

Trouble de l'oralité alimentaire de l'enfant : **livret pour les médecins**

Les difficultés d'alimentation sont des motifs récurrents de consultation chez le nourrisson et le jeune enfant.

Elles peuvent concerner 25 à 50% des nourrissons en population ordinaire pédiatrique. Une partie de cette population, 1 à 2% présentent des troubles sévères du comportement alimentaire. 70 % des enfants nés prématurément et 80 % d'enfants ayant un trouble neuro développemental sont concernés.

Plusieurs études ont montré que les problèmes alimentaires précoces étaient prédictifs de problèmes de comportements, de troubles anxieux et de troubles alimentaires plus tardifs durant l'enfance et l'adolescence.

Un dépistage précoce est nécessaire pour mettre en place, au plus tôt, une prise en charge adaptée. Certaines manifestations cliniques peuvent guider le diagnostic.

Les étiologies peuvent être multiples : éliminer une cause organique est un point essentiel.

Des conseils peuvent être transmis aux parents pour les aider dans la prise en charge.

1. Généralités

○ **Oralité**

L'oralité est la fonction liée à la sphère orale c'est-à-dire en lien avec la bouche.

Elle comprend différentes actions :

- l'acte de manger,
- le goût, l'olfaction,
- la communication, le langage,
- la respiration.

○ **Oralité alimentaire**

L'oralité alimentaire est à l'acte de manger par la bouche.

Elle comprend 2 stades apparaissant à différents moments du développement de l'enfant :

- L'oralité alimentaire primaire, présente jusqu'à l'âge de 4 mois, correspond à la succion et la déglutition,
- L'oralité alimentaire secondaire, apparaissant à partir de 5 mois, correspond à la mastication et au passage à la cuillère lors de la diversification alimentaire.

○ **Trouble de l'oralité alimentaire**

Le trouble de l'oralité alimentaire, appelé aussi dysoralité alimentaire, est l'ensemble des difficultés que rencontre l'enfant lors de l'alimentation par voie orale.

L'enfant peut alors présenter différents comportements car les troubles de l'oralité sont variables en fonction des enfants :

- Une absence de comportement spontané d'alimentation,
- Un refus d'alimentation,
- Un refus des morceaux,
- Un petit appétit,
- Un rejet de certains aliments,
- Des nausées ou vomissements,
- Une anomalie de la coordination des mouvements volontaires (succion, déglutition ou mastication),
- Des phobies alimentaires,
- Une hypersensibilité de la bouche et des lèvres.

Dans le trouble de l'oralité alimentaire de l'enfant, la quantité d'aliments ingérée par l'enfant est considérée à tort ou à raison comme insuffisante.

○ **Néophobie alimentaire**

La néophobie alimentaire de l'enfant est la peur que suscite un aliment nouveau ou l'abandon d'aliment déjà consommé. L'enfant ressent une crainte de certains aliments qu'il considère potentiellement dangereux.

C'est un stade normal de développement de l'enfant dans la plupart des cas, mais il peut devenir pathologique en cas d'exclusion d'un grand nombre d'aliments.

C'est un phénomène fréquent que beaucoup d'enfants rencontrent lors du développement entre 18 et 30 mois.

La néophobie alimentaire peut être atténuée et même surmontée par les apprentissages, notamment avec la familiarisation des aliments.

L'enfant peut présenter différents comportements :

- Trier les aliments mélangés ou examiner les aliments
- Faire la grimace devant certains aliments
- Mâcher longuement
- Refuser l'aliment sans le goûter ou refuser d'ouvrir la bouche
- Recracher
- Repousser l'assiette ou la cuillère
- Détourner la tête

La néophobie alimentaire peut être expliquée par 4 hypothèses :

- Il peut s'agir de la traduction de l'opposition de l'enfant à ses parents,
- L'enfant peut être à la recherche de sécurité dans le domaine alimentaire,
- Il peut s'agir pour l'enfant d'un moyen de manifester son autonomie croissante,
- Il peut s'agir d'une rigidité perceptive de l'enfant.

○ **Hypersensibilité sensorielle ou dysoralité sensorielle**

L'hypersensibilité sensorielle correspond à une réaction exacerbée à certaines odeurs ou certains aliments : elle est due à une hypersensibilité des organes du goût et de l'odorat.

Il s'agit d'une hyper-réactivité des organes du goût et de l'odorat associée à une exagération, plus ou moins importante, du réflexe nauséeux normal.

Pour rappel, le réflexe nauséeux est un système de défense de l'organisme qui permet, de ne pas avaler les substances détectées comme nocives.

Dans le contexte de dysoralité sensorielle, les sensations corporelles sont perçues comme irritatives et déclenchent des réponses exagérées comme des nausées ou des vomissements.

L'enfant présente un dégoût pour un plus ou moins grand nombre d'aliments.

L'oralité alimentaire peut être perturbée par une hypersensibilité de la sphère orale concernant les odeurs, les textures ou la vue de certains aliments.

L'enfant peut présenter différentes réponses :

- Défenses tonico-posturales : détournement de la tête, ...
- Défenses tactiles : toucher furtif ou refus de toucher, ...
- Défenses orales : fermeture de la bouche, nausées et vomissements, ...
- Défenses comportementales : agitation, colère, endormissement, ...

La désensibilisation par le massage permet d'améliorer les symptômes.

Source :

- La construction du goût chez l'enfant, Natalie Rigal, Rééducation Orthophonique N° 220 - décembre 2004 - p14
- <https://www.nospetitsmangeurs.org/la-neophobie-alimentaire/>, centre de référence en alimentation de la petite enfance, avril 2013, université de Montréal, centre de nutrition
- L'oralité positive, Catherine Thibault, 2015, p35-48
- ABADIE Veronique « Les troubles de l'oralité alimentaire du jeune enfant » Rééducation Orthophonique - N° 220 - décembre 2004 p57-70
- « Hyper nauséeux et troubles de l'oralité chez l'enfant", Catherine Senez, Rééducation Orthophonique N° 220 - décembre 2004 - p93 à 102
- Les troubles sensoriels : impact sur les troubles alimentaires, Emmanuelle Prudhon Havard, Marjorie Carreau et René Tuffreau, bulletin scientifique de l'arapi, 2009

2. Les étiologies

« 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. » Pr Veronique Abadie

Il faut éliminer une origine organique avant de conclure que les troubles de l'oralité sont d'origines psychogènes.

