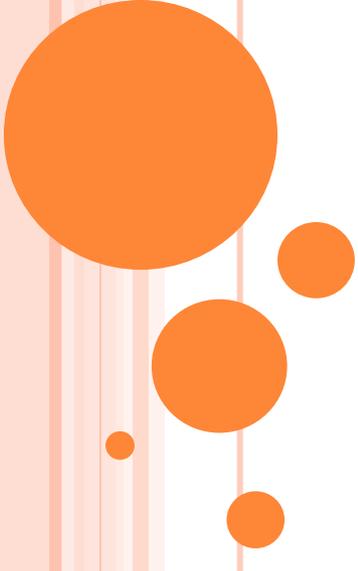


**« MON ENFANT NE MANGE PAS COMME LES  
AUTRES! »**

**C'EST PEUT ÊTRE UN TROUBLE DE L'ORALITÉ  
SENSORIELLE**



**CHU de Saint Etienne**

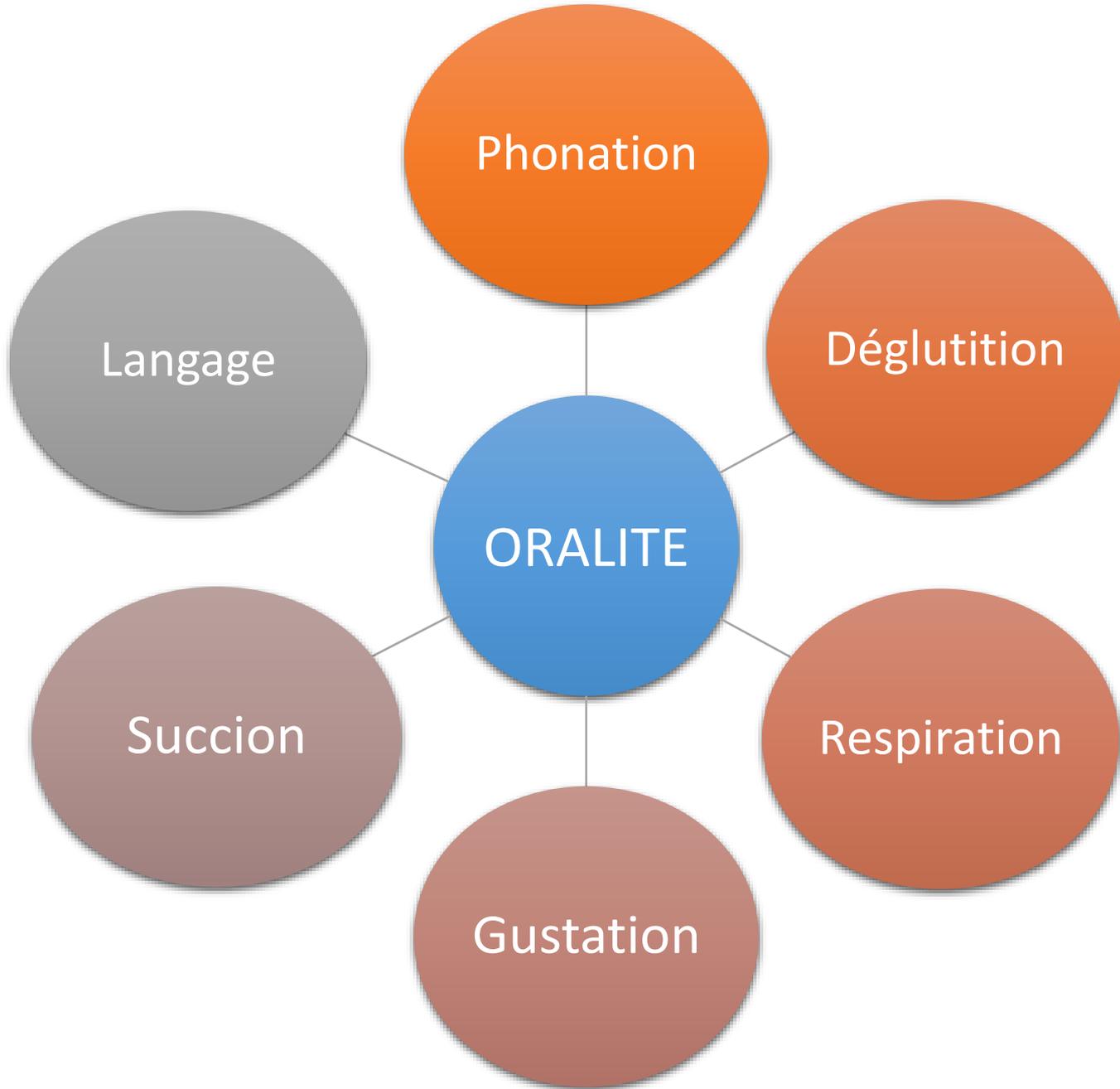
**Centre de référence des troubles du comportement  
alimentaire**

