

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue par

Amélie Bion
le 8 Avril 2015

**Troubles du comportement alimentaire restrictifs
du nourrisson et du jeune enfant :
Évaluation quantitative des interactions parents-nourrisson.**

Caractéristiques parentales, capacités d'auto-régulation de l'excitation du
nourrisson et conflit durant l'alimentation

Directeur de Thèse : M Thomas Cascalès

JURY

M le Professeur Jean-Philippe Raynaud, Président
M le Professeur Jean-Pierre Olives, Assesseur
M le Professeur Laurent Schmitt, Assesseur
Mme le Docteur Laure Mesquida, Assesseur
Mme le Docteur Sophie Çabal-Berthoumieux, Suppléant
M Thomas Cascalès, Membre invité



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIE
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CALVAS P.	Génétique
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GAME X.	Urologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT J-M	Neurologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MALAUAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme MOYAL E.	Cancérologie	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RECHER Ch.	Hématologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
		P.U.	
		M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr. MESTHÉ P.

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. BUSCAIL L.	Hépat-Gastro-Entérologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. COURBON	Biophysique
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
M. GOURDY P.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention	M. HUYGHE E.	Urologie
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. KAMAR N.	Néphrologie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. LARRUE V.	Neurologie	M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
M. LEVADE T.	Biochimie	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. PLANTE P.	Urologie	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. RITZ P.	Nutrition	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROSTAING L. (C.E).	Néphrologie	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.
Professeur Associé en O.R.L.
WOISARD V.

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. BIETH E.	Génétique	M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CONGY N.	Immunologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. GANTET P.	Biophysique	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. HAMD I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme GUYONNET S.	Nutrition
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. PILLARD F.	Physiologie	Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
			M.C.U.
		M. BISMUTH S.	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Remerciements

Je tenais tout d'abord à remercier les personnalités qui ont siégé à ce jury de thèse.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci également pour l'intérêt que vous avez porté à nos travaux et le soutien très concret que vous avez apporté à ce projet. Vous avez largement contribué à la valorisation de ce travail. Merci également pour la richesse de vos enseignements.

Monsieur le Professeur Jean-Pierre Olives

Je vous remercie d'avoir accepté la tâche de rapporteur. Je tiens à souligner que vous avez énormément contribué à la richesse de la discussion clinique et scientifique lors de nos différentes réunions de recherche. Cela m'a aidé tant à organiser nos données que mes idées.

Monsieur le Professeur Laurent Schmitt

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté cette charge de rapporteur et de porter un regard sur ce travail qui enrichira énormément, sans nul doute, notre réflexion. Je vous remercie pour votre sens clinique, votre humanité et votre bienveillance auprès des internes. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Thomas Cascalès

Je t'adresse un remerciement spécial. Merci d'avoir encadré et dirigé cette thèse et pour le temps que tu as consacré à me guider dans ce travail de réflexion. Merci de m'avoir fait confiance, de m'avoir permis de trouver ma place en tant qu'interne de psychiatrie réalisant une recherche dans un service de pédiatrie, ce qui n'était *a priori* pas une évidence. Je te souhaite le meilleur, tant d'un point de vue professionnel que personnel.

Madame le Docteur Laure Mesquida

Je te remercie tout d'abord de me faire l'honneur de siéger à ce jury de thèse et de représenter aussi bien la gent féminine, élément qui me tenait très à coeur. Merci d'avoir répondu avec autant de gentillesse et de disponibilité à mes nombreuses interrogations pendant mon semestre à la Villa Ancely. Merci aussi pour la richesse des précieuses discussions que nous avons partagées, parfois théoriques, parfois moins. Je n'oublierai pas ce que tu m'as martelé, inlassablement ; je commencerai...à Paris. Sois assurée de ma reconnaissance et de mon amitié.

Madame le Docteur Sophie Cabal-Berthoumieux

Je te remercie de me faire l'honneur d'avoir accepté de siéger à ce jury de thèse et de discuter avec moi de ce travail. Ma demande avait pourtant été faite dans un endroit totalement inapproprié ! Nous n'avons pas eu l'occasion de travailler ensemble, peut-être l'aurons nous dans l'avenir.

J'entame maintenant l'une des parties les plus agréables lors de la rédaction d'une thèse, mais pourtant la partie la plus délicate et personnelle. Que les personnes m'ayant côtoyé et dont le nom n'apparaît pas ci-après veuillent bien m'en excuser. Ce n'est pas volontaire. L'exercice est plus difficile qu'il n'y paraît. N'y voyez aucune impolitesse ou ingratitude de ma part, mais une certaine émotion et un manque de temps qui font que mes idées ne sont parfois pas aussi claires que je le souhaiterais. Je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à la concrétisation de ce travail par leurs encouragements, leur soutien ainsi que leurs précieux conseils.

Je tiens particulièrement à souligner que, si la thèse reste une démarche personnelle et souvent très solitaire, elle n'en est pas moins, quelque part, une authentique « co-construction » insérée dans un contexte de collaboration d'équipe. Ainsi, je pense particulièrement au Docteur Sophie Dubedout. Merci pour ta collaboration et pour la finesse de ta contribution à ce sujet d'étude que nous avons partagé pendant plus d'une année. Merci pour ton optimisme à toute épreuve, tes qualités de clinicienne et ta très bonne connaissance des patients de notre étude.

Je remercie également Nicolas Bodeau pour son travail d'analyse statistique et sa relecture. Je ne saurais être plus élogieuse que les différents Professeurs qui ont eu recours à tes brillantes analyses. Ta rigueur, tes conseils méthodologiques avisés, ton expérience en recherche ont été très aidants pour moi et m'ont permis de structurer davantage mon travail.

À tous les « séniors » que j'ai rencontrés sur mes différents terrains de stages. Mesdames et Messieurs les Docteurs Anne-Hélène Moncany, Anne Garnier, Julie Rieu, Étienne Véry, Valérie Chounet, Cécile Garrido, Geneviève Marchand-Hérissou, Rémy Klein, Benjamin Bousquet, ainsi que Nadège Bourvis. Merci de m'avoir transmis votre vision de la psychiatrie, toujours avec bienveillance. Merci à Monique Cheynier et Marion Barbail, pour leurs qualités humaines indéniables et leur gentillesse. Merci au Docteur Granier pour l'enrichissement clinique que mon passage dans son unité m'a apporté. Merci au Docteur Pierre-Henri Rives de m'avoir fait confiance et de m'avoir confié ses patients à la Clinique Beaupuy durant plusieurs mois. Je remercie également Franck Hazane. Merci pour tes précieux conseils et ton soutien

pour les décisions que j'ai eues à prendre ces derniers mois ainsi que ton engagement auprès des internes en formation. Je pense notamment à ces « entretiens supervisés » qui, je dois l'avouer, m'ont terriblement inquiétés mais beaucoup appris.

À mes co-internes. Julie C, Marc H, Antoine Y, Amalia B, Julie L, Etienne B, Florence L, Stéphanie O, j'ai eu plaisir à travailler avec vous. Merci au reste de ma promotion : Juliette, Raphaël, Diane C et Diane B, Émilie, Marie S, Leslie, Élodie, Louisa et Anaëlle.

Merci aux internes plus jeunes, toujours prêts à organiser ou rassembler les troupes autour de projets originaux.

Merci également aux anciens internes : en particulier à Axel pour sa motivation, son humour et sa rigueur à la fois et pour la proposition que tu m'as faite d'être « sujet sain » dans le protocole de recherche de ton travail de thèse. (Il s'avère que tu n'aurais pas dû le faire ! Cette absence de signal de mon cerveau en IRM-fonctionnelle me questionne toujours.) Merci à Marie C bien sûr ; nous ne nous sommes pas vues récemment, ton style et tes longues discussions au soleil du sous-sol de Casselardit me manquent !

Merci aux équipes des services dans lesquels je suis passée en tant qu'interne notamment les urgences psychiatriques, l'UF4, le secteur 8, l'UF2, La Villa Ancely et l'Unité Seguin ; en particulier Aude, Frédéric, Julie et Amandine.

Je souhaitais ensuite remercier mes amis. Merci à Gilles pour toutes ces années d'amitié, pour les discussions sans fin qui ont si bien su nous rapprocher, merci pour nos nombreux fous rires. Merci pour ton dévouement sans faille quand il s'agit d'aider les autres, merci pour ta relecture obsessionnelle de ma thèse, merci pour les fleurs et merci pour tout. Merci à Emilien pour ce montage-vidéo et ces belles expo que nous avons faites et continuerons à faire ensemble à Paris. Merci à Johann, à Paul et Mélanie, à Vincent (malgré tout !), à Aude, à Jeanne et François, à Aurélien, à Étienne L et Ophélie, à Marion, à Raphaël L pour son enseignement et pour toutes ces heures de bonheur créatif passées aux Beaux-Arts. Merci aussi à Hugo, Stéphanie, Anna, Lise et Nico, Catherine, Victoria, Marie T, Hélène, Emmanuelle ; je vous retrouverai à Paris avec plaisir. Merci à Coralyne, Clio, Marie et JB pour les bons moments partagés. Merci à Jean évidemment de m'avoir rejointe dans ma course ces derniers mois. Merci pour ton soutien, pour les belles images et les belles histoires dont tu m'as nourries. Encore merci à tous et pour tout.

Merci enfin à ma famille. À mon père, de m'avoir transmis cet intérêt pour la médecine et en particulier la médecine des enfants. À ma mère d'avoir toujours été là pour moi et pour son ouverture d'esprit. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée et le fait de m'avoir laissée toujours libre de mes choix. Merci à mes sœurs, Oriane et Gabrielle.

Table des matières

INTRODUCTION GÉNÉRALE	p.13
Première partie: Approche théorique et problématique générale	p.15
INTRODUCTION.....	p.16
I - LES COMPÉTENCES PRÉCOCES DU NOURRISSON ET L'ÉMERGENCE DE LA VIE PSYCHIQUE	p.17
1. Les compétences sensitivosensorielles.....	p.17
- Les capacités visuelles, auditives et olfactives.....	p.18
- Les capacités tactiles gustatives	p.18
2. Les compétences interactives	p.19
2.1. Les interactions comportementales	p.19
2.2. Les interactions affectives	p.20
- Le concept d'accordage affectif	p.20
- La notion d'attachement	p.21
- la rythmicité des expériences.....	p.22
2.3. Les interactions protosymboliques.....	p.22
3. La régulation des états de vigilance - le système pare-excitation	p.23
4. Émergence de l'intersubjectivité	p.23
5. Les troubles des interactions	p.24
II - L'ALIMENTATION PRÉCOCE	p.26
1. L'alimentation précoce, une habilité psychomotrice.....	p.26
2. La régulation de l'alimentation précoce	p.26
3. Le contexte interactionnel de l'alimentation- la « relation d'alimentation »	p.27
III- LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE RESTRICTIFS PRÉCOCES, TROUBLES DU DEVELOPPEMENT DE L'ALIMENTATION	p.30
INTRODUCTION.....	p.30
1. Epidémiologie	p.32
2. La question de la Classification des TCA des nourrissons et du jeune enfant.....	p.33
2.1. Nosologie et controverses.....	p.33
2.2. L'évolution des classifications	p.34
2.3. La Classification de Chatoor	p.37
3. Les interactions alimentaires dans le contexte des TCA du nourrisson.....	p.45
4. Le modèle de Chatoor :	p.48
<i>a. le tempérament du nourrisson</i>	p.48
<i>b. les vulnérabilités parentales</i>	p.49
<i>c. le conflit alimentaire</i>	p.50
5. La prise en charge actuelle des troubles du comportement alimentaire restrictifs du nourrisson et du jeune enfants	p.51

5.1. Généralités	p.51
5.2. Les Thérapies brèves mère/bébé (selon Cramer et Knauer).....	p.52
- la thérapie brève et conjointe psychodynamique	p.53
- la guidance interactive.....	p.53
5.3. Prise en charge psycho-éducative basée sur le conseil et l'aide à la parentalité sur le modèle de l'école de Washington.....	p.53
5.4. Le cas particulier de la consultation conjointe à Toulouse	p.58
Deuxième partie : La recherche et sa méthodologie	p.61
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE	p.62
II. ETUDES ANTÉRIEURES.....	p.63
1. Le rôle du tempérament du nourrisson dans les TCA précoces	p.63
2. Le rôle de la psychopathologie parentale, en particulier maternelle, dans les TCA précoces	p.65
3. Impact de la qualité des interactions mère-enfants lors des soins liés à l'alimentation	p.68
III. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	p.70
1 . Les objectifs et les hypothèses de notre étude.....	p.70
- objectif principal	p.71
- objectifs secondaires	p.71
- nos hypothèses (principales, intermédiaires et secondaires).....	p.71
2 . Matériel et méthode.....	p.72
2.1. Population-participants et inclusion.	P.72
2.2. Le dispositif de recherche	p.74
a) protocole de recherche.....	p.74
b) une situation standardisée - méthode d'observation vidéoscopée des interactions parents-nourrisson pendant le repas.....	p.74
3. Instruments d'évaluation et mesures :	p.75
<i>Poids et indice de Waterlow</i>	p.75
<i>Tempérament et capacités d'autorégulation de l'excitation du nourrisson</i>	p.76
<i>Etat émotionnel du donneur de soin pendant le repas</i>	p.76
<i>Caractéristiques développementales des nourrissons</i>	p.78
<i>Conflit pendant l'alimentation</i>	p.79
<i>Attitude alimentaire parentale</i>	p.82
4. Information des parents et consentement	p.82
5. Stratégie d'analyse des données	p.83
IV. RESULTATS	p.84
1. Statistiques descriptives	p.84
2. Données instrumentales.....	p.85
V. DISCUSSION	p.93
<i>Limites méthodologiques et biais</i>	p.97

Implications cliniques et thérapeutiques des résultats de notre étude.....p.99

VI. CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....p.100

Bibliographie

Annexes

Abstract

INTRODUCTION

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) constituent pour moi un champ d'intérêt ancien et actuel. Cet intérêt n'a fait que croître depuis la décennie qui me sépare du début de mes études de médecine. À l'aube de mon passage à une vie professionnelle, il m'a semblé pertinent de m'engager dans un travail de questionnement, de réflexion et de recherche dans ce domaine des troubles alimentaires. Bien qu'en me destinant à la psychiatrie des enfants et des adolescents, je n'avais jamais imaginé traiter de cette problématique dans une population aussi jeune que celle des nourrissons et jeunes enfants. À l'origine de ce travail de thèse, se trouve une proposition du Professeur Jean-Philippe Raynaud d'exploiter une partie du très riche matériel clinique collecté par Thomas Cascalès, psychologue, depuis le début de son projet à l'Hôpital des Enfants du CHU de Toulouse. Notre objectif était alors de valider scientifiquement et de façon quantitative, les hypothèses qui se sont dégagées de ses premiers travaux cliniques et psychodynamiques.

Comme le révèle l'ampleur du travail thèse de Doctorat de Psychologie de Thomas Cascalès, il s'agit bien évidemment d'un très vaste champ de recherche. Mon souci initial a donc été de circonscrire notre travail à un champ plus étroit, afin qu'il puisse être mené à terme dans le cadre d'un travail de thèse pour le diplôme de docteur en médecine. De fait la présentation de ce travail devant un jury de thèse en vue de sa soutenance s'offre seulement comme un moment ponctuel dans la trajectoire du programme de recherche auquel il a concouru et qui, je l'espère, pourra être poursuivi.

Ensuite, concernant la restitution et la présentation de ce travail, j'ai souhaité replacer la problématique des troubles alimentaires précoces dans un cadre plus large : celui du développement précoce. La première partie du manuscrit, théorique et descriptive, resitue les TCA dans la trajectoire développementale du nourrisson. J'aborderai la notion de l'émergence de la vie psychique et celle des compétences précoces du nourrisson -notamment de ses compétences interactionnelles- avant d'aborder la question de l'alimentation précoce et enfin, celle de la pathologie : la psychopathologie des troubles du comportement alimentaire restrictifs du nourrisson et du jeune enfant.

La seconde partie de cette thèse concerne l'étude que nous avons réalisée à l'Hôpital des Enfants de Toulouse. Elle repose sur un dispositif de soins spécialisé et innovant, en place depuis 2010 dont le socle est une consultation conjointe pédiatre-psychologue. Devant le

nombre exponentiel de patients reçus sur cette consultation, et sous l'impulsion et la direction du Professeur Jean-Pierre Olives, il a été créé une unité de prise en charge spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire précoces. Ce dispositif repose sur des consultations et des hospitalisations.

Nous avons alors souhaité étudier de plus près un groupe particulier d'enfants reçus sur dans cette unité. Il s'agissait d'enfants présentant un trouble du comportement alimentaire restrictif, pris en charge sur la consultation conjointe et ayant bénéficié d'un protocole singulier constitué par l'enregistrement filmé d'un repas des enfants et les réponses à un panel de questionnaires spécifiques renseignés par leurs parents.

Le choix spécifique de ce groupe, présentant diverses difficultés alimentaires considérées comme les plus sévères et susceptibles de se chroniciser, a été fait dans le souci de porter un regard clinique sur nos pratiques.

Le deuxième axe de l'étude prévoyait le repérage d'éventuels signes prédictifs de troubles du comportement alimentaire restrictifs chez les nourrissons et les jeunes enfants. Ce travail fera l'objet d'un mémoire en vue de l'obtention du DIU de Gastro-pédiatrie et nutrition, par le Docteur Sophie Dubedout, pédiatre dans le service du Professeur Jean-Pierre Olives.

De la recherche consacrée aux troubles du comportement alimentaire, on retient sa prolifération marquée au cours des dernières décennies. Plusieurs dimensions de ces syndromes ont été largement explorées grâce à la réalisation de nombreuses études empiriques, cliniques et théoriques, permettant ainsi l'acquisition de connaissances de tout ordre – épidémiologique, étiologique, diagnostique, pronostique et thérapeutique. Malgré la diversité et le nombre considérable de travaux consacrés à l'étude de ces psychopathologies, seuls quelques-uns d'entre eux s'attachent à la question des interactions entre parents et nourrissons dans un contexte de troubles alimentaires, actuels ou passés. Nous proposons donc d'en faire notre principal objet de recherche.

Cette étude représente une première tentative par une équipe Toulousaine d'exploration des associations entre les caractéristiques parentales et les perceptions du tempérament de l'enfant en bas âge dans la clinique des troubles du comportement alimentaire du nourrisson et du jeune enfant et dans une population non-clinique.

PREMIÈRE PARTIE

APPROCHE THÉORIQUE ET PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE

INTRODUCTION :

Avant toute chose, il semblait nécessaire de faire un point sur les connaissances actuelles et les hypothèses concernant l'émergence de la vie psychique du bébé. Nous rappellerons certaines conceptions classiques et détaillerons les principaux acquis de la psychiatrie périnatale (compétences précoces du bébé, *accordage affectif*, *attachement* etc) avant d'aborder notre objet de recherche : l'alimentation précoce et en particulier les troubles de l'alimentation précoce.

L'étude du bébé accorde au corps et à ses fonctions une place centrale, dans la mesure où ils représentent, dans la première enfance, un lieu d'expression privilégié de la souffrance psychique et/ou d'un dysfonctionnement relationnel entre le nourrisson et son entourage. Le corps du bébé doit ainsi être considéré comme équivalent de la scène psychique (Bydlowski et Graindorge, 2007). L'émergence de la vie psychique s'ancre dans le corps. Selon Golse, ce serait « la voie royale d'accès aux processus de subjectivation, de symbolisation, de sémantisation et de sémiotisation dans l'espèce humaine », l'ensemble des interactions précoces vécues par l'enfant dans son corps et dans son comportement donnant lieu à une activité de mentalisation et de figuration essentielle dans l'ontogénèse de son appareil psychique (Benony et Golse, 2003).

Le nourrisson en relation :

La psychologie du développement nous a appris que les enfants sont des créatures sociales, cherchant activement les interactions et les contacts, à la fois physiquement et psychologiquement, avec leur environnement (Fogel, 1993). Cette « pulsion » de recherche de l'interaction se fait quelle que soit la qualité de celle-ci. Pour Marcelli, le nourrisson est dans un état « *d'attente insensée* », c'est-à-dire qu'il attend sans savoir ce qu'il attend de la relation à l'autre. La chose attendue n'a pas de sens pour le nourrisson. C'est une posture d'attente qui n'est pas encore définie (Catheline et Marcelli, 2011). Cette « *attente insensée* », dont le regard serait l'organe, ne serait pas de nature corporelle, mais psychique. Pour Marcelli, le regard est «psychique» et la vision « somatique ».

Les chemins vers l'individuation du bébé requièrent ces contacts humains. Pour grandir et se développer, il doit être porté, caressé, entouré, enveloppé et avoir la possibilité d'échanges émotionnels avec son entourage. Le plaisir physiologique évolue vers un plaisir affectif. Lors des premières interactions, les soins et les affects sont intimement liés et ils s'engendrent les uns les autres (Konicheckis, 2003).

Le nourrisson est doté dès sa naissance d'un tempérament et de compétences spécifiques. Le développement de sa personnalité est étroitement dépendant de son immaturité. Il se fait à partir de « son unité première avec les soins maternels ». Mais la mère et le bébé, dyade asymétrique, vont quitter leur état de fusion première au travers d'une transaction continue, d'une spirale interactive, source de plaisir-déplaisir réciproque. L'observation du nourrisson permet ainsi d'accéder à la pensée elle-même, pensée en œuvre et éprouvée, dans le comportement : penser, agir, ressentir s'avérant rigoureusement indissociables chez le bébé. Les messages corporels et les comportements plus généraux d'un bébé constituent, dans cette perspective, une forme de « récit de son histoire interactive précoce » (Golse, 2006 ; Bydlowski et Graindorge, 2007).

I. COMPÉTENCES PRÉCOCES DU NOURRISSON ET ÉMERGENCE DE LA VIE PSYCHIQUE

Le nourrisson est doué d'emblée de compétences précoces, notamment interactives. Cependant l'ensemble des compétences du nouveau-né n'apparaît pas spontanément ; l'expression de ces compétences précoces n'est pas automatique et dépend de nombreuses variables, telles que les conditions de présentation du stimulus et de l'état de vigilance du nourrisson. La capacité de régulation fine de ses états de vigilance doit être tout particulièrement considérée comme une compétence fondamentale, dans la mesure où elle constitue la toile de fond sur laquelle s'actualise l'ensemble des autres compétences dont le bébé dispose, avec un rôle primordial dans le déroulement de l'alimentation (Golse, 2006).

1. Les compétences sensitivosensorielles

Concernant les compétences sensitivosensorielles du bébé, la plupart prennent leur origine dans le cours du développement de la vie prénatale. (Bydlowski, Graindorge, 2005 ; Cascalès, 2014)

- Les capacités visuelles :

La vision est prédominante dans les études du développement sensoriel du nouveau-né et du nourrisson. Apter-Danon (2009) rappelle que le nourrisson préfère le visage humain à tout autre objet. Son acuité visuelle au départ est maximale pour la distance qui sépare son visage de celui de sa mère lors du nourrissage. De plus le bébé détient, très tôt, une perception visuelle cohérente. Il s'intéresse à des visages animés, si ceux-ci sont construits de manière cohérente ; il les choisit préférentiellement plutôt que des figures déconstruites ou déstructurées (cubistes) (Fantz, 1963 ; Bushnell, 1998). Il préférera le visage de sa mère à tout autre dès le deuxième

jour de vie (Bushnell, 1988). Le nouveau-né développera alors essentiellement des interactions en lien avec le visage de sa mère. À partir du regard en face-à-face, favorisé par la situation de nourrissage où le visage de sa mère est naturellement juste à la bonne distance, il instaure progressivement une relation d'intimité avec elle. Au bout de quelques semaines, la partie du visage vers laquelle il est le plus attiré est, en miroir de lui-même, le regard de son interlocutrice. « Dans le même moment où il se voit dans les yeux de sa mère qui le regarde, il la perçoit le contempler » (Winnicott, 1971). Les recherches en psychologie du développement, au sujet des interactions, permettent de mieux appréhender la question du regard et de ses échanges entre mère et bébé. Le regard des parents, en particulier celui de la mère, façonnant un échafaudage émotionnel à la construction psychique du nourrisson. Marcelli nous dit que le regard du nourrisson « pousse en direction de l'objet » à la recherche d'un sens partagé et « prend en otage » celui qui regarde et déclare que « le bébé regarde avant de voir » (Catheline et Marcelli, 2011).

- Les capacités auditives :

Très tôt, le nourrisson suspend son activité et oriente sa tête vers la source sonore avec attention en réponse à la voix humaine. Dès les premiers jours, il montre une préférence pour la voix de sa mère. À trois mois, il imite le rythme de son partenaire en coordonnant des vocalises ou des mouvements de mains aux déplacements des yeux ou de bouches observés (Trevarthen et Aitken, 2003). Une des conséquences de ces imitations est l'association des sons à un complexe de sensations. Les bruits sont donc la première musique signifiante pour le nourrisson.

- Les capacités olfactives :

La place de l'odorat dans les premiers jours de vie permet au nourrisson de rentrer en contact avec l'objet dont il dépend. Dès la première semaine, le nourrisson reconnaît les odeurs maternelles, notamment celle du sein maternel.

- Les capacités tactiles et gustatives :

À partir de la septième semaine de vie prénatale, le toucher devient un canal sensitif majeur, « faisant des perceptions cutanées une des composantes majeures de l'expérience précoce » (Alvarez, 2012 ; Cascalès, 2014). La recherche souligne le lien entre les conduites maternelles de toucher et les troubles alimentaires chez le nourrisson (Feldman et al., 2004). En particulier, les mères de nourrissons avec un trouble du comportement alimentaire sont moins entreprenantes dans le contact peau-à-peau avec leurs nourrissons.

Les capacités gustatives, moins étudiées, sont probablement en partie opérationnelles dès la vie intra-utérine.

Nous verrons dans un chapitre dédié ce qu'il en est des compétences précoces en lien direct avec l'alimentation.

2. Les compétences interactives

« *Un nourrisson tout seul, ça n'existe pas* »
Winnicott.

L'intérêt dévolu aux interrelations parents-enfants remonte déjà aux débuts de la psychanalyse des enfants, avec les écrits de M. Klein, A. Freud, D. Winnicott, R. Spitz, J. Bowlby, M. Mahler, S. Freiberg, D. Meltzer, S. Lebovici, R. Diatkine, et bien d'autres, qui ont été les pionniers de la science des théories interactives et de la confirmation de l'influence primordiale des relations familiales sur le développement de l'enfant. Le développement de l'enfant, tant corporel que psychique, ne peut être conceptualisé que dans le cadre d'un système interactif. Attachement indispensable en une dyade nourricière, séparation et individuation progressive, lignes de développement, stabilité relationnelle et de l'investissement de l'enfant, autant de ressources psychiques nécessaires chez les parents eux-mêmes, constituant les bases fondamentales du développement affectif, cognitif, comportemental et social de l'enfant. Les découvertes plus récentes sont surtout venues compléter, dans des modalités plus fines, les diverses descriptions des interactions réelles observées pour les confronter aux différentes attentes fantasmatiques des parents. Les attentes fantasmatiques des parents vont elles-mêmes déterminer les caractéristiques fondamentales des projections parentales. Les causes multifactorielles à l'origine des symptômes du bébé, et la nécessaire intrication entre les projections parentales et les identifications de l'enfant comme source constitutive de sa personnalité ultérieure, sont désormais largement reconnues, donnant lieu à de nouvelles discussions sur la prévalence des facteurs de risque et des facteurs de protection. Ces facteurs vont à leur tour déterminer la plus ou moins grande harmonie du développement de chaque individu (Knauer et Palacio-Espasa, 2002).

Les capacités ultra-précoces du nouveau-né pour les activités interrelationnelles complexes qui découlent de ses compétences sensorielles sont remarquables. Il est en général distingué cinq types d'interactions : les interactions biologiques, comportementales, affectives, fantasmatiques et symboliques (Bydlowski et Graindorge, 2007).

2.1. Les interactions comportementales

Elles débutent dans la période prénatale et font l'objet, en post-natal, de régulations comportementales diverses. Elles sont décrites par Wallon comme un « *dialogue tonique* » (Wallon, 1975). Le nourrisson possède très tôt des capacités d'imitation, particulièrement au niveau de la sphère orale. Il peut imiter un adulte qui ouvre ou ferme la bouche ou une

protrusion de la langue en échopraxie. L'imitation de la protrusion de la langue est la seule aptitude pouvant être mise en évidence dès la naissance du fait de l'immaturation de la motricité néo-natale. Cette capacité de synchronisation interactive entre dans le cadre de ce « *dialogue tonique* », sorte de danse mutuelle.

J. de Ajuriaguerra (1960), reprenant la démonstration de Wallon, met en exergue la fonction du *tonus* dans la communication interhumaine : « l'enfant, dès sa naissance, s'exprime par le cri, par les réactions toniques axiales, par des grimaces ou gesticulations où parle tout le corps. Il réagit aux stimulations ou interventions extérieures par l'hypertonie, ou se laisse aller à une paisible relaxation. Mais c'est par rapport à autrui que ces modifications toniques prennent leur sens, et ce sont ces réactions expressives que la mère interprète et comprend ».

Pour Trevarthen (1979) les interactions comportementales comportent « la fréquence des échanges ; les modes interactifs (visuels, tactiles, vocaux, gestuels) et les modalités de réponses (intramodales si le partenaire répond sur le même mode, ou transmodales si la réponse utilise un autre mode) ; le déroulement des interactions ; leur harmonie ou dysharmonie (adéquation, mutualité, réciprocité des échanges) et la « contingence » des comportements » (Ciccione, 2011).

Ainsi, les interactions comportementales témoignent explicitement de la dimension intersubjective parent/nourrisson, mais n'abordent pas directement la part affective du comportement. Néanmoins, l'élaboration de ces interactions représente un temps d'ouverture aux interactions affectives (Cascales, 2014).

2.2. Les interactions affectives

Les interactions affectives ont été particulièrement développées par Daniel Stern (1985) et détaillent la communication affective entre les différents partenaires de la relation parent/nourrisson. Ces interactions permettent à la mère et à l'enfant de se mettre en phase sur le plan de leurs affects et de leurs émotions et d'être informés, chacun, sur l'état affectif ou émotionnel de l'autre. L'« accordage affectif » décrit par Stern (1985) est le mécanisme central sous-tendant ce niveau d'interactions.

- Le concept d'accordage affectif

Ce concept consiste en un système de signaux et de réponses en écho. Son fonctionnement est automatique et inconscient. Il existe un style interactif propre à chaque dyade (nous développerons cette notion ci-après). Le point fondamental est que cette harmonisation des affects repose sur une homologie de structure entre les signaux et les réponses des deux partenaires de l'interaction, permettant, à partir du huitième-neuvième mois de vie du

nourrisson, aux processus d'accordage affectif de fonctionner au sein d'une véritable réciprocité. D. Stern fait de cet accordage affectif un moment privilégié de partage émotionnel fluide, souple et dont il est difficile de percevoir la subtilité sans l'utilisation d'enregistrements vidéoscopiques (Marcelli, 2012). Il décrit ce phénomène quand le bébé et son partenaire relationnel habituel, la mère le plus souvent, semblent s'accorder autour d'une conduite quelconque, l'adulte se mettant à l'unisson de son bébé au travers d'une imitation particulière dite « transmodale » en ce sens que l'adulte imite plus le rythme que le geste lui-même. De cette manière, les affects et leur agencement dynamique, prennent peu à peu une fonction de représentation de l'objet, ce que, dans une perspective attachementiste, Fonagy modélise également, dans ses travaux sur la figuration affective de l'énonciation, de même que Green, d'un point de vue psychanalytique, quand il évoque la fonction de représentation de l'affect.

Fonagy, Gergely, Jurist, et Target (2002) ont en outre suggéré que des interactions mère-enfant de bonne qualité impliquent souvent des affects en miroir (c'est à dire, l'utilisation par la mère d'expressions faciales et vocales pour représenter à l'enfant les sentiments qu'elle suppose qu'il a dans le but de le rassurer et de le calmer, plutôt que d'intensifier ses émotions). L'image de la mère en miroir de l'expérience interne de l'enfant vient organiser l'expérience émotionnelle de l'enfant. De cette manière, Fonagy et ses collègues ont expliqué que le développement du self n'est pas seulement sous l'influence de l'environnement, mais qu'il est, en partie, constitué par les interactions avec l'environnement social.

Comme nous l'avons dit précédemment, à chaque fois qu'un adulte s'occupe d'un bébé, se met en place entre eux un style interactif, spécifique de ce couple particulier. Ce style résulte de la mise en jeu des caractéristiques propres aux deux partenaires de l'interaction. L'adulte amène dans l'interaction ses capacités d'accordage affectif, son histoire, notamment infantile (et pondérale, c'est ce qui nous intéresse particulièrement), le poids de sa personnalité. Le bébé apporte lui aussi sa part personnelle au système interactif, non seulement par le biais de son « tempérament », mais aussi par sa « compétence à introduire au sein des ses interactions actuelles quelque chose ayant à voir avec ses expériences précoces, vécues avec l'adultes en relation avec lui aujourd'hui ou avec d'autres » (Bydlowski et Graindorge, 2007).

- La notion d'*attachement*

La *théorie de l'attachement* de Bowlby part d'une observation initialement étiologique : la fonction primaire de la relation mère-enfant représente la « protection » qui assure la survie, l'adaptation et la croissance du petit. Pendant la première année, les nourrissons et les caregivers apprennent à reconnaître, interpréter et distinguer les signaux de communication aussi bien verbaux que non verbaux les uns des autres. Ce processus réciproque constitue une

base pour le lien affectif ou *attachement* entre le nourrisson et le caregiver qui est essentiel au bon fonctionnement socio-émotionnel (Ainsworth, Belhar, Waters et Wall, 1987). À l'intérieur de la relation de soins, l'enfant élabore un «comportement d'attachement» qui a pour but d'établir une relation émotive avec le parent afin que celui ci prenne soin de lui, qu'il le protège du danger et du stress -qu'ils soient réels ou perçus comme tels- et afin qu'il réponde à ses besoins. Le lien d'attachement se construit sur la base de l'expérience vécue avec la personne qui prend soin de lui (caregiver), par l'intermédiaire de l'affect, « impliquant la disposition du donneur de soins de réciprocité et de disponibilité émotionnelle en cas de besoin , ainsi que la recherche de confort de l'enfant en cas de besoin » (Benoit et Coolbear, 1999).

Le style d'attachement a tendance à rester stable dans le temps. Si il y a une perturbation dans la communication entre nourrisson et caregiver, caractérisée par des interactions incompatibles ou non dynamiques, la relation peut manquer de confiance et de sécurité, entravant le développement social et émotionnel ultérieur de l'enfant (Black et Aboud, 2011).

- La rythmicité des expériences

Une première perspective consiste à considérer le rythme comme constitutif d'une base de sécurité qui s'observerait facilement chez un bébé ordinaire (Ciccone, 2006). Il est classique de dire que la rythmicité des expériences, notamment des expériences de présence-absence, donne une illusion de continuité. Selon Winnicott, les « retrouvailles » doivent s'effectuer de manière rythmique, à un rythme qui crée de la continuité. Cette zone de permanence rythmique représente la sécurité de base du lien d'attachement. Certains interactionnistes décrivent les relations mère-bébé comme une véritable chorégraphie. Les ajustements, dans cette danse à deux, visent à créer le rythme qui soutient la rencontre intersubjective et le partage d'expérience (Bydlowski et Graindorge, 2007).

À l'inverse, « les expressions de la mère décalée dans le temps, engendrent des comportements de détresse chez le bébé, soutenant l'idée qu'un bébé de deux mois est extrêmement sensible à la contingence des expressions sociales. La communication « vive » implique en effet, dans un très subtil équilibre, à la fois temporel et formel, un engagement mutuel de sentiments et d'impulsions excessifs » (Gratier, 1999).

2.3. Les interactions protosymboliques

Dans les échanges, certains comportements de l'enfant font l'objet d'une interprétation par ses parents et prennent ainsi une signification qui s'inscrit alors dans le champ d'une intentionnalité communicative (consciente ou inconsciente). Le « *processus de sémiotisation* » des comportements du nourrisson correspond à une transformation graduelle d'un certain nombre d'indices en signes grâce au travail psychique d'interprétation des adultes qui prennent

soin de lui. Ainsi ce travail psychique des partenaires interactifs du bébé est essentiel, dans la mesure où il permet à l'enfant de mettre en place ses processus de symbolisation.

Parmi les compétences précoces et pourtant balbutiantes du tout-petit, le nourrisson recueille les projections parentales, puis renvoie dans le cadre de l'intersubjectivité primaire des proto-interprétations qui seront à leur tour transformées par ses parents. Dans l'ouvrage *Les scénarios narcissiques de la parentalité* (Palacio-Espasa, 1999) les projections parentales sont naturelles et nécessaires à l'humanisation et à « l'intégration de ce nouveau venu encore immature qu'est le nourrisson humain ».

3. La régulation des états de vigilance - le système *pare-excitation*

La vigilance se définit comme le degré de disponibilité du bébé à l'égard des différents stimuli en provenance de son environnement. Pour maintenir sa vigilance et sa capacité à interagir avec ses partenaires, le nourrisson doit sans cesse réguler ses états émotionnels. La maîtrise qu'il exerce sur le niveau de sa disponibilité s'intègre à son *système pare-excitation*. Ce dernier constitue un système de filtrage des stimulations externes essentiel, le nouveau-né étant confronté à un bombardement sensitivosensoriel et son appareil psychique ne pouvant fonctionner correctement qu'avec de petites quantités d'information. Une partie de ce système se trouve donc placée sous le contrôle de l'adulte qui assure la fonction maternante (*holding*, protection...) afin d'éviter à l'enfant le double risque de carence et de surstimulation. À cet égard, le parent constitue un mécanisme de rétroaction biologique naturel par lequel l'enfant apprend à réguler ses réponses physiologiques et émotionnelles. Une autre partie du système est placée sous le contrôle de l'enfant lui-même à travers la régulation de ses états de vigilance (Didehbani et Kelly, 2009). On comprendra alors aisément que l'endormissement peut témoigner, selon le cas, d'un bien-être ou, au contraire, d'un mécanisme de défense lui permettant de fuir une atmosphère relationnelle vécue par lui comme trop excitante ou déstabilisante.

Cette approche souligne ainsi le tissage nécessaire des deux partenaires du système dyadique, plutôt que l'apport de l'un ou de l'autre. De plus, il met en lumière le besoin de faire lien entre la mère et le bébé quelles que soient la qualité et la quantité des interactions, avec ou sans distorsion (Apter Danon, 2009).

4. L'émergence de l'intersubjectivité

Venant de la psychologie du développement, l'intersubjectivité est un concept néanmoins actuel qui fait l'objet de travaux émanant de champs épistémologiques différents mais explorant toujours la façon dont la subjectivation trouve son origine dans des expériences

intersubjectives. Le processus de subjectivation peut être considéré comme une étape développementale de différenciation extrapsychique et de croissance psychique permettant à l'être humain de devenir un sujet capable de se penser tel et de se nommer comme tel (l'acquisition du « je »). L'intersubjectivité renvoie au processus de différenciation extrapsychique permettant à chaque individu de se vivre comme séparé de l'autre, tout en ressentant l'autre comme un individu capable de se vivre lui-même comme un sujet distinct (Golse, 2006 ; Bydlowski, Graindorge, 2007).

