

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

ANNEE 2018

Mon enfant pinaille devant son assiette !

Comment aborder la dysoralité en médecine générale

THESE

Présentée

A l'UNIVERSITE de SAINT-ETIENNE

Et soutenue publiquement le 1^{er} juin 2018

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR :

DARESSE LAPENDERY Marie

Née le 12 octobre 1991 à Roanne

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

THESE DE Marie DARESSE LAPENDERY

COMPOSITION DU JURY

Président :	Pr Hugues PATURAL	Faculté : Jacques Lisfranc.
Assesseur :	Dr Xavier GOCKO	Faculté : Jacques Lisfranc.
	Dr Mathilde PILLARD	Faculté : Jacques Lisfranc.
	Dr Vincent GAUTHETON	Faculté : Jacques Lisfranc.

Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Hugues PATURAL, merci d'avoir participé à cette enquête. Et merci de me faire l'honneur de présider cette thèse et de juger mon travail.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Vincent GAUTHERON, merci d'avoir accepté de juger mon travail.

Monsieur le Professeur Xavier GOCKO, merci de l'intérêt de que vous avez bien voulu porter à ce travail en acceptant de faire partie de ce jury.

Madame le Docteur Mathilde PILLARD, un grand merci pour m'avoir si bien guidé tout au long de ce travail, je suis heureuse et fière d'être la première thésarde que tu auras dirigé !

A ceux qui ont participé à ce travail,

Monsieur le Professeur Rodolphe CHARLES, merci de m'avoir proposé ce passionnant sujet de thèse et d'avoir jusqu'à la fin supervisé mon travail.

A tous les professionnels qui m'ont reçu pour un entretien et grâce à qui ce travail a abouti, merci pour votre temps et vos précieuses réponses.

FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

LISTE DES DIRECTEURS DE THESE

Anatomie	M. le Pr Jean-Michel PRADES	PU-PH CE
Anatomie et cytologie pathologiques	M. le Pr. Michel PEOC'H	PU-PH 1C
Anatomie et cytologie pathologiques	M. le Dr Fabien FOREST	MCUPH 1C
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Christian AUBOYER	PU-PH CE
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Serge MOLLIEUX	PU-PH CE
Bactériologie – Virologie - Hygiène	M. le Pr. Bruno POZZETTO	PU-PH CE
Bactériologie – Virologie – Hygiène	M. le Pr Thomas BOURLET	PU-PH 1C
Bactériologie – Virologie - Hygiène	Mme le Dr. Florence GRATARD	MCU-PH HC
Bactériologie – Virologie - Hygiène	Mme le Dr. Sylvie PILLET	MCU-PH 1C
Bactériologie – Virologie – Hygiène	M. le Dr Paul VERHOEVEN	MCUPH 2C
Bactériologie – Virologie – Hygiène(opt Hygiène)	M. le Pr Philippe BERTHELOT	PU-PH 1C
Biochimie et biologie moléculaire	M. le Pr Philippe GONZALO	PUPH 2C
Biochimie et biologie moléculaire	Mme Nadia BOUTAHAR	MCUPH 1C
Biochimie et biologie moléculaire	M. le Dr Yannick THOLANCE	MCUPH 2C
Biologie cellulaire	Mme le Pr Marie Hélène PROUST	PU-PH 1C
Biophysique et médecine nucléaire	Mme le Pr Claire BILLOTEY	PU-PH 2C
Biophysique et médecine nucléaire	M. le Dr Philippe RUSCH	MCU-PH HC
Biophysique et médecine nucléaire	Mme le Dr Nathalie PREVOT	MCU-PH HC
Biostatistiques informatique médicale et technologie de la communication	M. le Pr. Jean-Marie RODRIGUES	prof émérite
Biostatistiques informatique médicale et technologie de la communication	Mme le Pr Béatrice TROMBERT	PU-PH 2C
Cancérologie - Radiothérapie (opt Radiothérapie)	M. le Pr. Nicolas MAGNE	PU-PH 2C
Cardiologie	M. le Pr. Karl ISAAZ	PU-PH CE
Cardiologie	M. le Pr Antoine DACOSTA	PU-PH 1C
Chirurgie digestive	M. le Pr Jack PORCHERON	PU-PH 1C
Chirurgie générale	M. le Pr Olivier TIFFET	PU-PH 1C
Chirurgie Infantile	M. le Pr. François VARLET	PU-PH CE
Chirurgie Infantile	M. le Pr. Bruno DOHIN	PU-PH 1C
Chirurgie orthopédique	M. le Pr Frédéric FARIZON	PU-PH 1C
Chirurgie orthopédique	M. le Pr Rémi PHILIPPOT	PUPH 2C

