ENCYCLOPÉDIE
sur le développement
des jeunes enfants

Capacité à s’alimenter, appétit et comportements alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants, et effets sur leur croissance ainsi que sur leur développement psychosocial

Maria Ramsay, Ph.D.

McGill University, Canada

Septembre 2025, 2e éd. rév.

Introduction

À l’instar des autres habiletés sensorimotrices, l’alimentation est une habileté développementale qui s’affine pendant les deux premières années de la vie. C’est un processus sensorimoteur très complexe qui inclut des étapes développementales fondées sur la maturation neurologique et l’apprentissage expérientiel.[1] Cependant, contrairement aux autres habiletés sensorimotrices, l’alimentation dépend largement de l’incitation ou de la motivation interne à commencer à

ingérer et est essentielle à la survie du nouveau-né. Ainsi, l'alimentation du nourrisson ou du jeune enfant comporte une charge émotionnelle élevée pour la mère, dont la responsabilité principale, selon la famille, la société et la culture qui l'entourent, est d'assurer la croissance précoce et le bien-être de son enfant. En conséquence, dès le tout début, la relation alimentaire mère-nourrisson est influencée par des forces psychologiques et interactionnelles à multiples niveaux.[2]

Sujet

Quand les habiletés alimentaires de l'enfant sont intactes et quand l'appétit est solide, les périodes d'allaitement, puis les repas sont une source de socialisation agréable qui se traduit par une ingestion adéquate des nutriments et par une bonne croissance. Réclamer de la nourriture à intervalles réguliers, téter, manger et boire à un bon rythme, essayer de nouvelles saveurs et textures, et exprimer de la satisfaction à la fin des repas sont des comportements alimentaires considérés comme positifs par la famille et par la société. Ces comportements pro-alimentaires suscitent des encouragements et des interactions positives lors des repas, renforçant ainsi le sentiment de maîtrise de soi chez le jeune enfant. Ils favorisent aussi l'acceptation continue de nourriture et les comportements d'indépendance alimentaire.

Cependant, quand les habiletés alimentaires de l'enfant sont déficientes (par exemple, difficultés de motricité orale et faible sensibilité au goût et à la texture) ou quand l'appétit est faible (faim inadéquate), des comportements alimentaires problématiques se manifestent. Il peut s'agir d'une absence de signalement de la faim, de haut-le-cœur, ou encore l'enfant tète ou mange très lentement, se cambre et n'amène pas les aliments à sa bouche.[3-7] De plus, le conditionnement associatif aux signes gastro-intestinaux douloureux est particulièrement puissant chez les jeunes nourrissons et il se manifeste souvent sous la forme de comportements alimentaires problématiques.[8-9] Les caractéristiques du tempérament et les capacités de régulation du nourrisson peuvent aussi moduler les comportements alimentaires.[10,11] Les tentatives de la mère d'augmenter l'ingestion de nutriments chez son bébé en le nourrissant plus souvent ou plus longtemps ont tendance à produire des expériences alimentaires stressantes pour l'enfant et la mère.[12] Bien qu'au début ces efforts parviennent à favoriser le maintien d'un gain de poids suffisant, ils tendent à devenir inefficaces et les interactions inadaptées au moment des repas ainsi que la mauvaise gestion comportementale prévalent.[2,13-15] Les caractéristiques maternelles et familiales et les attentes sociétales au sujet de la taille du jeune enfant et du type de nourriture ingérée influencent aussi une relation alimentaire déjà stressante.[16-17]

Problèmes

Les troubles de l'alimentation sont une des perturbations développementales les plus courantes chez les nourrissons et les jeunes enfants qui n'ont pas d'autres problèmes de santé. Elles se traduisent souvent par une faible croissance. Bien que de 25 % à 50 % des jeunes enfants souffrent de troubles alimentaires perturbants avant l'âge de 2 ans,[18,19] la plupart de ces problèmes se règlent avant la fin de la petite enfance. Toutefois, environ de 3 % à 10 % des enfants souffrent de troubles alimentaires plus graves qui peuvent nuire à la croissance et entraîner des maladies chroniques et des problèmes de développement et de comportement.[20] De plus, un fort pourcentage d'enfants ayant des besoins spéciaux, d'enfants ayant des troubles du développement et d'enfants prématurés souffrent de troubles alimentaires graves et chroniques où les familles ont besoin de soutien afin de régler cette situation.[21-23] Sur le plan clinique, la mère (et son pédiatre), souvent, ne connait pas les raisons sous-jacentes des comportements alimentaires problématiques. En conséquence, les réactions maternelles face à un enfant qui s'alimente mal peuvent être sujettes à des critiques familiales manifestes ou cachées, ce qui conduit souvent la mère à douter de sa capacité à bien prendre soin de son enfant.[4] En ce qui a trait aux politiques, les professionnels et les jeunes parents ignorent souvent à quel point l'alimentation est une habileté développementale très complexe influencée par la faim et conditionnée par les réactions parentales. De plus, les professionnels n'ont pas reçu la formation nécessaire pour reconnaître que lorsque les habiletés alimentaires ou la motivation ou les deux sont compromises, des comportements alimentaires problématiques, des interactions stressantes au moment des repas et des conflits familiaux peuvent survenir.

