



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Trouble alimentaire avec un manque de réciprocité mère–nourrisson : à propos d'un cas

Feeding disorder with a lack of mother-infant reciprocity: In connection with a case

T. Cascales^{a,*}, J. Baruteau^b, J.-P. Olives^b

^a Équipe mobile de psychiatrie de liaison, SUPEA, département médico-chirurgical de pédiatrie, hôpital des enfants, CHU de Toulouse, 330, avenue de Grande-Bretagne, 31059 Toulouse cedex 9, France

^b Service de gastro-entérologie et nutrition, département médico-chirurgical de pédiatrie, hôpital des enfants, CHU de Toulouse, 330, avenue de Grande-Bretagne, 31059 Toulouse cedex, France

Reçu le 24 mai 2012 ; accepté le 14 août 2012

MOTS CLÉS

Trouble alimentaire ;
Nourrisson ;
Interaction
mère–nourrisson ;
Diagnostic
différentiel ;
Consultation
conjointe

KEYWORDS

Eating disorder;
Infant;
Mother–infant
interaction;
Differential diagnosis;
Joint consultation

Introduction

Épidémiologie

Les difficultés d'alimentation sont des motifs récurrents de consultation chez le nourrisson et concernent 25 % à 50 % des enfants [1]. Plusieurs études ont indiqué que des problèmes alimentaires précoces étaient associés à des problèmes de comportement, des troubles anxieux, et des troubles alimentaires plus tardifs durant l'enfance et l'adolescence [2]. Pour Dahl et Sundelin [3], 1 % à 2 % des enfants de moins d'un an présentent un grave refus alimentaire et un retard de croissance. Soixante-dix pour cent de ces enfants ont continué à montrer des problèmes alimentaires sérieux aux âges de quatre à six ans [4].

Classification

La définition des troubles du comportement alimentaire chez le nourrisson et le jeune enfant a longtemps interrogé les professionnels [5]. Compte tenu de la multiplicité et de la redondance des diagnostics, plusieurs classifications [6] ont été élaborées afin de permettre au clinicien une meilleure lecture des troubles en question. La classification la plus reconnue en France [7] et à l'étranger [8] est celle développée par Irène Chatoor et l'école de Washington [9]. Ils ont élaboré une classification en six entités nosographiques, qui individualise :

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cascales.t@chu-toulouse.fr (T. Cascales).

- le trouble alimentaire de la régulation des états ;
- le trouble alimentaire associé à un manque de réciprocité mère–nourrisson ;
- l'anorexie du nourrisson ;
- les aversions sensorielles alimentaires ;
- le trouble alimentaire associé avec des conditions médicales concurrentes ;
- le trouble alimentaire post-traumatique.

Difficulté diagnostique et diagnostic différentiel

Dans cet ensemble hétérogène un diagnostic pose de sérieux problème. En effet « le trouble alimentaire par manque de réciprocité mère–enfant » fait évoquer, par la polymorphie des cas rencontrés, des diagnostics différentiels multiples qui chacun peut orienter différemment la prise en charge. Ainsi, en fonction des praticiens, les diagnostics d'anorexie du nourrisson, de négligence et de syndrome de Münchhausen par procuration peuvent être évoqués après l'évaluation clinique de l'enfant et sa famille. Par exemple, s'il est commode de distinguer une « anorexie du nourrisson » d'un « trouble alimentaire post-traumatique », il est beaucoup plus compliqué de différencier « l'anorexie du nourrisson » et le « trouble alimentaire avec un manque de réciprocité mère–enfant ». À travers une étude de cas, nous allons essayer de mieux comprendre le « trouble alimentaire avec un manque de réciprocité mère–enfant ».

Observation clinique

Mathilde est une enfant unique née de parents non apparentés, sans antécédents familiaux ou périnataux notables, hormis une hospitalisation en néonatalogie pour une suspicion d'infection materno-fœtale non documentée. L'allaitement maternel est rendu difficile par un refus précoce du sein, qui conduit à un sevrage anticipé. Des vomissements alimentaires itératifs et une stagnation pondérale motivent une hospitalisation à l'âge de six mois. L'examen clinique est normal. Un bilan étiologique (recherche de pathologie infectieuse, métabolique, cardiorespiratoire, obstacle mécanique, troubles hydroélectrolytiques, endoscopie digestive haute) revient normal. Mathilde sort de l'hôpital avec des symptômes digestifs persistants, qui motivent une diversification précoce. Un suivi conjoint pédiatre gastro-entérologue et psychologue est mis en place pendant l'hospitalisation. Durant cette période, les vomissements disparaissent et le poids s'améliore grâce à la pose d'une sonde nasogastrique. Une orientation vers le centre d'action médicosocial précoce (CAMSP) de son département est également préconisée.

