

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Fanny BOUTELOUP

Le 25 février 2020

ÉTUDE DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES CHEZ LES ENFANTS ADOPTÉS À L'INTERNATIONAL

Directeurs de thèse :

Monsieur le Professeur Emmanuel MAS

Madame le Docteur Leila LATROUS

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Monsieur le Professeur Emmanuel MAS

Madame le Docteur Leila LATROUS

Madame le Docteur Marie-Blanche LACROIX

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019
Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. RICHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		
		Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis
		Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
		Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
		Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
		Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
		Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
		Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
		Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
		Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
		Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
		Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
		Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
		Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
		Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
		Professeur Honoraire	M. DELISLE Marie-Bernadette
		Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
		Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
		Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
		Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
		Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
		Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
		Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
		Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
		Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
		Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
		Professeur Honoraire	M. MURAT
		Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
		Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
		Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
		Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET Philippe
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTE Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Chirurgie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPEP Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDAUD Bernard	Urologie
M. MANGAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérôme	Neurologie
M. PARNAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies Infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHE Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUDAUD Sandra

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologue-Andrologue
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologue
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Eile (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologue
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol André	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Blode	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marlon	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédéric	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Martelle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Carline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marlon	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine Interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marlon	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Lella

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Pierre Mesthé,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Je vous remercie également pour votre soutien et votre bienveillance lors de nos échanges et rencontres.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Emmanuel Mas,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir accompagnée dans sa réalisation.

Merci également de m'avoir accueillie au sein de la COCA et de m'avoir permis de participer à vos réunions et à vos consultations. Merci enfin pour ta gentillesse, ta simplicité et ta rigueur dans le travail. Je t'en suis sincèrement reconnaissante.

Madame le Docteur Leila Latrous,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir accompagnée dans sa réalisation.

Merci pour ton dynamisme, ton aide et tes remarques pertinentes qui m'ont permis de mener à bien ce travail. Je t'en suis très reconnaissante.

Madame le Docteur Marie-Blanche Lacroix,

C'est un grand honneur pour moi que vous ayez accepté de participer à mon jury de thèse, votre premier jury. Merci pour nos échanges enrichissants à la COCA, pour m'avoir prêté vos notes de travail et pour la relecture de mon questionnaire. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

A l'équipe de la COCA de Toulouse,

Au Dr Romain Barraband, merci pour ton aide et ton soutien lorsque je peinais à trouver un sujet de thèse intéressant et réalisable. Merci également d'avoir pris le temps de relire cette thèse, et pour tes encouragements.

A Maguy Monmayrant et Thomas Cascalès, merci pour m'avoir aidée dans le choix du sujet.

A Céline, merci pour ton aide précieuse et pour le temps passé à sélectionner les dossiers des familles.

A mes maîtres de stage, aux rencontres professionnelles,

A l'équipe des Urgences du CHAC.

A toute l'équipe de cardiogériatrie de Purpan : Olivier Toulza et ses qualités humaines, Bernard Fontan, et l'ensemble de l'équipe. Un stage qui m'a fait grandir en médecine.

Au Dr Anne Freyens.

A la MSP de Montréjeau : Jean-Christophe Poutrain, sa disponibilité et sa bienveillance, Jacques Pujol et son dévouement pour ses patients.

A l'équipe de Toulouse-nord : Jonathan Villette, sa bonne humeur et ses tenues tellement classes, Paul Baudoux et nos discussions sur la médecine du sport, Georgetta Virtopeanu.

A l'équipe du Comminges : Michèle Amardeil et toutes nos discussions, Anne Rethacker et Hélène Rusque, Jean-Richard Dugast.

Aux secrétaires, pour leur aide et tous les bons moments passés.

A ma famille,

A mes parents, pour leur présence de chaque instant et leur soutien de toujours.

A mon frère, pour son humour et sa présence bienveillante de grand frère. A Céline, qui le supporte depuis si longtemps. A Jean, Armand et Madeleine, les meilleurs neveux et nièce.

A Tatave, Danielle et Ghislaine pour leurs ondes positives et leur soutien tout au long de ces études.

A Mamie Madeleine, solide comme un roc.

A mes amis,

A Flo, Hervé, Mailys, Soline et Eloise, encore un grand merci de m'avoir accueillie si chaleureusement chez vous durant ces 2 semestres dans le Comminges.

A Virg, Flo, Mag, Fabienne, Sandra, Juliette, Paul, Sandrine, Germain, Pascale, Anne, Alice, Joris, Pauline, Romain, Sarah, et tous les autres.

Merci d'être là.

Mention spéciale à ceux qui ont directement participé à cette thèse,

Romain et ses fabuleux tableaux Excel,

Paul et Isabelle et leurs compétences en anglais,

Mon frère et ses talents d'informaticien,

Paloup et Maloup et leurs (multiples) relectures attentives.

ABREVIATIONS

AFA : Agence Française de l'Adoption

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COCA : Consultation d'Orientation et de Conseils en Adoption

IMC : Indice de Masse Corporelle

OAA : Organisme Autorisé pour l'Adoption

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TABLE DES MATIÈRES

I.	INTRODUCTION :	1
II.	MATERIEL ET METHODES	4
II.1	Recherche bibliographique	4
II.2	Type d'étude	4
II.3	Population étudiée	4
II.4	Modalités d'inclusion	5
II.5	Questionnaire :	5
II.5.a	Elaboration du questionnaire	5
II.5.b	Analyse des données	6
II.6	Déroulement de l'enquête	7
II.7	Analyse statistique	8
III.	RESULTATS	9
III.1	Diagramme de flux	9
III.2	Données sociales et médicales	10
III.2.a	Caractéristiques de la population d'enfants inclus dans notre étude	10
III.2.b	Age à l'arrivée en France	10
III.2.c	Pays d'origine	11
III.2.d	Besoins spécifiques	11
III.2.e	Pathologies diagnostiquées en France	12
III.2.f	Age au moment de la séparation	12
III.2.g	Durée entre la séparation et l'adoption	13
III.3	Données concernant l'alimentation	14
III.3.a	Comportements alimentaires	14
III.3.b	Perceptions et ressentis des parents	16
III.3.c	Réponses ouvertes	18
III.4	Dénutrition et évolution staturo-pondérale	19

III.4.a	Dénutrition	19
III.4.b	Evolution staturo-pondérale	19
IV.	DISCUSSION	22
IV.1	Forces et limites de l'étude	22
IV.1.a	Forces	22
IV.1.b	Limites	22
IV.2	Prévalence des comportements alimentaires	23
IV.2.a	Utilisation des couverts	24
IV.2.b	Comportement régressif	24
IV.2.c	Néophobie/hypersélectivité	25
IV.2.d	Désintérêt/petit appétit et refus alimentaire/ évitement	26
IV.2.e	Hypersensibilité aux textures	26
IV.2.f	Réflexe nauséux	27
IV.2.g	Hyperphagie	27
IV.2.h	Accumulation de nourriture	28
IV.3	Retentissement des troubles du comportement alimentaire sur la sphère familiale	29
IV.4	Evolution staturo-pondérale	30
V.	CONCLUSION	32
	BIBLIOGRAPHIE	33
	ANNEXES	37

I. INTRODUCTION

L'adoption, et en particulier l'adoption internationale d'enfants venus d'un pays étranger, est un fait de société largement répandu.

L'adoption internationale a connu un essor considérable à partir des années 80 et, avec 100 000 enfants étrangers adoptés depuis une cinquantaine d'années, la France est devenue le deuxième pays d'accueil, juste derrière les Etats-Unis (1).

Mais depuis 2006, en France et dans le monde, on assiste à une réalité nouvelle de l'adoption internationale. Alors que le nombre d'enfants confiés à l'adoption internationale ne cesse de décroître, le profil des enfants adoptables évolue vers des profils plus à risque, avec une augmentation d'enfants plus grands et susceptibles de présenter des problématiques de santé.

Cette tendance à la baisse des adoptions internationales résulte, pour l'essentiel, de l'amélioration des conditions de vie dans certains pays d'origine : croissance économique, baisse de la fécondité, diminution des abandons d'enfants, meilleurs systèmes de protection de l'enfance (2). En adéquation avec la Convention de la Haye du 29 mai 1993 (3) (annexe 1), et dans l'intérêt supérieur de l'enfant, les adoptions au sein même du pays d'origine sont privilégiées. Elles concernent, en grande majorité, des nourrissons ou enfants petits, en bonne santé. Les enfants à particularités, bien souvent non acceptés en adoption nationale, sont alors proposés à l'adoption internationale. C'est ainsi qu'en 2018, 68 % des enfants étrangers adoptés en France sont porteurs d'au moins une problématique à risque, ou « besoin spécifique » (4) : ils sont âgés de plus de 5 ans, adoptés en fratrie et/ou porteurs de pathologies médicales ou chirurgicales.

A ces « besoins spécifiques » viennent s'ajouter des facteurs de vulnérabilité liés aux conditions de vie pré-adoptive : maltraitance, négligence, ruptures relationnelles successives, vie en institution, carences multiples. Ces situations d'insécurité et de privation peuvent avoir un impact à tous les niveaux du développement de l'enfant : physique, cognitif, comportemental et social-émotionnel (5). Les carences nutritives et affectives sont les deux facteurs de risque les plus souvent rencontrés (6).

La nutrition durant les 1000 premiers jours de la vie de l'enfant, incluant la grossesse et les deux premières années de vie, est d'une importance capitale. Cette période est, en effet, marquée par un développement physique et psychique rapide. Dans le monde, près d'un tiers de la mortalité des enfants de moins de 5 ans est dû à la sous-nutrition. En 2013, 165 millions d'enfants de moins de 5 ans souffraient d'un retard de croissance qui reflète des carences au cours de cette période (7).

Park et al. ont montré que les enfants ayant un retard de croissance lié à la malnutrition présentent des taux plus élevés de retard de développement (8).

L'arrivée en France constitue un véritable choc adaptatif pour l'enfant venu d'un pays étranger. Il doit mobiliser d'importantes ressources adaptatives face à tous les changements auxquels il est brutalement confronté : différences de langage, d'alimentation, d'environnement visuel, sonore et olfactif, etc. En réaction à ces bouleversements, ces enfants présentent notamment des troubles du sommeil, de l'alimentation, et du comportement à leur arrivée dans leur pays d'accueil (9).

L'alimentation est un élément important dans la vie du nourrisson et du jeune enfant. Tout comme les autres habiletés sensori-motrices, l'alimentation va se développer au cours des premières années de vie, en lien avec la maturation neurologique, l'exploration de l'environnement et l'acquisition d'expériences nouvelles (10). Elle représente également une véritable source d'interactions sociales avec les donneurs de soins, la situation de nourrissage étant très propice à la relation et aux échanges. En plus de contribuer à la nutrition, et donc à la croissance et au développement physique et cognitif de l'enfant, elle impacte directement son développement psychosocial et affectif. La relation alimentaire subit également l'influence de la culture, du tempérament et de l'état de santé de l'enfant (11).

Ainsi, le comportement alimentaire, ou oralité alimentaire, est influencé, et parfois même déterminé, par de nombreux facteurs, tant physiologiques que psychoaffectifs, émotionnels, sociaux et culturels (12). Lorsque son développement est perturbé, des troubles tels que refus alimentaires, opposition ou évitement de l'alimentation peuvent se mettre en place. Selon l'orthophoniste C. Guillaume, « l'oralité doit [...] porter le poids de son histoire avec le ou les événements « traumatisants » qui sont venus la troubler » (13). Les expériences incriminées dans la mise en place d'un trouble de l'oralité alimentaire sont diverses et souvent plurifactorielles. Au-delà de pathologies organiques, un trouble du comportement alimentaire durant la prime enfance peut être engendré par un environnement psychoaffectif peu sécurisé. Plus généralement, toute perturbation de la mise en place des liens d'attachement et des interactions précoces entre les parents et le bébé pourra être à l'origine d'un trouble du comportement alimentaire chez le tout-petit. Et à l'inverse, l'alimentation étant un élément fondateur du lien mère-enfant, un trouble du comportement alimentaire chez un nourrisson sera toujours vécu par sa mère comme une mise en cause de sa capacité à être mère (10).

Les enfants adoptés arrivent déjà porteurs d'une histoire. Ils ont souvent un passé institutionnel caractérisé par des carences multiples, affectives et sociales, cognitives, motrices, sensorielles et nutritionnelles. Ainsi, les facteurs de risque de développer un trouble de l'oralité sont nombreux : séparation précoce avec la mère et carence affective, défaut d'expérimentation orale et/ou

investissement négatif de la sphère orale du fait de la sous-stimulation, perturbation du rythme faim/satiété induite par la carence alimentaire, alimentation peu diversifiée. Par ailleurs, à l'arrivée dans leur pays d'accueil, fragilisés par un déracinement brutal et devant une abondance de nourriture à disposition, ces enfants peuvent développer un comportement particulier vis-à-vis de l'alimentation.

La plupart des médecins sont amenés, un jour, à s'occuper d'un enfant adopté à son arrivée en France, ou à être questionnés par des parents adoptants. Le bilan d'arrivée concerne essentiellement des problématiques de santé somatiques telles la malnutrition et la dénutrition, la croissance staturo-pondérale, les maladies infectieuses, les syndromes malformatifs et la vaccination. Plus tard, le médecin pourra être questionné sur d'autres aspects, notamment les troubles psychoaffectifs ou développementaux, comme la motricité, le langage, le sommeil ou l'alimentation.

Si la littérature existante conseille d'être vigilant par rapport à l'alimentation de l'enfant à son arrivée en France, elle rapporte peu de données sur les difficultés potentielles qui peuvent apparaître, tant en termes de symptômes spécifiques que de durée d'évolution.

C'est pourquoi ce travail avait pour but d'évaluer les comportements alimentaires de ces enfants dans la première année suivant leur arrivée en France. En objectifs secondaires, nous nous sommes intéressés au vécu des parents vis-à-vis des éventuelles difficultés en lien avec l'alimentation de leur enfant, et à l'évolution staturo-pondérale des enfants depuis leur arrivée en France.

II. MATERIEL ET METHODES

II.1 Recherche bibliographique

Le questionnaire a été élaboré après une recherche documentaire dans les bases de données Google Scholar, Cairn.info et CISMef, et après lecture de plusieurs livres portant sur l'adoption (14–18).

Mots-clés utilisés :

- Enfant adopté, trouble de l'oralité, vie en institution, statut nutritionnel, retard de croissance.
- Adopted children, feeding disorders, orphanage life, nutritional status, failure to thrive.

Nos recherches ont porté sur les troubles de l'oralité en général, sur les troubles de l'alimentation plus spécifiquement chez l'enfant adopté, sur le retentissement au niveau de la sphère familiale, et sur la malnutrition et le retard de croissance staturo-pondérale chez l'enfant adopté. Nous avons également consulté des thèses de médecine et des mémoires d'orthophonie portant sur la santé des enfants adoptés et sur les troubles de l'oralité.