Contexte de la recherche

Des études cliniques transversales antérieures ont examiné les relations entre les troubles de l'alimentation et l'attachement, les caractéristiques maternelles, les dynamiques familiales[24] et les pratiques alimentaires.[24-30] Ces études étaient de type prospectif, c'est-à-dire qu'elles ont été effectuées auprès d'enfants déjà diagnostiqués avec une faible croissance. Plusieurs études observationnelles se sont concentrées sur les interactions alimentaires et les comportements alimentaires problématiques.[31,32] De nombreux psychologues ont étudié le développement de l'alimentation et les modèles de l'acceptation alimentaire.[33-36] Plus récemment, quelques chercheurs ont commencé à se concentrer sur une pathophysiologie possible (variabilité du rythme cardiaque, équilibre hormonal) de la faible croissance et des comportements alimentaires problématiques.[37,39] D'autres études ont été réalisées sur les interventions principalement

comportementales chez les enfants malades et les enfants nés très prématurément aux prises avec des comportements alimentaires problématiques.[40-43]

Questions clés pour la recherche

La recherche considérable dans le domaine des troubles de l'alimentation et de la faible croissance traite de trois questions :

1. Comment les caractéristiques maternelles (familiales) — habiletés cognitives, troubles de la personnalité, état psychologique et historique d'attachement précoce — peuvent-elles influencer les comportements alimentaires et la croissance?
2. Comment les caractéristiques de l'enfant (habiletés alimentaires, appétit, caractère et autres caractéristiques physiques) influencent-elles les comportements alimentaires, les interactions au moment des repas et la croissance?
3. À quel point les interventions comportementales et d'autres types d'interventions sont-elles efficaces pour les enfants malades aux prises avec des comportements alimentaires problématiques?

Résultats récents de la recherche

Seules les questions 2 et 3 seront résumées ici. En portant une attention particulière aux caractéristiques de l'enfant, les études ont montré que les troubles de l'alimentation étaient souvent cooccurrents avec les problèmes de sommeil et les perturbations comportementales (irritabilité, faible autoapaisement et intolérance au changement), ce qui suggère que tous ces symptômes constituent un « trouble de la régulation » constitutionnel sous-jacent chez les nourrissons et chez les jeunes enfants.[44,45] Dans une récente enquête d'envergure de l'ensemble de la population sur le développement et la croissance des enfants, on a découvert qu'une portion significative (36 %) de 47 enfants âgés d'un an atteints d'un retard staturo-pondéral avaient des difficultés orales motrices, suggérant que, dès la naissance, certains enfants étaient biologiquement plus vulnérables aux troubles de l'alimentation.[46] Une autre étude a montré que les jeunes nourrissons qui souffraient de reflux gastro-oesophagien étaient significativement plus susceptibles d'avoir des retards sur le plan des habiletés alimentaires et des aptitudes comportementales à ingérer des aliments solides que les sujets témoins.[47] Dans une étude prospective d'un groupe de nourrissons en santé nés à terme (n=330), ceux dont la succion n'était pas efficace à l'âge d'une semaine et à deux mois, mesurée en traçant sur un polygraphe,

étaient significativement plus susceptibles que les autres d'avoir une mère qui redoublait d'efforts pour les nourrir.[14]

