

Marie Daresse-Lapendery¹,
Amandine Rochedy², Rodolphe
Charles¹, Valérie Rousselon³,
Mathilde Pillard¹

¹Département de médecine générale,
Faculté de médecine Jacques Lisfranc,
Université Jean Monnet, CAMPUS SANTÉ
INNOVATIONS, 42270 Saint-Priest-en-Jarez
m.pillard@univ-st-etienne.fr

²Département de sociologie, Université
Toulouse Jean-Jaurès, CERTOP - UMR
CNRS 5044, France, 31058 Toulouse
Cedex 9

³Centre Léo Kanner, service de
psychopathologie de l'enfant et de
l'adolescent, CHU hôpital Nord, 42055
Saint-Étienne Cedex

Tirés à part : M. Pillard

Résumé

Faisant partie du quotidien d'un enfant, l'alimentation est aussi investie par ses parents pour lui faire découvrir le plaisir des aliments et de la table. Mais lorsqu'il « pinaille » et sélectionne, les difficultés touchent toute la famille, et certains parents se tournent vers leur médecin généraliste. La question éducative est souvent donnée comme explication à ces plaintes, car le concept de dysoralité est récent et peu connu. L'objectif de cette étude est d'apporter aux médecins généralistes une aide adaptée à leurs besoins concernant le diagnostic et l'orientation des enfants présentant une dysoralité.

• Mots clés

alimentation ; dysoralité ; soins de l'enfant ; médecine générale.

Abstract. My child pickles in front of his plate! How to approach dysorality in general practice

Food is part of a child's daily life, also invested by his parents to make him discover the pleasure of meals. But when he picks and chooses, the difficulties affect the whole family, and the parents turn to their general practitioner. The educational question is often given as an explanation for these complaints, because the concept of dysorality is recent and not well known. The objective of this study was to provide general practitioners with assistance adapted to their needs

Mon enfant pinaille devant son assiette ! Comment aborder la dysoralité en médecine générale

« Malgré l'absence de parole, les tout-petits semblent avoir leurs maux à dire, et le trouble de l'oralité alimentaire apparaît un langage bien maladroit pour le faire comprendre. Alors, écoutons-les, continuons à nous questionner sur cette problématique de l'oralité et essayons de les aider ».

Cynthia Jaen Guillerme, orthophoniste [1].

Introduction

L'alimentation occupe de façon prépondérante l'espace du quotidien, l'espace social et l'espace culturel. Rites, arts culinaires, habitudes régionales transforment le repas, réponse à un besoin physiologique vital, en un acte social à part entière. C'est aussi le temps où est mis en jeu le lien familial à travers un ensemble d'interactions, de stimulations et de réactions émotionnelles. Ce temps du repas est investi par les parents pour créer une histoire familiale et une relation symbolique avec leur enfant. Ils prennent plaisir à faire découvrir les aliments, les goûts, les textures, et à initier leur enfant à l'art de la table et au bien manger, tout en remplissant leur rôle premier de nourrissage [1].

Toutefois certaines familles font face à des difficultés : leur enfant pinaille, refuse, sélectionne les aliments. Alors, le temps du repas devient à la fois une corvée, où se jouent disputes et conflits, et une source d'angoisse chez les parents [2, 3]. Quand un enfant présente des difficultés d'alimentation, les répercussions touchent toute la famille, et certains parents, désespérés, se tournent alors vers leur médecin généraliste (MG). Néanmoins, la question est posée d'après les MG « au milieu d'autres plaintes » et fait rarement l'objet du motif de consultation. Désespérés à leur tour, les praticiens ont tendance à mettre en avant la question éducative comme explication à ces plaintes, et à faire abstraction des autres explications dont les troubles de l'oralité pour ne citer que cet exemple.