Les troubles de l'oralité alimentaire sont classés en 6 entités nosographiques selon la classification établie par I. Chatoor.

- Trouble alimentaire de la régulation des états
- Trouble alimentaire par manque de réciprocité mère / nourrisson
- L'anorexie du nourrisson
- Les aversions sensorielles alimentaires
- Trouble alimentaire avec cause organique associée
- Trouble alimentaire post traumatique

○ **Trouble alimentaire de la régulation des états**

Les nourrissons passent d'une alimentation continue in utero (par voie ombilicale) à la mise en place d'une alimentation conditionnée par la reconnaissance parentale des signaux de faim et de satiété du bébé.

Les parents doivent être attentifs aux signaux subtils du nourrisson et pouvoir y répondre : ils participent tous au succès de la régulation de l'homéostasie durant les temps d'alimentation. Cela permet la mise en place du cycle faim/satiété, veille/sommeil et rétention/excrétion.

Il est nécessaire que l'excitation du nourrisson soit régulée par la présence des parents grâce à la relation parents/nourrisson.

Certains nourrissons peuvent éprouver de grandes difficultés lors de l'alimentation pour autoréguler leur niveau d'excitation, entraînant des comportements d'opposition.

Ce trouble alimentaire apparaît dans les premières semaines de vie.

Sémiologie :

- Irritabilité du nourrisson au moment des repas
- Difficultés alimentaires débutant dès les 1ers mois de vie
- Difficultés pour atteindre et maintenir un état calme d'excitation interne pour manger : trop endormi ou trop agité, trop en détresse
- Gain de poids insuffisant
- Difficultés alimentaires non expliquées par une maladie organique

○ **Trouble alimentaire par manque de réciprocité mère/nourrissons**

Afin d'acquérir et d'affiner ses capacités d'auto régulation de son excitation, le nourrisson a besoin du parent : il faut une relation de réciprocité qui nécessite des contacts visuels, des vocalisations et une proximité physique du parent et de l'enfant.

Si le parent et le nourrisson sont en difficultés dans la création de cette relation, l'alimentation et le développement du nourrisson risquent de devenir problématiques. En effet, la relation nourrisson-parent conditionne le développement du nourrisson et la cohérence de ses acquisitions.

Ce trouble alimentaire apparaît au moment des premiers signes d'autonomisation du nourrisson comme la diversification (souvent étape révélatrice), entre 4 et 8 mois.

Sémiologie :

- Signe de malnutrition
- Déviation du poids de 2 percentiles
- Moins de signes de réponses sociales appropriées à son développement durant l'alimentation avec le parent
- Banalisation des troubles par les parents
- Déficit de développement et un manque de relation qui ne sont pas seulement causé par un trouble physique ou un trouble majeur du développement.

○ **Anorexie du nourrisson**

C'est un trouble relationnel qui s'exprime par l'augmentation du conflit entre le nourrisson et les parents au sujet de l'alimentation sur les temps du repas.

Durant ce conflit, l'alimentation peut générer un stress susceptible de mobiliser le « système nerveux sympathique » des jeunes enfants et de supprimer les sensations de faim.

Ainsi, les enfants peuvent associer des émotions intenses et le geste de s'alimenter, ce qui masque la sensation de faim. Les réponses du parent influencent la capacité des jeunes enfants à différencier la faim et les émotions.

Ce trouble alimentaire apparaît entre 9 et 18 mois quand les nourrisson deviennent plus autonomes dans leur alimentation.

Sémiologie :

- Refus alimentaire depuis plus de 1 mois
- Désintérêt pour la nourriture, ne communique pas sa faim
- Déficit de croissance significatif
- Pas d'évènements traumatiques antérieurs
- Non expliqué par une maladie organique sous jacente

○ **Aversions sensorielles alimentaires**

Ce trouble est caractérisé par la sélectivité de l'alimentation : l'enfant refuse de manger certains aliments pour des raisons de goût, de texture, d'odeur et d'apparence. Il mange mieux quand on lui offre sa nourriture préférée.

L'enfant présente souvent des signes d'hypersensibilité sensorielle. Le toucher et l'ouïe peuvent aussi être touchés.

Le nourrisson peut exprimer des réactions défensives allant de la grimace au réflexe nauséux, au vomissement ou au crachat de la nourriture. Après cette réaction, ils refusent systématiquement de poursuivre l'alimentation et expriment une très grande détresse en cas de forçage alimentaire.

Si le nourrisson refuse de mâcher, il risque de retarder le développement de sa motricité orale.

Ce trouble alimentaire débute précocement (à l'introduction de l'alimentation) mais est diagnostiqué tardivement (souvent à l'école maternelle).

Sémiologie :

- Refus de manger des aliments particuliers avec des goûts, des textures, des odeurs ou des apparences spécifiques pendant au moins 1 mois
- Mange mieux si on lui propose sa nourriture préférée
- Déficiences nutritionnelles (zinc, fer, protéines, vitamines) OU retard de la motricité oral OU évitement face aux situations sociales qui impliquent l'alimentation OU les 3 à la fois
- Non expliqué par une origine organique ou allergique

○ **Trouble alimentaire avec cause organique associée**

C'est la conséquence psychologique et fonctionnelle d'une pathologie organique en lien avec le tractus aéro digestif. Ainsi, des causes organiques très différentes en terme de gravité peuvent avoir des répercussions sur l'alimentation chez le nourrisson ou le jeune enfant.