Dans la théorie de l'intersubjectivité de C. Trevarthen (Trevarthen, Aitken, 2003), le nourrisson a une conscience réceptive des états subjectifs des autres et cherche à interagir avec eux très tôt. Il s'agit, en quelque sorte, d'un besoin *inné* du bébé provenant d'un besoin plus général propre à l'homme. Si à tout moment de sa vie l'homme mène une lutte impressionnante pour rester en contact avec l'autre, ce qui entretient le désir de cette relation c'est avant tout le besoin d'empathie, de reconnaissance. Ainsi, le premier mobile du bébé serait sans doute d'exister pour l'autre et avec l'autre, dans un véritable compagnonnage, où sa motivation innée s'allierait aux besoins de l'adulte d'être reconnu par lui (Graindorge, 2005) .

Il apparaît donc que le développement n'est pas qu'une accumulation d'acquisitions et de connaissances, chaque nouvelle étape exigeant la perte d'un équilibre et la recherche d'une nouvelle position psychique.

L'enfant est très tôt compétent pour décoder le style interactif de l'adulte et les variations de ce style. Les contenants émotionnels précèdent ainsi les contenants idéiques ; l'accès aux émotions propres supposant un détour par l'autre, affects et émotions se co-construisent au sein de chaque dyade. Au travers de l'accordage affectif, la mise en rythmes congruents des différents canaux de communication sensoriels entre la mère et l'enfant permet l'émergence de l'intersubjectivité (Bydlowski et Graindorge, 2007).

5. Troubles des interactions, troubles dans l'interaction

Les chemins vers l'individuation du bébé requièrent des contacts humains. L'enfant a besoin qu'un adulte manifeste de l'intérêt pour ses ressentis. Il se nourrit des soins, de l'attention et des interactions apportés par l'adulte (Konicheckis, 2003). De ce fait, le bébé est constamment dans la nécessité d'ajuster et de réajuster ses propres états émotionnels, tout en s'inscrivant dans la co-régulation de la dyade avec l'adulte comme nous l'avons vu précédemment.

Nous ne rappellerons pas l'importance de la qualité des premières relations d'un jeune enfant avec son entourage sur la psychopathologie infantile. Quand la régulation des interactions échoue, les troubles apparaissent. Sans la présence et l'attention de quelqu'un d'extérieur,

l'activité du nourrisson s'épuise. Il se fragilise lorsqu'il ne se sent pas assuré par une relation affective privilégiée, riche et stable avec un adulte qui prend soin de lui. Une des hypothèses explicatives serait celle que les troubles psycho-fonctionnels et comportementaux présentés par les bébés trouvent leur origine d'une part dans les dispositions relationnelles précoces et d'autre part dans l'impact que les projections et les représentations maternelles ou parentales exercent sur le fonctionnement du bébé (Knauer et Cramer, 2006).

Le manque de « synchronie relationnelle » et d'une compréhension réciproque dans le contexte de relation de soins pourrait avoir une influence sur la « capacité initiale de se mettre en relation » qui caractérise chaque enfant, en déterminant l'installation de relations pauvres, asynchronisées, désengagées, et caractérisées par des émotions négatives. Ces cadres cliniques sont caractérisés par des comportements de retrait et d'évitement de l'interaction, mais aussi par des comportements de rage, d'hostilité et d'intrusion dans les échanges communicatifs allant parfois jusqu'aux cadres plus complexes et sévères du retrait prolongé et de l'isolement (Ammanitti et al., 2004). Ces désorganisations interactives donnent la mesure de la sensibilité du bébé aux changements dans le regard et les mouvements de son partenaire privilégié, sa mère le plus souvent.

Cependant, certaines mères en situation extrême rencontrent parfois une impossibilité de voir leur enfant pour lui-même, de lui reconnaître ses propres besoins et d'y répondre d'une manière adéquate. La mère tente de maintenir l'enfant près d'elle ou complètement à l'écart, mais, dans tous les cas, elle lui refuse des mouvements d'individuation propres (Konicheckis, 2003). Dans ces cas de difficultés majeures, les troubles des liens précoces mettent en danger la santé physique et psychique de chacun des protagonistes. À travers la manifestation de leurs demandes, les nourrissons exposent ces mères à des troubles primaires de fonctionnement par la réactivation d'expériences angoissantes anciennes. La mère risque alors de manifester son intolérance de diverses manières : négligences, maternage incohérent, énervement, mouvements violents et imprévisibles de captation/rejet. Elle éprouve des difficultés à rester avec son enfant et en même temps redoute de s'en séparer. Dans un tel contexte extrême, chacun devient persécuteur pour l'autre. Ils se sentent mutuellement rejetés ou attaqués et tout le plaisir des rencontres disparaît (Konicheckis, 2003).

II. L'ALIMENTATION PRÉCOCE

Nous allons exposer le développement de l'alimentation précoce ainsi que sa régulation puis décrire les interactions dans le contexte alimentaire ordinaire.

1. L'alimentation précoce, une habileté sensorimotrice

À l'instar des autres habiletés sensorimotrices, l'alimentation est une habileté développementale qui s'affine pendant les deux premières années de la vie. Elle est considérée comme le processus sensorimoteur *le plus* complexe et hautement organisé des très jeunes nourrissons et inclut des étapes développementales fondées sur la maturation neurologique et l'apprentissage expérientiel (Osofsky, 1976 ; Ramsay, 2005 ; Vignalou et Guedeney, 2006).

Les aptitudes bucco-faciales se développent pendant les 4 premiers mois de la gestation (Leroy-Malherbe et al., 2000). Les mouvements de succion sont présents dès la 15^{ème} semaine, mais la succion n'est efficace pour la nutrition que vers 32 semaines. Un schéma stable et rythmique se met en place vers 34 – 36 semaines. La déglutition représente un enchaînement de réponses motrices permettant la coordination succion/déglutition/respiration. Elle nécessite donc la maturité et l'intégrité des voies nerveuses, assurant les signaux sensoriels et moteurs.

Dans l'activité orale on distingue deux composantes : une composante de succion qui assure la fonction nutritive et une composante dite « d'expression » qui recouvre la fonction perceptive tactile. L'activité de succion nécessite un équilibre entre ces deux composantes. Pendant le premier semestre, la bouche est aussi l'outil d'exploration privilégié du bébé (Bullinger, 2009).

Au cours de la première année de vie, la capacité de s'alimenter de manière active et efficace est un élément essentiel de la relation mère-enfant.

2. La régulation de l'alimentation précoce

Contrairement aux autres habiletés sensorimotrices, l'alimentation dépend largement de l'incitation ou de la motivation interne à commencer à ingérer (pleurs de faim) qui débute à la naissance, et est essentielle à la survie du nouveau-né.

À la naissance, le nouveau-né passe d'une alimentation continue par l'intermédiaire du cordon ombilical in utero, à une alimentation discontinue avec la nécessité de contrôler le début et la fin de la prise alimentaire et ce par sa perception de la faim et de la satiété. Une prise alimentaire adéquate requiert un état de vigilance calme pour le nourrisson. Ce cadre théorique suggère que caregivers et nourrissons participent *conjointement* au succès de la régulation de

l'alimentation. La mère agit comme un échafaudage externe à la capacité naissante de son enfant de s'autoréguler quand il mange, en l'aidant à réguler son alimentation en réponse aux signaux de faim et de satiété. Pour cela la mère doit lire les signaux du nourrisson avec précision et y répondre de façon contingente. La mère prépare ainsi le nourrisson à la transition de la régulation mutuelle mère-enfant à la régulation interne propre de se nourrir. Cette évolution est parallèle à l'émergence de l'autorégulation dans d'autres domaines (sommeil par exemple), y compris l'autorégulation émotionnelle et comportementale, et fait partie d'une transition majeure de développement vers l'autonomie durant la petite enfance (Lieberman et Slade, 2000 ; Lucarelli, 2014).

La recherche a montré que les bébés naissent avec une capacité innée à autoréguler leur apport énergétique (DiSantis et al., 2011), mais des différences individuelles concernant l'appétit (Parkinson et al., 2010) et les comportements alimentaires (Llewellyn et al., 2011) émergent dès la petite enfance. Les influences, tant génétiques qu'environnementales, sont considérables (Lillycrop et Burdge, 2011). Les influences environnementales précoces, comme les pratiques alimentaires des parents tels que le contrôle excessif (Birch et Fisher, 1998) et l'utilisation « affective » de la nourriture (par exemple, comme une récompense ou pour calmer l'enfant) (Chan et al., 2010), peuvent remplacer la régulation interne et compromettre la capacité des enfants à utiliser efficacement leurs signaux de faim et de satiété.

Au fil du temps, les modèles d'interaction d'alimentation de la mère et du nourrisson peuvent modifier le développement des voies cérébrales associées à la participation sociale, cognitive, émotionnelle et comportementale orientée vers un but d'alimentation (Anand et Scalzo, 2000 ; Als et al., 2004). Les voies neurales qui se développent sont au centre de la régulation physiologique de l'excitation, des processus moteurs ainsi que de l'adaptation des comportements lors de l'alimentation .

3. Le contexte interactionnel de l'alimentation précoce et la « *la relation d'alimentation* »

Étant l'une des premières activités intersubjectives récurrentes dans le système de communication du don de soins, l'alimentation est une expérience déterminante dans le développement de la relation entre la mère et son nouveau-né. I.Chatoor (2000) a inventé le terme de « *relation d'alimentation* » pour souligner la nature dyadique et l'importance de la relation mère-enfant pendant le processus d'alimentation. Le déroulement correct du nourrissage requiert une interaction de qualité entre l'enfant et le donneur de soin.

Le contexte interactionnel de l'alimentation permet en effet à l'enfant d'être à la bonne distance pour une grande variété de signaux des comportements maternels qui accompagnent

l'expérience de la nutrition. Les signaux émotionnels et le partage des affects promeuvent la communication des besoins et des intentions tels que les désirs et le plaisir, et aussi la stabilisation des rythmes biologiques (Stern, 1985 ; Ammaniti et al., 2004 ; Papoušek, 2007).

Réclamer de la nourriture à intervalles réguliers, téter, manger et boire à un bon rythme, goûter de nouvelles saveurs et textures, et exprimer de la satisfaction à la fin des repas sont des comportements alimentaires considérés comme positifs par les donneurs de soin. 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 régulière de nourriture et les comportements d'indépendance alimentaire. Ainsi, l'alimentation du nourrisson ou du jeune enfant comporte une charge émotionnelle élevée pour la mère dont la responsabilité principale 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 de multiples niveaux (Ramsay, 2005 ; Vignalou et Guedeney, 2006).

Les observations filmées d'interactions mère-enfant de qualité, pendant l'allaitement, ont mis en évidence l'établissement d'un rythme commun établi précocement entre les deux partenaires. Cette situation est caractérisée par la réciprocité des échanges par lesquels la mère est en mesure de reconnaître les signes de faim et de satiété, ou la nécessité pour l'enfant de faire une pause lors de la succion. Par exemple, lorsque l'enfant tète activement, la mère limite son interaction, observe, soutient l'alimentation et apaise son discours. D'autre part, lorsque l'enfant s'arrête de téter, la mère devient plus active, parle à l'enfant, le caresse et lui sourit. Par conséquent, l'alimentation représente une forme précoce de « dialogue social et affectif », caractérisé par un haut degré de coordination et bidirectionnel. Il se développe normalement une adaptation réciproque des capacités de régulation du nourrissons et un partage d'affects parentaux contingents et de leurs rôles dans l'intersubjectivité précoce (Ammaniti & al. 2004 ; Papousek, 2007 ; Fieldetal, 2010). D'autres études observationnelles, ont montré que les comportements du caregiver sont considérés comme « sensibles » et adaptés si ils suivent le comportement de l'enfant de quelques secondes (rapides), soutiennent affectivement les besoins de l'enfant, varient ce qui reflète qu'ils sont tributaires des signaux de l'enfant (contingents), sont appropriés au développement de l'enfant et non intrusifs. Un parent «sensible» établit un rapport de réciprocité pendant l'alimentation, il est attentif aux exigences du nourrisson et il n'est pas contrôlant. Il tolère donc un certain degré de rupture interactive.

Les principales conditions du succès des interactions alimentaires pourraient se résumer ainsi : de la confiance, un sentiment de sécurité ; un attachement dyadique fort ; des affects positifs ; un plaisir réciproque ; une absence de pression ou de contrainte ; une sensibilité à l'autre ; le fait de savoir attendre jusqu'à ce que l'enfant fasse signe ; une absence de lutte pour le contrôle ; pas de négociations ni de chantage. Si ces conditions ne sont pas remplies, on assiste souvent à l'apparition de certains problèmes, courants, traduisant les efforts de l'enfant pour exprimer sa propre volonté face aux conceptions et aux exigences de ses parents. Ils ne sont pas graves en soi et il n'est en général nullement nécessaire d'intervenir. Ces troubles sont dans la plupart des cas temporaires et sont résolus par les conseils de la famille ou des amis, ou grâce au pédiatre (Dunitz-Scheer, 2007).

III- LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE RESTRICTIFS PRÉCOCES, TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT DE L'ALIMENTATION

Introduction

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 et un retard staturo-pondéral. Au plan clinique, il arrive souvent que ni la mère ni le pédiatre ne soient conscients des raisons sous-jacentes à ces comportements alimentaires problématiques (Ramsay, 2005).

Plus que d'autres pathologies de la petite enfance, les troubles alimentaires nécessitent une bonne connaissance des hypothèses cliniques à la fois dans le champ de la pédiatrie et de la pédopsychiatrie. Les troubles alimentaires restrictifs du nourrisson et du jeune enfant renvoient en effet à des étiologies diverses, éventuellement associées. Certains sont la conséquence de troubles organiques (malabsorptions, encéphalopathies de diverses origines, dont elles peuvent être le 1^{er} symptôme), d'autres pourraient être des manifestations de lutte contre l'intrusion, selon des mécanismes psychopathologiques parfois de type phobique, ou en rapport avec la nature des interactions de l'enfant avec son entourage. Les formes les plus précoces sont aussi les plus graves et les plus mystérieuses (Poinso et al., 2006), associant des facteurs psychopathologiques à une vulnérabilité organique, comme nous allons le décrire.

Dans un souci constant de faire dialoguer la pratique du pédiatre et du psychanalyste, le soma et la psyché, Winnicott constatait qu'« aucun cas de maux de ventre chez un enfant, de vomissements, de diarrhées, d'anorexie ou de constipation ne peut être totalement expliqué sans faire référence aux fantasmes conscients et inconscients de l'enfant sur l'intérieur du corps » (Winnicott et Deronzier, 2010). Pour lui, ces troubles traduisent les avatars de l'intégration psychosomatique du bébé et confrontent les professionnels aux angoisses archaïques du bébé et des parents. De plus « il n'est pas le symptôme du bébé seul mais de la dyade ou de la triade, avec une dimension relationnelle primaire ou secondaire liée à la réponse des parents au symptôme » (Boige et Missonnier, 2008).

Dès la naissance, le besoin physiologique d'alimentation peut ne pas être une évidence. Quand les habiletés alimentaires de l'enfant sont déficientes ou quand l'appétit est faible (signaux de faim et de satiété inadéquats), des comportements alimentaires problématiques se manifestent. Il peut s'agir d'une absence de signalement de la faim, de réflexe nauséux ou encore d'un

enfant qui tète ou mange très lentement, se cambre ou secoue la tête à la vue de la nourriture et n'amène pas les aliments à sa bouche. Les caractéristiques du tempérament et les capacités de régulation émotionnelle et de stabilisation des rythmes alimentaires du nourrisson (Apter-Danon, 2009) peuvent aussi moduler ces comportements alimentaires. D'un autre côté, 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. Au début ces efforts parviennent à favoriser le maintien d'un gain de poids suffisant, mais ils tendent à devenir inefficaces après un certain temps et les interactions inadaptées au moment des repas ainsi que la mauvaise gestion comportementale, imprévisible ou incohérente, deviennent prévalentes. Les caractéristiques maternelles, parentales et familiales, troubles affectifs ou de la personnalité du parent 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 (Ramsay, 2005).

Nous développerons les caractéristiques des interactions alimentaires dans le contexte des TCA du nourrisson dans un chapitre dédié.

Selon des auteurs, certains bébés seraient plus particulièrement exposés à ce type de trouble dans la mesure où des contraintes psychologiques importantes viendraient potentialiser ces difficultés d'ordre physique : en effet, outre la pathologie initiale souvent lourde nécessitant des soins hospitaliers importants et prolongés parmi lesquels des techniques de réalimentation artificielles au long cours, se surajouterait l'absence de mise en place de relation continue et sécurisante parent-enfant, du fait du désarroi et des angoisses massives parentales. Ceci entraînerait alors pendant plusieurs semaines ou mois, une désynchronisation entre apports alimentaires, contacts relationnels et cycles de faim et de satiété. Ainsi, l'aspect initial instrumental défectueux de l'oralité, conjugué aux difficultés psychoaffectives réactionnelles de l'enfant et de sa famille, aboutiraient à un tableau d'anorexie totale et ce, malgré le contrôle ou l'évolution positive de la pathologie organique initiale (Olives et Cascalès, 2013 ; Paradis-Guennou et Maury, 2004).

Mais quelle est la part du nourrisson dans la tension interactive ? Dans cette perspective, au cours des dernières décennies, les études cliniques et de développement ont tenté d'identifier le rôle des facteurs de risque psychologiques dans l'origine des premières difficultés alimentaires des nourrissons, le rôle de ses capacités de régulation et la corrélation possible avec l'environnement de soins et l'expérience transactionnelle mère-enfant (Boige et Missonnier, 2008).

La complexité des problèmes d'alimentation et leur développement nécessitent une combinaison d'approches et de modèles de compréhension qu'aucune théorie psychologique n'est capable d'intégrer à elle seule. Le symptôme du bébé est polysémique et exige une compréhension plurielle ainsi que l'utilisation parallèle et superposée de plusieurs grilles de lecture. On distingue une grille de lecture médicale, physique (sémiologie médicale infantile), une autre pour la lecture psychodynamique de l'enfant, sa "*mosaïque première*" (P. Marty), sa vie psychique naissante, sa relation d'objet, ses conflits et angoisses), une troisième de lecture parentale (structurale, interactive et générationnelle) et enfin la grille de lecture de l'économie psychosomatique familiale. Le tramage de ces différents fils constitue ce que Léon Kreisler intitulait "*l'anamnèse psychosomatique*" (Cascales et al., 2012, 2013). Des échanges vivants doivent donc s'effectuer entre les différentes approches, échanges qui prennent en compte les complémentarités, voire les synergies des approches mais, en aucun cas, le but ne doit être d'aboutir à une confusion totale des champs, même s'il existe des points de rencontre.

1. Épidémiologie des troubles du comportement alimentaire restrictifs du nourrisson et du jeune enfant

Les troubles du comportement alimentaire restrictifs du nourrisson et jeune enfant représentent un des motifs les plus courants de demande de consultation en pédiatrie avec une prévalence globale signalée de 5 à 10 % (Lindberg et al., 2006). Comme nous le verrons, les chiffres varient selon les études ; la fiabilité d'incidence et de prévalence de troubles d'alimentation étant compromise par la variabilité des définitions utilisées (Sant'ana Simas, 2008).

Malgré la grande proportion des troubles alimentaires pendant l'enfance, la majorité de ces difficultés sont transitoires et n'impactent pas le développement de l'enfant bien qu'elles soient une source fréquente d'inquiétude pour leur familles (Esparó et al., 2004).

Les formes sévères qui conduisent à une malnutrition protéino-énergétique sont plus rares mais sont en augmentation ces dernières années dans toutes les consultations pédiatriques hospitalières et sont repérées chez 1,4% des nourrissons (Art-Rodas et Benoit 1998 ; Chatoor et Ganiban, 2003, Lindberg et al., 2006). Dans ces cas, les difficultés ont tendance à persister et à s'aggraver. Il s'agit de troubles sévères du comportement alimentaire, entraînant un retard de croissance statur pondérale et pouvant aller jusqu'au décès de l'enfant (Poinso et al. 2006).

L'étude de Dahl, bien qu'ancienne, semble faire référence en la matière (Chatoor et Surles, 2004). Dès les années 1980, Dahl a lancé un programme épidémiologique de grande envergure destiné au recensement de la prévalence des troubles alimentaire chez les nourrissons et jeunes

enfants au sein de la population générale. Cette étude longitudinale conduite en trois temps a permis de repérer une prévalence de 25% à 50% de difficultés d'alimentation dans la population ordinaire. Le refus alimentaire associé à une perte de poids est repéré chez 1,4% des nourrissons. De plus, 70% d'entre eux ont continué à avoir des problèmes alimentaires à la maternelle. Habituellement, les troubles du comportement alimentaire du nourrisson ou de la petite enfance n'étaient pas considérés comme prédictifs d'une anorexie à l'adolescence ou à l'âge adulte. Cependant, selon plusieurs études (Vignalou et Guedeney, 2006) les troubles alimentaires de la petite enfance seraient des *facteurs de risques* pour le développement de troubles alimentaires pendant l'enfance, l'adolescence et chez le jeune adulte.

La prévalence augmente dans les groupes socio-économiques plus faible mais ne note pas de différences entre les sexes. Elle augmente également chez les enfants porteurs de certaines pathologies chroniques qui mettent en jeu des phénomènes stressants ou douloureux au niveau du tractus aérodigestif, en cas de prématurité et en cas de trouble développemental (Esparó et al., 2004 ; Lyons-Ruth, 2005). Différentes études ont suggéré que 16-30 % des cas de problèmes d'alimentation étaient "organiques". Par ailleurs jusqu'à 80 % des cas de troubles de l'alimentation rencontrés en services pédiatriques spécialisés ont une composante comportementale significative.

2. La question de la classification des troubles du comportement alimentaire du nourrisson et du jeune enfant

2.1. Nosologie et controverses

Pendant longtemps il n'y a pas eu de langage commun en termes diagnostiques dans le domaine des TCA du nourrisson. Les différents auteurs parlent de "troubles alimentaires" (*eating disorders*), de troubles du "nourrissage" (*feeding disorders*), de refus, d'aversion, de phobies alimentaires, de "mangeurs problématiques", d'enfants qui "picorent" (*picky eaters*) ou de "petits mangeurs", etc (Chatoor, 1998). Ces termes ont été utilisés sans être définis par des critères précis et désignent souvent des troubles très différents par leurs manifestations cliniques et leur retentissement. De plus, les descriptions des troubles alimentaires sont compliquées par la confusion avec un autre critère, parfois utilisé comme diagnostic : le "retard de croissance" (*failure to thrive* ou *FTT* traduit littéralement par "défaut de développement"). Ce critère définit des enfants de moins de 3 ans qui ne gagnent pas de poids de façon adéquate. Souvent les "troubles alimentaires" et le "retard de croissance" sont utilisés comme synonymes,

alors que certains enfants présentent des troubles alimentaires sans cassure de la courbe de croissance, sans retentissement sur leur développement et que l'inverse est également vrai : certains enfants ont un retard de croissance staturopondérale sans trouble du comportement alimentaire (Sant'ana Simas, 2008). En conséquence, comme plusieurs auteurs l'ont suggéré, le terme de *FTT* est purement descriptif et ne peut correspondre aux multiples situations qui conduisent au retard de développement. Le *FTT* devrait donc être considéré comme un symptôme plutôt que comme un diagnostic.

Une autre source de controverses est la question de l'étiologie des troubles alimentaires. Les étiologies sont souvent classifiées en "organiques" et "non-organiques". Parmi les troubles organiques qui peuvent amener à des troubles alimentaires, on retrouve des causes digestives, neurologiques, respiratoires, des maladies chroniques, génétiques et métaboliques. En 1981, Homer et Ludwig ont décrit une troisième catégorie de retard de croissance causée par une combinaison de problèmes non-organiques et organiques variés.

2.2. Évolution dans l'usage des classifications

Deux périodes dans la description des troubles alimentaires très précoces peuvent être distinguées. La première (1950–1980) décrit diverses formes de TCA selon les mécanismes psychopathologiques sous-jacents. La deuxième, inspirée par une description plus statistique des troubles, conduit à une réorganisation de la nosologie, même si l'on repère une certaine continuité dans les concepts utilisés. En quelques mots, pendant la première période, les troubles du comportement alimentaire de l'enfant ont fait l'objet de nombreuses publications, à la fois psychiatriques et psychanalytiques mais aussi pédiatriques, avec l'avènement de la médecine psychosomatique. Kreisler et ses collègues (1974) ont abordé les « *conduites alimentaires déviantes du bébé* » au regard des théories de la médecine psychosomatique, qui tient compte de ce qui se passe entre la mère et son enfant au moment des repas, et qui résulte de leurs interactions dans tous les domaines. À partir des années 1980, des classifications internationales des troubles mentaux de l'adulte et de l'enfant ont été établies. Mais en dépit de la haute prévalence des troubles alimentaires dans la jeune enfance et de leur importance, ils n'ont été introduits dans le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Classification internationale de l'Association Américaine de Psychiatrie) qu'en 1994 sous l'appellation « troubles alimentaires du nourrisson et du jeune enfant » (*eating and feeding disorders of infancy*). Ils apparaissent comme une catégorie diagnostique sommaire mais spécifique des troubles alimentaires rencontrés chez l'enfant en dehors du pica et du

mérycisme. Cela a permis de les différencier des troubles alimentaires rencontrés dans les autres classes d'âge (telles qu'anorexie mentale et boulimie) (Le Heuzey, Mouren et Doyen, 2011).

Le DSM-IV-TR (APA, 2000) présente quatre éléments diagnostiques :

A) Perturbation de l'alimentation qui se manifeste par la persistance de prise alimentaire inadéquate avec l'absence significative de prise de poids et perte de poids pendant au moins un mois.

B) La perturbation n'est pas due à l'association d'une gastropathie ou d'autres conditions médicales générales (par exemple, reflux gastro-œsophagien (RGO)).

C) La perturbation n'est pas liée à des troubles mentaux associés ou à un manque de nourriture disponible.

D) Le début du trouble se situe avant l'âge de six ans.

Cependant, malgré l'impact important en termes de reconnaissance internationale de l'entrée des troubles alimentaires du nourrisson et du jeune enfant dans le DSM-IV, cette catégorisation diagnostique apparaît comme limitée dans sa capacité à définir et circonscrire avec précision les différents troubles rencontrés en pratique clinique. Cette définition paraît relever d'une simplification de la nosographie pouvant entraîner des confusions de diagnostic et de la même manière engager la prescription de traitement ou de dispositif de soins inadapté pour la pathologie rencontrée (Casçalès, 2013).

Les différentes études menées par Chatoor et ses collègues depuis le début des années 1980 ont permis de mieux comprendre les troubles du comportement alimentaire rencontrés chez l'enfant et une classification s'inscrivant dans une perspective développementale a été proposée : La *Chatoor Feeding Scale* (1998). Cette classification qui rend compte des différentes phases du développement est aussi très utilisée pour décrire les troubles alimentaires de l'enfance. Elle sera développée au chapitre suivant.

Dans la classification Américaine *Zero to Three* (DC:0-3R, 2005) les troubles du comportement alimentaire sont une des sept grandes catégories de l'axe I. Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson sont représentés sous l'appellation « *feeding behavior disorder* » qui se rapporte à la difficulté de l'enfant de ne pas réguler son alimentation en fonction des sensations physiologiques de faim ou de satiété. À partir des propositions nosographiques de l'école de Washington -dont Irène Chatoor est la représentante- sur les troubles alimentaires précoces qui ont servi à l'édification de cette classification, six sous-types

sont présentés. Les sous-types spécifiques sont définis par l'apparition de manifestations, la configuration des symptômes et l'évolution clinique (Lucarelli et al., 2013). Elle met l'accent sur les expériences infantiles, les troubles de la régulation des émotions et les troubles de la relation mère/enfant et va au-delà de la « persistance de prise alimentaire inadéquate avec l'absence significative de prise de poids et perte de poids » comme élément principal de diagnostic du DSM-IV. Cette classification représente aujourd'hui la référence internationale en terme de classification du nourrisson (Cascales, 2013).

Notons cependant dès à présent que les critères descriptifs de *l'anorexie infantile* selon Chatoor incluait originellement une composante *relationnelle* qui mettait en évidence, lors de l'observation, des interactions mère-enfant difficiles pendant le nourrissage, des conflits et des affects négatifs liés au refus de l'enfant. Cette composante a été supprimée récemment par l'American Academy of Child and Adolescent psychiatry Task Force Research for Diagnostic Criteria , dans le « guideline » du DSM-5 qui inclura les seuls symptômes présentés par l'enfant.

Le « trouble alimentaire restrictif/évitant» (*'Avoidant/restrictive food intake disorder'* ou *ARFID*) est une nouvelle catégorie de diagnostic qui apparaît dans le DSM-5 et également susceptibles d'être incluse dans la CIM-11. Un thème général pour DSM-5 a été l'adoption d'une approche *sur la vie entière*, l'intention étant de veiller à ce qu'il soit dûment tenu compte de la façon dont les symptômes de troubles mentaux varient selon l'âge et le stade de développement (ce que faisait la classification de Chatoor). Ce principe a été particulièrement pertinent pour la révision des critères sur l'alimentation et les troubles alimentaires car il est reconnu que certains types de perturbations de l'alimentation observés chez les très jeunes enfants persistent plus tard dans l'enfance, à l'adolescence, et même à l'âge adulte.

Dans le DSM-5, l'ARFID remplace et étend la catégorie des troubles de l'alimentation de l'enfance ou de la petite enfance, dans le but d'améliorer l'utilité clinique en ajoutant des détails sur la nature de la perturbation de l'alimentation ainsi que l'élargissement des critères pour être en adéquation avec la tranche d'âge (Bryant-Waugh, 2013).

Comme nous l'avons vu, les troubles alimentaires peuvent avoir des étiologies diverses : ils peuvent être de nature psychogène (trouble des interactions), de nature organique (malformation orofaciale) ou de nature mixte (malformation digestive et trouble de la relation parent/nourrisson). Dans tous les cas, la valence psychologique du trouble et ses retentissements psychiques sont présents, d'où l'importance d'une classification commune aux

pédiatres et aux pédopsychiatres qui soit le résultat d'un compromis entre la dimension médicale et la dimension psychique du trouble fonctionnel. La classification d'Irène Chatoor relève le défi de cette complexité (Chatoor, 2009).

2.3. La classification de Chatoor et ses diagnostics.

Les six appellations nosographiques qui constituent la classification distinguent les troubles organiques avec un retentissement fonctionnel et psychique et ceux psychogènes avec un retentissement fonctionnel. De plus, dans ces six sous-types la sévérité des symptômes et l'état pondéral permettront de faire la différence entre un trouble alimentaire et des difficultés d'alimentation ordinaires du nourrisson et du jeune enfant (Casalès, 2013). Cette classification fait référence dans le service de Gastro-pédiatrie et Nutrition de l'Hôpital des Enfants à Toulouse et sur laquelle nous nous appuyerons dans l'étude qui suivra, en deuxième partie de l'ouvrage.

Dans la classification de Chatoor, chaque sous-type correspond à une période bien définie du développement de l'enfant. Néanmoins, les deux derniers sous-types peuvent se rencontrer à n'importe quel âge :

- *Le trouble alimentaire de la régulation des états* (chez le nouveau-né)
- *Le trouble alimentaire associé avec un manque de réciprocité mère-nourrisson* (début entre 2 et 6 mois)
- *L'anorexie du nourrisson* (habituellement de 6 mois à 3 ans)
- *Les aversions sensorielles alimentaires*
- *Le trouble alimentaire avec des conditions médicales associées*
- *Le trouble alimentaire post-traumatique*

Les différences entre ces six sous-types entraînent des étiologies différentes qui orientent les dispositifs de soin et les prises en charges proposées. Nous allons maintenant présenter ces 6 diagnostics et les spécificités de chacun ainsi que la psychopathologie qui s'y rapporte (Cascales et Olives, 2014).

1- Trouble alimentaire de la régulation des états

Anciennement appelé «trouble alimentaire de l'homéostasie» (Chatoor et al., 1997), il débute en moyenne durant la période de nouveau-né et se caractérise par une irritabilité du nourrisson au moment des repas, entraînant une perte ou une stagnation pondérale.

Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre se rapportant à la régulation de l'alimentation précoce, les nourrissons qui ont des difficultés pour atteindre et maintenir un état calme de

vigilance -qui sont soit trop endormis, soit trop excités, soit trop en détresse pour manger- ont un risque de développer un trouble alimentaire. Les nourrissons avec une immaturité du système nerveux central ou avec une pathologie cardiaque ou pulmonaire grave courent un gros risque de trouble de la régulation des états. Certaines mères peuvent compenser l'insuffisante régulation des états de leur nourrisson en l'aidant à atteindre et maintenir un état de calme et des états d'éveil vigilant en réduisant ou augmentant les stimuli externes. Les mères déprimées, anxieuses, ou percluses de stress, peuvent avoir des difficultés à gérer l'absence de réponse ou l'irritabilité de leur nourrisson. Ainsi, elles peuvent intensifier sans le vouloir les difficultés de régulation des états de vigilance du nourrisson et les difficultés d'alimentation. Par ailleurs, Chatoor et ses collègues ont prouvé que les nourrissons diagnostiqués avec un trouble alimentaire de la régulation de l'état ont montré moins de réciprocité dans les interactions que les nourrissons mangeurs sains.

Le diagnostic repose sur :

- 1) Des difficultés alimentaires qui ont débuté dans les premiers mois de vie.
- 2) Des difficultés pour atteindre et maintenir un état calme d'excitation interne pour manger. Le nourrisson est parfois trop endormi ou trop agité ou trop en détresse pour manger.
- 3) Un gain de poids insuffisant ou une perte de poids.
- 4) Des difficultés alimentaires du nourrisson qui ne peuvent être expliquées par une maladie organique.

2- Trouble alimentaire par manque de réciprocité mère/nourrisson.

Ce trouble, anciennement appelé « trouble alimentaire de l'attachement » (Chatoor et al., 1997) car les études antérieures avaient décrit une note élevée d'attachement insécure parmi ces enfants, débute la plupart du temps entre deux et six mois.

Pour acquérir certaines capacités d'autorégulation à ces âges là, le nourrisson qui s'adapte est capable de mobiliser et d'engager le donneur de soin dans une relation de réciprocité qui se caractérise par un contact visuel mutuel, des vocalisations réciproques et une proximité physique.

Le trouble alimentaire est décelé chez la plupart de ces nourrissons au moment le plus critique de leur état, au moment de la nécessité d'un traitement. Quand les pédiatres examinent ces nourrissons, ils les trouvent dénutris (la perte pondérale du nourrisson est souvent importante), faibles et évitant le contact visuel. Quand ils sont portés, ces nourrissons ne sont pas « câlins »,

agitent leurs jambes ou maintiennent leurs bras en l'air dans une posture rigide. Parfois ils semblent au contraire hypotoniques, leur tête paraissant trop lourde pour leur corps dénutri.

Fréquemment, les mères sont méfiantes et en difficulté pour s'investir, allusives et évitantes dans les contacts avec les professionnels. Questionnées sur l'alimentation et le développement de leur nourrisson, elles semblent ne pas reconnaître l'existence du problème.

Les cliniciens et les chercheurs ont décrit ce type de trouble alimentaire comme relié à la propre expérience de ces mères et à leurs difficultés relationnelles actuelles et passées. Les interactions mère/nourrisson durant les repas sont inadaptées. Chatoor et ses collègues ont examiné la relation mère-nourrisson et prouvé que ces nourrissons et leurs mères, montrent un investissement moins positif et moins de réciprocité durant l'alimentation que les mangeurs sains. Les mères ont aussi obtenu une note plus élevée de *non-contingence maternelle* que les mères avec un nourrisson en bonne santé dans les échelles renseignées.

En résumé, ce diagnostic repose sur :

- 1) Un trouble alimentaire repéré dans la première année de vie, au moment de l'arrivée à l'hôpital pour une maladie du premier âge sans lien direct avec l'alimentation. Des signes de malnutrition relevés par le pédiatre lors de l'examen sans qu'ils n'aient été évoqués par les parents.
- 2) Moins de signes de réponses sociales appropriées à son développement (par exemple investissement visuel, sourire, babillage) durant l'alimentation avec le parent qui alimente.
- 3) Un déficit de croissance significatif (malnutrition aiguë et/ou chronique selon les critères de Waterlow (Waterlow et al., 1977)) ; ou une déviation du poids de l'enfant de deux percentiles majeurs entre la période de deux à six mois.
- 4) Des parents qui banalisent, au départ, les problèmes alimentaires en invoquant d'autres pathologies ou les complications du trouble alimentaire.
- 5) Un déficit de croissance et un trouble de la relation qui ne sont pas seulement causés par un trouble physique ou un trouble de développement dominant.

3- *Anorexie infantile.*

Anciennement appelée « anorexie du nourrisson : trouble alimentaire de la séparation » (Chatoor & al., 1997), elle débute en moyenne au moment de la transition à la cuillère à l'alimentation autonome, habituellement entre l'âge de 6 mois et de 3 ans. Cela correspond à la période de développement appelé par Mahler « *Séparation et Individuation* ». La maturation motrice et cognitive permettant au nourrisson d'augmenter son indépendance physique et

émotionnelle, les questions d'autonomie et de dépendance vont se poser quotidiennement dans les situations d'alimentation. Au moment de la transition de la cuillère à l'alimentation autonome, la mère et le nourrisson vont devoir négocier pendant les repas pour décider de qui tiendra la cuillère jusqu'à la bouche du nourrisson.

La compréhension des relations de causes à effets chez le nourrisson allant en augmentant, la situation alimentaire va prendre une signification spécifique. S'il envoie des signaux et que le donneur de soin y répond de façon contingente et les interprète avec précision, le nourrisson apprend à comprendre la différence entre la faim, la satiété et les expériences émotionnelles. À l'inverse, si le parent n'est pas en mesure de comprendre les signaux du nourrisson et répond aux besoins émotionnels du nourrisson par la proposition de nourriture, le nourrisson peut confondre la faim avec les expériences émotionnelles et apprendre à manger ou refuser la nourriture quand il s'ennuie, quand il est seul, frustré ou en colère. L'alimentation du nourrisson est régulée par les expériences émotionnelles. Ces processus de développement sont critiques dans le développement des régulations internes et externes de l'alimentation, et prennent une importance toute particulière précisément dans le développement de l'anorexie infantile.

Les observations cliniques des jeunes enfants avec une anorexie infantile relèvent leur curiosité envers l'environnement, leur obstination, et leur demande d'attention, tandis que leurs mères apparaissent anxieuses. Ces observations cliniques ont été relevées dans une étude de Chatoor et ses collègues (1998) qui montre qu'en comparaison avec des bons mangeurs, les jeunes enfants avec une anorexie infantile sont notés par leurs parents comme plus intenses émotionnellement, négatifs, irréguliers, dépendants, distractibles, inarrêtables, et difficiles. Ils soulignent que le tempérament difficile du nourrisson a été associé avec un haut niveau de conflit durant l'alimentation et avec un bas pourcentage de poids idéal. Selon Chatoor, le pourcentage de poids idéal et le conflit alimentaire sont effectivement discriminants pour différencier de façon fiable les jeunes enfants avec une anorexie du nourrisson et les « petits mangeurs » ou les mangeurs sains. En ce qui concerne les caractéristiques des parents associés avec une anorexie infantile, les mères d'enfant avec une anorexie infantile sont plus susceptibles de montrer un attachement insécuré à leurs propres parents que les mères des nourrissons qui n'ont pas de trouble alimentaire. Ces différentes données indiquent que plus les mères insécurées sont engagées dans des conflits durant l'alimentation, plus les nourrissons seront malnutris.