Le concept de dysoralité est récent. Dans la littérature, son apparition débute à partir des années 1980, mais seuls quelques professionnels (pédiatres, orthophonistes, psychologues) disent avoir rencontré ces notions au cours de leurs formations initiales ou continues. Les troubles de l'oralité ne sont pourtant pas rares et il est intéressant de se pencher sur les difficultés que rencontrent ces enfants et ces parents, les différentes étiologies et les prises en charge adaptées possibles.

L'objectif de cette étude était d'apporter aux MG une aide adaptée à leurs besoins en ce qui concerne le diagnostic et l'orientation des enfants présentant une dysoralité.



regarding the diagnosis and orientation of children with dysorality.

• **Key words**

food; dysorality; child care; general practice.

DOI: 10.1684/med.2018.366

Méthodes

Une recherche bibliographique approfondie a été réalisée en vue de proposer une définition claire pour le MG des concepts d'oralité, dysoralité mais aussi de néophobie alimentaire. Parallèlement une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés s'est déroulée de septembre 2017 à

février 2018, auprès de 12 professionnels de santé de la Loire. D'abord trois des MG ont été interviewés afin d'explorer leurs connaissances et leurs pratiques, et de recueillir leurs questionnements et leurs besoins concernant ces comportements alimentaires. Puis des professionnels prenant en charge les troubles de l'oralité ont été interviewés : 2 médecins de Protection Maternelle et Infantile (PMI), 1 pédiatre, 1 psychomotricien, 1 kinésithérapeute, 2 orthophonistes et 2 diététiciens.

Les entretiens ont été menés par un enquêteur en thèse d'exercice (MDL) jusqu'à saturation des données. Une retranscription a été effectuée afin de les analyser. Le guide d'entretien a été modifié tout au long de la recherche, et en fonction de la spécialité du professionnel interrogé. Des triangulations ont été réalisées avec des médecins du Département de MG de Saint Étienne. Une relecture a été faite par les médecins généralistes interrogés et des professionnels spécialistes de ce sujet afin d'évaluer si les résultats de l'étude apportaient des réponses claires à leurs questions.

La dysoralité, qu'est-ce que c'est ?

L'oralité désigne l'ensemble des fonctions liées à la sphère orale, comprenant l'alimentation, la respiration, l'olfaction et la communication. Elle remplit une fonction sensorielle, motrice, neurologique, hormonale, psychique et affective. Deux oralités vont se succéder lors du développement psychomoteur de l'enfant. L'oralité primaire correspond à la succion-déglutition. Jusqu'à l'âge de 4 mois, l'alimentation est exclusivement lactée et le réflexe de succion est omniprésent. L'oralité secondaire prend ensuite le relais avec la mastication et le passage à

la cuillère. C'est à partir du 5^e mois que le nourrisson va débiter la diversification alimentaire, avec des repas mixés puis coupés en morceaux. Pendant cette étape, il apprend à porter à la bouche la cuillère et le verre, tandis que son geste mandibulaire se complexifie : on parle de « praxie de mastication » [4].

Au niveau linguistique, cette deuxième étape est associée au babillage rudimentaire (premiers sons volontaires : « a-euh ») puis canonique (association des syllabes : « bababa » « papa »). L'oralité alimentaire se développe parallèlement à l'oralité verbale. L'existence d'un lien direct entre ces deux oralités explique le fait que les troubles du langage sont fréquemment associés à des problèmes d'alimentation [5].

Lorsqu'un enfant présente des difficultés alimentaires en lien avec sa sphère orale, on parle alors de dysoralité, ou de trouble de l'oralité. Elle correspond à des difficultés d'alimentation par voie orale. Il peut s'agir aussi bien d'absence de comportement spontané d'alimentation que de refus d'alimentation. La dysoralité se décline selon trois composantes, qui sont souvent intriquées :

- une composante sensorielle, révélée par une hyper ou une hypo réactivité sensorielle à la sphère orale ;
- une composante oromotrice, avec des difficultés à coordonner les gnosies et les praxies impliquées dans les gestes d'alimentation ;
- une composante comportementale et communicationnelle, qui se traduit par un refus, une opposition et un manque d'intérêt pour l'alimentation [6, 10].