On retrouve notamment ;

1. Pathologies digestives :

- Reflux gastro-oesophagien, maladie coeliaque,
- Malformation digestives, atrésie des voies biliaires,
- Trouble de la déglutition
- Dyskinésie oro-oesophagienne
- Troubles fonctionnels intestinaux

2. Pathologie neurologique

- Syndromes génétiques
- Pathologies neuro-musculaire acquise ou congénitales
- Trouble neuro développemental

3. Cardiopathies congénitales, pneumopathies

4. Intolérance alimentaire d'origine métabolique

Ce trouble alimentaire peut commencer à tout âge.

Sémiologie :

- Refus alimentaire et prise alimentaire insuffisante depuis au moins 2 mois
- Nourrisson qui peut commencer à manger mais en cours d'alimentation montrer de la détresse et refuser de continuer à manger
- Perte de poids ou prise de poids insuffisante
- Cause organique associée et qui est évaluée comme la raison de la détresse
- Une prise en charge médicale améliore mais ne résout pas complètement le trouble alimentaire

○ **Trouble alimentaire post traumatique**

C'est la conséquences psychique et fonctionnelle d'un ou de plusieurs traumatismes du tractus aéro digestif. Ces nourrissons peuvent développer une peur de s'alimenter après un étouffement avec de la nourriture ou après la répétition d'expériences traumatiques de l'oropharynx et de l'oesophage. La peur de manger et la peur d'avaler semblent dépasser la conscience de la faim.

Ce trouble alimentaire peut commencer à tout âge.

Sémiologie :

- Début aigu de refus alimentaire
- Le refus suit un évènement traumatique ou la répétition de graves traumatismes de l'oropharynx ou du tractus gastro intestinal (étouffement, vomissement sévère, intubation endo-trachéale, sonde nasogastrique, aspirations répétées)

- L'enfant peut :
 - Refuser de voir le biberon mais accepter la nourriture avec la cuillère
 - Refuser la nourriture solide et accepter le biberon
 - Refuser toute alimentation orale
 - Sans supplémentation, le refus alimentaire peut poser une menace urgente ou à long terme pour la santé de l'enfant.

La néophobie alimentaire est évoquée comme un diagnostic différentiel car c'est une étape physiologique du développement de l'enfant.

Sources :

- Troubles de l'oralité du jeune enfant - Véronique Abadie Rééducation Orthophonique - N° 220 - décembre 2004 - p57 à 70
- <https://pap-pediatrie.fr/hepato-gastro/troubles-du-comportement-alimentaire-du-nourrisson>, V. Abadie, Hôpital Necker, Faculté Paris Descartes, Paris, France, 2009
- Pr. P Duverger, Dr J. Malka, développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant, aspects normaux et pathologiques, servi e pédopsychiatrie au CHU Angers <http://www.pedopsychiatrie-angers.fr/cours-fichiers/Developpement%20psychomoteur%201%20partie.pdf>
- Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson : classification, sémiologie diagnostic, Thomas cascales, JP Olives, M. Bergeron, A. Chatagner, JP Raynaud, Annales médico psychologiques 172 (2014) 700-707
- Troubles du comportement alimentaire du jeune enfant, par Marie-France Le Heuzey, la revue du praticien médecine générale, janvier 2009, n°814.

2. Interrogatoire/examen clinique

Le dépistage des troubles de l'oralité de l'enfant commence par la recherche de facteurs de risque, de signes fonctionnels, de signes oro-moteurs, de signes sensoriels et l'évaluation de l'environnement de l'enfant par un interrogatoire poussé. L'examen clinique aura pour but d'éliminer une pathologie organique et de rechercher des signes de gravité.

○ **Facteurs de risque de trouble de l'oralité alimentaire**

- Prématurité
- Fente vélo-palatine
- Trouble du Spectre Autistique
- Traumatisme : sonde naso-gastrique, fibroscopie, intubation oro-trachéale, fausses routes
- Cardiopathies congénitales
- Pathologies pulmonaires
- Pathologies constitutionnelles syndromique
 - Séquence de Pierre Robin
 - Syndrome de CHARGE
 - Syndrome RAVINE
 - Cornelia de Lange
 - Syndrome de Willi Prader
 - Syndrome de Williams
 - Microdélétions du chromosome 22

○ **Interrogatoire**

Antécédents familiaux / parentaux

- Difficultés alimentaires dans l'enfance ou l'adolescence
- Rapport à la nourriture
- Présence d'une sélectivité alimentaire des parents

Antécédents périnataux

- Déroulement de la grossesse
- Accouchement, complications éventuelles
- Prématurité

- Soins néonataux : intubation, sonde naso-gastrique, aspiration, autres soins invasifs ou traumatique, gastrostomie

Histoire médicale somatique de l'enfant depuis la naissance :

- Hospitalisations avec soins invasifs ou traumatiques
- Pneumopathie
- Cardiopathie congénitale
- Trouble digestif
- Syndrome génétique ou syndrome malformatif
- Trouble du spectre autistique

Etapes de la diversification et son déroulement :

- Allaitement maternel, sevrage
- Textures acceptées par l'enfant
- Introduction des morceaux
- Purées, DME ou mixte

Recherche de **signes fonctionnels** évoquant des troubles de l'oralité alimentaire :

- Refus alimentaire
- Allongement du temps des repas (> 30 min)
- Peu d'appétit
- Désintérêt pour la nourriture
- Agitation à l'approche ou lors du repas : crie, pleure, gesticule, hyperextension, occlusion des mâchoires
- Quantités d'aliments ingérés insuffisantes
- Nausées, vomissements

Puis de signes plus spécifiques pouvant orienter vers certains diagnostics :

Recherche de signes oro-moteurs :

