ACTIVITÉ PHYSIQUE

7. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition* 1998;27(2):143-147.

8. Rommel N, DeMeyer AM, Feenstra L, Veereman-Wauters G. The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2003;37(1):75-84.

9. Troughton KE, Hill AE. Relation between objectively measured feeding competence and nutrition in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2001;43(3):187-190.

10. Piazza CC, Fisher WW, Brown KA, Shore BA, Patel MR, Katz RM, Sevin BM, Gulotta CS, Blakely-Smith A. Functional analysis of inappropriate mealtime behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis* 2003;36(2):187-204.

11. Kerwin ME. Empirically supported treatments in pediatric psychology: severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology* 1999;24(3):193-214.

12. Laud RB, Girolami PA, Boscoe J H, Gulotta C S. Treatment outcomes for severe feeding problems in children with autism spectrum disorders. *Behavior Modification* 2009; 33(5): 520-536.

13. Ledford JR, Gast DL. Feeding problems in children with autism spectrum disorders: A review. Focus on Autism and Other *Developmental Disabilities* 2006; 21: 153-166.

14. Sharp W G, Jaquess D L, Morton J F, Herzinger C V. Pediatric feeding disorders: A quantitative synthesis of treatment outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2010.

15. Volkert VM, Piazza CC. Empirically supported treatments for pediatric feeding disorders. in: Sturmey P, Herson M, eds. *Handbook of Evidence Based Practice in Clinical Psychology*. Hoboken, NJ: Wiley, USA. in press

16. Williams KE, Field DG, Sieverling L. Food refusal in children: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities* 2010; 31: 625-633.

17. Cohen SA, Piazza CC, Navanthe A. Feeding and nutrition. In: Rubin IL, Crocker AC, eds. *Medical care for children and adults with developmental disabilities.* Baltimore, MD: Paul Brooks Publishing. 2006; 295-307.

18. Piazza CC. Feeding Disorders and behavior: What have we learned? *Developmental Disabilities Research Reviews* 2008; 14: 174-181.

19. Williams KE, Riegel K., Gibbons B, Field DG. Intensive behavioral treatment for severe feeding problems: A cost-effective alternative to tube feeding. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 2007; 19: 227-235.

20. Greer AJ, Gulotta CS, Masler EA, Laud RB. Caregiver stress and outcomes of children with pediatric feeding disorders treated in an intensive interdisciplinary program. *Journal of Pediatric Psychology* 2008; 33(6): 612-620.

21. Laud RB, Girolami PA, Boscoe JH, Gulotta CS. Treatment outcomes for severe feeding problems in children with autism spectrum disorder. *Behavior Modification* 2009; 33(5): 520-536.

22. Berezin S, Schwarz SM, Halata MS, Newman LJ. Gastroesophageal reflux secondary to gastrostomy tube placement. *American Journal of Diseases in Childhood* 1986;140(7):699-701.

23. Singer LT, Song L-Y, Hill BP, Jaffe AC. Stress and depression in mothers of failure-to-thrive children. *Journal of Pediatric Psychology* 1990;15(6):711-720.

24. Duniz M, Scheer PJ, Trojovsky A, Kaschnitz W, Kvas E, Macari S. Changes in psychopathology of parents of NOFT (non-organic failure to thrive) infants during treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1996;5(2):93-100.

25. Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh TB. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40(12):1434-1440.

©2013-2026 ABILIO | ACTIVITÉ PHYSIQUE