**Dr O. Richard Colmant, Roselyne Boyet, Marjolaine  
Chavanne et Chantal Poussardin**

# ORALITÉ?

- C'est l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche, elle se met en place dès la vie fœtale puis d'autres acquisitions se feront au fil du temps (correspondance oralité/analité)
- L'acte de manger
- La sensorialité: regarder, sentir, toucher, goûter
- La communication : premier lien d'attachement relationnel, affectif et sensoriel
- La respiration
- Le langage





Phonation

Déglutition

Respiration

Gustation

Succion

Langage

ORALITE

# LES TROUBLES DE L'ORALITÉ

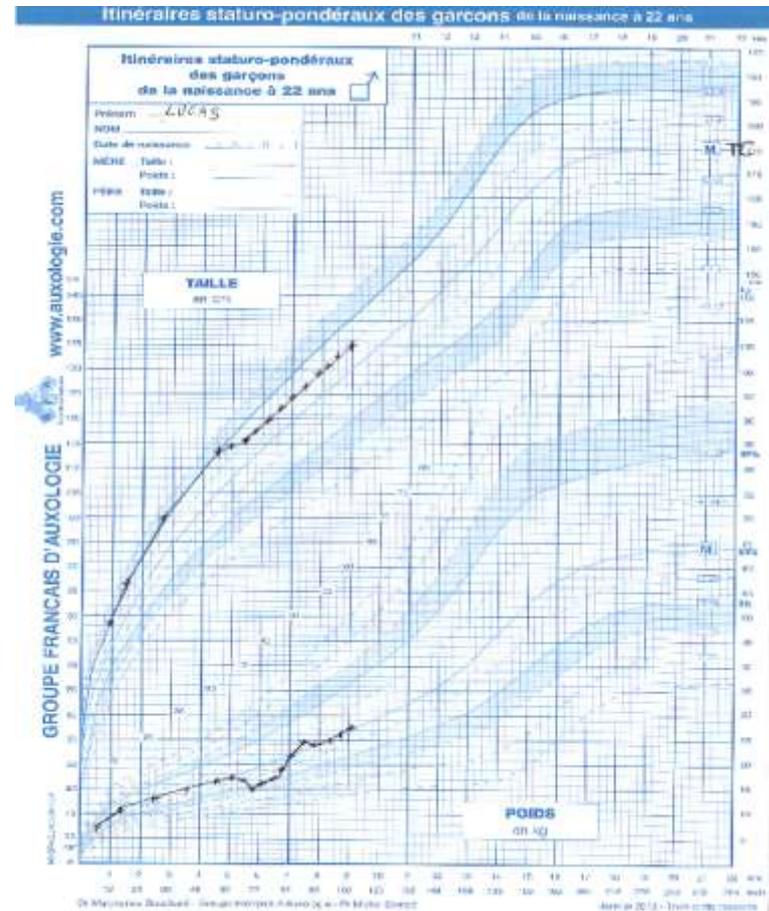


- Ensemble des difficultés à s'alimenter par voie orale de façon adaptée quantitativement et/ou qualitativement pour assurer un bon développement nutritionnel, psychomoteur et psycho affectif.
- Différents troubles de l'oralité sont connus, mais c'est la **dysoralité sensorielle** qui semble émerger à l'heure actuelle