Ces résultats s'appuient sur un modèle transactionnel de l'anorexie du nourrisson dans lequel les caractéristiques du nourrisson et des parents sont associées avec un haut conflit durant les

interactions alimentaires et le conflit durant l'alimentation est associé avec des déficiences de développement du nourrisson.

Les critères de diagnostic spécifiques pour ce trouble sont :

- 1) Un refus alimentaire d'au moins un mois qui peut apparaître lors de la diversification et commencer ou s'accroître lors du passage de l'alimentation à la cuillère à l'alimentation autonome
- 2) Un déficit de croissance significatif
- 3) Une préoccupation parentale à propos de ces jeunes enfants exprimée par les parents de diverses façons : ils « câlinent » l'enfant pour l'inciter à manger, autorisent ou interdisent des distractions et le jeu pendant l'alimentation, alimentent le jeune enfant très fréquemment et pendant la nuit, proposent un grand nombre d'aliments différents, parlent d'inquiétude ou de frustration et/ou de forçage alimentaire (au moins deux éléments sont requis)
- 4) Un conflit intense entre les parents et les jeunes enfants exprimé par le refus alimentaire des enfants et par les affects négatifs des parents et/ou par des commentaires à propos du refus alimentaire
- 5) L'absence d'événement traumatique au niveau de l'oropharynx ou du tractus intestinal dans l'histoire du trouble ou de refus alimentaire secondaire lié à une pathologie organique.

4- Aversions sensorielles alimentaires.

Cette catégorie a été ajoutée à la classification en 2002 (Chatoor, 2002). Le trouble débute au moment de la diversification. Il est caractérisé par un refus alimentaire basé sur une sélectivité alimentaire. L'enfant avec une aversion sensorielle alimentaire refuse de façon sélective de manger certains aliments, cependant il mange sans difficulté quand on lui propose sa nourriture préférée. Certains auteurs ont appelé ce trouble alimentaire «alimentation sélective» ; d'autres l'ont appelé «phobie alimentaire», ou «aversion alimentaire». Chatoor a choisi le terme d'«aversion sensorielle alimentaire» parce que les expériences de l'enfant avec des aliments spécifiques sont très aversives pour des raisons de goût, de texture, d'odeur ou d'apparence, et qu'ils ont fréquemment d'autres difficultés sensorielles.

Les réactions aversives du nourrisson vont de la grimace au réflexe nauséux, au vomissement, ou au crachat de la nourriture. Après la réaction aversive initiale, les nourrissons refusent systématiquement de continuer à manger cette nourriture particulière et témoignent de la détresse si ils y sont contraints. Certains nourrissons généralisent leur aversion à d'autres aliments qui ressemblent ou sentent de la même manière. Les parents rapportent que ces

nourrissons refusent de goûter de nouveaux aliments voire refuser de manger des aliments qui ont touché la nourriture refusée. D'autres mangent seulement la nourriture d'une marque spécifique (Mc Donald's, ...). Les habitudes alimentaires de ces enfants peuvent conduire à des déficiences nutritionnelles et des retards de développement de leur motricité orale (par manque d'expériences de mastication) voire chez les plus âgés, à une anxiété sociale et à l'évitement par l'enfant des situations qui impliquent de manger avec d'autres enfants. En plus de leur sensibilité pour certains aliments, la majorité de ces enfants ont des problèmes dans d'autres registres sensoriels (difficultés à marcher sur du sable ou de l'herbe, à porter certaines matières de vêtements, hypersensibilité à l'odeur et aux sons.

Certaines études ont tenté d'explorer si la sensibilité au goût pouvait être héréditaire et des modèles de transmission génétique ont été suggérés. D'autres études ont démontré que certains aspects de l'environnement alimentaire peuvent aussi avoir une forte influence sur le développement des préférences alimentaires et sur la forme sélective du refus. En effet, si les parents sont des mangeurs sélectifs, leurs enfants peuvent reproduire cette sélectivité. En résumé, les études précédentes indiquent que des prédispositions génétiques et l'environnement alimentaire affectent les préférences alimentaires des jeunes enfants.

Le trouble comprend :

- 1) Un refus de manger des aliments particuliers avec des goûts, des textures, des odeurs ou des apparences spécifiques pendant au moins un mois.
- 2) Un début du refus alimentaire apparaît au moment de la diversification (par exemple peut manger des carottes, mais refuser les haricots verts ; peut manger de la nourriture croquante mais refuser la purée ou les petits pots lisses).
- 3) L'enfant mange mieux quand on lui propose sa nourriture préférée.
- 4) Des déficiences nutritionnelles spécifiques (vitamines, fer, zinc ou protéines), ou un retard de la motricité orale, ou encore une grande anxiété et un évitement face aux situations sociales qui implique l'alimentation, ou les trois à la fois.
- 5) Le refus de manger des aliments spécifiques n'est pas dû à une allergie ou une maladie organique.

5- Trouble alimentaire avec une cause organique associée (« condition médicale associée »)

Cette catégorie a aussi été ajoutée en 2002 (Chatoor, 2002). Le trouble peut commencer à tout âge et se caractérise par un refus alimentaire lié au retentissement d'une ou plusieurs pathologie(s) organique(s) sur l'alimentation. Certaines affections organiques sont

diagnostiquées tardivement, le refus alimentaire pouvant être le symptôme principal (Cascales, 2013). C'est par exemple le cas d'allergies alimentaires chez les jeunes enfants ou d'un reflux gastro-oesophagien qui peut rester méconnu des pédiatres en raison de l'absence de vomissement chez le nourrisson. Typiquement, les nourrissons boivent quelques gorgées de lait avant que le refus n'apparaisse puis les nourrissons expriment des signes d'inconfort (ils se tortillent, se cambrent, pleurent) et repoussent le biberon loin d'eux. Certains nourrissons peuvent se calmer d'eux-mêmes et reprennent leur alimentation jusqu'à un nouvel épisode douloureux. Certains nourrissons pleurent, montrent des signes de détresse, et s'agitent de plus en plus pendant que le parent continue d'essayer de les nourrir. Certains nourrissons avec une détresse respiratoire peuvent s'alimenter pendant un moment et prendre une petite quantité jusqu'à se fatiguer et s'arrêter. En général, ces nourrissons consomment des quantités inadéquates (faibles) de nourriture, ne prennent pas de poids voire perdent du poids. Une prise en charge médicale satisfaisante améliore les difficultés alimentaires du nourrisson mais fréquemment, les problèmes alimentaires ne sont pas complètement résolus.

Le diagnostic repose sur :

- 1) Un trouble alimentaire caractérisé par un refus alimentaire et une prise alimentaire insuffisante pendant au moins deux mois.
- 2) Un début du refus alimentaire qui peut apparaître à des âges différents pour l'enfant et peut s'accroître et diminuer en intensité, en correspondance avec l'affection organique sous-jacente.
- 3) Un nourrisson qui peut commencer à manger mais montrer secondairement de la détresse et refuser de continuer à manger.
- 4) Un enfant avec une cause organique associée qui est évaluée comme la raison de sa détresse.
- 5) Un enfant qui ne prend pas le poids adéquat et peut même en perdre.
- 6) Un enfant pour qui une prise en charge médicale améliore mais ne résout pas complètement le trouble alimentaire.

6-Trouble alimentaire post-traumatique.

Ce trouble peut commencer à tout âge et se base sur la crainte de se nourrir après avoir vécu une ou plusieurs expérience(s) traumatique(s) en lien avec l'alimentation. Bien que les nourrissons ne puissent pas parler, l'observation de leur comportement fournit un point de vue important sur la compréhension de leurs peurs. Ces nourrissons, dans les cas les plus sévères,

résistent intensément voire peuvent ne pas manger du tout (Cascales, 2014b). Les parents peuvent rapporter que le refus de leur nourrisson de manger des aliments solides a débuté après une expérience d'étouffement ou après un ou plusieurs épisodes nauséux sévères. D'autres parents peuvent rapporter que le refus de boire au biberon a débuté après un ou plusieurs épisodes de vomissement. Certains parents ont observé que le refus alimentaire suivait une intubation, la mise-en-place d'une sonde nasogastrique, ou une intervention chirurgicale qui aurait demandé une aspiration de l'oropharynx.

Le souvenir de l'événement traumatique (par exemple, le biberon, ou la chaise haute) cause fréquemment une détresse intense, et les nourrissons expriment de la détresse quand ils sont positionnés pour le repas et quand on leur présente les couverts et la nourriture pour manger. Ils peuvent résister à l'alimentation en criant, en se cambrant, et en refusant d'ouvrir la bouche. Si la nourriture est placée dans leur bouche, ils résistent intensément pour avaler. Ils peuvent avoir des haut-le-cœur ou vomir, recracher la nourriture, ou la jeter activement, ou conserver les aliments à l'intérieur des joues et la recracher ensuite pour éviter d'avalier. La peur de manger semble dépasser la conscience de la faim, et les nourrissons qui refusent toute nourriture, liquide et solide, demande une intervention importante pour prévenir la déshydratation et la dénutrition.

Chatoor et ses collègues ont montrés que ces jeunes enfants peuvent être différenciés des bons mangeurs et des jeunes enfants avec une anorexie infantile par l'intensité de leur résistance à avaler la nourriture.

Le diagnostic repose sur :

- 1) Un début aigu et important du refus alimentaire.
- 2) Le début du refus alimentaire peut apparaître à des âges différents dans l'enfance, du plus jeune âge au plus âgé.
- 3) Un refus alimentaire qui suit un événement traumatique ou la répétition de traumatismes graves de l'oropharynx ou du tractus gastro-intestinal qui ont déclenché une détresse intense chez le nourrisson.
- 4) Un refus alimentaire qui consiste à manifester l'un des comportements suivants : a) L'enfant refuse de boire au biberon mais accepte de la nourriture proposée à la cuillère (bien que il refuse de façon répétée de boire au biberon quand il est réveillé mais il boit au biberon quand il dort ou quand il est en train de se réveiller). b) L'enfant refuse la nourriture solide mais accepte le biberon. c) L'enfant refuse toute nourriture par voie orale.
- 5) Les souvenirs des événements traumatiques entraînent de la détresse telle qu'exprimée par une ou plus des manifestations suivantes : a) L'enfant peut anticiper la détresse quand il

est positionné pour manger. b) L'enfant montre une résistance intense quand on lui approche le biberon ou la nourriture. c) L'enfant montre une résistance intense pour avaler la nourriture placée dans sa bouche.

6) Sans supplémentation (par exemple les préparations de formules enrichies spécifiques, alimentation par sonde nasogastrique ou gastrostomie ou nutrition parentérale), le refus alimentaire pose une menace urgente ou à long-terme pour la santé de l'enfant et menace la progression du développement de l'enfant approprié à l'âge.

Dans l'étude diagnostique de Chatoor (2002), 20% des nourrissons et jeunes enfants examinés ont montré une comorbidité de deux ou plus de ces troubles alimentaires. La plus fréquente comorbidité observée a été entre l'anorexie infantile et les aversions sensorielles alimentaires (13%), bien que ces troubles alimentaires soient apparus plus fréquemment dans leur forme pure (31% d'aversions sensorielles alimentaires et 21% d'anorexie du nourrisson) (Dahl et al., 1994).

3. Les interactions alimentaires dans le contexte des troubles du comportement alimentaire du nourrisson et du jeune enfant

La fonction alimentaire représente dans la première enfance un lieu d'expression privilégiée de la souffrance psychique et des dysfonctionnements relationnels du nourrisson avec son entourage. La situation d'alimentation permet en effet de satisfaire les besoins tant physiologiques qu'affectifs du nourrisson. Elle est sensible à de nombreux facteurs en interaction : le corps du bébé, son fonctionnement, la perception des besoins du bébé par l'adulte qui s'en occupe ainsi que le mode de réponse qu'il va amener seront déterminants dans la survenue de difficultés ultérieures. On ne saurait en effet trop souligner les interconnexions entre la qualité du système de la relation de soins et l'apparition précoce de troubles alimentaires.

Les propositions théoriques de Winnicott peuvent éclairer la clinique des troubles alimentaires aux différents âges de la vie. Dans « *Appétit et troubles émotionnels* », Winnicott fait de la prise en compte toute particulière des détails du nourrissage un aspect essentiel de la compréhension du petit patient, de son monde interne et de son organisation psychique. Selon lui, les perturbations de l'appétit ne sont pas à considérer en tant que telles, mais à comprendre au sein d'un ensemble de symptômes, d'un tableau clinique.

L'analyse de la qualité et les caractéristiques spécifiques de la relation mère-enfant pendant l'interaction alimentaire ainsi que les transactions entre les caractéristiques constitutionnelles

de l'enfant et les caractéristiques affectives et sociales de son environnement a un rôle crucial pour comprendre les dynamiques et les facteurs de risque à l'origine de l'installation et la persistance d'un trouble alimentaire. Dans cette perspective, au cours des dernières décennies, des études cliniques portant sur le développement ont tenté d'identifier le rôle des facteurs de risque psychologiques dans l'origine des premières difficultés d'alimentation des nourrissons et la corrélation possible avec l'environnement de soins et l'expérience transactionnelle mère-enfant. Des facteurs de risques et de vulnérabilité sont maintenant bien connus, ils peuvent venir de l'enfant (comme dans le cas d'un tempérament « difficile ») ou de l'écosystème comme un état psychopathologique parental, la précarité, la présence de nombreux facteurs de stress psychosociaux ou la conflictualité et l'instabilité dans la relation conjugale. Il existe de plus des influences réciproques entre l'état psychopathologique maternel et les dynamiques interactives de la relation mère-enfant qui président au développement du processus d'alimentation.

Ammaniti et ses collègues (2004) ont fait l'hypothèse, en particulier, de l'existence d'un «*mécanisme de transmission intergénérationnelle*», selon lequel les fonctions de la relation de soins peuvent être compromises par des troubles affectifs et de personnalité du parent, qui donnent lieu à des modalités relationnelles imprévisibles et incohérentes dans la communication affective avec l'enfant. Il en résulte un échange affectif sans réciprocité, imprévisible et incohérent, qui ne permet pas au nourrisson de comprendre ses propres états émotifs naissants avec en conséquence des troubles de la régulation émotive et de la stabilisation des rythmes alimentaires.

Dans ces situations, la dyade ne réussit pas à établir un «rythme partagé» -essentiel pendant l'alimentation- et l'enfant n'apprend pas à régler ses désirs croissants d'autonomie et d'individuation (comme par exemple pouvoir interrompre le repas pour s'intéresser à ce qui l'entoure ou prendre l'initiative pour la prise de nourriture) avec le besoin d'être nourri et rassuré par la présence du caregiver. Le donneur de soin ne laissera pas l'espace nécessaire à l'enfant pour faire l'expérience de son propre tour (pause exploratoire), en imposant des rythmes alimentaires pressants et stricts, et en interférant avec angoisse dans les initiatives spontanées de l'enfant.

Un enfant qui ne mange pas inquiète toujours ; chaque trouble du comportement alimentaire est source de stress chez le caregiver et entraîne l'apparition de problèmes relationnels bi- et tripolaires, avec une tension, de la peur, un sentiment d'impuissance chez l'adulte. Or, chaque état émotionnel du caregiver peut se répercuter dans l'atmosphère qui préside à la prise alimentaire, il en résulte une ambiance négative. La tonalité affective négative, généralisée et

persistante qui imprègne la relation détermine une série de difficultés dans le domaine de l'alimentation, qui peuvent aller jusqu'aux cadres cliniques plus sérieux, tel que le retard de croissance non-organique. T.Cascalès (2013) fait l'hypothèse que l'état émotionnel (négatif) du donneur de soin n'est pas la *cause* du trouble alimentaire, mais contribue à la *chronicisation* de la symptomatologie anorexique en perturbant les capacités d'autorégulation de l'excitation du nourrisson.

La capacité des parents et plus précisément celle de la mère à calmer l'excitabilité physiologique du nourrisson conditionne le bon déroulement de l'alimentation. Une mère trop angoissée ne permet pas au nourrisson de profiter pleinement de la situation d'alimentation (Cascalès, 2013).

Dans ces situations, certaines mères d'enfants avec des difficultés alimentaires signalent des difficultés de « collage » avec ces enfants et peuvent avoir des sentiments ambivalents envers eux. Le climat interactif résultant est souvent tendu, rapide et saccadé, dans la surstimulation anxieuse ou mécanique (plutôt que dans la carence).

Dans ces situations, le caregiver est extrêmement « contrôlant », c'est-à-dire qu'il interpelle et critique souvent l'enfant, et qu'il utilise difficilement des stratégies de résolution de problèmes comme la négociation, créant ainsi un conflit pendant le repas : le besoin d'autonomie émergeant de l'enfant rencontre l'obstacle de la raideur maternelle, qui limite sa possibilité de se mesurer avec ses capacités croissantes d'individuation (Ammaniti et al. 2004). Certains parents peuvent avoir un sentiment de culpabilité et s'engager dans une constante auto-évaluation quant à leur façon de fonctionner en tant que parent. Leurs difficultés à réguler leurs propres états émotionnels pendant le repas conduisent à leur incapacité à reconnaître de façon empathique les signaux de faim-satiété de l'enfant et ses besoins croissants d'autonomie, ce qui porte à des échecs interactifs répétés (Raina, 2004 ; Nyaz Didehbani et Kelly, 2009).

Même lorsque la condition médicale douloureuse est la cause du refus de s'alimenter, les réactions des parents (ou d'autres personnes qui prennent soin des enfants pendant les repas) peuvent exacerber le problème. Piazza et ses collègues ont analysé les effets des comportements des parents pendant les repas sur les comportements alimentaires des enfants souffrant de problèmes d'alimentation. Ces parents utilisaient diverses stratégies pour encourager les enfants à manger, comme la distraction, les cajoleries, la réprimande ; leur permettre de temps en temps d'arrêter ou d'éviter de manger et leur proposer des aliments ou leurs jouets préférés. Les résultats indiquaient que les stratégies utilisées pour encourager

l'alimentation aggravait en fait le comportement chez la majorité des enfants (Didehbani et Kelly, 2009).

Ainsi, les conduites parentales de forçage sont l'expression d'une panique chez les parents et cette pression parentale provoque la résistance de l'enfant (Dunitz-Scheer, 2007).

4. Le modèle d'Irène Chatoor (de l'École de Washington)

La description et la compréhension des troubles du comportement alimentaires restrictifs du nourrisson et du jeune enfant ont beaucoup progressé depuis les travaux d'I. Chatoor. Ces travaux ont inclus un nombre important de dyades mère-bébé avec des observations filmées des interactions mère/enfant durant les repas, une évaluation des apports nutritionnels, et un recueil précis des antécédents médico-chirurgicaux de l'enfant et de sa mère. S'y sont ajoutées des observations supplémentaires pour apprécier l'attachement de la mère et de l'enfant (évaluation par la situation étrange d'Ainsworth par exemple), les préoccupations alimentaires des parents, etc. (Cascales, 2013 ; Le Heuzey et al., 2011).

De ces observations, I.Chatoor tire un modèle transactionnel de compréhension des TCA précoces en se basant sur celui de l'anorexie infantile qui comprend 3 éléments : (a) le *tempérament difficile* du nourrisson, (b) les *vulnérabilités parentales* en raison surtout de leurs expériences relationnelles insécurisées ou de leurs difficultés pour réguler leur propre alimentation, (c) le *conflit dans la relation* parent-nourrisson. Il est proposé que les troubles soient le résultat d'un processus « croisé » où les caractéristiques des parents et des nourrissons augmentent et maintiennent le conflit durant les interactions alimentaires. Comme le conflit devient le point central des interactions alimentaires, la reconnaissance des indices de faim et de satiété sont sévèrement entravés chez le nourrisson. Avec le temps ce modèle se traduit en prise calorique insuffisante et, au final, en déficit de croissance (Chatoor, 2003).

Avec le modèle de Chatoor (1997b), le conflit dans la dyade peut augmenter si les parents présentent des caractéristiques qui limitent leurs capacités de réponse aux comportements alimentaires de leurs jeunes enfants ; le conflit peut donc trouver son origine dans les caractéristiques du tempérament des jeunes enfants et dans les caractéristiques de leurs donneurs de soins, et donc en général de leur mère.

Nous allons décrire les 3 variables du modèle transactionnel de Chatoor.

a) le tempérament du nourrisson

L'intérêt pour l'étude du tempérament du nourrisson a augmenté progressivement ces dernières années et les techniques développées pour l'évaluation du tempérament de l'enfant ont pris une

place importante, avec une variété de recherches et d'approches par des questionnaires maintenant utilisés en pratique courante (Rothbart et al., 2001).

Dans l'approche de Garstein et Rothbart (2003), le tempérament est défini comme constitutionnellement basé sur les différences individuelles dans la réactivité et l'autorégulation, avec une référence à la construction biologique de l'individu, relativement durable (pendant le développement, ses manifestations changent au fur et à mesure que l'enfant grandit, avec un développement rapide durant la petite enfance, influencée par l'hérédité, le développement, et l'expérience).

En s'intéressant au tempérament, Chatoor a proposé que les jeunes enfants qui ont une réaction importante à la stimulation, sont facilement réveillés, facilement distraits durant l'alimentation sont particulièrement vulnérables aux troubles du comportement alimentaire. Par conséquent, dans son modèle, Chatoor fait l'hypothèse que les évaluations par les mères des caractéristiques du tempérament de leur tout-petit sont associées avec l'anorexie infantile.

À la question de « comment les caractéristiques de l'enfant (habiletés alimentaires, appétit, caractère et autres caractéristiques physiques) déclenchent ou influencent-elles les comportements alimentaires, les interactions au moment des repas et la croissance ? », d'autres travaux ont répondu que les troubles de l'alimentation étaient souvent co-occurents avec les problèmes de sommeil et les perturbations comportementales (irritabilité, faible auto-apaisement et intolérance au changement), ce qui suggère peut-être que tous ces symptômes constituent un « trouble de la régulation » constitutionnel sous-jacent chez les nourrissons et chez les jeunes enfants. La découverte principale résumée ici est que le tempérament physiologique du nourrisson joue un rôle important dans la relation dynamique à l'intérieur de laquelle les comportements alimentaires se développent (Ramsay, 2005 ; Le Heuzey et al., 2007).

b) *les vulnérabilités parentales*

Si on se rapporte au modèle de Chatoor (1997b), le conflit dans la dyade peut augmenter si les parents présentent des caractéristiques qui limitent leurs capacités de réponse aux comportements alimentaires de leurs jeunes enfants.

- Une de ces caractéristiques serait *l'attitude maternelle d'alimentation* (notion développée dans la partie II de la thèse)

Les vulnérabilités alimentaires du donneur de soin (Ammaniti et al., 2004) influencent négativement la capacité des jeunes enfants à différencier la faim et les émotions (Chatoor et al., 2000). D'autres aspects de la santé mentale de la mère ont été systématiquement associés à

des difficultés d'alimentation des enfants, comme par exemple l'anxiété et la dépression (Lindberg et al., 1996 ; Chatoor, 1998 ; Coulthard et Harris, 2003).

c) le conflit alimentaire

De nombreuses études se sont penchées sur les effets des interactions mère-bébé dans les troubles de l'alimentation, mais il reste difficile de mettre en évidence les patterns relationnels spécifiques ayant un effet négatif ou positif sur ces interactions. Feldman et al. (2004) ont étudié des indicateurs spécifiques de difficultés dans la relation mère-enfant avec les enfants souffrant de troubles de l'alimentation. Le conflit est susceptible d'être un facteur de médiation clé entre trouble de l'alimentation parentale et la croissance du nourrisson mais il existe un grand nombre d'autres facteurs. Il faut aussi considérer le conflit dans la relation mère/enfant d'un point de vue développemental car l'enfant est lui même dans un conflit interne entre l'autonomie et la dépendance durant cette période de développement, représenté par le souhait du nourrisson de manger seul mais d'avoir en même temps l'attention de sa mère.

Cependant le conflit persistant et marqué entre le parent et le nourrisson peut avoir une influence néfaste sur l'enfant et sur l'interaction mère-enfant (Stein et al., 1999). Cependant il est apparu que le *facteur prédictif le plus fort* du poids infantile est la mesure du conflit entre la mère et l'enfant pendant le repas.

Du refus alimentaire au conflit

On est frappé par la précocité et la détermination qui animent le refus alimentaire de certains nourrissons mais ce que refuse le bébé, c'est bien plus encore la *contrainte* que la nourriture.

Chatoor (2003), en lien avec sa classification, distingue 3 sortes de refus alimentaire : le refus alimentaire « imprévisible », le refus alimentaire « sélectif » et le refus alimentaire « de peur ». Elle propose que chaque forme de refus alimentaire donne lieu qualitativement à différents troubles de l'alimentation : le refus alimentaire imprévisible est associé avec l'anorexie infantile ; le refus alimentaire sélectif est lié aux sensations d'aversion alimentaires ; et le refus alimentaire de peur est central dans le refus alimentaire post-traumatique.

Pour conclure, dans chaque cas, le conflit dans la dyade interfère avec le succès de la transition à l'alimentation autonome. Quelle que soit l'origine du conflit pendant l'alimentation, c'est un combat inégal chronique entre les comportements des jeunes enfants et les réponses des parents (Cascales et Olives, 2012).

5. La prise en charge actuelle des troubles du comportement alimentaire restrictifs du nourrisson et du jeune enfant

5.1. Généralités

L'expérience dans l'accompagnement des enfants et des familles dans le traitement des TCA du nourrisson démontre l'importance d'une prise en charge précoce. Le type de prise en charge choisi dépend de l'âge du nourrisson, de son état nutritionnel, du niveau d'habileté acquise sur le plan alimentaire, du niveau de refus – plus ou moins radical – de nourriture, du niveau de détresse et d'anxiété parentale, et enfin de l'état plus ou moins inadapté des interactions au cours des repas.

Pour le cas particulier des enfants hospitalisés en période néonatale, les effets positifs du maintien de l'activité orale pendant la phase d'alimentation par sonde sont aujourd'hui largement démontrés. L'attention portée à l'inconfort et la douleur en lien avec les soins autour de la sphère orale est importante pour diminuer les problèmes d'oralité. Face à un enfant dont l'affection nécessite une alimentation par sonde ou gastrostomie, il est essentiel de maintenir des stimulations sensorielles gustatives, olfactives et tactiles pour faire vivre la zone orale. Cela peut aussi représenter un soutien pour la mère, privée du plaisir d'alimenter son enfant au sein, au biberon et/ou à la cuillère (Bullinger, 2009).

Quelle que soit la prise en charge proposée, trois éléments majeurs sont à respecter (Ramsay, 2001) :

- Considérer d'abord les problèmes d'ordre physiologique. Ceci réduirait l'anxiété du parent et le blâme qu'il s'adresse bien souvent. Dans tous les cas on débute avec une mise au point médicale physiologique, en abordant de front les angoisses vitales (le vital est souvent au premier plan dans ces troubles qui ont une importante aura d'organicité), en explicitant les traitements utiles, nécessaires, inutiles. On évoque les origines multiples du symptôme, l'intrication psyché-soma, son ressenti sur le contenu affectif de la situation, ses hypothèses.
- Informer les parents des aspects physiologiques de l'alimentation et des étapes du processus alimentaire.
- Aider les parents à surmonter leur sentiment que le refus de nourriture chez l'enfant est volontaire et dirigé contre eux.

L'intervention thérapeutique correcte consiste donc d'une part à déterminer précisément de quel type de dynamique conflictuelle infantile et donc de quelle atteinte corporelle objectivable

au sens de problème de développement il s'agit, et d'autre part à inviter les parents, avec tact et sensibilité mais aussi de façon claire et structurée, à réfléchir sur leur rôle dans le conflit et à le modifier. La résolution du conflit se fera sous la forme d'un compromis dans lequel parents et enfants vont faire un pas vers l'autre et trouver une solution à moyen terme. L'objectif reste une réduction de l'anxiété chez tous les partenaires de l'interaction.

En réalité, cela s'avère souvent plus long et plus complexe qu'il n'y paraît et les prises en charge les plus longues correspondront évidemment à celles des dyades les plus vulnérables.

Ces dernières années, les chercheurs ont consacré de nombreuses études à la construction de protocoles thérapeutiques spécifiques aux TCA précoces (Sharp et al., 2010). Certains auteurs, sur le modèle de l'école de Washington, ont préconisé la mise en place de prises en charge psycho-éducatives basées sur le conseil et l'aide à la parentalité (Douglas, 2002 ; Redstone, 2004 ; Bachmeyer, 2009). D'autres, plus influencés par les thérapies cognitivo-comportementales ont proposé aux parents des programmes d'entraînements axés sur des techniques de réalimentation des nourrissons (Rome et Ammerman, 2003 ; Patel et al., 2005 ; Rivas et al., 2010, 2011). L'intervention comportementale précoce jouerait 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 (Ramsay, 2005).

5.2. Les thérapies brèves mère /bébé :

Il a été formellement démontré que la mise en place d'une thérapie brève mère/bébé que ce soit par thérapie psychodynamique (Palacio-Espasa et Knauer, 2006) ou par guidance interactive a un effet positif sur les troubles alimentaires du nourrisson et du jeune enfant. Knauer et Cramer (2006 et 2009) décrivent ces deux types de thérapies :

- Dans l'approche brève et conjointe de type psychodynamique, les thérapeutes « tentent de déceler et d'aborder les facteurs possiblement conflictuels existant entre les parents ou la mère et le bébé, dans une perspective fantasmatique et interactive à la fois ». L'indication à la psychothérapie brève, sur un maximum de 10 séances, s'adresse à des bébés entre 3 et 30 mois, dont le développement est proche de la norme et dont les symptômes de nature psycho-fonctionnelle peuvent entrer dans le cadre de troubles relationnels précoces. Les auteurs précisent « Ainsi, pour les mères ou les parents dont le narcissisme parental est trop défaillant, et qui démontrent des difficultés évidentes à comprendre les besoins fondamentaux de leur bébé, un traitement de longue durée s'impose ». La thérapie psychodynamique tente de focaliser un conflit existant dans la dyade mère-bébé ou la triade père-mère-bébé, qui sera

reliée avec les projections et les représentations dévolues à celui-ci ainsi qu'à l'histoire vécue de la mère ou des deux parents. La technique psychodynamique consiste à verbaliser cette constellation de représentations et à souligner les interactions symptomatiques concomitantes dans une alliance thérapeutique positive où le transfert n'est pas interprété.

- La guidance interactive est plus ciblée sur l'étude des interactions encourues avec une attitude thérapeutique de soutien particulier à la relation mère-bébé. Elle se focalise sur l'interaction visible et en cours, dans une attitude thérapeutique de base positive et encourageante, où l'usage de la vidéo permet à la mère ou aux parents de visualiser leurs comportements interactifs avec leur bébé. Dans cette approche, il n'y a pas de référence explicite à l'histoire de la mère ou des parents, et le thérapeute explicite les séquences interactionnelles vécues dans « l'ici et le maintenant », dans le but de renforcer, par ses encouragements, les interactions qui se révèlent favorables à une harmonisation de l'interrelation. La guidance interactive utilise une approche développée aux États-Unis par S. McDonough (1995) et adaptée (S. Rusconi Serpa, 1992).

De façon générale les traitements s'adressent non seulement à l'enfant lui-même, mais tentent aussi de travailler de manière spécifique sur les difficultés entre parents et enfants, par des interventions régulières avec les parents, aboutissant parfois à une indication de psychothérapie pour la mère ou le couple.

5.3. Prise en charge psycho-éducative basée sur le conseil et l'aide à la parentalité sur le modèle de l'école de Washington (décrite par Irène Chatoor (2003) dans un article traduit par T.Cascalès (2011)).

À chacun des troubles de la classification de Chatoor correspond une prise en charge spécifique. Dans la pratique clinique, il est nécessaire de prendre en compte les caractéristiques individuelles des nourrissons et des parents et d'individualiser le traitement.

Traitement du trouble alimentaire de la régulation des états

Aucune étude empirique n'a élaboré un traitement de ces troubles alimentaires. Le traitement peut se concentrer sur l'aide à apporter à la mère pour qu'elle module la quantité de stimulation, particulièrement durant l'alimentation (comme alimenter un nourrisson excitable dans le calme et la pénombre d'une chambre ou masser le nourrisson qui est en difficulté pour

se réveiller pour s'alimenter). Si le développement du nourrisson est sérieusement altéré, une sonde nasogastrique peut être nécessaire pour compléter son alimentation orale afin de prévenir d'autres complications liées à la malnutrition. Le traitement peut aussi être dirigé vers le traitement de l'anxiété maternelle, la fatigue, ou la dépression pour aider la mère à négocier avec les défis lancés par son nourrisson.

Traitement du trouble alimentaire de la réciprocité

Des traitements variés pour ce trouble ont été proposés, allant des interventions à domicile à des hospitalisations dans les cas les plus sévères. Dans les deux types d'interventions, il a été montré que cela améliore son développement (Black et al. 2011). Fraiberg et ses collègues ont développé une approche à domicile qui se centre sur le nursing de la mère afin qu'elle puisse assurer un nursing pour son enfant. Cependant, l'hospitalisation est souvent nécessaire car le nourrisson est dans un état nutritionnel critique et montre une altération sévère de son développement qui rend la situation urgente. Durant l'hospitalisation, un certain nombre d'interventions concernant le nourrisson peuvent être initiées pendant que l'évaluation de la mère et de l'environnement familial est effectuée. Il est important qu'un minimum d'infirmières prennent en charge le nourrisson car seuls une implication et un investissement affectif important par le plus petit nombre possible d'infirmières peuvent permettre au nourrisson d'investir et de récupérer des négligences qu'il a connues à la maison. Ces nourrissons bénéficient aussi d'une prise en charge « physique » parce que certaines de leurs difficultés proviennent d'une hypotonie généralisée par un manque de soutien et de soins prodigués par leurs parents.

L'amélioration de la santé physique et de la disponibilité affective de ces nourrissons peut être utilisée pour investir les mères dans le processus de soin en cours. Le degré de compliance parentale et la coopération dans le traitement de l'enfant est prédictif des résultats positifs pour ces nourrissons (Ayoub et Milner).

Traitement de l'anorexie infantile

Dans l'anorexie infantile, le recours à un psychothérapeute est toujours nécessaire.

S'appuyant sur le modèle transactionnel de Chatoor, un traitement spécifique a été développé en prenant en compte les trois composantes de ce modèle : le tempérament difficile du nourrisson, les vulnérabilités parentales, le conflit dans la relation parent-nourrisson. En d'autres termes, le traitement psychothérapique se centrera sur la relation parents-enfant, en aidant les parents chacun dans leur rôle et dans l'apprentissage d'un meilleur ajustement au

tempérament de l'enfant

- *Le tempérament du nourrisson.* Le but de cette composante du traitement est de changer la perception et l'interprétation parentale du tempérament de leur enfant, plutôt que de changer le tempérament de leur nourrisson. Le thérapeute aide les parents à comprendre que leurs nourrissons sont curieux et plus intéressés par l'exploration et les interactions avec les parents que par le fait de manger et qu'ils sont plus difficiles à discipliner et que, parce que ces nourrissons sont très investis avec leur donneur de soin et leur environnement, ils ne semblent pas manifester de signaux de faim. Leur curiosité est une caractéristique positive parce qu'elle participe à leur développement cognitif, mais les nourrissons nécessitent d'être accompagnés durant les repas pour les aider à se reconcentrer sur la nourriture et à prendre conscience de leurs signaux de faim. En conséquence, ces nourrissons ont besoin de repas plus structurés et plus cadrés que d'autres nourrissons qui reconnaissent facilement quand ils ont faim. Dans le même temps, le cadre est plus difficile à tenir avec ces nourrissons parce qu'ils sont obstinés, et qu'ils expriment intensément leur protestation quand ils n'obtiennent pas ce qu'ils veulent.

- Après analyse du tempérament du nourrisson, le thérapeute explore le *conflit dans la relation* mère/enfant. Il aide les parents à comprendre le conflit entre l'autonomie et la dépendance durant cette période de développement. Une approche empathique est nécessaire pour permettre aux parents de partager avec le thérapeute la lutte avec leur nourrisson et explorer si ces conflits sont reliés à leurs propres expériences parentales ou à d'autres expériences de vie traversées.

- Le thérapeute évalue les *vulnérabilités parentales*. De nombreuses mères rapportent de façon anecdotique qu'elles ont revécu avec leurs nourrissons les impressions d'inefficacité et d'appel à l'aide qui les avaient fait souffrir durant leur enfance avec leurs propres parents. En conséquence, une approche empathique est nécessaire pour laisser ces mères parler avec le thérapeute de leurs difficultés avec leurs nourrissons. Les parents doivent être aidés pour comprendre comment ces expériences passées affectent leur parentalité et si elles interfèrent avec les limites du cadre posé pendant les repas et les comportements inappropriés de leur nourrisson. Les parents doivent aussi analyser leur propre régulation vis-à-vis de la nourriture, leurs craintes de prendre du poids, ou les difficultés d'interprétation de leurs propres signaux internes de faim et de satiété.

Après ce premier travail, le thérapeute fournit aux parents des techniques comportementales qui permettent aux nourrissons de s'autonomiser durant l'alimentation au moment où les limites du cadre face aux comportements inappropriés de ceux-ci sont les plus importantes, en particulier quand, où et quoi doit être proposé au nourrisson, cependant ils doivent permettre à celui-ci de

décider de la quantité de nourriture qu'il va manger. Plus tôt un enfant demande à être autonome en matière d'alimentation, plus tôt il doit être autorisé à le devenir. Si l'enfant ne peut pas, il a besoin d'aide. Si l'enfant ne veut pas, il a besoin de distance et de soutien pour développer son autonomie et/ou d'interventions paradoxales (Dunitz-Scheer, 2007).

Ces nourrissons vont apprendre à réguler de façon interne leur alimentation en accordant les sensations de faim et de satiété. Il est nécessaire que les parents proposent un programme alimentaire régulier, avec les repas et les collations qui sont espacés de moins de 4 heures, et n'autorisent pas les collations ou le biberon/allaitement entre. Cet intervalle de temps permet au nourrisson de construire ses expériences de faim. Il est aussi demandé aux parents d'apprendre aux jeunes enfants à ne pas mettre fin au repas en sortant de la chaise haute ou en jetant la nourriture et les couverts. En conséquence, il est nécessaire d'apprendre aux parents à manier le temps de fin de repas pour permettre à leur jeune enfant d'accepter par lui-même les limites et le cadre qui, la plupart du temps, le frustrent et le mettent en colère.

Traitement des aversions sensorielles alimentaires

Les nourrissons dans la première année de vie sont plus susceptibles d'accepter de nouveaux aliments dès la première présentation, tandis que les nourrissons âgés de deux ans et plus vont avoir besoin de propositions répétées des nouveaux aliments pour s'y familiariser (Birch et al., 2006). Le fait d'en informer les parents des enfants ayant une aversion alimentaire semble faciliter l'introduction précoce de nouveaux aliments et permettre aux nourrissons d'apprécier une variété plus large d'aliments.

Les parents essaient fréquemment de cajoler l'enfant, en lui promettant des récompenses ou en proposant les aliments favoris de l'enfant (gâteaux, chips, etc) afin de l'inciter à manger comme un « bon » mangeur. Ces techniques ont des effets négatifs significatifs et déplacent l'intérêt de l'enfant de la nourriture proposée vers les contingences décrites précédemment (birch et al., 2009). Si le jeune enfant prend l'initiative de goûter un nouvel aliment, les parents devront rester neutres par rapport à cette attitude car trop de compliments par les parents semble avoir des effets négatifs sur les dispositions de l'enfant à essayer des aliments nouveaux. De plus, les jeunes enfants sont dépendants du modèle de leurs parents et de leurs pairs. Malheureusement, certains jeunes enfants n'acceptent de manger qu'un nombre limité d'aliments ne permettant pas des apports nutritionnels suffisants à une croissance satisfaisante et doivent être supplémentés.