Au-delà de la dysoralité, la néophobie alimentaire correspond à la « peur de manger des aliments nouveaux » voire à l'abandon d'aliments consommés jusque-là. Il ne s'agit pas simplement d'un refus de goûter, mais d'une réelle crainte des aliments inconnus [11]. Il existe différents degrés de néophobie alimentaire, décrits dans le [tableau 1](#). Un stade physiologique de

• **Tableau 1.** Les quatre degrés de néophobie décrits par L. Hanse [6].

Degré 0 : Néophile	Mange tous les aliments sans contrainte	Fenêtre de la diversification alimentaire	Entre 4 et 6 mois
Degré 1 : Néophobe souple	Goûte le plat avant de le manger	Stade physiologique	
Degré 2 : Néophobe rigide	Goûte un nouvel aliment sur insistance des parents ou après plusieurs fois	Construction du répertoire alimentaire	Entre 2 et 7 ans
Degré 3 : Néophobe absolu	Refuse de goûter malgré plusieurs tentatives Dysoralité	Stade pathologique qui doit alerter les parents/médecins	Signes révélateurs dès les premiers mois dans certains cas

néophobie peut apparaître entre l'âge de 2 à 7 ans. C'est un stade normal du développement dont l'hypothèse principale met en avant que cette phase rentrerait dans un processus de construction, d'identification de l'enfant, et d'opposition aux parents, contemporaine de la phase du « non » (environ 75 % des enfants). Devant ces néophobies souples, le médecin peut rassurer les parents inquiets : un enfant de cet âge goûte jusqu'à 8 ou 9 fois un aliment nouveau avant de l'accepter [6].

Dans certains cas, la néophobie peut se révéler pathologique, avec un refus catégorique de goûter un nouvel aliment, même après plusieurs tentatives infructueuses. On parle de néophobie absolue, ou de néophobie de degré 3 [7]. Seuls les néophobes absolus n'élargiront pas leur répertoire alimentaire spontanément, risquant de conduire à une hyper sélectivité alimentaire pathologique. Certains enfants mangeront par exemple exclusivement des féculents, d'autres uniquement des textures mixées, d'autres encore n'accepteront que le lait. Dans la majorité des cas, cette hyper sélectivité aura peu d'effet sur la courbe staturo-pondérale comme sur l'état clinique global, mais pour une minorité d'enfants ce trouble peut amener à un retard de croissance, à une carence vitaminiq ue et à des troubles digestifs ou bucco-dentaires [8, 9].

Les étiologies à l'origine des troubles de l'oralité peuvent être multiples : organique, psychogène (anorexie), post-traumatique (après nutrition artificielle), sociale ou sensorielle (enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme [TSA]) [12]. La liste des pathologies à risque de dysoralité évoquées par les professionnels interviewés est reprise dans le [tableau 2](#).

Chez les enfants prématurés, plusieurs études montrent une fréquence plus élevée des troubles du développement : troubles de l'articulation, retard de langage et retards mentaux, et troubles de l'alimentation. En effet, 40 à 70 % des prématurés présentent des difficultés lors de l'alimentation dans l'enfance [5]. Les séjours en service de réanimation avec nutrition artificielle peuvent expliquer ces difficultés. Les nut ritions entérale (sonde nasogastrique ou gastrostomie) et parentérale (intraveineuse) empêchent toute stimulation de la bouche, de la langue et du palais, essentielle au développement neurosensoriel de la sphère orale [13]. Ces formes de nutrition gênent également les premières interactions avec les parents, et plus généralement avec les mères, qui ont normalement lieu à l'occasion du nourrissage.

• **Tableau 2.** Facteurs de risque de dysoralité.