II.2 Type d'étude

L'étude était quantitative, descriptive et rétrospective.

II.3 Population étudiée

La population étudiée concernait les enfants adoptés à l'étranger et ayant été vus à la Consultation d'Orientation et de Conseils en Adoption (COCA) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse Purpan entre juin 2014 et mai 2018. Nos critères incluaient les enfants arrivés en France depuis plus d'un an (pour avoir une année de recul) et moins de cinq ans (pour limiter les biais de mémorisation).

Ont été exclus de cette étude les enfants arrivés en France depuis moins d'un an ou depuis plus de cinq ans.

II.4 Modalités d'inclusion

122 enfants ont été vus à la COCA sur la période concernée. Nous avons récupéré les coordonnées de ces enfants dans les fichiers informatisés de la COCA. Six dossiers ne comportaient ni mail, ni coordonnées téléphoniques.

Nous avons donc inclus 116 enfants, correspondant à 105 familles (10 familles ayant adopté en fratrie : 9 fratries de 2 enfants et 1 fratrie de 3 enfants).

II.5 Questionnaire

II.5.a Elaboration du questionnaire

La recherche bibliographique s'est déroulée entre septembre 2018 et avril 2019. Le questionnaire (annexe 2) a été élaboré à partir des résultats de cette recherche. Il comportait 22 items divisés en 4 parties :

- La première partie s'intéressait aux données sociales et médicales concernant l'enfant : sexe de l'enfant, pays d'origine, date de naissance, âge à l'arrivée en France, besoins spécifiques, pathologies diagnostiquées en France.
- La deuxième partie portait sur l'alimentation. Elle questionnait sur les conduites alimentaires de l'enfant dans les semaines suivant son arrivée en France, puis six mois et un an après son arrivée. Les propositions de réponses ont été faites à partir des classifications existantes sur les troubles de l'oralité (annexe 3), et sur les comportements plus spécifiques de l'enfant adopté, retrouvés dans la littérature. Elle abordait également le vécu des parents vis-à-vis de l'alimentation de leur enfant.
- La troisième partie précisait l'état nutritionnel de l'enfant à l'arrivée, ainsi que son évolution staturo-pondérale jusqu'à aujourd'hui.
- Enfin, les parents pouvaient apporter des précisions complémentaires, s'ils le souhaitaient, à la fin du questionnaire.

Deux items du questionnaire étaient présentés sous forme de tableaux. Les lignes présentaient les différentes propositions et les trois colonnes représentaient les trois moments distincts dans le temps (la première colonne correspondait à « dans les semaines suivant l'arrivée » de l'enfant, la deuxième colonne à « six mois après son arrivée » et la troisième colonne à « un an après son arrivée »).

Le questionnaire a été testé auprès d'une mère adoptante afin de s'assurer de sa lisibilité et de sa compréhension.

II.5.b Analyse des données

Pour faciliter l'analyse des données, les dates (dates de naissance et dates d'arrivée en France) ont été converties en âges et exprimées en années. Les pays ont été regroupés par continents.

Tous les enfants de notre étude étant arrivés en France entre 2014 et 2018 (critères d'inclusion), nous avons comparé les caractéristiques de notre population avec la moyenne des statistiques de l'adoption internationale entre 2014 et 2018 (19).

En prenant en compte l'âge des enfants au moment de la séparation d'avec la famille biologique, et l'âge d'arrivée en France, nous avons déterminé la durée entre la séparation et l'adoption.

II.5.b.1 Analyse des comportements alimentaires

Les 22 critères concernant les conduites alimentaires de l'enfant ont été regroupés en 9 catégories :

◆ Utilisation des couverts

- Mon enfant mangeait avec sa fourchette
- Mon enfant mangeait avec les doigts

◆ Comportement régressif

- Mon enfant avait repris le biberon (alors qu'il ne le prenait plus dans son pays d'origine)
- Mon enfant demandait à ce qu'on le fasse manger (alors qu'il mangeait seul dans son pays d'origine)

◆ Néophobie/hypersélectivité alimentaire

- Mon enfant acceptait spontanément de goûter les aliments qu'il ne connaissait pas
- Mon enfant ne mangeait qu'une gamme très limitée d'aliments
- Mon enfant sélectionnait les aliments en fonction de leur couleur, de leur forme ou de leur texture

◆ Désintérêt pour la nourriture/ petit appétit

- Mon enfant avait un petit appétit, il mangeait en petites quantités (même s'il aimait ce qui était proposé)
- Mon enfant prenait du plaisir à manger
- Mon enfant s'ennuyait à table et/ou jouait pendant les repas

◆ Refus alimentaire/évitement

- Mon enfant fermait la bouche et/ou repoussait le biberon ou la cuillère pour ne pas manger
- Mon enfant accumulait les aliments dans sa bouche sans les avaler, puis les recrachait
- Mon enfant gardait la nourriture en bouche très longtemps avant de l'avalier
- Mon enfant était très lent pour s'alimenter (durée des repas supérieure à 30 minutes)

◆ Hypersensibilité aux textures

- Mon enfant triait les moindres granulés ou morceaux
- Mon enfant mâchait et avalait sans problème les aliments solides

◆ **Réflexe nauséux**

- Mon enfant s'étouffait si on lui mettait des aliments dans la bouche (toux, fausse-route)
- Mon enfant avait un réflexe nauséux (haut-le-cœur) voire vomissait au contact ou même à la vue de certains aliments

◆ **Hyperphagie**

- Mon enfant ingurgitait de grandes quantités de nourriture sans jamais être rassasié
- Tant qu'il y avait de la nourriture à disposition, mon enfant continuait de manger

◆ **Accumulation de nourriture**

- Mon enfant faisait des réserves de nourriture (par exemple, il avait une « cachette » de nourriture dans sa chambre)
- Mon enfant prenait, à votre insu, de la nourriture dans le frigo ou les placards

II.5.b.2 Analyse des données statur pondérales

Afin de pouvoir comparer les données anthropométriques quels que soient le sexe et l'âge des enfants, nous avons converti leurs mensurations en **Z scores** à l'aide du logiciel OMS AnthroPlus®. Ce logiciel a été mis au point par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour surveiller de façon continue la croissance des enfants et adolescents. Il utilise des normes de référence pour les 3 indicateurs : poids-pour-âge, taille-pour-âge et IMC (Indice de Masse Corporelle)-pour-âge.

Il est à noter que les données de référence poids-pour-âge ne sont pas disponibles au-delà de 10 ans. En effet, cet indicateur ne fait pas de distinction entre la taille et la masse corporelle à cette période où de nombreux enfants connaissent une poussée de croissance pubertaire et peuvent apparaître comme ayant un excès de poids alors qu'ils sont juste grands.

Le calcul du Z score permet d'exprimer un résultat en nombre de déviations standards (ou d'écart-types) par rapport à la moyenne d'une population de référence.

Pour un âge donné, il répond à l'équation suivante :

$$Z \text{ score} = \frac{\text{mesure observée} - \text{valeur moyenne pour l'âge}}{\text{déviati on standard pour l'âge}}$$

II.6 Déroulement de l'enquête

Les participants ont été contactés de deux façons différentes. Le premier groupe a reçu directement le questionnaire par voie informatisée via la plateforme Google Forms®. Le second groupe, dont les adresses mail ne figuraient pas dans les dossiers médicaux, a été contacté préalablement par téléphone avant de recevoir le questionnaire informatisé.

La période de recueil s'est étalée de mai à juillet 2019. Les questionnaires, anonymes, ont été numérotés par ordre chronologique de réception.

II.7 Analyse statistique

L'analyse statistique descriptive a été effectuée, après retranscription des données, par le logiciel tableur Microsoft Excel 2016®.

Pour l'analyse des données, nous avons exprimé les variables qualitatives en termes d'effectifs et de pourcentages, et les variables quantitatives en termes de moyennes et d'écart-types.

III. RESULTATS

III.1 Diagramme de flux

La Figure 1 décrit les modalités d'inclusion dans l'étude.

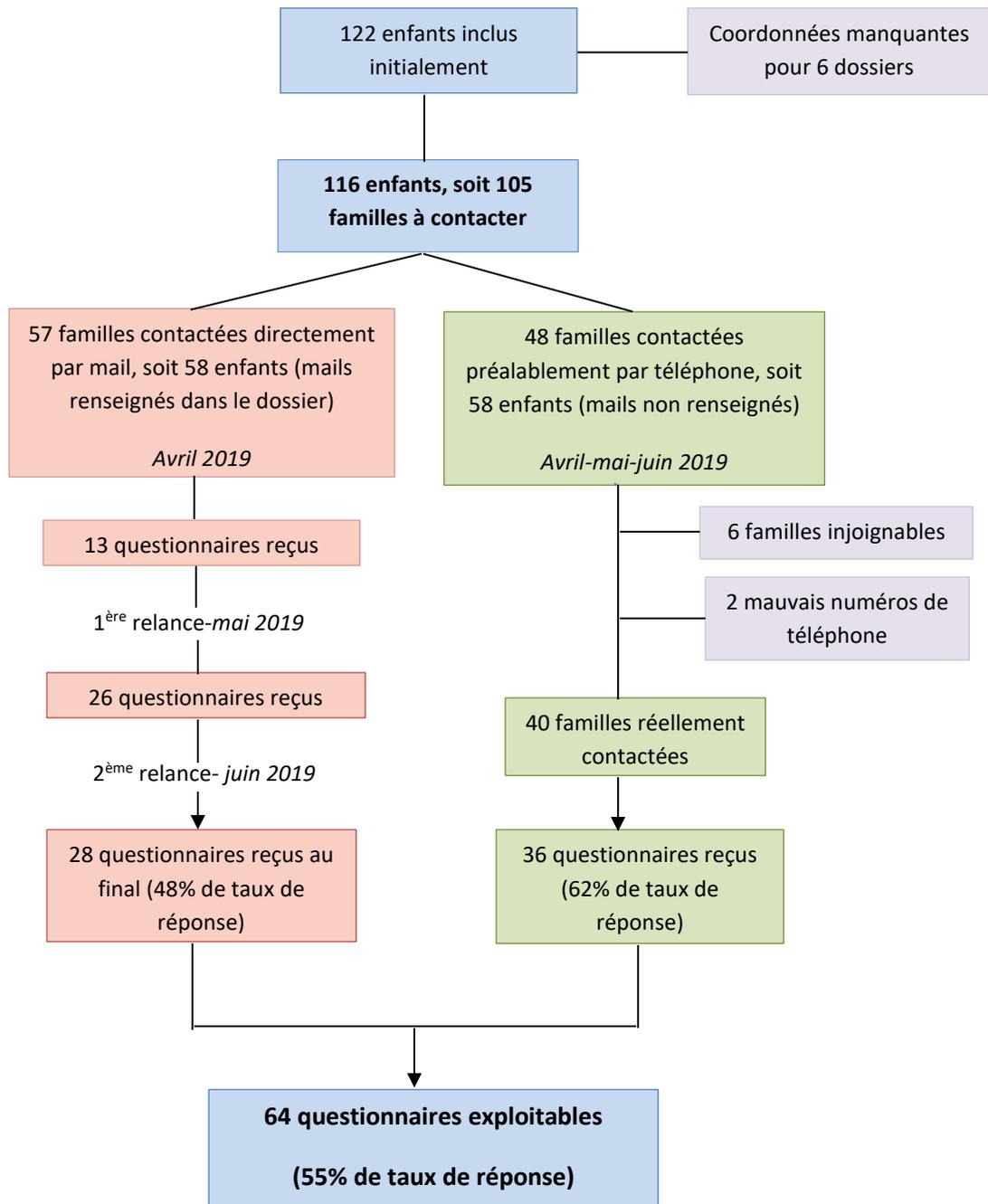


Figure 1. Diagramme de flux.

III.2 Données sociales et médicales

III.2.a Caractéristiques de la population d'enfants inclus dans notre étude

Tableau 1. Caractéristiques des 64 enfants inclus dans l'étude

	moyenne	ET
Age actuel (ans)	7,2	2,6
Age à l'arrivée en France (ans)	4,1	2,4
	effectifs	%
Sexe :		
- Féminin	25	39
- Masculin	39	61
Continent :		
- Afrique	26	41
- Amérique du sud	15	23
- Asie	15	23
- Europe de l'Est	8	12
Enfants à besoins spécifiques *	35	55
Enfants avec pathologies diagnostiquées en France (non connues avant l'adoption)	18	28

ET : écart-type

** enfants âgés de plus de 5 ans et/ou en fratrie et/ou avec des pathologies connues avant l'adoption*

III.2.b Age à l'arrivée en France

L'âge moyen des enfants à l'arrivée dans leur famille d'adoption était de $4,1 \pm 2,4$ ans, avec des extrêmes situés à 8 mois et 9 ans (Figure 2).

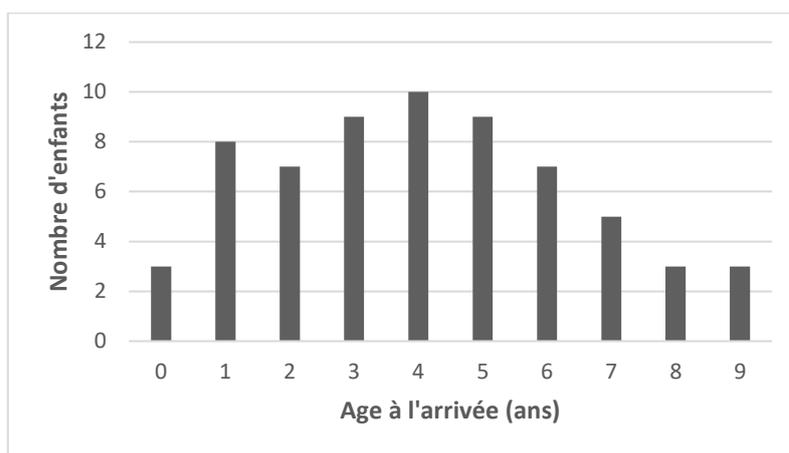


Figure 2. Répartition des enfants selon leur âge d'arrivée.

III.2.c Pays d'origine

Les enfants sont issus de 4 continents et de 22 pays différents (Figure 3).