Chirurgie Vasculaire	M. le Pr. Jean Pierre FAVRE	PU-PH CE
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr Jean Noël ALBERTINI	PU-PH 2C
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr Jean François FUZELLIER	PU-PH 2C
Dermato - vénéréologie	M. le Pr. Frédéric CAMBAZARD	PU-PH CE
Endocrinologie et Maladies Métaboliques	M. le Pr. Bruno ESTOUR	prof émérite
Endocrinologie et Maladies Métaboliques	Mme. le Pr. Natacha GERMAIN	PU-PH 2C
Epidémiologie- Economie de la Santé et Prévention	M le Pr Franck CHAUVIN	PU-PH CE
Gériatrie	M. le Pr. Régis GONTHIER	PU-PH CE
Gynécologie et Obstétrique	Mme le Pr Céline CHAULEUR	PUPH 2C
Gynécologie et Obstétrique	M. le Pr Pierre SEFFERT	Prof émérite
Gynécologie et Obstétrique	Mme le Dr Tiphaine BARJAT	MCUPH 2C
Hématologie	M. le Pr. Denis GUYOTAT	PU-PH 1C
Hématologie	Mme le Pr Lydia CAMPOS GUYOTAT	PU-PH 1C
Hématologie	Mme le Dr Emmanuelle TAVERNIER	MCUPH 1C
Hépatologie – Gastro - Entérologie	M. le Pr Jean Marc PHELIP	PU-PH 1C
Hépatologie – Gastro - Entérologie	M. le Pr Xavier ROBLIN	Pr Associé
Histologie – Embryologie - Cytogénétique	Mme le Pr Michèle COTTIER	PU-PH CE
Histologie – Embryologie - Cytogénétique	Melle Delphine BOUDARD	MCU-PH 1C
Histologie – Embryologie – Cytogénétique	M. le Dr Jean Philippe KLEIN	MCUPH 2C
Immunologie	M. le Pr Olivier GARRAUD	PU-PH 1C
Immunologie	M. Stéphane PAUL	PU-PH 2C
Maladies Infectieuses - maladies tropicales	M. le Pr. Frédéric LUCHT	PU-PH CE
Maladies Infectieuses - maladies tropicales	Mme le Pr Elisabeth BOTELHO NEVERS	PU-PH 2C
Médecine et santé au Travail	M. le Pr Luc FONTANA	PU-PH 1C
Médecine générale	M le Dr Paul FRAPPE MCUMG 1C	
Médecine générale	M. le Pr Christophe BOIS	PAMG
Médecine générale	Mme le Pr Josette VALLEE	PUMG
Médecine générale	M. le Dr Rodolphe CHARLES	MCAMG
Médecine générale	M. le Dr Xavier GOCKO	MCUMG
Médecine générale	M. le Dr Jean Noel BALLY	MCAMG
Médecine générale	M. le Dr Hervé BONNEFOND	MCAMG
Médecine interne	M. le Pr. Pascal CATHEBRAS	PU-PH 1C
Médecine légale	M. le Pr. Michel DEBOUT	Pr émérite
Médecine légale	M. le Dr Sébastien DUBAND	MCUPH 1C
Médecine Physique et réadaptation	M. le Pr. Vincent GAUTHERON	PU-PH CE
Médecine Physique et réadaptation	M. le Pr Pascal GIRAUX	PU-PH 2C
Médecine vasculaire	M. le Dr. Christian BOISSIER	MCU-PH HC

Médecine vasculaire	Mme le Pr Claire LE HELLO	PUPH 2C
Néphrologie	M. le Pr Eric ALAMARTINE	PU-PH CE
Néphrologie	M. le Pr Christophe MARIAT	PU-PH 1C
Neurochirurgie	M. le Pr Jacques BRUNON	Pr émérite
Neurologie	M. le Pr Jean Christophe ANTOINE	PU-PH CE2
Neurologie	M. le Pr. Bernard LAURENT	PU-PH CE
Neurologie	M. le Pr JP CAMDESSANCHE	PUPH 2C
Neurologie	M. le Pr Roland PEYRON	Pr associé
Nutrition	M. Le Pr Bogdan GALUSCA	PUPH 2C
Ophthalmologie	M. le Pr Philippe GAIN	PU-PH 1C
Ophthalmologie	M le Pr Gilles THURET	PU-PH 1C
ORL	M. le Dr Alexandre KARKAS	MCUPH 2C
Parasitologie et mycologie	M. le Pr Pierre FLORI	PU-PH 2C
Pédiatrie	M. le Pr. Jean Louis STEPHAN	PU-PH 1C
Pédiatrie	M. le Pr. Hugues PATURAL	PU-PH 1C
Pharmacologie fondamentale	M. le Dr Xavier DELAVENNE	MCUPH 1C
Pharmacologie clinique	M. le Pr Patrick MISMETTI	PU-PHCE1
Pharmacologie clinique	Mme Silvy LAPORTE	MCU-PH HC
Physiologie	M. le Pr André GEYSSANT	Prof émérite
Physiologie	M. le Pr. Jean Claude BARTHELEMY	PU-PH 2C
Physiologie	M. le Dr. Jean Claude CHATARD	MCU-PH HC
Physiologie	M. le Pr Frédéric ROCHE	PU-PH 1C
Physiologie	M. le Pr Léonard FEASSON	PU-PH 2C
Physiologie	M. le Dr Pascal EDOUARD	MCUPH 1C
Physiologie	M. le Dr David HUPIN	MCUPH 2C
Pneumologie	M. le Pr. Jean-Michel VERGNON	PU-PH CE
Psychiatrie d'adultes	M. le Pr Jacques PELLET	Pr émérite
Psychiatrie d'adultes	M. le Pr Eric FAKRA	PUPH 2C
Psychiatrie d'adultes	Mme le Pr Catherine MASSOUBRE	PU-PH 1C
Psychiatrie d'Adultes	M. le Pr. François LANG	prof émérite
Radiologie et imagerie médicale	M. le Pr. Fabrice - Guy BARRAL	PU-PH CE
Radiologie et imagerie médicale	M le Pr Pierre CROISILLE	PUPH 2C
Radiologie et imagerie médicale	Mme le Pr Claire BOUTET	PUPH 2C
Radiologie et imagerie médicale	M. le Dr Fabien SCHNEIDER	MCU-PH1C
Réanimation	M. le Pr. Fabrice ZENI	PU-PH CE
Réanimation	Mme le Dr Sophie RAGEY PERINEL	MCUPH 2C
Réanimation	M. le Dr Alain VIALON	Pr associé

