

Sous la direction de Pascale Grevesse
et du docteur Dominique Hermans

LE TROUBLE ALIMENTAIRE PÉDIATRIQUE

Physiopathologie, évaluation
et traitement



- Connaître le développement de l'alimentation chez l'enfant
- Intégrer les aspects médicaux, nutritionnels, fonctionnels et psycho-sociaux dans la prise en soins

Sous la direction de Pascale Grevesse
et du docteur Dominique Hermans

LE TROUBLE ALIMENTAIRE PÉDIATRIQUE

Physiopathologie, évaluation
et traitement

De Boeck Supérieur
5, allée de la Deuxième Division blindée
75015 Paris

www.deboecksuperieur.com

© De Boeck Supérieur, rue du Bosquet, 7 – 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :

Bibliothèque Nationale de France : octobre 2025

Bibliothèque Royale de Belgique : 2025/13647/156

ISBN : 978-2-8073-6865-1

Sommaire

Introduction.....	5
Chapitre 1. Apprendre à manger : la trajectoire développementale de l'alimentation chez l'enfant de 0 à 6 ans.....	7
Chapitre 2. Définir le trouble alimentaire pédiatrique.....	56
Chapitre 3. Dépister les enfants à risque de TAP : le QUANE, traduction d'un questionnaire de première ligne.....	89
Chapitre 4. Évaluer le trouble alimentaire pédiatrique	103
Chapitre 5. Prendre en soins le TAP	155
Présentation des auteur(e)s.....	281

Les compléments numériques

Cet ouvrage contient des compléments numériques accessibles via des QR codes ou des liens Internet.

Vous pouvez les découvrir en scannant ces QR codes à l'aide de l'appareil photo de votre smartphone ou en entrant ces adresses web dans votre navigateur Internet.

Introduction

Pascale Grevesse, Dr Dominique Hermans

L'alimentation est un besoin primaire de l'être humain, indispensable à sa survie. Cette habileté développementale se construit, étape par étape, dès les débuts de la vie embryonnaire jusqu'à l'âge adulte. Elle s'inscrit dans un processus dynamique complexe dans lequel interviennent plusieurs composantes : le statut médical et nutritionnel de la personne, les habiletés fonctionnelles pour manger et les préoccupations psycho-sociales. Elle s'ancre, en fonction de l'état de santé de la personne, dans des environnements variés tels que la famille, la culture et les milieux d'accueil. Les premières années de vie sont déterminantes pour forger des comportements alimentaires adaptés soutenant la croissance et le développement de l'enfant et une alimentation saine et variée. Pour la plupart des enfants, ce processus se met en place naturellement. Pour d'autres, l'alimentation devient une source de difficultés, d'inquiétudes, de luttes et de souffrance, tant pour l'enfant que pour sa famille. Le trouble alimentaire pédiatrique (TAP) est une entité définie récemment par un consensus d'experts (Goday, 2019). Ce concept vise à refléter la complexité des difficultés d'alimentation de l'enfant. Il croise quatre dimensions : médicale, nutritionnelle, sensorimotrice et psychosociale.

Dans les pays francophones, les professionnels de santé semblent de plus en plus fréquemment confrontés à ce type de profil chez les enfants, sans pour autant pouvoir s'appuyer sur un cadre théorique et clinique unifié. Ce constat a conduit à la rédaction de cet ouvrage en langue française. Son objectif est de proposer un guide à la fois rigoureux sur le plan scientifique mais aussi profondément enraciné dans la pratique clinique. Il s'adresse aux cliniciens et futurs cliniciens, quels que soient leur formation initiale et leur domaine de spécialisation, amenés à accompagner ces enfants.

La complexité du TAP et les enjeux qu'il représente pour l'enfant et son entourage s'inscrivent dans un cadre multifactoriel et relèvent d'une approche multidisciplinaire. Dès lors, la prise en soins de ces jeunes patients et de leur famille mobilise l'expertise conjointe de diverses disciplines médicales et paramédicales. Dans cette optique, cet ouvrage s'appuie sur la contribution d'un panel d'experts : pédiatres, gastro-pédiatres, logopèdes et orthophonistes (chacun utilisant la terminologie en vigueur dans leur pays d'exercice), ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychologues, pédopsychiatres, infirmières, orthodontistes. Chacun d'entre eux œuvre à une meilleure compréhension et à un encadrement optimal des enfants présentant un TAP.

L'ouvrage est structuré en cinq chapitres progressifs, articulant compréhension du développement typique et des situations pathologiques et modalités d'évaluation

et de prise en soins. Le premier chapitre retrace la trajectoire développementale de l'alimentation chez l'enfant tout-venant. Il met en lumière les jalons essentiels, les mécanismes d'apprentissage et les facteurs impliqués dans l'émergence d'une alimentation fonctionnelle. Le second chapitre introduit le concept de TAP s'articulant autour de quatre domaines : médical, nutritionnel, compétences ou habiletés pour manger et facteurs psycho-sociaux. Il souligne les enjeux de ce modèle multifactoriel dans la pratique clinique. Le troisième chapitre s'intéresse à l'élaboration d'un outil de dépistage des enfants à risque de TAP. Le quatrième chapitre est consacré à l'évaluation du TAP ventilé selon les principales disciplines concernées. Enfin, le dernier chapitre s'étend sur la prise en soins du TAP. Sans être exhaustif, il propose des pistes d'intervention pour des situations cliniques spécifiques sous le regard de différentes disciplines. Enfin, quelques fiches techniques sont disponibles en ligne et proposent au lecteur des supports cliniques concrets.

Cet ouvrage se présente comme un outil de réflexion à la croisée de différentes disciplines et de pratiques de terrain au service d'une meilleure compréhension du TAP. Il vise à ouvrir des perspectives dans l'accompagnement des enfants présentant un trouble alimentaire et de leur famille, tout en outillant les cliniciens impliqués dans leur prise en soins.

Chapitre 1

Apprendre à manger : la trajectoire développementale de l'alimentation chez l'enfant de 0 à 6 ans

1. Introduction

Pascale Grevesse, Dr Dominique Hermans

L'alimentation répond à un besoin primaire de tout être humain et est essentielle à la survie de l'individu. En effet, la capacité à se nourrir est fondamentale pour assurer la croissance pendant l'enfance, favoriser la régénération de tissus endommagés, soutenir l'ensemble des fonctions vitales et fournir l'énergie nécessaire à l'ensemble des activités humaines. L'alimentation est une habileté développementale qui se construit, étape par étape, depuis les premières semaines de la vie embryonnaire jusqu'à 6 ans environ, âge de l'autonomie alimentaire. Elle s'inscrit dans un processus dynamique complexe dans lequel interviennent des composantes multiples, telles que l'histoire médicale de l'enfant, ses compétences fonctionnelles sensori-motrices, son comportement lors des repas, mais aussi l'environnement de ceux-ci, les attitudes parentales, la culture et le rôle des milieux d'accueil. Le repas est influencé par des facteurs spécifiques à l'enfant, au nourrisseur (*feeder*¹) et/ou à l'environnement. Ainsi, le déroulement des repas reflète l'importance relative de ces différents facteurs à un moment donné. « Manger » est avant tout une fonction spécifique à la bouche (phase orale) ; cette fonction inclut notamment la recherche de nourriture, le placement de la nourriture dans la bouche, la gestion du bolus², la mastication (quand elle est nécessaire), le transfert et la propulsion du bolus par la langue vers le pharynx pour enclencher le processus de déglutition. Plus largement, « manger » implique une interaction entre un enfant et un nourrisseur. Enfin, une alimentation réussie se

1. La littérature anglophone utilise les termes « *feeder* » que nous traduirons dans cet ouvrage par « nourrisseur », désignant ainsi toute personne donnant à manger à l'enfant et « *caregiver* » que nous traduirons par « *aidant naturel* », désignant ainsi une personne prenant soin de l'enfant et une figure d'attachement privilégiée.