Fente labio-palatine
Pathologie cardiaque ou respiratoire grave
Pathologie digestive : RGO, malformations, allergie
Pathologie neurologique : encéphalopathie, infirmité motrice, trisomie
Prématuré
Trouble du spectre de l'autisme
Séjour en réanimation/Nutrition artificielle

La problématique alimentaire est très bien décrite chez les enfants présentant un TSA, sous la forme d'un syndrome de dysoralité sensorielle [2]. Il se définit comme un trouble de l'intégration neurosensorielle, avec cliniquement une hyper réactivité des organes du goût et de l'odorat : réflexe nauséeux, vomissements provoqués par certains aliments et textures. Certaines sollicitations sensorielles sont perçues par l'enfant de manière irritative et déclenchent une réponse forte [14]. Pour illustrer, un aliment chaud peut provoquer chez l'enfant une sensation de brûlure, un aliment sucré un violent écœurement, etc. Aujourd'hui, certains auteurs considèrent même que la découverte d'une sélectivité alimentaire excessive chez un enfant doit faire rechercher un TSA (recommandation HAS 2018 sur le dépistage de l'autisme) [4]. Des études en Amérique du Nord ont montré que 56 à 87 % des enfants avec un TSA présentaient des problèmes de sélectivité alimentaire excessive, contre 13 à 50 % dans la population pédiatrique normale [15, 16].

Il est important de pouvoir différencier les troubles alimentaires secondaires à une dysoralité, de troubles du comportement alimentaires d'allure psychologique. L'anorexie mentale infantile se présente par un manque d'appétit de l'enfant, pour toutes les classes d'aliment, associé presque toujours à un retard de croissance [15]. Les troubles du comportement alimentaire post-traumatiques sont aussi à distinguer, apparaissant par exemple après une séparation longue avec la famille ou un décès intrafamilial... Ce diagnostic, difficile en médecine générale, impose un examen clinique avec courbe de poids, un minutieux entretien anamnestique, et justifie un suivi rapproché.

Dès les premiers mois du nourrisson, une dysoralité peut être suspectée soit par un symptôme isolé lors du repas, soit par une accumulation de signes constituant un véritable tableau clinique. Le [tableau 3](#) résume les différentes manifestations chez le nourrisson lors d'un repas, devant alerter les médecins.

Quelle prise en charge ?

Les troubles de l'oralité affectent l'enfant, et atteignent indirectement les parents et la fratrie. La famille devra donc être intégrée à la prise en charge. L'enfant sera soutenu dans sa globalité, tant au niveau de l'alimentation en elle-même que sur le plan social et familial.

La prise en charge se fait de manière pluriprofessionnelle, par des intervenants médicaux et paramédicaux. En fonction de chaque cas et de la pathologie sous-jacente, l'enfant sera suivi par une équipe plus ou moins spécialisée. Les professionnels peuvent accueillir les enfants en cabinet de ville ou bien dans des structures plus spécifiques. Les services hospitaliers de pédopsychiatrie ou encore les CAMSP (Centre d'Action médico-social Précoce) ou CMPP (Centre Médico-Psycho Pédagogique) regroupent des professionnels nécessaires pour une prise en charge globale, en particulier pour les enfants

• **Tableau 3.** Manifestations lors des repas devant faire suspecter une dysoralité d'après Nadon [4].