Un certain nombre d'études ont montré que les enfants de moins de 3 ou de 4 ans mangent principalement en réaction à l'appétit ou à des signaux de faim, alors que les enfants plus âgés sont influencés par une variété de facteurs environnementaux (nourriture supplémentaire disponible) et sociaux.[48,49] De plus, les enfants atteints d'un retard staturo-pondéral refusaient plus souvent les aliments offerts et se nourrissaient beaucoup moins souvent que les sujets témoins.[50] En ce qui a trait à la troisième question, la documentation reflète qu'actuellement, nous sommes meilleurs pour déterminer les facteurs qui contribuent aux troubles alimentaires, peu importe leur gravité, que pour les traiter.[28,51,52] Bien que souhaitable, traiter les troubles alimentaires au premier ou au deuxième échelon des soins, n'est pas toujours faisable pour les parents.[53] Traiter les troubles alimentaires liés aux maladies graves, aux limitations développementales et au gavage nécessite la collaboration d'équipes multidisciplinaires pour générer des résultats positifs.[54-59] En dernier lieu, des études ont montré que les médicaments stimulant l'appétit entraînent une prise de poids moyenne, ce qui fait en sorte que les interventions sont plus efficaces.[60-62]

Conclusions

Pour comprendre les comportements alimentaires, on doit savoir que l'alimentation est une habileté développementale qui se développe avec le temps, qui repose sur les signaux de faim (appétit) et sur l'apprentissage par expériences. Lorsque les habiletés alimentaires sont bien établies vers l'âge de deux ans, les signaux de faim se transforment. De principalement interne, le contrôle devient externe (famille, école, société) vers 4 ou 5 ans. Ainsi, bien que les comportements alimentaires initialement problématiques aient tendance à être des réactions aux signaux internes, ces comportements peuvent devenir conditionnés par association aux signaux externes (cajoleries parentales) et sociétaux. Les maladies, la prématurité et les troubles développementaux nuisent également au développement de comportements alimentaires normaux.

Afin d'aider à déterminer le trouble alimentaire, certaines échelles d'alimentation ont été mises sur pied,[63-65] mais elles sont rarement utilisées pour évaluer ou traiter ces troubles. Néanmoins, l'intervention comportementale précoce peut jouer un rôle notable dans la normalisation des comportements alimentaires et dans les interactions au moment des repas, ce qui contribue à

promouvoir l’indépendance et les autres capacités d’autoassistance de l’enfant. Récemment, un outil de dépistage simple et rapide a été créé afin de détecter les comportements alimentaires problématiques dans les bureaux de soins primaires, permettant ainsi de suggérer dès que possible aux patients la clinique alimentaire appropriée à consulter.[66]

Un exemple d'échelle d'alimentation, qui ne prend que 5 minutes, et peut être remplie par un pédiatre, une infirmière ou d'autres professionnels, à condition qu'ils possèdent les informations nécessaires sur l'alimentation du nourrisson/de l'enfant, ou qu'ils sachent à qui adresser l'enfant qui a des problèmes d'alimentation.

Implications pour les politiques et les services

Les principales constatations de ce résumé mis à jour continuent de révéler que le tempérament physiologique du nourrisson, les maladies, les limitations développementales et les réactions des parents jouent un rôle important dans la relation dynamique à l’intérieur de laquelle les comportements alimentaires problématiques se développent. Cette conclusion a plusieurs implications pour les politiques et les services dans les hôpitaux où les prématurés et les nourrissons ayant des besoins médicaux grandissent mal et ont besoin d'être nourris par voie entérale. Ainsi, l'intervention d'un personnel spécialisé dans les troubles de l'alimentation, généralement des ergothérapeutes ou des orthophonistes, permet d'initier l'alimentation orale. De même, les médecins ou pédiatres qui suivent les nourrissons et les jeunes enfants ont besoin d'une formation continue sur les causes possibles d'une croissance insuffisante chez des nourrissons par ailleurs en bonne santé.

1. Au premier échelon des soins, l’utilisation d’échelles d’alimentation faciles à administrer pour une détection précoce et donc un traitement des problèmes d’alimentation et, par conséquent, devrait continuer à être préconisée. Voir un exemple d’une échelle d’alimentation ci-dessous.
2. La pérennisation de cliniques multidisciplinaires de nutrition mandatées pour s’occuper des troubles alimentaires devrait être obligatoire en milieu hospitalier. Ces programmes alimentaires devraient être facilement accessibles aux parents et devraient mettre en place des interventions comportementales et des stratégies préventives dès le début des comportements alimentaires difficiles.

3. La formation des experts du domaine des troubles de l’alimentation, qui devrait inclure des éléments portant sur les composantes comportementales, développementales et interactionnelles des comportements alimentaires, ainsi que la compréhension des composantes physiologiques et médicales, devrait être préconisée.