Rhumatologie	M. le Pr Thierry THOMAS	PU PH1C
Rhumatologie	M. le Pr Hubert MAROTTE	PUPH 2C
Stomatologie et Chirurgie Maxillo - Faciale	M. le Pr. Pierre SEGUIN	prof émérite
Thérapeutique	M. le Pr. Hervé DECOUSUS	prof émérite
Thérapeutique	M. le Pr Bernard TARDY	PU-PH 1C
Thérapeutique	M. le Pr Laurent BERTOLETTI	PUPH 2C
Urologie	M. le Pr Nicolas MOTTET	PUPH 1C

Légende :

PU-PH :	<i>Professeur des Universités - Praticien Hospitalier</i>
MCU-PH :	<i>Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier</i>
1C	<i>1ère classe</i>
2C	<i>2ème classe</i>
CE	<i>Classe exceptionnelle</i>
HC	<i>Hors classe</i>
MCUMG	<i>Maître de Conférences des Universités de médecine générale</i>
PUMG	<i>Professeur des Universités de médecine générale</i>
MCAMG	<i>Maître de conférences associé de Médecine générale</i>
PAMG	<i>Professeur associé de médecine générale</i>

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

Acronymes et abréviations

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CEBI : Children's Eating Behaviour Inventory

CHU : Centre Hospitalo Universitaire

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

HdJ : Hôpital de Jour

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

M-CHAT: Modified Checklist for Autism in Toddlers

MG : Médecin Généraliste

PMI : Protection Maternelle et Infantile

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

TSA : Trouble du Spectre Autistique

Table des matières

Remerciements	3
SERMENT D'HIPPOCRATE	8
Acronymes et abréviations	9
Introduction	11
Méthode.....	12
Résultats	13
La dysoralité, qu'est-ce que c'est ?	13
Quelle prise en charge ?	19
Qui peut s'en occuper ?	19
Et en pratique ?.....	20
Conclusion.....	24
Références bibliographiques	26
Annexes	28

Introduction

« *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]

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 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 de bien manger, tout en remplissant leur rôle premier de nourrissage. [1]

Toutefois certaines familles font face à des difficultés : leur enfant pinaille, refuse, sélectionne. 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. Quand un enfant présente des difficultés d'alimentation, les répercussions touchent toute la famille, et les parents, désespérés, se tournent alors vers leur médecin généraliste. La question est posée « *au milieu d'autres plaintes* » et fait rarement l'objet du motif de consultation. Désespérés à leur tour, les généralistes ont tendance à mettre en avant la question éducative comme explication à ces plaintes, et à faire abstraction des troubles de l'oralité.

Ces troubles ont été conceptualisés pour la première fois dans les années 2000, et ce n'est qu'à ce moment-là que les professionnels spécialisés (pédiatres, orthophonistes, psychologues) se sont formés à la question [2]. Son caractère récent explique probablement les difficultés des généralistes à se saisir de ce diagnostic. 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 médecins généralistes une aide adaptée à leurs besoins en ce qui concerne le diagnostic et l'orientation des enfants présentant une dysoralité.

Méthode

Une recherche bibliographique approfondie a été réalisée dans le but de proposer une définition claire des concepts d'oralité, dysoralité, néophobie alimentaire. Parallèlement une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée, permettant la réalisation d'une « recherche-action ».

Les entretiens se sont déroulés de septembre 2017 à février 2018, auprès de professionnels de santé de la Loire contactés par téléphone ou par mail, selon un échantillonnage raisonné. D'abord des médecins généralistes ont été interviewés afin d'explorer leurs connaissances et leur pratique, et de recueillir leurs questionnements et leurs besoins concernant ces troubles. Puis des professionnels prenant en charge les troubles de l'oralité ont été interviewés : médecins de Protection Maternelle et Infantile (PMI), pédiatres, psychomotriciens, kinésithérapeutes, orthophonistes et diététiciens. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.

Une retranscription des entretiens 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. L'annexe 1 correspond au guide utilisé lors des entretiens avec les médecins généralistes.

Des triangulations ont été réalisées avec des médecins du Département de Médecine Générale de Saint Etienne. Une relecture a été faite par les médecins généralistes interrogés afin d'évaluer si les résultats de l'étude apportaient des réponses claires à leurs questions. Ce travail a ensuite été accepté en révision mineure dans la revue Médecine.

Résultats

Les professionnels interviewés sont référencés dans la table des cas (tableau 1). Les entretiens ont eu lieu au cabinet du professionnel ou dans la structure où il exerce, et ont duré entre 20 min et 1 heure.