Avant 4 mois Alimentation lactée exclusive	Vers 4-6 mois Début de la diversification	Après 6-8 mois
<ul style="list-style-type: none"> – Temps de prise des biberons long – Absence du réflexe de succion – N'ouvre pas la bouche à l'approche de la tétine ou du mamelon – Reflux importants – S'endort/Fait des pauses 	<ul style="list-style-type: none"> – Refus actif : ferme la bouche, détourne la tête, repousse cuillère ou biberon – Lenteur à se nourrir – Désintérêt pour les aliments – Peu d'exploration de la sphère orale (doigts dans la bouche, croûtons de pain mâchouillés, jouet ou cuillère à la bouche) 	<ul style="list-style-type: none"> – Refus du passage aux morceaux – Refus de brossage des dents – Ne mange pas seul/Mange avec les doigts – Mange des choses non comestibles – Joue avec la nourriture – Refus de nouveauté
<ul style="list-style-type: none"> – Pleurs/Agitation – Nausées/Vomissements – Grimace – Réflexe nauséux à certains goûts, textures, odeurs – Anxiété à l'approche des repas – Sélection des aliments qu'il mange selon une couleur, une texture, une odeur, une marque, un emballage – Parfois, troubles sensoriels qui touchent le corps entier : refus d'être caressé, d'être porté dans les bras, ne supporte pas d'avoir les mains sales ou mouillées 		

présentant une pathologie complexe : TSA, prématurité, infirmité motrice ou handicap mental.

En médecine générale, comment et que dépister ?

Le rôle du médecin, qu'il soit généraliste, pédiatre ou médecin de PMI consiste à dépister les troubles. Mais l'alimentation reste un sujet tabou selon une diététicienne interviewée : « *la plainte n'est souvent pas extériorisée, car les parents ont peur d'être jugés sur l'éducation qu'ils donnent à leur enfant* », explique une pédopsychiatre interrogée. Certains médecins semblent attribuer aux parents la responsabilité des troubles alimentaires, par « *manque de forçage* », et considèrent que cela ne relève pas de leur compétence. « *Huit jours sous une benne (wagon utilisé à la mine ou benne pour vendanger) et tu finiras ton assiette !* » Le dicton stéphanois résume la position des généralistes enquêtés.

Repérer les troubles de l'oralité en médecine générale implique lors des examens systématiques de poser des questions sur l'alimentation de l'enfant. Des questionnaires existent, qui permettent de mettre en avant un trouble alimentaire. Le questionnaire CEBI (*Children's Eating Behaviour Inventory*) a montré sa validité, mais demande un temps de consultation dédié [17]. Le médecin peut aussi plus simplement répertorier les aliments le plus souvent mangés et les aliments évités, ou demander aux parents un carnet alimentaire sur trois jours, outil très utilisé par les nutritionnistes. D'autres outils sont disponibles [18] et mériteraient un développement dans d'autres articles.

Concernant le repérage des TSA (en cas de néophobie sévère, d'association à d'autres inquiétudes familiales), un questionnaire simple permet de repérer le risque autistique à partir de l'âge de 18 mois : le *Modified Checklist for Autism in Toddlers*, ou le *M-CHAT*. Ce test induit des faux positifs comme de faux négatifs, et ne doit pas être considéré de manière isolée, mais au sein d'un faisceau d'arguments. Il existe également un listing des signes d'alerte devant faire rechercher un TSA face à des inquiétudes concernant la communication, la socialisation ou le comportement de l'enfant [19-21].

L'orientation vers une prise en charge pluriprofessionnelle peut se faire par la voie du médecin traitant, sans recours à l'avis du pédiatre. Il semble exister toutefois une méconnaissance des troubles de l'oralité. Face à des MG démunis, les soignants de PMI, médecins et infirmiers, se trouvent un peu mieux formés pour repérer ces troubles. La visite scolaire des 3-4 ans constitue une occasion de dépistage. Lors de cette consultation, de nombreuses questions autour de l'alimentation et du comportement sont posées aux parents. Dans certains cas, les enseignants, inquiets devant un enfant refusant à la cantine de s'alimenter alertent le médecin de PMI. Le passage par le pédiatre ou la PMI est aujourd'hui quasi systématique sur orientation du médecin traitant, mais pourrait être évité.