Recherches sur le programme d’alimentation pédiatrique à l’Hôpital de Montréal pour enfants :

L'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants peut s'avérer difficile. Initialement, l'échelle d'alimentation a été développée pour avoir un langage commun avec les mères sur les difficultés d'alimentation qu'elles rencontrent avec leurs enfants, et pour évaluer l'intervention. Cette échelle (MCH-FS) est devenue connue dans le monde entier et, à ce jour, elle a été traduite et standardisée sur une population d'enfants en bonne santé au Canada et dans plusieurs autres pays. L'auteure de cet article a approuvé toutes les traductions en utilisant des rétro-traductions avant que la version traduite puisse être utilisée dans 8 langues. Dans le graphique ci-dessous, il n'y a que 7 langues car le Canada a utilisé les résultats des langues anglaise et française combinées.[66-77] L'échelle a ensuite été traduite et standardisée dans quatre autres langues : italien[71], mexicain[70,75], turc[76] et mandarin[77].



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

L'Hôpital de Montréal pour enfants · Programme pédiatrique d'alimentation

ÉCHELLE D'ALIMENTATION DE L'HME

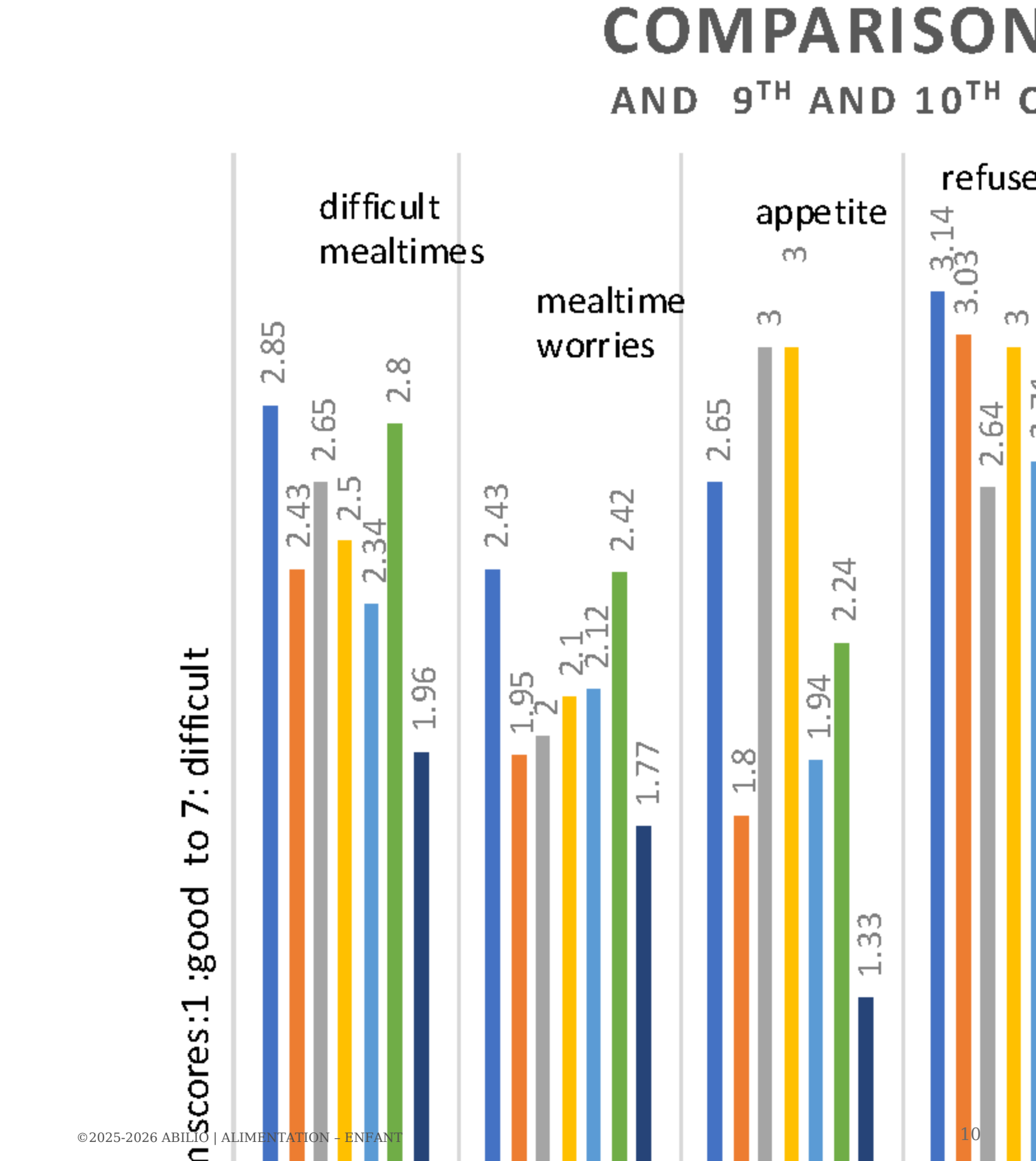
(LES ENFANTS : 6 MOIS - 6 ANS)