Traitement du trouble alimentaire avec une maladie organique associée.

Ce trouble alimentaire est plus difficile à traiter. En raison de l'interaction des facteurs organiques et psychologiques dans la production du trouble alimentaire, le traitement de ces nourrissons requiert une collaboration étroite entre le pédiatre spécialiste et le pédopsychiatre ou le psychologue. L'observation directe du nourrisson et du donneur de soin principal durant l'alimentation est la meilleure méthode d'évaluation de la détresse du nourrisson durant l'alimentation ; elle permet aussi de vérifier que la pathologie médicale (RGO, maladie pulmonaire...) est traitée de façon adéquate ou nécessite d'autres interventions. L'observation de l'alimentation est une aide précieuse pour comprendre comment les parents négocient la détresse du nourrisson et s'ils deviennent eux même anxieux et moins prudents face à l'augmentation de la détresse du nourrisson. Le thérapeute doit utiliser ces observations pour aider les parents à développer des stratégies plus appropriées qui permettent aux nourrissons de s'apaiser plutôt que d'accroître leur détresse durant l'alimentation. Dans les situations où l'intervention médicale ne peut contrôler la maladie organique, où les nourrissons continuent d'exprimer de la détresse durant l'alimentation, où leur prise calorique continue d'être limitée, l'assistance nutritionnelle par sonde nasogastrique ou gastrostomie peut être envisagée. Le thérapeute doit aider les parents à appréhender cette décision difficile et travailler avec eux pour maintenir les habilités alimentaires orales du nourrisson pendant le temps de l'assistance nutritionnelle. En général, ces cas demandent des interventions individualisées par une équipe expérimentée dans le domaine.

Traitement du trouble alimentaire post-traumatique

Ce trouble alimentaire peut menacer la vie de l'enfant, et une grande proportion de nourrissons avec ce trouble peut avoir besoin d'une assistance nutritionnelle. Bien que cette intervention permette aux nourrissons de vivre, l'assistance nutritionnelle peut interférer avec leur expérience de faim et compliquer de cette façon le trouble alimentaire. En conséquence, il est extrêmement difficile d'amener ces enfants à manger. Leur peur d'avaler et le manque d'appétit entraînent des résistances alimentaires souvent majeures. Cependant, il a été démontré que la thérapie comportementale (extinction) est opérante pour les jeunes enfants avec un trouble alimentaire post-traumatique (Benoit et Coolbear, 1998). Leur approche a aidé la moitié des enfants qui étaient complètement dépendants d'une assistance nutritionnelle à dépasser leur résistance à l'alimentation orale et à se détacher de l'assistance nutritionnelle, tandis que les interventions nutritionnelles standards qui fournissent des programmes structurés et routiniers sont complètement inopérants. Cette méthode demande des thérapeutes entraînés et des parents qui pourront suivre une ligne fine entre être fermes et rassurants avec le nourrisson, qui est

terrorisé par le fait d'ouvrir la bouche et d'avaler de la nourriture, versus ceux qui forceront l'alimentation et vont entraîner chez le nourrisson une terreur encore plus importante pour se nourrir. Certains parents ne peuvent suivre le rythme rapide de cette méthode d'extinction préfèrent prendre un chemin plus lent.

Chatoor (2002) a décrit une approche de désensibilisation plus graduée. L'anticipation anxieuse du nourrisson concernant la situation d'alimentation est évaluée, et à travers une exposition graduée au biberon ou à la chaise haute, ils sont accompagnés pour dépasser leur peur d'être en contact avec ces objets liés à l'alimentation. Puis ces nourrissons sont encouragés à jouer avec le biberon ou les couverts. Quand ils sont rassurés avec ces objets, une petite quantité de nourriture est placée sur leurs lèvres puis dans un coin de la bouche du nourrisson jusqu'à l'ouverture graduelle de leur bouche sans résistance pour permettre l'alimentation. Ce processus de désensibilisation graduelle est lent et peut prendre des mois voire des années.

5.4. Le cas particulier de la consultation thérapeutique conjointe pédiatre/psychologue à l'Hôpital des Enfants du CHU de Toulouse. (Casalès, 2013)

Habituellement, les nourrissons et jeunes enfants qui développent des difficultés d'alimentation sont pris en charge au départ par les pédiatres de ville. Cependant, si la symptomatologie s'accroît, les pédiatres adressent le nourrisson en hospitalisation ou en consultation spécialisée.

La plupart du temps, la gravité du symptôme et le risque de dénutrition peuvent limiter les élaborations parentales concernant les interactions avec le nourrisson. Dans ce cas, la complémentarité entre une approche pédiatrique et une approche psychothérapeutique prend toute son importance. Dans cette logique transdisciplinaire, le dispositif de prise en charge spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire restrictifs du nourrisson et du jeune enfant à l'Hôpital des Enfants à Toulouse est, depuis 2010, une approche « conjointe », celle d'un pédiatre et d'un psychologue, leurs deux approches complémentaires étant indispensables. Deux solutions de prise en charge (Hospitalisation ou prise-en-charge ambulatoire) sont proposées selon le degré de sévérité du trouble et plus spécifiquement selon le statut pondéral de l'enfant.

Dans les cas les plus sévères, le nourrisson est hospitalisé dans un service pédiatrique spécialisé. L'indication d'une hospitalisation pour mise en observation de l'enfant est une étape importante qui permet d'apporter «une respiration» et de laisser du temps pour les rencontres et les entretiens. Ce temps d'hospitalisation est un acte thérapeutique en lui-même, qui mobilise tous les acteurs du soin (Casalès et Olives, 2012). En hospitalisation, l'approche pédiatrique

doit rester prioritaire ; elle se focalise sur la prise de poids du nourrisson et la reprise du comportement alimentaire. En parallèle, l'approche psychologique psychanalytique favorise la compréhension des conduites parentales en interrogeant les fantasmes mortifères liés au mandat transgénérationnel et aux compulsions de répétition (Lebovici, 1998). Par ce biais, les parents prennent souvent conscience des éléments intrapsychiques qui perturbent les interactions avec leur nourrisson.

Dans les cas dits «intermédiaires», de niveau modéré ou léger, c'est-à-dire sans cassure importante de la courbe de poids ni danger immédiat pour le métabolisme de l'enfant, le nourrisson et ses parents sont orientés directement vers la consultation conjointe spécialisée (Casalès et Olives, 2013). Cette consultation thérapeutique conjointe comprend la poursuite de l'évaluation développementale du nourrisson (par exemple, attention, éveil, motricité), la délivrance de conseils de puériculture et de nutrition (quantité, modalité des prises, éducation, niveau de tolérance parentale...), la proposition d'un cadre thérapeutique (par exemple place et rôle de chaque parent, lieu, heure et durée des repas), des interventions concernant les indices intersubjectifs (par exemple, style interactif, mots utilisés, prosodie du parent, stimulation du nourrisson, éprouvés parentaux), mais surtout la reprise des éléments intrapsychiques qui ont émergé lors des premières rencontres avec le psychologue et l'analyse des interactions comportementales, affectives et fantasmatiques à l'œuvre dans la triade.

Dans les situations les plus complexes, une observation directe plus poussée, plus fine est proposée. Elle repose sur la réalisation d'un enregistrement vidéoscopé d'un repas de l'enfant avec la méthode d'Irène Chatoor (Chatoor, 2009) ainsi que sur le renseignement d'auto-questionnaires par les parents de l'enfant (Cascales, 2014a). Ces outils donnent aux acteurs du soin une vision objective des difficultés du nourrisson en relation et de la dyade ou triade pendant le repas, la tonalité des interactions, d'observer la richesse des indices du nourrisson et des signaux précoces témoignant de la qualité des interactions parent-nourrisson, et à des éléments que les parents n'auraient pas évoqués ou communiqués lors des entretiens. En mettant en évidence de façon objective les difficultés et conflits, l'utilisation de la vidéo dans ce cas précis permet aussi d'affiner le diagnostic, d'évaluer la dimension subjective de la relation, de se faire une idée des investissements parentaux (Cascales, 2014a). L'enregistrement vidéo sert de support à un entretien ultérieur avec les parents et l'enfant. Ce dispositif particulier peut être inclus dans le dispositif de soin ambulatoire ou au cours de l'hospitalisation de l'enfant en service de pédiatrie.

Toutes ces interventions seront calibrées selon la forme du dispositif (utilisation ou pas de vidéo lors d'un repas ou de questionnaires à visée clinique, par exemple).

L'application des conseils psycho-éducatifs qui sont consécutifs au visionnage partagé de la vidéo avec les parents permet de stabiliser les interactions. Par contre, le travail psychothérapeutique de fond s'exerce dans la reprise des fantasmes parentaux, dans l'histoire du couple, l'histoire individuelle des parents, l'histoire alimentaire de chacun, le prénom du nourrisson, le mandat transgénérationnel cher à Lebovici (1998). L'ensemble de ces éléments peut être tiré des observations et de la vidéo ou bien se trouver dans le fil associatif spontané des parents (Casalès, 2013).

DEUXIÈME PARTIE

LA RECHERCHE ET SA MÉTHODOLOGIE

TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE RESTRICTIFS DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT : ÉVALUATION QUANTITATIVE DES INTERACTIONS PARENTS-NOURRISSON.

I. JUSTIFICATION ET CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Les difficultés d'alimentation sont un motif récurrent de consultation chez le nourrisson et en augmentation constante (Cascales et Olives, 2013). Elles concerneraient 25 à 50% des enfants (Lindberg et al, 1996 ; Arts-Rodas, 1998 ; Chatoor, 2003 ; Carruth et al, 2004). Plusieurs études ont indiqué que des problèmes alimentaires précoces sont associés à des problèmes de comportement, des troubles anxieux, et des troubles alimentaires plus tardifs durant l'enfance et l'adolescence (Marchi et Cohen, 1990 ; Timimi et al., 1997). Pour Dahl et Sundelin (1986), 1 à 2% des enfants de moins de 1 an présentent un grave refus alimentaire et un retard de croissance et 70% de ces enfants gardent des problèmes alimentaires importants aux âges de 4 à 6 ans (Dahl al, 1994). De plus, Ammaniti (2012) a montré que l'évolution naturelle (sans prise en charge adaptée) des TCA des nourrissons est caractérisée par la persistance des troubles du comportement alimentaire mais aussi par des difficultés plus larges de comportement d'ajustement émotionnel (anxiété, dépression, retrait) chez ces enfants et chez leurs mères.

Dans ce contexte il a été créé à Toulouse un dispositif clinique spécifique et innovant. Depuis Septembre 2010, le Professeur Jean-Pierre Olives, gastro-pédiatre et Thomas Cascalès, psychologue, co-animent une consultation spécialisée sur les troubles du comportement alimentaire du nourrisson et du jeune enfant à l'Hôpital des Enfants de Toulouse. En raison du nombre exponentiel de nourrissons rencontrés, il a été décidé de créer une Unité Clinique de prise en charge. Ce dispositif repose sur des consultations et des hospitalisations. Dans un intérêt clinique et dans un souci d'analyse de pratique, nous souhaitons porter un regard sur ce concept novateur. Pour ce faire nous avons tenté de valider quantitativement nos intuitions et hypothèses cliniques, largement développées et argumentées d'un point de vue clinique et psychodynamique dans la thèse de Psychologie de Thomas Cascalès (2013). La validation de ces hypothèses sera l'objet de la présente thèse.

Depuis début 2011, deux cents nourrissons ont été rencontrés sur ce dispositif, et parmi eux une soixantaine, considérés comme les cas les plus sévères ou dans des situations complexes, ont bénéficié au cours de leur prise en charge de la réalisation d'un repas filmé et de

questionnaires remplis par les parents comme supports aux soins cliniques. Notre étude rétrospective en population clinique s'intéresse à ce sous-groupe de patients.

II. REVUE DE LA LITTÉRATURE - ÉTUDES ANTÉRIEURES

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) du nourrisson et du jeune enfant sont devenus un champ d'étude majeur de la clinique en pédiatrie et en psychiatrie. Les chercheurs ont développé de nombreux concepts, théories et des outils variés permettant de mieux évaluer et de mieux comprendre cette problématique afin d'améliorer sa prise en charge (Casalès, 2013).

Partant du constat qu'une proportion importante de temps dans les routines quotidiennes est pris par les interactions de nourrissage, Hoffman (Hoffman et al., 1998) ont estimé que les interactions lors de l'alimentation représentaient un cadre propice pour évaluer le développement de l'initiative de l'enfant et la réponse de la mère aux besoins d'indépendance de l'enfant. Dans le champ spécialisé des troubles du comportement alimentaire, jusqu'aux années 2000, on a surtout effectué des études cliniques transversales pour examiner les relations entre les troubles de l'alimentation et l'attachement (Benoit, 1993), les caractéristiques maternelles (Galler et al., 1999), les dynamiques familiales et les pratiques alimentaires (Parkinson et Drewett, 2001). Ces études étaient de type rétrospectif, effectuées auprès d'enfants déjà diagnostiqués avec une faible croissance, et de nature corrélative, ce qui entraîne des difficultés pour les interprétations causales. Très peu d'études observationnelles se sont concentrées sur les interactions alimentaires et les comportements alimentaires problématiques.

Les recherches ont exploré l'origine et l'évolution des troubles de l'alimentation infantile, selon un processus croisé avec comme facteurs(1) le rôle du tempérament de l'enfant, (2) le rôle de la psychopathologie parentale/maternelle, et (3) la qualité des interactions parent-enfant lors de la prestation de soins liés à l'alimentation (Chatoor , Gariban 2000).

1. Le rôle du tempérament du nourrisson dans les troubles du comportement alimentaire précoces

Collectivement, les études suggèrent que les perceptions maternelles du tempérament de leur nourrisson et les problèmes alimentaires sont associés. Cependant, le mécanisme par lequel le tempérament « difficile » et les problèmes d'alimentation sont liés est difficilement compréhensible. Plusieurs groupes de recherches ont proposé que les dispositifs de constellation de tempéraments difficiles reflètent plus des difficultés fondamentales de

régulation de l'état physiologique. Une étude (Chatoor 2004) a été élaborée pour examiner la régulation physiologique, mesurée par le RSA (*Respiratory Sinus Arrhythmia*), dans un groupe de nourrissons avec une anorexie infantile comparé avec un groupe de mangeurs sains. Les mères des enfants anorexiques rapportent que leurs enfants ont eu une irrégularité dans les comportements de sommeil et d'alimentation et une humeur plus négative ou des pleurs excessifs. Cette étude révèle que les nourrissons avec une anorexie infantile montrent uniformément des périodes de battement du cœur plus courtes et ont été moins adaptés dans leur régulation physiologique que les groupes de contrôle. Telle dérégulation physiologique peut constituer une tendance interne moins optimale de régulation de l'homéostasie de l'alimentation des nourrissons avec une anorexie infantile. Nous en déduisons qu'une régulation physiologique pauvre avec un plus haut niveau d'éveil physiologique peut être à la base de leur distractibilité et du refus alimentaire durant l'alimentation. D'autres études devaient cependant explorer si ces conduites d'éveil étaient typiques de l'anorexie infantile ou si elles pouvaient être repérées dans d'autres sous-types de troubles alimentaires (Chatoor et Ammaniti, 2007). Ces chercheurs ont montré que le tempérament difficile et l'alimentation perturbée de façon générale sont liés à des difficultés de régulation physiologique (Nyaz Didehbani et Kelly, 2009). Comme nous l'avons évoqué précédemment, d'autres travaux ont montré que les troubles de l'alimentation étaient souvent co-occurents avec les problèmes de sommeil et les perturbations comportementales (irritabilité, faible auto-apaisement et intolérance au changement) (Lewinsohn et al, 2005 ; Farrow et Blisset, 2006 ; Blissett et al., 2011), ce qui suggère peut-être que tous ces symptômes constituent un « trouble de la régulation » physiologique constitutionnel sous-jacent chez ces nourrissons et jeunes enfants (Ramsay, 2005).

Spécifiquement, Chatoor (2000), Blissett (2005) ont montré une différence significative de tempérament entre les mangeurs sains et les enfants anorexiques et ont trouvé que les enfants en bas âge avec une anorexie infantile sont notés par leurs mères comme émotionnellement plus sérieux, hyper vigilants, curieux, extrêmement sensibles à leur entourage/environnement, plus négatifs, dépendants (en demande d'attention), défiant, têtus/obstinés, difficiles à limiter et incapables de déplacer leur attention du jeu et de l'engagement avec leurs donneurs de soins. Ils sont comme « absorbés » par les interactions interpersonnelles, par conséquent ils ignorent leurs propres sensations de faim et de satiété, sont moins à même de résister aux contraintes des chaises hautes et supportent moins les temps d'alimentation (Chatoor 1997, Sanders 1993).

2. Le rôle des caractéristiques et de la psychopathologie parentale - en particulier de la psychopathologie maternelle - dans les troubles du comportement alimentaires précoces

Au cours des dernières décennies, la recherche a décrit l'impact de la psychopathologie parentale et maternelle sur le développement socio-affectif global des enfants. Des soins primaires non-optimaux pourraient amplifier les facteurs de risque inhérents à l'enfant (comme son tempérament difficile dans le cas des TCA). En particulier, le travail empirique a fourni des preuves de l'augmentation du risque de perturbation de l'enfant associée à des troubles affectifs et de la personnalité de la mère (Ammaniti, 2004).

Le travail clinique de Fraiberg et les formulations théoriques de Stern suggèrent qu'un état d'esprit négatif de la mère par rapport à sa propre parentalité peut interférer avec sa capacité à réguler son enfant, ce qui, à son tour, peut contribuer au développement de la psychopathologie infantile. Or, les représentations parentales sont au cœur du processus de co-régulation de l'affect car elles aident la mère dans la lecture de l'excitation, de la détresse et de l'état affectif de son enfant et ainsi à lui fournir des soins adéquats pour maintenir les capacités de développement du nourrisson.

Encore très récemment, Lucarelli et ses collègues (2014) ont enquêté sur la relation mère-nourrisson chez des mères présentant un risque dépressif, psychosocial et cumulatif de parentage en évaluant les représentations maternelles prénatales et postnatales et les interactions mère-bébé durant l'allaitement du bébé à l'âge de 4 mois. Les représentations maternelles « équilibrées » étaient plus fréquentes chez le groupe n'étant pas à risque, alors que la catégorie maternelle « ambivalente » était plus représentée chez le groupe à risque cumulatif durant la grossesse et après la naissance du bébé. À 4 mois le groupe de mère à risque et leurs bébés ont fait preuve d'un manque de réciprocité, d'échanges communicatifs conflictuels et de plus de comportement de refus d'allaiter ou de refus de nourriture. De plus, à 4 mois, les différences entre la qualité des interactions d'allaitement mère-bébé et la qualité des représentations maternelles avant et après la naissance ont émergé, démontrant un échaffaudage maternel moins adéquat chez les femmes « ambivalentes » et « indifférentes ».

Certains auteurs ont étudié spécifiquement le lien entre les caractéristiques des parents et les troubles du comportement alimentaire du nourrisson. Par exemple de nombreux travaux ont traité du lien entre l'accordage parents/nourrisson et la qualité de l'alimentation du bébé (Carruth et al., 2004b ; Schopp-Sullivan et al., 2007 ; Maldonado-Duran et al., 2008), d'autres ont étudié plus précisément les répercussions du stress parental sur la nature du trouble alimentaire du nourrisson (Oliver et al., 2000 ; Thoyre, 2006 ; Greer et al., 2008 ; Spanos et al., 2010).

Certaines études cliniques avaient approfondi, en particulier, l'influence de l'état psychopathologique maternel sur l'installation et la persistance de troubles alimentaires chez l'enfant, et ont mis en lumière que dans les échantillons de mères souffrant de dépression, d'anxiété (Esparó et al., 2004), de troubles de la personnalité, d'attitudes alimentaires dysfonctionnelles (telles que le désir ou l'impulsion de maigrir) et de troubles alimentaires, leurs enfants présentaient souvent un trouble de la régulation des rythmes de l'alimentation et un refus de la nourriture, caractérisés par un désengagement émotionnel et par des comportements d'opposition de l'enfant dans les échanges communicatifs avec le caregiver. Ces mères d'enfants présentant des difficultés alimentaires ont aussi montré un attachement plus insécure vis-à-vis de leurs propres parents que les mères des mangeurs sains. Or, on sait d'études antérieures que les mères avec une représentation d'attachement précoce insécure sont moins sensibles aux attentes de leurs propres enfants et présentent plus de conflits mère-enfant durant l'alimentation (Chatoor et al., 2000). Ammaniti (2009) a montré que les caractéristiques psychopathologiques spécifiques de ces mères et l'expression de leur inquiétude ainsi que leurs attitudes conflictuelles pendant l'alimentation sont significativement liées à des interactions dyadiques inadaptées entre la mère et l'enfant lors de l'alimentation.

Dans une étude longitudinale sur l'évolution naturelle de l'anorexie infantile, des associations significatives entre les symptômes psychopathologiques des mères et des difficultés alimentaires et de régulation émotionnelle chez leurs enfants, Ammaniti (2012) observe que les mères ont continué à montrer des symptômes de détresse émotionnelle, de l'anxiété, des symptômes de dépression, des somatisations, et des difficultés avec leur propre régulation de l'alimentation plusieurs années après le trouble de l'alimentation de leur enfant. Spécifiquement, Bryant-Waugh et al. (2010) dont les recherches ont porté sur les influences de la psychopathologie maternelle sur les enfants, ont trouvé que les mères d'enfants avec troubles de l'alimentation étaient plus imprévisibles, plus coercitives, plus « contrôlantes », moins sensibles, plus intrusives et stimulantes (à la fois lors de l'alimentation et du jeu (Stein et al., 2001)), acceptant moins les initiatives du nourrisson, plus susceptibles de recourir au châtement physique ou au forçage alimentaire, plus en difficultés pour percevoir les signaux de l'enfant, moins affectueuses et qu'elles montrent plus de colère et d'hostilité lors des interactions et ont une adhérence plus rigide aux prescriptions de puériculture. Si cette interaction se poursuit, l'enfant ne peut développer une régulation interne de son alimentation et associe l'alimentation avec des émotions négatives (Ammaniti et al., 2009 ; Cascales et Olives, 2012).

De façon univoque, les études permettent d'affirmer qu'un facteur important dans les problématiques alimentaires du nourrisson est l'attitude maternelle d'alimentation. Une association entre les troubles de l'alimentation chez les parents, en particulier chez la mère, et les troubles de l'alimentation chez leurs enfants a en effet été validée à maintes reprises (Coulthard, 2004). Très peu d'études ont toutefois cherché à savoir si l'effet d'un TCA maternel a un effet direct sur l'alimentation de l'enfant ou si les difficultés peuvent être attribuées à un autre facteur de l'enfant ou de la mère (Micali et al. 2011). La relation entre les comportements alimentaires des enfants et les pratiques alimentaires des parents est en effet susceptible d'être bi-directionnelle (Farrow, Galloway et Fraser, 2009).

Achim (2012) dans une exploration de « *l'univers de l'avant-conception* » chez des femmes souffrant de TCA, révèle qu'elles envisagent tout d'abord « l'instauration d'un lien gratifiant, compensatoire avec le bébé », mais des inquiétudes apparaissent rapidement dans leur discours : la prise de poids et des changements corporels, l'endommagement du fœtus en raison des habitudes alimentaires problématiques, l'incapacité à soigner adéquatement le bébé, le développement éventuel d'un TCA ou d'un problème de poids chez l'enfant ainsi que le désintérêt de leur conjoint. À la lumière de ces diverses considérations, on peut penser que ces jeunes femmes seraient à risque d'instaurer avec leur enfant un lien tout à fait contraire à celui qu'elles souhaiteraient entretenir avec lui. Bien qu'elles évoquent, avec conviction, la nécessité d'établir une distance relationnelle adéquate mère-enfant et d'investir l'enfant pour lui-même, elles imaginent un bébé réparateur évoluant au sein d'une dynamique mère-enfant exclusive.

De plus, il existe un haut degré de corrélation entre le petit poids de naissance du bébé et l'existence de symptômes actifs anorexiques pendant la grossesse (Guédénéy et Jeammet, 2000). Or, les bébés ayant un retard de croissance intra-utérin sont des bébés à risque développemental, des nourrissons souvent plus difficiles que les autres, avec des troubles ultérieurs de l'alimentation et de la croissance. L'étude de Russel et ses collègues (1998) montre que les mères anorexiques sous-alimentent leur propre enfant et que leurs perturbations de la sensation de satiété a des conséquences sur la lecture des signaux de faim ou de satiété de leur nourrisson. Le retard de croissance et la sous-nutrition ne peuvent être sans conséquence sur la santé émotionnelle, cognitive et physique du bébé (Vignalou et Guedeney, 2006).

Chatoor (2000) fait l'hypothèse que les attitudes alimentaires maternelles mal-adaptées sont positivement associées avec les interactions alimentaires conflictuelles entre la mère et l'enfant et avec la malnutrition des jeunes enfants. Les mères anorexiques sont préoccupés par leur propre poids, la forme de leur corps, et par la nourriture, et cette préoccupation affecte les

interactions alimentaires avec l'enfant (Ammaniti et al., 2009). Les repas sont source de conflit, et le poids de l'enfant serait inversement proportionnel à l'importance des conflits à table et à l'ampleur du souci maternel concernant la forme de son propre corps. La dernière conclusion suggère que les mères qui ont une préoccupation importante pour leur propre alimentation ont aussi des difficultés à gérer les situations d'alimentation et à aider leurs enfants à réguler leur alimentation. Pendant le repas de leur enfant elles ne font d'appréciation positive ni sur le goût de la nourriture ni sur l'expérience de manger. Une étude observationnelle a indiqué que comparées avec un groupe contrôle, les mères avec un trouble de l'alimentation sont aussi plus intrusives avec leurs enfants à la fois durant les temps du repas et de jeu et moins tolérantes (Stein et al., 2001).

Dans une étude très récente, Bould et al. (2015) confirment une fois de plus et avec un bon niveau de preuves, l'association observée entre une histoire parentale de troubles de l'alimentation et l'incidence des troubles de l'alimentation chez les enfants. Cette association est robuste et semble être indépendante de toute une gamme d'autres facteurs de risque. Il y avait en outre dans l'étude une plus forte association entre troubles de l'alimentation chez les mères et leurs enfants lorsque ceux-ci étaient de sexe féminin. Cependant, le nombre de troubles de l'alimentation diagnostiqués chez les pères et leurs fils n'était pas suffisant pour tirer des conclusions.

3. L'impact de la qualité des interactions parents-enfant lors des soins liés à l'alimentation.

La compréhension des facteurs associés au développement des relations parents-enfant précoces et leur contribution au développement socio-émotionnel sont parmi les objectifs les plus importants des recherches de ces dernières années.

Dollberg et ses collègues (2010) suggèrent des associations entre les difficultés socio-affectives globales de l'enfant (comme des difficultés dans l'alimentation, le sommeil, des peurs intenses, et d'autres troubles du comportement), les représentations maternelles et le comportement relationnel mère-enfant.

En 2002, Keren et Feldman font l'hypothèse que les interactions lors de l'alimentation mettent en jeu des comportements de la part des parents et de la part de l'enfant qui sont différents en nature et en intensité que ceux qui sont déclenchés par le jeu, dans la mesure où elles considèrent que les interactions alimentaires sont plus stressantes pour les parents que ne l'est le jeu. En d'autres termes, les interactions lors de l'alimentation susciteraient plus d'épisodes de "ratés" ou de "malentendus" que le jeu. Elles ont également souligné que pour certaines dyades, l'alimentation met en jeu très spécifiquement des ratés d'accordage du fait

de l'existence de représentations mentales spécifiques suscitées seulement par l'alimentation. Cette signification particulière de l'interaction lors de l'alimentation n'avait pas été étudiée jusqu'à cette étude. Les résultats montrent que la situation d'alimentation suscite plus de comportements d'interactions négatives que la situation de jeu, et que le comportement de retrait de l'enfant est particulièrement manifeste pendant les interactions alimentaires, et ce quel que soit le diagnostic. La situation lors de l'alimentation diffère aussi de celle du jeu dans la mesure où elle se centre sur l'accomplissement d'un besoin de base, et du point de vue du parent, l'alimentation est une compétence parentale indispensable.

De nombreuses recherches ont depuis lors examiné le comportement interactif mère-enfant lors de l'alimentation (Coyle et al., 2002 ; Davis et al., 2003 ; Feldman et Eidelman, 2006 ; Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger, & Muller-Nix, 2006; Harel, Oppenheim et Tirosh, 1999 ; Holditch-Davis et al., 2003, 2000 ; Brown et al., 2009).

Baudet et ses collègues (2003) ont observé des échantillons cliniques de jeunes enfants souffrant de TCA et repéré que des troubles des interactions comportementales portant sur l'interaction visuelle, le portage, l'interaction tactile et verbale étaient présents dans 77 % des cas. Ces distorsions se retrouvaient dans les différentes dimensions de l'interaction : la qualité comportementale (comment l'enfant est porté, stimulé, etc.), la tonalité affective de la relation (anxieuse, hostile...) et l'implication psychologique, c'est-à-dire la façon dont la mère interprète les comportements de l'enfant. Ils notaient un faible niveau de réponse des mères aux signaux que leurs enfants envoient ; et ils ont aussi remarqué une relation connotée par une chaleur émotionnelle mineure et une majorité d'expressions émotionnelles négatives tels que l'humeur triste et l'irritabilité.

Dans des études plus anciennes mais dont le dispositif était proche de celui de notre étude, Chatoor et ses collègues (1998) ont exploré les modèles de comportements interactionnels mère-enfant associés avec l'anorexie infantile et les diagnostics différentiels de l'anorexie infantile dans une série d'études ultérieures. Dans la première étude, Chatoor, Egan et leurs collègues (1988) ont comparé les interactions alimentaires de nourrissons avec anorexie infantile avec ceux d'enfants en bas âge mangeurs sains. Durant les interactions alimentaires, le groupe des enfants avec une anorexie infantile a présenté moins de réciprocité dans la dyade, moins de contingence maternelle (notamment plus d'intrusion maternelle), plus de conflit et de plus intenses luttes pour le contrôle que le groupe des mangeurs sains. Ammaniti (2009) a montré que les caractéristiques de tempérament spécifiques et des difficultés comportementales et émotionnelles des enfants présentant un TCA influençaient beaucoup les interactions inadaptées mère-enfant lors de l'alimentation et étaient associées dans l'étude

avec un conflit dans la dyade plus élevé et une baisse du pourcentage de poids idéal. Ainsi, 21 % de la variance du poids des jeunes enfants a été expliquée par les notes de tempérament et les problèmes d'alimentation dans l'étude de Chatoor et ses collègues (2000).

Ammaniti avait montré en 2004 que la relation entre la mère et l'enfant présentant un TCA était précocement caractérisée, dès la première année de vie, par des relations moins sintonisées, conflictuelles, caractérisées par une basse réciprocity dyadique, une collaboration empathique insuffisante pendant les échanges alimentaires ; les comportements de refus alimentaire de l'enfant étaient fréquents et persistants, caractérisés par le négativisme et le désengagement de la part de l'enfant ; et l'état affectif de la dyade indiquait un engagement intensément négatif, dans lequel émergent des affects de rage, tristesse, détresse, détachement affectif et d'hostilité.

Ces découvertes, avec des résultats cohérents parmi différentes populations cliniques, ont conduit les cliniciens à considérer la relation parent-enfant comme la cible de la plupart des efforts de prévention et d'intervention dans les TCA précoces (Emde et al., 2000 ; Zeanah et al., 2000). Augmenter le processus adaptatif dans les interactions est en effet l'un des buts majeurs de l'intervention en santé mentale du jeune enfant et en particulier dans les TCA du nourrisson. L'un des processus adaptatifs et interactifs majeurs est la capacité de la dyade et de la triade à développer des stratégies efficaces pour réparer les ratés de la communication (Keren et Feldman, 2002).

III. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1. OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES :

Tout d'abord, deux points importants paraissent se dégager de nos observations cliniques. Le premier point, incontournable, concerne le refus alimentaire qui s'exprime par un conflit durant l'alimentation. Le second point correspond à la perte de poids. Ainsi, afin de d'enrichir nos réflexions sur les troubles restrictifs du comportement alimentaires précoces et nos constats cliniques par une méthodologie quantitative, nous nous appuierons sur ces deux indicateurs. Par ailleurs, les hypothèses théoriques et les résultats des recherches antérieures nous permettront d'affiner nos hypothèses pour cette recherche.

Objectif principal :

Montrer que la perception parentale du tempérament du jeune enfant (notamment la capacité d'auto-régulation de l'excitation du nourrisson) et les caractéristiques parentales (affectives et alimentaires) sont associées avec les troubles du comportement alimentaire des nourrissons et jeunes enfants en général et en particulier avec deux symptômes critiques des TCA restrictifs des nourrissons : le conflit alimentaire et l'état nutritionnel des jeunes enfants. Nous souhaitons par ailleurs quantifier ces associations.

Objectifs secondaires :

- Identifier les difficultés dans le développement psychologique et comportemental des enfants présentant un TCA par rapport à un groupe témoin d'enfants en bonne santé.
- Examiner les caractéristiques des parents des nourrissons présentant un TCA pour évaluer si il existe des corrélations entre les profils parentaux, l'alimentation des enfants et leur développement psycho-comportemental.
- Montrer que le conflit alimentaire est lié aux capacités d'autorégulation de l'excitation du nourrisson et à l'état émotionnel de celui qui prend en charge le nourrisson (père ou mère, le plus souvent).
- Repérer les facteurs prédictifs d'évolution des troubles du comportement alimentaire des nourrissons et jeunes enfants. *Ce travail sera réalisé par le Dr Sophie Dubedout, Pédiatre à l'Hôpital Des Enfants de Toulouse, dans le cadre du Diplôme Inter-Universitaire de Gastro-pédiatrie et nutrition.*

En résumé, cette étude cherche à montrer que le refus alimentaire et la perte de poids (comme indicateurs du trouble du comportement alimentaire) sont liés aux capacités d'autorégulation de l'excitation du nourrisson et à l'état émotionnel de celui qui prend en charge le nourrisson ainsi qu'aux propres difficultés alimentaires de ces derniers.

Nos hypothèses : nous postulons que (H1) les nourrissons présentant un TCA sont perçus par leurs parents comme ayant plus de difficultés de régulation de leur excitation ; (H2) le caregiver principal des enfants présentant un TCA éprouve des émotions plus négatives au cours du repas de son enfant ; (H3) les mères des enfants présentant un TCA présentent plus de troubles du comportement alimentaire que la population générale ; (H4) les perceptions maternelles du tempérament du nourrisson et les caractéristiques maternelles contribuent au conflit mère-enfant durant l'alimentation ; (H5) les interactions dyadiques sont caractérisées

par une faible réciprocité, une lutte pour le contrôle, un conflit intense ; et (H6) à la sévérité de la dénutrition des nourrissons est liée à la sévérité du conflit durant l'alimentation.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. PARTICIPANTS ET CRITÈRES D'INCLUSION

Des nourrissons diagnostiqués avec un trouble du comportement alimentaire restrictif (N = 58) et des mangeurs sains (N = 60) ont participé à cette étude.

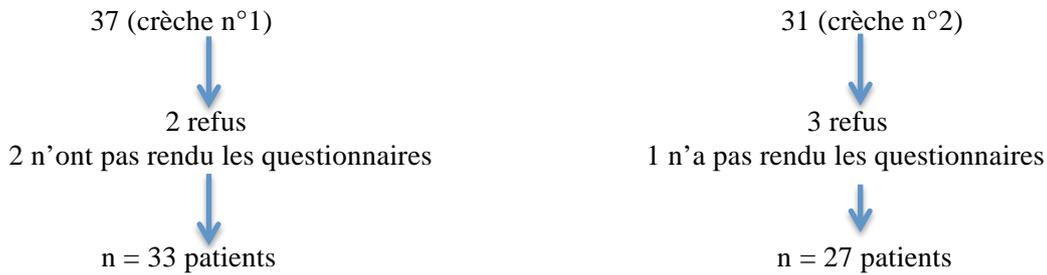
- Groupe clinique : Les nourrissons présentant un trouble du comportement alimentaire étaient issus d'un échantillon de 200 patients, patients reçus sur la consultation conjointe de gastro-pédiatrie de l'Hôpital des Enfants de Toulouse que nous avons décrite précédemment. Les nourrissons avaient été orientés par des pédiatres, des médecins généralistes, des médecins de PMI, etc. Ces 58 patients (que nous appellerons « cas ») sont ceux ayant bénéficié du protocole particulier de prise en charge (vidéo + questionnaires) décrit ci-après. Ils ont été recrutés sur une période de 3 années (2011 à 2014). Les parents de tous les nourrissons du protocole ont été invités à participer à l'étude, quel que soit l'âge (entre 0 et 36 mois au moment de l'inclusion), le sexe, l'organisation de la famille de ces nourrissons. Les parents de deux enfants qui réunissaient les critères diagnostiques et d'inclusion ont décliné leur participation avant l'inclusion.

Nous avons pensé que dans un but clinique, il y aurait un intérêt à comparer les résultats obtenus par les « cas » à ceux d'une population non clinique.

- Groupe non-clinique ou « groupe témoins » : Des questionnaires identiques à ceux utilisés pour le groupe clinique ont été distribués dans deux crèches Toulousaines aux parents volontaires (37 et 31 parents de nourrissons respectivement dans les crèches n°1 et n°2). Cinq parents ont refusé de participer à l'étude et trois n'ont pas rendu les questionnaires. Les parents n'ont pas déclaré de troubles chez leur enfant, notamment en ce qui concerne les rythmes biologiques tels que le sommeil et l'alimentation et n'ont pas été inquiétés par l'alimentation de leur enfant dans le passé, ils ne présentaient pas de déficit de croissance ni de pathologie chronique ayant un éventuel retentissement sur le statut staturo-pondéral. Ces nourrissons n'ont pas été rencontrés ni examinés dans le cadre de l'étude et ils n'ont pas, non plus, participé à une session de repas filmé.