Entretien	Profession	Genre	Durée de l'entretien
1	Médecin Généraliste	Femme	40 min
2	Médecin Généraliste	Femme	20 min
3	Médecin Généraliste	Homme	25 min
4	Médecin de PMI	Femme	30 min
5	Médecin de PMI	Femme	45 min
6	Orthophoniste Libérale	Femme	1 heure
7	Psychomotricienne et Pédiatre en CAMSP	Femmes	40 min
8	Kinésithérapeute Libéral	Homme	1 heure
9	Pédiatre en réanimation néonatalogie	Homme	30 min
10	Pédopsychiatre au CHU	Femme	40 min
11	2 diététiciennes au CHU	Femmes	30 min

Tableau 1 : Table des cas. PMI = Protection Maternelle Infantile ; CAMSP = Centre d'Action Médico Social Précoce ; CHU = Centre Hospitalo-Universitaire.

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. D'abord l'oralité primaire, qui 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^{ème} 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 » [3].

Au niveau linguistique, cette deuxième étape est associée au babillage rudimentaire (premiers sons volontaires : « a-euh ») puis canonique (association des syllabes : « bababa » « papa ») [3,4]. 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.

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 [5].

Il existe différents degrés de néophobie alimentaire, décrits dans le tableau 2. Un stade physiologique de néophobie peut apparaître entre l'âge de 2 à 7 ans. C'est un stade normal du développement, qui rentrerait dans un processus de construction, d'identification de l'enfant, et d'opposition aux parents, contemporaine de la phase du « non ». 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 vitaminique et à des troubles digestifs ou bucco-dentaires [8,9].

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		
Degré 2 : Néophobe rigide	Goûte un nouvel aliment sur insistance des parents ou après plusieurs fois	Stade physiologique 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

Tableau 2 : Les 4 degrés de néophobie décrits par Hanse L. [6]

C'est lorsque l'oralité est troublée qu'elle s'exprime par une néophobie et une hyper sélectivité alimentaire : 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, troubles qui affectent dans les deux cas le développement de l'enfant.

La dysoralité se décline selon 3 composantes, qui sont souvent intriquées :

- Une composante sensorielle, révélée par une hyper ou une hypo réactivité sensorielle à la sphère orale
- Une composante oro-motrice, 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]

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)). La liste des pathologies à risque de dysoralité sont reprises dans le tableau 3.

Trouble du spectre de l'autisme
Prématuré
Séjour en réanimation / Nutrition artificielle
Fente labio palatine
Pathologie digestive : RGO, malformations, allergie
Pathologie cardiaque ou respiratoire grave
Pathologie neurologique : Encéphalopathie, Infirmité motrice, Trisomie
Forçage parental lors du repas

Tableau 3: Facteurs de risque de dysoralité

Chez les enfants prématurés, plusieurs études montrent une fréquence des troubles du développement plus élevée : 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. [4] Les séjours en service de réanimation avec nutrition artificielle peuvent expliquer ces difficultés chez les enfants prématurés. Les nutritions entérale (sonde naso-gastrique ou gastrostomie) et parentérale (intraveineuse) empêchent toute stimulation de la bouche, de la langue et du palais, essentielle au développement neurosensoriel. [11]. Ces formes de nutrition gênent également les premières interactions avec les parents qui ont normalement lieu à l'occasion du nourrissage.

Les troubles alimentaires touchent également une grande part des enfants souffrant d'un TSA, sous la forme d'un **syndrome de dysoralité sensorielle**. Le syndrome de dysoralité sensorielle se définit comme un trouble de l'intégration neurosensorielle, avec cliniquement une hyper réactivité des organes du goût et de l'odorat. Cette hyper réactivité se traduit par un réflexe nauséux voire des vomissements provoqués par certains aliments et textures. Certaines sollicitations sensorielles sont perçues par l'enfant de manière irritative et déclenchent chez lui une réponse forte [12]. Pour illustrer, un aliment chaud peut provoquer une sensation de brûlure chez l'enfant, un aliment sucré un violent écoëurement, etc. Aujourd'hui, certains auteurs considèrent même que la découverte d'une sélectivité alimentaire excessive chez un enfant doit faire rechercher un TSA. Une étude américaine a 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 [13,14]. Face à une prévalence des TSA en augmentation ces dernières années (1 enfant sur 150), porter

attention aux troubles de l'oralité alimentaire rapportés par les parents peut être un moyen de dépister les TSA [2].

Il est difficile en médecine générale de faire la part des choses entre alimentation « normale » et pathologique en fonction des âges, et c'est parce qu'« *on ne trouve que ce que l'on cherche* » qu'il est important de prendre le temps de poser les bonnes questions et d'aller chercher ce que les parents n'osent pas aborder.

Il est important de pouvoir différencier les troubles alimentaires secondaires à une dysoralité, de troubles du comportement alimentaires d'allure psychiatrique. **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** [13]. Les troubles du comportement alimentaire post-traumatique sont aussi à distinguer, par exemple apparaissant après une séparation longue avec la famille ou un décès intra-familial.

Aussi, l'hyper sélectivité alimentaire secondaire à un choix social parental, comme le régime végétalien, doit être pris en considération pendant la prise en charge.

