



**HAL**  
open science

## Les troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant : revue de la littérature

Julie Di Paco

► **To cite this version:**

Julie Di Paco. Les troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant : revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03036540

**HAL Id: dumas-03036540**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03036540>**

Submitted on 2 Dec 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement par

**Julie DI PACO**

Le 30/09/2020

Titre :

LES TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE DE L'ENFANT :  
REVUE DE LA LITTERATURE

Directeur de thèse : Dr DELMAS Sylvain

**JURY**

Président :

-Pr RIVIER François. Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Assesseurs :

-Dr JEZIORSKI Éric. Maitre de Conférence Universitaire – Praticien Hospitalier

-Dr FOLCO-LOGNOS Béatrice. Maitre de Conférence Universitaire de Médecine  
Générale

-Dr DELMAS Sylvain. Directeur de Thèse

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement par

**Julie DI PACO**

Le 30/09/2020

Titre :

LES TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE DE L'ENFANT :  
REVUE DE LA LITTERATURE

Directeur de thèse : Dr DELMAS Sylvain

**JURY**

Président :

-Pr François RIVIER. Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Asseseurs :

-Dr JEZIORSKI Éric. Maitre de Conférence Universitaire – Praticien Hospitalier

-Dr FOLCO-LOGNOS Béatrice. Maitre de Conférence Universitaire de Médecine  
Générale

-Dr DELMAS Sylvain. Directeur de Thèse

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### PROFESSEURS HONORAIRES

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	DUMAS Robert	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	OTHONIEL Jacques
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	PAGES Michel
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	PEGURET Claude
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	PELISSIER Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PUECH Paul
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PUJOL Henri
BALDY-MOULINIER Michel	GUILHOU Jean-Jacques	RABISCHONG Pierre
BALMES Jean-Louis	HERTAULT Jean	RAMUZ Michel
BALMES Pierre	HUMEAU Claude	RIEU Daniel
BANSARD Nicole	JAFFIOL Claude	RIOUX Jean-Antoine
BAYLET René	JANBON Charles	ROCHFORT Henri
BILLIARD Michel	JANBON François	ROUANET DE VIGNE
BLARD Jean-Marie	JARRY Daniel	LAVIT Jean Pierre
BLAYAC Jean Pierre	LAFFARGUE François	SAINT AUBERT Bernard
BLOTMAN Francis	LALLEMANT Jean Gabriel	SANCHO-GARNIER
BONNEL François	LAMARQUE Jean-Louis	Hélène
BOUDET Charles	LAPEYRIE Henri	SANY Jacques
BOURGEOIS Jean-Marie	LE QUELLEC Alain	SEGNARBIEUX François
BRUEL Jean Michel	LESBROS Daniel	SENAC Jean-Paul
BUREAU Jean-Paul	LOPEZ François Michel	SERRE Arlette
BRUNEL Michel	LORiot Jean	SOLASSOL Claude
CALLIS Albert	LOUBATIERES Marie	THEVENET André
CANAUD Bernard	Madeleine	VIDAL Jacques
CASTELNAU Didier	MAGNAN DE BORNIER	VISIÉ Jean Pierre
CHAPTAL Paul-André	Bernard	
CIURANA Albert-Jean	MARY Henri	
CLOT Jacques	MATHIEU-DAUDE Pierre	
COSTA Pierre	MEYNADIER Jean	
D'ATHIS Françoise	MICHEL François-Bernard	
DEMAILLE Jacques	MION Charles	
DESCOMPS Bernard	MION Henry	
DIMEGLIO Alain	MIRO Luis	

### **PROFESSEURS EMERITES**

ARTUS Jean-Claude	ELEDJAM Jean-Jacques	MOURAD Georges
BLANC François	GROLLEAU RAOUX Robert	PREFAUT Christian
BOULENGER Jean-Philippe	GUERRIER Bernard	PUJOL Rémy
BOURREL Gérard	GUILLOT Bernard	RIBSTEIN Jean
BRINGER Jacques	LANDAIS Paul	SCHVED Jean-François
CLAUSTRES Mireille	MARES Pierre	SULTAN Charles
DAURES Jean-Pierre	MAUDELONDE Thierry	TOUCHON Jacques
DAUZAT Michel	MAURY Michèle	UZIEL Alain
DAVY Jean-Marc	MILLAT Bertrand	VOISIN Michel
DEDET Jean-Pierre	MONNIER Louis	ZANCA Michel

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

#### **PU-PH de classe exceptionnelle**

- ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
- ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
- BACCINO Éric - Médecine légale et droit de la santé
- BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
- BLAIN Hubert - Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
- BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
- CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
- CHAMMAS Michel - Chirurgie orthopédique et traumatologique
- COLSON Pascal - Anesthésie-réanimation
- COMBE Bernard - Rhumatologie
- COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
- COUBES Philippe - Neurochirurgie
- COURTET Philippe - Psychiatrie d'adultes, addictologie
- CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
- CRISTOL Jean-Paul - Biochimie et biologie moléculaire
- DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
- DEWAZIERES Benoît - Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
- DELAPORTE Éric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
- DEMOLY Pascal - Pneumologie, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale  
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie  
ELIAOU Jean-François - Immunologie  
FABRE Jean-Michel - Chirurgie générale  
FRAPIER Jean-Marc - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
HAMAMAH Samir - Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
HEDON Bernard - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
HERISSON Christian - Médecine physique et de réadaptation  
JABER Samir - Anesthésiologie-réanimation  
JEANDEL Claude - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
JONQUET Olivier - Réanimation; médecine d'urgence  
JORGENSEN Christian - Thérapeutique ; médecine d'urgence; addictologie  
KOTZKI Pierre Olivier - Biophysique et médecine nucléaire  
LABAUGE Pierre - Neurologie  
LARREY Dominique - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
LEFRANT Jean-Yves - Anesthésiologie-réanimation  
LUMBROSO Serge - Biochimie et Biologie moléculaire  
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
MERCIER Jacques - Physiologie  
MESSNER Patrick - Cardiologie  
MONDAIN Michel - Oto-rhino-laryngologie  
MORIN Denis - Pédiatrie  
PAGEAUX Georges-Philippe - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
PUJOL Pascal - Biologie cellulaire  
QUERE Isabelle - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)  
RENARD Éric - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale  
REYNES Jacques - Maladies infectieuses, maladies tropicales  
RIPART Jacques - Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire  
ROUANET Philippe - Cancérologie ; radiothérapie  
SOTTO Albert - Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
TAOUREL Patrice - Radiologie et imagerie médicale

VANDE PERRE Philippe - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia - Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

AVIGNON Antoine - Nutrition

AZRIA David - Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria - Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul - Radiologie et imagerie médicale

BLANC Pierre - Gastroentérologie ; hépatologie; addictologie

BORIE Frédéric - Chirurgie digestive

BOULOT Pierre - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles - Pédiatrie

CAMU William - Neurologie

CANOVAS François - Anatomie

CAPTIER Guillaume - Anatomie

CARTRON Guillaume - Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume - Cardiologie

CHANQUES Gérald - Anesthésie-réanimation

CORBEAU Pierre - Immunologie

COSTES Valérie - Anatomie et cytologie pathologiques

COULET Bertrand - Chirurgie orthopédique et traumatologique

CYTEVAL Catherine - Radiologie et imagerie médicale

DADURE Christophe - Anesthésiologie-réanimation

DAUVILLIERS Yves - Physiologie

DE TAYRAC Renaud - Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John - Cytologie et histologie