Date :_____ Nom de l'enfant :_____

***ENCERCLEZ** le chiffre le plus approprié. Veuillez bien lire chaque question puisque la signification des chiffres peut va question à l'autre. Merci*

1.	Comment trouvez-vous les repas avec votre enfant?	1	2	3	4	5	6
		Très difficiles					
2.	Êtes-vous inquiète au sujet de l'alimentation de votre enfant?	1	2	3	4	5	6
		Pas inquiète					***Tr***
3.	Dans quelle mesure votre enfant a-t-il de l'appétit (a-t-il faim)?	1	2	3	4	5	6
		Aucun appétit					*B*
4.	Au cours des repas, à quel moment votre enfant commence-t-il à refuser de manger ?	1	2	3	4	5	6
		Au début					
5.	Combien de temps, en minutes, dure un repas pour votre enfant?	1	2	3	4	5	6
		1-10	*11-20*	*21-30*	*31-40*	*41-50*	*51-60*
6.	Au cours des repas, comment votre enfant se comporte-t-il?	1	2	3	4	5	6
		Se comporte bien					*Se c ou fa*
7.	Votre enfant a-t-il des haut-le-cœur, crache-t-il ou vomit-il lorsqu'il mange certaines catégories d'aliments?	1	2	3	4	5	6
		Jamais					***La plupa***
8.	Votre enfant garde-t-il des aliments dans sa bouche sans les avaler?	1	2	3	4	5	6
		La plupart du temps					
9.	Devez-vous suivre votre enfant ou le distraire (par ex., jouets, télévision) pour le faire manger?	1	2	3	4	5	6
		Jamais					***La plupa***
10.	Devez-vous forcer votre enfant pour le faire manger ou boire?	1	2	3	4	5	6
		La plupart du temps					
11.	Comment est la mastication (ou la succion) de votre enfant?	1	2	3	4	5	6
		Bien					
12.	Que pensez-vous de la croissance de votre enfant?	1	2	3	4	5	6

©2025-2026 ABLIO QUALIMENTATION INFANT


COMPARISON
AND 9TH AND 10TH C
difficult mealtimes
mealtime worries
appetite
refuse
scores:1 :good to 7: difficult
2.85
2.43
2.65
2.5
2.34
2.8
1.96
2.43
1.95
2
2.1
2.12
2.42
1.77
2.65
1.8
3
3
1.94
2.24
1.33
3.14
3.03
2.64
3

Voir ci-dessus l’échelle d’alimentation de l’Hôpital de Montréal pour enfants (MCH-FS) : Il convient de noter que d'autres échelles d'alimentation du nourrisson/de l'enfant ne prennent pas en compte la variabilité du niveau d'appétit du nourrisson/de l'enfant, qui influence l'approche maternelle de l'alimentation et l'acceptation de la nourriture par l'enfant.[66-77]

Références

1. Stevenson RD, Allaire JH. The development of normal feeding and swallowing. Development and behavior: The very young child. *Pediatric Clinics of North America*. 1991;38(6):1439-1453.
2. Ramsay M. Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants : Une nouvelle perspective. *PRISME*. 1999;30:10-27.
3. Milla PJ. Feeding, tasting and sucking. In: Walker WA, Durie P, Hamilton J, Walker-Smith J, Watkins J, eds. *Pediatric gastrointestinal disease: pathophysiology, diagnosis, management*. Philadelphia, PA: DC Decker; 1991:217- 223.
4. Ramsay M. Feeding disorder and failure to thrive. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 1995;4(3):605-616.
5. Reau NR, Senturia YD, Lebailly SA, Christoffel KK. Infant and toddler feeding patterns and problems. Normative data and a new direction. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatric*s. 1996;17(3):149-153.
6. Jacobi C, Agras WS, Bryson S. Hammer LD. Behavioral validation, precursors and concomitants of picky eating in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003;42(1):76-84.
7. Ramsay M, Gisel EG, Boutry M. Nonorganic failure to thrive: A growth failure secondary to feeding skills disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 1993;35(4):285-297.
8. Davidson TL. Pavlovian occasion setting: a link between physiological change and appetitive behavior. *Appetite*. 2000;35(3):271-272.
9. Hamilton AB, Zeltzer LK. Visceral pain in infants. *Journal of Pediatrics*. 1994;125(6 Pt 2):S95-102.
10. Harris G, Blissett J, Johnson R. Food Refusal Associated with Illness. *Child Psychology and Psychiatry Review*. 2000;5(4):148-156.