2. Le bolus désigne la quantité de nourriture mâchée et insalivée.

traduit par une croissance et une prise de poids adéquates durant les premières années de vie. La période des 1 000 premiers jours – s'étendant de la conception à l'âge de 2 ans – est considérée comme déterminante en raison de son impact sur la santé et le devenir de l'enfant. Si le patrimoine génétique de l'enfant est irréversible, en revanche, on peut observer la mise en place de nombreux mécanismes épigénétiques en réponse à des facteurs environnementaux. Durant cette période, la nutrition joue un rôle fondamental ; l'équilibre alimentaire, l'alimentation diversifiée, les apports en macro- et micronutriments s'inscrivent dans une démarche préventive en fournissant au jeune enfant tous les éléments nécessaires à sa croissance et à son développement neurologique sans favoriser le risque de développement de maladies métaboliques secondaires (p. ex. diabète de type 2, obésité) (Darmaun, 2020 ; Gluckman et al., 2016). Il est essentiel pour les cliniciens concernés par la prise en soin des nourrissons et des enfants présentant des troubles de l'alimentation et de la déglutition de comprendre la progression normale du développement de l'alimentation pour intervenir de manière précoce et ciblée. Ce chapitre retracera la trajectoire développementale de l'alimentation chez l'enfant tout-venant en donnant au lecteur des repères développementaux et en accordant une attention particulière à la néophobie alimentaire et à la diversification menée par l'enfant. Il détaillera ensuite les enjeux et défis liés à l'alimentation équilibrée chez l'enfant. Enfin, il expliquera les aspects psycho-sociaux du développement de l'alimentation dans une optique psycho-dynamique et systémique.

Afin d'appréhender les enjeux du développement de l'alimentation chez le jeune enfant, il est essentiel de retracer cette trajectoire dès ses origines, en considérant à la fois les étapes prénatales et postnatales qui constituent les fondements de la relation à l'alimentation.

2. Trajectoire développementale de l'alimentation : avant la naissance

Pascale Grevesse, Francesca Ballatore,
Laurence Franck, Dr Alex Gerdorf

2.1. La formation de la face

À la naissance, le processus de coordination et de synchronisation de la succion, de la déglutition et de la respiration chez le nourrisson doit être mature pour garantir une alimentation orale efficace, autonome et sans danger. Ce processus se développe dès les premières semaines de la vie embryonnaire et se poursuit durant toute la période fœtale. Dès le premier mois de gestation se forme la cavité bucco-nasale primaire appelée « stomodeum ». À ce stade du développement, la

cavité buccale et la cavité nasale ne sont pas distinctes. Cette cavité primaire borgne (fermée) est séparée du futur tractus gastro-intestinal par la membrane oro-pharyngée. Les structures de la face et de la mâchoire prennent forme de manière progressive par la convergence de cinq bourgeons entourant le stomodeum : le bourgeon naso-frontal (unique) et les bourgeons maxillaires et mandibulaires (pairs). Ces bourgeons dérivent du mésenchyme issu des crêtes neurales du premier arc branchial. L'interaction entre ces bourgeons permet la formation des reliefs qui constitueront les ébauches de la face et de la mâchoire. Vers la 5^e semaine d'aménorrhée (SA), plusieurs étapes clés se produisent : la rupture de la membrane oro-pharyngée permettant la communication entre la bouche primitive et le futur tube digestif, la réduction de la taille de la large bouche embryonnaire, la formation des choanes primitives et l'ébauche de la lèvre inférieure. Le nez commence à se dessiner vers la 6^e SA avec l'apparition des deux crêtes entourant la placode olfactive : les bourgeons nasaux internes et externes. La lèvre supérieure se forme par la réunion des deux bourgeons nasaux internes et des deux bourgeons maxillaires au niveau des crêtes philtrales. Les bourgeons nasaux externes participent uniquement à la formation des ailes du nez. La lèvre inférieure et la mâchoire inférieure sont formées à partir des bourgeons mandibulaires qui fusionnent sur la ligne médiane. Vers la 7^e SA, les bourgeons maxillaires se développent en profondeur et forment le segment intermaxillaire qui donnera le philtrum de la lèvre supérieure, la composante de la mâchoire supérieure qui porte les quatre incisives, et la partie antérieure du palais. La plus grande partie du palais définitif est formée par deux lames aplaties émanant de la partie profonde des bourgeons maxillaires. Ces processus palatins fusionnent entre eux à la fin de la 7^e SA pour former la portion postérieure du palais dur et du voile. Simultanément, le septum nasal progresse vers le bas et s'unit à la face supérieure du palais définitif. La cavité buccale et les deux cavités nasales sont ainsi séparées. Aux environs de la 8^e SA, les joues se forment et la taille de la bouche devient définitive : la face du fœtus prend un aspect humain.

2.2. La succion

Dès le deuxième mois de gestation, on commence à observer une ébauche de mouvements de succion : ces mouvements figurent parmi les premiers mouvements de l'embryon. Il faut attendre la 18^e SA pour voir apparaître la véritable succion caractérisée par l'association de mouvements de la langue et de la mandibule (partie mobile de la mâchoire) : la mandibule produit des mouvements d'ouverture et de fermeture (haut-bas) tandis que la langue produit des mouvements horizontaux antéro-postérieurs. Les mouvements de la langue vers l'arrière sont plus prononcés que vers l'avant. Vers l'avant, la langue ne dépasse pas les lèvres (Arvedson et al., 2019). À partir de la 28^e SA, la langue peut prendre une forme de cuvette, prémices des mouvements de ventouse. Tout au long de la gestation, et plus particulièrement

dans les derniers mois, la fréquence des mouvements de succion augmente, jouant un rôle crucial dans la formation des structures et des articulations oro-buccales (p. ex. mandibule, forme du palais, articulation temporo-mandibulaire). Dans la seconde partie de la gestation, environ la moitié des mouvements des mains du fœtus sont dirigés vers le visage et particulièrement vers la bouche (Zoia et al., 2012). De plus, le fœtus semble avoir cette capacité d'anticiper l'approche de la main en ouvrant la bouche avant le contact avec la main (Fig. 1). Ainsi, il existerait une représentation primitive de la manière de bouger la main pour entrer en contact avec la bouche.