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 4 résume les différentes manifestations chez le nourrisson lors d'un repas, devant alerter les médecins.

Avant 4 mois	Vers 4 - 6 mois	Après 6-8 mois
Alimentation lactée exclusive	Début de la diversification	
<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, croutons de pains « 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 		

Tableau 4: Manifestations lors des repas devant faire suspecter une dysoralité [13]

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 l'aspect social et familial.

Qui peut s'en occuper ?

La prise en charge se fait de manière **pluri-professionnelle**, par des intervenants médicaux et paramédicaux. En fonction de chaque cas et de la pathologie sous-jacente, l'enfant sera suivi par une équipe adaptée. Les professionnels peuvent accueillir les enfants en cabinet de ville ou bien dans des structures spécialisées. Des services hospitaliers de pédopsychiatrie ou encore les CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) ou CMPP (Centre Médico-Psycho Pédagogique) regroupent les professionnels nécessaires pour une prise en charge globale, en particulier pour les enfants présentant une pathologie complexe, TSA, prématurité, infirmité motrice ou handicap mental.

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* » : 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. D'après un médecin de PMI interrogé, « *on a le temps en PMI d'interroger les parents et d'aller creuser là où il y a des difficultés [...] c'est quelque chose qui revient souvent* ». Devant un trouble qui n'est pas rare, poser les bonnes questions pourra faire gagner un temps précieux à l'enfant et sa famille.

L'orientation vers une prise en charge par les équipes 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, concepts récents, de la part des praticiens. Face à des généralistes démunis, les soignants de PMI, médecins et infirmiers, sont au contraire 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, permettant de faire resurgir un trouble alimentaire.

Dans certains cas, ce sont les enseignants, inquiets devant un enfant refusant à la cantine de s'alimenter, qui 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 afin de permettre un gain de temps pour l'enfant.

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. Ces différents professionnels prennent en charge les enfants sensiblement de la même façon s'ils s'y sont formés. Le sujet de la dysoralité 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 dans la dysoralité sont rares.

Le psychologue ou le pédopsychiatre prend en charge la part psychopathologique associées 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 – Etienne, les diététiciens du centre régional de référence des TCA (Troubles du Comportement Alimentaire) 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.

Et en pratique ?

En médecine générale, comment dépister ?

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 car les questions sont nombreuses [15]. Le médecin peut aussi plus simplement répertorier les aliments le plus souvent mangés et les aliments évités, ou

demander aux parents une fiche alimentaire sur trois jours. Lorsqu'un trouble alimentaire est suspecté, une orientation directement vers un orthophoniste, psychomotricien ou kinésithérapeute formé est possible. Si la pathologie sous-jacente paraît plus complexe (TSA par exemple), l'orientation se fera d'abord vers un pédiatre ou un pédopsychiatre.

Concernant les TSA, un questionnaire simple permet de les dépister à partir de l'âge de 18 mois : Modified Checklist for Autism in Toddlers, ou le M-CHAT (Annexe 4). Cependant, ce test induit de nombreux 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 [16,17].

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 »*.

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.

Ensuite, 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 orthophonistes, psychomotriciens, IDE (Infirmier Diplômé d'Etat), kinésithérapeutes ou autres 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 endo-buccale. 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 bucco faciales.

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 Etienne comporte un « Jardin d'enfants thérapeutique » qui propose des médiations « amuse-bouche » plusieurs fois par semaine pour les enfants présentant une dysoralité. Les structures comme les CAMSP fonctionnent de la même façon en suivant les enfants 1 à 3 fois par semaine.

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 péri buccaux afin de stimuler ce territoire [4]. Les nouveau-nés avec une fente labio-palatine sont opérés tôt par chéiloplastie et des massages sont réalisés en post-chirurgie précoce. Cette stimulation oro-faciale précoce a montré son efficacité en raccourcissant la durée de l'alimentation artificielle, et en améliorant la diversification alimentaire, mieux acceptée [18].

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 favorisent un retour à une alimentation « normale » beaucoup plus rapide. La néophobie n'est pas une conséquence de l'éducation parentale, mais sa persistance dépendra en partie du soutien que les parents apporteront.

Il faut donc les rassurer, puis les guider au quotidien dans la prise en charge du trouble de leur enfant. En général, les professionnels notent un engagement fort des parents, « *peut-être*

davantage que pour d'autres prise 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 d'aggraver les troubles alimentaires déjà présents [3]. Des conseils pratiques, présentés dans le tableau 5, sont donnés aux parents, et adaptés à chaque enfant.

- 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
- Eviter les écrans pendant le repas
- Ne pas laisser le choix du plat
- Préparer le même plat pour toute la famille

Tableau 5 : Conseils pratiques donnés aux parents

Conclusion

Cette enquête a permis de clarifier les concepts de dysoralité et de néophobie, et de mettre en avant le rôle des nombreux professionnels paramédicaux dans la prise en charge de ces troubles. En interrogeant les généralistes sur leurs connaissances et interrogations sur ces troubles, cette étude a permis d'apporter une réponse adaptée à leurs besoins.

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 éducative, mais écoutée et prise en compte, en interrogeant ces troubles. Le diagnostic différentiel est difficile en médecine générale, 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...). L'angoisse des parents parasite souvent une démarche clinique rigoureuse. On peut espérer que l'intégration de ces questions dans la formation médicale et paramédicale initiale améliorerait leur prise en charge.