DEMARIA Roland - Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier - Dermatologie – vénéréologie

DROUPY Stéphane - Urologie

DUCROS Anne - Neurologie

DUPEYRON Arnaud - Oto-rhino-laryngologie

GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie

GENEVIEVE David - Génétique  
HAYOT Maurice - Physiologie  
KLOUCHE Kada - Réanimation ; médecine d'urgence  
KOENIG Michel - Génétique moléculaire  
LAFFONT Isabelle - Médecine physique et de réadaptation  
LAVABRE-BERTRAND Thierry - Cytologie et histologie  
LAVIGNE Jean-Philippe - Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière  
LE MOING Vincent - Maladies infectieuses, maladies tropicales  
LECLERCQ Florence - Cardiologie  
LEHMANN Sylvain - Biochimie et biologie moléculaire  
MARIANO-GOULART Denis - Biophysique et médecine nucléaire  
MATECKI Stéfan - Physiologie  
MEUNIER Laurent - Dermato-vénéréologie  
MOREL Jacques - Rhumatologie  
NAVARRO Francis - Chirurgie générale  
NOCCA David - Chirurgie viscérale et digestive  
PETIT Pierre - Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie  
PERNEY Pascal - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
PRUDHOMME Michel - Anatomie  
PUJOL Jean Louis - Pneumologie ; addictologie  
PURPER-OUAKIL Diane - Pédiopsychiatrie ; addictologie  
TOUITOU Isabelle - Génétique  
TRAN Tu-Anh - Pédiatrie  
VERNHET Hélène - Radiologie et imagerie médicale

**PU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BOURDIN Arnaud - Pneumologie; addictologie  
CANAUD Ludovic - Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire  
CAPDEVIELLE Delphine - Psychiatrie d'adultes; addictologie  
CLARET Pierre-Géraud - Médecine d'urgence  
COLOMBO Pierre-Emmanuel - Cancérologie ; radiothérapie  
COSTALAT Vincent - Radiologie et imagerie médicale



CUVILLON Philippe - Anesthésiologie-réanimation

DAIEN Vincent - Ophtalmologie

DORANDEU Anne - Médecine légale

FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent - Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey - Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile - Rhumatologie

GODREUIL Sylvain - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien - Urgences et Post-urgences psychiatriques -

GUILPAIN Philippe - Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

GUIU Boris - Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian - Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie

HOUEDE Nadine - Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William - Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris - Réanimation; médecine d'urgence

KALFA Nicolas - Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal - Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence - Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin - Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC Moglie - Néphrologie

LETOUZEY Vincent - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LONJON Nicolas - Neurologie

LOPEZ CASTROMAN Jorge - Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric - Rhumatologie

MAURY Philippe - Chirurgie orthopédique et traumatologique

MILLET Ingrid - Radiologie et imagerie médicale

MORANNE Olivier - Néphrologie

MURA Thibault - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NAGOT Nicolas - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

PANARO Fabrizio - Chirurgie générale

PARIS Françoise - Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PASQUIE Jean-Luc - Cardiologie  
PEREZ MARTIN Antonia - Physiologie  
POUDEROUX Philippe - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
RIGAU Valérie - Anatomie et cytologie pathologiques  
RIVIER François - Pédiatrie  
ROGER Pascal - Anatomie et cytologie pathologiques  
ROSSI Jean François - Hématologie ; transfusion  
ROUBILLE François - Cardiologie  
SEBBANE Mustapha - Anesthésiologie-réanimation  
SIRVENT Nicolas - Pédiatrie  
SOLASSOL Jérôme - Biologie cellulaire  
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie  
SULTAN Ariane - Nutrition  
THOUVENOT Éric - Neurologie  
THURET Rodolphe - Urologie  
VENAIL Frédéric - Oto-rhino-laryngologie  
VILLAIN Max - Ophtalmologie  
VINCENT Denis - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
VINCENT Thierry - Immunologie  
WOJTUSCISZYN Anne - Endocrinologie-diabétologie-nutrition

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

#### **1<sup>re</sup> classe :**

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

#### **2<sup>ème</sup> classe :**

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÉ Laurent - Sociologie, démographie

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES – MEDECINE GENERALE**

#### **1<sup>re</sup> classe :**

LAMBERT Philippe

**2<sup>ème</sup> classe :**

AMOUYAL Michel

**PROFESSEURS ASSOCIES – MEDECINE GENERALE**

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

**PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE**

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle - Ophtalmologie

MULLER Laurent - Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

QUANTIN Xavier - Pneumologie

ROUBERTIE Agathe - Pédiatrie

VIEL Éric - Soins palliatifs et traitement de la douleur

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

**MCU-PH Hors classe**

BADIOU Stéphanie - Biochimie et biologie moléculaire

BOULLE Nathalie - Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère - Génétique

CARRIERE Christian - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale - Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT Muriel - Hématologie, transfusion

HILLAIRE-BUYS Dominique - Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique ;  
addictologie

PUJOL Joseph - Anatomie

RICHARD Bruno - Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe - Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### **MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

BERTRAND Martin - Anatomie

BOUDOUSQ Vincent - Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline - Cancérologie; Radiothérapie

BRET Caroline - Hématologie biologique

COSSEE Mireille - Génétique Moléculaire

GIRARDET-BESSIS Anne - Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine - Hématologie; transfusion

LESAGE François-Xavier - Médecine et santé au travail

MATHIEU Olivier - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas - Neuroradiologie

MOUZAT Kévin - Biochimie et biologie moléculaire

OLIE Emilie - Psychiatrie d'adultes; addictologie

PANABIERES Catherine - Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal - Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris - Physiologie

STERKERS Yvon - Parasitologie et mycologie

THEVENIN-RENE Céline - Immunologie

TUAILLON Edouard - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### **MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

CHIRIAC Anca - Immunologie

DE JONG Audrey - Anesthésie-réanimation

DU THANH Aurélie - Dermato-vénéréologie

GOUZI Farès - Physiologie

HERRERO Astrid - Chirurgie générale

JEZIORSKI Éric - Pédiatrie

KUSTER Nils - Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain - Maladies infectieuses, Maladies tropicales

PANTEL Alix - Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie - Thérapeutique, addictologie

ROUBILLE Camille - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SABLEWSKI Vanessa - Anatomie et cytologie pathologiques

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – MEDECINE GENERALE**

#### **MCU-MG de 1<sup>ère</sup> classe**

COSTA David

#### **MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE**

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

### **PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

BARATEAU Lucie - Physiologie

BASTIDE Sophie - Epidémiologie, économie de la santé et prévention

DAIEN Claire - Rhumatologie

GATINOIS Vincent - Histologie, embryologie et cytogénétique

GOULABCHAND Radjiv - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

LATTUCA Benoit - Cardiologie

MIOT Stéphanie - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUICHE François-Régis - Chirurgie générale

## REMERCIEMENTS

Au Pr RIVIER, merci pour votre disponibilité, pour l'intérêt que vous avez témoigné à mon travail de thèse ainsi qu'à votre curiosité quant à la motivation du choix du sujet. Merci aussi puisque j'ai eu l'honneur de pouvoir effectuer un de mes stages d'externat au sein de votre service, ce dont je garde un très bon souvenir.