Cependant, dès le retour à la maison, les symptômes s'accroissent avec une opposition physique et un refus de toute nourriture proposée. Les vomissements persistent, une dénutrition s'installe ainsi qu'un infléchissement de la courbe staturale. Une réhospitalisation est décidée à l'âge de huit mois. Il n'y a pas d'autres plaintes fonctionnelles ou symptômes cliniques, en particulier le développement psychomoteur et l'examen neurologique sont normaux. Un bilan orthophonique avec nasofibroscope et étude radioscopique de la déglutition est normal. Une seconde endoscopie

œsogastroduodénale est normale. Du point de vue psychopathologique, Mathilde paraît déprimée avec un visage triste, une grande passivité, ne réclamant ni la nourriture, ni les jeux, ni les bras ou le contact avec les adultes ou d'autres enfants. Cela contraste avec les dires des parents qui décrivent une enfant très animée et vive. Cette passivité interroge face à l'intensité du refus et l'opposition alimentaire. Les parents, qui n'acceptent pas l'idée d'un trouble alimentaire d'origine psychogène, expriment un désarroi, une incompréhension et restent persuadés qu'une pathologie organique non décelée par les médecins. Pendant ce temps, les prises alimentaires spontanées sont anecdotiques malgré de fréquentes sollicitations. Devant la perte de poids, une gastrostomie est réalisée durant cette hospitalisation. L'évaluation psychiatrique des parents a permis d'éliminer la présence chez la mère de trouble psychiatrique évident. En revanche, en termes de personnalité, l'évaluation a permis de relever chez elle une très grande immaturité et une ambivalence majeure vis-à-vis du suivi proposé [10,11]. De son côté, le père décrit des antécédents de dépressions personnels et familiaux et une très grande vulnérabilité face aux difficultés de Mathilde. Depuis la pose de la gastrostomie et l'intensification de la prise en charge pédiatre/psychologue, les vomissements sont moins fréquents mais restent quotidiens. La relation mère–nourrisson est de « meilleure qualité » mais doit être étayée en permanence pour profiter à l'enfant. Les liens entre l'équipe de la consultation conjointe et le CAMSP sont hebdomadaires et très soutenus. Devant l'insistance des parents et la présentation de symptômes endocriniens récents, un bilan endocrinien a été demandé par l'équipe de la consultation conjointe. La coordination des différents intervenants est assurée par le pédiatre et le psychologue de la consultation conjointe du CHU.

Discussion

Diagnostic

Pour Chatoor [9], le « trouble alimentaire par manque de réciprocité mère–enfant » est :

- le trouble alimentaire est habituellement observé dans la première année de vie, quand le nourrisson a besoin de premiers soins médicaux ou à son arrivée à l'hôpital avec un problème médical aigu (souvent une infection), et que le praticien qui l'examine relève chez lui une malnutrition ;
- nourrisson qui montre moins de signes de réponses sociales appropriées à son développement (par exemple, moins d'investissement visuel, de sourire, de babillage) durant l'alimentation avec le donneur de soin principal ;
- nourrisson qui montre un déficit de développement significatif ; ou une déviation du poids de l'enfant de deux percentiles majeurs entre la période de deux à six mois ;
- le donneur de soin principal est souvent inconscient des problèmes alimentaires et de développement du nourrisson ;
- le déficit de développement et le manque de relation ne sont pas seulement causés par un trouble physique ou un trouble de développement dominant.

Suivant ces critères, les éléments diagnostics du trouble alimentaire chez Mathilde sont : le retrait comportemental de Mathilde pendant les repas, l'absence d'exploration de son environnement, le début du refus alimentaire, l'acceptation du trouble par les parents, le retard de croissance, l'absence d'événement traumatique et de pathologie organique. Donc, ces conclusions confirment le diagnostic de « trouble alimentaire par manque de réciprocité mère–enfant » présenté par Irène Chatoor et l'école de Washington.

Proposition de prise en charge : la consultation conjointe

Dans ces situations au pronostic sévère et aux causes complexes, le dispositif de soin proposé est fréquemment une « consultation conjointe trouble du comportement alimentaire du nourrisson et du jeune enfant » composé d'un pédiatre gastro-entérologue et d'un psychologue clinicien aidés par un(e) diététicien(ne). Durant les deux hospitalisations mentionnées dans la présentation, un protocole précis a été mis en place. Conformément à la littérature, un nombre restreint d'infirmières ont pris en charge Mathilde. De plus, l'infirmière qui a commencé les premiers soins est restée responsable de la continuité des soins [12]. Du point de vue des consultations, deux séances de psychothérapie parent/enfant par semaine [13], plus une séance de consultation conjointe pédiatre/psychologue ont été proposés à la famille. Finalement, à chaque hospitalisation, Mathilde s'est restaurée psychiquement et physiquement. Les vomissements sont devenus rares, presque absents. Elle a commencé à être plus disponible pour son entourage et à s'intéresser un peu plus aux éléments de son environnement. À partir de ce moment là, des soins en psychomotricité et un éveil éducatif dispensé par l'éducatrice du service d'hospitalisation ont été proposés.

Après cette seconde hospitalisation, le suivi en consultation conjointe s'est poursuivi en consultation externe sur une fréquence bimensuelle. Un lien téléphonique ténu a été instauré. À ce moment là, Mathilde a huit mois. Cependant, dès le retour à la maison, les vomissements et le refus alimentaire se sont à nouveau accentués.