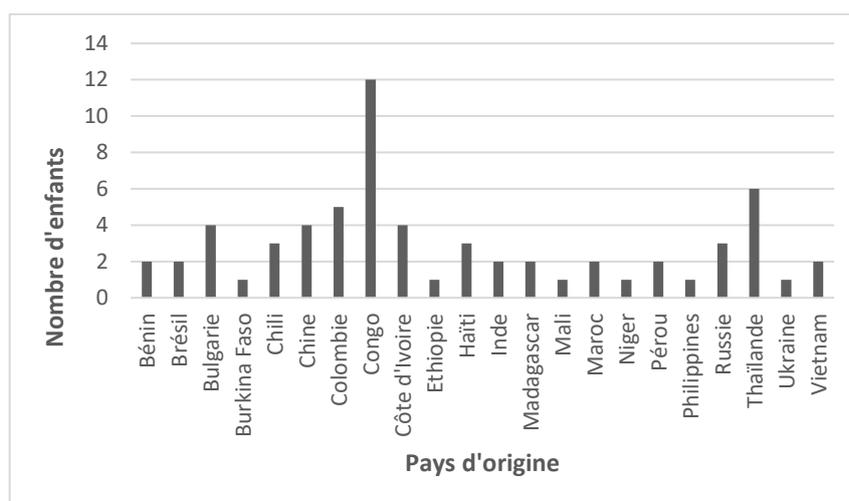


Figure 3. Répartition des enfants par pays d'origine.

III.2.d Besoins spécifiques

35 enfants (55 %), 14 filles et 21 garçons, ont été décrits par leurs parents comme étant « à besoins spécifiques » :

- 19 enfants (30 %) étaient âgés de plus de 5 ans au moment de leur adoption ;
- 15 enfants (23 %) ont été adoptés en fratrie ;
- 9 enfants (14 %) présentaient une ou plusieurs problématiques de santé décrites comme suit : « cardiopathie CIA », « eczéma », « main droite atrophiée », « trouble

du langage », « fente labio-palatine », « souffle cardiaque, carence protéino-énergétique », « retard de langage », « prématurité, trouble de l'attachement, manque de confiance », « retard global ».

Les troubles ou pathologies décrits étaient connus par les parents avant l'adoption.

8 enfants (12,5 %) cumulaient 2 besoins spécifiques : l'âge supérieur à 5 ans et l'adoption en fratrie.

III.2.e Pathologies diagnostiquées en France

Des pathologies, non connues au moment de l'adoption, ont été diagnostiquées en France chez 18 enfants (28 %). 4 enfants présentaient plusieurs pathologies.

Il s'agissait de :

- Pathologies hématologiques chez 6 enfants ;
- Troubles neurodéveloppementaux chez 4 enfants ;
- Pathologies infectieuses bénignes chez 3 enfants ;
- Troubles de l'audition chez 3 enfants ;
- Pathologies cutanées chez 2 enfants ;
- Trouble de l'attachement chez 2 enfants ;
- Pathologie respiratoire chez 1 enfant ;
- Pathologie neurologique chez 1 enfant ;
- Pathologie endocrinienne chez 1 enfant.

III.2.f Age au moment de la séparation

La figure 4 montre l'âge des enfants au moment de la séparation d'avec la famille biologique.

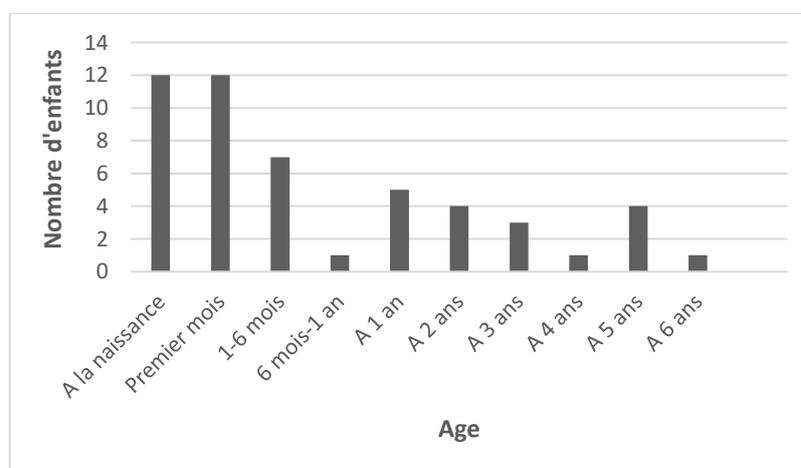


Figure 4. Age des enfants au moment de la séparation d'avec la famille biologique.

14 parents adoptants ne connaissaient pas cette information. On note deux incertitudes : une famille rapporte que son enfant a été séparé de sa famille biologique dans les « premiers jours ou premiers mois », et une autre à l'âge de « 5 ou 7 ans ».

12 enfants (19 %) ont été séparés dès la naissance et 24 enfants (38 %) avant l'âge de 1 mois. La moitié des enfants ont été séparés de leur famille biologique avant l'âge de 1 an.

III.2.g Durée entre la séparation et l'adoption

La figure 5 présente la durée entre la séparation d'avec la famille biologique et l'adoption. Nous avons pris en compte les 49 enfants dont les parents avaient indiqué des données précises (a été inclus l'enfant séparé de sa famille biologique « dans les premiers jours ou premiers mois », mais pas l'enfant séparé à l'âge de « 5 ou 7 ans »).

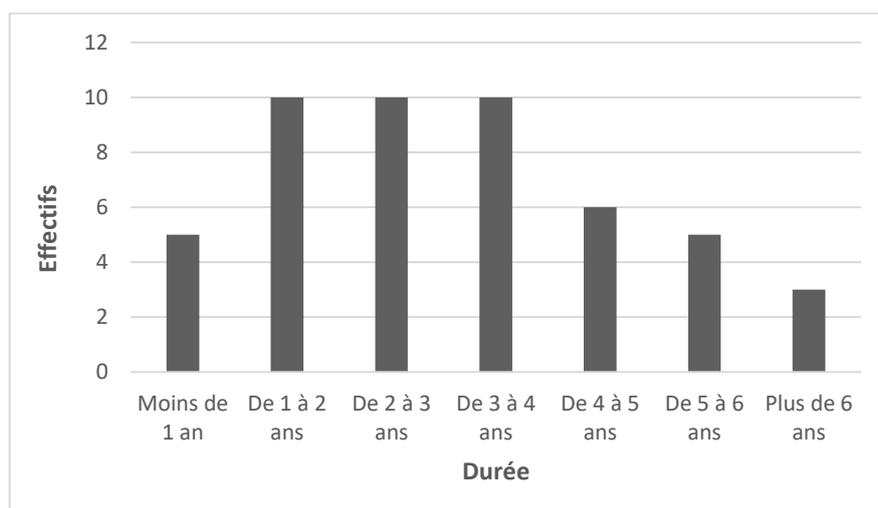


Figure 5. Durée entre séparation d'avec la famille biologique et adoption

Selon les données rapportées par les parents, la durée minimale entre la séparation d'avec la famille biologique et l'arrivée en France serait de 7 mois et demi, et la durée maximale d'environ 7 ans.

69 % des enfants (n=34) ont passé plus de 2 ans entre la séparation d'avec la famille biologique et leur adoption.

III.3 Données concernant l'alimentation

III.3.a Comportements alimentaires

Les tableaux 2 et 3 décrivent respectivement la prévalence des troubles du comportement alimentaire, et la prévalence de chaque comportement alimentaire, au cours de la première année en France :

Tableau 2 : prévalence des troubles du comportement alimentaire [¥] au cours de la première année*

	Dans les premières semaines suivant son arrivée	Six mois après son arrivée	Un an après son arrivée	Total des enfants au cours de la première année **
Troubles du comportement alimentaire	55 (86)	49 (77)	43 (67)	55 (86)

¥ La catégorie « utilisation des couverts » n'a pas été incluse, n'étant pas considérée comme un trouble de l'alimentation à proprement parler.

* Les données sont en effectifs (et pourcentages).

** Cette colonne montre l'ensemble des enfants ayant présenté au moins un trouble de l'alimentation au cours de la première année.

Tableau 3. Prévalence des comportements alimentaires au cours de la première année en France*

	Dans les premières semaines suivant son arrivée en France	Six mois après son arrivée	Un an après son arrivée
• Mangeait avec les doigts	23 (36)	10 (16)	9 (14)
• Utilisait des couverts (cuillère et/ou fourchette)	50 (78)	58 (91)	63 (98)
• Avait repris le biberon (alors qu'il ne le prenait plus dans son pays d'origine)	6 (9)	9 (14)	6 (9)
• Demandait à ce qu'on le fasse manger (alors qu'il mangeait seul dans son pays d'origine)	10 (16)	5 (8)	4 (6)
• Acceptait spontanément de goûter les aliments qu'il ne connaissait pas	45 (70)	53 (83)	54 (84)
• Ne mangeait qu'une gamme très limitée d'aliments	21 (33)	12 (19)	7 (11)
• Sélectionnait les aliments en fonction de leur couleur, de leur forme ou de leur texture	10 (16)	9 (14)	7 (11)
• Avait un petit appétit, mangeait en petite quantité (même s'il aimait ce qui était proposé)	9 (14)	10 (16)	8 (12)
• Prenait du plaisir à manger	48 (75)	55 (86)	54 (84)
• S'ennuyait à table et/ou jouait pendant les repas	9 (14)	9 (14)	9 (14)
• Fermait la bouche et/ou repoussait le biberon ou la cuillère pour ne pas manger	4 (6)	2 (3)	1 (2)
• Accumulait les aliments dans sa bouche sans les avaler, puis les recrachait	4 (6)	3 (5)	2 (3)
• Gardait la nourriture en bouche très longtemps avant de l'avaler	13 (20)	13 (20)	8 (12)
• Était très lent pour s'alimenter (durée des repas > 30 minutes)	17 (27)	16 (25)	14 (22)
• Triait les moindres granulés ou morceaux	9 (14)	9 (14)	4 (6)
• Mâchait et avalait sans problème les aliments solides	46 (72)	48 (75)	50 (78)
• S'étouffait si on lui mettait des aliments dans la bouche (toux, fausse-route)	1 (2)	1 (2)	0 (0)
• Avait un réflexe nauséux (haut-le-cœur) voire vomissait au contact ou même à la vue de certains aliments	2 (3)	0 (0)	0 (0)
• Ingurgitait de grandes quantités de nourriture sans jamais être rassasié	21 (33)	18 (28)	11 (17)
• Continuait de manger tant qu'il y avait de la nourriture à disposition	22 (34)	16 (25)	11 (17)
• Faisait des réserves de nourriture	3 (5)	1 (2)	1 (2)
• Prenait, à l'insu des parents, de la nourriture dans le frigo ou les placards	1 (2)	0 (0)	4 (6)

* Les données sont en effectifs (et pourcentages).

Le tableau 4 décrit la prévalence des comportements alimentaires regroupés en 9 catégories.

Tableau 4. Prévalence des comportements alimentaires au cours de la première année, regroupés en 9 catégories *

	Dans les premières semaines suivant son arrivée	Six mois après son arrivée	Un an après son arrivée	Total au cours de la première année **
Utilisation des couverts	50 (78)	58 (91)	63 (98)	64 (100)
Comportement régressif	12 (19)	12 (19)	10 (16)	17 (27)
Néophobie/hypersélectivité	25 (39)	18 (28)	15 (23)	29 (45)
Désintérêt/Petit appétit	17 (27)	17 (27)	15 (23)	22 (34)
Refus alimentaire/Évitement	21 (33)	19 (30)	16 (25)	25 (39)
Hypersensibilité aux textures	16 (25)	15 (23)	10 (16)	19 (30)
Réflexe nauséeux	3 (5)	1 (2)	0 (0)	3 (5)
Hyperphagie	26 (41)	21 (33)	13 (20)	26 (41)
Accumulation	3 (5)	1 (2)	4 (6)	7 (11)

* Les données sont en effectifs (et pourcentages).

** dans cette colonne apparaît l'ensemble des enfants ayant présenté, à un moment donné au cours de la première année, le comportement en question. Il a pu apparaître dès l'arrivée ou plus tard, et a pu durer quelques mois ou toute l'année.

III.3.b Perceptions et ressentis des parents

III.3.b.1 Niveau de difficulté ressentie par les parents

Sur une échelle allant de 1 (aucune difficulté) à 5 (très difficile), les parents devaient indiquer la difficulté avec laquelle ils avaient vécu l'alimentation de leur enfant au cours de la première année.

La figure 6 résume ces résultats.

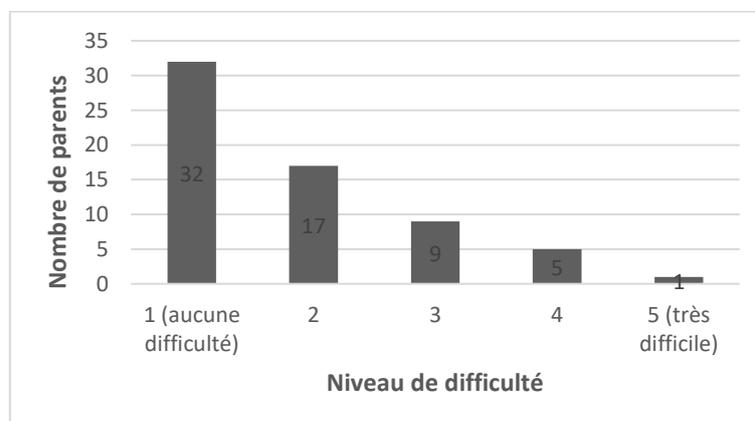


Figure 6. Niveau de difficulté des parents vis-à-vis de l'alimentation de leur enfant au cours de la première année en France.

III.3.b.2 Perception des parents au cours du repas

Le tableau 5 rapporte la perception des parents vis-à-vis du moment du repas. Nous avons regroupé ces adjectifs en « adjectifs positifs » (détendu, chaleureux, agréable), et en « adjectifs négatifs » (fatigant, compliqué, culpabilisant, pénible), définissant ainsi des « ressentis positifs » et « ressentis négatifs » au moment du repas.

Tableau 5. Perceptions et ressentis des parents vis-à-vis du repas, au cours de la première année*

	Dans les premières semaines suivant son arrivée en France	Six mois après son arrivée	Un an après son arrivée
Fatigant	13 (20)	9 (14)	6 (9)
Détendu	27 (42)	33 (52)	37 (58)
Compliqué	18 (28)	10 (16)	9 (14)
Chaleureux	27 (42)	37 (58)	35 (55)
Culpabilisant	8 (12)	6 (9)	4 (6)
Bruyant	11 (17)	9 (14)	10 (16)
Agréable	36 (56)	46 (72)	46 (72)
Surprenant	21 (33)	16 (25)	14 (22)
Pénible	12 (19)	8 (12)	8 (12)
Ressentis positifs	42 (66)	49 (77)	50 (78)
Ressentis négatifs	25 (39)	16 (25)	11 (17)

* Les données sont des effectifs (avec pourcentages).

III.3.b.3 Sentiment de compétence des parents

13 familles (20 %) ont eu le sentiment de ne pas être compétentes pour nourrir correctement leur enfant.

III.3.b.4 Recours à une aide extérieure

10 familles (16 %) ont consulté un ou plusieurs professionnel(s) afin d'être aidées dans l'alimentation de leur enfant :

- Toutes ont consulté un médecin ;
- 3 familles ont consulté, en plus, un psychologue ;
- 1 famille a consulté un diététicien, en plus du médecin, et a rencontré des parents adoptants.