Groupe contrôle :
N = 60

68 patients recrutés dans 2 crèches :



Groupe des cas :
N = 58

200 patients reçus sur la consultation conjointe entre 2011 et 2014

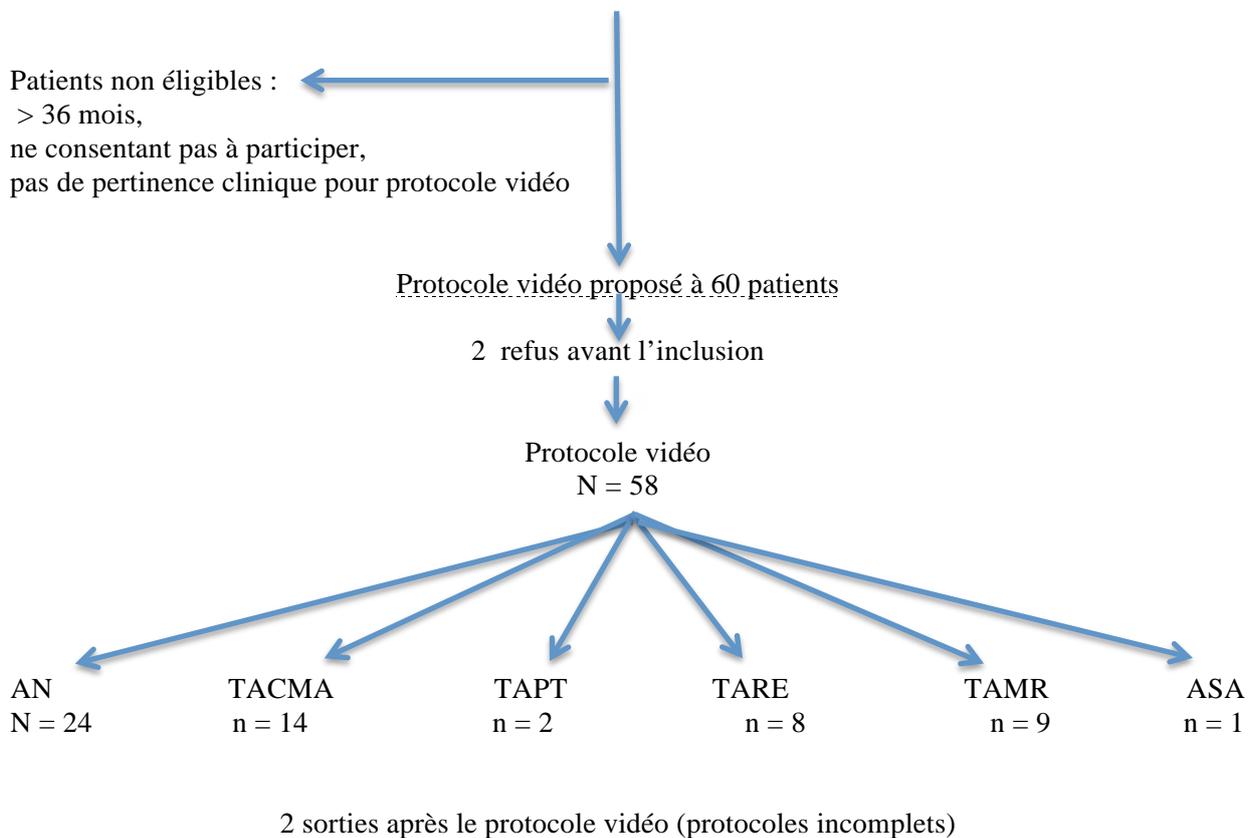


FIGURE 1. Diagramme-Flow du nombre de dyades recrutées dans le groupe des cas et dans le groupe des témoins, le nombre et la raison des exclusions, le nombre des perdus de vue, celui des refus et les raisons des refus et le nombre dans chaque groupe lors de l'analyse finale

Concernant les diagnostics des différents TCA restrictifs chez les cas, ils ont été posés par les deux cliniciens de la consultation conjointe d'après les 6 diagnostics de la classification d'Irène Chatoor (Chatoor et al., 1997)

2.2. DISPOSITIF DE LA RECHERCHE

Notre étude est une étude rétrospective en population clinique concernant les patients ayant bénéficié d'un protocole constitué par l'enregistrement filmé d'un repas du nourrisson et le renseignement d'un ensemble de questionnaires par ses parents à l'Hôpital des Enfants. La proposition, facultative, de participer à ce protocole était faite par les deux cliniciens de la consultation conjointe en fonction de la pertinence clinique et de l'apport envisagé de données directes des interactions parent-enfant pendant le repas.

a. Le protocole de notre étude :

- Les antécédents personnels et familiaux du nourrisson étaient renseignés et la perte de poids était mesurée à partir d'un examen pédiatrique systématique détaillé, avec calcul du pourcentage de poids idéal.
- L'enregistrement vidéo et les questionnaires : un investigateur clinique, en charge de l'organisation et de la réalisation du film, contactait les parents des enfants sélectionnés par le binôme afin de présenter l'étude clinique et le déroulement de la procédure puis proposait une consultation où aurait lieu le repas filmé de leur enfant, sur le temps habituel du repas de l'enfant. Les deux parents étaient conviés à participer au repas voire l'ensemble de la famille nucléaire si cela était pertinent (les fratries dans lesquelles plusieurs enfants présentent des difficultés pendant le repas, etc). Le jour du repas, en fin de repas, des questionnaires étaient remis aux parents.

b. Une situation standardisée :

- L'enregistrement vidéo : Les repas filmés se sont déroulés au sein de l'Hôpital des Enfants ou dans une salle dédiée aux consultations mère-nourrisson à la Maternité Paule de Viguier, prêtée par l'équipe de psychiatrie périnatale.

En terme de passation, une session d'alimentation de 20 minutes a été enregistrée pour chaque dyade ou triade.

L'objectif de cette session filmée restait la mise en place d'une situation standardisée d'évaluation permettant l'analyse microscopique et macroscopique des interactions (en insistant sur la dimension vocale, mais aussi visuelle et corporelle) entre les parents et le bébé. Cependant, dans notre protocole nous mettions tout en œuvre pour que la vidéo soit réalisée dans des conditions qui soient les plus proches des conditions « ordinaires » du domicile ; Nous avons donc préalablement demandé aux parents de se mettre, dans la mesure du possible, dans les conditions de confort qui correspondent à celles de la maison. La nourriture proposée était identique à celle habituellement présentée au nourrisson quand il est chez lui, préparée par les parents. Les parents étaient laissés seuls avec l'enfant lors du repas. Si le jeune enfant mettait fin à son repas précocement, il était conseillé aux parents un temps de jeu

libre. Au bout de 20 minutes, l'investigateur rejoignait la famille et arrêta l'enregistrement vidéo. En fin de session d'enregistrement du repas, un temps était réservé à un « debriefing » lors duquel les parents donnaient leur premier ressenti sur le repas qui venait de se dérouler. Ils précisaient habituellement si le comportement de leur enfant était le même « qu'à la maison ». Pour le visionnage ultérieur par la famille du film réalisé, avec interventions du thérapeute, un nouveau rendez-vous était fixé avec la famille, au moins un mois à distance de la date du repas filmé.

Après cette étape, l'enregistrement vidéo était côté par l'investigateur informé de l'âge et du sexe de l'enfant mais qui ne connaissait pas le diagnostic, ni les caractéristiques individuelles du nourrisson.

En fonction de la pertinence clinique, une seconde vidéo, 3 à 6 mois voire un an après la première, pouvait être proposée. Neuf cas parmi les 58 ont bénéficié de cette seconde session de vidéo et de questionnaires mais nous n'exploiterons pas ces résultats dans cette analyse.

- Les questionnaires : Nous avons demandé aux parents des nourrissons inclus dans l'étude de remplir 4 auto-questionnaires (décrits ci-dessous). Ils ont été remis, présentés et expliqués aux parents après l'enregistrement vidéo du repas. Lorsque le nourrisson n'était pas hospitalisé, les parents étaient incités à les remplir librement au domicile et à les ramener lors d'une consultation ultérieure, généralement lors du visionnage de la vidéo. Ces questionnaires étaient remplis par le donneur de soin principal, c'est-à-dire celui qui s'occupe de l'enfant au quotidien, ou les deux parents.

3. INSTRUMENTS D'ÉVALUATION ET MESURES :

Poids et Indice de Waterlow

Les critères de Waterlow (Waterlow et al., 1977) ont été utilisés pour évaluer le degré de retard de croissance des enfants. Ces critères comparent le poids et la taille actuels des enfants avec le 50^{ème} percentile (médian) standard de la charte de croissance du National Center For Health Statistics (Chatoor, 2004). Ce 50^{ème} percentile du poids par la taille est la référence normale. Ce nombre divisé par le poids actuel donne le pourcentage de poids idéal (Chatoor, 2002). Le pourcentage du poids idéal sera utilisé dans les analyses de corrélation pour déterminer les associations entre le statut nutritionnel des nourrissons et l'état émotionnel des donneurs de soin et le statut nutritionnel des nourrissons et leur capacité d'autorégulation de l'excitation (Chatoor, 2004).

L'indice de Waterlow (Waterlow, 1972), qui reflète le statut nutritionnel, permet de déterminer la sévérité de la malnutrition, moyenne, modérée, et sévère, correspondant

respectivement à : de 80% à 89%, de 70% à 79%, et moins de 70% du pourcentage de poids idéal.

Tempérament et capacité d'autorégulation de l'excitation du nourrisson

Nous avons utilisé l'IBQ-R (Infant Behavior Questionnaire-Revised) de Rothbart et Gartstein (2003) afin de mesurer le tempérament du nourrisson. L'IBQ-R est représentatif d'une approche affinée, orientée psychobiologique, de la mesure du tempérament, permettant aux chercheurs d'investiguer les interactions entre les différents champs du tempérament, aussi bien que leurs relations avec les influences environnementales. Initialement, l'IBQ a été utilisé pour atteindre au moins trois objectifs majeurs. Le premier a été de mesurer les différences individuelles dans la réactivité et la régulation, souvent dans un contexte d'expérience de laboratoire et/ou de mesures physiologiques. L'IBQ a aussi été utilisé pour identifier la structure du tempérament du nourrisson, c'est dans cet objectif que nous l'avons utilisé dans notre recherche. Un troisième objectif a été d'évaluer les relations entre le tempérament, la socialisation, et le fonctionnement parental et familial.

L'IBQ-R fournit un moyen efficace pour évaluer un large éventail des variables de tempérament parce qu'il est complété par les parents, qui ont une opportunité unique d'observer leurs enfants dans une grande variété de situations (Garstein et Rothbart, 2003). L'évaluation des propriétés psychométriques de l'IBQ-R fournit la preuve de la validité et de la fiabilité de l'instrument comme en atteste un grand nombre d'études, notamment celle de Parade et al. (2008).

L'IBQ-R concerne les nourrissons de 3 à 12 mois. Nous avons utilisé l'équivalent de cette échelle pour les nourrissons de 18 à 36 mois, l'ECBQ. L'IBQ-R est une échelle en auto-passation ; nous demandons au donneur de soin principal de remplir l'échelle.

Il n'existe pas de version française de l'IBQ-R (Klein et al, 2009), c'est pourquoi en accord et sous le contrôle des concepteurs de l'échelle T.Cascalès a pris l'initiative de la traduire en français pour notre recherche (Cascalès, 2011).

Elle est composée de 184 items. Le donneur de soin indique sur une échelle de Likert en 7 points à quelle fréquence il a observé (jamais, très rarement, moins de la moitié du temps, la moitié du temps, plus que la moitié du temps, presque toujours, toujours) dans la dernière semaine ou dans les deux dernières semaines, certains comportements de son nourrisson. Ce format a de fortes chances de minimiser les problèmes associés au souvenir, et de limiter les biais associés aux questions plus globales qui demanderaient aux personnes qui répondent de rassembler les informations éparpillées dans les contextes ou les situations avant de répondre.

L'échelle comporte 14 sous-échelles (*approche, réactivité vocale, plaisir lié à des stimuli d'intensité haute, sourire et rire, niveau d'activité, sensibilité perceptuelle, tristesse, intolérance à la frustration, peur, chute de la réactivité, plaisir lié à des stimuli d'intensité basse, confort corporel au contact du donneur de soin, durée de l'orientation, apaisement*). Les 14 sous-échelles ont démontré une cohérence interne significative (Garstein et Rothbart, 2003).

La sous-échelle « *approche* » a été définie comme : excitation positive et rapidité avec laquelle le nourrisson va vers l'activité de plaisir. La « *chute de la réactivité* » a été définie comme le taux de rétablissement après un pic de détresse, d'excitation, ou d'éveil général, et elle reflète la capacité du nourrisson à réguler son propre état. Les sous-échelles « *Plaisir d'intensité basse* » ou « *haute* » réfèrent toutes les deux au plaisir relié aux caractéristiques des stimuli (c'est-à-dire intensité basse ou haute, taux, complexité, nouveauté, et incongruité) (Garstein et Rothbart, 2003).

Les 14 sous-échelles peuvent être regroupées en trois facteurs ou scores : (1) *excitation/extraversion* ; (2) *affect négatif* ; et (3) *orientation/régulation*. Les résultats de la procédure factorielle analytique ont été cohérents avec les trois facteurs (Rothbart et Gartstein, 2003). Le premier facteur, *excitation/extraversion*, est défini par les scores d'échelles de *l'impulsivité, intensité du plaisir, niveau d'activité*, et *timidité* comme une charge négative, avec des charges significatives pour *anticipation positive* et *souriant et rieur*. Le second facteur, *affectivité négative*, est défini par des échelles de *tristesse, inconfort, colère/frustration, peur*, et comme charge négative, *chute de réactivité/apaisement*. Dans notre recherche nous nous sommes particulièrement intéressés aux capacités d'autorégulation de l'excitation du nourrisson, c'est pourquoi nous prendrons le facteur (3) de l'IBQ-R (*orientation/régulation*) comme facteur principal du tempérament du nourrisson. Ce facteur est défini par 4 sous-échelles, toutes en rapport avec la capacité d'autorégulation de l'excitation du nourrisson :

- « *Plaisir lié à des stimuli d'intensité basse* » : cette sous-échelle est composée de 13 items. Elle correspond à la quantité de plaisir ou satisfaction reliée à une intensité basse de stimuli : taux, complexité, nouveauté et incongruité.
- « *Confort corporel au contact du donneur de soin* » : cette sous-échelle est composée de 17 items. Elle correspond à l'expression de satisfaction et de tranquillité du corps du nourrisson pendant qu'il est tenu par un donneur de soin.
- « *Durée de l'orientation* » : cette sous-échelle est composée de 12 items. Elle correspond à la capacité d'attention pour un seul objet pendant une période de temps prolongée.

- « *Apaisement* » : cette sous-échelle est composée de 11 items. Elle correspond à la réduction de l'agitation, des pleurs, ou de la détresse du nourrisson quand le donneur de soin utilise des moyens pour l'apaiser.

Etat émotionnel du donneur de soins pendant le repas

L'utilisation du PANAS (Positive Affect and Negative Affect Schedule) de Watson, Clark et Tellegen (1988), nous a permis de mesurer les états émotionnels positifs et négatifs du donneur de soin pendant le repas.

Le PANAS est une échelle en auto-passation. Elle est composée de 20 adjectifs : 10 positifs et 10 négatifs. Le donneur de soin principal indique, sur une échelle de Likert en 5 points, dans quelle mesure il a éprouvé chacune des émotions. Un score élevé aux affects positifs correspond à un état de grande énergie et d'émotion plaisante; un score élevé aux affects négatifs indique de la détresse subjective impliquant plusieurs émotions négatives. La fiabilité et la validité psychométrique de cette échelle ont été attestées maintes fois, notamment par Crawford et al (2004). Le PANAS a été traduit et adapté en français par Bouffard et Lapierre (1997) mais faute d'avoir pu obtenir cette traduction T.Cascalès a eu l'initiative de traduire l'échelle en français en accord avec les concepteurs de l'échelle (Cascales, 2011).

Le CBCL (Child Behavior Check List, Achenbach 2000)

La Child Behavior Checklist (CBCL) est la plus utilisée des échelles générales d'hétéro-évaluation (Achenbach et Edelbrock, 1981, 1991 ; Achenbach et Rescola, 2001). Elle est utilisée dans la plupart des recherches actuellement publiées. Mais son intérêt ne se limite pas à la recherche, elle est aussi extrêmement utile en pratique courante. Elle évalue les comportements et émotions des enfants de 18 mois à 5 ans dans différents domaines de leur fonctionnement quotidien. Elle comprend 99 items qui décrivent des types spécifiques de problèmes comportementaux, émotionnels et sociaux qui caractérisent les jeunes enfants. Le questionnaire peut être rempli par les parents ou tout autre personne connaissant bien l'enfant. Le parent évalue l'enfant sur une échelle de 3 points selon la fréquence du comportement chez l'enfant (absent ou jamais = 0, rarement = 1, souvent ou toujours = 2). Nous avons utilisé la version Française (et adaptée) de Capron (Capron et al., 2005). Les coefficients de cohérence interne et la validité de l'échelle CBCL sont satisfaisants (Ammaniti et al., 2012).

Les items de la CBCL convergent en 12 sous échelles, elles-mêmes regroupées en 3 échelles de syndromes : *comportements internalisés*, *comportements externalisés* ou *comportements ni externalisés-ni internalisés*.

L'échelle de comportements « *internalisés* » regroupe des problématiques comme la dépression, l'anxiété ou le retrait social (enfant émotionnellement réactif, soucieux/déprimé, anxieux, ayant des plaintes somatiques, en retrait) où les symptômes sont associés à un comportement hypercontrôlé et qui, de fait, passerait plus facilement inaperçus car affecterait moins l'extérieur ou l'entourage. L'échelle de comportements « *externalisés* » comprend quant à elle les problèmes d'attention et le comportement agressif. L'échelle des comportements « *ni internalisés ni extériorisés* » identifie les syndromes impliquant les problèmes de sommeil et d'autres problèmes non exclusivement associés à d'autres symptômes de cette échelle. Les items sont aussi basés sur des échelles DSM-IV, renvoyant aux problèmes affectifs, problèmes d'anxiété, troubles envahissants du développement, déficit de l'attention avec hyperactivité, et au trouble oppositionnel avec provocation. En fin d'échelle, des questions ouvertes incitent les parents à donner des informations sur les éventuelles maladies ou handicaps de leur enfant ainsi que ses qualités et points faibles principaux. Cette échelle nous a principalement permis de vérifier que les nourrissons de notre étude ne présentaient pas de pathologies autres que les troubles alimentaires.

Conflit durant l'alimentation

L'échelle d'alimentation développée par Chatoor et ses collègues (2000) (Chatoor Feeding Scale) permet d'évaluer les interactions mères-nourrisson/petit enfant (de 1 à 36 mois) durant une séquence filmée d'alimentation en laboratoire, d'une durée de 20 minutes. L'échelle consiste en 46 comportements de mère et d'enfant, dont 26 items concernent la mère et 20 concernent le nourrisson, qui sont évalués à partir du film.

Cette échelle nous permettra de qualifier et de quantifier les éventuels dysfonctionnements interactifs en comparant les résultats obtenus pour le groupe clinique et, dans le présent travail, les scores des populations contrôles donnés par Chatoor, car, n'ayant pas été filmé, nous n'avons de résultats pour le groupe non-clinique.

L'échelle prend en compte les considérations de développement : cet instrument d'observation s'appliquant aux enfants pendant les trois premières années de leur vie, les différences de développement sur le plan comportemental sont évaluées par des items spécifiques pour des enfants plus ou moins grands. L'item qui concerne le comportement, comme par exemple « *l'enfant s'endort et cesse de manger* », fait référence aux enfants plus petits, tandis que l'item qui décrit le comportement, tel que « *l'enfant éloigne ou jette la nourriture* », concerne les plus grands. De la même façon, certains comportements du caregiver comme « *la mère est rigide lorsqu'elle tient l'enfant, elle positionne l'enfant sans lui fournir le soutien dont il a besoin* » peuvent être observés chez les mères des plus petits.

Pour chaque item l'investigateur attribue un résultat sur la ponctuation de l'échelle Likert en 4 points (jamais, rarement, parfois, souvent) : la somme des points obtenus par la mère et par l'enfant indique les résultats totaux de chaque sous-catégorie.

Les recherches réalisées pour évaluer les propriétés psychométriques de l'échelle (version américaine originale) (Chatoor, Getson, Menvielle et al., 1997 ; Chatoor, Loeffler, McGee et al., 1998) ont confirmé une bonne fidélité inter-correcteurs et une validité interne et discriminante satisfaisante.

Il n'existe pas de version française du Chatoor Feeding Scale, nous l'avons utilisée dans sa version américaine.

Les données observées ont été codées, pour partie (environ 20%), par deux examinateurs indépendants. La fidélité inter-juge a été estimée au moyen de coefficients de corrélation intra-classe (ICC) ; elle s'est avérée excellente, comprise entre 0,89 et 0,99.

	ICC	95 % inf	95 % sup
dyadic_reciprocity	0,89	0,33	0,97
dyadic_conflict	0,95	0,74	0,98
struggle_for_control	0,95	0,86	0,99
dyadic_maternal_non_contingency	0,99	0,86	1

TABLEAU 1. Rapportant les accords interjuges et leur intervalle de confiance pour la Feeding Scale dans notre étude. Les scores entre les deux cotateurs sont comparés à l'aide de l'Intraclass correlation coefficient (ICC)

L'échelle d'alimentation comprend 46 items divisés en 5 sous-échelles, elles-mêmes divisées en deux parties (mère et enfant) :

I. « *Dyadic reciprocity* » (Réciprocité au sein de la dyade)

II. « *Dyadic conflict* » (Conflit au sein de la dyade)

III. « *Talk and distraction during feeding* » (« dialogue » et Distraction ou encore distractibilité pendant l'alimentation)

IV. « *Struggle for control* » (Lutte pour le contrôle, maîtrise)

V. « *Maternal non-contingency* » (Non-contingence maternelle)

La sous-catégorie « *dyadic reciprocity* » relève, d'une part les difficultés de la mère à manifester des affects positifs, comme la joie et le plaisir, et, d'autre part la fréquence et la qualité des affects négatifs, comme la tristesse, la détresse et le détachement émotionnel. Du côté de l'enfant, elle évalue les manifestations de plaisir et d'évitement de l'interaction. Un résultat faible à cette sous-échelle indique le manque d'adaptation réciproque entre les deux partenaires de l'interaction.

La sous-catégorie « *Dyadic conflict* » évalue la présence et l'intensité des échanges conflictuels à l'intérieur de la dyade et donc la qualité affective de la relation mère-enfant. Le résultat global augmente lorsque la mère fait des critiques négatives sur l'enfant ou sur ses préférences ou prises alimentaires. Du côté de l'enfant, les items de ce facteur évaluent les comportements de détresse, et de refus de la nourriture, l'opposition manifeste, l'irritabilité en réponse au contrôle et à l'intrusivité du caregiver et le négativisme en général. Un résultat élevé dans cette catégorie indique un engagement négatif de la dyade, dans lequel les affects de rage et d'hostilité sont prédominants. Dans notre recherche, nous nous sommes spécifiquement intéressés au conflit durant l'alimentation, nous nous appuyerons donc de façon spécifique sur cette sous-échelle et nous la renommons par souci de clarté « Conflit durant l'alimentation ».

La sous-catégorie « *Talk and distraction during feeding* » relève les tentatives de la mère et de l'enfant de retenir l'attention et/ou de contrôler l'autre en parlant ou en le distrayant pendant le repas. Certaines mères encouragent voire initient les distraction dans le but d'introduire de la nourriture dans la bouche de l'enfant distrait. Pour l'enfant, un score élevé indique une régulation difficile de son état pendant le repas.

Pour la sous-catégorie « *struggle for control* » un score élevé reflète un conflit ouvert pour le contrôle. Le résultat global est élevé pour la mère lorsque, par exemple, elle force l'enfant à l'alimentation, lorsqu'elle dirige le repas en se laissant guider uniquement par ses propres sentiments et intentions plutôt que de suivre le feedback communicatif des signaux de l'enfant. Ces signaux peuvent être le fait d'ouvrir la bouche, un mouvement de succion, une subtile expression au niveau des yeux, le fait de saisir la cuillère, de tourner la tête... La mère obtient aussi un score élevé lorsqu'elle se montre très préoccupée par le désordre ou la saleté ou n'est pas flexible dans la régulation des pauses et l'alternance des tours avec l'enfant. Pour l'enfant, plus il garde les aliments en bouche ou les recrache volontairement, luttant ostensiblement contre les attentes de sa mère, et plus il obtient un résultat élevé.

Enfin, la sous catégorie « *maternal non-contingency* » examine les comportements maternels non contingents. Par exemple quand cette dernière présente des difficultés à lire correctement les signaux communicatifs de l'enfant et à se syntoniser avec eux. Le fait d'être intrusive envers l'enfant (fréquence et intensité des touchers ou manipulations excessives, qui reflèteraient un besoin de la mère et non un besoin de l'enfant) entre dans cette sous-

catégorie. Les items de l'enfant reflètent les réponses de l'enfant aux interventions de la mère non contingentes avec son propre comportement.

Un résultat global élevé indique la présence d'interactions en grande partie dysfonctionnelles et problématiques dans les dyades cliniques pendant le repas, qui se différencient de façon significative des scores des populations contrôles de référence pour la quasi-totalité des dimensions évaluées.

Attitude alimentaire parentale

L'Eating Attitude Test ou EAT-40 (Garner, Garfinkel, 1980) est un instrument qui permet d'identifier, dans la population adulte, les préoccupations excessives sur les comportements alimentaires et l'image du corps. Le EAT40 est un auto-questionnaire composé de 40 items, regroupés en 3 sous-catégories : *jeûne*, *boulimie* et *contrôle oral*. Chaque item présente 6 degrés. Le format retenu est un format Likert. Les items 1, 18, 19, 23, 27, 34, 39 sont présentés de façon inversée, le degré 1 correspondant à l'aspect le plus « anorexique ». Quel que soit le sens de la présentation, chaque réponse extrême de type anorexique correspond à 3 points, la suivante à 2, la troisième à 1 et les trois autres à 0. Ainsi la note varie de 0 à 120. Le score seuil est de 30, c'est-à-dire que tout sujet ayant un score ≥ 30 présenterait un trouble du comportement alimentaire.

Un résultat total élevé aux items qui composent l'EAT-40 indique l'insatisfaction par rapport à l'image corporelle et au désir de maigrir, la préoccupation pour l'effet négatif des comportements alimentaires sur le poids ainsi qu'un strict auto-contrôle sur l'alimentation.

Le EAT40 est l'un des instruments les plus anciens dans le domaine des troubles des comportements alimentaires. Il existe plusieurs traductions du EAT-40 ; la traduction de Pellet et al, en 1984, a été utilisée. Cet instrument présente une fidélité satisfaisante (le coefficient *alpha* va de 0,79 à 0,94) et il a été validé sur un échantillon de patients adultes qui présentaient un diagnostic d'anorexie nerveuse ; il est cependant souvent utilisé pour relever la présence de symptômes de troubles alimentaires dans des populations non-cliniques à haut risque (Button, Whitehouse, 1981 ; Cuzzolaro, Petrilli, 1988 ; Garner, Garfinkel, 1980).

4. INFORMATION DES PATIENTS ET CONSENTEMENT :

Dans notre étude, aucune situation spéciale n'est construite en vue de la recherche.

Les parents sont informés par voix orale du protocole de recherche et ils signent une autorisation écrite nous permettant d'utiliser les vidéos et les résultats des questionnaires à des

fins cliniques et de recherche. Les parents du groupe non clinique ont reçu un document écrit détaillant notre démarche et un formulaire de consentement à signer et à nous retourner avec leurs réponses aux questionnaires.

Le protocole de notre étude a été approuvé par le Comité d'Éthique de la Recherche des Hôpitaux de Toulouse.

5. STRATEGIE D'ANALYSE DE DONNEES

L'analyse statistique des données a été réalisée par N.Bodeau (Biostatisticien dans le service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Pr Cohen, Hôpital de la pitié-Salpêtrière, Paris) à l'aide du logiciel R version 2.12. Des tests bilatéraux ont été employés et le seuil de significativité a été fixé à 5%. Les données manquantes (en cas de fréquence < 5%) ont été estimées, pour chaque échelle, à l'aide de la méthode des plus proches voisins. Les questionnaires trop incomplets, par exemple en cas d'abandon, n'ont pas été pris en compte.

En ce qui concerne la Feeding Scale, un accord interjuge (coefficient de corrélation intraclasse) a été calculé pour justifier la mise en commun des cotations avec celles déjà effectuées.

Au niveau de l'étude statistique à proprement parler, une analyse descriptive a d'abord été conduite pour l'échantillon entier ainsi que pour les sous-groupes TCA et non TCA. Les moyennes et écart-types ont été calculés pour les variables quantitatives tandis que les fréquences ont servi à décrire les données qualitatives.

Ensuite, des tests statistiques ont été utilisés pour tester l'association entre la variable de groupe et plusieurs variables d'intérêt. Dans le cas de variables quantitatives, des tests de Student (avec correction de Welsh en cas d'hétéroscédasticité) ont été employés. Les variables qualitatives ont été testées à l'aide du test exact de Fisher. Pour la Feeding Scale, évaluée uniquement chez les cas, des Z-scores ont été calculés à partir des normes par âge en population générale.

Une approche par régression multiple a permis de vérifier la validité des résultats trouvés lors de l'analyse bivariée en ajustant les tests sur l'âge.

Enfin, dans le groupe des cas, des corrélations de Person ont été utilisées afin d'étudier l'association entre le score « *dyadic conflist* » et les autres scores.

IV. RÉSULTATS

1. STATISTIQUES DESCRIPTIVES :

Caractéristiques de l'échantillon :

Enfants : 40 des nourrissons étaient de sexe féminin (68%) dans le groupe des cas alors que le groupe des témoins était composé de 23 filles (50%) et 23 garçons (50%) mais cette différence entre les groupes n'est pas significative ($p = 0.09$). L'âge moyen de l'enfant cas à l'inclusion était de 14,6 mois \pm 9.6 contre 24,3 (\pm 10,6) pour les témoins ; cette différence, d'environ 10 mois est significative ($t=-4,9$, $p=0$). Les enfants inclus avaient un poids de naissance médian de 2915 g (\pm 826), pour 3312 g (\pm 397) dans le groupe non clinique, ce qui représente une différence significative ($t=4.4$, $p=0$). Le terme de la naissance était de 39 SA dans les deux groupes. Les nourrissons étaient premier-né des fratries dans 43 % des cas dans le groupe clinique contre 59% dans le groupe clinique, cette différence n'est pas significative ($p = 0.16$).

Mères : l'âge moyen des mères à l'inclusion était de 30.6 ans (\pm 6.2) dans le groupe des cas, contre 33 ans (\pm 3.4) dans le groupe des témoins ce qui correspond à une « tendance » ($t=-2.0$, $p=0.05$) des mères des témoins à être plus âgées que celle du groupe des cas.

Pour repérer si les deux groupes étaient comparables au niveau des facteurs de biais potentiels comme l'âge de la mère, l'âge de l'enfant, le sexe, le statut dans la fratrie (premier-né ou non), nous avons utilisé pour les variables quantitatives (les âges) un test de Student et pour les facteurs un test exact de Fisher.

Les groupes ne diffèrent donc pas en terme de sex ratio, de position dans la fratrie (premier né ou non) et d'âge de la mère. Cependant, comme nous l'avons dit, il existe un déséquilibre au niveau de l'âge des enfants, qui ont en moyenne 10 mois de plus dans le groupe non clinique. Dans notre population, au moins un apparenté avait souffert de TCA dans 41 % des cas contre seulement 9 % chez les témoins.

Du point de vue diagnostique, nous retrouvons par rapport au total des enfants 14 % de Trouble Alimentaire de la Régulation des Etats, 16 % de Trouble alimentaire par manque de Réciprocité , 41 % d'Anorexie infantile, 2 % d'Aversions sensorielle alimentaires, 3 % Trouble Alimentaire Post Traumatique, 24 % Trouble Alimentaire avec Condition Médicale Associée.

Diagnostic	TARE	TAMR	AI	TACMA	TAPT	ASA
Effectif	8 (14%)	9 (16%)	24 (41%)	14 (24%)	2 (3%)	1 (2%)

TABLEAU 2. Répartition des cas selon le diagnostic dans notre population clinique. TARE (trouble alimentaire de la régulation des états), TAMR (Trouble alimentaire par manque de réciprocité), AI (anorexie infantile), TACMA (trouble alimentaire avec condition médicale associée), TAPT (trouble alimentaire post traumatique), ASA (aversions sensorielles alimentaires).

Les dyades exclues du groupe clinique ne différaient pas des 58 dyades participantes concernant l'âge maternel, âge de l'enfant et rang de l'enfant dans la fratrie. Les deux nourrissons présentaient une anorexie infantile.

2. DONNÉES INSTRUMENTALES

Caractéristiques tempéramentales du nourrisson :

La première hypothèse (H1) de notre étude était que les nourrissons présentant un TCA sont perçus comme ayant un tempérament plus difficile par leurs parents et, en particulier, sont en difficulté dans leur capacité d'autorégulation de l'excitation, nous avons donc comparé les résultats du groupe des nourrissons présentant un TCA à ceux du groupe contrôle sur l'IBQ-R. Les analyses montrent, pour les sous-échelles « *plaisir lié à des stimuli d'intensité basse* », « *confort corporel au contact du donneur de soin* », « *durée de l'orientation* » et « *apaisement* » qui constitue le facteur 3 de l'échelle qui nous intéressait principalement, des différences non significatives comparées au groupe témoin. Cependant la sous échelle « *chute de la réactivité* » qui reflète aussi la capacité du nourrisson à réguler son propre état révèle un score significativement plus faible chez les cas que chez les témoins (4.7 ± 1.3 vs 5.6 ± 0.9 , $t = -3,2$; $p = 0.002$) ce qui signifie que les cas ont plus de difficultés (ont besoin d'un délai plus long) à se rétablir après un épisode de détresse, d'excitation ou d'éveil général. Cependant, les scores du groupe des cas pour le facteur 2, « *affectivité négative* », correspondant aux échelles de *tristesse, inconfort, colère/frustration, peur, chute de la réactivité ou apaisement* ne diffèrent pas de ceux des témoins si on les considère dans leur ensemble. Nous ne pouvons conclure que les nourrissons atteints de TCA ont un tempérament plus « difficile » si l'on se rapporte aux informations données par leurs parents.

Par ailleurs, les résultats de l'inventaire des comportements (CBCL) mettent en avant des scores plus élevés chez les cas au niveau d'une majorité de comportements internalisés comme l'anxiété et la dépressivité (2.5 ± 2) ($t = 2,8$; $p = 0.007$), les plaintes somatiques ($t = 5,8$; $p = 0$) ainsi que les « troubles affectifs » ($t = 3,4$, $p = 0.001$) et une « tendance » aux « troubles anxieux » ($t = 1,9$, $p = 0.066$) en référence au DSM-IV. Nous en déduisons que les nourrissons atteints de TCA présentent davantage de difficultés dans le développement psychologique et

comportemental -autres que leurs difficultés d'alimentation- que les enfants en bonne santé. Notons aussi que les nourrissons cas semblent ne pas présenter plus de troubles du sommeil. Notre première hypothèse n'est donc que très partiellement vérifiée sur le versant des difficultés d'autorégulation de l'excitation.

		CAS		TEMOINS		t value	p value	
		N	mean ± sd	N	mean ± sd			
IBQ	Activity Level	41	4 ± 1	23	3.8 ± 1	0.8	0.402	
IBQ	Distress to Limitations	41	3.9 ± 1.1	23	3.5 ± 1	1.6	0.124	
IBQ	Fear	40	3 ± 1.5	23	2.6 ± 0.9	1.3	0.192	(Welsh correction)
IBQ	Duration of Orienting	39	3.9 ± 1.3	23	3.6 ± 1.2	0.9	0.374	
IBQ	Smiling and Laughter	41	4.7 ± 1.5	23	4.8 ± 0.9	-0.4	0.678	(Welsh correction)
IBQ	High Pleasure	38	5.3 ± 1.5	23	5.5 ± 0.9	-0.4	0.677	(Welsh correction)
IBQ	Low Pleasure	39	4.9 ± 1.1	23	5 ± 1.3	-0.4	0.696	
IBQ	Soothability	39	4.9 ± 0.9	23	4.8 ± 0.5	0.9	0.360	(Welsh correction)
IBQ	Falling	41	4.7 ± 1.3	23	5.6 ± 0.9	-3.2	0.002	(Welsh correction)
IBQ	Reactivity	41	4.7 ± 1.3	23	5.6 ± 0.9	-3.2	0.002	
IBQ	Cuddliness	41	5 ± 0.9	23	5.4 ± 0.9	-1.5	0.147	
IBQ	Perceptual Sensitivity	39	4.2 ± 1.5	23	3.8 ± 1.4	1.1	0.283	
IBQ	Sadness	41	3.2 ± 1.3	23	3 ± 1.1	0.8	0.427	
IBQ	Approach	39	4.9 ± 1.1	23	5.1 ± 1	-0.8	0.419	
IBQ	Vocal Reactivity	41	4 ± 1	23	4.5 ± 1.1	-1.5	0.126	

TABLEAU 3 : Les résultats pour l'IBQ-R des « cas » comparés à ceux du groupe témoin sont présentés. Le test de Student a été utilisé. *Les résultats gardent la même significativité ou absence de significativité si les analyses statistiques sont réalisées en ne prenant en compte que les troubles alimentaires sans participation organique, c'est à dire en ne conservant que les données relatives aux TARE, TAMR, AI et ASA.*

		CAS		TEMOINS		t value	p value	
		N	mean ± sd	N	mean ± sd			
CBCL	Emotionally_reactive	15	2.8 ± 2.5	36	2 ± 1.7	1,3	0,186	
CBCL	Anxious_depressed	15	2.5 ± 2	37	1.1 ± 1.4	2,8	0,007	
CBCL	Somatic_complaints	14	5.5 ± 2.9	37	1.4 ± 1.9	5,8	0,000	
CBCL	Withdrawn	15	1.3 ± 1.2	37	0.9 ± 1.2	0,9	0,354	
CBCL	Sleep_problems	14	2.6 ± 2.5	37	2.5 ± 2.6	0,2	0,873	
CBCL	Attention_problem	16	2.4 ± 1.9	37	2 ± 1.6	0,8	0,401	
CBCL	Aggressive_behavior	15	10.1 ± 8.4	37	7.4 ± 5.8	1,4	0,179	
CBCL	Affective_problems	15	4.3 ± 1.9	37	2.1 ± 2.1	3,4	0,001	
CBCL	Anxiety_problems	14	3.1 ± 2.3	37	2 ± 1.8	1,9	0,066	← tendance
CBCL	Pervasive_Developmental_problems	14	3.4 ± 2.8	36	2.5 ± 1.8	1,1	0,305	(Welsh correctio
CBCL	ADHD_problems	16	4.4 ± 3.6	38	3.9 ± 2.5	0,6	0,555	
CBCL	Oppositional_Defiant_problems	16	2.9 ± 2.7	37	2.4 ± 2.4	0,6	0,537	

TABLEAU 4 : Scores au Child Behavior Check-List pour chacune des sous-échelles.

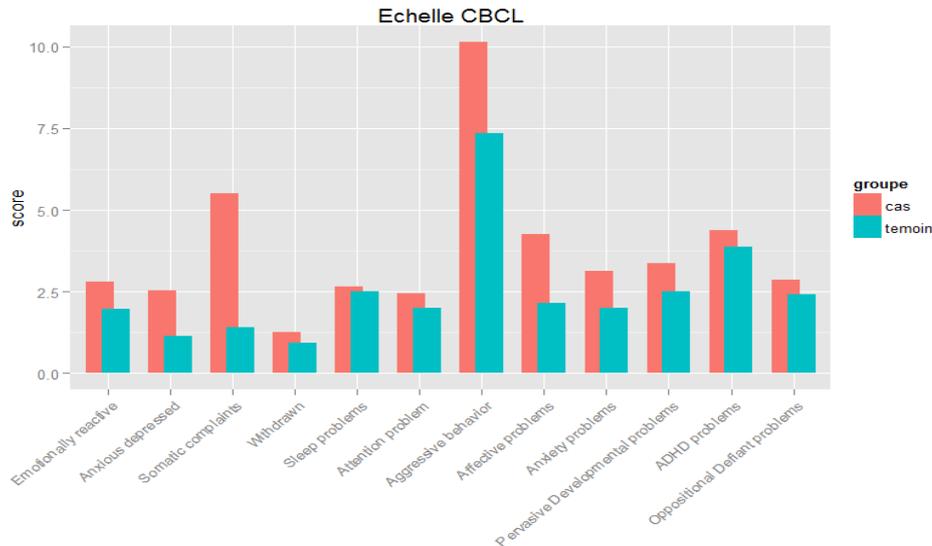


FIGURE 2 : Résultats comparés et détaillés aux différentes sous-échelles de du CBCL, chez les cas et chez les témoins.