- Porte peu les mains / objets à sa bouche
- Hypersalivation excessive et constante (en dehors des poussées dentaires)
- Fausses routes, toux lors de la déglutition
- Retard de développement psychomoteur
- Hypotonie
- Stocke les aliments en bouche puis les recrache
- Peu ou pas de mastication

Recherche de signes sensoriels :

- Hypersensibilité orale : ne se laisse pas toucher le visage ou certaines parties du visage, difficultés au brossage des dents
- Hypersensibilité tactile : refuse de toucher certaines textures : sable, semoule, plumes, peinture, pâte à modeler
- Hypernauséeux déclenché précocement à l'approche de la cuillère, à la vue de la nourriture, en touchant les lèvres ou la langue.
- Hypersélectivité alimentaire : pour des goûts, des couleurs, des textures spécifiques
- Refuse le passage aux morceaux,
- Répertoire alimentaire < 20 aliments (après 18 mois)

Evaluation de l'environnement social et psycho-affectif :

- Lien mère/enfant, interaction parents/enfants
- Eviction de certaines situations sociales en rapport avec l'alimentation : cantine, repas familial
- Comportements de l'enfant avec l'entourage : nourrice, crèche
- Habiletés sociales de l'enfant : désintérêt des autres enfants, évitement du contact, stéréotypies
- Ambiance des repas : heures régulières, en famille, même repas pour toute la famille
- Distractions mise en place : écrans, jouets, ...

- Comportement parental face au refus : conflits, négociations, forcing, punition, dissimulation, chantage, propose sa nourriture préférée

○ Examen clinique

L'objectif de l'examen clinique est la recherche de pathologies organiques. Un examen clinique complet de l'enfant est nécessaire, Une vigilance sera portée sur certains signes cliniques qui peuvent orienter vers certaines pathologies et demander des investigations complémentaires.

Il faut dans un premier temps renseigner la **taille**, le **poids** et l'**IMC** en les reportant sur la **courbe staturo-pondérale** afin d'évaluer le retentissement sur la croissance de l'enfant.

Examen de la sphère ORL

Examen morphologique de la cavité buccale :

- continuité vélo palatine
- volume des amygdales
- motricité et tonicité :
 - des lèvres : recherche ouverture, fuite des aliments et bavage (hypotonie), position arrondie vers l'avant, étirées en un faux sourire, lèvre supérieure rétractée (hypertonie)
 - des joues : flasques, mimique atone (hypotonie), pommettes saillantes et dures au toucher (hypertonie)
 - mandibule : hypotone si reste ouverte, hypertonie si spasmes d'ouverture.
 - langue : recherche d'une protrusion (hypotonie), ou en pointe à l'extérieur de la bouche, bloquée au palais (hypertonie)

Si présence de :

- fausse route
- Stridor
- Bruit pharyngé-laryngé
- Fente vélo palatine

—> Avis ORL pour nasofibroscopie

Recherche d'anomalie anatomique ou fonctionnelle du carrefour aéro digestif

Examen neurologique :

- Evaluation du développement psycho-moteur

- Recherche d'une dysmorphie

- Réflexes archaïques :

- **Réflexe de fouissement** : la stimulation des joues ou du pourtour des lèvres provoque une ouverture de la bouche, une orientation de la tête et de la langue en direction du stimulus.
- **Réflexe de succion** : la stimulation sensorielle des lèvres, de la langue provoque un enserrement des lèvres autour du stimulus, la langue entre en contact avec les crêtes alvéolaires et la lèvre inférieure puis on observe des mouvements d'aspiration.
- **Réflexe de morsure** : lors du mécanisme de succion, alternance de mouvements d'ouverture et fermeture de la mandibule.
- **Réflexe de rotation latérale de la langue** : par stimulation du bord latéral de la langue qui se met en pointe et exerce un mouvement de rotation vers le stimulus.
- **Réflexe de la langue en gouttière** : lorsque le doigt vient en contact avec la partie médiane de la langue, celle-ci se déprime au centre, ses bords latéraux se redressent et forment une gouttière qui remonte vers le palais.

- Réflexe nauséux : déclenché lors de la stimulation de la muqueuse palatine ou du tiers postérieur de la langue.

- Réflexe de déglutition

- Evaluation des praxies buccales chez l'enfant plus grand :
 - faire le bisou
 - sortir la langue
 - gonfler, rentrer les joues
 - élévation et tenue du voile par production d'une voyelle
- Sensibilité oro faciale : par attouchement des zones buccales, péri buccales et corporelles.
 - hypersensibilité = la stimulation de la zone péri buccale provoque des réactions d'évitement, une extension globale et des pleurs. Peut s'accompagner également d'un réflexe nauséux vif.
 - hyposensibilité = absence de réaction à toute stimulation tactile.

Si présence de :

- retard de développement
- Malformations

—> Avis neuropédiatre

(en fonction de l'examen clinique : IRM cérébrale, EMG, biologie moléculaire)

Examen de l'appareil digestif :

Régurgitations extériorisées ou non

Diarrhées

Vomissements

Douleur du tractus digestif lors des repas

Eczéma, xérose cutanée

Si présence de :

- perte de poids

—> Avis gastro pédiatre : RGO, APLV, bilan de malabsorption, fibroscopie, phmétrie

Examen de l'appareil cardio-respiratoire :

- évaluation de la respiration : nasale, buccale

Sources :

- L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant, V. Abadie, Archives de Pédiatrie 11 (2004), pages 603-605
- Troubles de l'oralité du jeune enfant, V. Abadie, rééducation orthophonique, n°220 - décembre 2004, p57-p70.
- "Tu vas manger !" Trouble alimentaire du nourrisson et du jeune enfant : du refus au forçage alimentaire, Thomas Cascales, JP olives, ERES, SPIRALE, 2012/2 N°62 p26 à 34.
- Mon enfant pinaille devant son assiette ! Comment aborder la dysoralité en médecine générale , Revue Médecine, octobre 2018.
- Troubles du spectre autisme : des signes d'alerte à la consultation dédiée en soins primaires, synthèse destinée aux professionnels de 1ère ligne, Recommandation de bonne pratique, HAS, 19/02/2018.
- Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant, C. Thibault; 2007.