Aujourd'hui, Mathilde a 16 mois. Elle est toujours en alimentation entérale fractionnée avec un intérêt croissant pour les prises spontanées d'aliments, mais qui ne lui permet pas une autonomie sans nutrition artificielle. Durant les dernières consultations, Mathilde est parue plus ouverte, avec plus d'appétence pour la relation. Le lien avec le CAMSP a permis de constater une amélioration de son oralité (objet mis à la bouche, activité de succion...). Ce dont les parents n'ont pas témoigné. Son comportement par moment désorganisé (cri non motivé, motricité balbutiante, stéréotypies sonores) alterne avec des temps de bonne adaptation (joue du regard avec les soignants) à la situation de consultation. Dans les derniers mois, Mathilde a été réhospitalisée à deux reprises en raison de l'incapacité des parents à pouvoir tolérer la fréquence des vomissements. Le choix thérapeutique a consisté à répondre aux crises parentales par l'hospitalisation de Mathilde en service de pédiatrie. À chaque fois, les interactions entre Mathilde et ses parents se sont améliorées en termes de qualité et de quantité.

Finalement, Mathilde profite de l'effet des consultations conjointes, des hospitalisations et du suivi au CAMSP pour se développer et s'éveiller. Durant ces rencontres, Mathilde et ses parents s'enrichissent mutuellement d'une quantité affective qui permet une d'améliorer la parentalité. Entre ces rencontres, la relation se dégrade et perd en intensité. La prise en charge, dans sa dimension d'instance d'élaboration psychique, a pour fonction « d'alimenter » en affect une relation parent/nourrisson désaffectisée. Finalement, qu'il y ait un substrat organique à l'origine du trouble alimentaire qui soit découvert tardivement ou que ce trouble alimentaire sévère soit exclusivement d'origine psychogène cela ne change rien à la prise en charge et à la valeur ajoutée d'un accompagnement conjoint psychologue/pédiatre.

Conclusion

En conclusion, il est nécessaire :

- de ne pas exclure la possibilité d'une cause organique qui expliquerait le trouble alimentaire même à distance de la prise en charge initiale dans l'hypothèse ou cette pathologie initiale non reconnue s'enrichirait d'autres symptômes au cours du temps ;
- d'évaluer l'intensité du trouble relationnel et les répercussions sur l'enfant de la personnalité des parents ;
- de proposer une guidance maternelle et la requalification des compétences paternelles ;
- de dispenser un soutien auprès des équipes de proximité qui suivent localement la famille, à la fois dans le domaine médical et psychologique.

Plus qu'ailleurs, l'alliance thérapeutique avec les parents est incontournable dans ce type de prise en charge. Comme Ayoub et Milner le soulignent [14], le degré de compliance parentale et la coopération dans le traitement du nourrisson sont prédictifs des résultats positifs pour ces nourrissons. L'alliance pédiatre–psychologue dans cet exemple est une condition utile et nécessaire pour une prise en charge adaptée de qualité.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Lindberg L, Bohlin L, Hagekull B, Palmérus K. Interactions between mothers and infants showing food refusal. *Infant Ment Health J* 1996;17(4):334–7.
- [2] Marchi M, Cohen P. Early childhood eating behaviours and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;29(1):112–7.
- [3] Dahl M, Sundelin C. Early feeding problems in a infant society: categories and clinical signs. *Acta Paediatr Scand* 1986;75:370–9.
- [4] Dahl M, Rydell M, Sundelin C. Children with early refusal to eat: follow-up during primary school. *Acta Paediatr* 1994;83(1):54–8.

- [5] Skuse DH. Non-organic failure to thrive: a reappraisal. *Arch Dis Child* 1985;60:173–8.
- [6] Nicholls D, Chater R, Lask B. Children into DSM Don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord* 2000;28(3):317–24.
- [7] Poinso F, Viellard M, Dafonseca D, Sarles J. Les anorexies infantiles: de la naissance à la première enfance. *Arch Pediatr* 2006;13:464–72.
- [8] Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2002;11:163–83.
- [9] Chatoor I. Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers and young children. Zero to three edition; 2009.
- [10] Chatoor I, Ganiban J, Hirsch R, Borman-Spurrell E, Mrzcek DA. Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(6):743–51.
- [11] Ramsay M, Gisel EG, McCusker J, Bellavance F, Platt R. Infant sucking ability, non-organic failure to thrive, maternal characteristics, and feeding practices: a prospective cohort study. *Dev Med Child Neurol* 2002;44:405–14.
- [12] Chatoor I, Getson P, Menville E, Brasseaux C, O'Donnell R. A feeding scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life. *Infant Ment Health J* 1997;18:76–91.
- [13] Benoit D, Madigan S, Lecce S, Shea B, Goldberg S. Atypical maternal behavior toward feeding-disordered infants before and after intervention. *Infant Ment Health J* 2001;22(6):611–26.
- [14] Ayoub C, Milner J. Failure to thrive: parental indicators, types, and outcomes. *Child Abuse Negl* 1985;9:491–9.