11. DeGangi GA, Porges SW, Sickel RZ, Greenspan SI. Four-year follow-up of a sample of regulatory disordered infants. *Infant Mental Health Journal*. 1993;14(4):330-343.
12. Ferguson A, Blaymore Bier LA, Cucca J, Andereozzi L, Lester B. The quality of sucking in infants with colic. *Infant Mental Health Journal*. 1995;17(2):161-169.
13. Ramsay M, Gisel EG. Neonatal sucking and maternal feeding practices. *Developmental Medicine and Child Neurology*.1996;38(1):34-47.
14. Ramsay M, Gisel E, McCusker J, Bellevance F, Platt R. Infant sucking ability, nonorganic failure to thrive, maternal characteristics and feeding practices: A prospective cohort study. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2002;44(6):405-414.
15. Budd KS, McGraw TE, Farbisz R, Murphy TB, Hawkins D, Heilman N, Werle M, Hochstadt NJ. Psychosocial concomitants of children's feeding disorders. *Journal of Pediatric Psychology*. 1992;17(1):81-94.
16. Farrow C, Blissett J. Maternal cognitions, psychopathologic symptoms and infants temperament as predictors of early infant feeding problems: A longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*. 2006;39(2):128-134.
17. Knaapila A, Tuorila H, Silventoinen K, Keskitalo K, Kallela M, Wessman M, Peltonen L, Cherkas LF, Spector TD, Perola M. Food neophobia shows heritable variation in humans. *Physiology & Behavior*. 2007;91(5):573-578.
18. McDermott BM, Mamun AA, Najman JM, Williams GM, O'callaghan MJ, Bor W. Preschool children perceived by mothers as irregular eaters: Physical and psychosocial predictors of a birth cohort study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2008: 29(3):197-205.
19. Carruth BR, Zeigler PJ, Gordon A, Barr SI. Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *Journal of the American Dietetic Association*. 2004;104(1 Suppl 1):S57-S64.
20. Corbett SS, Drewett RF. To what extent is failure to thrive in infancy is associated with poorer cognitive development. A review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2004;45(3):641-654.
21. Lenscheid TR. Behavioral treatments for pediatric feeding disorders. *Behavior Modification* . 2006;30(1):6-23.

22. SJ, Harris G, Blissett J. Tube feeding in infancy: Implications for the development of normal eating and drinking skills. *Dysphagia*. 2005;20(1):46-61.

23. Cerro N, Zeunert S, Simmer KN, Daniels LA. Eating behaviour of children 1.5-3.5 years born preterm: Parents' perceptions. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2002;38(1):72-78.

24. Piwoz EG, Black RE, Lopez de Romana G, Creed de Kanashiro H, Brown KH. The relationship between infants' preceding appetite, illness, and growth performance and mothers' subsequent feeding practice decision. *Social Science & Medicine*. 1994;39(6): 851-860.

25. Benoit D. Failure to thrive and feeding disorders. In: Zeanah CH Jr, ed. *Handbook of infant mental health*. New York, NY: Guilford Press; 1993:317-331.

26. Galler JR, Harrison RH, Biggs MA, Ramsey F, Forde V. Maternal moods predict breastfeeding in Barbados. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* .1999;20(2):80-87.

27. Polan HJ, Kaplan MD, Kessler DB, Schindledecker R, Mewmark M, Stern D, Ward MJ. Psychopathology in mothers of infants with failure to thrive. *Infant Mental Health Journal*. 1991;12(1):55-64.

28. Ward MJ, Kessler DB, Altman SC. Infant attachment in children with failure to thrive. *Infant Mental Health Journal*. 1993;14(3):208-220.

29. Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B, Thurnström M. Early food refusal: Infant and family characteristics. *Infant Mental Health Journal*. 1994;15(3):262-277.

30. Parkinson NK, Drewett RF. Feeding behaviour in the weaning period. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2001;42(7):971-978.

31. Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B. Interactions between mothers and infants showing food refusal. *Infant Mental Health Journal.* 1996;17(4):334-347.