Fiche pratique pour la consultation :

Présence de facteurs de risques :

- Prématurité : oui non
- Atcd cardiopathie / pathologie pulm / dig : oui non
- Atcd pathologie neurologique / Sd génétique : oui non
- Actd intubation, sonde naso gastrique : oui non
- Trouble du spectre autistique : oui non
- Atcd de sélectivité alimentaire chez les parents : oui non

=> Si présence d'un facteur de risque, attention plus particulière sur la présence d'un trouble de l'oralité alimentaire.

2. Interrogatoire :

Inquiétude des parents / signes d'appels :

- Repas longs > 30 min : oui non
- Agitation lors du repas : oui non
- (crie, pleurs, gesticule, occlusion des mâchoires à l'approche de la cuillère)
- Nausées / vomissements : oui non
- Refus alimentaire, quantités alimentaires ingérées jugées insuffisantes : oui non

Signes oro-moteurs :

- Porte peu ou pas les mains / objets à sa bouche : oui non
- Peu ou pas de mastication : oui non
- (Stocke en bouche et peut recracher)
- Hyper salivation : oui non

Signes sensoriels :

- Hypersensibilité orale : oui non
- Hypersensibilité tactile : oui non
- Hypermauséux précoce : oui non
- (déclenché à la vue de la nourriture, au toucher du visage)
- Hypersélectivité alimentaire : oui non ;
si oui, sur les :
Textures (liquide, lisse, mouliné, refus des morceaux) : oui non
- Couleurs des aliments : oui non
- Aspects, goûts ou températures : oui non
- => Les signes sensoriels sans signe d'atteinte organique et/ou psychiatrique orientent vers un syndrome de dysoralité sensorielle. Un bilan orthophonique et une rééducation par massage de désensibilisation peut être proposé.

Signes psycho-comportementaux :

- Comportements parentaux inadaptés : oui non
- (distractions pdt le repas, forcing, punition, grignotage, heures des repas décalées)
- Trouble de l'interaction mère-enfant : oui non
- Troubles des habiletés sociales : oui non
- (Désintérêt pour les autres enfants, évitement du contact, stéréotypie)
- => Si oui, recherche d'un trouble du spectre autistique à l'aide de l'échelle de dépistage MCHAT peut être proposé

3. Examen clinique :

Poids : Taille : IMC :

Retard de croissance staturo pondérale : oui non

=> si retard de croissance staturo pondéral : bilan biologique de malabsorption, avis gastro pédiatre ou endocrinologue pédiatre

Absence de signes dysmorphiques : oui non

Développement psycho moteur normal : oui non

Tonus axial et périphérique normal : oui non

Réflexe de déglutition normal : oui non

Réflexe de succion normal (<4 mois) : oui non

Réflexes archaïques présents (< 4 mois) : oui non

(réflexe de fousissement, points cardiaux)

Sensibilité oro faciale normale : oui non

Motricité buccale normale : oui non

Examen morphologique de la cavité buccale normale : oui non

Etat bucco dentaire normal : oui non

=> Toute anomalie de l'examen neurologique évoquant une atteinte lésionnelle, une hypotonie, une dysmorphie ou un retard de développement psycho moteur doivent entraîner un bilan neuro pédiatrique.

=> Les troubles de déglutition, stridor, bruit pharyngo laryngé, fente vélo palatine doivent entraîner un bilan ORL.

=> Si l'examen clinique est normal et que l'enfant présente à l'interrogatoire des signes d'appels, des signes oro moteurs et/ou sensoriels, il est préférable de demander un bilan orthophonique.

3. Prise en charge

○ **Quel est le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles de l'oralité ?**

Le rôle du médecin généraliste est multiple :

- Réaliser le **dépistage précoce** du trouble de l'oralité,
- Eliminer une pathologie organique, rechercher un trouble sensoriel et une origine psychogène, notamment avec une **anamnèse approfondie**,
- Évaluer le retentissement nutritionnel,
- Réaliser une intervention précoce notamment avec un **accompagnement parental**, une déculpabilisation, et l'apport de conseils,
- Orienter vers un spécialiste médical ou para médical si nécessaire : la **prise en charge multidisciplinaire** semble être une des clefs.

Si une origine organique est suspectée suite à l'interrogatoire et à l'examen clinique, un avis spécialisé est adapté, notamment en cas de signe de gravité :

- Cassure de la courbe staturo-pondérale,
- Retard d'acquisition,
- Retard développement psychomoteur,
- Troubles de la déglutition, fausses routes,
- Dyspnée,
- Malaise.

○ **L'accompagnement parental est au centre de la prise en charge des troubles de l'oralité de l'enfant :**

Une des premières étapes de la prise en charge de l'oralité est l'accompagnement parental.

Un trouble de l'oralité alimentaire de l'enfant est souvent vécu par les parents comme une remise en cause de la capacité à être parent. Le trouble de leur enfant induit un sentiment de culpabilité pour les parents et est générateur de conflits.

L'alimentation est un élément fondateur du lien mère-enfant.

La prise en charge des troubles de l'oralité nécessite donc une collaboration étroite avec la famille.

Il s'agit dans un premier temps de donner les informations et les conseils pour les aider dans le quotidien.

Il faut également prendre en charge le côté émotionnel avec la mise en place d'entretien empathique, d'un soutien parental, de laisser un espace d'écoute, et ne surtout pas les culpabiliser.

○ **Quels sont les professionnels impliqués dans la prise en charge des troubles de l'oralité de l'enfant ?**

- Le pédiatre spécialisé

Le pédiatre doit être sollicité si une origine organique est suspectée et si l'enfant présente des critères de gravité.