Devant des signes de dysoralité, l'enfant peut être adressé à un orthophoniste, un psychomotricien ou un kinésithérapeute selon le type de troubles, praxiques (problème de mastication) et/ou sensoriels. Le psychologue ou le pédopsychiatre prend en charge la part psychopathologique associée aux troubles : anxiété générée par les repas, troubles du comportement... Les diététiciens jouent également un rôle dans la prise en charge, d'appréciation des apports alimentaires, de conseils et

de déculpabilisation des parents. Au CHU de Saint-Étienne, les diététiciens du centre régional de référence des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) prennent place dans la prise en charge en conseillant et en revalorisant les parents. L'objectif est de rééduquer les enfants au plaisir de manger et de goûter, et de rassurer les parents inquiets à l'idée de potentielles carences, en désacralisant l'équilibre alimentaire.

Le sujet a été incorporé de manière récente dans la formation initiale des écoles d'orthophonie, tandis qu'il ne l'est pas encore dans les écoles de kinésithérapie. La majorité des professionnels formés l'a donc fait personnellement, soit de manière informelle par la littérature, soit par le biais de la formation continue, ce qui explique que les professionnels spécialisés restent rares.

Que font les professionnels de la dysoralité ?

Chaque spécialité médicale et paramédicale propose une prise en charge spécifique. Malgré tout, un objectif commun les réunit : « *réinvestir cet espace qu'est la bouche, qu'elle redevienne une zone de plaisir.* » (Propos d'une psychomotricienne travaillant en CAMSP).

Le bilan commence par une enquête retraçant les antécédents alimentaires, l'histoire familiale, le déroulé des repas, ainsi qu'un relevé alimentaire sur 3 jours. L'objectif est de mettre en place un projet thérapeutique individuel et d'éliminer un autre trouble. Du côté de la PMI, les IDE puéricultrices peuvent se rendre au domicile familial pour observer un ou plusieurs repas, analyser les refus et difficultés de l'enfant, afin d'apporter ensuite une aide plus adaptée, en lien avec le médecin.

Des ateliers sont proposés à l'enfant dans le but de le réconcilier avec les aliments et de lui apprendre à avoir conscience de sa bouche. Les professionnels formés proposent des ateliers « patouille », individuels ou en groupe, pendant lesquels l'enfant peut toucher, souffler, goûter différentes textures et odeurs, alimentaires ou non.

Les spécialistes accordent une place importante aux séances de massages, d'abord sur le corps et les extrémités, puis en se rapprochant progressivement de la bouche, pour masser jusqu'à la sphère endobuccale. Ces séances ont des objectifs multiples, en permettant le travail de la praxie de mastication, de la coordination de la déglutition, ainsi que des découvertes sensorielles, une désensibilisation du visage et une déconstruction des aversions de l'enfant. Selon une orthophoniste interviewée, « *on parle un peu comme on mange et on mange un peu comme on parle* » : cette prise en charge est corrélée à celle d'un retard de parole s'il existe. Les kinésithérapeutes, quant à eux, vont suivre 3 axes de prise en charge : travail sur la posture pendant le repas, travail de désensibilisation de la sphère orale, et travail sur les aptitudes cérébro-motrices buccofaciales.

Au centre TCA les diététiciens proposent également des ateliers repas : « *on travaille sur la redécouverte des aliments par d'autres façons de faire* », en appréhendant

les peurs des enfants et de leurs parents et en apportant des conseils. Concernant les enfants porteurs d'un TSA, le service de pédopsychiatrie du CHU de Saint-Étienne et le CAMSP proposent des médiations « amuse-bouche » qui s'apparentent aux ateliers « patouille » décrits plus haut.

Plus la prise en charge est précoce, plus l'efficacité sera notable et rapide. Ainsi, en service de néonatalogie, chez les enfants prématurés ou nécessitant une alimentation artificielle, la prévention d'un trouble de l'oralité se fait très précocement par des massages péribuccaux afin de stimuler ce territoire [5]. Les nouveau-nés avec une fente labiopalatine sont opérés tôt par chéiloplastie et des massages sont réalisés en post-chirurgie précoce. Cette stimulation orofaciale précoce a montré son efficacité en raccourcissant la durée de l'alimentation artificielle, et en améliorant la diversification alimentaire, mieux acceptée [22].