Au Dr JEZIORSKI, merci pour la rapidité à laquelle vous avez répondu favorablement, pour participer à mon jury de thèse et de l'intérêt que vous avez porté à celle-ci. Je vous remercie également de m'avoir accueilli, lors d'un stage d'externat, au sein de votre équipe, ce qui a été d'un enrichissement important pour mes études. Je tiens par ailleurs à saluer le médecin accessible et humain que vous êtes, puisque nous avons expérimenté « l'autre côté » lors de l'hospitalisation de notre fils dans votre service, vous avez su nous apporter, à cette occasion, explications et réconfort lors de cette épreuve.

Merci au Dr FOLCO-LOGNOS pour l'intérêt et la disponibilité que vous avez témoigné autour de cette thèse.

Merci Sylvain pour ton accompagnement tout au long de cette thèse, même si tu l'as remarqué : je n'étais pas très motivée, ça y'est j'y suis, c'est fait. Merci de ta relecture et de ta disponibilité et à bientôt au cabinet !

**Merci à nos deux fées du quotidien, Allison et Lucie, qui travaillent et accompagnent A\* chaque semaine et lui permettent de se réconcilier avec son environnement et de trouver la force et l'envie de tester de nouvelles choses. Vous avez su nous accompagner lorsque nous ne savions rien des difficultés d'A\* et nous encourager chaque jour à l'aider et le comprendre. Et pour cela UN GRAND MERCI.**

Dans la vie il y a les indispensables, ceux sans qui vous n'êtes pas grand-chose et ceux grâce à qui vous devenez vous-même. Je pense à ma famille au sens très large, aux DI PACO, aux MILLET et aux MANUS. Tous me sont essentiels et je les remercie de m'entourer chaque jour.

A ma belle-maman pour sa gentillesse, sa générosité et son soutien permanent.

Mon frère et ma sœur vous êtes mon roc, mon socle insubmersible, ma bouée de sauvetage, mon abri sûr et solide, je vous porte dans mon cœur tous les jours, ensemble nous sommes plus forts, longue vie aux JJJ...

Merci à mes parents à qui je dois beaucoup, notamment pour avoir toujours cru en mes capacités et sans qui je ne serais pas là où je suis aujourd'hui, à écrire ces mots.

Un gros bisou à mes filleuls : Ben et Charlotte. Je suis fière d'être votre marraine et apprécie chaque moment passé ensemble.

A mes GIRLS : Fanny, Julie, Marie, Marion, Sandrine et Sophie, la vie serait bien triste sans vous... Merci d'être là depuis le tout début, merci pour votre amitié, votre gentillesse. Merci mes amies, mes confidentes. Je vous kiffe grave !

A l'ensemble de mes amis qui me supportent, petit clin d'œil à Nathan pour tes discours motivationnels !

A la merveilleuse et irremplaçable TEAM MENDE : Adeline, Camille, Harris, Julie, Laura et Pauline. Merci pour nos rigolades et vos encouragements à me pousser à débiter ET à finir cette thèse !

A mes maîtres de stages, confrères, consœurs, infirmières et secrétaires d'exceptions que j'ai croisés au cours des stages et depuis le début de mes remplacements. Je pense notamment aux équipes des CH de Pézenas et de Mende, du cabinet de PMI d'Ovalie, du service de l'EMASP de Val d'Aurelle et des cabinets de Balaruc-le-Vieux et de Canet !

Merci à ma professeure de physique-chimie de 2<sup>nde</sup>, Mme BARDY-MEJEAN, qui m'avait visiblement bien cernée. C'est elle qui m'a convaincue que j'étais capable de « plus » et m'a poussée à tenter la première année de médecine.

Un GRAND GRAND merci à ceux qui m'ont donné un gros coup de pouce dans toutes ces étapes difficiles de mes études :

- Je pense à ma maman qui s'est couchée à 3-4h du matin à plusieurs reprises juste pour me soutenir dans l'écriture de mes dissertations de philo et autres. Merci pour son soutien et réconfort pendant la P1 et son amour incommensurable.

-A Simon, complice de la première heure, force tranquille et allié incontesté dans la réussite de la P1. Merci pour ton amitié.

-A ma marraine Françoise et à tonton Michel pour m'avoir soutenue et pour avoir mis à disposition un bureau de 200m<sup>2</sup> tout au long de mes études !

-A Louise qui m'a attrapée par le col et amenée à ses séances de révisions pour la préparation des ECN.

-A Adeline et Harris qui m'ont soutenue et permis de débiter cette thèse avec de bonnes bases.

-A Hélène, Marcel et l'équipe d'AZ pour m'avoir abreuvée d'articles essentiels à ma thèse.

-A Marie et Matthieu chez qui, cette année, j'ai passé beaucoup de temps, toujours dans la bonne humeur et toujours autour d'un bon repas (Big up Marie... Même si j'ai failli devenir obèse...) ! Merci Matthieu pour ce co-working qui nous fut visiblement très profitable à nous les procrastinateurs de thèse (Attention le lave-vaisselle est propre...)! Merci les amis.

Une pensée pour mes 2 papys que j'aimais de tout mon cœur. Je sais que vous me regardez de là-haut et j'espère vous rendre fiers. Merci pour tous ces instants partagés qui ont fait la richesse de mon enfance : pêche, chasse, conduite de tracteurs, piscine municipale où j'ai appris à nager, histoires rocambolesques de gendarmerie, histoires de France et d'Algérie, créponné.... Vous me manquez tous les jours. Gros bisous à mes mamies !

A mon chéri, mon amour, mon pêcheur devant l'éternel, présent à mes côtés depuis toutes ces années. Tant de voyages, de projets nous attendent encore, j'ai hâte de poursuivre notre chemin ensemble, de continuer de grandir ensemble et de s'aimer ensemble.

Au mini-nous n°2 qui tranquillement, grandit au chaud dans mon ventre, nous avons hâte de te rencontrer.



A mon amour, mon trésor, mon soleil, ma vie, mon arc-en-ciel, ma beauté, mon bébé, mon fils,  
tu illumines ma vie tous les jours, nous sommes fiers de toi.

Un seul sourire, un seul bisou, un seul câlin me rend plus heureuse que tout l'or du monde.

Ce travail c'est grâce à toi.

Je t'aime mon amour.

## Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	23
A.	L'ÉQUATION INTELLECTUELLE DU CHERCHEUR.....	23
B.	GENERALITES.....	24
C.	QUESTION DE RECHERCHE.....	27
II.	MATERIEL ET METHODE.....	28
A.	CRITERES D'INCLUSION.....	28
B.	SOURCES D'INFORMATION ET STRATEGIE DE RECHERCHE.....	28
1.	LITTERATURE GRISE.....	30
2.	THESES ET MEMOIRES.....	32
3.	RECOMMANDATIONS FRANCAISES ET INTERNATIONALES.....	32
a)	Recommandations Françaises :.....	32
b)	Recommandations Européennes.....	33
c)	Recommandations internationales.....	36
d)	Recommandations Américaines.....	36
e)	Recommandations Canadiennes.....	37
f)	Recommandations Océanie.....	37
g)	Recommandations Asie.....	38
4.	RECHERCHES COCHRANE LIBRARY.....	38
5.	RECHERCHES PUBMED.....	38
6.	REVUES ET JOURNAUX.....	39
7.	CAIRN.INFO.....	39
8.	DOCUMENTS ISSUS DES BIBLIOGRAPHIES DES ARTICLES SELECTIONNES.....	39
C.	SELECTION DES DOCUMENTS.....	40
D.	ANALYSE DES DOCUMENTS.....	40
E.	EVALUATION AVEC LES GRILLES D'ÉVALUATION DES DOCUMENTS INCLUS.....	41
III.	RESULTATS.....	43

A.	RESULTATS DE LA RECHERCHE .....	43
1.	LITTERATURE GRISE.....	43
2.	THESES ET MEMOIRES.....	44
3.	RECOMMANDATIONS FRANCAISES ET INTERNATIONALES .....	46
4.	RECHERCHES COCHRANE LIBRARY .....	49
5.	RECHERCHES PUBMED .....	50
6.	REVUES ET JOURNAUX .....	51
7.	CAIRN.INFO.....	52
8.	DOCUMENTS ISSUS DES BIBLIOGRAPHIES DES ARTICLES SELECTIONNES .....	53
B.	SYNTHESE GLOBALE DES RESULTATS .....	54
C.	DEFINITIONS DIAGNOSTIQUES ET SYMPTOMES.....	61
1.	DEFINITIONS DIAGNOSTIQUES : CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES .....	61
a)	SENSORY FOOD AVERSION IN INFANTS AND TODDLERS (Aversion alimentaire d'origine sensitive chez les enfants et tout petits) par Irène CHATOOR. ZERO TO THREE. Janvier 2009 (Vision NORD-AMERICAINE)(15) .....	62
b)	CLASSIFICATION DSM-V (Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux) Association Américaine de Psychiatrie. 2013. Nouvelle classification des troubles du comportement alimentaire.(Vision NORD-AMERICAINE)(17) (18) (19) (20) (21).....	64
c)	Nouvelle Classification PEDIATRIC FEEDING DISORDERS (troubles alimentaires pédiatriques) (22) selon GODAY and all. JPGN (Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition). Janvier 2019. (Vision NORD-AMERICAINE) .....	66
d)	Vision française .....	67
2.	AUTRES AVERSIONS SENSORIELLES HORS ALIMENTAIRES .....	71
3.	DRAPEAUX ROUGES : SIGNES D'ALERTE .....	73
4.	ETIOLOGIES.....	74
a)	A l'étranger :.....	75

b)	En France, la classification des troubles d'oralité alimentaire tend plus vers une description triadique : origine organique /origine psychogène/origine sensorielle (ou post-traumatique).....	77
5.	CONSEQUENCES NUTRITIVES.....	78
6.	LA VISION FAMILIALE ET LA PRESSION SOCIETALE .....	80
7.	IMPACTS SOCIAUX.....	83
D.	PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE .....	85
1.	PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE .....	86
a)	Anamnèse.....	86
b)	Bilan somatique.....	87
c)	Bilan paraclinique.....	87
2.	PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE .....	89
a)	Prise en charge orthophoniste, psychomotricité, ergothérapie.....	89
b)	Prise en charge diététique .....	91
c)	Les parents : première ressource.....	92
d)	Prise en charge psychologique.....	94
e)	Traitement des causes organiques .....	95
f)	Prévention des gestes soignants traumatiques et de la prise en charge d'enfants malades présentant des troubles de l'oralité alimentaire.....	96
IV.	DISCUSSION.....	98
A.	PRINCIPAUX RESULTATS.....	98
1.	RECONNAITRE LES SYMPTÔMES .....	98
2.	RECHERCHER LES DRAPEAUX ROUGES .....	98
3.	RECHERCHER LE CARENCES NUTRITIONNELLES.....	99
4.	MESURER L'IMPACT FAMILIAL ET SOCIAL.....	99
5.	ACCOMPAGNER ET ORIENTER L'ENFANT ET SES PARENTS.....	99
B.	POUR MA PRATIQUE PERSONNELLE .....	100

C.	FORCES ET LIMITES DE CETTE ETUDE.....	101
1.	FORCES .....	101
2.	LIMITES.....	101
V.	CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES .....	103
VI.	LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	104
VII.	BIBLIOGRAPHIE.....	105
	ANNEXES.....	109

## LISTE DES ABREVIATIONS :

TOA : Trouble de l'oralité alimentaire

PMI : Protection maternelle infantile

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

MedLine : Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH : Medical Subject Heading

HeTOP : Health Terminology/Ontology Portail

CISMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

BNSP : Banque nationale de données de santé publique

SPF : Santé Publique France

CDC : Center for Diseases Control and Prevention

ECDC : European Center for Disease Prevention and Control

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAHO : Organisation Panaméricaine de la santé

SFP : Société Française de Pédiatrie

HAS : Haute autorité de santé

EAP : European Academy of Pediatrics

GBPLF : Groupement Belge des Pédiatres de Langue Française

IQWIG : Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

SIP : Societa italiana di pediatria

AEPED : Asociación Española de Pediatría

SSP : Société Suisse de Pédiatrie

NVK : Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

SNP : Société néerlandaise de Pédiatrie

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

RCPCH : Royal College of Pediatrics and Child Health

NGC : National Guideline Clearinghouse

IPA : International Pediatric Association

AAP : American Academy of Pediatrics

ACP : American College of Pediatricians  
SCP : Société canadienne de pédiatrie  
RACP : Royal Australian College of Physicians  
PSNZ : Paediatric Society of New Zeland  
JPEDs : Société Japonaise de Pédiatrie  
SKP : Société coréenne de Pédiatrie  
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants  
STROBE : STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology  
R-AMSTAR : Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews  
CASP : Critical Appraisal Skills Programme  
AGREE II : Appraisal of Guidelines Research and Evaluation  
PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis  
SFA : Sensory Food Aversion  
DSM-V : Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux, 5<sup>ème</sup> édition  
ARFID : Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder  
CIF : Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé  
RGO : Reflux gastro-oesophagien  
AVP : Accident de la voie publique  
ORL : Oto-rhino-laryngogique  
AVC : Accident vasculaire cérébral  
SA : Semaines d'aménorrhées  
HRQOL : Health Related Quality of Life  
TOC : Troubles obsessionnels du comportement  
Ig : Immunoglobuline  
SNG : Sonde nasogastrique  
GEP : Gastrostomie endoscopiques percutanées

# I. INTRODUCTION

## A. L'EQUATION INTELLECTUELLE DU CHERCHEUR

Au-delà de notre métier de médecin, nous sommes avant tout des hommes et des femmes qui vivons au sein d'une société et d'une famille. Notre environnement proche a forcément un impact sur notre approche de la médecine et nous pousse à enrichir nos connaissances et à nous interroger sur notre pratique.

Dans mon entourage, il existe un enfant qui a présenté des difficultés alimentaires dès le début de sa diversification alimentaire. Et c'est le parcours alimentaire de cet enfant qui m'a poussé à m'interroger sur les troubles de l'oralité alimentaire et qui a inspiré ce travail de thèse.

La diversification alimentaire des repas de cet enfant n'a été possible qu'à partir de 9 mois et, à 19 mois, ses repas ne comprenaient encore que des éléments liquides (purées lisses, compotes, yaourts). Les purées mixées grossièrement et comprenant des morceaux étaient catégoriquement refusées par celui-ci.