Etat émotionnel du donneur de soin :

Notre seconde hypothèse (H2) était que le caregiver principal des enfants présentant un TCA éprouvait des émotions considérées comme « négatives » au cours du repas. Pour valider cette hypothèse, nous avons utilisé le PANAS. Les résultats révèlent un score d'affects négatifs très significativement supérieur dans le groupe cas (21.5 ± 8.1) comparé aux scores obtenus par le groupe témoin (15.2 ± 8.3 , $t = 5,8$; $p = 0$). Les parents des nourrissons présentant un TCA manifestent davantage d'affects négatifs lors des repas avec leur nourrisson. Ceci valide notre deuxième hypothèse. De plus, il n'y a pas de différence statistiquement significative dans l'expression des affects positifs par le caregiver entre les deux groupes.

		CAS		TEMOINS		t value	p value
		N	mean \pm sd	N	mean \pm sd		
PANAS	affect_positif	46	30.1 \pm 7.2	59	30.9 \pm 5.5	-0,6	0,526
PANAS	affect_negatif	46	21.5 \pm 8.1	59	15.2 \pm 8.3	3,9	0,000

TABLEAU 5. Scores du PANAS (positive and negative affect schedule) pour les cas et les témoins.

Attitude maternelle d'alimentation

Notre troisième hypothèse était que dans les dyades du groupe des cas, les mères présentaient plus fréquemment des troubles du comportement alimentaire que les mères des témoins. Pour vérifier cette hypothèse nous avons utilisé l'échelle de dépistage des troubles du comportement alimentaire en population, l'EAT-40. Comme en témoigne le TABLEAU 6, le score obtenu par les mères des cas ($14,5 \pm 5.8$) est significativement plus élevé que dans celui des témoins (11.4 ± 5.5 , $t=2.2$, $p=0.034$), les mères des dyades cliniques, celles des enfants

présentant un TCA restrictif, présentent elles même plus de difficultés alimentaires que les mères des témoins, validant ainsi notre troisième hypothèse. Nous mettons donc en évidence une association entre les difficultés alimentaires des mères et celles de leurs enfants mais nous ne pouvons ici présumer de liens de cause à effet.

EAT	total_eat	CAS		TEMOINS		t value	p value
		N	mean ± sd	N	mean ± sd		
		20	14.5 ± 5.8	60	11.4 ± 5.5	2,2	0.034

TABLEAU 6. Résultats des parents des cas et de ceux des témoins à l'EAT-40.

Comme nous l'avons signalé dans la description des caractéristiques de la population, il existait une différence significative au niveau de l'âge moyen des cas et des témoins. L'âge des enfants pouvant être un facteur de confusion (biais) dans notre étude, nous avons fait un ajustement statistique sur l'âge. Pour cela nous avons utilisé, pour chacune des variables, des régressions avec en prédicteur le groupe et l'âge. Cet ajustement revient à contrôler l'effet de l'âge. La majorité des scores restent significatifs. Il n'y a que la différence entre les scores de l'EAT, qui perd sa significativité, et à l'inverse, la « tendance » à la supériorité de « *troubles anxieux* » dans le groupe des cas qui se confirme et devient significativement supérieur dans le groupe des cas. Ainsi, cet ajustement nous permet de dire que nos résultats restent valables bien que les cas aient été significativement plus jeunes que les témoins et nous pouvons ajouter que les cas présentaient davantage de « troubles anxieux » que les témoins.

Conflit durant l'alimentation

Nous faisons l'hypothèse (H4) que les perceptions parentales, et en particulier maternelles, du tempérament du nourrisson et les caractéristiques maternelles contribuent au conflit mère-enfant durant l'alimentation.

Pour tester cette hypothèse, nous avons évalué si il y avait une association entre les caractéristiques maternelles, les caractéristiques du tempérament du nourrisson, et le conflit alimentaire en calculant les corrélations de Pearson. Les variables qui ont été significativement associées avec le conflit alimentaire ont été utilisées dans les analyses de régression pour prédire le conflit alimentaire.

Pour vérifier si les caractéristiques affectives du caregiver (affects majoritairement négatifs comme nous l'avons montré dans H3) contribuaient au conflit durant l'alimentation, nous avons réalisé un test de corrélation de Pearson entre le score *d'affects négatifs* du PANAS et la sous échelle « *dyadic conflict* » de la Feeding Scale de Chatoor mais ici ($\rho = -0.09$, $p = 0.36$) donc la corrélation n'est pas significative et nous ne pouvons affirmer que cette caractéristique émotionnelle du caregiver concoure à intensifier le conflit entre les deux

partenaires de l'interaction durant l'alimentation. Il en est de même pour la corrélation entre les habitudes alimentaires parentales et le score de conflit : aucune association statistiquement significative n'a été obtenue.

De la même manière, nous n'avons pas montré d'association statistiquement significative entre les caractéristiques tempéramentales du nourrisson sur l'IBQ-R et le conflit durant l'alimentation.

	N	corrélation	t value	p value
total_eat	19	-0,21	-0,91	0,37
Activity_Level	39	0,11	0,65	0,51
Distress_to_Limitations	39	0,17	1,04	0,30
Fear	38	0,23	1,43	0,16
Duration_of_Orienting	37	0,16	0,95	0,35
Smiling_and_Laughter	39	0,15	0,90	0,37
High_Pleasure	36	-0,09	-0,50	0,62
Low_Pleasure	37	0,23	1,43	0,16
Soothability	37	0,04	0,25	0,80
Falling_Reactivity	39	-0,18	-1,14	0,26
Cuddliness	39	0,19	1,19	0,24
Perceptual_Sensitivity	37	-0,14	-0,81	0,42
Sadness	39	0,11	0,69	0,49
Approach	37	-0,23	-1,43	0,16
Vocal_Reactivity	39	0,22	1,38	0,17

TABLEAU 7 : Les corrélations de Person entre le « *dyadic conflict* » de la Chatoor Feeding Scale et d'une part, le score de l'EAT-40 et, d'autre part, les sous-échelles de l'IBQ-R, aucune corrélation ne met en évidence d'association significative.

Interactions parent-enfant dysfonctionnelles pendant le nourrissage

Notre cinquième hypothèse (H5) supposait que les interactions durant les repas des dyades cliniques étaient caractérisées par une faible réciprocité, une lutte pour le contrôle et un conflit intense. Afin de vérifier cette hypothèse, les sous échelles « *dyadic conflict* », « *dyadic maternal non-contingency* » et « *struggle for control* » de la Chatoor Feeding Scale ont été utilisées.

Nous avons calculé des Z scores à partir des scores obtenus par les cas et des normes, par âge, de la Chatoor Feeding Scale. Ainsi nous avons obtenu, pour chaque dimension de l'échelle : $Z = (\text{score CAS} - \text{moyenne de la norme}) / \text{écart type de la norme}$. Enfin nous avons comparé ces Z scores à 0 : si ils étaient différents de 0 alors les dyades de cas s'écartaient significativement de la norme. Seule la sous-échelle « *talk during feeding* » n'a pas montré de différence significative à la norme. Pour les autres sous-échelles, nous regardons le signe de la moyenne obtenue car les scores de cette échelle sont des scores de sévérité. Un score élevé signifie une gravité du « symptôme ».

Le score de « *dyadic maternal non contingency* » est significativement plus élevé que la norme (Z score moyen = 3.3 ; p = 0.0017) révélant un niveau élevé de non-contingence maternelle dans les dyades cliniques ; ce résultat, bien que cela n'ait pas été une de nos hypothèses, a été conforté par un score significativement négatif pour la « *dyadic reciprocity* » (Z score moyen = -1.6 ; p = 0) traduisant une faible réciprocité dans les interactions dyadiques. De la même façon, « *struggle for control* » (Z score = 2 ; p = 0) était positif, traduisant une lutte importante pour le contrôle au sein de la dyade et une tentative de maîtrise des deux partenaires, chacun l'un sur l'autre. Le score dont le résultat est le plus criant est celui du « *conflit durant l'alimentation* » avec un Z score moyen de 4.7 (p = 0). Nous validons ainsi l'hypothèse d'un conflit très intense pendant le repas dans des dyades où le nourrisson présente un TCA.

Comme le révèle le TABLEAU 8, l'analyse des scores de cette échelle révèle donc des résultats très significatifs et permettent de confirmer notre hypothèse et d'affirmer que dans les dyades où les enfant présentent un TCA, comparé à la norme, les interactions dyadiques manquent de réciprocité, révèlent une lutte pour le contrôle, avec une faible contingence maternelle, conduisant ainsi à un très fort conflit durant le repas.

Au regard de ce que nous observions sur les enregistrements vidéo, nous avons fait l'hypothèse que la non contingence maternelle était un des éléments qui concourrait le plus au conflit pendant le temps du repas. Nous avons donc poussé nos analyses en utilisant des corrélations de Pearson entre les scores des sous-échelles « *feeding scale dyadic conflict* » et « *feeding scale non contingency* ». Ici p = 0 donc la corrélation (rho = 0.54, p = 0) est très significative et le coefficient de corrélation est positif (0.54) donc plus la « non contingence maternelle » augmente, et plus le conflit augmente. Nous concluons que la « non-contingence maternelle » concoure de façon très importante à augmenter le conflit dyadique. De la même façon, nous avons observé que plus le score de « lutte pour le contrôle » augmente et plus le conflit durant l'alimentation augmente. Quant aux scores de « réciprocité dans la dyade », plus le score est bas, et plus le conflit durant l'alimentation est élevé.

	N	mean	sd	t value	p value
dyadic_reciprocity	54	-1.6	1.3	-9	0
dyadic_conflict	54	4.7	3.7	9.2	0
talk_during_feeding	55	0	1.2	-0.1	0.9058
struggle_for_control	54	2	2.6	5.6	0
dyadic_maternal_non_contingency	54	1.1	2.4	3.3	0.0017

TABLEAU 8 : Résultats des Z-scores de chaque sous-échelle de la Chatoor Feeding Scale

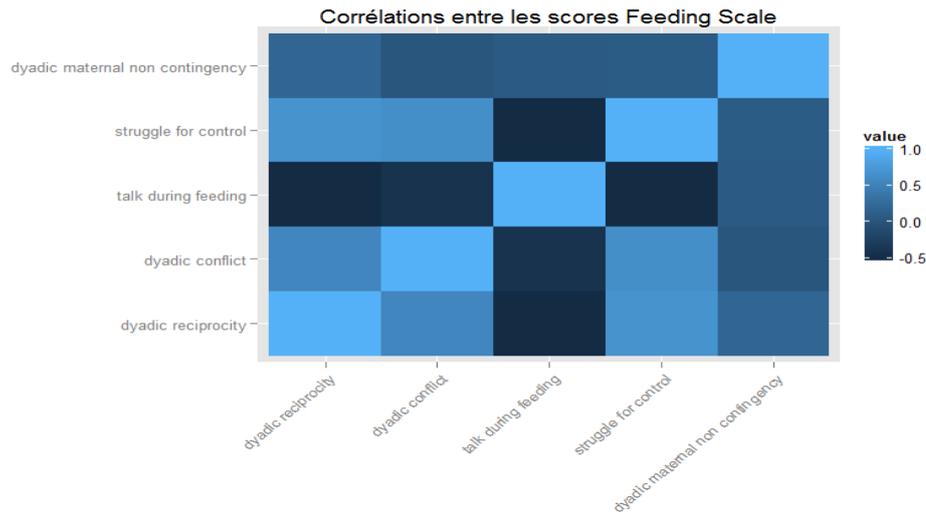


FIGURE 3 : Représentant les corrélations entre les différents scores de la Chatoor Feeding Scale.

À partir des variables significatives nous avons cherché le meilleur modèle prédictif, les variables qui expliquent au mieux le score de « dyadic conflict ». Nous avons donc pris en compte les 3 variables significatives de la Feeding Scale : « lutte pour le contrôle », « non-contingence maternelle » et « réciprocité dans la dyade ». Le meilleur modèle prédictif ($R^2=0.52$) retient « lutte pour le contrôle » et « réciprocité dans la dyade »: Comme en témoigne le tableau suivant, une augmentation d'un point au score « réciprocité dans la dyade » diminue de 0.25 point le score de « conflit durant l'alimentation ». De plus une augmentation d'un point au score de « lutte pour le contrôle » augmente de 1.18 point le score de « conflit durant l'alimentation ».

Coefficients:					
	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)	
(Intercept)	15.1952	3.7654	4.035	0.000179	***
dyadic_reciprocity	-0.2511	0.1166	-2.155	0.035851	*
struggle_for_control	1.1835	0.2372	4.989	7.15e-06	***

TABLEAU 9 : Régression multiple pour les variables de la Feeding Scale et modèle prédictif.

Sévérité du conflit et de la dénutrition

Enfin, nous faisons l'hypothèse (H6) que la sévérité de la dénutrition des nourrissons était liée à la sévérité du conflit durant l'alimentation.

Pour vérifier cette hypothèse, nous avons tout d'abord testé une corrélation (Pearson) entre le poids des nourrissons atteints de TCA lors de l'inclusion et la sous-échelle « dyadic conflict » de la Feeding Scale. Les analyses n'ont permis de ne mettre en évidence qu'une simple tendance ($p = 0.07$) où le poids serait inversement proportionnel au score de conflit. Plus le conflit durant l'alimentation est intense et plus le poids du nourrisson est faible. Forts de ces résultats, nous avons ensuite réalisé un test de Student comparant les scores de la sous-échelle

« *dyadic conflict* » de la Feeding Scale aux valeurs du critère de Waterlow (<80 % vs >80 %) mais aucune corrélation significative n'a pu être mise en évidence. Le TABLEAU 10 démontre que contrairement à notre dernière hypothèse, un conflit alimentaire important n'était pas associé avec un pourcentage de poids idéal faible. Nous ne pouvons donc pas affirmer que la sévérité de la dénutrition des nourrissons est liée au conflit durant l'alimentation.

	Waterlow <80 %		Waterlow >80 %		t value	p value
	N	mean ± sd	N	mean ± sd		
dyadic conflict	23	15.0 ± 8.1	26	13.8 ± 7.6	0,48	0,631

TABLEAU 10. L'association entre le pourcentage de poids idéal et le conflit dans la dyade durant l'alimentation n'est pas significative.

V. DISCUSSION

Le but de cette étude était de reproduire et de préciser les relations établies précédemment dans la littérature en montrant que la perception parentale du tempérament des nourrissons (notamment leur capacité d'auto-régulation de l'excitation) et les caractéristiques parentales (affectives et alimentaires) sont associées avec les troubles du comportement alimentaire des nourrissons et jeunes enfants en général et en particulier avec deux symptômes critiques des TCA restrictifs des nourrissons : le conflit alimentaire et l'état nutritionnel des jeunes enfants et de quantifier ces associations.

Nous postulons que les nourrissons présentant un TCA sont perçus par leurs parents comme plus « difficiles » et gênés par des difficultés de régulation de leur excitation. Nous ne pouvons conclure que ces nourrissons sont vus par leurs parents comme plus « difficiles » ou comme ayant une affectivité négative par absence de significativité de nos résultats. Nos conclusions ne concordent pas avec les recherches précédentes qui ont détecté des associations significatives entre les perceptions par les mères du tempérament « difficile » de leur tout-petit et des problèmes alimentaires (Lindberg et al., 1994 ; Zeanah et al., 1986). Plusieurs auteurs ont étudié comment les avis des parents sur le tempérament de leur enfant reflètent leurs perceptions ou une description objective du tempérament de leur nourrisson. Ici nous possédons seulement les dires des parents concernant les comportements de leurs enfants. Alors que certaines études (Goodman, 1997) ont démontré que les dires des parents étaient fiables, d'autres ont démontré que d'autres observateurs produisaient des estimations encore plus fiables et que l'accord entre les parents et les observateurs était assez faible (Bates et al., 1979 ; Froti et al., 1978). Les mesures du tempérament obtenues nécessiteraient de clarifier si les notes maternelles du tempérament des enfants en bas âge reflètent les caractéristiques objectives des enfants ou plutôt les perceptions maternelles. En conséquence, nous aurions eu besoin de mesures *observationnelles* du tempérament pour établir si les jeunes enfants avec un trouble du comportement alimentaire restrictif étaient différents des autres jeunes enfants dans leurs comportements et tempérament.

Cependant nous pouvons avancer que les nourrissons souffrant de TCA dans notre population présentent plus de difficultés à réguler de façon adéquate leur propre état. Nous n'avons cependant pas pu confirmer qu'ils présentent plus de difficultés d'auto-régulation de leur excitation par le facteur *orientation/régulation* de l'échelle car aucune des sous-échelles n'a montré de score significatif. Concernant l'auto-régulation de l'excitation du nourrisson, rappelons que l'objectif du système « pare-excitation » est de faciliter le travail de l'appareil

psychique qui dans sa logique d'intégration, ne peut accueillir que de petites quantités d'énergies. L'adulte va s'efforcer de placer le nourrisson dans un environnement « sensitivo-sensoriel » (Golse, 2006) qui ne soit ni carencé ni trop important ou « excitant ». Ainsi, la disponibilité du nourrisson conceptualisée par son état de vigilance dépend évidemment de son équilibre somatique et proprioceptif mais aussi des compétences de son environnement à trouver les dosages singuliers de quantité de stimulation à dispenser à son égard. Du côté du nourrisson, nous pouvons facilement supposer l'impact de la faim comme stimulation intéroceptive à l'origine de l'accroissement d'une tension interne, elle-même à l'origine d'une augmentation de son niveau d'excitation. Dans un scénario de sur-stimulation environnementale, le système pare-excitant du nourrisson va être débordé par le bombardement sensitivo-sensoriel qui provient de son environnement immédiat. Dans ce cas, une trop grande quantité d'énergie peut envahir l'appareil psychique du nourrisson et contraindre celui-ci à détourner son attention de la tâche conjointement éprouvée de la prise alimentaire.

On notera le très jeune âge de certains des enfants de notre étude, moins d'un mois, mettant en évidence la précocité de certains tableaux de dénutrition. Tout comme le petit poids de naissance, il pourrait s'agir d'un facteur venant rendre plus difficile l'investissement du bébé par la mère. L'excitation ne peut se métaboliser en raison de l'échec (en excès ou en défaut) du travail d'investissement. On parle de « *co-excitation libidinale* » qui implique à la fois l'investissement libidinal des parents pour le nourrisson mais aussi l'investissement libidinal du nourrisson pour ses parents.

Les nourrissons et jeunes enfants de notre étude sont plus susceptibles de présenter des « *troubles anxieux* » et des comportements « *internalisés* ». Nous pouvons faire un lien avec l'étude de Blissett, Meyer, et Haycraft (2011) dans laquelle les difficultés d'alimentation précoces peuvent aussi être impliquées dans les prédictions des troubles anxieux (Ong et al. 2006). Cependant l'ensemble des données suggèrent que les relations entre les comportements alimentaires dysfonctionnels et les difficultés de comportements plus larges sont à modérer et peuvent être spécifiques aux comportements « *internalisés* ».

Cette étude a exploré les associations entre les caractéristiques du caregiver et l'alimentation des nourrissons, montrant que les caregivers des enfants présentant un trouble de l'alimentation éprouvaient des émotions plus négatives au cours du repas comparé à notre groupe témoin. La réponse émotionnelle de la personne qui prend soin de l'enfant est extrêmement importante pour l'étayer et le faciliter dans sa tendance naturelle vers l'autonomie, ainsi que

la capacité empathique de « négociateur » avec les affects négatifs tout au long des échanges et le « contrôle » de la situation alimentaire comme nous le verrons plus après. Certains parents ayant des modulations affectives insuffisantes peuvent contribuer à l'installation chez leur nourrisson d'un fonctionnement somatopsychique limité à la seule décharge de l'excitation. L'adaptation parentale étant défaillante, le nourrisson n'est plus en capacité de compenser la tâche exigeante de différenciation de son monde interne et de son monde externe. Dans les cas de défaut de contenance psychique parentale, le nourrisson est soumis précocement à une excitation que son psychisme ne peut traiter de façon opérante. Par défaut de structuration psychique, le nourrisson peut-être assailli par « une excitation désorganisant la tâche intégrative » de son organisme. Ainsi le nourrisson ne peut organiser de façon efficace les modalités interactives qui sont nécessaires à la mise en place d'un développement harmonieux.

Les résultats de notre recherche ont souligné que les mères des enfants avec TCA peuvent présenter une régulation émotionnelle difficile de leurs propres états somatiques dans la sphère alimentaire. En effet, ces mères ont obtenu des résultats significativement plus élevés dans les dimensions symptomatiques de *jeûne*, *boulimie* et *contrôle oral* qui relèvent les conduites alimentaires dysfonctionnelles, telles que l'insatisfaction par rapport à l'image corporelle, le désir de maigrir, la préoccupation pour l'effet négatif des comportements alimentaires sur le poids et l'auto-contrôle sur l'alimentation. Ceci, comme d'autres études cliniques l'ont souligné, peut constituer un obstacle pour la compréhension empathique des signaux de faim/satiété envoyés par l'enfant, et pour l'avènement d'une réciprocité interactive tout au long des échanges alimentaires. Cependant, la différence que nous mettons en évidence entre les groupes pour l'EAT-40 n'est pas très élevée bien qu'elle soit significative. Ceci est particulièrement surprenant : cela ne correspond que peu à ce que nous constatons au quotidien dans les consultations. Une fois l'alliance thérapeutique établie, il n'est absolument pas rare que les mères révèlent, non sans culpabilité, leurs propres difficultés alimentaires. Une différence plus significative entre les deux groupes était attendue.

Nous présumons aussi que les deux facteurs, les *perceptions maternelles du tempérament du nourrisson* et les *caractéristiques maternelles*, contribuaient directement aux interactions conflictuelles alimentaires. Nous avons testé cette proposition en explorant les contributions des caractéristiques maternelles et les notes du tempérament de l'enfant en bas âge sur le conflit durant l'alimentation. En résumé, nos résultats ne permettent pas de confirmer des associations entre les caractéristiques maternelles, les perceptions du tempérament de leur enfant en bas âge et le conflit dans la dyade. En particulier, contrairement à plusieurs études

antérieures (Atzaba-Poria, 2010), nos analyses n'ont pas permis de mettre en évidence que les risques psychopathologiques des mères prédisent des échanges interactifs moins contingents avec leurs enfants durant l'alimentation. Ammaniti (2009) avait montré que le tempérament n'était que faiblement associé aux caractéristiques psychopathologiques maternelles pour les enfants les plus jeunes mais chez les enfants plus âgés, ses résultats montraient des relations entre le fonctionnement comportemental/émotionnel des enfants et les caractéristiques psychopathologiques maternelles (sensibilité personnelle globale).

L'analyse de nos résultats a permis de relever des modèles interactifs dysfonctionnels à l'intérieur des couples de mères/pères et d'enfants avec un trouble alimentaire. Ces couples montraient des scores plus élevés dans les dimensions relationnelles évaluées dans le contexte de l'alimentation : état affectif négatif du parent, conflit interactif majeur, comportement de refus alimentaire de l'enfant, lutte pour le contrôle de la situation d'alimentation, manque de réciprocité dans la dyade et une non-contingence maternelle durant le repas. Par rapport aux normes données par Chatoor, ces couples de mères et d'enfants montraient un manque de communication syntonisée et collaborative, ainsi qu'un engagement négatif, caractérisé par la tristesse, le détachement émotif, de la rage, et la détresse. Les échecs communicatifs répétés sont visibles pendant l'échange alimentaire, l'enfant présentant des comportements d'opposition manifeste et de refus de la nourriture, caractérisés par le négativisme et le désengagement.

Dans notre étude la non-contingence maternelle, ainsi que la lutte pour le contrôle ou « maîtrise » ont un impact majeur sur le niveau de conflit dans la dyade pendant l'alimentation. Il semble que la maîtrise agisse selon un processus bidirectionnel. Les parents contrôlent l'alimentation de l'enfant et l'enfant s'en accommode à sa manière. Soit l'enfant mange sans résistance, soit il refuse de s'alimenter, comme une tentative d'« émancipation » subjective. Mais dans le second cas, l'immaturation du nourrisson l'en empêche, le plongeant dans un état de totale dépendance à son caregiver pour l'alimentation. L'emprise dont il est l'objet est constitutionnelle à son développement psychomoteur. Une solution s'offre à lui : le refus comme réponse à l'emprise parentale, comme tentative d'autonomisation. L'emprise du nourrisson peut ainsi répondre au contrôle parental et ses exigences durant l'alimentation. Quand la satisfaction du nourrisson est entravée, le recours à l'emprise conduit la mère à se charger d'affects aussi négatifs que la crainte et l'inquiétude (Denis, 1997). La réciproque est vraie : les conduites alimentaires proposées par la mère sont alors refusées. L'emprise du nourrisson s'accroît à mesure que le climat négatif dans l'interaction augmente. L'agressivité peut naître du rapport de force. Moins le nourrisson peut se satisfaire dans la relation, plus le

besoin d'emprise le pousse à prendre le contrôle parental pour mieux se défendre contre l'angoisse et l'insécurité psychique.

Limites méthodologiques et biais de notre étude :

Parmi les limites méthodologiques que présente cette étude, mentionnons le petit nombre de protocoles « complets » (c'est-à-dire comprenant les réponses à chacun des quatre auto-questionnaires associés au repas filmé). La significativité de nos résultats est limitée par le fort taux de données manquantes.

Notons aussi l'hétérogénéité du groupe TCA (regroupant des psychopathologies différentes à fonctionnements distincts) et l'absence d'informations fiables sur la provenance socioéconomique. De plus, les réponses aux questionnaires, à un moment précis, sont teintées de toutes sortes de variables confondantes et incontrôlables (état d'esprit du parent à ce moment-là, désirabilité sociale, idiosyncrasie des perceptions du tempérament de leur enfant, rapport au thérapeute ou à l'investigateur...). Ajoutons enfin que les patients rencontrés proviennent pour la majorité d'un milieu hospitalier et ont bénéficié avant d'être inclus dans le protocole des apports de la prise en charge conjointe. Pour ces patients, il s'agit donc très probablement de familles sensibilisées aux enjeux inconscients et aux conflits intrapsychiques, ce qui n'est pas nécessairement le cas de certaines des familles de patients suivis pour TCA dans l'unité. En effet, lors des réponses aux questionnaires, certains sont naïfs de soins psychiques.

Le déséquilibre entre les deux groupes en ce qui concerne l'âge des enfants, qui ont environ 10 mois de plus dans le groupe témoin est statistiquement significative ; bien que les résultats restaient significatifs après contrôle de l'âge au niveau statistique, cet élément pourrait introduire un biais dans l'étude et l'interprétation des résultats au plan clinique. Nous n'avons pas pu ici utiliser de méthode de *matching* pour sélectionner des sous-groupes de même âge : la différence d'âge était trop importante.

Les diverses considérations concernant les limites de notre étude restreignent la généralisation des résultats obtenus au cours de cette étude.

La question (de la présence) des pères nous est apparue rapidement. Dans notre étude, nous n'avons pas fait de différence entre père et mère en tant de caregiver pendant l'alimentation. Cependant la grande majorité des caregivers présents lors du repas filmé étaient des mères. Dans plus de la moitié des situations d'alimentation (56%), seule la mère était présente avec son enfant. Le père était celui qui accompagnait l'enfant dans seulement 5 % des cas, ce qui

correspond à 3 pères sur la soixantaine de dyades/triades filmées. Les deux parents étaient présents dans environ 40 % des cas. Dans ces cas-là, la position du père oscillait souvent entre deux polarités extrêmes : ou bien il est absent des échanges, en retrait (voire hors du champ de la caméra) et exclu du lien entre la mère et l'enfant, ou bien, mais cela s'est avéré très rare, il était trop présent par la violence de ses propos et des traits paranoïdes. De rares pères ont tenté de distraire l'enfant ou de le consoler quand il exprimait de la détresse mais leurs interventions se sont régulièrement fait sanctionner par la mère. Nous avons observé que les mères les plus en difficulté pendant l'alimentation de leur enfant semblent difficilement accepter les interventions des pères, de quelque ordre qu'elles soient. Nous avons entendu, adressé à un père qui tentait manifestement de rassurer sa fille, « Ne lui parle pas ! Normalement, tu n'es jamais là quand elle mange ».

En ce qui concerne spécifiquement le contexte d'alimentation, la recherche a principalement porté sur les interactions mère-enfant parce que les mères sont traditionnellement pensées comme ayant la responsabilité principale dans l'alimentation de leurs enfants (Blissett et al., 2006) et sont généralement considérées comme leurs caregivers principales (Campbell et al., 2010 ; Patrick et al., 2005). Cependant, les rôles et responsabilités entre les sexes des parents ont changé au cours des dernières décennies, surtout en raison de l'augmentation de l'emploi des mères avec de jeunes enfants. Des études ont pris en compte ces changements et ont récemment mis l'accent sur les caractéristiques psychologiques des pères pendant l'alimentation et les interactions avec leurs enfants (Franklin et Rodger, 2003 ; Atzaba-Poria et al., 2010 ; Cerniglia, 2014 ; Khandpur et al., 2014). Les chercheurs ont constaté que, contrairement aux mères les pères n'ont pas eu de difficulté de « collage ». Peut-être parce que les pères sont secondaires dans l'attachement d'un enfant puisque les mères sont généralement le principal dispensateur de soins. Les pères considèrent la relation avec leur enfant en terme d'autorité et sont présents dans l'alimentation pour « discipliner » l'enfant, tandis que les mères nourrissent. Les mères ont noté que le soutien des pères et leur patience sont des éléments essentiels à une interaction d'alimentation mère-enfant à succès. Le soutien du père a contribué à une relation parent-enfant plus saine. Aucun lien n'a été trouvé entre le risque psychopathologique des pères et la qualité des interactions avec leurs enfants durant l'alimentation. Lamb a estimé que les pères sont des partenaires d'interaction « particuliers » pour leurs enfants, dans le sens où leurs interactions seraient assez différentes de celles des mères, étant caractérisées par plus de contact physique et de jeu, ce qui semble avoir un rôle spécifique dans la promotion des processus de régulation émotionnelle de l'enfant (Feldman, 2003). Pendant l'alimentation, les pères seraient aussi plus susceptibles d'encourager les enfants à manger en utilisant la négociation et des incitations fermes (verbales ou physiques) à

se nourrir (Haycraft et Blissett, 2008 ; Orrell Valente et al., 2007).

Une autre limite de cette étude est donc l'absence d'une enquête systématique du rôle des pères dans le système du don de soins mère-enfant et dans le processus de régulation de l'alimentation de l'enfant. Cela reste un champ encore insuffisamment exploré dans des échantillons cliniques de troubles précoces de l'alimentation.

Implications cliniques et thérapeutiques des résultats de notre étude :

Les problèmes alimentaires précoces disqualifient la personne qui ne parvient pas à le nourrir, et peuvent de ce fait entraîner une spirale de difficultés qui pourra beaucoup interférer avec l'enfant et son milieu, parfois de manière durable. Les parents ont alors besoin d'avoir de grandes ressources psychiques et des mécanismes de défense très adaptés pour ne pas se retrouver, quant à eux, « rongés » par l'angoisse. Ceci appuie encore l'intérêt de prendre en charge, non seulement l'enfant mais aussi la dyade et la famille. Les interventions doivent pouvoir soutenir les parents dans les soins précoces, affectifs et communicatifs, afin de minimiser le risque de difficultés d'alimentation du bébé et les perturbations relationnelles mère/père-nourrisson durant la petite enfance.

Afin d'éviter que les difficultés dans les interactions aient des répercussions préjudiciables sur les acquisitions sensorielles et l'alimentation du nourrisson et, réciproquement, que les difficultés alimentaires et les défaillances sensorielles précoces aient des répercussions sur la qualité des interactions, il est donc souhaitable que la détection précoce soit efficace et permette la mise en place de prises en charge parent/nourrisson adaptées aux singularités de chaque triade. Il est en effet nécessaire d'impliquer l'ensemble de la triade dans le dispositif de soins à chaque fois que cela est possible. Le traitement des troubles du comportement alimentaires restrictifs des jeunes enfants devrait en particulier se concentrer sur la réduction du conflit alimentaire. Ceci peut être réalisé en soulignant les perceptions des parents concernant le tempérament de leur tout-petit et par l'exploration des vulnérabilités parentales possibles (Chatoor et al 1997b). Si l'état émotionnel du donneur de soin s'améliorait, les capacités d'autorégulation de l'excitation du nourrisson pourraient s'améliorer et pourraient permettre de diminuer le conflit durant l'alimentation et ainsi favoriser une augmentation de la prise pondérale. Comprendre le tempérament des jeunes enfants permet fréquemment aux parents de remanier les caractéristiques négatives au sein des caractéristiques qui peuvent être tolérées et managées. L'aide aux parents vulnérables est plus opérante avec un cadre qui réduit aussi le conflit alimentaire et facilite la régulation interne de l'alimentation des enfants en bas âge. En d'autres termes, le but principal des conseils donnés sur le cadre des repas est de diminuer l'agressivité (latente et manifeste) qui génère un emballement de la co-excitation

libidinale et une rigidification des mécanismes de co-emprise qui finissent par perturber les interactions (affectives, comportementales et fantasmatiques) comprises dans la relation parents/nourrisson.

L'outil vidéo utilisé dans le dispositif Toulousain amène des spécificités dans la prise en charge des triades rencontrées. La vidéo représente une mise en abîme pour les parents vis-à-vis des interactions et des capacités d'ajustements dont ils font preuve. Lors des consultations avec visionnage du repas filmé, les parents sont encouragés à élaborer sur ce qu'ils observent, entourés par le thérapeute. Le thérapeute utilise notamment la vidéo afin de préciser aux parents les places respectives qui s'inscrivent dans l'interaction. Il insiste sur l'importance de la distinction père/mère auprès du nourrisson. C'est la mise en évidence objective des difficultés et/ou conflits à l'image qui permet aux cliniciens de souligner les ajustements positifs et les maladresses interactives qui jalonnent le repas.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les résultats de notre recherche ont révélé que les parents des nourrissons présentant un trouble du comportement alimentaire restrictif manifestaient un niveau élevé de caractéristiques symptomatiques et que les interactions alimentaires de ces dyades cliniques étaient très dysfonctionnelles. Les résultats constatés ont donc mis en lumière des évidences expérimentales intéressantes qui, tout en ne confirmant pas totalement les principaux objectifs de notre recherche, offrent divers éléments d'approfondissement et de réflexion ultérieurs. Notre étude présentant des limites, des études supplémentaires dans ce champ sont donc nécessaires pour explorer et interpréter ces résultats plus finement et pour investiguer d'autres facteurs qui pourraient être impliqués dans les troubles du comportement alimentaire restrictifs des nourrissons et jeunes enfants.

Pour finir, la recherche présentée pourra certainement obtenir d'importantes confirmations à partir d'un projet longitudinal d'analyse, en étudiant le suivi de notre échantillon de couples de parents et d'enfants avec un trouble alimentaire et un retard de croissance non organique pendant la petite enfance.

BIBLIOGRAPHIE

- Arts-Rodas, Debby, and Diane Benoit. 1998. "Feeding Problems in Infancy and Early Childhood: Identification and Management." *Paediatrics & Child Health* 3 (1): 21.
- Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F. 2004. "Transmission intergénérationnelle : troubles alimentaires de l'enfance et psychopathologie maternelle." *Devenir* 16 (3): 173. doi:10.3917/dev.043.0173.
- Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F, Chatoor I. 2012. "Feeding Disorders of Infancy: A longitudinal study to middle childhood." *International Journal of Eating Disorders* 45 (2): 272–80. doi:10.1002/eat.20925.
- Apter Danon G. 2009. "Regarde-moi, je te regarde et pourtant le sais-tu ? : Le regard en face-à-face mère-bébé" Dans le paradigme du Still Face." *Enfances et Psy* n° 41: pp. 23–32.
- Baudet T, Gaboulaud V, Grouiller K, Belanger F, Vandini P-P, Salignon P, Bitar D, Moro MR. 2003. "Facteurs psychiques dans les malnutritions infantiles en situation de post-conflit. Évaluation d'un programme de soins de dyades mères-bébés malnutris à Hébron (Territoires palestiniens)". *Annales Médico Psychologiques* 161 (2003) 609–613
- Benoit D, Coolbear J. 1999. "Failure to thrive: risk for clinical disturbance of attachment?" *Infant Mental Health Journal*.
- Black MM, Aboud FE. 2011. "Responsive Feeding Is Embedded in a Theoretical Framework of Responsive Parenting." *Journal of Nutrition* 141 (3): 490–94. doi:10.3945/jn.110.129973.
- Blissett J. 2006. "Does Maternal Control During Feeding Moderate Early Infant Weight Gain?" *PEDIATRICS*.
- Blissett J, Meyer C, Haycraft E. 2011. "The Role of Parenting in the Relationship between Childhood Eating Problems and Broader Behaviour Problems: Childhood Eating Problems." *Child: Care, Health and Development* 37 (5): 642–48. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01229.x.
- Boige N, Missonnier S. 2008. "La Consultation de Gastropédiatrie Psychosomatique." *Le Carnet PSY*, no. 5: 34–38.
- Bould H, Sovio U, Koupil I, Dalman C, Micali N, Lewis G, Magnusson C. 2015. "Do Eating Disorders in Parents Predict Eating Disorders in Children? Evidence from a Swedish Cohort." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, January, n/a – n/a. doi:10.1111/acps.12389.
- Brown LF, Thoyre S, Pridham K, Schubert C. 2009. "The Mother-Infant Feeding Tool." *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 38 (4): 491–503. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01047.x.