Figure 1 : Fœtus de 22 SA : la face est formée, la main s'approche de la bouche



2.3. La déglutition

C'est aux environs de la 10^e SA qu'apparaît la déglutition constituant ainsi une des premières réponses motrices dans le pharynx. Il faut en revanche attendre la 15^e SA pour qu'elle soit fonctionnelle. En parallèle à l'augmentation de la fréquence des mouvements de succion, le fœtus déglutit des quantités de plus en plus importantes de liquide amniotique. Aux environs de la 16^e SA, le fœtus déglutit entre 2 et 7 ml de liquide amniotique par 24 heures. En fin de gestation, il déglutit environ 750 ml par 24 heures, ce qui correspond plus ou moins à la quantité de lait qui sera absorbée par le nouveau-né à terme. La déglutition fœtale joue un rôle dans la maturation du système digestif, mais elle permet également de réguler le volume de liquide amniotique et de solliciter la sensibilité et la reconnaissance olfactive et gustative

(p. ex. température, goût). Ainsi, la fréquence des mouvements de succion et le débit de la déglutition varient en fonction du goût du liquide amniotique. Cependant, différentes pathologies identifiées *in utero* peuvent altérer les mouvements de succion et de déglutition (p. ex. lésions neurologiques, obstructions du tube digestif). La succion et la déglutition sont donc largement expérimentées avant la naissance ; on considère qu'un nourrisson prématuré en bonne santé, né à 34 SA, est capable de téter et d'avaler des quantités suffisantes pour s'alimenter strictement par voie orale. Certains nourrissons prématurés en bonne santé peuvent même être prêts à commencer l'alimentation orale entre 32 et 33 SA (Tableau 1).

2.4. En résumé

Tableau 1. Fonctions de succion-déglutition in utero d'après Arvedson et al. (2019)

Fonctions	Âge gestationnel (en SA)
Déglutition pharyngée	10-14 SA
Succion	18-24 SA
Forme incurvée de la langue	28 SA
Capacité à soutenir une nutrition totale autonome	34-37 SA

3. Trajectoire développementale de l'alimentation : après la naissance

Pascale Grevesse, Laurence Franck, Anna Lalot,
Dr Sophie Sidler, Dr Dominique Hermans

Après la naissance, l'alimentation suit le même schéma chez la plupart des enfants : au début, l'alimentation du nourrisson est exclusivement liquide. Elle évolue ensuite progressivement de manière à intégrer aussi bien des aliments liquides que solides. Concernant les aliments solides, il s'agit d'abord d'aliments semi-liquides (p. ex. premières compotes de fruits mixées, lisses et sans grumeaux), ensuite de purées plus compactes, de purées avec grumeaux (p. ex. semoule, petites pâtes), d'aliments écrasés et de petits morceaux tendres de même taille. Enfin, en lien avec l'émergence dentaire, arrive l'introduction d'aliments à croquer et à mâcher impliquant des capacités de mordre, de mastiquer, de déglutir. Les jeunes enfants commencent à montrer de réelles préférences alimentaires à partir de l'âge de 18 mois. Dès l'âge de 2 ans, les enfants au développement typique ont des habiletés alimentaires similaires à celles des adultes. Néanmoins, le risque de suffocation reste présent, en particulier avec certains aliments (p. ex. aliments durs et ronds risquant de se bloquer dans la trachée). Ainsi, la progression du jeune enfant dans

les étapes du développement alimentaire est relativement prédictible : le/la pédiatre ou le/la médecin traitant informe et conseille les parents sur le type d'aliments à proposer à l'enfant en fonction de son âge et de ses compétences et sur la manière de les lui présenter (Bruns & Thompson, 2012). On distingue six étapes dans la trajectoire développementale de l'alimentation (Fig. 2) : la succion automatique (*Suckling*), la succion volontaire (*Sucking*), le malaxage ou pré-mastication (*Munching*), la morsure (*Biting*), la mastication (*Chewing*) et les habiletés alimentaires similaires à l'adulte (*Adult Feeding Patterns*). En l'espace d'à peine deux ans, l'enfant passe d'une alimentation réflexe spécifique à l'allaitement puis aux *patterns* de l'alimentation adulte (Morris & Klein, 2000). La maturation de l'alimentation est un apprentissage en lien avec le développement global de l'enfant et l'exposition aux aliments.

Figure 2 : Séquence développementale de l'alimentation



3.1. La succion automatique (0-4 mois)

De la naissance à l'âge de 4 mois, on observe sur le plan du développement moteur, un redressement progressif de la tête avec une émergence du contrôle de la tenue de la tête. Le tonus du tronc est bas avec une hypertonie en flexion des membres. Au niveau de la motricité fine, le nourrisson est capable d'ouvrir les mains, d'agiter les doigts et de les porter à la bouche. L'activité de succion-déglutition est générée par la coordination de l'ensemble des réflexes oraux (Tableau 2), aussi bien pour l'allaitement maternel que pour le biberon. Ces réflexes disparaissent progressivement au cours de la première année, sauf le réflexe nauséeux qui persiste à l'âge adulte, en tant que mécanisme de protection des voies respiratoires (Tableau 2). La succion automatique est donc une activité réflexe permettant la coordination de trois fonctions : la succion, la respiration et la déglutition.

La succion automatique implique la coordination de mouvements de la langue et de la mandibule largement expérimentés durant la gestation : la langue produit des mouvements horizontaux antéro-postérieurs, le mouvement vers l'arrière étant plus prononcé de manière à propulser le bolus et à enclencher le processus de déglutition. Vers l'avant la langue ne dépasse pas le bord des lèvres. La mandibule produit des mouvements verticaux d'ouverture et de fermeture. La succion réflexe comporte deux fonctions : l'expression et l'aspiration. L'expression est caractérisée par le mouvement d'ouverture et de fermeture rythmique de la mandibule, tandis que l'aspiration est générée par la dépression intra-buccale : un vide d'air consécutif à l'action simultanée des lèvres, des joues et de la langue est ainsi produit. Pendant la tétée, le

Tableau 2. Réflexes liés à la succion chez le nourrisson né à terme

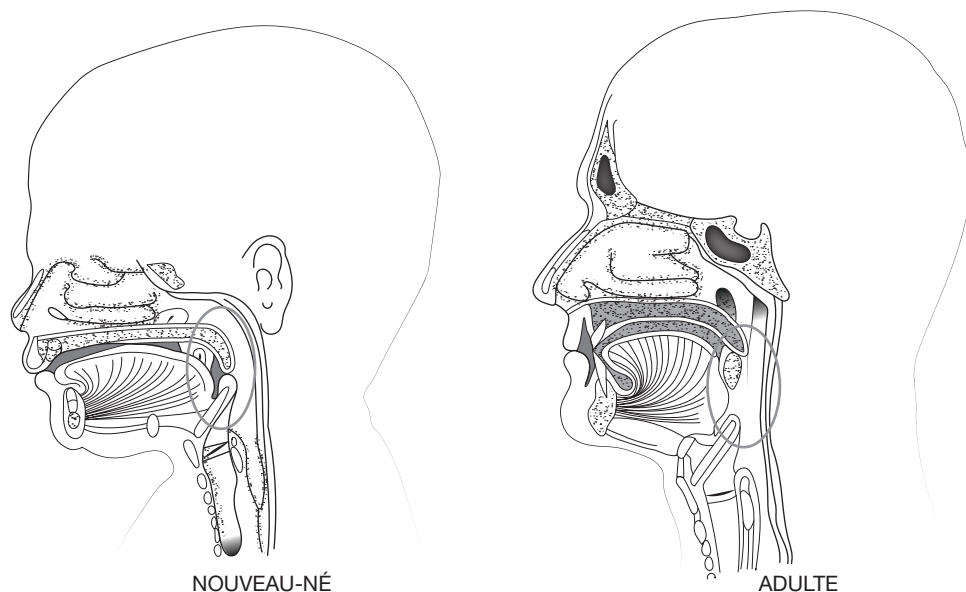
Réflexe	Stimulus		Réponse du bébé	Fin
Orientation (<i>rooting reflex</i>)	Contact avec la commissure des lèvres ou la joue		Orientation de la tête en direction du point de contact, propulsion des lèvres et ouverture de la bouche	3-6 mois
Langue	Protrusion	Contact avec la langue ou les lèvres	Protrusion de la langue	4-6 mois
	Latéralisation		Déplacement latéral de la langue	6-9 mois
Morsure phasique	Appui sur les gencives		Ouverture et fermeture rythmique des mâchoires	9-12 mois
Nauséeux	Contact avec la partie postérieure de la langue ou le pharynx		Contraction du palais mou, du pharynx et/ou des joues	Persistance