III.3.c Réponses ouvertes

39 familles (61 %) ont souhaité apporter des précisions concernant l'alimentation de leur enfant (item 11), ou bien des précisions qu'ils jugeaient utiles à l'enquête (item 23). L'ensemble des réponses est présenté en annexe 3.

Nous avons noté certains points :

- 11 familles ont émis des commentaires positifs et/ou l'absence de difficultés vis-à-vis de l'alimentation de leur enfant (« pas de difficultés particulières », « pas de difficultés notoires », « mange de tout », « aime manger », « très curieux d'un point de vue alimentaire », « prend du plaisir à manger », « apprécie de goûter à tout », « adore manger », « apprécie tous les aliments », « mange de tout et prend plaisir à manger », « ouvert pour tester tous les aliments », « aucun problème au niveau alimentaire »).
- 10 familles ont rapporté la tendance à beaucoup/trop manger de leur enfant (« voulait toujours manger », « tendance à manger +++ », « mange de tout et en quantité si non freinée », « mangeait en très grande quantité sans sembler être rassasiée », « tendance à beaucoup manger », « voulait manger la même quantité que les adultes », « peine à se stopper quand n'a plus faim », « stratégie pour essayer de diminuer les portions », « parfois vomissait car mangeait trop », « toujours eu un grand appétit »). Cette tendance à l'hyperphagie va parfois jusqu'au vomissement chez 2 enfants. Une mère se demande si sa fille « ressent la satiété », et des parents tentent d'apprendre à leur enfant à « faire la différence entre faim et gourmandise ».
- 2 familles ont rapporté un petit appétit chez leur enfant (« petit mangeur », « appétit d'oiseau »).
- 4 familles ont rapporté avoir mis à disposition de l'enfant, dans un premier temps, les aliments qu'il avait l'habitude de consommer dans son pays d'origine (« toujours un bol de riz à table », « avons maintenu l'alimentation habituelle », « toujours du riz »)
- Des troubles du transit ont été décrits chez 3 enfants (2 cas de constipation, 1 cas de diarrhée) à l'arrivée en France, avec amélioration par la suite dans 2 cas sur 3.
- 2 familles ont rapporté des difficultés (« stress », « repas pénible ») au moment des repas, en lien avec le comportement de l'enfant : « agitation », « attire beaucoup l'attention sur lui », « indiscipline ».
- Une alimentation mixée a été nécessaire chez 4 enfants « au début », « les premières semaines », « jusqu'à ce qu'elle ait assez de dents pour mâcher ».

- 4 familles ont rapporté des troubles de l'oralité chez leur enfant : « régurgitations » chez 2 enfants, associées dans 1 cas à un « réflexe nauséux » ; 1 enfant « joue avec la nourriture dans sa bouche (la fait entrer et ressortir) », 1 enfant « commence à mastiquer puis recrache ».
- 1 enfant « varie très peu ses repas », 1 autre enfant « mange les aliments naturels, sans sauce ou fromage ou préparation ».
- 1 famille a rapporté que son enfant « n'aime pas manger ».
- 1 famille a rapporté un « besoin viscéral de voir la nourriture dans le frigo ou les placards » chez son enfant.

III.4 Dénutrition et évolution staturo-pondérale

III.4.a Dénutrition

A l'arrivée en France, un diagnostic de dénutrition a été posé par un médecin chez 9 enfants (14 %).

Parmi eux :

- 6 enfants originaires d'Afrique (4 du Congo, 1 de Côte d'Ivoire et 1 du Niger) ;
- 1 enfant originaire d'Europe de l'Est (Russie) ;
- 2 enfants originaires d'Asie (1 de Chine et 1 de Thaïlande).

III.4.b Evolution staturo-pondérale

III.4.b.1 Mensurations à la naissance

16 familles (25 %) ont rapporté les mensurations de leur enfant « à la naissance » ou aux alentours de la naissance (J3, J10, J15, 1^{er} mois). A la naissance, 3 enfants avaient un faible poids de naissance (poids de naissance < 2500 g quel que soit le terme) : 1 enfant de 840 g pour 37 cm, 1 enfant de 1100 g pour 43 cm, et 1 enfant de 2000 g pour 43 cm.

III.4.b.2 Evolution staturo-pondérale

Nous avons demandé aux parents le poids et la taille de leur enfant à 3 périodes : à son arrivée en France, 1 an après son arrivée, et à la date de réponse au questionnaire.

63 familles (98 %) ont rapporté ces données (mais 5 familles n'ont pas noté les mensurations 1 an après l'arrivée et 1 famille n'a pas rapporté les mensurations actuelles de son enfant).

Les résultats sont présentés dans les tableaux 6 et 7 sous forme de Z scores.

Tableau 6. Evolution staturo-pondérale des enfants depuis leur arrivée en France *

	Z score						
	Zsc < -3	-3 ≤ Zsc < -2	-2 ≤ Zsc < -1	-1 ≤ Zsc ≤ 1	1 < Zsc ≤ 2	2 < Zsc ≤ 3	3 < Zsc
Poids							
A l'arrivée	4 (6)	8 (13)	15 (24)	35 (56)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
1 an après	0 (0)	2 (4)	11 (20)	38 (68)	5 (9)	0 (0)	0 (0)
Actuellement	0 (0)	1 (2)	12 (23)	30 (58)	8 (15)	1 (2)	0 (0)
Taille							
A l'arrivée	5 (8)	12 (19)	14 (22)	29 (46)	3 (5)	0 (0)	0 (0)
1 an après	0 (0)	6 (10)	13 (22)	30 (51)	9 (15)	0 (0)	1 (2)
Actuellement	0 (0)	3 (5)	12 (19)	29 (47)	16 (26)	1 (2)	1 (2)
IMC							
A l'arrivée	1 (2)	4 (6)	13 (21)	36 (57)	8 (13)	1 (2)	0 (0)
1 an après	1 (2)	1 (2)	10 (17)	43 (73)	3 (5)	1 (2)	0 (0)
Actuellement	0 (0)	0 (0)	14 (23)	45 (73)	3 (5)	0 (0)	0 (0)

* Les données sont en effectifs (et pourcentages). Les pourcentages tiennent compte des données manquantes et des enfants âgés de plus de 10 ans pour lesquels le calcul du Z score pour le poids n'est pas applicable.

A l'arrivée en France, on peut dénombrer 19 enfants (30 %) avec un retard de croissance staturale et/ou pondérale (défini par un Z score < -2 pour la taille et/ou le poids), parmi lesquels :

- 10 enfants ont un retard de croissance à la fois staturale et pondérale ;
- 7 enfants ont un retard de croissance uniquement en taille ;
- 2 enfants ont un retard de croissance uniquement en poids.

1 an après l'arrivée, 7 enfants (12 %) présentaient un retard de croissance :

- 1 enfant avec un retard de croissance à la fois staturale et pondérale ;
- 5 enfants avec un retard de croissance uniquement staturale ;
- 1 enfant avec un retard de croissance uniquement pondérale.

Actuellement, 3 enfants (5 %) présentent un retard de croissance :

- 1 enfant avec un retard de croissance à la fois staturale et pondérale ;
- 2 enfants avec un retard de croissance uniquement staturale.

Concernant l'IMC :

A l'arrivée, 5 enfants (8 %) présentaient une dénutrition caractérisée par un Z score < -2 pour l'IMC, dont un avec une dénutrition sévère (Z score < -3).

Parmi eux, 3 enfants avaient un retard de croissance à la fois staturale et pondérale. Deux autres enfants étaient dans les normes pour le poids et la taille, mais ils souffraient de dénutrition avec une disproportion entre le poids et la taille (petit poids par rapport à la taille).

Un an après l'arrivée, la dénutrition persistait encore chez 2 enfants (3 %).

Actuellement, l'IMC est revenu dans la norme pour l'ensemble des enfants.

Tableau 7. Evolution du retard de croissance pondérale et staturale des enfants, sur l'ensemble des enfants et par continent *

		Z score < -2			
Total		Afrique	Asie	Amérique du Sud	Europe de l'Est
Poids					
A l'arrivée	12 (19)	6 (9)	3 (5)	0 (0)	3 (5)
1 an après	2 (4)	1 (2)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
Actuellement	1 (2)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
Taille					
A l'arrivée	17 (27)	10 (16)	4 (6)	0 (0)	3 (5)
1 an après	6 (10)	1 (2)	4 (7)	0 (0)	1 (2)
Actuellement	3 (5)	0 (0)	3 (5)	0 (0)	0 (0)

* Les données sont en effectifs (et pourcentages).

A l'arrivée en France, parmi les 19 enfants ayant un retard de croissance :

- 9 (soit 47 % des enfants avec un retard de croissance) ont présenté une hyperphagie ;
- 5 (soit 26 % des enfants avec un retard de croissance) ont eu un diagnostic de dénutrition.

IV. DISCUSSION

IV.1 Forces et limites de l'étude

IV.1.a Forces

Originalité :

L'atout principal de cette étude est son originalité. A notre connaissance, aucune étude récente n'a évalué la prévalence des comportements alimentaires de l'enfant adopté à l'étranger. Notre étude permet d'apporter des informations sur les comportements alimentaires des enfants à leur arrivée, et sur leur évolution au cours de la première année en France.

Taux de réponse :

Nous avons eu un taux de réponse très satisfaisant de 55% qui nous a permis de recevoir 64 questionnaires, tous exploitables. Cela suggère que les parents se sont sentis concernés par ce sujet.

Représentativité :

Notre échantillon reflète assez bien l'ensemble des enfants adoptés à l'étranger vivant en France en ce qui concerne leur origine, leur âge et leurs besoins spécifiques.

Pour l'origine géographique, nos pourcentages sont peu éloignés des statistiques officielles (1). L'Afrique est le premier continent d'origine (41 % pour notre étude et 35 % en moyenne d'après les chiffres officiels), puis viennent l'Asie (28 % vs 23 %), l'Amérique (21 % vs 23 %) et enfin l'Europe (12 % vs 15 %).

Concernant l'âge, les enfants de notre étude sont un peu plus âgés : 28 % ont moins de 3 ans à leur arrivée, contre 40 % dans les chiffres officiels.

Notre échantillon compte un peu moins d'enfants à besoins spécifiques (55 % vs 66 %), avec moins d'enfants âgés de plus de 5 ans (30 % vs 41 %) et moins d'enfants atteints de pathologies (14 % vs 21 %).

IV.1.b Limites

Biais de mémorisation :

Notre étude est rétrospective (faible niveau de preuve scientifique : niveau 4 – grade C). Afin de limiter le biais de mémorisation, nos critères d'inclusion retenaient les enfants ayant consulté à la

COCA depuis moins de 5 ans. Comme les parents consultent le plus souvent à la COCA dans les semaines qui suivent l'arrivée, nous pouvions espérer que les enfants seraient arrivés en France depuis moins de 5 ans.

Biais de sélection :

Notre étude est monocentrique, avec un échantillon issu de la seule COCA de Toulouse.

Toutes les familles ne consultent pas au sein d'une COCA. Les parents qui consultent à la COCA sont des parents bien informés sur les dispositifs de soutien en matière d'adoption. Pour certains, ils ont parcouru plusieurs dizaines de kilomètres pour venir en consultation, les COCA existant le plus souvent au sein des CHU.

Pour chaque comportement alimentaire, nous avons recueilli les effectifs sur les 3 périodes étudiées : à l'arrivée en France, à 6 mois et à 1 an après l'adoption. Pour la majorité des enfants, les symptômes étaient présents dès l'arrivée, tandis que pour d'autres, ils sont apparus plus tard. Il est donc difficile d'interpréter l'évolution dans le temps de façon purement linéaire.

IV.2 Prévalence des comportements alimentaires

Le terme de « comportement », comme l'explique la pédiatre Véronique Abadie, implique à la fois l'outil et sa fonction : « Pour avoir un comportement visuel normal, il faut des yeux qui voient et un cerveau qui a la capacité de traiter l'information qu'il reçoit. Pour avoir un comportement alimentaire normal, il faut un outil oro-digestif sain et des capacités affectives et centrales qui permettent le fonctionnement de cet outil. Un trouble du comportement alimentaire pourra être généré par le dysfonctionnement de l'un ou l'autre de ces deux acteurs. » (10)

En règle générale, les troubles de l'alimentation chez l'enfant sont fréquents et peuvent toucher 25 à 50 % des enfants en bonne santé (20–22). Ce nombre augmente à 80% chez les enfants présentant un retard de développement. Si la plupart de ces troubles sont bénins et de caractère transitoire, 3 à 10 % de ces enfants auront des formes sévères de troubles alimentaires pouvant entraîner une malnutrition, un retard de croissance, des troubles du développement et du comportement (22).

Chez les enfants adoptés, Fisher (23) relève 65 % de troubles de l'alimentation chez des enfants nouvellement arrivés de Roumanie, et soulève l'hypothèse d'une étiologie liée aux conséquences très délétères de la vie dans les orphelinats roumains. Grey Tirella et Miller (9) rapportent 34 % de troubles alimentaires chez des enfants nouvellement adoptés, originaires de 17 pays.

Dans notre étude, 86 % des enfants (n=55) présentaient au moins un trouble de l'alimentation dans les semaines suivant leur arrivée. Ce chiffre est bien plus important que ceux relevés dans les études que nous avons citées.

Cette différence peut s'expliquer par 2 raisons :

D'une part, comme nous l'avons vu, la réalité de l'adoption internationale a changé : les enfants adoptés aujourd'hui sont plus âgés, et plus souvent porteurs de pathologies. Rappelons que dans notre étude, la moyenne d'âge d'adoption est de 4,1 ans, ce qui est nettement plus élevé que dans les études citées qui datent de 1997 et 2011. Nous ne connaissons pas la vie pré-adoptive de ces enfants, mais au moins 34 d'entre eux ont attendu plus de deux ans avant d'être adoptés, parfois même 5, 6 ou 7 ans. Dans ce laps de temps, ils ont pu être confrontés aux effets néfastes de la vie en institution (orphelinat ou crèche) et/ou de la vie dans la rue.

D'autre part, notre étude peut présenter un biais de recrutement car elle porte uniquement sur des enfants répertoriés à la COCA de Toulouse. Ces enfants ayant consulté au sein d'un CHU, on peut supposer qu'ils avaient, ou étaient susceptibles d'avoir, des problèmes de santé.

Les symptômes tendent à ne décroître que modérément dans le temps puisque 67 % des enfants (n=43) présentaient encore des troubles au bout d'un an.