Il n'existe pas de parcours de soin unique à suivre. Chaque praticien peut « créer son réseau » de professionnels vers lequel orienter un enfant si besoin, car les spécialistes formés aux troubles de l'oralité varient en fonction des régions. Dans la Loire, le nombre d'orthophonistes est faible (241 orthophonistes en 2017, contre plus de 1200 dans le Rhône [19]), et le temps d'attente pour la prise en charge d'un trouble du langage peut aller jusqu'à deux ans. La création d'un Hôpital de Jour dédié aux troubles de l'oralité permettrait de mutualiser les compétences et les moyens, afin d'offrir une prise en charge adaptée à un plus grand nombre d'enfants et de familles.

- La dysoralité n'est pas rare, il est important de la rechercher pendant les consultations de suivi de l'enfant.
- Les troubles peuvent être repérés en questionnant les parents sur les repas et le quotidien de l'enfant.
- Les enfants peuvent être adressés d'après d'un orthophoniste, d'un psychomotricien, d'un service de PMI, ou vers tout autre professionnel formé sur la question.
- Les enfants néophobes de degré 3 représentent une population à risque de graves troubles développementaux.

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE JEAN MONNET
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

CONCLUSIONS

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

Cette enquête a permis de clarifier les concepts de dysoralité et de néophobie, et de mettre en avant le rôle des nombreux professionnels paramédicaux dans la prise en charge de ces troubles. En interrogeant les généralistes sur leurs connaissances et interrogations sur ces troubles, cette étude a permis d'apporter une réponse adaptée à leurs besoins.

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

Il n'existe pas de parcours de soins unique à suivre. Chaque patient peut « créer son réseau » de professionnels vers lequel orienter un enfant si besoin, mais la facilité d'accès à des spécialistes formés aux troubles de l'oralité varie en fonction des régions. Dans la Loire, le nombre d'orthophonistes est faible (241 orthophonistes en 2017, contre plus de 1200 dans le Rhône), et le temps d'attente pour la prise en charge d'un trouble du langage peut aller jusqu'à deux ans. La création d'un Hôpital de Jour dédié aux troubles de l'oralité permettrait de mutualiser les compétences et les moyens, afin d'offrir une prise en charge adaptée à un plus grand nombre d'enfants et de familles.

VU ET
PERMIS D'IMPRIMER

Saint-Etienne, le 25 avril 2018

Le Doyen
de la Faculté



Le Président
de Thèse,

CHU de Saint-Etienne
Hôpital Nord
Service Pédiatrie et Néonatalogie
Prof. Jean-BENOÎT
BOSSAULT - LUCIE BOSSAULT

Le Directeur de la Thèse



La Présidente
de l'Université,



M. COTTIER

Références bibliographiques

1. Guillaume CJ. L'oralité troublée : regard orthophonique. Spirale. 13 févr 2015;(72):25-38.
2. Rochedy A. Autismes et socialisations alimentaires : particularités alimentaires des enfants avec un trouble du spectre de l'autisme et ajustements parentaux pour y faire face. Alter. 1 janv 2018;12(1):41-9.
3. Thibault C. L'oralité positive. Dialogue. 7 août 2015;(209):35-48.
4. Thibault C. L'éducation gnoso-praxique orale précoce au sein de l'accompagnement orthophonique chez le jeune enfant né prématuré. Contraste. 14 avr 2015;(41):253-70.
5. Rochedy A, Poulain J-P. Approche sociologique des néophobies alimentaires chez l'enfant. Dialogue. 7 août 2015;(209):55-68.
6. Bandelier E. Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant. Ortho Edition. 2015.
7. 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>
8. Pierot-Blanc A. L'Évaluation des troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants atteints de troubles du spectre autistique. St Etienne; 2016.
9. 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]. 18 déc 2017 [cité 12 févr 2018]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X17304724>
10. Burklow K. Classifying complex pediatric feeding disorders. J Pediatr Gastroentérol Nutr. 1998;(27):143.
11. Nicklaus S, Le Déaut A-L, Abadie V, Guimber D, Guittard L, Feron G, et al. Caractériser les troubles du comportement alimentaire de l'enfant atteint de dysoralité. Nutr Clin Métabolisme. 1 déc 2011;25:S30.
12. Leblanc V, Lecoufle A, Bourgeois C. Boite à idées pour l'oralité malmenée du jeune enfant. 2012.
13. Nadon G. Problèmes alimentaires et troubles du spectre de l'autisme. Bull Sci Arapi. Printemps 2011;(27):6-14.
14. Martins Y, Young RL, Robson DC. Feeding and eating behaviors in children with autism and typically developing children. J Autism Dev Disord. nov 2008;38(10):1878-87.
15. Archer LA, Rosenbaum PL, Streiner DL. The children's eating behavior inventory: reliability and validity results. J Pediatr Psychol. oct 1991;16(5):629-42.