menton du bébé est enfoncé dans le sein stimulant ainsi les muscles ptérygoïdiens latéraux et permettant le développement du maxillaire et la ventilation nasale. Lors de l'allaitement, les mouvements de succion s'enchaînent selon une séquence rythmique : les salves de succion (ou trains de succion) entrecoupées de courtes pauses. Le nombre de salves de succion varie en fonction de différents facteurs tels que l'âge, la faim ou la satiété, la position du bébé sur le sein, la fatigue ou encore le flux de lait (Moral et al., 2010). Ainsi, un nourrisson à terme et en bonne santé effectue environ 10 à 30 salves de succion par tétée, chaque salve comprenant entre 3 et 10 mouvements de succion successifs. Au début de la tétée, les salves sont généralement plus longues et intenses, puis elles raccourcissent au fur et à mesure que la satiété s'installe. Le mécanisme respiration-succion-déglutition est continu ; le nourrisson fait de courtes pauses pour respirer. Le larynx est positionné plus haut (au niveau de la deuxième cervicale) et l'épiglotte s'appuie contre la partie postérieure du palais mou et de la langue. Cette configuration anatomique permet de créer deux canaux séparés : l'un pour la respiration nasale et l'autre pour la déglutition des liquides (Fig. 3). Plusieurs paramètres permettent d'identifier l'efficacité de la tétée : une bouche grande ouverte, un menton enfoncé dans le sein, un nez dégagé, des mouvements de succion visibles, une déglutition visible et audible. Lorsque la tétée est efficace, le volume de lait absorbé est suffisant pour déclencher la déglutition. Les mouvements de succion sont plus rapides en début de tétée de manière à stimuler le sein et ainsi déclencher le réflexe d'éjection du lait ; les mouvements deviennent ensuite plus lents et plus intenses. La durée moyenne d'une tétée est comprise entre 10 et 20 minutes.

Bien que les tétines physiologiques aient été conçues pour préserver les caractéristiques morphologiques et fonctionnelles du nourrisson allaité, les nourrissons nourris au biberon ont des mouvements de succion différents des nourrissons nourris au sein (Moral et al., 2010).

- L'ouverture de la bouche est plus importante au sein qu'au biberon.
- Lors de la mise au sein, le nourrisson produit des mouvements de succion non nutritive avec une pression élevée, de manière à solliciter la production de lait. Ce temps de succion non nutritive n'est pas requis lors de l'alimentation au biberon, le lait s'écoulant immédiatement dans la bouche du nourrisson dès qu'il tète la tétine (Mizuno & Ueda, 2006).
- Lors de l'allaitement maternel, le mamelon s'allonge et est légèrement compressible entre la langue et le palais, ce qui entraîne un mouvement de langue différent de l'alimentation au biberon.
- Le nourrisson nourri au biberon produit moins de mouvements de succion que le nourrisson allaité.
- Le débit de lait du sein varie au cours de la tétée, alors qu'il est constant au biberon (du moins si la position du biberon ne varie pas).
- Les salves peuvent varier au cours d'une même tétée, contrairement aux salves du bébé alimenté au biberon qui sont plus constantes.
- L'alimentation est plus efficace au biberon : la possibilité de varier la compression et le débit de la tétine permet de fournir plus de lait avec un effort moindre pour le bébé. Les tétines ne s'allongent pas et sont plus facilement compressibles par les mouvements de la langue.
- Enfin, au niveau nutritionnel, les préparations pour nourrissons ont une composition homogène tandis que la teneur en nutriments du lait maternel varie au cours de la tétée et en fonction des besoins du nourrisson.

Figure 3 : Anatomie du nourrisson et du mécanisme de succion (Maynard et al., 2020)



3.2. La succion volontaire (à partir de 4 mois)

Sur le plan du développement de la motricité globale, le nourrisson acquiert entre 4 et 6 mois la tenue de la tête avec un dos ferme. Il explore progressivement le retournement du corps vers le décubitus latéral. Au niveau de la motricité fine, le nourrisson acquiert le mouvement de saisir et retenir un objet en utilisant sa main comme une pince. C'est durant cette période que démarre l'exploration orale des objets (Fig. 4).

Figure 4 : Début de l'exploration orale des objets (4 mois)



Durant cette période, le cycle succion-déglutition-respiration évolue vers un cycle mastication-déglutition-respiration. Les besoins nutritionnels augmentent : les quantités de lait absorbées sont plus importantes et les salves s'allongent. Par ailleurs, le nourrisson ne se contente plus de téter que ce soit au sein ou au biberon (diversification). Au niveau postural la tête se redresse et le cou s'allonge ; dans l'oropharynx les structures se distancient : l'os hyoïde et le larynx descendent, l'épiglotte s'aplatit et la compétence vélo-pharyngée mature, facilitant ainsi la transition vers l'alimentation solide. La mécanique de l'alimentation et de la déglutition se modifie de manière à passer du mouvement continu spécifique de la succion automatique vers le mode de déglutition adulte. Cette évolution permet une progression dans les textures des aliments ainsi qu'une adaptation des ustensiles utilisés pour boire et manger. La période comprise entre 4 et 6 mois est considérée comme période sensible pour introduire la diversification alimentaire (introduction des aliments complémentaires) : les modifications anatomiques associées à l'augmentation de la production salivaire permettent progressivement au bébé de manipuler en bouche des aliments de plus en plus épais et de progresser dans l'alimentation assistée à la cuillère.

Il est recommandé de débiter l'introduction des aliments complémentaires dès l'âge de 17 semaines pour un bébé né à terme ou 17 semaines d'âge corrigé pour un bébé prématuré et de ne pas la retarder au-delà de 26 semaines (ESPGHAN, 2017 ; Fewtrell et al., 2017). L'introduction d'aliments complémentaires est essentielle durant cette période au risque de dépasser la période sensible d'apprentissage et de générer des mécanismes aversifs persistants.