- Bryant-Waugh R. 2013. "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder: An Illustrative Case Example." *International Journal of Eating Disorders* 46 (5): 420–23. doi:10.1002/eat.22093.
- Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, and Walsh BT. 2010. "Feeding and Eating Disorders in Childhood." *International Journal of Eating Disorders*, doi:10.1002/eat.20795.
- Bullinger H, 2009. "Quand « Manger » N'est Pas Une Évidence - Maintenir et Retrouver Du Plaisir."
- Bydlowski M, Graindorge C. 2007. "Naissance et Développement de La Vie Psychique."
- Carrut BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI. 2004. "Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food" *Journal of the American Dietetic Association*. 104:S57-S64
- Cascales T, Pirlot G, Olives J-P. 2014. "L'alimentation Du Nourrisson : Une Histoire de Sens." *La Psychiatrie de L'Enfant* 57 (2): 491–532. doi:10.3917/psy.572.0491.
- Cascales T, Olives J-P, Raynaud J-P, Pirlot G. 2013. "Trouble Alimentaire Précoce Avec Une Cause Organique Associée : Complémentarité Des Approches." *L'Évolution Psychiatrique* 79. doi:10.1016/j.evopsy.2013.07.008.
- Cascales T, Olives J-P, Bergeron M, Chatagner A, Raynaud JP. 2014. "Les Troubles Du Comportement Alimentaire Du Nourrisson : Classification, Sémiologie et Diagnostic [Disorders of the Food Behavior of the Infant: Classification, Semiology and Diagnosis]." *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 172 (9): 700–707. doi:10.1016/j.amp.2014.08.013.
- Cascales T, Olives J-P. 2013. "[Feeding Disorders in Infants and Toddlers: Advantages of a Joint Consultation with Pediatrician and Psychologist.]" *Archives de Pédiatrie : Organe Officiel de La Société Française de Pédiatrie*. doi:10.1016/j.arcped.2013.05.008.
- Cascales T. 2011. "IBQR French Translation."
- Cascales T, Baruteau J, Olives J-P. 2012. "Trouble alimentaire avec un manque de réciprocité mère–nourrisson : à propos d'un cas." *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 25 (6): 353–56. doi:10.1016/j.jpp.2012.08.004.
- Cascales T. 2013. "Anorexie du nourrisson : un diagnostic différentiel compliqué." *Devenir* 25 (1): 5. doi:10.3917/dev.131.0005.
- Cascales T, Olives J-P. 2012. "«Tu Vas Manger!» Trouble Alimentaire Du Nourrisson et Du Jeune Enfant: Du Refus Au Forçage Alimentaire." *Spirale*, no. 2: 26–34.
- Cascales T, Olives J-P, Pirlot G, Raynaud J-P. 2014a. "Vidéo et Psychothérapie D'orientation

- Psychanalytique Du Nourrisson Avec Un Trouble Du Comportement Alimentaire [Video and Psychoanalytical Therapy in Infants with Eating Disorders].” *Psychothérapies* 34 (2): 85–95.
- Cascales T, Olives J-P, Raynaud J-P. 2014b. “Trouble Du Comportement Alimentaire Post-Traumatique Du Nourrisson: Exemple D’une Prise En Charge Conjointe Psychologue/pédiatre [Post-Traumatic Eating Disorder in Infants: Example of a Psychologist/pediatrician Joint Intervention].” *Neuropsychiatrie de L Enfance et de L Adolescence* 62 (6): 358–66. doi:10.1016/j.neurenf.2014.03.004.
- Chatoor I. 2002. “Feeding Disorders in Infants and Toddlers : Diagnostic and Treatment.” *Child Adolescent Psychiatric Clinic*.
- Chatoor I. 2003. “Food Refusal by Infants and Young Children: Diagnosis and Treatment. Le Refus Alimentaire Par Les Nourrissons et Les Jeunes Enfants : Diagnostic et Traitement.” *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Chatoor I. 2004. “Physiological Regulation and Infantile Anorexia: A Pilot Study La Régulation Physiologique et L’anorexie Infantile : Une Étude Pilote.” *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*., sec. 43(8).
- Chatoor I, Ammaniti M. 2007. “Classifying Feeding Disorders of Infancy and Early Childhood - Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis.” *American Psychiatric Association*, 228–42.
- Didehbani N, Kelly K. 2009. “Role of parental anxiety on pediatric feeding disorders.” University of north texas.
http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc9853/m2/1/high_res_d/dissertation.pdf.
- Dollberg D, Feldman F, Keren M. 2010. “Maternal Representations, Infant Psychiatric Status, and Mother–child Relationship in Clinic-Referred and Non-Referred Infants.” *European Child & Adolescent Psychiatry* 19 (1): 25–36. doi:10.1007/s00787-009-0036-5.
- Dunitz-Scheer M. 2007. “« Manger ou ne pas manger, telle est la question »: Le sevrage de la sonde dans la petite enfance : les programmes du Centre universitaire pédiatrique de Graz.” *Devenir* 19 (1): 5. doi:10.3917/dev.071.0005.
- Esparó G, Canals J, Jané C, Ballespí S, Viñas F, Domenèch E. 2004. “Feeding Problems in Nursery Children: Prevalence and Psychosocial Factors.” *Acta Paediatrica* 93 (5): 663–68. doi:10.1111/j.1651-2227.2004.tb02994.x.
- Garstein MA, Rothbart MK. 2003. “Studying Infant Temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire,” no. 26: 64–86.
- Graindorge C. 2005. “Réflexions à propos des travaux de Colwyn Trevarthen : de l’analyse

- comportementale des boucles interactives à leur appréhension psychanalytique.” *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence* 53 (7): 386–93. doi:10.1016/j.neurenf.2005.10.009.
- Hoffman ER, Bentley ME, Hamer RM, Hodges EA, Ward DS, Bulik CM. 2014. “A Comparison of Infant and Toddler Feeding Practices of Mothers with and without Histories of Eating Disorders.” *Maternal & Child Nutrition* 10 (3): 360–72. doi:10.1111/j.1740-8709.2012.00429.x.
- Keren M, Feldman R. 2002. “Le rôle de l’évaluation des interactions lors du repas dans l’évaluation psychopathologique usuelle du jeune enfant.” *Devenir* 14 (1): 5. doi:10.3917/dev.021.0005.
- Knauer D, Cramer B. 2006. “Les thérapies brèves conjointes mères ou parents-bébés : évaluations, évolutions et processus cliniques.” *Psychothérapies* 26 (2): 97. doi:10.3917/psys.062.0097.
- Knauer D, Palacio-Espasa F. 2002. “Interventions précoces parents-enfants : avantages et limites.” In , PUF. *La Psychiatrie de L’enfant*.
- Konicheckis A. 2003. “Troubles psychiques liés aux interactions précoces.” *Spirale* 25 (1): 149. doi:10.3917/spi.025.0149.
- Le Heuzey M-F, Mouren M-C, Doyen C. 2011. *Les Troubles Du Comportement Alimentaire de L’enfant*.
- Le Heuzey M-F, Turberg-Romain C, Lelièvre B. 2007. “Comportement Alimentaire Des Nourrissons et Jeunes Enfants de 0 À 36 Mois: Comparaison Des Habitudes Des Mères.” *Archives de Pédiatrie* 14 (11): 1379–88.
- Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B, Palmérus K. 1996. “Interactions Between Mothers and Infants Showing Food Refusal.” *Infant Mental Health Journal* 17 ((4)): 334–47.
- Lindberg L, Östberg M, Isacson I-M, Dannaeus M. 2006. “Feeding Disorders Related to Nutrition.” *Acta Paediatrica* 95 (4): 425–29. doi:10.1080/08035250500440410.
- Lucarelli L. 2014. “Prenatal and postnatal maternal representations in nonrisk and at-risk parenting: Exploring the influences on mother–infant feeding interactions.” *Infant Mental Health Journal*.
- Lucarelli L, Cimino S, D’Olimpio F, Ammaniti M. 2013. “Feeding Disorders of Early Childhood: An Empirical Study of Diagnostic Subtypes.” *International Journal of Eating Disorders* 46 (2): 147–55. doi:10.1002/eat.22057.
- Lyons-Ruth K. 2005. “L’interface entre attachement et intersubjectivité : perspectives issues de l’étude longitudinale de l’attachement désorganisé.” *Psychothérapies* 25 (4): 223. doi:10.3917/psys.054.0223.

- Marcelli D. 2012. "Transmission des émotions entre mère et bébé: du normal au pathologique." *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 60 (4): 248–54. doi:10.1016/j.neurenf.2012.01.002.
- Micali N, Simonoff E, Stahl D, Treasure J. 2011. "Maternal Eating Disorders and Infant Feeding Difficulties: Maternal and Child Mediators in a Longitudinal General Population Study: Mediators for Infant Feeding Difficulties." *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52 (7): 800–807. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02341.x.
- Paradis-Guennou M, Maury M. 2004. "Anorexie Post-Traumatique : Une Prise En Charge Pluridisciplinaire Difficile." *Archives de Pédiatrie*.
- Poinso F, Viellard M, Dafonseca D, Sarles J. 2006. "Les Anorexies Infantiles : De La Naissance À La Première Enfance Infantile Anorexia: From Birth to Childhood." *Archives de Pédiatrie*, no. 13: 464–72.
- Ramsay M. "Capacité À S' Alimenter, Appétit et Comportements Alimentaires Des Nourrissons et Des Jeunes Enfants et Impacts Sur Leur Croissance et Sur Leur Développement Psychosocial." *Eds. Encyclopédie Sur Le Développement Des Jeunes Enfants*, 1–10.
- Sant'ana Simas R. 2008. "Histoires de bouches : De La Bouche Alimentaire À La Bouche Du Langage (Recherche D'indicateurs de Risque de Troubles Du Langage et de Troubles Alimentaires Chez Des Bébé Soumis À Des Contraintes Alimentaires Dans Le Cadre D'affections Pédiatriques, Malformatives Ou Métaboliques)."
- Vignalou J, Guedeney N. 2006. "Les Enfants de Mères Anorexiques." *Archives de Pédiatrie* 13 (5): 484–87.
- Winnicott DW. 2010. "Appétit et Troubles Émotionnels." *Revue Française de Psychanalyse* 74 (1): 89–109.
- Zerwas S, Von Holle A, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Stoltenberg C, and Bulik CM. 2012. "Maternal Eating Disorders and Infant Temperament: Findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study." *International Journal of Eating Disorders* 45 (4): 546–55. doi:10.1002/eat.20983.

ANNEXES

I – Questionnaire sur le Comportement du Nourrisson – Forme Révisée (IBQ-R)

II – Questionnaire sur le Comportement de la Petite Enfance (ECBQ)

III – Echelle d'alimentation de Chatoor

IV – Inventaire de Comportement pour les enfants âgés de 1 1/2-5 ans (CBCL)

V – Questionnaire PANAS

VI – Questionnaire de Comportement Alimentaire de l'adulte (EAT-40)

Questionnaire sur le Comportement du Nourrisson – Forme Révisée

Please cite as follows :

Cascales, T. (2011). *Questionnaire sur le Comportement du Nourrisson – Forme Révisée*. French translation of Garstein, & Rothbart's, Infant Behavior Questionnaire - Revised. Unpublished manuscript. University Toulouse Le Mirail, Toulouse, France.

Questionnaire sur le comportement du nourrisson - Forme Révisée

Nom _____ Date de naissance _____ jour _____ mois _____ année _____
 Date _____ Âge de l'enfant _____ mois _____ semaine _____
 Sexe _____

INSTRUCTIONS:

Lisez avec attention avant de commencer :

Lisez chaque description de comportement du bébé ci-dessous et indiquez à quelle fréquence le bébé a fait ce qui est décrit au cours de LA SEMAINE DERNIERE (les sept jours passés) en entourant un des numéros dans la colonne de gauche. Ces numéros indiquent à quelle fréquence vous avez observé le comportement décrit au cours de la semaine dernière.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(X)
Jamais	Très rarement	Moins de la moitié du temps	Environ la moitié du temps	Plus que la moitié du temps	Presque toujours	(7) toujours	Ne s'applique pas

La colonne « Ne s'applique pas » (X) est utilisée quand vous n'avez pas vu le bébé dans la situation décrite au cours de la semaine dernière. Par exemple, si la question concerne le bébé qui attend pour manger ou boire, alors qu'à aucun moment au cours de la semaine passée, votre bébé n'a eu à attendre, entourez la colonne (X). « Ne s'applique pas » est différent de « Jamais » (1). « Jamais » est utilisé quand vous avez vu le bébé dans la situation concernée mais que le bébé n'a jamais eu le comportement décrit au cours de la dernière semaine. Par exemple, si le bébé a dû attendre pour manger ou boire au moins une fois mais qu'il n'a jamais pleuré fort durant l'attente, entourez la colonne (1).

Soyez sûr d'entourer un numéro pour chaque item.

	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(X)
(1)	Très	Moins de	Environ la	Plus que la	Presque	Toujours	Ne
Jamais	rarement	la moitié	moitié du	moitié du	toujours	Toujours	s'applique
		du temps	temps	temps			pas

Alimentation

- Pendant l'alimentation, à quelle fréquence votre bébé:
- 1 2 3 4 5 6 7 X (1) s'est couché ou assis tranquillement?
 - 1 2 3 4 5 6 7 X (2) s'est tortillé ou a donné des coups de pieds?
 - 1 2 3 4 5 6 7 X (3) a gesticulé avec ses bras?
 - 1 2 3 4 5 6 7 X (4) a remarqué la texture grumeleuse de la nourriture (exemple : petits pots)?
- Au cours de la dernière semaine, en mangeant assis sur vos genoux à quelle fréquence votre bébé:
- 1 2 3 4 5 6 7 X (5) a semblé apprécier l'intimité?
 - 1 2 3 4 5 6 7 X (6) s'est blotti contre vous-même alors qu'il était fatigué?
 - 1 2 3 4 5 6 7 X (7) a semblé enthousiaste pour s'en aller dès la fin du repas?
- À quelle fréquence votre bébé a-t-il fait du bruit pour s'adresser à vous:
- 1 2 3 4 5 6 7 X (8) pendant qu'il attendait dans la chaise haute pour manger?
 - 1 2 3 4 5 6 7 X (9) quand il/elle était prêt pour plus de nourriture?
 - 1 2 3 4 5 6 7 X (10) quand il/elle avait assez mangé?

Sommeil

- Avant de s'endormir le soir durant la dernière semaine, à quelle fréquence votre bébé:
- 1 2 3 4 5 6 7 X (11) ne s'est pas agité ou n'a pas pleuré?
- Durant le sommeil, à quelle fréquence votre bébé:
- 1 2 3 4 5 6 7 X (12) s'est retourné sans arrêt dans le lit?
 - 1 2 3 4 5 6 7 X (13) s'est déplacé du milieu à l'extrémité du lit?
 - 1 2 3 4 5 6 7 X (14) a dormi dans une seule position?
- Après le sommeil, à quelle fréquence votre bébé:
- 1 2 3 4 5 6 7 X (15) s'est agité ou a pleuré immédiatement?
 - 1 2 3 4 5 6 7 X (16) a joué tranquillement dans le lit?
 - 1 2 3 4 5 6 7 X (17) a pleuré si personne n'est arrivé rapidement?
- À quelle fréquence votre bébé:
- 1 2 3 4 5 6 7 X (18) a semblé en colère (pleurant et s'agitant) quand vous le mettiez au lit ?
 - 1 2 3 4 5 6 7 X (19) a semblé satisfait quand vous le laissiez dans son lit?
 - 1 2 3 4 5 6 7 X (20) a pleuré ou s'est agité avant la sieste?
- Quand vous l'avez mis au lit le soir, à quelle fréquence votre bébé:
- 1 2 3 4 5 6 7 X (21) s'est endormi en dix minutes?
 - 1 2 3 4 5 6 7 X (22) s'est endormi difficilement?
 - 1 2 3 4 5 6 7 X (23) s'est endormi facilement?

	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(X)
(1)	Très	Moins de	Environ la	Plus que la	Presque	Toujours	Ne
Jamais	rarement	la moitié	moitié du	moitié du	toujours	Toujours	s'applique
		du temps	temps	temps			pas

Quand votre bébé s'est réveillé la nuit, à quelle fréquence il/elle:

- 1 2 3 4 5 6 7 X.... (24) a eu des difficultés pour se rendormir?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (25) s'est rendormi immédiatement?

Quand vous le posiez pour la sieste, à quelle fréquence votre bébé:

- 1 2 3 4 5 6 7 X.... (26) est resté réveillé un long moment?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (27) s'est endormi immédiatement?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (28) s'est installé rapidement?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (29) a eu des difficultés pour s'installer?

Quand il était l'heure du lit ou de la sieste et que votre bébé ne voulait pas y aller, à quelle fréquence il/elle:

- 1 2 3 4 5 6 7 X.... (30) a pleurniché ou sangloté?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (31) s'est mis à pleurer?

Toilette et habilage

Quand vous l'avez habillé ou déshabillé durant la dernière semaine, à quelle fréquence votre bébé :

- 1 2 3 4 5 6 7 X.... (32) s'est mis à gesticuler avec ses bras ou a donné des coups de pieds?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (33) s'est tortillé ou a essayé de s'éloigner?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (34) a souri ou ri?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (35) s'est extasié ou a fait des vocalises?

Quand vous l'avez mis au bain, à quelle fréquence votre bébé:

- 1 2 3 4 5 6 7 X.... (36) a souri?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (37) a ri?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (38) a éclaboussé ou donné des coups de pieds?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (39) a tourné son corps et/ou s'est tortillé?

Quand vous lui avez lavé le visage, à quelle fréquence votre bébé:

- 1 2 3 4 5 6 7 X.... (40) a souri et a ri?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (41) s'est agité ou a pleuré?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (42) a fait des vocalises?

Quand ses cheveux ont été lavés, à quelle fréquence votre bébé:

- 1 2 3 4 5 6 7 X.... (43) a souri?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (44) s'est agité ou a pleuré?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (45) a fait des vocalises?

	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(X)
(1)	Très	Moins de	Environ la	Plus que la	Presque	Toujours	Ne
Jamais	rarement	la moitié	moitié du	moitié du	toujours	Toujours	s'applique
		du temps	temps	temps			pas

Jeu

À quelle fréquence au cours de la dernière semaine votre bébé:

- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (46) a regardé des images dans des livres et/ou des magazines pendant 2 à 5 minutes?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (47) a regardé des images dans des livres et/ou des magazines pendant 5 minutes ou plus longuement?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (48) a regardé fixement un mobile, un tour de lit ou une image pendant 5 minutes ou plus longuement?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (49) a joué avec un jouet ou un objet pendant 5 à 10 minutes?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (50) a joué avec un jouet ou objet pendant 10 minutes ou plus longuement?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (51) a passé le temps simplement en regardant des jouets?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (52) a répété les mêmes sons encore et encore?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (53) a ri bruyamment pendant le jeu?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (54) a répété le même mouvement avec un objet pendant 2 minutes ou plus longuement (par exemple, mettre un cube dans une tasse, donner un coup de pied ou frapper un mobile)?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (55) a été attentif à votre lecture pendant la majeure partie de l'histoire tout en regardant les images du livre?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (56) a souri ou ri après avoir accompli quelque chose (par exemple, empiler des cubes, etc.)?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (57) a souri ou ri quand on lui donnait un objet?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (58) a souri ou ri quand on le chatouillait?

À quelle fréquence au cours de la dernière semaine votre bébé a apprécié:

- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (59) que vous lui chantiez une chanson?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (60) que vous lui lisiez une histoire?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (61) écouter le son des mots, comme dans une comptine?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (62) regarder des livres d'images?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (63) des activités rythmiques douces, telles que se balancer ou être bercé?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (64) être allongé tranquillement et examiner ses doigts ou ses orteils?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (65) être chatouillé par vous ou une autre personne de la famille ?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (66) être impliqué dans un jeu turbulent?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (67) vous regarder, ou un autre adulte, faire des grimaces?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (68) toucher ou rester à côté d'animaux en peluche?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (69) le contact de couvertures douces?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (70) être enroulé dans une couverture chaude?
- 1 2 3 4 5 6 7 X . . . (71) écouter un jouet musical dans son lit?

	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(X)
(1)	Très	Moins de	Environ la	Plus que la	Presque	Toujours	Ne
Jamais	rarement	la moitié	moitié du	moitié du	toujours	Toujours	s'applique
		du temps	temps	temps			pas

Quand il a joué tranquillement avec un de ses jouets favoris, à quelle fréquence votre bébé:

- 1 2 3 4 5 6 7 X.... (72) a montré du plaisir?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (73) a apprécié rester dans le lit plus de 5 minutes?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (74) a apprécié rester dans le lit plus de 10 minutes?

Quand quelque chose avec quoi le bébé jouait lui a été enlevé, à quelle fréquence il/elle:

- 1 2 3 4 5 6 7 X.... (75) a pleuré ou montré de la détresse un moment?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (76) ne semblait pas inquiet?

Quand il a lancé des jouets avec espièglerie, à quelle fréquence votre bébé:

- 1 2 3 4 5 6 7 X.... (77) a souri?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (78) a ri?

Durant le jeu du coucou-me-voilà, à quelle fréquence votre bébé:

- 1 2 3 4 5 6 7 X.... (79) a souri?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (80) a ri?

À quelle fréquence votre bébé a apprécié sauter:

- 1 2 3 4 5 6 7 X.... (81) sur vos genoux?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (82) sur un objet, tel un lit, un siège en mousse, ou un jouet?

À quelle fréquence le nourrisson a interrompu son jeu:

- 1 2 3 4 5 6 7 X.... (83) quand le téléphone a sonné?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (84) quand il/elle a entendu des voix dans la pièce d'à côté?

Quand votre bébé a vu un jouet qu'il/elle voulait, à quelle fréquence il/elle:

- 1 2 3 4 5 6 7 X.... (85) s'est énervé en voulant l'obtenir?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (86) a fait tout son possible pour l'avoir?

Quand vous avez proposé un nouveau jouet, à quelle fréquence votre bébé:

- 1 2 3 4 5 6 7 X.... (87) a été très excité à l'idée de l'obtenir?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (88) a fait tout son possible pour l'avoir?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (89) semble ne pas être très excité en l'obtenant?

Activités quotidiennes

À quelle fréquence durant la dernière semaine votre bébé:

- 1 2 3 4 5 6 7 X.... (90) a pleuré ou montré de la détresse lors d'un changement d'apparence du parent (lunettes enlevées, bonnet de bain sur la tête, etc.)?
 1 2 3 4 5 6 7 X.... (91) est resté assis devant la télévision et l'a regardée pendant 2 à 5 minutes?

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(X)
	Jamais	Très rarement	Moins de la moitié du temps	Environ la moitié du temps	Plus que la moitié du temps	Presque toujours	Toujours	Ne s'applique pas

À quelle fréquence durant la dernière semaine votre bébé:

- 1 2 3 4 5 6 7 X (92) est resté assis devant la télévision et l'a regardée pendant 5 minutes ou plus longuement ?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (93) a protesté d'être coincé dans un endroit (siège bébé, parc, siège de voiture)?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (94) a été surpris par un changement soudain de position de son corps (par exemple, quand il a été bougé soudainement)?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (95) a semblé écouter même des bruits très faibles?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (96) a été attentif à ce qu'il voyait ou aux sons venant de dehors (par exemple, bruit de carillon, ou de l'arrosage automatique)?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (97) s'est déplacé rapidement vers de nouveaux objets?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (98) a montré un fort désir pour ce qui lui faisait envie?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (99) a sursauté suite à un bruit fort ou soudain ?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (100) a regardé des enfants jouer dans le parc ou à l'aire de jeu pendant 5 minutes ou plus longuement?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (101) a regardé des adultes faire les tâches domestiques (par exemple, cuisiner, etc.) pendant plus de 5 minutes?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (102) a poussé des petits cris ou a crié quand il était excité?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (103) a imité le son que vous faisiez?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (104) a semblé excité quand vous ou d'autres adultes ont montré de l'excitation autour de lui/elle?

Quand vous l'avez porté dans vos bras, à quelle fréquence votre bébé:

- 1 2 3 4 5 6 7 X (105) s'est écarté ou a donné des coups de pieds?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (106) a semblé s'amuser?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (107) s'est blotti contre votre corps?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (108) s'est tortillé?

Une fois placé sur le dos, à quelle fréquence votre bébé:

- 1 2 3 4 5 6 7 X (109) s'est agité ou a protesté?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (110) a souri ou ri?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (111) a gesticulé avec ses bras et donné des coups de pieds?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (112) s'est tortillé et/ou s'est retourné?

Quand votre bébé voulait quelque chose, à quelle fréquence il/elle:

- 1 2 3 4 5 6 7 X (113) s'est énervé quand il/elle n'a pas pu obtenir ce qu'il/elle voulait?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (114) a fait des caprices (pleurer, crier, visage rouge, etc.) quand il/elle n'a pas eu ce qu'il/elle voulait?

Une fois installé dans un siège pour bébé ou un siège voiture, à quelle fréquence votre bébé:

- 1 2 3 4 5 6 7 X (115) a gesticulé avec ses bras et donné des coups de pieds?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (116) s'est tortillé et s'est retourné ?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (117) s'est allongé ou assis tranquillement?
- 1 2 3 4 5 6 7 X (118) a montré d'abord de la détresse, puis s'est calmé?

	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(X)
(1)	Très	Moins de	Environ la	Plus que la	Presque	Toujours	Ne
Jamais	rarement	la moitié	moitié du	moitié du	toujours	Toujours	s'applique
		du temps	temps	temps			pas

Quand il/elle a été privé de quelque chose, à quelle fréquence votre bébé:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (119) a retrouvé son calme en 5 minutes?

Quand votre bébé a été contrarié par quelque chose, à quelle fréquence il/elle:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (120) est resté énervé pendant 10 minutes ou plus?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (121) est resté énervé pendant 20 minutes ou plus?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (122) s'est apaisé lui/elle-même avec autre chose (comme un animal en peluche, ou une couverture)?

Une fois balancé ou étreint, la semaine dernière, à quelle fréquence votre bébé :

1 2 3 4 5 6 7 X.... (123) a semblé s'amuser?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (124) a semblé désireux de partir?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (125) a fait du bruit pour protester?

Quand vous avez été réunis après avoir été séparés au cours de la semaine dernière, à quelle fréquence votre bébé:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (126) a semblé apprécier d'être porté?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (127) a montré de l'intérêt pour être proche de vous, mais a protesté pour être porté?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (128) a montré de la détresse à être porté?

Quand il était porté, au cours de la semaine dernière, à quelle fréquence votre bébé:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (129) a semblé apprécier?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (130) vous a repoussé jusqu'à être posé?

Pendant qu'il/elle était assis/e sur vos genoux:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (131) à quelle fréquence votre bébé a semblé s'amuser?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (132) à quelle fréquence votre bébé n'était pas satisfait de ne pas pouvoir bouger?

À quelle fréquence votre bébé a remarqué:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (133) des bruits graves, l'air conditionné, le système de chauffage, ou le réfrigérateur allumé ou démarrant?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (134) des sirènes de camion de pompier ou d'ambulance au loin?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (135) un changement de température de la chambre?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (136) un changement de luminosité quand un nuage est passé devant le soleil?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (137) le son d'un avion qui passait au-dessus de lui?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (138) un oiseau ou un écureuil dans un arbre?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (139) un tissu avec une texture qui pique (par exemple : la laine)?

Quand il était fatigué, à quelle fréquence votre bébé:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (140) a été prêt de pleurer?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (141) a montré de la détresse?

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(X)
	Jamais	Très rarement	Moins de la moitié du temps	Environ la moitié du temps	Plus que la moitié du temps	Presque toujours	Toujours	Ne s'applique pas

A la fin d'une journée excitante, à quelle fréquence votre bébé:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (142) s'est mis à pleurer?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (143) a montré de la détresse?

Sans raison apparente, à quelle fréquence votre bébé:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (144) est apparu triste?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (145) a semblé en retrait?

À quelle fréquence votre bébé a fait du bruit pour s'adresser à vous quand:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (146) vous étiez en voiture?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (147) il/elle était dans un caddy?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (148) vous lui parliez?

Sur une période de deux semaines

Quand vous êtes rentré après avoir été absent et que votre bébé était éveillé, à quelle fréquence il/elle:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (149) a souri ou ri?

Quand vous lui avez présenté un adulte qu'il/elle ne connaissait pas, à quelle fréquence votre bébé:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (150) s'est accroché à vous?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (151) a refusé d'aller vers cette personne inconnue?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (152) est resté derrière vous?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (153) ne s'est jamais approché de l'adulte inconnu?

Quand il/elle était en présence de plusieurs adultes inconnus, à quelle fréquence votre bébé:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (154) s'est accroché à vous?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (155) a pleuré?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (156) a été énervé pendant 10 minutes ou plus longuement?

Quand vous avez visité un nouvel endroit, à quelle fréquence votre bébé:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (157) a montré de la détresse dans les premières minutes?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (158) est resté énervé pendant 10 minutes ou plus longuement?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (159) a été excité par la découverte d'un nouvel environnement?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (160) allait et venait en explorant ce nouvel environnement?

Quand votre bébé a été approché par une personne inconnue alors que vous et lui/elle étiez dehors (par exemple pendant les courses), à quelle fréquence votre bébé:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (161) a montré de la détresse?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (162) a pleuré?

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(X)
	Jamais	Très rarement	Moins de la moitié du temps	Environ la moitié du temps	Plus que la moitié du temps	Presque toujours	Toujours	Ne s'applique pas

Quand un adulte inconnu est venu dans votre maison ou votre appartement, à quelle fréquence votre bébé:

1 2 3 4 5 6 7 X . . . (163) s'est laissé prendre dans les bras sans protester?

1 2 3 4 5 6 7 X . . . (164) a pleuré quand ce visiteur a essayé de le/la prendre dans ses bras?

Dans la foule, à quelle fréquence votre bébé:

1 2 3 4 5 6 7 X . . . (165) a semblé s'amuser?

Votre bébé a semblé triste quand:

1 2 3 4 5 6 7 X . . . (166) le donneur de soin est parti pour une période de temps inhabituellement longue?

1 2 3 4 5 6 7 X . . . (167) il était laissé seul/sans surveillance dans un lit ou un parc pour une période de temps prolongée?

Quand vous êtes occupé par une autre activité, et que votre bébé n'arrive pas à attirer votre attention, à quelle fréquence il/elle :

1 2 3 4 5 6 7 X . . . (168) est devenu triste?

1 2 3 4 5 6 7 X . . . (169) a pleuré?

Quand votre bébé a vu un autre bébé pleurer, à quelle fréquence il/elle:

1 2 3 4 5 6 7 X . . . (170) s'est mis à pleurer?

1 2 3 4 5 6 7 X . . . (171) a montré de la détresse?

Quand des amis à vous qu'il/elle connaissait sont venus chez vous, à quelle fréquence votre bébé:

1 2 3 4 5 6 7 X . . . (172) s'est montré excité?

1 2 3 4 5 6 7 X . . . (173) a semblé indifférent?

Techniques pour apaiser

Avez-vous essayé de suivre des techniques pour apaiser votre bébé dans les deux dernières semaines? Si oui, avec quelle rapidité votre bébé s'est apaisé avec chacune de ces techniques? Entourez (X) si vous n'avez pas utilisé ces techniques durant les DEUX DERNIERES SEMAINES.

Quand vous avez bercé votre bébé, à quelle fréquence il/elle:

1 2 3 4 5 6 7 X . . . (174) s'est apaisé immédiatement?

1 2 3 4 5 6 7 X . . . (175) ne s'est pas apaisé immédiatement, mais dans les deux premières minutes?

1 2 3 4 5 6 7 X . . . (176) a mis plus de 10 minutes à s'apaiser?

Quand vous avez chanté ou parlé à votre bébé, à quelle fréquence il/elle:

1 2 3 4 5 6 7 X . . . (177) s'est apaisé immédiatement?

1 2 3 4 5 6 7 X . . . (178) ne s'est pas apaisé immédiatement, mais dans les deux premières minutes?

1 2 3 4 5 6 7 X . . . (179) a mis plus de 10 minutes à s'apaiser?

	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(X)
(1)	Très	Moins de	Environ la	Plus que la	Presque	Toujours	Ne
Jamais	rarement	la moitié	moitié du	moitié du	toujours	Toujours	s'applique
		du temps	temps	temps			pas

Quand vous avez marché avec votre bébé, à quelle fréquence il/elle:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (180) s'est apaisé immédiatement?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (181) ne s'est pas apaisé immédiatement, mais dans les deux premières minutes?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (182) a mis plus de 10 minutes à s'apaiser?

Quand vous lui avez donné un jouet, à quelle fréquence votre bébé:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (183) s'est apaisé immédiatement?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (184) ne s'est pas apaisé immédiatement, mais dans les deux premières minutes?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (185) a mis plus de 10 minutes à s'apaiser?

Quand vous avez montré à votre bébé quelque chose à regarder, à quelle fréquence il/elle:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (186) s'est apaisé immédiatement?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (187) ne s'est pas apaisé immédiatement, mais dans les deux premières minutes?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (188) a mis plus de 10 minutes à s'apaiser?

Quand vous avez tapoté ou caressé doucement certaines parties du corps de votre bébé, à quelle fréquence il/elle:

1 2 3 4 5 6 7 X.... (189) s'est apaisé immédiatement?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (190) ne s'est pas apaisé immédiatement, mais dans les deux premières minutes?

1 2 3 4 5 6 7 X.... (191) a mis plus de 10 minutes à s'apaiser?

Questionnaire sur le Comportement de la Petite Enfance

Please cite as follows:

Laurin, J., Gosselin, M. P., & Forman, D. R. (2006). *Questionnaire sur le Comportement de la Petite Enfance*. French translation of Putnam, Garstein, & Rothbart's, *Early Childhood Behavior Questionnaire*. Unpublished manuscript. Concordia University, Montreal, Quebec.

Questionnaire sur le Comportement de la Petite Enfance

INSTRUCTIONS : S.V.P. lire attentivement avant de commencer

En lisant chaque description du comportement de l'enfant ci-dessous, s'il-vous-plaît indiquer à quelle fréquence l'enfant a agit de cette façon au cours des deux dernières semaines en encerclant l'un des numéros dans la colonne appropriée. Ces nombres indiquent la fréquence à laquelle vous avez observé le comportement décrit durant les deux dernières semaines.

Jamais	Très rarement	Moins de la moitié du temps	Environ la moitié du temps	Plus de la moitié du temps	Presque toujours	Toujours	Ne s'applique pas NA
1	2	3	4	5	6	7	

La colonne « Ne s'applique pas » (NA) est utilisée lorsque vous n'avez pas vu l'enfant dans la situation décrite durant les deux dernières semaines. Par exemple, si la situation mentionne que l'enfant est allé(e) chez le médecin et qu'au cours des deux dernières semaines, il n'y a eu aucun moment où l'enfant s'est présenté(e) chez le médecin, encerclez la colonne (NA). « Ne s'applique pas » (NA) est différent de « JAMAIS » (1). « Jamais » est utilisé lorsque vous avez vu l'enfant dans la situation décrite, mais que l'enfant n'a jamais agit selon le comportement mentionné au cours des deux dernières semaines. Veuillez vous assurer d'encercler un numéro ou NA pour chaque question.