IV.2.a Utilisation des couverts

Dans certaines institutions, pour des raisons économiques et pratiques, les enfants ont été nourris au biberon (lait souvent coupé d'eau avec ajout de farine) parfois jusqu'à l'âge de 2-3 ans (18,24). Dans d'autres endroits, les nourrices leur mettaient directement la nourriture dans la bouche. De plus, la majorité des enfants est originaire de pays où, naturellement, l'alimentation se fait le plus souvent avec les doigts ou avec des baguettes (pays d'Afrique, Pérou, Inde et certains pays asiatiques). Néanmoins, à l'arrivée en France, 78 % des enfants de notre étude (n=50) utilisaient des couverts pour s'alimenter, et 100 % (n=64) ont pu les utiliser au cours de la première année en France. Ainsi, quels que soient leur pays d'origine et leur histoire, l'utilisation des couverts n'a pas posé de problèmes chez ces enfants.

IV.2.b Comportement régressif

Lors de sa vie pré-adoptive, l'enfant a souvent été fragilisé dans ses besoins primaires et fondamentaux (respirer, boire, manger, éliminer, être en sécurité physique, avoir des liens affectifs) (15). Encore plus que d'autres, en situation de stress ou devant un changement, ces enfants peuvent avoir des phases de régression. L'arrivée dans le pays adoptif, toujours source de stress et d'angoisse, est très propice aux phénomènes régressifs, dès l'arrivée ou plus tardivement.

Sur le plan de l'alimentation, certains enfants, même relativement grands, demandent à reprendre le biberon, ou à être nourris par leurs parents, alors même qu'ils mangeaient seuls dans leur pays d'origine (14) .

Dans notre étude, les phénomènes de régression alimentaire touchent 27 % des enfants (n=17) de 2 à 7 ans. Dans 19 % des cas (n=12), ils débutent rapidement après l'arrivée en France. Selon Vinay (25), la régression représente une protection face à cette période de transition. Elle permet également à l'enfant de revivre en un laps de temps limité l'ensemble de son développement affectif et relationnel manquant. Chez 5 enfants, ces comportements régressifs liés à la sphère orale sont apparus plusieurs mois après l'arrivée. Dans une réponse ouverte, le parent d'un des enfants a rapporté avoir toujours laissé de la nourriture accessible à portée de l'enfant, et toujours un bol de riz blanc présenté à table pendant au moins 6 mois, ce qui aurait « *beaucoup contribué à le rassurer par rapport à la nourriture* ». Nous pouvons faire l'hypothèse que ces enfants s'autorisent à régresser une fois les premiers liens installés dans leur nouvelle famille, et une fois qu'ils commencent à être rassurés vis-à-vis de la nourriture et sur le fait de pouvoir désormais manger à leur faim.

Les parents doivent savoir reconnaître et respecter cette période de régression, en se faisant accompagner le cas échéant par des professionnels qui peuvent conseiller des jeux et des activités motrices et sensorielles (portage, massages, réinvestissement de la sphère orale, etc.) (26).

IV.2.c Néophobie/hypersélectivité

La néophobie alimentaire est une peur suscitée par les aliments nouveaux. C'est un phénomène banal et universel qui est particulièrement présent chez l'enfant. Entre 2 et 10 ans, 77 % des enfants refusent de goûter spontanément les aliments qu'ils ne connaissent pas (27). Elle est donc considérée comme une période normale du développement. Il faut parfois jusqu'à 15 expositions pour que l'enfant « fasse confiance » à un aliment et accepte de le goûter, et parfois encore 15 expositions supplémentaires pour qu'il en apprécie réellement le goût (21).

Faber (28) relève, chez les jeunes enfants qui ont vécu en institution ou qui ont été victimes de négligence grave ou de malnutrition, des repas difficiles avec une hypersélectivité alimentaire (intolérance aux couleurs et aux textures de la plupart des aliments).

Dans notre étude, 45 % des enfants (n=29) ont présenté des symptômes de néophobie et/ou d'hypersélectivité alimentaire au cours de la première année en France. Pour 39 % des enfants (n=25), ces symptômes ont débuté dès les premières semaines.

Nous pourrions trouver paradoxal que 70 % (n=45) de ces enfants acceptent néanmoins facilement de goûter les aliments qu'ils ne connaissaient pas. En règle générale, entre 6 mois et 2 ans en

moyenne, les enfants ont des comportements très adaptatifs dans le domaine alimentaire (29) : ils sont très peu sélectifs et peuvent apprécier une large variété d'aliments. Nombre d'enfants adoptés n'ont pas bénéficié de cette période dite « d'ouverture » dans les orphelinats. Ils revivent donc cette étape du développement dans leur famille d'adoption.

Les symptômes de néophobie tendent à s'atténuer dans le temps puisqu'ils ne sont présents que chez 23 % des enfants (n=15) au bout d'un an.

IV.2.d Désintérêt/petit appétit et refus alimentaire/évitement

Comme nous l'avons vu, l'élaboration des conduites alimentaires évolue en interdépendance avec la maturation organique, le développement sensori-moteur, la maturation psycho-affective et la diversification alimentaire.

L'oralité alimentaire est fragile, et lorsque son développement est malmené, un refus alimentaire peut se mettre en place. Bien que difficiles à objectiver, les raisons qui peuvent pousser un enfant à refuser de s'alimenter seraient en lien avec un vécu douloureux, soit physique (reflux gastro-œsophagien, fausses routes, douleurs abdominales) soit relationnel (stimulations déplaisantes, relation de qualité médiocre, opposition...) (30).

Les manifestations de ce refus peuvent se jouer sur différents registres (annexe 3) : le désintérêt pour la nourriture (absence de manifestation de faim, absence d'appétit, pas d'intérêt pour la nourriture, *etc.*), l'opposition passive (refus d'ouvrir la bouche, temps du repas anormalement long, quantités ingérées minimales, *etc.*) et/ou l'opposition active (refus d'introduire de la nourriture dans sa bouche –l'enfant détourne la tête, serre les mâchoires ou protège son visage avec son bras–, manœuvres d'expulsion de la nourriture hors de la bouche, *etc.*).

Dans notre étude, 34 % des enfants (n=22) ont pu manifester, au cours de la première année, un désintérêt pour la nourriture, et 39 % (n=25) ont eu des comportements d'opposition. Dans la majorité des cas, ces comportements étaient présents dès leur arrivée. On ne note pas d'amélioration franche après 1 an passé en France.

IV.2.e Hypersensibilité aux textures

Dans l'étude de Fisher citée plus haut (23), le refus des aliments solides, ou refus de mâcher, est rapportée dans 33 % des cas. Cette réticence à manger des aliments solides est une difficulté régulièrement rapportée dans la littérature. Dans les orphelinats roumains, par exemple, les enfants ont reçu le plus souvent une alimentation liquide ou semi-liquide. L'aversion pour les solides dans le pays d'accueil pourrait donc n'être qu'une étape développementale typique de

l'enfance, retardée en raison des multiples carences. Dans une autre étude menée sur des enfants roumains ayant vécu en institution et adoptés (31), 15 % des enfants avaient encore des difficultés à mâcher et à avaler des aliments solides à l'âge de 6 ans. Le principal facteur ayant influé sur la prévalence et la persistance de ces comportements était la durée d'institutionnalisation.

Dans notre étude, 30 % (n=19) des enfants ont présenté une hypersensibilité aux textures au cours de la première année. 28 % (n=18) présentaient des difficultés à mâcher et/ou avaler les aliments solides dès leur arrivée, mais 10 d'entre eux avaient moins de 2 ans et n'avaient peut-être pas encore acquis cette étape du développement. Ces difficultés ont persisté dans le temps puisque 22 % des enfants (n=14, dont 2 enfants de moins de 2 ans) avaient encore des difficultés un an après. Chez ces enfants, il ne semble donc pas s'agir d'un simple retard développemental, mais bien d'un trouble de l'oralité. Parmi eux, l'un était atteint d'une fente labio-palatine et deux présentaient un trouble de l'attachement - dont un était né grand prématuré (37 cm pour 940 g) et avait probablement été alimenté artificiellement - autant de pathologies qui peuvent impacter le développement de l'oralité.

IV.2.f Réflexe nauséux

Certains enfants présentent une hypersensibilité de la sphère oro-faciale, se manifestant par des grimaces, des nausées voire des vomissements au contact de l'aliment, ou simplement en réaction à son odeur ou à sa vue (13). Ils sont fréquemment écoeurés par les grosses cuillerées, ils picorent, trient dans l'assiette et rechignent à manger les morceaux. Paradoxalement, ils apprécient souvent des aliments au goût prononcé comme le vinaigre. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une exagération plus ou moins extrême du réflexe nauséux physiologique. 3 enfants de notre étude (5 %) ont présenté un réflexe nauséux, dès l'arrivée en France. Ils présentaient également des conduites d'évitement et de refus alimentaires, et une hypersensibilité aux textures. Ce réflexe nauséux a été transitoire et n'était plus présent à l'issue de la première année en France, chez aucun des 3 enfants. Les autres troubles de l'oralité persistaient néanmoins pour 2 d'entre eux.

IV.2.g Hyperphagie

Dans l'étude de Fisher (23), l'alimentation excessive, ou hyperphagie, est rapportée dans 30 % des cas. Elle est souvent corrélée à une malnutrition et à un retard staturo-pondéral à l'arrivée, signes de carence nutritionnelle à l'orphelinat. On peut donc supposer que les enfants s'alimentent excessivement, certes pour rattraper le retard de croissance, mais également par défaut de reconnaissance des signaux internes de satiété. Dans la majorité des cas, après quelques mois et une accélération rapide de la prise pondérale avec un retour à des valeurs moyennes, l'enfant

commence à exprimer la satiété et, le cas échéant, des néophobies en rapport avec son âge. Pour Peyré, l'hyperphagie aurait aussi un lien avec la carence affective, « *comme s'il s'agissait avant tout de remplir son estomac, de combler un vide* » (14).

Nos résultats sont un peu plus importants que ceux relevés par Fisher puisque 41 % des enfants (n=26) ont adopté un comportement d'hyperphagie dès l'arrivée en France. Ce comportement a diminué tout au long de la première année pour n'être présent que chez 20 % des enfants (n=13) au bout d'un an.

IV.2.h Accumulation de nourriture

La littérature traitant des enfants adoptés (18,32) fait souvent état d'une accumulation de nourriture, avec des enfants pouvant faire des réserves sous leur lit par exemple, en lien avec un sentiment d'insécurité vis-à-vis de la nourriture. Dans notre étude, seuls 11% des enfants (n=7) ont présenté ce type de comportement. On aurait pu s'attendre à ce que ces manifestations apparaissent rapidement après l'arrivée. Ce fut le cas seulement pour 3 enfants, et elles ont duré moins de 6 mois. Pour 3 autres enfants, les troubles ont débuté plus de 6 mois après leur arrivée.

Au vu de ces observations, il semble que certains troubles de l'oralité - le désintérêt pour la nourriture, le refus alimentaire et l'hypersensibilité aux textures - présents à l'arrivée en France, évoluent peu au cours de la première année. Face à ce constat, en cas de persistance de ces symptômes au-delà de 6 mois, un bilan de troubles de l'oralité effectué par un orthophoniste pourrait être proposé. Les troubles de l'oralité peuvent être provoqués par des difficultés sensorielles (hypersensibilité de la région buccale) ou motrices (faible tonus musculaire ou mauvaise coordination oro-pharyngée) (33) qui peuvent être améliorées par une rééducation orthophonique adaptée. Outre le travail avec l'enfant, l'approche orthophonique des troubles de l'oralité accorde une grande place à la guidance et à l'accompagnement familial (34). Elle propose une guidance concrète et personnalisée de l'enfant et de ses parents, contribuant à faire baisser l'anxiété autour de l'alimentation et du repas.

Selon Thibault (35), devant des troubles de l'oralité, il convient de toujours se demander si nous sommes face à un enfant : – qui ne sait pas manger ? – qui ne peut pas manger ? – qui ne veut pas manger ?

IV.3 Retentissement des troubles du comportement alimentaire sur la sphère familiale

L'arrivée d'un enfant adopté est un moment particulier. Pour l'enfant, l'adoption suppose une souffrance d'abandon et une perte brutale de repères. Pour la mère et/ou le père, à la joie d'être devenu parent se mêlent de l'épuisement psychique et physique, de l'inquiétude vis-à-vis de la santé de l'enfant, du trouble face à certains comportements ou difficultés inattendues. L'attachement est rarement spontané, tant du côté du parent que de l'enfant. Le lien affectif va naître peu à peu de la relation et des interactions au quotidien entre le parent et l'enfant. Il faut parfois du temps pour que l'enfant s'attache à son(ses) parent(s), et il faut parfois du temps pour se sentir le parent de son enfant (14).

L'alimentation joue un rôle prépondérant dans l'établissement du lien mère-enfant (10). C'est également la première fonction qui permet à l'enfant d'affirmer son pouvoir sur le milieu extérieur, et en particulier sur la mère. Quelle qu'en soit la cause, un trouble du comportement alimentaire chez le nourrisson peut générer chez la mère une remise en cause de ses compétences parentales et engendrer un sentiment de culpabilité. L'alimentation de l'enfant est donc, également, une problématique de parent.

Comme nous l'avons vu, 86 % des enfants (n=55) de notre étude ont présenté des troubles du comportement alimentaire au cours de la première année. Malgré tout, seuls 10 % des parents (n=6) ont vécu l'alimentation de leur enfant de façon « difficile » ou « très difficile », et 20 % (n=13) ont eu le sentiment de ne pas être suffisamment compétents pour nourrir leur enfant. Cela signifie donc que la majorité des parents a plutôt bien vécu les temps de repas, et ce en dépit des troubles présentés par leur enfant. 66 % des parents (n=42) émettent des ressentis positifs vis-à-vis des repas, et ce dès l'arrivée en France au moment où la prévalence des symptômes est à son maximum. Ces résultats suggèrent que, dans ce contexte d'adoption, les troubles alimentaires ne sont pas un frein au plaisir partagé lors des repas. En outre, 80 % des parents ne se sentent pas remis en cause dans leur capacité à être un « bon » parent, pouvant répondre aux besoins de base de son enfant.

16 % des familles (n=10) sont allées chercher de l'aide auprès d'un professionnel pour être aidées dans l'alimentation de leur enfant. Si toutes ont consulté un médecin, il est étonnant de constater qu'aucune famille n'a été orientée vers un orthophoniste afin d'effectuer un bilan de troubles de l'oralité. Dans son mémoire d'orthophonie, Laurie Knoll (36) pointe que les médecins généralistes sont peu informés concernant les troubles de l'oralité. Et seule une minorité des pédiatres et des

généralistes adressent les enfants pour un bilan orthophonique lorsque des difficultés d'alimentation sont rapportées par les parents.

IV.4 Evolution staturo-pondérale

Plusieurs études (37–39) ont montré l'impact de la malnutrition précoce, tant sur le développement staturo-pondéral que sur le développement cognitif et psychomoteur. Chez des enfants adoptés en ex-Union soviétique et Europe orientale, Albers et al. mettent en avant un retard de croissance de 44 % pour le poids, et 68 % pour la taille. Le retard de croissance était d'1 mois pour 5 mois passés en orphelinat.