L'émergence de mouvements linguaux verticaux permet au bébé de déplacer sa langue depuis la mandibule jusqu'à la partie postérieure du palais dur : le malaxage et la déglutition bouche fermée s'installent en lien avec les expériences alimentaires, l'exposition aux aliments plus texturés et l'alimentation assistée à la cuillère. Pour obtenir l'ouverture de la bouche, le nourrisseur doit stimuler la lèvre inférieure avec la cuillère. Au début de l'alimentation à la cuillère, le nourrisson réalise un mouvement de lapement. Afin de soutenir l'apprentissage de ce nouveau mode alimentaire, quelques recommandations peuvent être proposées aux parents :

- veiller à positionner l'enfant de manière appropriée en fonction de son stage de développement (cf. Chapitre 5) ;
- proposer une purée ou une compote lisse sans grumeaux et à peine plus épaisse que le liquide ;
- utiliser une cuillère plate et de petite taille (Fig. 5) ;
- ne pas charger la cuillère de nourriture (juste la pointe de la cuillère) ;
- présenter la cuillère face au bébé et à l'horizontale (Fig. 6) ;
- veiller à une bonne vidange buccale ;
- enchaîner les cuillères de manière à garder la sensation d'alimentation continue ;
- si nécessaire, proposer une alternance entre la cuillère et la sucette : cette alternance proposée de manière temporaire peut aider le bébé dans son apprentissage et éviter qu'il ne repousse le bolus vers l'extérieur de la bouche ;
- évoluer progressivement vers une augmentation de la quantité de nourriture présentée sur la cuillère et un rythme moins soutenu des cuillères.

Figure 5 : Une cuillère n'est pas égale à une autre : adapter la taille de la cuillère à la bouche du bébé



Figure 6 : 4 mois : premiers repas à la cuillère

Il faut environ 5 semaines pour consolider le comportement moteur oral lié à la compétence d'alimentation assistée à la cuillère (van den Engel-Hoek et al., 2014). Le gobelet ouvert peut être introduit un à deux mois après l'introduction de la cuillère et en tous les cas à l'âge de 6 mois. À ce stade, on observe encore de nombreux mouvements parasites des membres supérieurs et inférieurs (Morris & Klein, 2000) nécessitant un positionnement adéquat du bébé au moment des repas.

La ligne médiane nez-menton contient de nombreuses terminaisons nerveuses rendant cette zone sensible aux entrées sensorielles. Lors des repas, il est important d'utiliser une cuillère adaptée à la bouche du bébé. Une cuillère trop grande ou trop chargée incite souvent à « gratter » la nourriture derrière la gencive supérieure, obligeant le bébé à produire un mouvement d'élévation de la partie antérieure de la langue. Or à cet âge, le bébé ne dispose pas de capacités linguales suffisantes pour récupérer la nourriture : la poussée linguale est encouragée et une partie du bolus est repoussée à l'extérieur de la bouche. La sensation est peu agréable pour le bébé. De plus cette stratégie perturbe l'installation d'un *pattern* de déglutition mature (langue derrière les lèvres) et incite le nourrisseur à racler le menton du bébé avec la cuillère stimulant ainsi des terminaisons nerveuses au niveau du menton plutôt qu'à l'intérieur de la bouche. Respecter le rythme du bébé, être attentif à ses signaux et attendre la vidange buccale sont des conseils valables pour une alimentation réussie.

3.3. Le malaxage ou pré-mastication (6 – 9 mois)

Sur le plan du développement du moteur, le bébé acquiert entre 6 et 9 mois la capacité de se retourner du dos sur le ventre ; en décubitus dorsal, il joue avec ses pieds. Il commence à se tenir en position assise. En ce qui concerne la motricité fine, le bébé commence à utiliser une préhension plus précise en pince inférieure : une préhension entre le pouce et l'auriculaire associée à un relâchement volontaire. En situation de repas, le bébé anticipe l'arrivée de la nourriture : il oriente et avance la tête et la bouche en direction du bolus et ouvre largement la bouche à l'arrivée de la cuillère. Il utilise la lèvre supérieure pour happer le contenu de la cuillère et ferme les lèvres autour de la cuillère. Il commence à boire à la paille. On observe l'émergence de mouvements latéraux de la langue (en lien avec le retournement corporel) permettant ainsi au bébé de déplacer le bolus vers la zone des molaires. Cette période est également celle de l'émergence dentaire : la gêne gingivale incite le jeune enfant à porter les objets à la bouche, sollicitant les compétences masticatoires ; il expérimente et repère les points d'appui et les forces en bouche. Les mains libérées par l'acquisition de la station assise permettent ainsi au bébé de porter un aliment en bouche (p. ex. biscuit de dentition, croûte de pain) (Fig. 7). Les aptitudes morpho-physiologiques acquises à ce stade correspondent à la période sensible pour l'acceptation des aliments solides en morceaux tendres (p. ex. petits morceaux de légumes bien cuits) afin d'éviter le risque de voir se développer une hypersensibilité secondaire. En effet, la consommation d'aliments solides texturés (p. ex. aliments grumeleux, morceaux tendres, textures croustillantes solubles avec la salive) agit en tant que processus de désensibilisation de l'intérieur des joues. Vers 9-10 mois, l'enfant assis dans sa chaise haute expérimente à table la pince pouce-index et porte à la bouche de petits morceaux d'aliments (environ 0,8 mm par 0,8 mm). C'est le début de l'auto-alimentation et de la participation avec plaisir aux repas en famille.

Figure 7 : Auto-alimentation : préhension du biscuit et positionnement en bouche



Certaines expériences négatives ou répétées peuvent conduire à une hypersensibilité « acquise » modifiant alors la relation de l'enfant à la nourriture.

L'hypersensibilité acquise : si les aliments texturés (p. ex. purées, compotes) sont introduits trop tardivement (notamment en cas d'allaitement maternel exclusif au-delà de l'âge de 6 mois) et en tous les cas au-delà de l'âge de 12 mois, le jeune enfant déglutit les aliments solides comme les liquides, c'est-à-dire en les traitant avec la partie médiane de la langue plutôt qu'avec les bords latéraux. Dans ce cas, il est fréquent d'observer un réflexe nauséeux occasionné par l'incapacité de positionner et de manipuler en bouche les aliments de manière appropriée. Sans adaptation, le bébé peut développer des mécanismes aversifs, une hypersensibilité, des réactions néophobes, de la sélectivité alimentaire et des troubles du comportement alimentaire, qui persistent souvent à long terme. Si les apprentissages ne se font pas durant la période optimale, quelle qu'en soit la raison, il faudra probablement des stratégies d'entraînement spécialisées, de la répétition, un apprentissage plus structuré et des adaptations environnementales pour acquérir des compétences efficaces (Sheppard, 2008).

3.4. La morsure (+/- 12 mois)

Sur le plan de la motricité globale, le bébé, aux environs de 12 mois, peut se déplacer en rampant ou à quatre pattes ; il prend la station debout par lui-même et commence à tenir dans cette position. En motricité fine, il utilise une préhension fine en pince supérieure (entre le pouce et l'index) avec une plus grande précision. L'éruption dentaire représente un changement anatomique et sensoriel important : l'enfant acquiert la capacité de serrer un objet ou un aliment entre les dents. Grâce à la sensibilité du desmodonte (tissu conjonctif entourant la racine des dents), les dents interviennent comme récepteurs sensoriels et elles permettent de mordre et de broyer les aliments plus texturés. La séquence préhension-morsure et la propulsion des aliments vers la zone des molaires stimulent la mandibule de manière antéro-postérieure. Ce nouveau mode d'alimentation représente un changement sensori-moteur considérable : en effet, si l'exposition aux aliments est appropriée, le jeune enfant acquiert la capacité de traiter des aliments de caractéristiques sensorielles variées : liquides, purées et compotes mixées lisses ou épaisses, aliments grumeleux (p. ex. semoule), aliments grumeleux homogènes (p. ex. riz au lait), petits morceaux tendres, aliments croustillants solubles avec la salive (p. ex. chips pour bébé).