A 16 mois, sa pédiatre a conseillé aux parents de se rapprocher d'une orthophoniste pour la prise en charge d'un éventuel trouble de l'oralité alimentaire (TOA)...

J'avais, en tant qu'interne en médecine, un vague souvenir d'avoir rencontré au cours de mon stage en PMI (Protection maternelle infantile) en 5ème semestre, un ou deux enfants pour lesquels la pédiatre avait évoqué ce trouble. Pour l'un d'eux, il existait, à 3 ans, une alimentation lactée liquide exclusive (lait, yaourts à boire liquides) et la pédiatre l'avait orienté vers une orthophoniste spécialisée.

Au cours de ma formation de médecine générale, je n'ai pas eu de cours traitant de ce sujet. Et lors d'échanges avec mes co-internes et plus tard avec des médecins généralistes que je remplaçais, j'ai pris conscience qu'aucun n'avait notion de ce qu'était un TOA.



## B. GENERALITES

**Selon V. ABADIE (Pédiatre responsable du groupe « oralité » de l'hôpital NECKER à Paris), l'Oralité est l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche, à savoir l'alimentation, la ventilation, le cri, l'exploration tactile, olfactive et gustative (sensorialité), la communication et le langage(1).** Elle englobe donc les fonctions sensori-motrices dont le développement commence dès la vie intra-utérine et ne cessent de se développer par la suite.

### **Développement de l'oralité :**

- Embryologie : L'oralité se développe dès la vie intra-utérine puisque dès le 2<sup>ème</sup> mois de grossesse les premiers mouvements buccaux apparaissent. La déglutition et la succion apparaissent entre la 12<sup>ème</sup> et la 15<sup>ème</sup> semaine de grossesse. L'ensemble des sens se développe au cours de la grossesse. Les sens tactile, visuel et auditif ainsi que l'olfaction et la gustation qui se développent, pour les deux dernières, à partir du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse, point de départ des premières expériences sensorielles. Le fœtus perçoit dans le liquide amniotique les propriétés gustatives et olfactives des aliments ingérés par la mère. Au 8<sup>ème</sup> mois de grossesse, la succion nutritive apparaît et « impose une parfaite coordination de la succion, de la déglutition et de la ventilation ». (V.ABADIE 2018) (2)(3)(4)

La mère fait le lien entre expérience sensorielle in utero et vie extra utérine grâce à la continuité d'exposition à sa voix, son odeur, son toucher, ses battements cardiaques. C.SENEZ (Orthophoniste française spécialisée dans les troubles de l'oralité), évoque d'ailleurs un vrai cordon sensoriel (olfactif et gustatif) reliant la mère au fœtus puis reliant la mère au nourrisson via l'allaitement (5).

- Oralité primaire (0-6 mois) : Elle concerne les praxies de déglutition et la coordination de succion-déglutition-ventilation déjà débutées pendant la vie intra utérine et qui se poursuivent à la naissance. Elle est essentiellement basée sur les réflexes archaïques de succion.(6)
- Oralité secondaire (à partir de 6 mois) : Elle débute dès la diversification alimentaire autour du 4<sup>ème</sup>-5<sup>ème</sup> mois de vie. L'introduction de la cuillère nécessite « une nouvelle stratégie motrice orale » (THIBAULT 2007). La phase orale jusqu'alors réflexe devient

volontaire et associe la fermeture buccale contrôlée, le malaxage puis la mastication.(4)

(3)

Figure 1 : développement de l'oralité. (7)

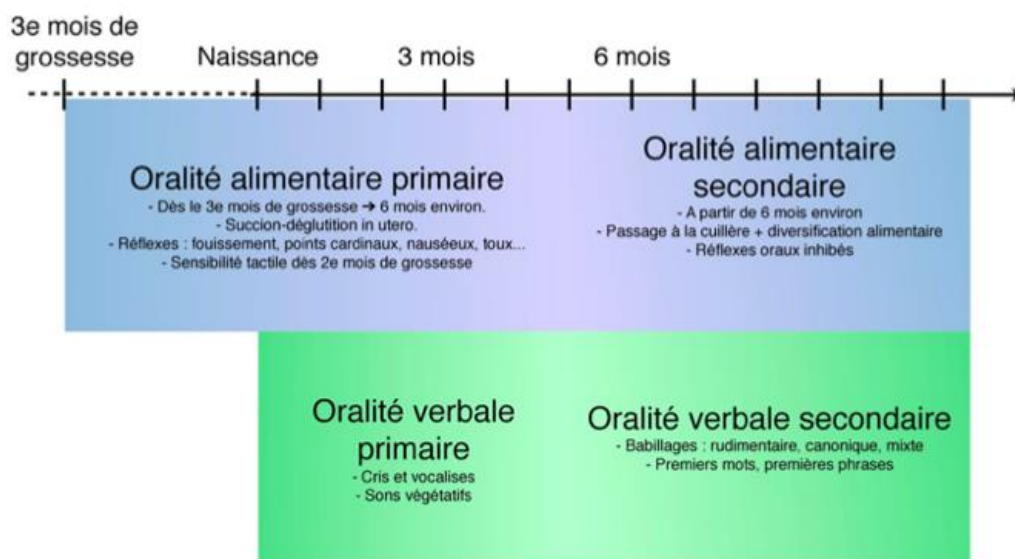


Figure 2 : développement de l'oralité et de la psychomotricité globale de l'enfant (7)

Quelques Repères :  
RAMSAY 2001, THIBAUT 2007

Agés mois	Succion - Déglutition	Textures	Motricité / Alimentation	Langage
0-4	Réflexe de succion-déglutition	liquide (lait)	Contrôle de sa tête	Vocalises
4-6	Diminution du réflexe succion-déglutition	Purée	Préhension volontaire	Babillage rudimentaire
6-9	Début des mouvements de mastication	Purée	Rotation du tronc Transfert d'une main à l'autre	Babillage canonique
9-12	Mouvements de mastication Mouvements latéraux de la langue	Petits morceaux Biscuits bébés	4 pattes, assis seul. Peut amener seul un gobelet en bouche	Babillage mixte
12-18	Mouvements de mastication s'affirment Langue plus habile	Aliments finement coupés, viande hachée	Apprend à marcher, à manger seul Peut amener la cuillère en bouche	Proto-langage
18-24	Mastication avec rotation entre les dents	Viande molle, Légumes en morceaux	Mange seul	Premières phrases

Le développement de l'oralité de l'enfant va être dépendant de l'intégrité des structures anatomiques et de la maturation neurologique et sera influencé par le tempérament de l'enfant, ses relations affectives, son environnement et le milieu culturel dont il est issu. L'alimentation est une fonction fondatrice des liens affectifs parents/enfant. Les parents vont se sentir reconnus en tant que parents par leur rôle dans l'alimentation de leur enfant. Tous les sens vont être sollicités pendant le repas (tactile, visuel, olfactif, auditif et gustatif), ce qui en fait un moment d'échange privilégié.(2)(4)

Certains enfants échouent dans le développement de compétences nécessaires pour gérer une nouvelle alimentation. (8)

**Un trouble de l'alimentation est défini comme une difficulté (incapacité ou refus) à consommer une quantité ou une variété adéquate de nourriture pour maintenir un état nutritionnel adéquat.** Les troubles de l'alimentation peuvent avoir des conséquences organiques, nutritionnelles ou émotionnelles importantes (9).