16. Labbé A. Spectre de l'autisme.com [Internet]. [cité 12 juill 2017]. Disponible sur: <https://quizzyourself.com/questionnaire/show/cde093cbe3acdfd3a3732fa7f933331ffaa529e0>
17. Filipek PA, Accardo PJ, Baranek GT, Cook EH, Dawson G, Gordon B, et al. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* déc 1999;29(6):439-84.
18. Maillard T. Oralité : bébé prématuré deviendra grand. *Ortho Mag.* nov 2008;14:16-9.
19. Ministère de la Santé. Effectifs des orthophonistes par mode d'exercice global [Internet]. 2017 [cité 16 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3199>

Annexes

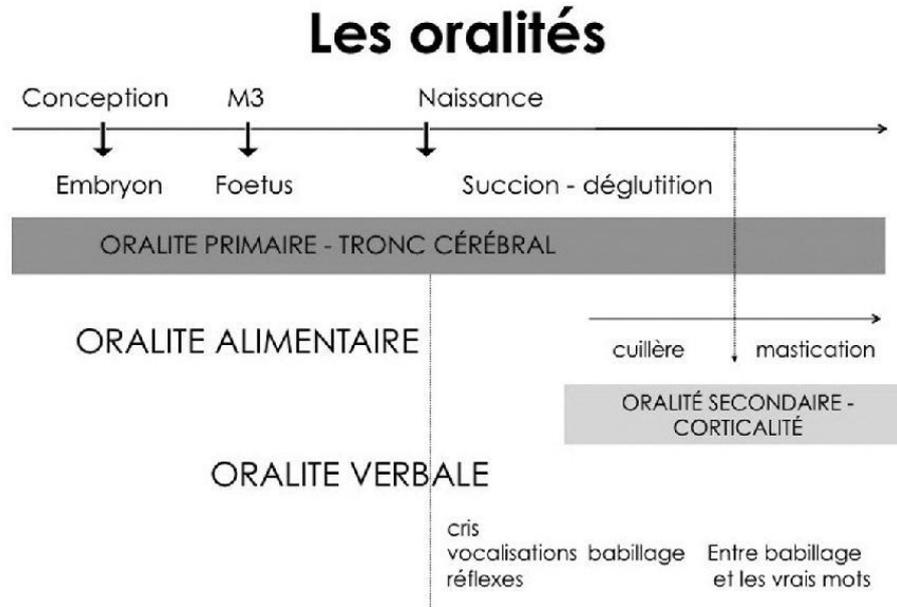
Annexe 1 : Guide d'entretien avec les médecins généralistes

- Comment définissez-vous l'oralité ? La dysoralité ?
- Que connaissez-vous du syndrome de dysoralité sensorielle ?
- Comment définissez-vous la néophobie alimentaire ?
- Racontez-moi un cas que vous avez rencontré, d'enfant présentant un trouble de sélectivité alimentaire.
- Quelle a été votre orientation pour cet enfant ? Avez-vous été aidé pour décider de l'orientation de l'enfant ?
Quelle a été sa prise en charge par la suite ?
Qu'est devenu l'enfant ?
- Combien avez-vous rencontré de cas de néophobie?
- Lorsqu'un parent se plaint des difficultés d'alimentation de son enfant, que faites-vous ?
- Est-ce une plainte fréquente des parents en consultation ?

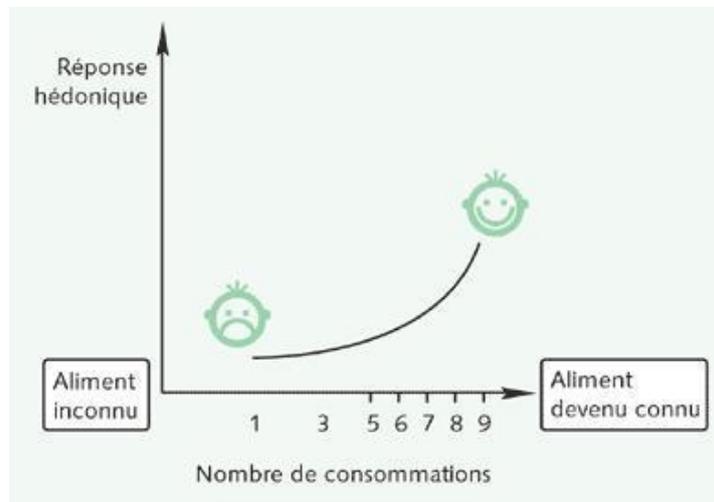
- Sentez-vous que vous auriez besoin de plus de ressources concernant ces enfants ?
- De quoi auriez-vous besoin pour mieux diagnostiquer et orienter les enfants ?
- Comment repérez-vous l'autisme ?
- Connaissez-vous et utilisez-vous le M-Chat ?
- Saviez-vous qu'il faudrait rechercher un TSA devant une dysoralité ?

- Seriez-vous intéressé par un article dans une revue concernant les néophobies alimentaires et le syndrome de dysoralité sensorielle en médecine générale ?
- Cet article serait-il utile à votre pratique ?
- Depuis combien de temps exercez-vous ?
- Quel âge avez-vous ? Exercez-vous en milieu rurale, semi-rural ou urbain ?
- Avez-vous une formation supplémentaire au DES de médecine générale (DU, Capacité...)? Avez-vous exercé dans un autre milieu que la médecine générale libérale ?
- Quelle est votre part de patientèle pédiatrique ?