Le recours au gastro-pédiatre, neuro-pédiatre, pneumo-pédiatre, ... est fait en fonction de l'étiologie organique suspectée.

- Le pédopsychiatre

Le recours au pédopsychiatre sera nécessaire dans certaines situations :

- Si l'enfant présente un retard dans les acquisitions, un aspect dépressif ou indifférent, une irritabilité, des troubles du sommeil, des bizarreries ou s'il existe un échec des mesures pédiatriques mises en place.

- Si dans la famille, il existe des antécédents de trouble mental (schizophrénie, toxicomanie, alcoolisme, dépression, troubles du comportement alimentaire, trouble anxieux envahissant ou comportement rigide à l'excès).
- Si la relation parent/enfant est difficile : rejet affectif, manque d'investissement, trouble de l'attachement mère enfant.

- L'orthophoniste

Il s'agit dans un premier temps de réaliser un bilan de l'oralité avec un interrogatoire, l'observation de l'enfant, puis l'évaluation de la sphère oro-faciale.

L'orthophoniste met ensuite en place des gestes techniques spécifiques pour la rééducation des fonctions oro-faciales, l'adaptation des conduites alimentaires et la gestion de l'alimentation. Dans le cas de l'hypersensibilité alimentaire, il réalise des massages par exemple afin d'effectuer une désensibilisation.

Il doit établir une relation avec l'enfant, et assurer un accompagnement parental car l'implication des parents est fondamentale.

L'orthophoniste se place comme un médiateur entre l'enfant et les parents.

- Le kinésithérapeute

Leurs objectifs est la rééducation de la motilité faciale, de la mastication et de la déglutition : il travaille sur la force, la précision dans le temps et dans l'espace, l'amplitude et la vitesse de la langue, améliore l'ouverture buccale, travaille sur les fonctions sensorielles.

Ils ont aussi un rôle dans la prévention des troubles de l'oralité et interviennent dans les services d'hospitalisation.

- L'ergothérapeute

Ils font une évaluation de la situation alimentaire et donnent des conseils notamment sur l'utilisation de couverts adaptés, sur l'installation, sur les différentes textures.

- Le psychomotricien

Après une évaluation initiale, il propose des activités pour réconcilier l'enfant avec son corps et lui faire retrouver le plaisir de l'alimentation orale.

- Le psychologue

Il permet la prise en charge des interactions mère-enfant perturbées, de la souffrance parentale et de la souffrance de l'enfant. Il a un rôle d'observateur et d'écoute des non-dits maternels ainsi que d'observateur des réactions de l'enfant aux évocations de son trouble.

Il permet également le soutien parental.

- Le diététicien

Leur rôle est de réaliser enquête alimentaire sur plusieurs jours afin d'évaluer les besoins nutritionnels de l'enfant. Ils peuvent ensuite proposer des solutions adaptées à l'enfant.

Sources :

- ABADIE Veronique « Les troubles de l'oralité alimentaire du jeune enfant » Rééducation Orthophonique - N° 220 - décembre 2004 p57
- Les troubles de l'oralité du tout-petit et le rôle de l'accompagnement parental, Isabelle Barbier, Rééducation Orthophonique - N° 220 - décembre 2004 p143
- L'oralité positive, Catherine Thibault, 2015, p35-48
- Dysoralité : du refus à l'envie, Michèle Puech, Danielle Vergeau, Rééducation Orthophonique - N° 220 - décembre 2004 p127 - 141
- L'éducation orale précoce, Nicolas Mellul, Catherine Thibault, Rééducation Orthophonique - N° 220 - décembre 2004 p117-125
- Les troubles de déglutition et d'alimentation de l'enfant cérébrolésé, Dominique Crunelle, Rééducation Orthophonique - N° 220 - décembre 2004 p91
- Le nourrisson qui ne mange pas : quand recourir au pédopsychiatre ? M.-F. Le Heuzey Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Robert-Debré, juin 2011

- Troubles du comportement alimentaire du jeune enfant, par Marie-France Le Heuzey, la revue du praticien médecine générale, janvier 2009, n°814.

○ **Quelle est la prise en charge de l'hypersensibilité sensorielle ?**

L'hypersensibilité sensorielle s'améliore grâce à la désensibilisation.

Il s'agit de pratiquer des stimulations répétées avec des massages intra buccaux, plusieurs fois par jour, en évitant de dépasser le seuil du réflexe nauséeux.

L'orthophoniste a une place privilégiée dans cette prise en charge : il permet d'apprendre et de guider les parents vers une désensibilisation.

○ **Quelle est la prise en charge des enfants hospitalisés dans les services hospitaliers ayant ou non nécessité la mise en place d'une alimentation artificielle ?**

Pour les enfants hospitalisés, l'important est de mettre en place une prévention des troubles de l'oralité alimentaire.

Il faut compenser les aspects négatifs de l'hospitalisation avec une gestuelle positive et respectueuse du développement de chaque bébé en intégrant les parents. Il faut aussi limiter les indications d'exclusion alimentaire totale ou la rendre la plus courte possible.

La prévention consiste à mettre en place un portage, un langage, un regard soutenant, des stimulations olfactives pendant la nutrition artificielle et de maintenir les sollicitations orales. Les enfants hospitalisés bénéficient souvent d'un accompagnement multidisciplinaire.

○ **Quelles est la prise en charge de la néophobie alimentaire ?**

La néophobie alimentaire s'améliore par la familiarisation.

La familiarisation se fait selon deux temps : le court terme et le long terme.

- A court terme : il s'agit de développer le contact entre l'enfant et l'aliment avant que celui ci arrive dans son assiette.

L'enfant participe à l'achat des produits au marché, il lave les fruits et les légumes, coupe le pain frais, prépare le repas avec maman ou papa, casse des œufs, met les mains dans la farine, faire fondre du chocolat, ...

Ces manipulations sont un moyen de le familiariser avec les aliments sans l'inciter à manger.