3.5. La mastication (à partir de 13 mois)

Entre 13 et 15 mois, l'enfant renforce le contrôle des lèvres et de la langue. Selon l'avancement de la maturation dentaire, la morsure devient efficace et proportionnée à la dureté de l'aliment. La mandibule aide à fractionner et broyer les aliments, en parallèle à l'émergence de mouvements rotatoires/diagonaux de la langue. L'enfant

acquiert la capacité de boire les liquides à la tasse sans renverser. Au niveau de la motricité, la capacité de préhension et de manipulation de la cuillère augmente encore les capacités d'auto-alimentation (Fig. 8).

Figure 8 : 18 mois : auto-alimentation à la cuillère



Vers 18 mois, l'enfant peut broyer des aliments à texture filandreuse (p. ex. poireaux, poulet) et il peut mastiquer la bouche fermée, sans fuites antérieures de nourriture. L'étanchéité buccale est acquise. Entre 19 et 24 mois, l'enfant acquiert la compétence de boire au verre sans renverser (Fig. 9).

Figure 9 : L'enfant boit au verre sans renverser (20 mois)



Le *pattern* masticatoire rotatif définitif s'installe aux environs de 30 mois : la langue transfère les aliments de part et d'autre de la bouche par un mouvement de balancier (Tableau 3).

Tableau 3. Développement des mouvements de la langue de 0 à 24 mois

0-4 mois	Mouvements horizontaux antéro-postérieurs	Mouvements d'extension-protrusion jusqu'au milieu de la lèvre
À partir de 4 mois	Mouvement vertical (haut-bas)	Déplacement de la mandibule à la partie antérieure du palais dur
À partir de 6 mois	Mouvements latéraux	Déplacement de l'avant vers l'arrière de la bouche, dans la zone des molaires
À partir de 13-15 mois	Mouvements rotatoires-diagonaux	Capacité d'assistance au fractionnement des aliments
+/- 24 mois	<i>Pattern</i> masticatoire rotatif définitif	Transfert des aliments de gauche à droite dans la bouche par un mouvement de balancier

Vers 24 mois, l'agitation des membres a disparu, ce qui a un impact sur l'installation de l'enfant. Ainsi, dans les milieux d'accueil, les enfants s'assoient en petits groupes autour d'une table basse ; ils mangent et boivent de manière autonome, en utilisant différents ustensiles. Toutefois, des précautions restent indispensables : le risque de suffocation reste présent ; c'est pourquoi il convient de présenter aux jeunes enfants des aliments de texture et de taille adaptées (taille d'un petit pois, IDDSI 6¹) et de veiller à ce qu'ils mangent en position assise, sur une chaise adaptée à leur gabarit et avec les pieds posés à plat sur le sol ou sur un support. Les repas et collations doivent être pris sous la surveillance d'un adulte. À 2 ans et 6 mois, le jeune enfant, à l'aube de l'entrée à la maternelle, a la capacité de manger un panel d'aliments répondant à ses besoins nutritionnels. Il peut utiliser différents ustensiles pour manger

Figure 10 : Auto-alimentation et manipulation de différents ustensiles (24 mois)

1. L'IDDSI ou Classification internationale standardisée des textures est détaillée et contextualisée au chapitre 5.

(p. ex. doigts, cuillère, fourchette) et boire (p. ex. verre, paille, gourde). Il prend plaisir aux repas familiaux ou de son groupe social (p. ex. crèche) et aux interactions sociales avec les autres convives, enfants et adultes (Fig. 10). L'enfant poursuit encore le développement de ses compétences alimentaires jusqu'aux environs de 4/6 ans, l'âge de l'autonomie alimentaire.

3.6. En conclusion

« Manger » nécessite un apprentissage long et complexe. Tout au long de son développement, le jeune enfant a besoin d'être exposé à des aliments dont les caractéristiques sensorielles sont différentes (p. ex. goûts, températures, textures, couleurs) de manière à progresser dans son alimentation. Il a besoin d'être accompagné par un adulte de manière sécurisée pour apprendre à gérer et reconnaître les aliments et finalement à les apprécier.

Les professionnels impliqués dans l'évaluation et la prise en charge des nourrissons et jeunes enfants présentant des difficultés alimentaires doivent pouvoir distinguer les comportements relevant du développement typique des signes d'alerte d'un trouble. Pour cela, des repères clairs sont essentiels.

4. Repères développementaux et comportements oro-moteurs en situation d'alimentation

La maturation des compétences pour manger est relativement prévisible. Dans les prises en soins, les cliniciens ont avantage à suivre la séquence du développement alimentaire typique, la plupart des enfants suivant cette séquence (Tableau 4 et 5) (Arvedson et al., 2019 ; Bruns & Thompson, 2012 ; van den Engel Hoek et al., 2014 ; Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004 ; Morris & Klein, 2000 ; Sheppard, 2008).

Tableau 4. Repères développementaux

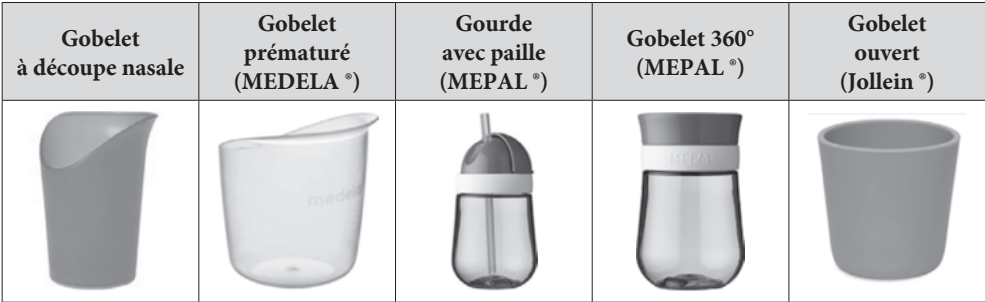
Position de l'enfant	
0-3 mois	Position inclinée à 45 degrés (p. ex. dans les bras de l'adulte).
3-4 mois	Soutenu en position semi-assise, incliné avec un angle de 45 à 90 degrés (p. ex. relax).
5-7 mois	Assis dans une chaise pour bébé avec dossier à 90 degrés et avec support (p. ex. coussin).
8-9 mois	Assis dans une chaise pour bébé avec dossier à 90 degrés, sans support, avec sangles.
24 mois	Assis sans support à la table familiale dans une chaise haute pour bébé sans sangles.
	Assis sans support à une petite table sans sangles (p. ex. crèche).