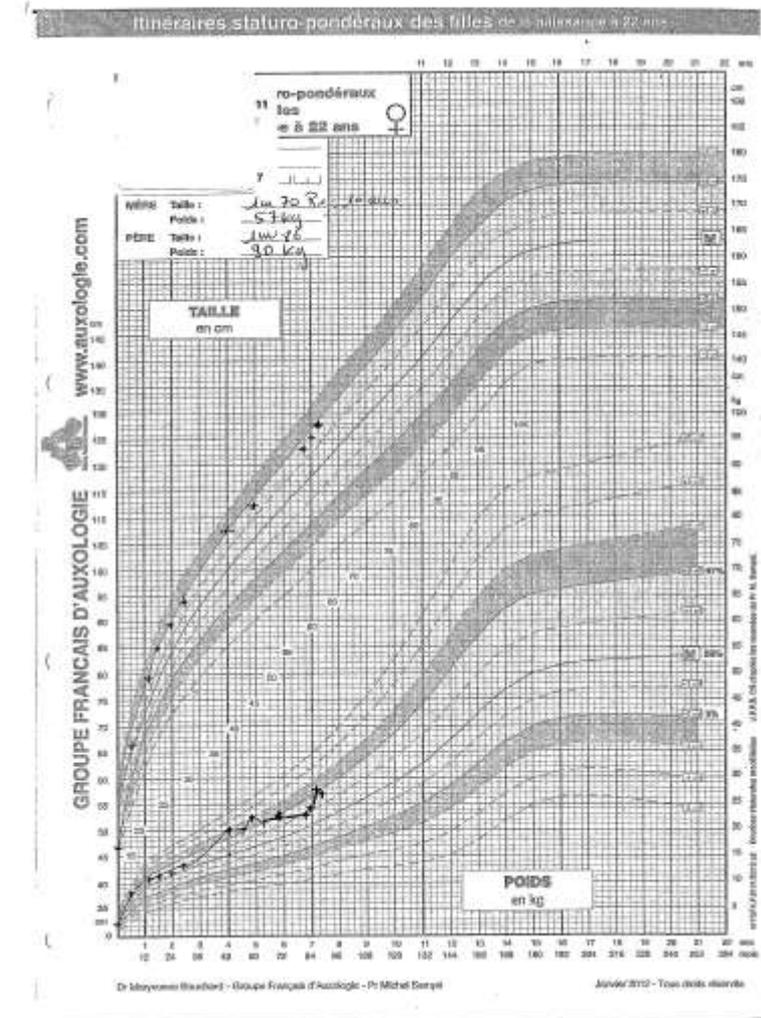
# SITUATION CLINIQUE: LEOPOLD

- Pas d'ATCD néonatal
- Difficulté à l'introduction des morceaux
- Sélection alimentaire: petits pots bébé couleur orangée, crème dessert vanille
- **Aggravation vers 5 ans** : jus de fruits exclusifs
- Perlèche ++ par mouvements incessants de la langue
- Angoisse+++
- Retentissement social et familial
- Bilan somatique négatif
- Très bonne intégration scolaire ,bon élève
- Pas de trouble autistique