32. Stein A, Woolley H, Cooper SD, Fairburn CG. An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1994;35(5):733-748.

33. Birch LL, Gunder L, Grimm-Thomas, Laong DG. Infants' consumption of a new food enhances acceptance of similar foods. *Appetite*. 1998;30(3):283-295.

34. Birch LL. Development of food acceptance patterns. *Developmental Psychology*. 1990;26(5):515-519.

35. Beauchamp GK, Mennella JA. Flavor perception in human infants: Developmental and functional significance. *Digestion*. 2001;63 Suppl 1:1-6.

36. Coulthard H, Harris G, Emmett P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Maternal and Child Nutrition*. 2009;5(1):75-85.

37. Shaoul R, Kessel A, Toub, E, Lanir A, Glazer O, Jaffe M. Leptin and cytokines levels in children with failure to thrive. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 2003;37(4):487-491.

38. Steward DK, Moser DK, Ryan-Wenger NA. Biobehavioral characteristics of infants with failure to thrive. *Journal of Pediatric Nursing*. 2001;16(3)162-171.

39. Tannenbaum GS, Ramsay M, Martel C, Samia M, Zygmuntowicz C, Porporino M, Ghosh S. Elevated circulating acylated and total ghrelin concentrations along with reduced appetite scores in with failure to thrive. *Pediatric Research.* 2009;65(5):569-573.

40. Babbitt RA, Hoch RA, Coe DA, Cataldo MF, Kelly KJ, Stackhouse C, Perman JA. Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics.* 1994;15(4):278-291.

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

42. Werle MA, Murphy TB, Budd KS. Treating chronic food refusal in young children: Home-based parent training. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1993;26(3):421-433.

43. Burmucic K, Trabi T, Deutschmann A, Scheer PJ, Dunitz-Scheer M. Inpatient tube weaning in children with long-term feeding tube dependency: A retrospective analysis. *Infant Mental Health Journal.* 2010;31(6):664-681

44. St.James-Roberts I, Plewis I. Individual differences, daily fluctuations, and developmental changes in amounts of infant waking, fussing, crying, feeding, and sleeping. *Child Development*. 1996;67(6):2527-2540.

45. Wolke D, Gray P, Meyer R. Excessive infant crying: A controlled study of mothers helping mothers. *Pediatrics*. 1994;94(3):322-334.

46. Reilly SM, Skuse DH, Wolke D, Stevenson J. Oral-motor dysfunction in children who fail to thrive: organic or non-organic. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 1999;41(2):115-122.

47. Mathisen B, Worrall L, Mase; J, Wall C, Shepherd RW. Feeding problems in infants with gastro-oesophageal reflux disease: a controlled study. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 1999;35(2):163-169.

48. Fisher JO, Birch LL. Eating in the absence of hunger and overweight in girls from 5 to 7 year of age. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2000;76(1):226-231.

49. Rolls BJ, Engell D, Birch LL. Serving portion size influences 5-year-old but not 3-year-old children's food intakes. *Journal of the American Dietetic Association*. 2000;100(2):232-234.

50. Drewett RF, Mambwe K-H, Wright C. Feeding behaviour in young children who fail to thrive. *Appetite*. 2003;40(1):55-60.

51. Wright C, Birks E. Risk factors for failure to thrive: A population-based survey. *Child: Care, Health and Development*. 2000;26(1):5-16.

52. Field D, Garland M, Wiliams K. Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2002;39(4):299-304.

53. Hofacker NV, Papousek M. Disorders of excessive crying, feeding and sleeping: The Munich interdisciplinary research and intervention program. *Infant Mental Health Journal*. 1998;9(2):180-201.

54. Williams KE, Field DG, Seiverling L. Food refusal in children: review of the literature. *Research in Developmental Disabilities.* 2010;31(3):625-633.

55. Mason SJ, Harris G, Blissett J. Tube feeding in infancy: Implications for the development of normal eating and drinking skills. *Dysphagia*. 2005;20(1):46-61.

56. Byars KC, Burklow KA, Ferguson K, O'Flaherty T, Santoro K, Kaul A. A multicomponent behavioral program for oral aversion in children dependent on gastrostomy feedings. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 2003;37(4):473-480.

57. Kindermann A, Kneepkens CM, Stok A, van Dijk EM, Engels M, Douwes AC. Discontinuation of tube feeding in young children by hunger provocation. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2008;47(1):87-91.