Lorsqu'on lui a dit que c'était l'heure de la sieste ou d'aller au lit, à quelle fréquence votre enfant

1. A réagi avec colère?	1	2	3	4	5	6	7	NA
2. Est devenu(e) irritable?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'une personne inconnue l'a approché(e) dans un endroit public (par exemple, l'épicerie), à quelle fréquence votre enfant

3. Est resté(e) calme?	1	2	3	4	5	6	7	NA
4. S'est retiré(e) et a évité la personne?	1	2	3	4	5	6	7	NA
5. S'est accroché(e) à un parent?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Au cours des activités quotidiennes, à quelle fréquence votre enfant

6. A sursauté à cause d'un bruit assourdissant?	1	2	3	4	5	6	7	NA
7. A tapé du doigt sur la table ou sur un autre objet?	1	2	3	4	5	6	7	NA
8. Est devenu(e) irrité(e) par des sons grinçants?	1	2	3	4	5	6	7	NA
9. Est devenu(e) inconfortable lorsque ses chaussettes n'était pas convenablement alignées à ses pieds?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Après s'être obtenu une bosse ou une égratignure, à quelle fréquence votre enfant

10. A oublié l'incident en quelques minutes?	1	2	3	4	5	6	7	NA
--	---	---	---	---	---	---	---	----

En jouant dehors, à quelle fréquence votre enfant

11. A aimé faire beaucoup de bruits?	1	2	3	4	5	6	7	NA
12. A apprécié s'asseoir paisiblement au soleil?	1	2	3	4	5	6	7	NA
13. A voulu grimper dans des endroits élevés (par exemple, le haut d'un arbre ou les structures d'un terrain de jeux)?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'il/elle a été porté(e) dans vos bras, à quelle fréquence votre enfant

14.	A aimé être tenu(e)?	1	2	3	4	5	6	7	NA
15.	A poussé contre vous jusqu'à être déposé?	1	2	3	4	5	6	7	NA
16.	S'est tortillé(e)?	1	2	3	4	5	6	7	NA
17.	A lutté pour se sauver?	1	2	3	4	5	6	7	NA
18.	S'est blotti(e) contre vous?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'il/elle a eu des ennuis à compléter une tâche (ex. construire, dessiner, s'habiller), à quelle fréquence votre enfant

19.	Est facilement devenu(e) irrité(e)?	1	2	3	4	5	6	7	NA
20.	Est devenu(e) triste?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'un enfant familier est venu à la maison, à quelle fréquence votre enfant

21.	A pris part à une activité avec l'enfant?	1	2	3	4	5	6	7	NA
22.	A recherché la compagnie de l'enfant?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'on lui a offert un choix d'activité, à quelle fréquence votre enfant

23.	S'est arrêté(e) et a pensé avant de prendre une décision?	1	2	3	4	5	6	7	NA
24.	A décidé ce qu'il/elle voulait faire très rapidement tout en s'exécutant?	1	2	3	4	5	6	7	NA
25.	A semblé lent(e) et sans presse sur ce qu'il/elle voulait faire ensuite?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'on lui a demandé de NE PAS le faire, à quelle fréquence votre enfant

26.	A couru à travers votre maison ou appartement de toute façon?	1	2	3	4	5	6	7	NA
27.	A touché un article attrayant (par exemple, un ornement) de toute façon?	1	2	3	4	5	6	7	NA
28.	A joué avec quelque chose de toute façon?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lors des moments calmes de la journée ou de la soirée entre vous et votre enfant, à quelle fréquence votre enfant

29.	A tout simplement apprécié se faire chanter une chanson calmement?	1	2	3	4	5	6	7	NA
30.	A souri à la résonance des mots, comme aux rimes d'une comptine?	1	2	3	4	5	6	7	NA
31.	A tout simplement apprécié qu'on lui parle?	1	2	3	4	5	6	7	NA
32.	A apprécié des activités rythmiques, comme se faire bercer?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Au cours des activités quotidiennes, à quelle fréquence votre enfant

33.	Est devenu(e) perturbé(e) lorsque ses mains étaient sales et/ou collantes?	1	2	3	4	5	6	7	NA
34.	A remarqué qu'un matériel était très doux (coton) ou rude (laine)?	1	2	3	4	5	6	7	NA
35.	A remarqué des bruits à basse tonalité comme l'air conditionné, l'appareil de chauffage ou le réfrigérateur en marche ou en démarrage?	1	2	3	4	5	6	7	NA
36.	A beaucoup cligné des yeux?	1	2	3	4	5	6	7	NA
37.	Est devenu(e) très enthousiaste des choses qu'il/elle allait faire?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'à la maison, à quelle fréquence votre enfant

38.	A montré de la peur face à un son assourdissant (robot culinaire, aspirateur, etc)?	1	2	3	4	5	6	7	NA
39.	A semblé avoir peur de la noirceur?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lors d'une visite chez un adulte familial, tel qu'un membre de la famille ou d'un ami, à quelle fréquence votre enfant

40. A voulu interagir avec l'adulte? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lors du bain, à quelle fréquence votre enfant

41. S'est assis(e) calmement? 1 2 3 4 5 6 7 NA

42. A éclaboussé, donné des coups de pieds, ou a tenté de sauter? 1 2 3 4 5 6 7 NA

En jouant dehors, à quelle fréquence votre enfant

43. A regardé immédiatement lorsque vous avez pointé à quelque chose? 1 2 3 4 5 6 7 NA

44. A choisi de prendre des risques pour le plaisir et l'excitation de le faire? 1 2 3 4 5 6 7 NA

45. N'a pas aimé glisser sur des glissoires élevées au parc d'amusement ou au terrain de jeux? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lorsqu'il/elle était bouleversé(e) (colère, tristesse, malaise), à quelle fréquence votre enfant

46. A changé pour une meilleure humeur en quelques minutes? 1 2 3 4 5 6 7 NA

47. S'est calmé(e)/consolé(e) avec difficulté seulement? 1 2 3 4 5 6 7 NA

48. Est resté(e) bouleversé(e) pour 10 minutes ou plus? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lorsqu'il/elle a joué avec son jouet préféré, à quelle fréquence votre enfant

49. A joué pour 5 minutes ou moins? 1 2 3 4 5 6 7 NA

50. A joué pour plus de 10 minutes? 1 2 3 4 5 6 7 NA

51. A continué à jouer en même temps qu'il/elle répondait à vos remarques ou à vos questions? 1 2 3 4 5 6 7 NA

En approchant des enfants non-familiers qui jouaient, à quelle fréquence votre enfant

52. A observé au lieu de se joindre à eux? 1 2 3 4 5 6 7 NA

53. S'est approché(e) lentement? 1 2 3 4 5 6 7 NA

54. A semblé inconfortable? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Au cours des activités quotidiennes, à quelle fréquence votre enfant

55. S'est plaint(e) des odeurs des autres, par exemple le parfum? 1 2 3 4 5 6 7 NA

56. A semblé être dérangé(e) par la lumière vive? 1 2 3 4 5 6 7 NA

57. s'est déplacé rapidement d'un endroit à l'autre? 1 2 3 4 5 6 7 NA

58. A remarqué la douceur ou la rudesse des objets qu'il/elle a touchés? 1 2 3 4 5 6 7 NA

59. Est devenu(e) triste ou mélancolique sans raison apparente? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Après avoir été interrompu, à quelle fréquence votre enfant

60. A retourné à une activité précédente? 1 2 3 4 5 6 7 NA

61. A eu de la difficulté à retourner à l'activité précédente? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lorsqu'il/elle a regardé la télévision ou écouté une histoire, à quelle fréquence votre enfant

62. A semblé effrayé(e) par des personnages de « monstres »? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lorsque vous avez suggéré une activité extérieure qu'il/elle aime vraiment, à quelle fréquence votre enfant

63. A répondu immédiatement? 1 2 3 4 5 6 7 NA

64. A couru à la porte avant de se préparer? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lorsqu'on l'a avisé(e) qu'un adulte aimé le/la visitera, à quelle fréquence votre enfant

65. Est devenu(e) très excité(e)? 1 2 3 4 5 6 7 NA
66. Est devenu(e) très heureux/se? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lors d'un bain chaud et tranquille, à quelle fréquence votre enfant

67. A semblé relaxer et y prendre plaisir? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lorsqu'il/elle ne trouvait rien pour jouer, à quelle fréquence votre enfant

68. S'est fâché(e)? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Pendant son sommeil, à quelle fréquence votre enfant

69. A bougé sans répit dans le lit? 1 2 3 4 5 6 7 NA
70. A dormi dans une seule position? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Au cours des activités tranquilles, telles que lire une histoire, à quelle fréquence votre enfant

71. A balancé ou tapé du pied? 1 2 3 4 5 6 7 NA
72. A joué sans arrêt avec ses cheveux, vêtements, etc? 1 2 3 4 5 6 7 NA
73. A effectué des mouvements répétitifs, comme loucher, hausser les épaules ou les muscles faciaux? 1 2 3 4 5 6 7 NA

En jouant à l'intérieur, à quelle fréquence votre enfant

74. A aimé des jeux brusques et bagarreurs? 1 2 3 4 5 6 7 NA
75. A apprécié des jeux turbulents, comme la « tague »? 1 2 3 4 5 6 7 NA
76. A pris plaisir à sauter vigoureusement sur le divan ou le lit? 1 2 3 4 5 6 7 NA

En situation où il/elle a rencontré de nouvelles personnes, à quelle fréquence votre enfant

77. S'est détourné(e)? 1 2 3 4 5 6 7 NA
78. Est devenu(e) silencieux(se)? 1 2 3 4 5 6 7 NA
79. A semblé confortable? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lorsqu'on l'a doucement bercé(e) ou câliné(e), à quelle fréquence votre enfant

80. A semblé empressé(e) de se sauver? 1 2 3 4 5 6 7 NA
81. A fait des bruits de protestation? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lorsqu'une nouvelle activité s'est présentée, à quelle fréquence votre enfant

82. Est resté(e) à l'écart et a observé avant de s'y mettre? 1 2 3 4 5 6 7 NA
83. S'est impliqué(e) immédiatement? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lors de la visite à la maison d'un enfant familier, à quelle fréquence votre enfant

84. S'est impliqué(e) dans une activité avec l'enfant? 1 2 3 4 5 6 7 NA
85. A recherché la compagnie de l'enfant? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lorsqu'un autre enfant lui a retiré son jouet préféré, à quelle fréquence votre enfant

86. A crié avec colère? 1 2 3 4 5 6 7 NA
87. Ne s'est pas fâché(e)? 1 2 3 4 5 6 7 NA
88. A tristement pleuré? 1 2 3 4 5 6 7 NA
89. N'a pas réagi avec tristesse? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lors d'une activité exigeant une attention soutenue, telle que bâtir quelque chose avec des blocs, à quelle fréquence votre enfant

90.	A rapidement passé à une autre activité?	1	2	3	4	5	6	7	NA
91.	Est resté(e) impliqué(e) pour 10 minutes ou plus?	1	2	3	4	5	6	7	NA
92.	S'est fatigué(e) de l'activité assez rapidement?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Au cours des activités quotidiennes, à quelle fréquence votre enfant

93.	A immédiatement porté attention à vous lorsque vous l'avez appelé(e)?	1	2	3	4	5	6	7	NA
94.	A semblé être perturbé(e) par des sons bruyants?	1	2	3	4	5	6	7	NA
95.	A oublié son intérêt pour un objet interdit (par exemple un magnétoscope) lorsque vous avez utilisé un jouet pour le distraire?	1	2	3	4	5	6	7	NA
96.	A constaté de petites choses, comme de la saleté ou une tache sur ses vêtements?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Dans un endroit public, à quelle fréquence votre enfant

97.	A semblé inquiet(e) en s'approchant d'un ascenseur ou d'un escalier roulant?	1	2	3	4	5	6	7	NA
98.	A pleuré ou a semblé perturbé(e) lorsqu'un animal non familier s'est approché?	1	2	3	4	5	6	7	NA
99.	A semblé craintif/ve par des gros véhicules bruyants?	1	2	3	4	5	6	7	NA
100.	A démontré de la peur lorsque le parent ou gardien était hors de vue?	1	2	3	4	5	6	7	NA

En jouant à l'extérieur avec d'autres enfants, à quelle fréquence votre enfant

101.	A semblé parmi les enfants les plus actifs ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
102.	S'est assis(e) et a regardé paisiblement?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lors des moments tranquilles de la journée ou de la soirée entre votre enfant et vous, à quelle fréquence votre enfant

103.	A voulu se faire câliner ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
------	----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----

Au cours des activités quotidiennes, à quelle fréquence votre enfant

104.	A semblé apeuré(e) sans raison apparente ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
105.	A semblé irrité(e) par les étiquettes de ses vêtements ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
106.	A remarqué lorsque vous portiez de nouveaux vêtements ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
107.	A réagi à des sons de sonneries (comme la fin de la minuterie du micro-ondes ou du four en fin de cuisson) ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
108.	A démontré des mouvements répétitifs comme loucher, hausser les épaules ou contracter les muscles faciaux ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'il/elle s'est fait(e) habiller ou déshabiller, à quelle fréquence votre enfant

109.	S'est tortillé(c) et a essayé de se sauver ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
110.	Est resté(e) sans bouger ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'on lui a dit "non", à quelle fréquence votre enfant

111.	A cessé une activité rapidement ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
112.	A cessé une activité interdite ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
113.	A ignoré votre avertissement ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
114.	Est devenu(e) tristement en pleurs ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

À la suite d'une activité ou d'un évènement excitant, à quelle fréquence votre enfant

115. S'est calmé(e) rapidement ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
116. A eu de la difficulté à se calmer ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
117. A semblé déprimé(e) ou mélancolique ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
118. Est devenu(e) tristement en pleurs ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'on lui a donné quelque chose à manger qu'il/elle n'aime pas, à quelle fréquence votre enfant

119. S'est mis(e) en colère ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----

Au cours des activités quotidiennes, à quelle fréquence votre enfant a semblé être capable de

120. Porter facilement son attention d'une activité à l'autre ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
121. Faire plus d'une chose à la fois (comme s'amuser avec un jouet tout en regardant la télévision ?)	1	2	3	4	5	6	7	NA

En jouant à l'intérieur, à quelle fréquence votre enfant

122. A couru à travers la maison ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
123. A grimpé sur les meubles ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
124. Ne s'est pas intéressé(e) à des jeux rudes et turbulents ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
125. S'est amusé(e) à des activités comme se faire virevolter ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

En jouant seul(e), à quelle fréquence votre enfant

126. Est devenu(e) facilement distrait(e) ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
127. A joué avec un ensemble d'objets pour 5 minutes ou plus à la fois ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
128. S'est gratté(e) ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
129. A déchiré ou brisé des matériaux à proximité de la main ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Précédent un évènement excitant (tel que recevoir un nouveau jouet), à quelle fréquence votre enfant

130. Est devenu(e) si énervé(e) qu'il/elle avait de la difficulté à rester en place ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
131. Est devenu(e) très excité(e) d'obtenir celui-ci ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
132. Est demeuré(e) relativement calme ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
133. A semblé empressé(e) de le recevoir immédiatement ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'il/elle a demandé pour quelque chose et que vous lui avez répondu "non", à quelle fréquence votre enfant

134. Est devenu(e) frustré(e) ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
135. A protesté avec colère ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
136. A fait une crise ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
137. Est devenu(e) triste ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'il/elle jouait ou marchait dehors, à quelle fréquence votre enfant

138. A remarqué des images ou des bruits (par exemple, le carillon du vent ou le jet d'eau d'arrosiers) ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
139. A remarqué des insectes volants ou rampants ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsque vous lui avez donné un jouet attrayant, à quelle fréquence votre enfant

140. S'est comparé(e) de l'objet aussitôt qu'il a été déposé ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
141. A examiné l'objet avant de le toucher ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'on lui a demandé d'attendre pour un objet désirable (tel que de la crème glacée), à quelle fréquence votre enfant

142. A semblé incapable d'attendre plus 1 minute entière ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
143. N'as pas attendu de toute façon ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
144. A attendu patiemment ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
145. A gémi et pleuré ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'on l'a bercé(e), à quelle fréquence votre enfant

146. A souri ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
147. A émis des sons de plaisir ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lors de visites à de la parenté ou à un ami adulte de la famille qu'il/elle fréquente rarement, à quelle fréquence votre enfant

148. Est resté(e) à l'écart en évitant le contact visuel ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
149. A caché son visage ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
150. S'est acclimaté(e) ou adapté(e) à la personne en quelques minutes ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsque vous lui avez enlevé quelque chose avec lequel il/elle ne devait pas jouer, à quelle fréquence votre enfant

151. Est devenu(e) triste ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----

Au cours des activités quotidiennes, à quelle fréquence votre enfant

152. A été dérangé(e) par des sons dans un environnement bruyant ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
153. A été dérangé par des matériaux rugueux comme de la laine ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
154. A constaté un changement dans votre apparence (comme des cheveux mouillés, un chapeau ou des bijoux) ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
155. A semblé écouter des sons doux et réguliers ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
156. A semblé plein d'énergie, même en soirée ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'on l'a interrompu(e) durant son émission de télévision préférée, à quelle fréquence votre enfant

157. A immédiatement retourné à son programme ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
158. N'a pas terminé de regarder son programme ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsque vous l'avez tenu(e) sur vos genoux, à quelle fréquence votre enfant

159. A poussé et donné des coup de pieds ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
160. A semblé y prendre plaisir ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
161. S'est moulé(e) à votre corps ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
162. A recherché des câlins et des baisers ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'on lui a lu une histoire, à quelle fréquence votre enfant

163. A aimé écouter l'histoire ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----

Lorsqu'il a entendu parler d'une future sortie en famille (telle qu'une visite au terrain de jeux), à quelle fréquence votre enfant

164. Est devenu(e) très enthousiaste ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
165. A eu hâte ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
166. Est demeuré(e) relativement calme ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'il a regardé des livres d'images par lui/elle-même, à quelle fréquence votre enfant

167. Est resté(e) intéressé(e) au livre pour 5 minutes ou moins ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
168. Est resté(e) intéressé(e) au livre pour plus de 10 minutes ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
169. A été facilement distrait ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
170. A pris plaisir à regarder le livre ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'il/elle était fatigué(e) d'une longue journée d'activités, à quelle fréquence votre enfant

171. Est facilement devenu(e) frustré(e) ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lorsqu'un adulte familial, comme un membre ou ami(e) de la famille, a visité votre maison, à quelle fréquence votre enfant

172. A voulu interagir avec cet adulte ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lorsqu'on lui a demandé de le faire, à quelle fréquence votre enfant a été capable de

173. Cesser une activité en cours ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

174. Baisser sa voix ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

175. Faire attention à quelque chose de fragile ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lors d'une visite d'un nouvel endroit, à quelle fréquence votre enfant

176. N'a pas voulu entrer ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

177. Est entré(e) sans restriction ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lorsque vous lui avez montré comment faire quelque chose, à votre enfant, à quelle fréquence votre enfant

178. A débuté la tâche avant même qu'elle lui soit pleinement expliquée ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lorsque que vous parliez avec une autre personne, à quelle fréquence votre enfant

179. A facilement changé son attention d'un(e) interlocuteur(trice) à l'autre ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Au cours des activités quotidiennes, à quelle fréquence votre enfant

180. Est devenu(e) irritable quand ses vêtements étaient serrés ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

181. A remarqué des odeurs de cuisson ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

182. S'est balancé(e) sans répit lorsqu'il/elle était assis(e) ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

183. A remarqué les sirènes lointaines de camions de pompiers ou d'ambulances ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lorsque que vous l'avez critiqué(e) légèrement ou que vous avez corrigé son comportement, à quelle fréquence votre enfant

184. S'est fâché(e) ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

185. A eu ses sentiments blessés ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lorsqu'il/elle était bouleversé(e) (colère, tristesse, malaise), à quelle fréquence votre enfant

186. A pleuré plus de 3 minutes, même après avoir été réconforté(e) ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

187. S'est remis(e) de ses émotions en une ou deux minutes après avoir été réconforté(e) ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

188. Est facilement devenu(e) apaisé(e) ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

Lorsque que vous étiez occupé(e), à quelle fréquence votre enfant,

189. A trouvé une autre activité lorsqu'on le lui a demandé ? 1 2 3 4 5 6 7 NA

En jouant dehors, à quelle fréquence votre enfant,

190. A voulu sauter de différentes hauteurs ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
191. A voulu descendre la glissade de façon inhabituelle (par exemple, la tête la première) ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
192. A pris plaisir à être poussé à grand vitesse sur un véhicule à roulettes ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
193. A pris plaisir à s'asseoir et à jouer tranquillement ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

En jouant seul(e), à quelle fréquence votre enfant

194. A mordillé sa lèvre inférieure ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
195. A sorti sa langue lorsqu'il/elle se concentrait ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
196. A changé(e) d'une tâche ou d'une activité à l'autre, sans en compléter aucune ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
197. A eu de la difficulté à garder sa concentration sur la tâche sans être encadré(e) ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'on lui a donné un cadeau emballé, à quelle fréquence votre enfant

198. Est devenu(e) extrêmement animé(e) ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
---	---	---	---	---	---	---	---	----

Lors de grands rassemblements d'adultes ou d'enfants familiers, à quelle fréquence votre enfant

199. A voulu s'impliquer dans une activité de groupe ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
200. A pris plaisir à jouer avec un nombre de personnes différentes ?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Lorsqu'on lui a demandé(e) de partager ses jouets, à quelle fréquence votre enfant

201. Est devenu(e) triste ?	1	2	3	4	5	6	7	NA
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----

Feuille de travail 3.1 Le programme d'affect positive et négatif (PANAS ; Watson et al, 1988)

Questionnaire PANAS

Cette échelle se compose d'un certain nombre de mots qui décrivent différents sentiments et émotions. Lire chaque mot et ensuite indiquer un numéro de l'échelle ci-dessous à côté de chaque mot. **Indiquer dans quelle mesure vous vous sentez dans cet état en ce moment, c'est-à-dire, actuellement OU indiquer dans quelle mesure vous vous êtes senti ainsi au cours de la semaine passée (entourer les instructions que vous avez suivies en répondant à cet item).**

1	2	3	4	5
Très légèrement	Un peu	Modérément	Tout à fait	Extrêmement
ou pas du tout				

_____ 1. Intéressé	_____ 11. Irritable
_____ 2. En détresse	_____ 12. Alerte
_____ 3. Excité	_____ 13. Honteux
_____ 4. Enervé	_____ 14. Inspiré
_____ 5. Fort	_____ 15. Nerveux
_____ 6. Coupable	_____ 16. Déterminé
_____ 7. Apeuré	_____ 17. Attentif
_____ 8. Hostile	_____ 18. Froussard
_____ 9. Enthousiaste	_____ 19. Actif
_____ 10. Fier	_____ 20. Craintif

QUESTIONNAIRE DE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Nationalité:

Veillez mettre une croix dans la colonne qui correspond le mieux à chacune des affirmations ci-dessous. La plupart des questions sont en relation avec l'alimentation, bien qu'il s'y trouve également d'autres types de questions. Veillez répondre à chaque question **en présence de votre médecin** et de la façon la plus précise possible. Les réponses à ce questionnaire resteront strictement confidentielles.

	toujours	très souvent	souvent	quelque -fois	rarement	jamais
1) J'aime manger avec autrui	<input type="checkbox"/>					
2) Je fais de la cuisine pour les autres mais je ne mange pas ce que je prépare	<input type="checkbox"/>					
3) J'éprouve une sensation d'angoisse avant de manger	<input type="checkbox"/>					
4) J'ai une terreur folle d'avoir des kilos en trop	<input type="checkbox"/>					
5) J'évite de manger quand j'ai faim	<input type="checkbox"/>					
6) Je trouve que l'idée de la nourriture me préoccupe	<input type="checkbox"/>					
7) Je fais des "grandes bouffes" au cours desquelles j'ai l'impression de ne plus pouvoir m'arrêter	<input type="checkbox"/>					
8) Je coupe la nourriture en petits morceaux	<input type="checkbox"/>					
9) Je connais la teneur en calories de ce que je mange	<input type="checkbox"/>					
10) J'évite tout particulièrement les aliments riches en glucides (pain, pommes de terre, riz, etc.)	<input type="checkbox"/>					
11) Je me sens ballonné/e après les repas	<input type="checkbox"/>					
12) Je pense que les autres préféreraient me voir manger davantage	<input type="checkbox"/>					
13) Je vomis après avoir mangé	<input type="checkbox"/>					
14) Je me sens extrêmement coupable après les repas	<input type="checkbox"/>					
15) Je suis obsédé/e par l'idée d'être plus mince	<input type="checkbox"/>					
16) Je me dépense énergiquement pour brûler des calories	<input type="checkbox"/>					
17) Je me pèse plusieurs fois par jour	<input type="checkbox"/>					
18) J'aime que mes vêtements soient ajustés	<input type="checkbox"/>					
19) J'aime manger de la viande	<input type="checkbox"/>					

	toujours	très souvent	souvent	quelque -fois	rarement	jamais
20) Je me réveille tôt le matin	<input type="checkbox"/>					
21) Je mange la même chose tous les jours	<input type="checkbox"/>					
22) Je pense aux calories que je brûle quand je me dépense énergiquement	<input type="checkbox"/>					
23) J'ai des règles normales	<input type="checkbox"/>					
24) On pense que je suis trop maigre	<input type="checkbox"/>					
25) L'idée d'avoir de la graisse sur le corps m'obsède	<input type="checkbox"/>					
26) Je mange plus lentement que les autres	<input type="checkbox"/>					
27) J'aime manger au restaurant	<input type="checkbox"/>					
28) Je prends des laxatifs	<input type="checkbox"/>					
29) J'évite les aliments qui contiennent du sucre	<input type="checkbox"/>					
30) Je mange des aliments de régime	<input type="checkbox"/>					
31) Je pense que la nourriture conditionne ma vie	<input type="checkbox"/>					
32) Je sais me contrôler devant la nourriture	<input type="checkbox"/>					
33) Je pense que l'on me force à manger	<input type="checkbox"/>					
34) Je consacre trop de temps à la nourriture et j'y pense trop	<input type="checkbox"/>					
35) Je souffre de constipation	<input type="checkbox"/>					
36) Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des douceurs	<input type="checkbox"/>					
37) Je me mets au régime	<input type="checkbox"/>					
38) J'aime avoir l'estomac vide	<input type="checkbox"/>					
39) J'aime essayer de nouveaux aliments riches	<input type="checkbox"/>					
40) J'ai spontanément envie de vomir après les repas	<input type="checkbox"/>					

Merci d'enrouler chaque mot que votre enfant dit SPONTANÉMENT (pas des mots juste imités ou compris). Si votre enfant dit des mots de la liste proposée dans une autre langue que le français, entourer le mot français en ajoutant les deux premières lettres de la langue à côté du mot (par exemple, *Ar pour arabe*, *Es pour espagnol*). Sélectionnez les mots même s'ils ne sont pas bien prononcés ou parlés en "langage bébé" (par exemple, "dada pour cheval").

NOURRITURE	ANIMAUX	ACTIONS	MAISON	ADJECTIFS	AUTRE
1. pomme	55. ours	107. prendre un bain	163. baignoire	216. prêt	284. n'importe lequel(s)
2. banane	56. abélie	108. prendre un petit déjeuner	164. lit	217. bien	285. au lit
3. pain	57. oiseau	109. amener	165. couverture	218. malade	286. bébé
4. beurre	58. vacance	110. aller	167. bol	219. grand	287. au verso
5. gâteau	59. lapin	111. appeler	168. chaise	220. noir	288. paron
6. bonbon	60. chat	112. écrire	169. berceau	221. bleu	289. paron
7. cerballe	61. poulet	113. venir	170. berceau	222. cabai	290. ki
8. fromage	62. vache	114. aller	171. baigne	223. porte	291. bonjour
9. café	63. chien	115. laisser	172. porte	224. froid	292. dans
10. petit gâteau	64. canard	116. couper	173. sol	225. sombre	293. moi
11. gâteau apfiro	65. éspart	117. danser	174. fourchette	227. sac	294. mouton
12. boisson	66. poisson	118. faire case	175. verre	228. bon	295. plus
13. œuf	67. grenouille	119. descendre	176. couleau	229. comment	296. mignon
14. nourriture	68. cheval	120. manger	177. lumie	230. lourd	297. bon
15. ralein	69. arge	121. ouvrir	178. mot	231. chaud	298. nuit
16. chewing-gum	70. cochon	122. finir	179. ouvrir	232. bain	299. nuit
17. sandwich	71. bébé d'homme	123. voir	180. assiette	233. pain	300. marche
18. hotdog	72. serpent	124. aller	181. pot	234. plus	301. dans
19. gâteaux	73. arge	125. donner	182. radio	235. mignon	302. dehors
20. jus de fruit	74. dragon	126. aller	183. chaire	236. plus	303. vouloir
21. viande	75. tortue	127. avoir	184. lavabo	237. job	304. Qui-Du
22. lait		128. aller	185. savon	238. jour	305. bébé
23. arge		129. aller	186. cuillère	239. puant	306. meci
24. pizza		130. aller	187. escalier	240. cool	307. merci
25. brezel		131. aller	188. table	241. ça	308. m'excuse
26. ralein sec		132. aller	189. table	242. tiré	309. benzaise
27. arge		133. aller	190. s'excuse	243. tiré	310. benzaise
28. soupe		134. aller	191. s'excuse	244. tiré	311. benzaise
29. spaghetti		135. aller	192. s'excuse	245. tiré	312. benzaise
30. the		136. aller	193. s'excuse	246. tiré	313. benzaise
31. eau		137. aller	194. s'excuse	247. tiré	314. benzaise
32. eau		138. aller	195. s'excuse	248. tiré	315. benzaise

INVENTAIRE DE COMPORTEMENTS POUR LES ENFANTS ÂGÉS DE 1;2-5 ANS

NOM DE L'ENFANT: _____ Prénoms: _____

SEXE DE L'ENFANT: Masculin Féminin

DATE DE REÇONNANCE: _____ DATE DE NAISSANCE: _____

PROFESSION DU PÈRE: _____

PROFESSION DE LA MÈRE: _____

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE HABITUELLE DES PARENTS: _____

DATE D'INVENTAIRE EST REMPLI PAR: (entourer votre nom et le prénom) _____

Autres mots que votre enfant dit (inclure les mots non français): _____

Autres notes d'avis: _____

1 = Parfois ou un Peu Vrai	2 = Très ou Souvent Vrai
0 1 2 1. A des difficultés à se concentrer sur une seule activité	0 1 2 25. Ne s'entend pas bien avec les autres amis
0 1 2 2. A des difficultés à se concentrer sur une seule activité	0 1 2 26. Ne s'entend pas bien avec les autres amis
0 1 2 3. A des difficultés à se concentrer sur une seule activité	0 1 2 27. Ne semble pas se sentir capable après 5 minutes
0 1 2 4. A des difficultés à se concentrer sur une seule activité	0 1 2 28. Ne veut pas sortir de la maison
0 1 2 5. A des difficultés à se concentrer sur une seule activité	0 1 2 29. Faisait souvent des bêtises
0 1 2 6. A des difficultés à se concentrer sur une seule activité	0 1 2 30. Faisait souvent des bêtises
0 1 2 7. A des difficultés à se concentrer sur une seule activité	0 1 2 31. Mangeait ou boit des choses qui ne sont pas alimentaires
0 1 2 8. Ne supporte pas d'être séparé de ses amis	0 1 2 32. A peur de certains animaux, situations ou lieux (léger?)
0 1 2 9. Ne supporte pas d'être séparé de ses amis	0 1 2 33. A peur de certains animaux, situations ou lieux (léger?)
0 1 2 10. Ne supporte pas d'être séparé de ses amis	0 1 2 34. Se laisse souvent, a tendance à avoir des accidents
0 1 2 11. Ne supporte pas d'être séparé de ses amis	0 1 2 35. Es toujours souvent en retard
0 1 2 12. Ne supporte pas d'être séparé de ses amis	0 1 2 36. Se réveille de nuit
0 1 2 13. Ne supporte pas d'être séparé de ses amis	0 1 2 37. Trop parvient quand il/elle est séparé(e) de ses amis
0 1 2 14. Ne supporte pas d'être séparé de ses amis	0 1 2 38. A du mal à s'endormir
0 1 2 15. Ne supporte pas d'être séparé de ses amis	0 1 2 39. A des maux de tête (après avoir mangé)
0 1 2 16. Ne supporte pas d'être séparé de ses amis	0 1 2 40. Tape les autres
0 1 2 17. Ne supporte pas d'être séparé de ses amis	0 1 2 41. Répond sans répondre
0 1 2 18. Ne supporte pas d'être séparé de ses amis	0 1 2 42. Peut mal lui entendre ou être gêné sans raison
0 1 2 19. Ne supporte pas d'être séparé de ses amis	0 1 2 43. A des maux de tête (après avoir mangé)
0 1 2 20. Ne supporte pas d'être séparé de ses amis	0 1 2 44. De mauvais humeur, désagréable, fuyant
0 1 2 21. Ne supporte pas d'être séparé de ses amis	
0 1 2 22. Ne supporte pas d'être séparé de ses amis	
0 1 2 23. Ne supporte pas d'être séparé de ses amis	
0 1 2 24. Ne supporte pas d'être séparé de ses amis	

© 2007 T. Achenbach & L. Rescorla. Reproduced by permission. Adaptation française: C. Caron, Université de Monpeller III, France. F.C. Verhulst & L. van der Ende, Erasmus MC - Sophia, Rotterdam, Address: Erasmus MC - Sophia, Postbus 2000, 3000 CB Rotterdam, Nederland. www.sdsds.nl

TOUTE REPRODUCTION SANS AUTORISATION EST INTERDITE

Merci de répondre en écrivant en lettres capitales. Répondre à toutes les questions.

0 = Pas Vrai (à votre connaissance)		1 = Parfois ou un Peu Vrai		2 = Très ou Souvent Vrai	
0 1 2	45. A des raouées, des crèmes de vent (sans cause médicale connue)	0 1 2	75. Se burouille ou joue avec ses salives	0 1 2	95. Se réveille souvent la nuit
0 1 2	46. A des mouvements inhabituels ou des tics (têtués) :	0 1 2	76. A des difficultés d'élocution ou de prononciation (par exemple) :	0 1 2	96. Se lève ou se déambule sans lui
0 1 2	47. Nerveux (se) ou tendu(e)	0 1 2	77. Regarde dans le vague ou à l'air préoccupé(e)	0 1 2	97. Penche la tête en arrière
0 1 2	48. Fait des cataplasmes	0 1 2	78. A des maux de ventre ou des crampes (sans cause médicale connue)	0 1 2	98. Récidive sur l'allo-mimic, ne se tait pas aux autres
0 1 2	49. Marche trop	0 1 2	79. Passer régulièrement de la tristesse à l'exultation	0 1 2	99. Strabisme
0 1 2	50. Excitabilité (élevée)	0 1 2	80. A un comportement étrange (têtués) :	0 1 2	100. Merci de préciser, si toute difficulté présentée par votre enfant et non énumérée dans cette liste :
0 1 2	51. Prie de parler sans raison	0 1 2	81. Têtu(e), rebelle(e) ou instable		
0 1 2	52. A des troubles quand il/elle va à la selle (sans cause médicale connue)	0 1 2	82. Marche des changements soudains de l'humeur et d'émotion		
0 1 2	53. Agresse physiquement les autres	0 1 2	83. Boude beaucoup		
0 1 2	54. Sa nuit les doigts dans le nez, s'arrache des cheveux ou gratte d'autres parties du corps (têtués) :	0 1 2	84. Parle ou crie pendant son sommeil		
0 1 2	55. Joue beaucoup trop avec ses organes sexuels	0 1 2	85. Fait des crises de colère, s'emporte facilement		
0 1 2	56. A des mouvements mal coordonnés ou est maladroite(s)	0 1 2	86. Trop préoccupé(e) par l'ordre ou la propreté		
0 1 2	57. A des problèmes aux yeux (sans causes médicales connues) (têtués) :	0 1 2	87. Trop peureux (se) ou timide (se)		
0 1 2	58. Les parents ne modifient pas son comportement	0 1 2	88. Peu actif (ve), se déplace lentement ou manque d'énergie		
0 1 2	59. Fasse rapidement d'une activité à une autre	0 1 2	89. Malheureusement (têtués)		
0 1 2	60. A des étourdis, des tougous ou autres problèmes de tête (sans cause médicale connue)	0 1 2	90. Peu coopératif (e)		
0 1 2	61. Refuse de manger	0 1 2	91. Anormalement timide (e)		
0 1 2	62. Refuse de participer à des jeux qui demandent un effort physique	0 1 2	92. Mal à l'aise en présence de personnes ou de situations nouvelles (têtués) :		
0 1 2	63. Balance la tête ou le corps de façon répétée	0 1 2	93. A des vomissements (sans cause médicale connue)		
0 1 2	64. Ne veut pas aller au lit le soir	0 1 2	94. Se réveille souvent la nuit		
0 1 2	65. Refuse à l'apprentissage de la propreté (têtués) :	0 1 2	95. Se lève ou se déambule sans lui		
		0 1 2	96. Demande beaucoup d'attention		
		0 1 2	97. Penche la tête en arrière		
		0 1 2	98. Récidive sur l'allo-mimic, ne se tait pas aux autres		
		0 1 2	99. Strabisme		
		0 1 2	100. Merci de préciser, si toute difficulté présentée par votre enfant et non énumérée dans cette liste :		

Voire enfant s'éveille une maladie ou un handicap (soit physique ou mental) ? Non Oui - Merci de faire préciser :

Merci de vérifier si vous avez bien répondu à toutes les questions. Souligner tous les comportements qui vous préoccupent.

Où est-ce qui vous préoccupe le plus au sujet de votre enfant ?

Merci d'indiquer les aspects les plus positifs de votre enfant :

INVENTAIRE DU DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE DE 18 MOIS À 35 MOIS

Cet inventaire évalue les combinaisons de mots et le vocabulaire des enfants. En complétant soigneusement l'inventaire, vous pouvez obtenir une image précise du langage en développement de votre enfant. **Merci de répondre en écrivant en lettres capitales, vous d'avoir répondu à toutes les questions.**

1. Votre enfant est-il né avant la période habituelle de 9 mois suivant la conception ? Non Oui - Combien de semaine(s) d'avance ? _____
- II. Quel était le poids de naissance de votre enfant ? _____ kg _____ grammes.
- III. Combien d'interactions aux oreilles votre enfant a-t-il eues avant 24 mois ? 0-2 3-5 6-8 9 ou plus
- IV. Une autre langue que le français est-elle parlée à la maison ? Non Oui - merci de préciser le ou les langage(s) : _____
- V. Quelqu'un de votre famille a-t-il mis du temps pour apprendre à parler ? Non Oui - merci de préciser le(s) lieu(s) de parents avec votre enfant - par exemple frère, père _____
- VI. Êtes-vous inquiet(elle) à propos du développement du langage de votre enfant ? Non Oui - pourquoi ? _____
- VII. Votre enfant est-il spontanément des mots dans une langue (pas seulement des mots imités ou compris) ? Non Oui - si oui, merci de compléter la question VIII et la page suivante.
- VIII. Votre enfant combine-t-il 2 ou plusieurs mots dans des phrases ? Par exemple, "plus de gâteau" "au revoir la voiture" Non Oui - merci d'écrire en lettres capitales 5 des phrases ou expressions les meilleures ou les longues de votre enfant. Pour chaque phrase qui ne serait pas en français, écrivez en lettres capitales le nom de la langue.
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____



Children's National Medical Center • 111 Michigan Avenue, N.W. • Washington, D.C. 20010
©1998, Second Edition, CNMC.



Mother-Infant/Toddler Feeding Scale (One month to three years)

Irene Chatoor, M.D. et.al.

Name of Child _____
 Study Number _____
 Date of Birth _____
 Age of Child _____
 Name of Observer _____
 Date of Observation _____

MATERNAL NON-CONTINGENCY

MOTHER	None	A Little	Pretty Much	Very Much	Item Score
40. Positions or holds infant with restriction of age-appropriate movements	0	1	2	3	
41. Touches infant playfully leading to distraction	0	1	2	3	
42. Handles infant excessively	0	1	2	3	
43. Misses infant's cues	0	1	2	3	
44. Interrupts or terminates feeding causing distress in infant	0	1	2	3	

INFANT	None	A Little	Pretty Much	Very Much	Item Score
45. Cries when bottle or food is taken away	0	1	2	3	
46. Vomits or ruminates	0	1	2	3	

Maternal Non-Contingency Subscale Score

DYADIC RECIPROCITY

MOTHER	None	A Little	Pretty Much	Very Much	Item Score
1. Positions infant for reciprocal exchange	0	1	2	3	
2. Talks to infant	0	1	2	3	
3. Makes positive remarks about infant	0	1	2	3	
4. Makes positive statements about the infant's feeding skills and food intake	0	1	2	3	
5. Waits for infant to initiate interactions	0	1	2	3	
6. Shows pleasure towards infant in gaze, voice, or smile	0	1	2	3	
7. Appears cheerful	0	1	2	3	
8. Appears sad	3	2	1	0	
9. Appears detached	3	2	1	0	
10. Positions infant without needed support	3	2	1	0	
11. Holds infant stiffly	3	2	1	0	

INFANT	None	A Little	Pretty Much	Very Much	Item Score
12. Looks at mother	0	1	2	3	
13. Smiles at mother	0	1	2	3	
14. Appears cheerful	0	1	2	3	
15. Avooids gaze	3	2	1	0	
16. Falls asleep and stops feeding	3	2	1	0	

Dyadic Reciprocity Subscale Score

DYADIC CONFLICT

MOTHER	None	A Little	Pretty Much	Very Much	Item Score
17. Makes negative or critical remarks about infant	0	1	2	3	
18. Makes negative statements about infant's food intake or preferences	0	1	2	3	
19. Appears distressed	0	1	2	3	
20. Appears angry	0	1	2	3	

INFANT	None	A Little	Pretty Much	Very Much	Item Score
21. Stiffens when touched	0	1	2	3	
22. Refuses to open mouth	0	1	2	3	
23. Turns away from food	0	1	2	3	
24. Cries when food offered	0	1	2	3	
25. Pushes food away or throws food	0	1	2	3	
26. Archs from food	0	1	2	3	
27. Appears distressed	0	1	2	3	
28. Appears angry	0	1	2	3	

Dyadic Conflict Subscale Score

TALK AND DISTRACTION DURING FEEDING

MOTHER	None	A Little	Pretty Much	Very Much	Item Score
29. Distracts or allows infant to distract during feeding	0	1	2	3	
30. Tells infant to eat, to do, or not to do	0	1	2	3	

INFANT	None	A Little	Pretty Much	Very Much	Item Score
31. Appears easily distracted during feeding	0	1	2	3	
32. Vocalizes to mother	0	1	2	3	

Talk and Distraction Subscale Score

STRUGGLE FOR CONTROL

MOTHER	None	A Little	Pretty Much	Very Much	Item Score
33. Controls feeding by overriding infant's cues	0	1	2	3	
34. Forces bottle or food into infant's mouth	0	1	2	3	
35. Appears concerned about messiness	0	1	2	3	
36. Handles infant in rough or abrupt manner	0	1	2	3	

INFANT	None	A Little	Pretty Much	Very Much	Item Score
37. Holds food in mouth	0	1	2	3	
38. Spits food out	0	1	2	3	
39. Thrusts tongue rhythmically	0	1	2	3	

Struggle For Control Subscale Score

**Troubles du comportement alimentaire restrictifs
du nourrisson et du jeune enfant :
Évaluation quantitative des interactions parents-nourrisson.**

Caractéristiques parentales, capacités d'auto-régulation de l'excitation du nourrisson
et conflit durant l'alimentation

Résumé :

Objectif : Le but de cette étude était d'analyser quantitativement les interactions parents-nourrisson dans un contexte de troubles du comportement alimentaire (TCA) restrictifs chez des nourrissons et jeunes enfants. *Méthode* : Les caractéristiques parentales émotionnelles et alimentaires, le tempérament du nourrisson –notamment sa capacité d'auto-régulation de l'excitation- le conflit durant l'alimentation et le poids des nourrissons ont été mesurés pour 58 dyades cliniques et 60 dyades contrôles. *Résultats* : Les analyses indiquent que les parents des nourrissons présentant un TCA présentent plus d'affects négatifs pendant le repas et plus de difficultés à réguler leur propre alimentation que les parents témoins. Les statistiques n'ont pas réussi à mettre en évidence les difficultés de régulation de l'excitation du nourrisson mais une propension aux comportements « internalisés ». Les interactions parents-nourrisson étaient marquées par un haut niveau de conflit pendant le repas, une faible contingence maternelle, un manque de réciprocité et une lutte pour le contrôle. *Discussion* : Le traitement des troubles du comportement alimentaires restrictifs des jeunes enfants devrait en particulier se concentrer sur la réduction du conflit alimentaire au sein de la dyade.

Discipline administrative : MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Mots clés : Troubles du comportement alimentaire restrictifs, Interactions parent-nourrisson, Capacités d'autorégulation de l'excitation du nourrisson, Etat émotionnel du parent, Analyse quantitative.

Faculté de médecine Toulouse-Purpan – 37 allées Jules Guesde – BP 7202 31073
Toulouse Cedex 7

Directeur de thèse : M. Thomas Cascalès