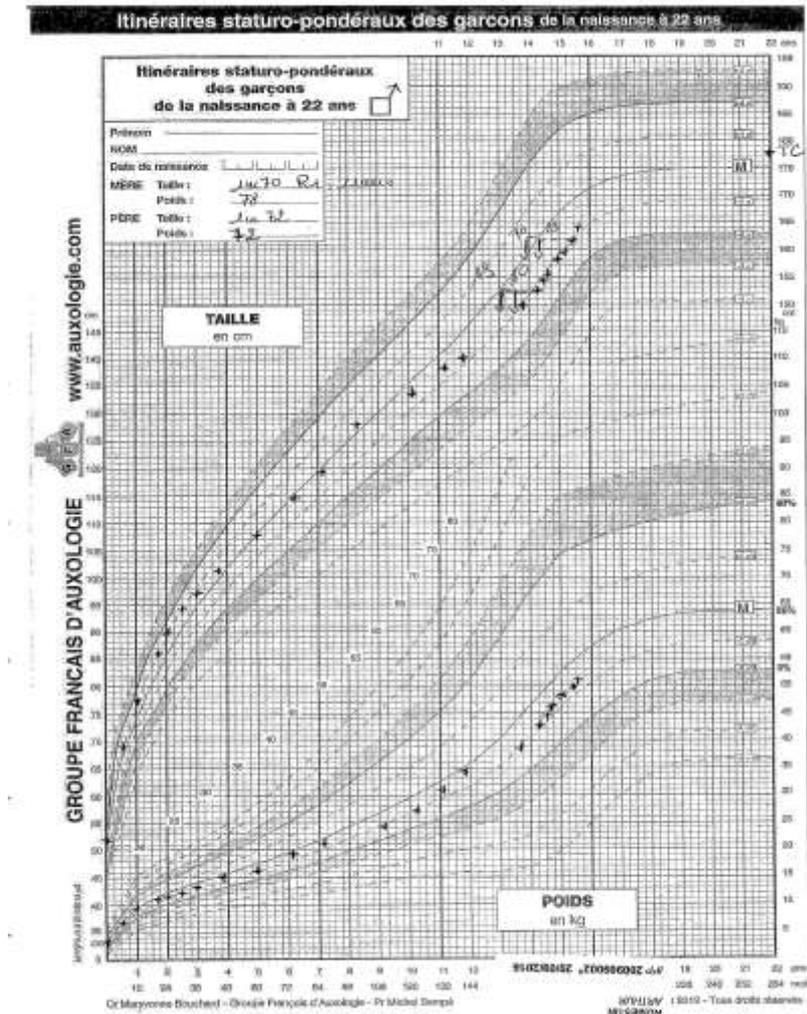
# SITUATION CLINIQUE DE FLORA

- Allaitement maternel 6 mois
- Sevrage difficile
- Diversification compliquée (refus de la cuillère)
- Introduction des morceaux sélective (frites, pain de mie, madeleine, compote à la gourde et yaourt à la paille, n'a jamais mangé avec des couverts)
- Blocage à l'introduction de nouveau aliment
- Repas centrés sur Flora et très tendus, pas de cantine
- Avis pédopsychiatre: comportement assez opposant
- **Vue à 6 ans et demi**
- Déficit nutritionnel
- Compléments alimentaires
- Frustration parentale +++



# SITUATION CLINIQUE D'ARTHUR

- Allaitement et diversification alimentaire sans difficulté
- Introduction des morceaux compliquée
- Ne peut boire au bol
- Sélection alimentaire certains légumes ou féculents, mélange des aliments non possible et ne peut manger des aliments froids, ne peut toucher les aliments
- Angoisse à porter de nouveaux aliments en bouche car sensation désagréable
- Avis pédopsychiatrique RAS
- Vu à 14 ans car retentissement social et pubertaire



# DYSORALITÉ SENSORIELLE: CE N'EST PAS

- **traumatique**: pas de sonde de nutrition, pas d'aspiration des voies aériennes, pas de phobie de déglutition
- **organique**: pas de RGO, ni oesophagite, pas de défaut moteur ou retard des acquisitions
- **être anorexique**: pas de refus réel de manger, pas de préoccupation envers le poids ou l'image corporelle
- **être « petit mangeur »**: sensation précoce de satiété mais mange sans sélectivité plus de 30 aliments différents
- **faire des « caprices »**: plaisir en rapport avec la cavité orale persiste
- **Avoir des troubles de la sphère autistique**



# DYSORALITÉ SENSORIELLE : C'EST

- Trouble de la **sélectivité alimentaire** ( moins de 20 aliments différents) avec une **désorganisation totale** et une **angoisse importante au contact d'aliments nouveaux**
- Refus de plus en plus fréquents des morceaux



# Connaissances actuelles

« 25 à 35 % des bébés normaux présentent à un moment ou un autre des difficultés alimentaires. Parmi eux, 1 à 2 % présentent des troubles sévères du comportement alimentaire, dont 70 % garderont encore des troubles à l'âge de 6 ans. »

DSM V

Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments

Classification du GOSH

8 – 13 ans

Classification Chatoor

0 – 6 ans

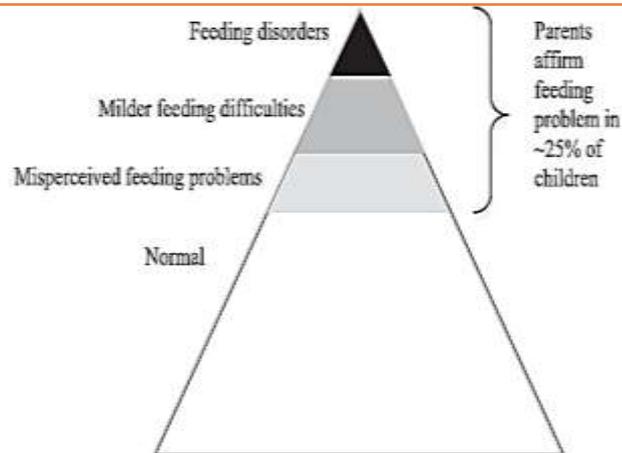


FIGURE 1

Pyramidal representation of young children's feeding behaviors.