Quand les troubles de l'alimentation résultent d'une altération de la prise orale, on parle de trouble d'oralité alimentaire.

**C.THIBAUT (Orthophoniste française spécialisée dans les TOA) définit ainsi, les troubles de l'oralité alimentaire comme étant « l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale »**

Le syndrome de dysoralité sensorielle (SENEZ 2009) correspond à une difficulté alimentaire basée sur l'aversion alimentaire que procure la composante sensorielle d'un aliment. L'aliment est perçu de manière agressive par l'enfant qui le rejette. La notion de syndrome de dysoralité sensorielle est plutôt récente, constitue l'une des causes possibles d'un trouble de l'oralité alimentaire et peut toucher des enfants présentant un développement psychomoteur « normal ».

Les acteurs de santé, de multiples spécialités dans le monde, décrivent depuis environ 20 ans ces difficultés alimentaires sous de multiples appellations : « troubles alimentaires » (eating disorders), « troubles de remplissage alimentaire » (feeding disorders), « mangeurs sélectifs » (selective eaters), « enfants picoreurs » (picky eaters), « aversions alimentaires sensibles » (sensory food aversions), dysoralité sensorielle, troubles de l'oralité alimentaire.

Ces troubles sont décrits sous de nombreuses appellations et les définitions divergent selon la spécialité médicale de l'auteur. En effet il n'existe pas de réel consensus autour de leur définition.

**En France les difficultés alimentaires de l'enfant concerneraient une consultation sur 4 en cabinet de médecine générale (10).** Le médecin généraliste est le principal protagoniste dans le suivi de santé des enfants puisque 8 enfants sur 10 en France seraient suivis uniquement par un médecin généraliste(11) (12). C.SENEZ estime qu'environ 25% des enfants avec un développement normal présenteraient des troubles de l'oralité alimentaire.(5) Il paraît donc essentiel de diagnostiquer et de prendre en charge ces troubles. Au vue des grandes disparités de définitions sur les troubles de l'oralité alimentaire dans le monde, il semblait pertinent de réaliser une revue de la littérature afin d'en préciser la définition et, dans un deuxième temps, de mettre en avant les grandes lignes de la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

### C. QUESTION DE RECHERCHE

L'objectif principal de cette étude est de définir les troubles de l'oralité alimentaire, d'en préciser les symptômes et les critères diagnostiques au travers d'une revue de la littérature internationale.

L'objectif secondaire est de proposer une base d'orientation diagnostique, d'approche thérapeutique et de prise en charge de ces troubles, à partir des données de la littérature, pour une application en médecine générale.

## II. MATERIEL ET METHODE

J'ai décidé de réaliser une revue courte de la littérature internationale faisant un état des lieux des connaissances, des définitions et de la prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire. Selon l'université d'Ottawa, une revue de la littérature offre un survol ainsi qu'une évaluation critique d'un ensemble d'ouvrages liés à un sujet ou problème de recherche (13).

Les recherches ont été réalisées d'octobre 2019 à juin 2020.

### A. CRITERES D'INCLUSION

Les critères d'inclusion sont :

- Les articles écrits en langues française et anglaise.
- Tous les articles français et émanant de pays socio-économiques proches : Amérique du nord (Canada, Etats-Unis), Europe, Asie, Océanie, Afrique du Sud, écrits ou traduits en anglais ou en français.
- Les articles disponibles en accès libre.
- Les articles en accès restreint mais accessibles par abonnement universitaire ou par abonnement personnel.
- Tous les ouvrages, études, articles médicaux, thèses et recommandations portant sur les troubles de l'oralité alimentaire et les difficultés alimentaires notamment d'origine sensitive concernant les enfants sans limite d'âge (0-18 ans).
- Tous les ouvrages, recommandations, articles médicaux compris sur une période de l'année 2000 à aujourd'hui (dates choisies arbitrairement).

### B. SOURCES D'INFORMATION ET STRATEGIE DE RECHERCHE

Les recherches bibliographiques portaient sur :

- La littérature grise.
- La Base de Données Universitaire de Documentation (SUDOC) – Bibliothèque interuniversitaire de Montpellier.
- Les recommandations françaises, américaines, canadiennes, européennes, australiennes, néozélandaises, coréennes, chinoises et japonaises.

- La base de données de la Cochrane Library.
- Les articles médicaux référencés issus de la base de données MedLine (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) via PubMed.
- Les revues médicales : exercer, prescrire.
- Les outils de recherche explorant le contenu de la toile visible (Google)
- La bibliographie des articles sélectionnés a également été étudiée afin d'augmenter la puissance de cette revue de la littérature.

Afin de déterminer mes équations de recherches, j'ai tenté de définir des termes via MeSH (Medical Subject Heading) et via le Health Terminology/Ontology Portail (HeTOP) qui est le Portail Terminologique de Santé proposé par l'équipe du Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMeF) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen. Cependant le terme « troubles d'oralité », n'a trouvé aucune concordance. J'ai donc opté pour un aspect plus global du terme, à savoir « les troubles alimentaires ».

Les mots-clés utilisés pour la recherche ont été :

En français :

- Troubles oralité alimentaire
- Troubles de l'alimentation
- Dysoralité sensorielle
- Aversion alimentaire sensorielle
- Prise en charge
- Enfants/pédiatrie/enfance

En anglais :

- Feeding disorder
- Eating disorder
- Feeding difficulties
- Picky eaters
- Middle selective
- Highly selective
- Sensory food aversion

- Sensory processing disorder
- Care management
- Child/children/pediatric/infant/adolescent/childhood

## 1. LITTERATURE GRISE

Définition de l'Association française de normalisation (AFNOR): document dactylographié ou imprimé, souvent à caractère provisoire, reproduit et diffusé à un nombre d'exemplaires inférieur au millier, en dehors des circuits commerciaux de l'édition et de la diffusion.

Définition de Luxembourg : La littérature grise est ce qui est produit par toutes les instances du gouvernement, de l'enseignement et la recherche publique, du commerce et de l'industrie, sous un format papier ou numérique et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale.

Afin d'étudier la littérature grise, j'ai donc interrogé :

- La banque nationale de données de santé publique (BNSP)

<http://www.bdsp.ehesp.fr/>

Il s'agit d'un réseau de coopération pour la mise en ligne de sources d'informations destinées aux professionnels des secteurs sanitaire et social. La BNSP référence les données de la littérature grise ainsi que les articles scientifiques.

J'ai choisi la « recherche avancée », en sélectionnant les ouvrages, articles, congrès et rapports de 2000 à aujourd'hui.

L'équation de recherche était « trouble + oralité + alimentaire »

- Santé Publique France (SPF)

<https://www.santepubliquefrance.fr/>

Les travaux de l'Institut national de veille sanitaire (INVS) et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ont été regroupés sous l'appellation : Santé publique France.

Les recherches par mots-clés « trouble + oralité + alimentaire » puis « trouble + oralité » ont été effectuées.

- Center for Diseases Control and Prevention (CDC)

<https://www.cdc.gov/>

Il s'agit de l'agence gouvernementale américaine en matière de protection de la santé publique et de sécurité publique.

Une recherche avec « child + feeding + disorder » comme mots-clés a été réalisée.

- European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) :

<https://www.ecdc.europa.eu/>

Il s'agit de l'équivalent européen du CDC.