Selon une étude française menée à la COCA de Versailles (2), les retards de croissance touchent de 20 à 40 % des enfants à leur arrivée. Ils sont le fait de la dénutrition, de retard de croissance intra-utérin, de prématurité, d'un environnement défavorable et de nanisme psychosocial.

Nos résultats sont concordants puisque 30 % (n=19) des enfants de notre étude présentaient un retard de croissance staturale et/ou pondérale à leur arrivée. A l'issue de la première année, plus de la moitié des enfants a récupéré son retard (12 % de retard de croissance, n=7). Actuellement, 5 % des enfants (n=3) présentent encore un retard.

La majorité des enfants adoptés va grandir rapidement après leur arrivée. Le plus souvent, cette croissance rapide est la conséquence d'un rattrapage nutritionnel (40). Ce rattrapage est d'autant plus important que la déprivation antérieure est grande et que le retard staturo-pondéral est marqué. Nos résultats vont dans ce sens puisqu'aucun des enfants ayant un Z score < -3 pour le poids et/ou la taille à l'arrivée ne présente encore ce retard sévère 1 an après. Le rattrapage staturo-pondéral est donc plus rapide chez les enfants ayant le plus grand retard.

La dénutrition aboutit à une perte de la masse métabolique active ayant des conséquences fonctionnelles délétères dont un retard de croissance pondérale puis staturale chez l'enfant (41). Schématiquement, une dénutrition aigüe se traduit par un retard de croissance pondérale tandis qu'une dénutrition chronique se traduit par un retard de croissance pondérale suivi par un infléchissement statural.

La Haute Autorité de Santé a établi, en novembre 2019, de nouvelles recommandations concernant les critères diagnostiques de dénutrition chez l'enfant et chez l'adulte (42). Avec les résultats de notre étude, nous ne pouvons pas poser le diagnostic de dénutrition selon ces critères car nous manquons d'informations sur la cinétique de croissance des enfants en pré-adoption. Nous avons donc choisi d'utiliser l'IMC comme indicateur de dénutrition (Z score < -2 pour l'IMC) (41).

En se basant sur l'IMC, seuls 5 enfants (8 %) étaient atteints de dénutrition à leur arrivée en France. Ce résultat est très probablement sous-évalué. En effet, les enfants adoptés sont le plus souvent atteints de dénutrition chronique - avec un retentissement pondéral puis statural - en lien avec des carences nutritionnelles avant leur adoption. Le poids et la taille étant abaissés, l'IMC apparaît dans les normes et ne reflète pas l'état de dénutrition. Nous pouvons noter que sur ces 5 enfants dénutris, seuls 2 avaient eu un diagnostic de dénutrition à leur arrivée. Mais nous ne savons pas sur quel(s) critère(s) a été posé ce diagnostic.

A l'arrivée, 7 enfants présentaient un retard de croissance uniquement en taille. Ceci peut être la conséquence d'un nanisme psychosocial (43). La croissance est alors altérée, en lien avec un défaut de sécrétion de GH (growth hormon) due à une carence psychoaffective. Dès que l'enfant se retrouve dans un environnement favorable, le taux d'hormone de croissance augmente et la croissance s'accélère rapidement. Cette hypothèse est possible chez 6 de ces enfants qui ont rattrapé leur retard statural à l'issue de la première année.

Un seul enfant a présenté un retard de croissance en poids et en taille constant depuis son arrivée. Ses parents ont précisé qu'il « *n'aime pas manger* », et ils ont eu un ressenti « très difficile » de l'alimentation avec un sentiment d'incompétence. L'enfant a présenté plusieurs comportements de refus alimentaire avec hypersensibilité aux textures au cours de la première année. Chez cet enfant, les troubles de l'oralité semblent impacter négativement sa croissance, encore aujourd'hui.

47 % des enfants ayant un retard de croissance pondéral et/ou statural à leur arrivée (n=9) ont présenté une hyperphagie compensatrice. Mais, hyperphagie ou non, nous l'avons vu, la quasi-totalité des enfants parvient à récupérer son retard de croissance en 1 an ou plus.

V. CONCLUSION

Les troubles du comportement alimentaire sont très fréquents chez les enfants adoptés à l'étranger lorsqu'ils arrivent en France. Néanmoins, dans ce contexte d'adoption, les difficultés alimentaires de l'enfant ne semblent pas avoir de retentissement négatif au sein de la sphère familiale. Dans la majorité des cas, le repas reste un moment de plaisir partagé et les parents ne se sentent pas remis en cause dans leurs capacités parentales.

Certains troubles de l'oralité, tels le désintérêt pour la nourriture, le refus alimentaire et l'hypersensibilité aux textures, ont tendance à persister dans le temps. Il est important que les médecins dépistent ces difficultés alimentaires et adressent les enfants à un orthophoniste. Or, La prise en charge des troubles de l'oralité par les orthophonistes reste peu connue des médecins. L'approche orthophonique des troubles de l'oralité propose, en plus d'un travail concret avec l'enfant, une guidance parentale contribuant à diminuer l'anxiété autour de l'alimentation et du repas.

La grande majorité des enfants atteints de retard de croissance pondérale et/ou staturale à leur arrivée va récupérer en 1 an ou plus. Ce rattrapage sera d'autant plus rapide que le retard était important.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dessertine D. (Lecture de) Des enfants venus de loin. Histoire de l'adoption internationale en France. Rev D'histoire L'enfance « Irrégul » Temps Hist. 2013;15:208-11.
2. Truchis A de, Foucaud P. Prise en charge pédiatrique d'un enfant adopté. EMC Elsevier Masson SAS Paris Pédiatrie- Mal Infect 4-180-A-10. 2010.
3. Présentation de la CLH [Internet]. Agence Française de l'adoption. [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.agence-adoption.fr/le-paysage-de-ladoption-internationale/les-pays-la-haye-non-la-haye/presentation/>
4. Mission de l'Adoption Internationale. Statistiques de l'adoption internationale en France en 2018 [Internet]. [cité 21 févr 2019]. Disponible sur: https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/final.12.02.19_cle845e9a-1.pdf
5. Ouellette F-R, Belleau H, Patenaude C. L'intégration familiale et sociale des enfants adoptés à l'étranger : recension des écrits. [Internet]. Montréal: INRS Centre - Urbanisation Culture Société; 1999 [cité 7 sept 2019]. 175 p. Disponible sur: <http://espace.inrs.ca/5012/>
6. Dartiguenave C. Adoption internationale : évolution des risques de santé chez les enfants. Bull Société Pathol Exot. 2012;105(2):109-14.
7. Améliorer la nutrition de l'enfant. Un objectif impératif et réalisable pour le progrès mondial [Internet]. UNICEF; 2013 [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/UNICEF_NutritionReport_FR.pdf
8. Park H, Bothe D, Holsinger E, Kirchner HL, Olness K, Mandalakas A. The Impact of Nutritional Status and Longitudinal Recovery of Motor and Cognitive Milestones in Internationally Adopted Children. Int J Environ Res Public Health. 2011;8:105-16.
9. Grey Tirella L, Miller LC. Self-Regulation in Newly Arrived International Adoptees. Phys Occup Ther Pediatr. 20 juill 2011;31(3):301-14.
10. Abadie V. Troubles de l'oralité du jeune enfant. Rééduc Orthophonique. 2004;(220):57-70.
11. Liu YH, Stein MT. Comportement alimentaire des nourrissons et des jeunes enfants et impact sur le développement psychosocial et affectif [Internet]. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Disponible sur: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Liu-SteinFRxp.pdf>
12. Gordon-Pomares C. La neurobiologie des troubles de l'oralité alimentaires. Rééduc Orthophonique. 2004;(220):17-23.
13. Guillaume CJ. L'oralité troublée : regard orthophonique. Spirale. 2014;72(4):25-38.
14. Peyré J. Le guide de l'adoption. Paris: Hachette Livre (Marabout); 2014.
15. Lemieux J. La normalité adoptive. Montréal: Québec Amérique; 2013.
16. De Monléon J-V. L'enfant adopté. Montrouge: Doin-JLE; 2017.

17. De Monléon J-V. Naître là-bas, grandir ici. L'adoption internationale. Paris: Belin; 2003.
18. Chicoine J-F. L'enfant adopté dans le monde (en quinze chapitres et demi). Montréal: Editions de l'Hôpital Sainte-Justine; 2003.
19. Ministère de l'Europe et des Affaires Etrangères. Les chiffres de l'adoption internationale [Internet]. France Diplomatie : Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. [cité 26 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/la-mission-de-l-adoption-internationale/les-chiffres-de-l-adoption-internationale/>
20. Manikam R, Perman JA. Pediatric Feeding Disorders. *J Clin Gastroenterol*. 2000;30(1):34-6.
21. Mitchell GL, Farrow C, Haycraft E, Meyer C. Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. *Appetite*. 2013; 60:85-94.
22. Ramsay M, Martel C, Porporino M, Zygmuntowicz C. The Montreal Children's Hospital Feeding Scale: A brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *Paediatr Child Health*. 2011;16(3):147-51.
23. Fisher L, Ames EW, Chisholm K, Savoie L. Problems Reported by Parents of Romanian Orphans Adopted to British Columbia: *Int J Behav Dev*. 1997;20:67-82.
24. Enfance et Famille d'Adoption. A l'arrivée de l'enfant – [Internet]. [cité 7 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.adoptioneafa.org/ladoption/la-sante-des-enfants-adoptes/pathologies-et-questions-de-sante/a-larrivee-de-lenfant/#efa-sub-7>
25. Vinay A. La construction du lien social chez l'enfant adopté. *Enfances Psy*. 2006;32(3):134-44.
26. de Truchis A, Foucaud P. La santé des enfants adoptés. *Médecine Thérapeutique Pédiatrie*. 2010;13(3):213-9.
27. Rigal N. La construction du goût chez l'enfant. *Rééduc Orthophonique*. 2004;220:11-5.
28. Faber S. Behavioral Sequelae of Orphanage Life. *Pediatr Ann*. 2000 ;29(4):242-8.
29. Rigal N. Diversification alimentaire et construction du goût. *Arch Pédiatrie*. 2010 ;17:208-12.
30. Puech M, Vergeau D. Dysoralité : du refus à l'envie. *Rééduc Orthophonique*. 2004; 220:127-41.
31. Beckett C, Bredenkamp D, Castle J, Groothues C, O'connor TG, Rutter M. Behavior Patterns Associated with Institutional Deprivation: A Study of Children Adopted from Romania. *J Dev Behav Pediatr*. 2002;23(5):297-303.
32. American Academy of Pediatrics and the Dave Thomas Foundation for Adoption. Helping Foster and Adoptive Families Cope With Trauma [Internet]. 2015 [cité 28 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/healthy-foster-care-america/Documents/Guide.pdf>
33. Ramsay M. Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. *Devenir*. 2001;13(2):11-28.
34. Mongens-Abeel D. Troubles de l'oralité de l'enfant : étude des effets de la prise en charge orthophonique sur les parents [Mémoire d'orthophonie]. Nice Sophia Antipolis; 2014.

35. Thibault C. Orthophonie et oralité: La sphère oro-faciale de l'enfant. Elsevier Health Sciences; 2017.
36. Knoll L. Troubles de l'oralité: élaboration d'une plaquette d'information à destination des professionnels de santé [Mémoire d'orthophonie]. Université de Lorraine; 2014.
37. Nguyen ML, Knarig Katchadurian M, Myron W. Early malnutrition and "late" adoption: a study of their effects on the development of Korean orphans adopted into American families. *Am J Clin Nutr.* 1977;30:1734-9.
38. Albers LH, Johnson DE, Hostetter MK, Iverson S, Miller LC. Health of Children Adopted From the Former Soviet Union and Eastern Europe: Comparison With Preadoptive Medical Records. *JAMA.* 1997;278(11):922-4.
39. Miller LC, Kiernan MT, Mathers MI, Klein-Gitelman M. Developmental and Nutritional Status of Internationally Adopted Children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1995;149(1):40-4.
40. de Monléon J-V. La croissance et la puberté de l'enfant adopté. In: *L'enfant adopté.* Montrouge: Doin-JLE; 2017. 109-113.
41. Hankard R, Colomb V, Piloquet H, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, et al. Dépister la dénutrition de l'enfant en pratique courante. *Arch Pédiatrie.* 2012;19:1110-7.
42. Haute Autorité de Santé. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte [Internet]. 2019 [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118872/fr/diagnostic-de-la-denuitration-de-l-enfant-et-de-l-adulte
43. Feillet F. Retard de croissance staturo-pondérale. *Rev Prat.* 2005;55:2285-90.
44. HCCH : Convention du 29 mai 1993 sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale [Internet]. [cité 10 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.hcch.net/fr/instruments/conventions/status-table/?cid=69>
45. Cascales T, Olives J-P. « Tu vas manger ! ». Trouble alimentaire du nourrisson et du jeune enfant : du refus au forçage alimentaire. *Spirale.* 2016;80(4):52-60.
46. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying Complex Pediatric Feeding Disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1998;27(2):143-7.
47. Chatoor I. Food refusal by infants and young children: Diagnosis and treatment. *Cogn Behav Pract.* 2003;10(2):138-46.
48. Senez C. Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition. De Boeck Supérieur; 2015.
49. Prudhon Havard E, Carreau M, Tuffreau R. Les troubles sensoriels: impact sur les troubles alimentaires. *Bull Sci Arapi.* 2009;23: 55-8.
50. Levy Y, Levy A, Zangen T, Kornfeld L, Dalal I, Samuel E, et al. Diagnostic Clues for Identification of Nonorganic vs Organic Causes of Food Refusal and Poor Feeding. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;48(3):355-62.
51. DSM-5® Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

52. Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics*. 2015;135(2):344-53.

ANNEXES

Annexe 1 : Convention du 29 mai 1993 sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (44)

Face à l'ampleur de l'adoption internationale, il est apparu nécessaire de mettre en place des principes éthiques communs entre les pays, et de définir des pratiques dans le respect de l'enfant, de ses parents de naissance et de ses parents adoptifs, et dans l'intérêt de son devenir au sein de sa famille adoptive. C'est dans ce contexte que la Convention de La Haye voit le jour le 29 mai 1993. Signée sous l'égide des Nations-Unies, elle porte sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale.

La Convention de La Haye formule quatre grands principes :

- L'intérêt supérieur de l'enfant doit être la considération primordiale.
- L'adoption internationale ne peut être envisagée qu'à défaut de solution nationale dans l'Etat d'origine de l'enfant : c'est le principe de subsidiarité.
- L'instauration d'un dispositif de coopération entre Etats signataires permet de prévenir tout profit indu, en d'autres termes, toute transaction financière en échange d'un enfant.
- Les adoptions réalisées selon cette même Convention bénéficient de la reconnaissance des Etats signataires.