A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. Kerzner et al.

# DSM V

## Restriction / Evitement de l'ingestion d'aliments

**A** : Trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments qui se manifeste par **une incapacité persistante à atteindre les besoins nutritionnels et/ou énergétiques proposés**, associé à un ou plusieurs des éléments suivants :

1. **Perte de poids significative** ou incapacité d'atteindre le poids attendu ou fléchissement de la courbe de croissance
2. **Déficit nutritionnel** significatif
3. Nécessité d'une **nutrition entérale** par sonde ou de **compléments alimentaires** oraux
4. 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 ou d'une boulimie, et il n'y a pas d'argument en faveur d'une perturbation de l'image du corps (perception du poids ou de la forme).

**D** : Le trouble n'est pas dû à une affection médicale concomitante ou à un trouble mental. Lorsque le trouble de l'alimentation survient dans le contexte d'un autre trouble ou d'une 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.



# AVERSION ALIMENTAIRE D'ORIGINE SENSORIELLE : CLASSIFICATION DC:0-3 R

Refuse de façon constante et cohérente certains aliments de texture, odeurs, température ou goûts spécifiques. Cette situation perdure depuis au moins 1 mois.

L'apparition du refus alimentaire survient lors de l'introduction d'un nouveau ou d'un aliment différent qui est aversif pour l'enfant (par exemple, l'enfant pouvait accepter le lait maternel mais refuse de boire de la formule ou encore peut accepter la purée de carotte commerciale mais refuse la purée de carotte maison ou les carottes écrasées ou en morceaux).

La réaction de l'enfant face à l'aliment aversif peut aller d'une simple grimace ou de l'expulsion hors de la bouche à un haut-le-cœur ou au vomissement. Après la réaction d'aversion, l'enfant refuse de continuer à manger l'aliment en question et souvent va généraliser ce refus alimentaire à d'autres aliments qui sont similaires, soit par leur couleur, leur apparence, ou leur odeur. Par conséquent, l'enfant peut en venir à refuser un groupe alimentaire entier.

L'enfant est très réticent à essayer de nouveaux aliments mais accepte sans difficulté ses aliments préférés.

Sans supplément alimentaire, l'enfant présente des carences spécifiques( vitamines, fer, zinc, ou protéines) mais généralement ne présente aucun retard de croissance et peut même présenter un surplus de poids.

S'il évite les aliments qui requièrent plus de mastication, il peut présenter un retard au niveau de ses habilités oro-motrices, pouvant même se répercuter sur le développement de la parole



# A-T-ON DES HYPOTHÈSES EXPLICATIVES?

- Très peu de données
- Rôle du **microbiote** ( flore intestinale) avec lequel nous vivons en bonne entente théoriquement et qui se met en place dès la naissance et se poursuit les mois suivants
- L'environnement de la naissance, le type d'allaitement, les antibiothérapies précoces, l'alimentation et les modes de vie sont des facteurs influençant le développement du microbiote et son équilibre
- Les coliques du nourrisson pourraient faire le lit des troubles de l'oralité ?
- Qu'en est il du stress et des liens affectifs parents –enfant?
- Des études précises tenant compte de la présentation clinique des troubles et de la situation précise de l'enfant sont encore fortement nécessaires



# Y A-T-IL UN LIEN ENTRE INTESTIN, CERVEAU ET COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ?

- Oui intestin et cerveau peuvent interagir par le biais du microbiote
- On a montré que certaines bactéries du microbiote pouvaient produire des molécules régulant l'appétit, si déséquilibre un trouble alimentaire pourrait apparaître ( études assez avancées dans l'anorexie et la boulimie)
- Pas d'études sur les troubles de l'oralité