Une recherche avec « child + feeding + disorder » comme mots-clés a été réalisée.

- Le site de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

<https://www.who.int/>

Les recherches avec les 2 équations suivantes ont été réalisées :

« Feeding + disorder » puis « troubles oralité alimentaire ».

Il a également été effectué une recherche dans la rubrique « Alimentation » et « Santé de l'enfant ».



- Le site de l'organisation Panaméricaine de la santé (PAHO)

<https://www.paho.org/>

Il s'agit d'une organisation de santé publique dont la mission est d'améliorer le système de santé, la santé et le niveau de vie des peuples du continent américain. Cette organisation est reconnue internationalement.

Une recherche par mots-clés « feeding + disorder » a été réalisée.

## 2. THESES ET MEMOIRES

- SUDOC ABES

[www.sudoc.abes.fr](http://www.sudoc.abes.fr)

C'est le système universitaire de documentation alimenté par toutes les bibliothèques universitaires de France et les établissements documentaires de recherche. On y retrouve notamment l'ensemble des thèses et mémoires de fin d'étude de France.

Les recherches ont été effectuées avec les mots-clés suivants « oralité + alimentaire ».

## 3. RECOMMANDATIONS FRANCAISES ET INTERNATIONALES

- a) Recommandations Françaises :

- Société Française de Pédiatrie (SFP)

<http://sfpediatrie.com/>

La recherche a été effectuée par mots-clés « troubles + alimentation » « troubles + oralité + alimentaire » puis « difficultés + alimentaires ».

Des recherches via la rubrique « recommandations » ont aussi été effectuées.

- Haute autorité de santé (HAS)

<https://www.has-sante.fr/>

Les recherches ont été effectuées avec les mots-clés suivants « trouble + oralité + alimentaire ».

b) Recommandations Européennes

- EAP (European Academy of Pediatrics)

<http://eapaediatrics.eu/>

Société médicale européenne de pédiatrie.

L'équation de recherche était « feeding + disorder ».

- Belgique

J'ai consulté les 2 sites suivant :

- Le Groupement Belge des Pédiatres de Langue Française (GBPLF)

<http://www.gbpf.be/>

- Pédiatrie. Be

<http://www.pediatrie.be/>

"Pediatrie.be" est dédié à l'enseignement de la médecine infantile et conçu pour elle. Il rassemble des informations professionnelles pour les praticiens soucieux de recevoir une information actualisée sur les pathologies pédiatriques.

L'équation de recherche était « troubles + alimentaires ».

- Luxembourg

<http://www.pediatrie.lu/>

L'équation de recherche était « troubles + alimentaires ».

- Allemagne

<https://www.iqwig.de/en/home.2724.html>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): Institut pour la qualité et l'efficacité dans la santé.

L'équation de recherche était « troubles + alimentaires ».

- Italie

<https://www.sip.it/>

La société italienne de pédiatrie (SIP), (Società italiana di pediatria).

L'équation de recherche était « troubles + alimentaires ».

- Espagne

<http://www.aeped.es/>

L'association espagnole de pédiatrie (Asociación Española de Pediatría).

L'équation de recherche était « troubles + alimentaires ».

- Suisse

<http://www.swiss-paediatrics.org/fr>

La Société Suisse de Pédiatrie (SSP).

L'équation de recherche était « troubles + alimentaires ».

- Pays Bas

<https://www.nvk.nl/>

La société néerlandaise de pédiatrie (SNP) : Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

L'équation de recherche était « troubles + alimentaires ».

- Autriche

<https://www.dgsm-paediatric.de/>

La société autrichienne de pédiatrie et de médecine de l'adolescent : Frühjahrstagung der Arbeitsgruppe Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin.

L'équation de recherche était « troubles + alimentaires ».

- Angleterre

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

<https://www.nice.org.uk/>

Il s'agit d'un organisme public dépendant du ministère de la santé du Royaume-Uni et qui publie des recommandations selon quatre lignes directrices : les technologies de la santé, la pratique clinique, la prévention ainsi que sociales et sanitaires.

L'équation de recherche était « child + feeding + disorder ».

- Royal College of Pediatrics and Child Health (RCPH)

<https://www.rcpch.ac.uk/>

Il s'agit du collège des enseignants et des professionnels en pédiatrie au Royaume-Uni. Il est responsable de la formation post doctorale des pédiatres.

L'équation de recherche était « child + feeding + disorder ».

c) Recommandations internationales

- National Guideline Clearinghouse (NGC)

<https://www.guideline.gov/>

C'est une base de données sur les pratiques cliniques fondées sur des preuves scientifiques. Il fournit aux utilisateurs d'Internet un accès en ligne gratuit aux lignes directrices (« Guidelines »).

L'équation de recherche était « child + feeding + disorder ».

- International Pediatric Association (IPA)

L'équation de recherche était « feeding + disorder ».

d) Recommandations Américaines

- American Academy of Pediatrics (AAP)

<https://www.aap.org/en-us/Pages/Default.aspx>

L'équation de recherche était « child + feeding + disorder ».

- American College of Pediatricians (ACP)

<https://www.acpeds.org/>

L'équation de recherche était « feeding + disorder ».

e) Recommandations Canadiennes

- Société canadienne de pédiatrie (SCP)

<https://www.cps.ca/fr/>

Les mots-clés utilisés dans l'onglet de recherche étaient « troubles alimentaires ».

- Paediatrics & Child Health (PCH)

<https://academic.oup.com/pch>

*Paediatrics & Child Health*, la seule revue de pédiatrie évaluée par les pairs au Canada, est publiée par la maison d'édition Oxford University Press pour le compte de la Société canadienne de pédiatrie.

Les mots-clés utilisés dans l'onglet de recherche étaient « troubles alimentaires ».

f) Recommandations Océanie

- Australie

<https://www.racp.edu.au/>

Le Royal Australian College of Physicians (RACP)

L'équation de recherche était « child + feeding + disorder ».

- Nouvelle-Zélande

<https://www.paediatrics.org.nz/>

La société Néo-Zélandaise de Pédiatrie : Paediatric Society of New Zeland (PSNZ).

L'équation de recherche était « child + feeding + disorder ».

g) Recommandations Asie

- Japon

<https://www.jpeds.or.jp/>

Le société Japonaise de Pédiatrie (JPEDs).

L'équation de recherche était « feeding + disorder ».

- Corée du Sud

<https://www.pediatrics.or.kr/>

La société coréenne de Pédiatrie (SKP) avec son lien vers le journal Clinical and Experimental Pediatrics.

L'équation de recherche était « feeding + disorder ».

4. RECHERCHES COCHRANE LIBRARY

La bibliothèque Cochrane est une collection de bases de données qui contiennent différents types de preuves, indépendantes et de haute qualité pour éclairer la prise de décision en matière de soins de santé. Ses données bibliographiques sont fournies par plusieurs organisations, dont Cochrane qui est une base de données de revues systématiques et de méta analyses qui résument et interprètent les résultats de la recherche médicale.

Les recherches ont été réalisées via l'onglet « recherches avancées » avec l'équation suivante « feeding + disorder + child » de janvier 2000 à juin 2020.

5. RECHERCHES PUBMED

Les mots-clés ont été combinés pour former une équation de recherche, via la recherche avancée de PubMed, en utilisant les opérateurs AND/OR/NOT. La recherche a été effectuée sur la période 2000-2020 et la sélection « Full Text » a été actionnée.