Implication des parents et conseils

Une fois dépistée, la dysoralité nécessite un suivi qui s'inscrit dans la durée, sur plusieurs mois, indissociable d'une implication forte des parents au quotidien. La prise en compte par ces derniers des conseils donnés et la réalisation des exercices à la maison favorise un retour à une alimentation « normale » beaucoup plus rapide.

Il faut essayer de contenir l'angoisse par une guidance au quotidien autour du trouble de leur enfant. En général, les professionnels notent un engagement fort des parents, « *peut-être davantage que pour d'autres prises en charge, car cela a un impact sur toute la famille, sur le quotidien* » (orthophoniste libérale). Toutefois il arrive que les parents soient trop insistants, induisant un contre effet, le « forçage à finir son assiette » risquant de cristalliser les troubles alimentaires déjà présents [4]. Des conseils pratiques, présentés dans le [tableau 4](#), sont donnés aux parents, et adaptés à chaque enfant.

Conclusion

Le rôle du médecin généraliste réside surtout dans le repérage précoce des difficultés alimentaires de ces enfants, grâce à la connaissance des signes d'alerte. La plainte des parents ne doit pas être sous-estimée et mise trop rapidement sur le compte d'une problématique éducationnelle, mais écoutée et prise en compte, en interrogeant les difficultés à nourrir son enfant.

Le diagnostic différentiel est difficile en MG s'appuyant sur un entretien soigneux, un suivi régulier des enfants, et une orientation spécialisée en fonction des troubles associés (retard de langage et des apprentissages, TSA, difficultés sensorielles ou troubles psycho-affectifs – sommeil, comportement, amaigrissement...).

De plus, l'angoisse des parents peut dans certaines situations parasiter, en médecine générale, une démarche

• **Tableau 4.** Conseils pratiques donnés aux parents.

– Ne pas forcer l'enfant
– Proposer les repas à un horaire régulier, manger à table
– Ne pas introduire les morceaux avant l'apparition des molaires
– Proposer régulièrement de nouveaux aliments
– Proposer à nouveau l'aliment quelques jours plus tard s'il n'en a pas voulu
– Stimuler l'enfant pour qu'il joue avec ses mains et sa bouche
– Encourager l'enfant à sentir, toucher les nouveaux aliments avant même de les goûter plus tard
– Émulation avec les autres enfants à la cantine
– Faire les courses et préparer le repas avec les enfants
– Éviter les écrans pendant le repas
– Ne pas laisser le choix du plat
– Préparer le même plat pour toute la famille

clinique rigoureuse. On peut espérer que l'intégration de ces questions dans la formation médicale et paramédicale initiale améliorerait leur prise en charge.

Enfin, il n'existe pas de parcours de soin unique à suivre. Chaque praticien peut « créer son réseau » de



Pour la pratique

- La dysoralité n'est pas exceptionnelle, il est important de la rechercher pendant les consultations de suivi de l'enfant.
- Le MG ne doit pas réduire les troubles de l'oralité à la seule composante éducative.
- Les troubles peuvent être repérés en questionnant les parents sur les repas et le quotidien de l'enfant.
- Les enfants peuvent être adressés auprès d'un orthophoniste, d'un psychomotricien, d'un service de PMI, ou vers tout autre professionnel formé sur la question.
- Parmi les enfants néophobes de degré 3 se trouve une population à plus fort risque de troubles développementaux.

professionnels vers lequel orienter un enfant si besoin, car les spécialistes formés aux troubles de l'oralité varient en fonction des régions et des services.

~ **Remerciements** à Nadine Kerveillant.