# ANAMNÈSE: UN TEMPS IMPORTANT

## D'ÉVALUATION - CONSULTATION CONJOINTE PÉDIATRE-PSYCHOLOGUE

- Informations familiales
- Informations périnatales
- Histoire médicale somatique mais aussi les étapes de la diversification
- Informations sur le développement psychomoteur
- Mode de garde de l'enfant
- Décrire une journée alimentaire type (temps de repas, forcing parental, semainier)
- Comportement face à l'alimentation ( manifeste sa faim, angoisse... repas pris hors de la maison)
- Recherche d'une hyper sensorialité tactile, olfactive...
- Insertion sociale de l'enfant et retentissement sur la vie familiale

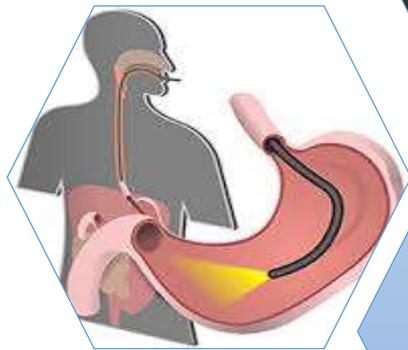


# BILAN SOMATIQUE

- Examen clinique complet avec examen de la sphère orale
- Rechercher un RGO, une oesophagite à éosinophiles, une perturbation du transit intestinal, retentissement statural et/ou pubertaire
- Comorbidités associées: troubles du langage, dyslexie, troubles du sommeil, anxiété, TOC...
- Problème des enfants ayant un trouble de la sphère autistique
  
- Bilan sanguin pas forcément au début ,surtout fait si cassure staturale associée, bilan de malabsorption et IGE totales, bilan endocrinien si fort retentissement statural



# Bilan initial en fonction de la clinique



Explorations  
digestives

Diététique



psychomot  
eur

Orthopho  
nie

# BILAN DIÉTÉTIQUE

- **Enquête alimentaire** en s'appuyant sur le semainier que la famille a rempli comme demandé lors de la consultation médicale
- Ce qui permet d'établir un **diagnostic diététique** qui comprend :
  - les habitudes alimentaires,
  - l'environnement du repas
  - les carences nutritionnelles en prenant soin de ne pas inquiéter davantage les parents (on retrouve souvent des carences d'apport calorique mais aussi protidique, calcique...)
- Les objectifs sont de **trouver des solutions réalisables** en accord avec l'enfant afin de couvrir ses besoins nutritionnels et des compléments nutritionnels peuvent être préconisés

# PROFIL SENSORIEL: ÉCHELLE DE DUNN

- **Hypersensitivité corporelle et sensorielle** : les sollicitations corporelles et sensorielles sont perçues comme irritatives et déclenchent des moyens de défense ( détournement de la tête, refus de toucher, nausées ,besoin de s'essuyer, fermeture de la bouche, agitation, colère, pleurs, refus de faire des bisous), ceci peut être due à une pauvreté de l'exploration motrice dans l'espace et le temps
- **Trouble du schéma corporel interne**
- Pas de perturbation du schéma corporel externe



## OBSERVATION ET ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE

- Angoisse +++, difficulté avec la pulsion agressive
- Impact dans les liens d'attachement parents- enfant
- Histoires familiales singulières :
  - Antécédents de troubles de l'alimentation chez parents ou famille élargie dans certains cas
  - Parfois perturbations néonatales et / ou dans le développement ultérieur ( changement de cadre de vie, séparation familiale...)
- Évaluation psychologique individuelle avec l'enfant et proposition de soutien par l'écoute de la souffrance parentale inhérente



# RÉÉDUCATION DE L'ORALITÉ : SURTOUT NE PAS FORCER L'ENFANT !



extrapolation des outils utilisés dans les troubles de l'oralité secondaires, **désensibilisation** de la sphère orale ou tactile mais **aussi sollicitations** tactiles, olfactives, orales afin d'apprivoiser de nouvelles textures alimentaires, tout en soutenant la famille et l'enfant