- A long terme : il s'agit de représenter souvent le même aliment, de consommer le produit à de multiples reprises dans le temps.

L'enfant peut finir par s'y accoutumer ou affirmer son dégoût pour l'aliment présenté.

Sources :

- Hyper nauséeux et troubles de l'oralité chez l'enfant Catherine Senez, Rééducation Orthophonique N° 220 - décembre 2004 - p93 à 102
- Livret attention à mon oralité 2018, Ou comment comprendre, prévenir et prendre en charge les troubles du comportement alimentaire du jeune enfant hospitalisé dans les premiers mois de vie, groupe oralité de l'hôpital de NECKER - enfant malade
- Amuse-bouche pour difficultés alimentaires de l'enfant par Jasmine Don, Madeleine Gaquiere , Audrey Lecoufle , Audrey Vanmalleghe, Jade Vouters, Véronique Leblanc, juillet 2012
- La construction du goût chez l'enfant, Natalie Rigal, Rééducation Orthophonique N° 220 - décembre 2004 - p15

4. Les conseils à prodiguer

Dans un premier temps, il est important de rassurer sur le fait que l'équilibre alimentaire de l'enfant ne se mesure pas sur un repas mais sur une semaine entière.

Cette liste de conseils (non exhaustive) permettra de faire le point avec les parents sur les habitudes alimentaires familiales et de travailler avec eux sur certains aspects à améliorer.

En dehors du repas :

- Encourager l'enfant à sentir, à toucher les nouveaux aliments avant même de les goûter plus tard.
- Faire les courses avec l'enfant.
- Explorer les aliments par le jeu : jouer à la dinette et faites participer ses peluches par exemple
- Apprendre à votre enfant à bien se brosser les dents

Préparation du repas :

- Laissez votre enfant participer à la préparation du repas (mélanger les ingrédients d'un gâteau, goûter avec ses doigts, décorer les plats).
- Conseiller sur les modes de préparation et de présentation : essayez de présenter les aliments de façon amusante.
- Proposer régulièrement de nouveaux aliments.
- Proposer à nouveau l'aliment quelques jours plus tard s'il n'en a pas voulu : rappeler qu'il faut en général proposer dix fois un aliment nouveau à l'enfant pour qu'il l'accepte.

Pendant le repas :

- Eviter le forçage et les rapports de force, sous peine d'entretenir les refus.
- Proposer les repas à un horaire régulier.
- Encourager toujours à ce que l'enfant regagne la table familiale commune, quel que soit son menu.
- Faire en sorte que le repas soit un moment de convivialité.

Le repas doit avant tout être un moment de plaisir, de partage et d'imitation.

- Ne pas laisser le choix du plat et préparer le même plat pour toute la famille.
- Éviter les écrans pendant le repas.
- Stimuler l'enfant pour qu'il joue avec ses mains et sa bouche : laisser l'enfant faire ses propres découvertes, à toucher et manger avec les doigts
- Proposer de la vaisselle adaptée en fonction du besoin de réassurance de l'enfant (ustensiles attrayants : assiettes décorées de dessins à découvrir, couverts amusants).
- Préférer les ustensiles en plastique, généralement plus appréciés.
- Laissez autant que possible l'enfant manger seul : tenir lui-même la cuillère et la porter en bouche, sentir les aliments et les découvrir du bout des lèvres.
- Bien installer l'enfant :

Pour les petits, la position idéale est en enroulement dans les bras parentaux : assis et bien calé sur vos genoux, avec un appui derrière la tête et au niveau des pieds.

Pour les plus grands : dans une chaise haute, en face à face avec l'adulte avec un appui sous les pieds (repose-pieds), une position lui permettant de mobiliser aisément ses bras et ses mains.

Après le repas :

- Suggérer de ne pas nourrir son enfant entre les repas.

Sources :

- L'oralité positive, Catherine Thibault, 2015, p35-48
- Amuse-bouche pour difficultés alimentaires de l'enfant par Jasmine Don, Madeleine Gaquiere , Audrey Lecoufle , Audrey Vanmalleghem, Jade Vouters, Véronique Leblanc, juillet 2012
- Boite à idées pour une moralité perturbé du jeune enfant, V. Leblanc, C. Bourgeois, E. Hardy, A. Lecoufle M. Ruffier, octobre 2012, Nutricia-boiteaidee

5. Orientation

○ **Difficultés alimentaires passagères**

L'enfant présente souvent un comportement opposant.

Il n'y a pas de cassure de la courbe staturo-pondérale.

Le développement psycho-moteur est physiologique.

L'examen clinique a éliminé une pathologie organique.

L'enfant ne présente pas de signe d'aversion sensorielle.

Signes oro-moteurs	Signes sensoriels	Environnement	Examen clinique	Cause suspectée
Absent	Absent	Non perturbé	Physiologique	Trouble de l'oralité passager

Conduite à tenir : une prise en charge par accompagnement parental et application des conseils semble adaptée à l'enfant.

○ Causes psychogènes

L'enfant présente un aspect dépressif, une irritabilité, des troubles du sommeil.

L'enfant a des antécédents familiaux de troubles psychiatriques.

Il y a un rejet affectif ou un manque d'investissement par les parents

Il existe une souffrance parentale et de l'enfant.

Il peut y avoir un retard de développement psycho-moteur et affectif et un retentissement sur la croissance staturo-pondérale.

Aucune étiologie somatique n'est retrouvée à l'examen clinique.

Signes oro-moteurs	Signes sensoriels	Environnement	Examen clinique	Cause suspectée
Absent	Absent	Relation parent-enfant perturbée	Cassure de la courbe staturo-pondérale et retard du développement possible	Trouble de l'attachement Anorexie infantile

Conduite à tenir : une prise en charge pédo-psychiatrique ou psychologique semble adaptée à l'enfant

○ Causes organiques

L'examen clinique de l'enfant fait suspecté une pathologie organique : trouble de la succion et/ou déglutition, dyspnée, dysphagie, fausses routes, pathologies digestives.