Ustensiles utilisés		
Boire	Naissance	Biberon
		Gobelet gradué pour bébés prématurés (MEDELA®)
	5 mois	Introduire le gobelet un à deux mois après la cuillère
		Gobelet à découpe nasale (avec aide de l'adulte, une gorgée à la fois)
		Gobelet ouvert (avec aide de l'adulte, une gorgée à la fois)
	8 mois	Paille une gorgée à la fois (gobelet ou gourde avec paille intégrée)
	11-12 mois	Gobelet ouvert (en auto-alimentation, une gorgée à la fois en posant le gobelet entre chaque gorgée, format et poids du gobelet adapté)
	12 mois	Paille (en auto-alimentation, enchaînement de plusieurs gorgées)
Manger	18-24 mois	Gobelet ouvert (en auto-alimentation, enchaînement de plusieurs gorgées sans renverser, format et poids du gobelet adapté)
	6 mois	Doigts (tenir et porter à la bouche un biscuit de dentition)
	4-8 mois	Début de l'alimentation assistée à la cuillère (alimentation complémentaire)
		+/- 5 semaines : acquisition de la compétence d'alimentation assistée à la cuillère
	9-10 mois	Doigts (petits morceaux, un morceau = une bouchée [+/- 0,8 mm x 0,8 mm] en lien avec la pince pouce-index)
	+/- 18 mois	Début de l'auto-alimentation à la cuillère
	2 ans	Capacité d'auto-alimentation d'un repas entier, adapté
	2 ½ - 3 ans	Piquer les aliments avec une fourchette et les porter à la bouche
	6 ans	Couper des aliments tendres avec un couteau

Étapes pour boire au gobelet		
Le gobelet « ouvert » peut être introduit vers l'âge de 6 mois, environ un à deux mois après la mise en place de l'alimentation assistée à la cuillère et des premiers aliments complémentaires.		
+/- 6 mois	1	Le bébé boit une petite gorgée unique de liquide donné par l'adulte. Il faut retirer le gobelet pour qu'il avale.
	2	Le bébé coordonne la respiration et la déglutition pour boire et avaler une gorgée donnée par l'adulte.
	3	Le bébé boit et avale la gorgée donnée par l'adulte en gardant la tasse en bouche.
	4	Le bébé boit par petites gorgées en avalant plusieurs gorgées successivement données par l'adulte.
18-24 mois	5	Le bébé boit par petites gorgées en avalant plusieurs gorgées successivement et en tenant le gobelet de manière autonome.

De nombreux gobelets et tasses d'apprentissage sont disponibles sur le marché de la puériculture (Fig. 11). Dans l'état actuel des connaissances, il n'existe pas d'évidence scientifique sur les effets du type de gobelet ou tasse sur l'alimentation, la déglutition et/ou même la parole du jeune enfant. Dans une optique sensori-motrice, il est important d'offrir l'opportunité de boire dans différents gobelets/tasses, à différents moments et selon le type de liquide proposé.

Figure 11 : Illustrations de différents types de gobelet d'apprentissage



Ainsi, l'enfant apprend à s'adapter à des contenants de forme, d'épaisseur, de texture et de préhension différentes et il utilise simultanément plusieurs schémas moteurs et oro-moteurs. Le gobelet/tasse peut être introduit un à deux mois après l'introduction de la cuillère. Toutefois, en pathologie, il est recommandé de sélectionner judicieusement, en collaboration avec les cliniciens, le contenant qui convient à l'enfant dont les besoins sont spécifiques (Sanchez, 2021).

Tableau 5. Comportements oro-moteurs : points de repère

Comportements oro-moteurs pour l'alimentation à la cuillère	
Comportement normal lors de l'alimentation à la cuillère	
1	Le nourrisson ouvre la bouche lorsque la cuillère arrive à la bouche.
2	Le nourrisson ferme les lèvres autour de la cuillère.
3	Le nourrisson utilise sa lèvre supérieure pour retirer les aliments de la cuillère (mouvement de happer).
4	La nourriture reste dans la bouche.
5	La langue reste derrière les lèvres pendant le transport des aliments.
6	La langue reste derrière les lèvres pendant la déglutition.
7	La nourriture reste derrière les lèvres pendant la déglutition.
Comportement anormal lors de l'alimentation à la cuillère	
1	Le nourrisson bave pendant la tétée.
2	Le nourrisson présente des réactions indésirables s'il voit la cuillère (p. ex. tourner la tête, hyperextension).
3	Le nourrisson mord la cuillère (retour probable à la morsure phasique).
4	Le nourrisson s'étouffe (avec une texture adaptée à son âge de développement).
5	Le nourrisson a des haut-le-cœur (avec un ustensile et une texture adaptés à son âge).
6	Le nourrisson présente des réactions non conventionnelles lorsqu'il mange à la cuillère.

Comportements d'auto-alimentation	
1	Le nourrisson pose les mains sur le biberon tenu par le nourrisseur.
2	Le bébé retire et remet le biberon dans sa bouche.
3	Le bébé tient un biscuit de dentition. Il retire et remet le biscuit dans sa bouche.
4	Le bébé mange avec les doigts des aliments en morceaux (un morceau = une bouchée [0,8 mm x 0,8 mm]).
5	Le bébé tient une cuillère en main tout en étant nourri par un nourrisseur.
6	Le bébé maintient la prise sur la cuillère pendant que la nourriture est dans sa bouche (avec des aliments familiers).
7	Le bébé boit une gorgée unique avec un gobelet fermé (p. ex. 360°).
8	Le bébé boit une gorgée unique avec un gobelet ouvert.
9	Le bébé boit plusieurs gorgées successives avec un gobelet fermé (p. ex. 360°).
10	Le bébé boit plusieurs gorgées successives avec un gobelet ouvert sans renverser.

Compétences masticatoires et mouvements linguaux	
6 mois	La langue fait des mouvements haut-bas dans un schéma de malaxage sans latéralisation lorsque des aliments solides sont placés dans la bouche.
> 6 mois	Émergence dentaire (gêne gingivale) : le bébé expérimente ses compétences masticatoires en positionnant des objets à différents endroits de la bouche.
7 mois	La langue commence à se latéraliser avec un mouvement d'enroulement ou un déplacement horizontal lorsque la nourriture est placée latéralement dans la zone des molaires.
9 mois	Émergence du transfert du bolus depuis la partie médiane de la langue d'un côté.
12 mois	Capacité de transférer le bolus depuis la partie médiane de la langue vers les deux côtés de la bouche.
18 mois	Étanchéité buccale : le bébé mastique la bouche fermée, sans fuites antérieures.
24 mois	Capacité de transférer le bolus d'un côté à l'autre de la bouche, sans pause au centre.
> 24 mois	Capacité de transférer rapidement et habilement le bolus du centre vers les côtés, des côtés vers le centre, d'un côté à l'autre de la bouche et de part et d'autre de la ligne médiane.
	Utilisation de mouvements précis d'élévation de la pointe de la langue (p. ex. pour déplacer un aliment).
30 mois	Installation du <i>pattern</i> masticatoire rotatif définitif.

Après avoir exploré les différents points de repère qui jalonnent la trajectoire de l'alimentation, il apparaît que le rapport à la nourriture est façonné dès les premières expériences alimentaires. Pourtant, la découverte de nouveaux aliments n'est pas toujours aisée, comme en témoigne la période de néophobie alimentaire.

5. Zoom sur la néophobie alimentaire et les processus impliqués dans l'apprentissage des aliments

Pascale Grevesse, Anna Lalot,
Dr Sophie Sidler

La néophobie alimentaire désigne la tendance à rejeter ou à être réticent à essayer des aliments nouveaux et inconnus essentiellement sur base d'indices visuels et olfactifs (Bialek-Dratwa et al., 2022 ; Nicklaus, 2018). Elle constitue une étape normale dans le développement de l'enfant : on situe le début de la réponse néophobe aux environs de 18-24 mois. Historiquement, la néophobie joue un rôle de protection de l'individu l'empêchant d'ingérer des substances potentiellement dangereuses. Elle reflète aussi une attitude conservatrice de l'individu attiré préférentiellement par des aliments connus. La néophobie, si elle persiste, affecte les choix alimentaires de l'enfant, façonne ses préférences en termes de goût et influence la qualité du régime alimentaire. Il semble que la néophobie alimentaire soit étroitement liée à la diversité du régime alimentaire et à l'exposition antérieure à des aliments ; c'est pourquoi il appartient au nourrisseur de présenter à l'enfant de la nourriture saine et d'encourager la consommation d'aliments variés. Selon Bialek et al. (2022), la néophobie alimentaire atteint un pic vers l'âge de 2 ans et 6 mois. Birch et al. (1987) estiment que 69 % des enfants de 2 ans refusent un nouvel aliment, 29 % à 3 ans et 1 % à 5 ans.