# ATELIERS DE DÉCOUVERTE ALIMENTAIRE

- **Jeux avec des photos d'aliments** peuvent être proposés ce qui permet :
  - ➡ d'évaluer et développer les connaissances sur les aliments
  - ➡ d'observer des réactions différentes suivant les aliments
  - ➡ de les classer en trois groupes : les aliments que j'aime, ceux que je repousse et ceux que j'aimerai découvrir
- **Ateliers dégustation** réalisés en binôme avec une infirmière du centre référent :
  - Enfant sans ses parents
  - Aliments nouveaux choisis par l'enfant
  - Durée environ 1 heure puis échanges avec les parents avec conseils/objectifs pour la maison sans jugement du fonctionnement familial



L'enfant va  
exprimer  
son  
ressenti

Sentir

Avec les  
doigts, la  
langue, une  
cuillère

Regarder

**Aliment  
nouveau**

Toucher

Porter l'aliment  
à sa bouche

Ne pas  
forcer  
Accepter  
qu'il  
recrache

Accepter le  
rythme de  
l'enfant

# OBSERVATIONS PENDANT LES ATELIERS

## OBSERVATIONS

- Moment angoissant car il se retrouve concrètement face à ses difficultés en dehors du cadre familial
- Réactions fortes face à l'aliment (refus, dégoût, blocage, peur...)
- Satisfaction/progrès
- Encouragement
- Importance du cadre du repas (posture/attitude)

## RESSOURCES

- Intérêt d'être à deux pour faire face à ces émotions et aux difficultés qu'il nous renvoie
- Deux regards professionnels différents
- Echanges sur le ressenti de l'aliment dégusté
- Autres discussions : école, loisirs, vacances...pour ne pas centrer l'enfant uniquement sur la prise alimentaire



# DIFFÉRENTES ÉVALUATIONS AU COURS DE L'ATELIER

Jeu des aliments sur  
ordinateur

Jeu de cartes  
ou  
loto pour les plus petits

Echelle des envies



J'ai envie



J'ai un petit peu envie



Je n'ai pas trop envie



Je n'ai pas envie du tout

Echelle des peurs

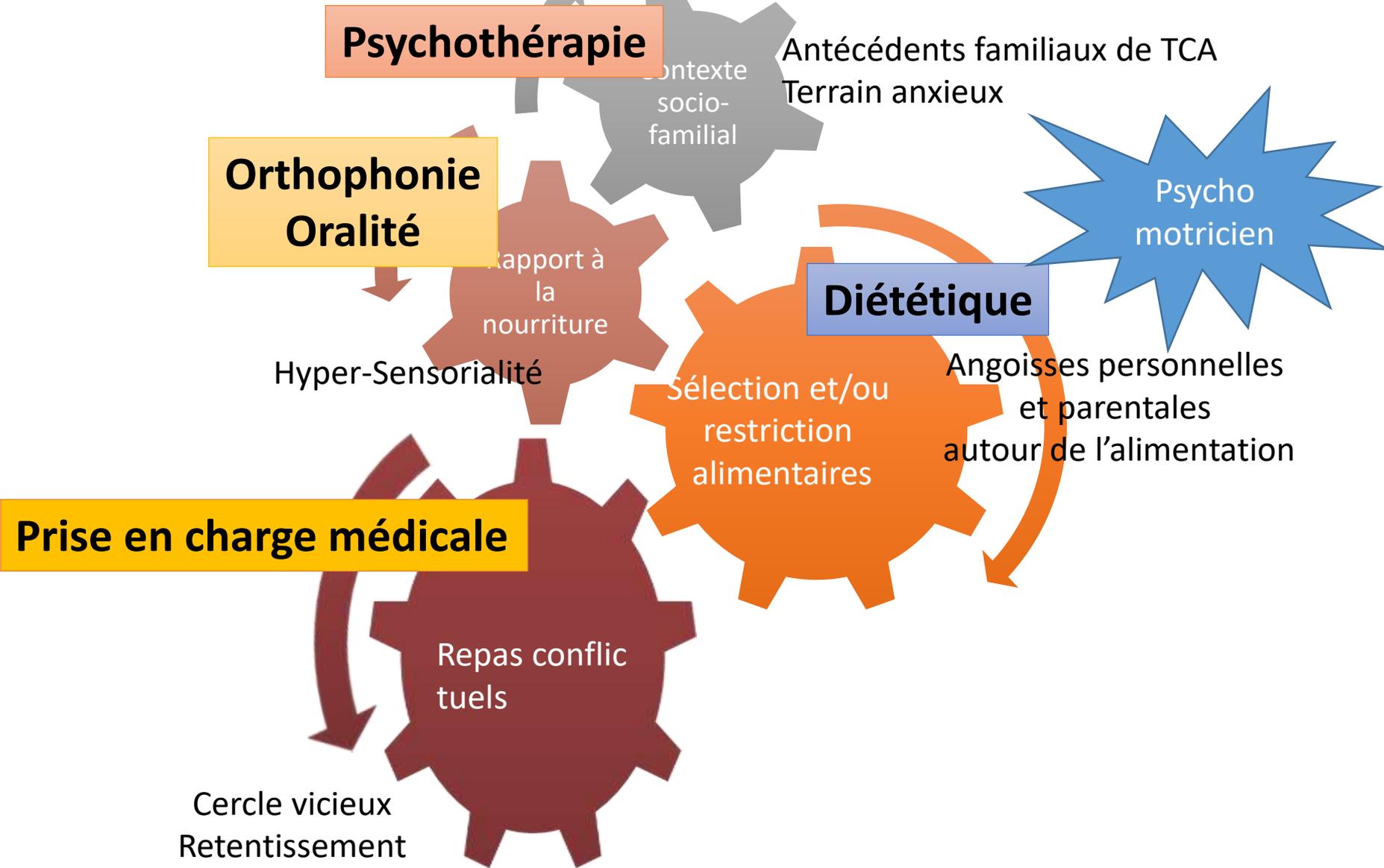
Evaluation de ce qui a été  
réalisé à la maison