Ainsi, cette Convention a pour but de moraliser et de réglementer l'adoption. Elle encourage, dans la mesure du possible, le maintien de l'enfant dans sa famille biologique ou dans son pays de naissance. L'Etat d'origine de l'enfant vérifie son adoptabilité et recueille les consentements de la famille biologique avant de les proposer en adoption.

Les démarches d'adoption doivent se faire dans un cadre précis, par le biais d'organismes autorisés pour l'adoption (OAA –Organismes autorisés pour l'adoption– ou AFA –Agence Française de l'Adoption– en France).

La coopération entre les Etats contractants, et la création dans chaque Etat d'une autorité chargée de veiller à l'application de la Convention et de coopérer en matière de législation et de protection de l'enfance, a pour but de prévenir tout enlèvement, vente ou traite d'enfants.

Elle a été signée par la France le 5 Avril 1995, ratifiée le 30 Juin 1998, et elle est entrée en vigueur le 1er octobre 1998.

En 2019, 101 pays sont contractants à la Convention de la Haye (soit la totalité des pays d'accueil et la quasi-totalité des pays d'origine).

Annexe 2 : questionnaire

Etude portant sur les comportements alimentaires des enfants adoptés à l'étranger

Mesdames et Messieurs les parents,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je m'intéresse aux conduites alimentaires et aux comportements vis à vis de la nourriture des enfants adoptés à l'étranger, dans la première année suivant leur arrivée en France.

Le but principal de cette étude est d'évaluer ces comportements afin, ensuite, d'améliorer l'accompagnement des enfants et de leurs familles dans les premiers temps de l'arrivée en France.

J'effectue ce travail en lien avec l'équipe de la COCA de Toulouse. Cette thèse est dirigée par le Pr Emmanuel MAS, gastro-pédiatre et directeur de la COCA de Toulouse, et par le Dr Leila LATROUS, médecin généraliste.

Pour réaliser cette étude, j'ai créé le questionnaire suivant destiné aux parents d'enfants arrivés en France depuis plus de 1 an et moins de 5 ans. Si votre enfant est en France depuis moins de 1 an à compter de ce jour, ou depuis plus de 5 ans, merci de ne pas répondre à ce questionnaire.

Pour compléter ce questionnaire, vous allez avoir besoin du carnet de santé de votre enfant afin de répondre à certaines questions concernant l'évolution de son poids et de sa taille.

Je vous serais reconnaissante de remplir ce questionnaire avec le plus de précision possible. Je pense que cela devrait vous prendre une dizaine de minutes.

Je recevrai vos réponses de manière totalement anonyme. Vos coordonnées personnelles et votre adresse mail n'apparaîtront pas dans votre envoi. Néanmoins, si vous le voulez bien, vous pourrez me communiquer votre adresse mail un peu plus bas dans le questionnaire, afin que je puisse vous recontacter, le cas échéant, pour compléter certaines données. Et si vous le souhaitez, je serai ravie de vous faire parvenir -une fois terminée- les résultats de cette étude.

Je vous remercie chaleureusement de votre participation et du temps que vous aurez consacré à ce travail.

Je vous remercie chaleureusement de votre participation et du temps que vous aurez consacré à ce travail.

Fanny Bouteloup, interne en médecine générale
fannyb45@gmail.com
06 87 54 51 27

* Required

Veuillez indiquer la date d'aujourd'hui : *

Date

jj/mm/aaaa

Next

Page 1 of 5

Données sociales et médicales :

1- Votre enfant est-il : *

- une fille
- un garçon

2- Quel est le pays d'origine de votre enfant? *

Your answer

3- Quelle est la date de naissance de votre enfant? *

Date

jj/mm/aaaa

4- A quelle date votre enfant est-il arrivé en France? *

Date

jj/mm/aaaa

5- Si vous connaissez cette information, veuillez préciser à quel âge votre enfant a été séparé de sa famille biologique :

Sinon, passez à la question suivante

Your answer

6- Votre enfant était-il considéré comme étant "à besoins spécifiques"? *

- Oui
- Non

7- Si oui, de quel(s) besoin(s) spécifique(s) s'agissait-il?

Si non, passez à la question suivante

Your answer

8- Depuis son arrivée en France, a-t-on diagnostiqué une pathologie ou un trouble spécifique chez votre enfant? *

Oui

Non

9- Si oui, quel(s) pathologie(s) ou trouble(s) a-t-on diagnostiqué(s)?

Si non, passez à la question suivante

Your answer

[Back](#)

[Next](#)

Page 2 of 5

Données concernant l'alimentation :

10- Dans le tableau suivant, quels sont les comportements qui correspondaient à votre enfant : dans les premières semaines suivant son arrivée en France, 6 mois après son arrivée et 1 an après son arrivée :

Cocher les cases correspondantes (pour chaque ligne : 0, 1, 2 ou 3 cases cochées)

	Dans les premières semaines suivant son arrivée en France	6 mois après son arrivée	1 an après son arrivée
mon enfant mangeait avec les doigts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mon enfant utilisait des couverts (cuillère et/ou fourchette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mon enfant avait repris le biberon (alors qu'il ne le prenait plus dans son pays d'origine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mon enfant demandait à ce qu'on le fasse manger (alors qu'il mangeait seul dans son pays d'origine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mon enfant acceptait spontanément de goûter les aliments qu'il ne connaissait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mon enfant ne mangeait qu'une gamme très limitée d'aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

mon enfant sélectionnait les aliments en fonction de leur couleur, de leur forme ou de leur texture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mon enfant avait un petit appétit, il mangeait en petites quantités (même s'il aimait ce qui était proposé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mon enfant prenait du plaisir à manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mon enfant s'ennuyait à table et/ou jouait pendant les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mon enfant fermait la bouche et/ou repoussait le biberon ou la cuillère pour ne pas manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mon enfant gardait la nourriture en bouche très longtemps avant de l'avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mon enfant accumulait les aliments dans sa bouche sans les avaler, puis les recrachait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mon enfant était très lent pour s'alimenter (durée des repas > 30 minutes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mon enfant triait les moindres granulés ou morceaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mon enfant mâchait et avalait sans problème les aliments solides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mon enfant s'étouffait si on lui mettait des aliments dans la bouche (toux, fausse-route)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mon enfant avait un réflexe nauséux (haut-le-cœur) voire vomissait au contact ou même à la vue de certains aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

mon enfant ingurgitait de grandes quantités de nourriture sans jamais être rassasié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tant qu'il y avait de la nourriture à disposition, mon enfant continuait de manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mon enfant faisait des réserves de nourriture (par exemple, il avait une "cachette" de nourriture dans sa chambre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mon enfant prenait, à votre insu, de la nourriture dans le frigo ou les placards	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11- Avez-vous des précisions à apporter concernant l'alimentation de votre enfant ? (ce qui vous est apparu particulier/original dans son rapport à la nourriture, difficultés non évoquées ci-dessus, stratégies mises en place, problèmes digestifs...)

Si vous n'avez rien à ajouter, passez à la question suivante

Your answer

12- Sur une échelle de 1 à 5, indiquez la difficulté avec laquelle vous avez vécu l'alimentation de votre enfant la première année : *

	1	2	3	4	5	
Aucune difficulté	<input type="radio"/>	Très difficile				

13- Diriez-vous que le moment du repas était un moment :

Cochez les cases correspondantes (pour chaque ligne : 0, 1, 2 ou 3 cases cochées)

	Dans les premières semaines suivant son arrivée	6 mois après son arrivée	1 an après son arrivée
fatigant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
détendu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
compliqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

chaleureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
culpabilisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bruyant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
agréable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
surprenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pénible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14- Avez-vous déjà eu le sentiment de ne pas être compétent(e) pour nourrir correctement votre enfant? *

- Oui
- Non

15- Avez-vous déjà consulté un professionnel pour vous aider dans l'alimentation de votre enfant? *

- Oui
- Non

16- Si oui, était-ce :

Si non, passez à la question suivante

- un médecin
- un orthophoniste
- un psychologue
- un ergothérapeute
- un psychomotricien
- un diététicien
- Other: _____

[Back](#)

[Next](#)

Evolution staturo-pondérale :

Pour répondre aux questions suivantes, vous allez avoir besoin du carnet de santé de votre enfant.

17- A l'arrivée en France, un diagnostic de dénutrition a-t-il été posé après un examen médical? *

- Oui
- Non

18- Si vous les connaissez, veuillez indiquer le poids et la taille de votre enfant à sa naissance :

Si vous ne les connaissez pas, passez à la question suivante

Your answer

19- Veuillez indiquer son poids et sa taille à son arrivée en France. A quelle date ont été prises ces mensurations?

Your answer

20- Veuillez indiquer son poids et sa taille 1 an après son arrivée en France. A quelle date ont été prises ces mensurations?

Your answer

21- Veuillez indiquer son poids et sa taille actuellement. A quelle date ont été prises ces mensurations ?

Your answer

[Back](#)

[Next](#)

Page 4 of 5

Précisions complémentaires :

22- Si vous le voulez bien, merci de laisser votre adresse mail ci-dessous afin que je puisse vous recontacter -si besoin- pour compléter certaines réponses :

Si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude, merci de le signifier en-dessous de votre adresse mail.

Your answer

23- Si vous souhaitez vous exprimer et/ou ajouter des informations utiles à l'enquête, vous pouvez le faire ci-dessous :

Your answer

[Back](#)

[Submit](#)

Page 5 of 5

Annexe 3 : Classifications des troubles de l'oralité

Le terme « oralité » signifie l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche telles l'alimentation, la respiration, la perception incluant l'exploration tactile et gustative, et la communication.

Un trouble de l'oralité peut avoir des étiologies diverses (45). Il peut 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, les retentissements psychologiques sont présents.

Les causalités sont donc multiples et complexes. Pour répondre à cette complexité, de nombreux chercheurs ont tenté de définir des critères de dysoralité, et un certain nombre de classifications ont été élaborées.

◆ En 1998, Burklow et al. ont mis en avant 5 catégories responsables de troubles de l'oralité : les anomalies morphologiques, les troubles neurologiques, les pathologies cardio-respiratoires, les dysfonctions métaboliques et les troubles du comportement. Les résultats ont également suggéré que les troubles de l'oralité chez l'enfant étaient des phénomènes complexes dans lesquels étaient intriqués des aspects biologiques et des aspects comportementaux. Indépendamment de la cause organique sous-jacente, une composante comportementale était fréquemment retrouvée chez les enfants souffrant de troubles de l'oralité (46).

◆ En 2003, la classification d'Irène Chatoor –qui fait actuellement référence au plan international– distingue les troubles organiques avec un retentissement fonctionnel et psychologique, et ceux psychogènes avec un retentissement fonctionnel (47).

Cette classification individualise 6 entités nosographiques :

- **Le trouble alimentaire de la régulation des états** (les nourrissons qui peinent à atteindre et maintenir un état calme de vigilance ont plus de risques de présenter un trouble du comportement alimentaire) ;
- **Le trouble alimentaire avec un manque de réciprocité mère-nourrisson** (la régulation des prises alimentaires est très liée à l'investissement affectif réciproque et synchronique du nourrisson et du parent. Si l'attachement parent/enfant est fragile, l'alimentation et le développement du nourrisson risquent de devenir problématiques) ;
- **L'anorexie du nourrisson** (serait en lien avec un trouble relationnel qui se révèle au moment d'une plus grande autonomie vis-à-vis de l'alimentation) ;

- **Les aversions sensorielles alimentaires** (refus sélectif de manger certains aliments pour des raisons de goût, de texture, d'odeur et d'apparence) ;
- **Le trouble alimentaire avec une cause organique associée** (reflux gastro-œsophagien, pathologie ou malformation digestive, trouble de la déglutition d'origine mécanique, syndrome allergique invalidant, *etc.*) ;
- **Le trouble alimentaire post-traumatique** (suite à des traumatismes affectant le tractus aérodigestif : fausse-route, actes médicaux invasifs, intubation, *etc.*).

◆ Senez en 2002 (48), Abadie en 2004 (10), et Thibault en 2007 (35) ont mis en avant des manifestations comportementales et physiques de dysoralité :

> **Manifestations comportementales :**

- Appréhension de la situation d'alimentation, conduites d'évitement ;
- Lenteur dans la prise alimentaire entraînant un allongement des repas ;
- Absence ou retard d'exploration orale ;
- Manque d'appétit, adipsie ;
- Sélectivité alimentaire : goût, texture, température, aspect ;
- Intolérance aux morceaux et aux aliments nouveaux ;
- Diversification alimentaire tardive ;
- Refus d'alimentation total ou partiel : refus de manger, de mettre en bouche ou d'avaler.

> **Manifestations physiques :**

- Hyper-nauséux : se déclenche lorsque l'aliment est mis en bouche, ou simplement senti/vu. L'enfant peut alors avoir un haut-le-cœur ;
- Hypersensibilité tactile corporelle et/ou orale (zone endobuccale et exobuccale) ;
- Régurgitations et vomissements ;
- Fausses-routes, troubles de la déglutition ;
- Troubles de la coordination succion/déglutition/respiration ;
- Douleurs ;
- Anomalies de succion/déglutition ou mastication difficile.

◆ En 2004, Puech rapporte les différentes manifestations possibles de refus alimentaire chez l'enfant (30) :

> Le désintérêt :

- Pas de manifestation de faim ;
- Pas d'appétit ;
- pas d'intérêt pour la nourriture ;
- succion ou déglutition non initiée lors de la mise en bouche.

> L'opposition active :

- refuse le contact, détourne la tête, met sa tête en hyperextension, se met en colère/pleure/crie, gesticule, protège son visage avec son bras ;
- refuse l'introduction dans la bouche par occlusion des mâchoires, pousse la nourriture hors de la cavité buccale ;
- grimace ;
- met en place de manœuvres d'expulsion comme un effort de vomissement ou une toux importante de façon immédiate (à l'odeur ou au contact de la nourriture) ou différée (au cours du repas ou à distance alors qu'il a avalé volontiers).

> L'opposition passive :

- refuse catégoriquement d'ouvrir la bouche ;
- regard fuyant ;
- se réfugie dans le sommeil ;
- temps du repas anormalement long, quantités ingérées minimales.