La courbe staturo-pondérale est perturbée.

Il y a un trouble développement psychomoteur.

Signes oro-moteurs	Signes sensoriels	Environnement	Examen clinique	Cause suspectée
Présents	Absent	Non perturbé	Retentissement sur la courbe staturo-pondérale et trouble du développement possible	Etiologie organique

Conduite à tenir : Une prise en charge spécialisée semble adaptée

ORL si trouble de la déglutition

Gastrologue si APLV, RGO

Neurologue si retard du développement

○ Aversion sensorielle

L'enfant présente des signes d'hypersensibilité orale ou tactile.

Il a un réflexe hypernauséux.

L'enfant refuse le passage aux morceaux ou préfère les aliments mixés, refuse des goûts, des apparences, des odeurs, des textures.

L'enfant peut présenter un retard de développement des praxies orales.

Signes oro-moteurs	Signes sensoriels	Environnement	Examen clinique	Cause suspectée
Présents	Présents	Non perturbé	Retard du développement des praxies possible	Hypersensibilité sensorielle

Conduite à tenir : une prise en charge par bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire semble adaptée.

○ Néophobie alimentaire

L'enfant présente un un tableau d'hypersélection alimentaire ou acceptation de seulement 2 ou 3 types d'aliments.

L'enfant est anxieux ou effrayé par la nouveauté.

Il existe un déséquilibre nutritionnel, le surpoids est possible.

Signes oro-moteurs	Signes sensoriels	Environnement	Examen clinique	Cause suspectée
Absent	Absent	Anxiété parentale fréquente	Physiologique, surpoids possible	Néophobie alimentaire

Conduite à tenir : une prise en charge par accompagnement parental et application des conseils semble adaptée à l'enfant : la familiarisation avec les aliments est la clef.

Sources :

- ABADIE Veronique « Les troubles de l'oralité alimentaire du jeune enfant » Rééducation Orthophonique - N° 220 - décembre 2004 p57
- L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant, V. Abadie, Archives de Pédiatrie 11 (2004), pages 603-605
- Les troubles de l'oralité du tout-petit et le rôle de l'accompagnement parental, Isabelle Barbier, Rééducation Orthophonique - N° 220 - décembre 2004 p143
- Dysoralité : du refus à l'envie, Michèle Puech, Danielle Vergeau, Rééducation Orthophonique - N° 220 - décembre 2004 p127 - 141
- L'éducation orale précoce, Nicolas Mellul, Catherine Thibault, Rééducation Orthophonique - N° 220 - décembre 2004 p117-125
- Les troubles de déglutition et d'alimentation de l'enfant cérébrolésé, Dominique Crunelle, Rééducation Orthophonique - N° 220 - décembre 2004 p91
- Le nourrisson qui ne mange pas : quand recourir au pédopsychiatre ? M.-F. Le Heuzey Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Robert-Debré, juin 2011
- Troubles du comportement alimentaire du jeune enfant, par Marie-France Le Heuzey, la revue du praticien médecine générale, janvier 2009, n°814.
- "Tu vas manger !" Trouble alimentaire du nourrisson et du jeune enfant : du refus au forçage alimentaire, Thomas Cascales, JP olives, ERES, SPIRALE, 2012/2 N°62 p26 à 34.
- Mon enfant pinaille devant son assiette ! Comment aborder la dysoralité en médecine générale , Revue Médecine, octobre 2018.

6. En bref

○ Définitions

L'oralité signifie l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche, à savoir : l'alimentation, la ventilation, le cri, l'exploration tactile et gustative, les relations érogènes et le langage. Elle met en jeu des structures sensorielles, motrices, neuro-intégratives, hormonales, digestives et centrales. Les troubles de l'oralité alimentaire sont définis par l'ensemble des difficultés que rencontre l'enfant lors de l'alimentation orale.

○ **Etiologies**

Selon la classification d'Irène Chatoor, elles sont réparties en 6 grandes entités nosographiques :

- Trouble alimentaire de la régulation des états d'excitation du nourrisson
- Trouble alimentaire par manque de réciprocité mère / nourrisson
- L'anorexie du nourrisson
- Les aversions sensorielles alimentaires
- Trouble alimentaire avec cause organique associée
- Trouble alimentaire post traumatique

○ **Conduite diagnostique**

Signes fonctionnels :

- petit appétit, ingestas insuffisants
- Nausées, vomissements
- Sélectivité alimentaire
- agitation, pleurs, cris lors du repas
- Désintérêt pour la nourriture

A l'interrogatoire :

Rechercher des critères d'atteinte oro-motrices :

- porte peu ou pas ses mains à sa bouche
- Hypersalivation excessive et constante
- Fausses routes, hypotonie

Rechercher des critères sensoriels :

- Hypersensibilité orale, tactile
- Hypernauséeux précoce

Rechercher les conséquences sur les interactions parents / enfants :

- Comportement parental
- Éviction de situations sociales en rapport avec l'alimentation

L'examen clinique s'attachera à rechercher et éliminer :

- une pathologie organique
- Des signes de gravité
- Un retard de développement psycho moteur

○ **Examens complémentaires**

Ils seront dépendants de l'examen clinique.

Outil d'aide diagnostique :

Calendrier alimentaire sur 3 jours.

Il n'existe pas à ce jour de questionnaire de dépistage des troubles de l'oralité alimentaire validé en France.

○ **Prise en charge**

L'accompagnement parental est au coeur de la prise en charge. Il fait appel à une écoute empathique, sans jugement et dans une démarche de déculpabilisation.

Elle est très souvent pluridisciplinaire et implique différents professionnels de santé : orthophonistes, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, diététicien, pédiatre, pédopsychiatre, gastro pédiatre, neuro pédiatre.