Je suis fière de moi!!!



# Transdisciplinarité



# Que sait on de l'évolution ?



- Peu d'études de suivi à long terme des enfants ayant eu des troubles alimentaires bébé ou dans la petite enfance ( groupes hétérogènes, intrication avec des problèmes médicaux et comportementaux)
- On ne peut exclure qu'il y ait une continuité de ces troubles alimentaires du petit enfant à l'adolescence voire à l'âge adulte soit du fait de leur évolution naturelle et/ou de cercles vicieux comportementaux et éducatifs
- Intérêt de les dépister et d'essayer de les prendre en charge au plus vite

# Prévention

## A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties

Benny Kerzner, BSc, MBBCh, FCP; Kim Milano, MS, RD; William C. MacLean, Jr, MD, DM; Glenn Berall, MD, FRCP, MBA; Sheila Stuart, BA, MS, PhD; Irene Chatoor, MD

Accompagnement lors des phases de transition alimentaire (sevrage, diversification, introduction des morceaux, autonomie alimentaire)

Attention particulière aux parents qui se focalisent trop sur l'alimentation

=> Risque de réactions inadéquates lors des repas, faisant le lit d'un TCA.

(Misperceived poor appetite)

3 questions :

- Quel est votre degré d'anxiété vis-à-vis de l'alimentation de votre enfant ?
- Comment décririez-vous ce qui se passe pendant les repas ?
- Quelle est votre réaction lorsque votre enfant refuse de manger ?

**TABLE 3** Feeding Guidelines for All Children

Avoid distractions during mealtimes (television, cell phones, etc)

Maintain a pleasant neutral attitude throughout meal

Feed to encourage appetite

- limit meal duration (20–30 min)
- 4–6 meals/snacks a day with only water in between

Serve age-appropriate foods

Systematically introduce new foods (up to 8–15 times)

Encourage self-feeding

Tolerate age appropriate mess

Adapted from Kerzner.<sup>14</sup>

Réponses adéquates => parent « Sensible »

Force, met la pression => Dirigeant

Supplie, implore, prépare un autre repas => Indulgent

Réponses vagues => Négligent

# CONCLUSION



- **Genèse des troubles de l'oralité de l'enfant multifactorielle** => Grande hétérogénéité.
- Fréquence faible mais qui augmente avec des « portes d'entrée de prise en charge variables ».
- Intérêt des Centres Référents TCA :
  - **Meilleur repérage et travail pluridisciplinaire possible**
  - **Études cliniques** : explorations salivaires, étude du microbiote, exploration de la fonction gustative et olfactive..., tests psychologiques
  - **Harmoniser et mutualiser les prises en charge.**
  - **Assurer un suivi à long terme**



*MERCI POUR VOTRE ÉCOUTE*