Annexe 2 : Les deux oralités (Thibault et Pitrou, 2012)



Annexe 3 : La naissance du goût (Rigal)



Alerte 4 : Outils d'évaluation des signes d'alerte d'un TSA

1/ Le M-CHAT

1. Votre enfant aime t-il être balancé sur vos genoux?	Oui	Non
2. Votre enfant s'intéresse t-il à d'autres enfants?	Oui	Non
3. Votre enfant aime t-il monter sur des meubles ou des escaliers?	Oui	Non
4. Votre enfant aime t-il jouer aux jeux de cache-cache ou 'coucou me voilà'?	Oui	Non
5. Votre enfant joue t-il a des jeux de faire semblant, par exemple, fait-il semblant de parler au téléphone ou joue t-il avec des peluches ou des poupées ou à d'autres jeux?	Oui	Non
6. Votre enfant utilise t-il son index pour pointer en demandant quelque chose?	Oui	Non
7. Votre enfant utilise t-il son index en pointant pour vous montrer des choses qui l'intéressent?	Oui	Non
8. Votre enfant joue t-il correctement avec de petits jouets (des voitures, des cubes) sans les porter à la bouche, tripoter ou les faire tomber?	Oui	Non
9. Votre enfant amène t-il de objets pour vous les montrer?	Oui	Non
10. Votre enfant regarde t-il dans vos yeux plus d'une seconde ou deux?	Oui	Non
11. Arrive t-il que votre enfant semble excessivement sensible à des bruits? (jusqu'à se boucher les oreilles)	Oui	Non
12. Votre enfant vous sourit-il en réponse à votre sourire?	Oui	Non
13. Votre enfant vous imite t-il? (par exemple, si vous faites une grimace, le ferait-il en imitation?)	Oui	Non
14. Votre enfant répond-il à son nom quand vous l'appellez?	Oui	Non
15. Si vous pointez vers un jouet de l'autre côté de la pièce, votre enfant suivra t-il des yeux?	Oui	Non
16. Votre enfant marche t-il sans aide?	Oui	Non
17. Votre enfant regarde t-il des objets que vous regardez?	Oui	Non
18. Votre enfant fait-il des gestes inhabituels avec ses mains près du visage?	Oui	Non
19. Votre enfant essaie t-il d'attirer votre attention vers son activité?	Oui	Non
20. Vous êtes vous demandé si votre enfant était sourd?	Oui	Non
21. Votre enfant comprend-il ce que les gens disent?	Oui	Non
22. Arrive t-il que votre enfant regarde dans le vide ou qu'il se promène sans but?	Oui	Non
23. Votre enfant regarde t-il votre visage pour vérifier votre réaction quand il est face à une situation inhabituelle?	Oui	Non

Comment interpréter le M-CHAT ?

Il faut suspecter des signes d'autisme quand l'enfant n'obtient pas les mêmes réponses que sur la grille de cotation :

- soit à deux des items considérés comme critiques,
- soit quand il n'obtient pas les mêmes réponses à **trois items**.

Les réponses oui/non sont traduites en réponses normale/à risque autistique.

Ci-dessous sont les réponses à risque autistique.

Les items en **italiques gras** sont les items critiques soit les items numéro 2, 7, 9, 13,14 et 15.

AVERTISSEMENT : Il n'est pas dit que tous les enfants à risque autistique à ce questionnaire auront un diagnostic d'autisme. Cependant, ces enfants devraient avoir une évaluation plus approfondie par des spécialistes. L'utilité du M-CHAT est donc d'accélérer le processus de diagnostic.

Grille de décodage :				
1. Non	6. Non	11. Oui	16. Non	21. Non
2. Non	7. Non	12. Non	17. Non	22. Oui
3. Non	8. Non	13. Non	18. Oui	23. Non
4. Non	9. Non	14. Non	19. Non	-
5. Non	10. Non	15. Non	20. Oui	-

2/ Listing des Signes d'Alerte devant faire rechercher un TSA (Filipek – 1999)

Inquiétudes sur la communication

Ne répond pas à son nom
Ne sait pas demander ce qu'il (elle) veut
Retard de langage
Ne répond pas à des consignes
Paraît sourd(e) parfois
Semble entendre par moments mais pas à d'autres
Ne pointe pas ou ne fait pas « au revoir »
Disait quelques mots, mais maintenant n'en dit plus

Inquiétudes sur la socialisation

Ne sourit pas
Semble préférer jouer seul(e)
Prend les choses pour lui(elle)
Est très indépendant(e)
Fait les choses « tôt »
A un contact oculaire pauvre
Est dans son propre monde
Nous ignore
N'est pas intéressé(e) par les autres enfants

Inquiétudes sur le comportement

Accès de colère
Est hyperactif(ve)/peu coopératif(ve) ou opposant(e)
Ne sait pas jouer avec des jouets
Recommence sans fin les mêmes choses
Marche sur la pointe des pieds
A un attachement anormal à des jouets (tient toujours un même objet)
Aligne les objets
Est hypersensible à certaines textures ou bruits
A des mouvements bizarres

Signes d'alerte absolue nécessitant des investigations immédiates

Absence de babillage à 12 mois
Absence de pointage ou d'autre geste à 12 mois
Absence de mot simple à 16 mois
Absence d'association de 2 mots à 24 mois
Toute régression au niveau du langage ou des compétences sociales, quel que soit l'âge.