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

- Guillermé CJ. L'oralité troublée : regard orthophonique. *Spirale* 2015 ; 72 : 25-38.
- Rochedy A. Note de recherche « Autismes et socialisations alimentaires. Particularités alimentaires des enfants avec un Trouble du Spectre de l'Autisme et ajustements parentaux pour y faire face ». *ALTER European Journal of Disability Research* 2018 ; 12 : 41-9.
- Rochedy A. « Bien sûr, il y aura encore des jours "avec" et des jours "sans". Autismes et gestions familiales des particularités alimentaires de l'enfance à l'adolescence ». *Enfances Familles et Générations* 2018.
- Thibault C. L'oralité positive. *Dialogue* 2015 ; 209 : 35-48.
- Thibault C. L'éducation gnoso-praxique orale précoce au sein de l'accompagnement orthophonique chez le jeune enfant né prématuré. *Contraste* 2015 ; 41 : 253-70.
- Bandelier E. Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant. *Ortho Édition* 2015.
- Hanse L. La néophobie alimentaire chez l'enfant [Internet]. 1994 [cité 6 juill 2017]. Disponible sur : <http://www.institut-benjamin-delessert.net/fr/prix/presentation/La-neophobie-alimentaire-chez-lenfant/displayreturn=true>.
- Pierot-Blanc A. L'évaluation des troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants atteints de troubles du spectre autistique. [Thèse de doctorat]. Saint Étienne. 2016.
- Rouches A, Lefer G, Dajeau-Trudaud S, Lopez-Cazaux S. Amélioration de la santé orale des enfants avec autisme : les outils à notre disposition. *Arch Pédiatrie* [Internet]. 2017 [cité 12 févr 2018] ; Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X17304724>.
- Burklow K. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998 ; 27 : 143.
- Rochedy A, Poulain JP. Approche sociologique des néophobies alimentaires chez l'enfant. *Dialogue* 2015 ; 209 : 55-68.
- Rochedy A, Raynaud JP, Maffre T, Poulain JP. Particularités alimentaires des enfants avec Trouble du Spectre Autistique. Une approche sociologique de la néophobie alimentaire. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*. Article soumis.
- Nicklaus S, Le Déaut A-L, Abadie V, et al. Caractériser les troubles du comportement alimentaire de l'enfant atteint de dysoralité. *Nutr Clin Métabolisme* 2011 ; 25 : S30.
- Leblanc V, Lecoufle A, Bourgeois C. *Boîte à idées pour l'oralité malmenée du jeune enfant*. 2012.
- Nadon G. Problèmes alimentaires et troubles du spectre de l'autisme. *Bull Sci Arapi* 2011 ; 27 : 6-14.
- Martins Y, Young RL, Robson DC. Feeding and eating behaviors in children with autism and typically developing children. *J Autism Dev Disord* 2008 ; 38 (10) : 1878-87.
- Archer LA, Rosenbaum PL, Streiner DL. The children's eating behavior inventory: Reliability and validity results. *J Pediatr Psychol* 1991 ; 16 (5) : 629-42.
- Nadon G, Feldman DE, Gisele E. Review of assessment methods used to evaluate feeding for children with pervasive developmental disorder. *Arch Pediatr* 2008 ; 15 (8) : 1332-48.
- Labbé A. Spectre de l'autisme.com [Internet]. [cité 12 juill 2017]. Disponible sur : <https://quizzyourself.com/questionnaire/show/cde093cbe3acd3a3732fa7f933331f-faa529e0>.
- Filipek PA, Accardo PJ, Baranek GT, et al. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 1999 ; 29 (6) : 439-84.
- Haute Autorité de Santé. Trouble du spectre de l'autisme. Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent. *Recommandations pour la pratique clinique* 2018. 45 p.
- Maillard T. Oralité : bébé prématuré deviendra grand. *Ortho Mag* 2008 ; 14 : 16-9.