5.1. Quand la sélectivité alimentaire s'installe

Différentes définitions coexistent pour décrire une sélectivité alimentaire (Bandini et al., 2010 ; Bialek et al., 2022) :

- le nombre d'aliments consommés : on parle de **sélectivité alimentaire** lorsqu'un enfant consomme moins de 30 aliments différents, de **sélectivité alimentaire sévère** lorsqu'il consomme moins de 20 aliments différents et de **sélectivité alimentaire extrême** lorsqu'il consomme moins de 10 aliments différents ;
- l'exclusion d'une ou de plusieurs catégories de la pyramide alimentaire (p. ex. ne manger aucun légume) ;
- le manque de diversité au sein d'une même catégorie de la pyramide alimentaire (p. ex. dans la catégorie des fruits, manger uniquement des bananes) ;
- l'ingestion fréquente (plus de quatre fois par jour) d'un seul aliment solide (p. ex. manger des pâtes blanches à chaque repas).

Le seuil de 30 aliments est considéré comme facteur de risque de trouble de l'alimentation, en particulier s'il persiste malgré les tentatives régulières d'introduction

de nouveaux aliments. Ce seuil n'est pas absolu ; il doit être combiné avec d'autres observations (p. ex. pathologies organiques, réactions émotionnelles, impact nutritionnel, difficultés sociales). La sélectivité alimentaire (consommation de moins de 30 aliments différents) et les refus d'aliments nouveaux peuvent être considérés comme une phase normale du développement chez l'enfant entre 2 et 3 ans. À cet âge, l'enfant découvre encore les aliments et leurs caractéristiques. Il convient toutefois d'être attentif à ce que cette phase soit transitoire. À partir de 3 ans, si les comportements de refus ont tendance à s'aggraver et s'ils empêchent une consommation suffisante d'aliments, une évaluation devrait être envisagée. À partir de l'âge de 4 ans, la néophobie alimentaire n'est plus considérée comme un simple stade développemental normal. La consommation de moins de 30 aliments différents peut être considérée comme un signe préoccupant lorsque cette sélectivité est associée à un rejet systématique des aliments nouveaux, à une forte anxiété en situation d'alimentation et/ou à un impact nutritionnel (p. ex. ralentissement de la croissance, carences). Ces enfants devraient être référés vers une évaluation clinique multidisciplinaire approfondie (Bialek et al., 2022 ; Kerzner et al., 2022).

5.2. Sortir de la néophobie alimentaire : le principe d'exposition répétée

Le nourrisson aurait une attirance pour le goût sucré et un rejet de l'amertume. Tous les autres goûts et dégoûts seraient un apprentissage, en fonction des caractéristiques sensorielles des aliments, des signaux digestifs, de l'environnement, de la culture. Selon Nicklaus (2018), le plaisir sensoriel associé aux aliments est appris durant les premières années de la vie grâce aux expériences alimentaires précoces. Autrement dit, le nourrisson développe les capacités orales nécessaires pour traiter des aliments avec des caractéristiques sensorielles variées à condition d'avoir pu les expérimenter de manière répétée. Les expositions répétées sont effectivement indispensables pour apprendre à aimer un nouvel aliment, sachant que la période critique pour établir les préférences et habitudes alimentaires se situe entre 0 et 3 ans. À titre d'exemple, on observe une augmentation de l'acceptation d'un nouveau légume après 10 expositions (Sullivan & Birch, 1994).

L'appréciation d'un aliment est un apprentissage : c'est ce que l'on appelle le principe d'exposition répétée, un mécanisme robuste.

5.3. Processus impliqué dans l'apprentissage des aliments

Plusieurs principes sont impliqués dans l'apprentissage des aliments (Mura Paroche et al., 2017 ; Nicklaus, 2018) : la familiarisation, la catégorisation, l'imitation et l'association saveur-nutriments.

Le livre de référence pour aider les professionnels de santé à analyser, dépister et traiter le trouble alimentaire pédiatrique, dans une perspective interdisciplinaire.

S'appuyant sur les contributions d'un panel d'experts (pédiatre, logopède/orthophoniste, diététicien, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychologue, pédopsychiatre, infirmière, orthodontiste), cet ouvrage synthétise les données récentes sur le trouble alimentaire pédiatrique (TAP) et fournit une méthodologie rigoureuse pour la pratique clinique.

Vous y trouverez :

- un panorama des **jalons sensorimoteurs et cognitifs de l'alimentation** de 0 à 6 ans ;
- un **modèle multifactoriel** du TAP ;
- des **procédures d'évaluation interprofessionnelles**, incluant les outils de l'IDDSI ;
- des **protocoles d'intervention ciblés** : réhabilitation de la mastication, thérapies sensorimotrice et comportementale, programmes de guidance parentale et prises en charge institutionnelles intensives ;
- des **fiches cliniques téléchargeables** facilitant l'application en cabinet ou en consultation hospitalière.

Un guide indispensable pour mettre en œuvre une prise en soins fondée sur les preuves.

Les directrices de l'ouvrage

Pascale GREVESSE travaille en exercice libéral : elle assure le suivi d'enfants avec trouble alimentaire et accompagne leurs parents. Elle s'investit dans la formation initiale et continue des logopèdes et des orthophonistes.

Le docteur **Dominique HERMANS** est pédiatre, spécialisée en nutrition artificielle aux Cliniques Universitaires St-Luc à Bruxelles (CUSL). Depuis plus de 25 ans, elle accompagne des enfants malades dépendants de la nutrition artificielle.

Les auteurs

Francesca Ballatore, Santa Bernere, Caroline Bouilhol, Annick Bruwier, Dominique Charlier, Nadine Cormann, Clémence Corriat, Alexandra De Bontridder, Agnès de Montpellier, Sabrina Delhalle, Senoy Elakel, Eva Ficarrotta, Audrey Foucart, Laurence Franck, Alexander Gerdorn, Marion Girod-Roux, Pascale Grevesse, Astrid Haenecour, Dr Dominique Hermans, Christine Horion, Delphine Jacobs, Anna Lalot, Audrey Lecoufle, Sébastien Liesens, Stéphanie Monfort, Dominique Morsomme, Virginie Ruglio, Isabelle Scheers, Sophie Sidler, Sophie Symann, Jolijn Vanderauwera et Vassiliki Zafiropoulos.

36,90 €
ISBN 978-2-8073-6865-1



9 782807 368651

De Boeck Supérieur s'engage
durablement pour l'environnement



www.deboecksuperieur.com

Publics

- Logopèdes/orthophonistes
- Pédiatres
- Diététiciens
- Kinésithérapeutes
- Psychologues
- Ergothérapeutes