58. Garro A, Thurman SK. Kerwin ML E, Ducette JP. Parent/caregiver stress during pediatric hospitalization for chronic feeding problems. *Journal of Pediatric Nursing*. 2005;20(4):268-275.

59. 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.

60. Al-Yaarubi S, Ramsay M, Rodd C. Megesterol acetate promotes euglycemia and appetite in a child with persistent hyperinsulimenic hypoglycemia. *Acta Paediatrica*. 2004;93(4):422-423.

61. Blissett J, Harris G, Kirk J. Effect of growth hormone therapy on feeding problems and food intake in children with growth disorders. *Acta Paediatrica*. 2000;89(6):644-649.

62. Homnick DN, Homnick BD, Reeves R, Marks JH, Pimentel RS, Bonnema SK. Cyproheptadine is an effective appetite stimulant in cystic fibrosis. *Pediatric Pulmonology*. 2004;38(2):129-134.

63. Archer LA. Rosenblaum PL, Streiner DL. The children's eating behaviour inventory: Reliability and validity results. *Journal of Pediatric Psychology*. 1991;16(5):629-670.

64. Crist W, Napier-Phillips. Mealtime behaviours of young children: A comparison of normative and clinical data. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2001;22(5):279-286.

65. Wardle J. Guthrie C, Sanderson S, Rapoport L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2001;42(7):963-970.

66. Ramsay M, Martel C, Porporino M, Zygmuntowicz, C. The Montreal Children's Hospital Feeding Scale: A brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *Paediatrics and Child Health*. 2011;16(3):147-151.

67. Dijk Maijn van, Timmerman MF, Martel C, Ramsay M: Towards the development of a Duch screening instrument for the detection of feeding problems in young children. *Netherland Journal of Psychology.* 2011;66(4):112-119.

68. Benjasuwatep B, Rattanamongkolgul S, Ramsay M. The Thai version of the Montreal Children's Hospital Feeding Scale (MCH-FS): psychometric properties. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2015;(2)98:163-169.

69. Diniz B P, Fagondes S C, Ramsay M: Cross-Cultural adaptation and validation of the Montreal Children's Hospital Scale into Brazilian Portuguese. *Revista Paulista de Pediatria*. 2021 Feb 24;39:e2019377.

70. Garcin PRC, Ramsay M, Meyer SCL et al. Validation of the feeding scale "The Montreal Children's Hospital Feeding Scale" (mch-fs) to detect eating disorders in Mexican children. *Acta Pediátrica de México*. 2014;45(5):443-452.

71. Sforza E, Onesimo R, Triumbari EK, Leoni C, Giorgio V, Rigante D, Kuczynska EM Ramsay, M, Zampino G. Cross-cultural adaptation and validation of the Italian version of the Montreal Children's Hospital in a special needs' population. *Language and Communication Disorders*. 2023;(58):1223-1231.

72. Hauser, MP, Taborda, RA, Oiberman A, Ramsay M: Escala Argentina de Dificultades Alimentarias en Nino (EADAN): Propiedades Psicometrias. *Evaluar*. 2019;19(2):1-14.

73. Babik K, Dziechciarz P, Horwath A, Ostazsewski P. The Polish version of the Montreal Children's Hospital Feeding Scale (MCH-FS): Translation, cross-cultural adaptation, and validation. *Pediatria Polka*. 2019:94(5):299-305.

74. Lopez AC, Guimaraes C, Afonso C. Montreal Children's Hospital Feeding Scale: Translation and contribution for the validation into European Portugeses. *Revista Portuguesa De Terapia Da Fala*. 2015;(3):05-15.

75. Casaubon Garcin P, Ramsay M, Casaubon Lemmen Meyer S, Goldbard Rochman D, Oliva Meza Hernandez O, Baptista González H, Monroy Tenia Z, Barriguete Melendez J, Valdez M. Validación de la escala de alimentación "The Montreal Children's Hospital Feeding Scale" (mch-fs) para detectar trastornos de la alimentación en niños mexicanos. *Acta Pediátrica De México*. 2024;45(5):443-452.

76. Dogru I, Manav G, Uymaz P. Turkish validity and reliability study of the Montreal Children's Hospital Feeding Scale. *Current Pediatric Research*. 2022;26(3):1289-1296.

77. Zhongxia Ren, Hanglian Lan, Ignatius Man-Yau Szeto, AI Zhao. Feeding difficulty among chinese toddlers aged 1-3 years and its association with health and development. *Frontiers in Pediatrics*. 2021 Nov 23;9:758176.