◆ En 2009, l'orthophoniste Catherine Senez définit les critères déterminant un syndrome de dysoralité sensorielle (49) :

Critères principaux	Critères secondaires
Signes constants et caractéristiques	Signes inconstants et de fréquence variable suivant les individus
<i>Tous ces signes sont exacerbés le matin au réveil et lors d'épisodes fébriles</i>	
Notion de transmission transgénérationnelle	Difficultés d'ouverture de la bouche pendant les repas
Début des troubles dans la première année de vie	Nausées pendant les repas
Appétit médiocre et irrégulier	Régurgitations, vomissements
Lenteur pour s'alimenter	Vomissements si la personne est forcée (repas)
Sélectivité sur la température des aliments	Aliments gardés dans la bouche (signe du hamster)*
Sélectivité sur les goûts	Nausées au brossage des dents
Sélectivité sur les textures	Exacerbations olfactives
Refus des aliments nouveaux	
Peu ou pas de mastication même si elle est possible	

* Signe du hamster : observé surtout avec les aliments fibreux comme la viande. L'enfant mastique incessamment et garde les boulettes confectionnées dans les joues en s'interdisant de les avaler.

◆ En 2009, Levy et al. ont illustré les difficultés à différencier les causes organiques et non-organiques des troubles de l'oralité, si on se réfère uniquement aux symptômes présentés (apports insuffisants, gain de poids insuffisant, vomissements). Pour aider à faire la distinction entre les deux, il importe de s'interroger sur différents aspects tels le comportement du nourrisson, les symptômes présentés, l'éventuel élément déclencheur des symptômes et les pratiques alimentaires « anormales » des parents (alimentation nocturne, alimentation forcée, distraction pendant le repas...) (50).

◆ En 2013, le DSM-5 élabore, dans la partie concernant les « troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments », un paragraphe concernant la « restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments » (51).

Les critères diagnostiques sont les suivants :

- A- Trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments (par ex., manque d'intérêt pour la nourriture, évitement en rapport avec des caractéristiques sensorielles de l'aliment, dégoût) qui se manifeste par une incapacité persistante à atteindre les besoins

nutritionnels et/ou énergétiques appropriés, associés à au moins un des éléments suivants :

- a. Perte de poids significative ou absence de prise de poids attendue
 - b. Déficit nutritionnel significatif
 - c. Nécessité d'une nutrition entérale par sonde ou de compléments alimentaires oraux
 - d. Altération nette du fonctionnement psychosocial
- B- La perturbation n'est pas mieux expliquée par un manque de nourriture disponible ou par une pratique culturellement admise
- C- Le comportement alimentaire ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale, d'une boulimie, et il n'y a pas d'arguments en faveur d'une perturbation de l'image du corps (perception du poids ou de la forme)
- D- Le trouble de l'alimentation n'est pas dû à une affection médicale concomitante ou n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental. Lorsqu'il survient dans le contexte d'un autre trouble ou d'une autre affection, la sévérité du trouble de l'alimentation dépasse ce qui est habituellement observé dans ce contexte et justifie, à elle seule, une prise en charge clinique

◆ En 2015, Kerzner et al. présentent une nouvelle nomenclature des troubles de l'alimentation incluant les causes organiques et non organiques des difficultés d'alimentation (52).

Pour la première fois, cette classification inclut le style d'alimentation présenté par le nourrisseur en tant que cause distincte de troubles de l'alimentation.

Elle intègre 4 grands paramètres :

- **L'appétit limité** : en lien avec des causes organiques (neurologiques, cardio-respiratoires, gastro-intestinales, métaboliques, morphologiques) ou non. Sont également inclus dans cette catégorie les enfants sans pathologie organique mais que les parents perçoivent comme mangeant trop peu (évolution staturo-pondérale normale, mauvaise perception de parents anxieux).
- **L'alimentation sélective** : elle regroupe les enfants ayant une néophobie considérée comme normale dans le développement de l'enfant, et les enfants avec une alimentation hyper-sélective qui peuvent avoir une véritable aversion pour des catégories entières d'aliments, en fonction de leurs goût, odeur, texture, température et/ou apparence (autisme, retard de développement, troubles de la déglutition).
- **La peur de manger** : en lien avec une ou des expériences traumatisantes liées à la nourriture et l'alimentation (sonde naso-gastrique, douleurs digestives, mauvais développement des étapes de l'alimentation...).

- **L'attitude des parents** : les actions et attitudes des parents ont une influence sur les comportements de l'enfant vis-à-vis de l'alimentation. 4 grands types d'attitude parentale ont été retrouvés : responsable, contrôlé, indulgent ou négligent. Seul le type « responsable » semble avoir un impact positif sur le comportement alimentaire de l'enfant, les autres types ayant plutôt des effets délétères.

Les principaux symptômes de troubles de l'alimentation sont énoncés ci-dessous :

Suggestive Symptoms/Signs ^{a,b,c}
Prolonged mealtimes Food refusal lasting <1 mo Disruptive and stressful mealtimes Lack of appropriate independent feeding Nocturnal eating in toddler Distraction to increase intake Prolonged breast or bottle-feeding Failure to advance textures
Organic Red Flags ^a
Dysphagia Aspiration Apparent pain with feeding Vomiting and diarrhea Developmental delay Chronic cardio-respiratory symptoms Growth failure (failure to thrive)
Behavioral Red Flags ^c
Food fixation (selective, extreme dietary limitations) Noxious (forceful and/or persecutory) feeding Abrupt cessation of feeding after a trigger event Anticipatory gagging Failure to thrive
Red flags: signs/symptoms that require prompt attention and in many instances referral for in depth investigation or specialized treatment.
^a Adapted from Kerzner. ¹⁴ ^b Adapted from Arvedson. ²³ ^c Adapted from Levine et al. ²³

Annexe 4 : réponses ouvertes des parents aux items 11 et 23 du questionnaire

- « Voulait toujours manger et tout goûter. Sa nourriture à l'orphelinat se limitait au porridge, aux œufs et riz. »
- « Tendance à manger beaucoup quand aime un plat. Joue avec la nourriture dans sa bouche (la fait rentrer et ressortir). »
- « A refusé très rapidement le biberon, puis le lait, alors qu'il prenait le biberon à l'orphelinat. »
- « Pas de difficultés particulières, les parents ont maintenu l'alimentation habituelle (pâtes et carottes) dans un premier temps. »
- « Pas de difficultés notoires. »
- « Les odeurs comptent plus que l'apparence (sent toujours les plats, surtout si quelque chose de nouveau), nourriture toujours accessible la première année, pendant 6 mois toujours un bol de riz blanc à table ce qui a contribué à le rassurer par rapport à la nourriture. »
- « Stress pendant le repas dû à une « agitation » de l'enfant et au fait qu'il « attire beaucoup l'attention ». »
- « Gourmand mais capable de s'autoréguler, ne mange que la quantité dont il a besoin. Probablement plus âgé que l'âge officiel, demande en cours auprès du tribunal pour modifier l'année de naissance. »
- « Très bon appétit, mange de tout et en quantité si non freinée, pas de grignotage entre les repas, en surpoids depuis toujours d'après l'IMC mais pas de signes visibles d'obésité. »
- « Mangeait en très grande quantité sans sembler être rassasiée. »
- « Troubles digestifs avec météorisme important, constipation fréquente (mais peu de douleurs ou d'inconfort), stratégies pour essayer de diminuer les portions. »
- « Goûte tout, aime manger, tendance à beaucoup manger, les parents essaient de lui apprendre la différence entre faim et gourmandise. »
- « Apprécie tous les aliments presque sans exception. »
- « Voulait manger la même quantité que les adultes, avoir le plus gros morceau. Toujours vrai aujourd'hui, 3 ans après son arrivée. »
- « 6 premiers mois très compliqués, mangeait yaourts/desserts sucrés/comptes/bananes puis déblocage brutal avec viande en morceaux et nourriture variée (au moment où il se sentait bien à la maison et où la maman a cessé de faire des menus spécialement pour lui). »

- « Mange de tout. »
- « Après 2 ans, bonne mangeuse, peine à se stopper quand n'a plus faim (ressent-elle la satiété ?), ressent qu'elle a trop mangé quand écœurement/nausées/à la limite du vomissement. »
- « Au début, surtout biberons et aliments mixés, semblait ne pas vouloir manger solide (malgré le fait qu'il avait des dents), amélioration aujourd'hui mais parfois, commence à mastiquer les aliments puis les recrache. »
- « Retard psychomoteur bien amélioré par de la kinésithérapie (marche à 18 mois), alimentation mixée les premières semaines, pas de dents jusqu'à l'âge de 1 an, réflexe nauséux et régurgitations jusqu'à ce qu'elle ait assez de dents pour mâcher. »
- « Faisait deux repas en un. »
- « A toujours mangé de tout, eu grand appétit, aime prendre son temps comme sa maman, déteste mélanger les aliments, a toujours voulu manger comme sa famille sinon refus de manger. »
- « Petit mangeur mais peut dévorer quand il a très faim, petit il mangeait de tout, plus compliqué maintenant, se régule bien, mange quand il a faim, constipé au retour du Maroc mais plus maintenant. »
- « A mis du temps pour s'ouvrir aux habitudes alimentaires, découverte progressive de nouveaux aliments en faisant en sorte qu'il y ait toujours du riz sur la table, a mis plusieurs années pour goûter les nouveaux légumes avec enthousiasme et curiosité, aujourd'hui il sait qu'il a le droit de ne pas aimer et il est serein. »
- « Vomissait parfois au début car mangeait trop, toujours très bon mangeur après plus de 2 ans, pas pressé de se lever de table pour jouer, mange du riz et des féculents au petit déjeuner, peu de desserts. »
- « Asthme et bronchites/rhinopharyngites à répétition donc régurgitations du biberon pendant longtemps avec difficultés à prendre du poids, appétit d'oiseau, prend toujours le biberon au lever et au goûter, né à 7,5 mois de grossesse (allaité pendant 1,5 mois). »
- « Repas pénible seulement par rapport à l'indiscipline, demande parfois à prendre le biberon ou à ce qu'on la fasse manger mais occasionnellement depuis son arrivée en France en 2016. »
- « Refus de boire pour éviter d'aller aux toilettes, réhydratée à l'âge de 2 ans, appétence pour le sucre des bonbons (pas les pâtisseries) et l'acide (citron, vinaigre), consommation de drogue et alcool pendant toute la grossesse. »
- « Besoin viscéral de voir la nourriture dans le frigo et les placards. »

- « Etait habitué à manger du riz matin, midi et soir donc maintien du riz à table avec diminution progressivement. Appréciait beaucoup de choses à son arrivée mais avait la diarrhée après les repas. »
- « Très curieux d'un point de vue alimentaire, ouvert pour tester les aliments. »
- « Aime les fromages à forte odeur : chèvre, camembert. »
- « N'aime pas manger et c'est toujours vrai 3 ans après. Mangerait toutes les 2 heures. »
- « Aucun problème au niveau alimentaire, mange de tout et prend plaisir à manger, tout de suite s'est tenu propre à table et pour manger avec la fourchette. »
- « Attrait pour les œufs et la viande. »
- « Varie très peu ses repas, mange du riz quasiment une fois par jour et absorbe très peu de laitage. »
- « A très vite souhaité goûter les plats et légumes qu'elle ne connaissait pas mais n'aimait pas certains légumes et poissons, mangeait beaucoup de fruits au Brésil, un peu moins maintenant. »
- « N'aime pas beaucoup les légumes mais mange volontiers la salade, très maniaque avec la nourriture, doit avoir une assiette et une petite cuillère propre pour le dessert. »
- « S'est bien adapté à la nourriture non épicée, adore manger, apprécie de goûter à tout, a eu des périodes où un aliment donné doit apparaître à tous les repas, adore la nourriture asiatique. »
- « Mange les aliments naturels, sans sauce/fromage/préparations, pas ou peu de viande. »

Titre : Etude des comportements alimentaires chez les enfants adoptés à l'international

Introduction : Les enfants adoptés à l'international arrivent aujourd'hui déjà grands, avec plus de problématiques de santé, et au terme d'un parcours de vie pré-adoptif souvent complexe et carencé. Le comportement alimentaire est influencé par des facteurs organiques et physiologiques mais aussi psychoaffectifs et socio-culturels. Ces enfants sont donc à risque de présenter des troubles du comportement alimentaire, qui doivent être dépistés. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les comportements alimentaires des enfants adoptés à l'étranger au cours de leur première année en France.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude quantitative, rétrospective et descriptive. Un questionnaire a été distribué par voie informatisée aux parents d'enfants ayant consulté à la Consultation d'Orientation et de Conseils en Adoption (COCA) de Toulouse entre juin 2014 et mai 2018.

Résultats : 64 questionnaires ont été analysés. Les troubles du comportements alimentaires touchent 86 % des enfants à leur arrivée. Au cours de la première année en France, 17 % des enfants ont présenté un comportement régressif, 29 % une néophobie/hypersélectivité alimentaire, 22 % un désintérêt pour l'alimentation, 25 % un refus alimentaire, 19 % une hypersensibilité aux textures, 3 % un réflexe nauséux, 26 % une hyperphagie et 7 % un comportement d'accumulation de nourriture. En dépit de ces troubles, le repas reste un moment familial agréable dans 66 % des cas. 30 % des enfants présentaient un retard de croissance staturale et/ou pondérale à leur arrivée. Ce retard persiste actuellement pour 5 % d'entre eux.

Conclusion : Les troubles du comportement alimentaire sont très fréquents chez les enfants adoptés à l'étranger lorsqu'ils arrivent en France. En cas de symptômes persistants de dysoralité, le médecin doit adresser l'enfant à un orthophoniste pour effectuer un bilan de troubles de l'oralité.

Mots clés : enfants adoptés - troubles du comportement alimentaire - troubles de l'oralité - retard de croissance

Title : Study of feeding behaviours in internationally adopted children

Introduction : Nowadays, internationally adopted children are arriving older. They also have more health problems and a pre-adoptive life course that is often complex and deficient. Feeding behaviour is influenced by physiological but also psycho-affective and socio-cultural factors. Therefore, these children have an increased risk to develop feeding disorders, which must be detected. The main objective of our study was to assess feeding behaviours of internationally adopted children during their first year in France.

Materials and methods : It was a quantitative, retrospective and descriptive study. A questionnaire was distributed electronically to parents of children who consulted at the Adoption Consultation (COCA) in Toulouse between June 2014 and May 2018.

Results : 64 questionnaires were analyzed. At their arrival, 86 % of children were affected by feeding disorders. During the first year in France, 17 % of the children had a regressive behaviour, 29 % a neophobia/food hyperselectivity, 22 % no interest for food, 25 % a food refusal, 19 % an increased sensitivity to texture, 3 % a gag reflex, 26 % overeating and 7 % a food accumulation behaviour. Nevertheless, meal remain a pleasant family time in 66 % of the cases. At their arrival, 30 % of the children had a failure to growth, either stunting or wasting. By the end, this delay persisted for 5 % of them.

Conclusion: Feeding disorders are very common in internationally adopted children at their arrival in France. When feeding difficulties remain, the doctor should refer the child to a speech therapist to perform swallowing study.

Key words : Adopted children - feeding disorders - dysorality - failure to thrive

Directeurs de thèse : Pr Emmanuel MAS et Dr Leila LATROUS

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de médecine Rangueil – 133, route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France