L'équation de recherche utilisée était « pediatric AND feeding disorder OR pediatric AND eating disorder NOT anorexia NOT Bulimia ».

## 6. REVUES ET JOURNAUX

- Exercer : Revue française de médecine générale, publiée par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Elle n'est pas indexée à la base de données PUBMED.

Les recherches ont été effectuées avec les mots-clés suivants « trouble + oralité + alimentaire ».

- Prescrire : Revue Française qui traite de l'actualité des maladies, des médicaments, des techniques et technologies médicales.

Les recherches ont été effectuées avec les mots-clés suivants « trouble + oralité + alimentaire ».

## 7. CAIRN.INFO

CAIRN.INFO permet la publication et la diffusion de revues de Sciences Humaines et Sociales francophones via un support numérique notamment.

Les recherches ont été effectuées avec les mots-clés suivants « trouble + oralité » via l'onglet recherche avancée.

## 8. DOCUMENTS ISSUS DES BIBLIOGRAPHIES DES ARTICLES SELECTIONNES

Afin de renforcer la force de l'étude les bibliographies des documents sélectionnés ont été étudiées de manière systématique et certains documents jugés pertinents ont été analysés.



## C. SELECTION DES DOCUMENTS

1<sup>ère</sup> étape : Sélection des documents en langue française et anglaise, exclusion des articles écrits dans une autre langue.

2<sup>ème</sup> étape : Lecture des titres obtenus à partir des équations de recherche et exclusion des titres non en rapport.

3<sup>ème</sup> étape : Lecture du résumé des articles sélectionnés à partir du titre et exclusion des articles non en rapport avec le sujet.

4<sup>ème</sup> étape : Exclusion des articles et documents dont le texte intégral ne peut pas être retenu.

5<sup>ème</sup> étape : Sélection des articles en lien avec le sujet de recherche et évaluation de la qualité des différents documents grâce aux grilles et échelles d'évaluation.

Etaient exclus de l'analyse :

- les documents dont le titre ne répondait pas au sujet
- les doublons
- les documents dont le résumé ou le texte ne répondait pas au sujet
- les documents dont le texte intégral était en langue autre qu'anglo-saxonne ou française
- les documents sans texte intégral disponible
- les documents sans résumé disponible

## D. ANALYSE DES DOCUMENTS

Les documents sélectionnés et inclus ont été analysés par une lecture simple de la thésarde.

Les données extraites ont été résumées sous forme d'un tableau comprenant les caractéristiques méthodologiques (méthode, pays, évaluation du document et idées principales).

Un diagramme de flux a été réalisé pour l'ensemble des banques de données consultées.

## E. EVALUATION AVEC LES GRILLES D'ÉVALUATION DES DOCUMENTS INCLUS

Tous les documents inclus dans cette revue apportaient des informations en réponse aux questions de recherche et ont été soumis à une évaluation qualitative à l'aide des grilles d'évaluation.

- L'échelle de JADAD (« score de qualité d'Oxford ») (Annexe 1)

Elle a été utilisée pour évaluer la qualité des essais cliniques randomisés. Il s'agit d'une échelle sur 5 points. Pour chaque score j'ai également calculé le pourcentage.

- La grille STROBE (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology) (Annexe 2)

Elle a permis d'évaluer la qualité du rapport des études observationnelles. La grille STROBE permet, en principe, d'évaluer la qualité du rapport et d'en souligner les points faibles par un questionnaire rédactionnel. Il ne s'agit donc pas de notation.

J'ai tout de même choisi de faire le rapport du nombre d'items présents sur le nombre d'items totaux pour avoir une note et un pourcentage. Elle comporte 6 domaines avec 34 items (Score maximal de 34)

- La liste de contrôle R-AMSTAR (Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews) (Annexe 3)

Je l'ai choisie pour évaluer la qualité des revues systématiques. La liste comporte, dans la colonne gauche, 11 questions sur la qualité de la revue. En fonction des critères présentés dans la colonne droite, il faut attribuer à chaque question un score de 1 à 4. La somme des scores constitue le score de qualité global de la revue systématique dont le maximum est 44.

- La grille CASP (Critical Appraisal Skills Programme) (Annexe 4)

Je l'ai utilisée pour évaluer la qualité du rapport des études qualitatives.

Cet outil est composé de 10 questions auxquelles il est possible de répondre par « Yes », « Can't tell » et « No ». Les deux premières questions sont des questions d'élimination dont la réponse doit être rapidement trouvée. Si les deux réponses sont « Yes », cela vaut la peine de

continuer avec les autres questions. J'ai choisi d'obtenir une note et un pourcentage comparable aux autres grilles en faisant le rapport entre le nombre de « Yes » obtenus et le nombre total d'items.

- La grille AGREE II (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) (Annexe 5)

Elle a permis l'évaluation de la qualité des recommandations. Cette grille d'évaluation se compose de 23 éléments-clés organisés en six domaines, suivis de deux éléments généraux d'évaluation (« évaluation générale »). Chaque élément est noté sur une échelle allant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord). Le score accordé pour la qualité est calculé pour chacun des six domaines de la Grille AGREE II. Les six domaines étant indépendants, il n'est pas recommandé de les regrouper en un score global de qualité. Le score des domaines est calculé en additionnant les scores des différents éléments du domaine et en traduisant le résultat en pourcentage du score maximal pour ce domaine. Une fois les 23 éléments évalués, les utilisateurs de la Grille AGREE II doivent répondre aux deux questions de l'évaluation générale de la recommandation pour la pratique clinique. L'évaluation générale exigeant que l'utilisateur de la Grille AGREE II évalue la qualité de la recommandation en tenant compte des éléments d'évaluation prévus dans le processus, j'ai décidé de ne mentionner que le résultat de ces deux éléments généraux finaux. J'ai utilisé le manuel d'utilisateur qui explique comment évaluer chacun des éléments à l'aide de l'échelle de notation.

Je me suis appuyée sur la checklist PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis) (Annexe 6), outil d'aide au rapport des revues de la littérature, composée de 27 items répartis en 7 domaines, pour rédiger de façon rigoureuse ce travail.

### III. RESULTATS

#### A. RESULTATS DE LA RECHERCHE

##### 1. LITTERATURE GRISE

Au total, après exclusion des doublons et des articles ne correspondant pas à la question de recherche, j'ai analysé 3 documents.

Recherche BDSP : 1950 documents identifiés, 1923 exclus sur le titre, 22 exclus après lecture du résumé, 1 article entier non disponible, 1 exclu sur le contenu et 3 retenus et analysés

Recherche Santé Publique France : 0 documents identifiés

Rechercher CDC : 586 documents identifiés dont 586 exclus sur le titre.

Recherche ECDC : 464 documents identifiés dont 464 exclus sur le titre

Recherche OMS : 0 documents identifiés

Recherche PAHO : 100 documents identifiés, 91 exclus sur le titre et 4 doublons exclus et 5 exclus après lecture du résumé, pas d'article retenu.

Les articles sélectionnés sont :

- « **Tu vas manger !** » **Trouble alimentaire du nourrisson et du jeune enfant : du refus au forçage alimentaire.** Selon T.CASCALES et JP.OLIVES. Publié dans SPIRALE relayé par CAIRN.info. 2002

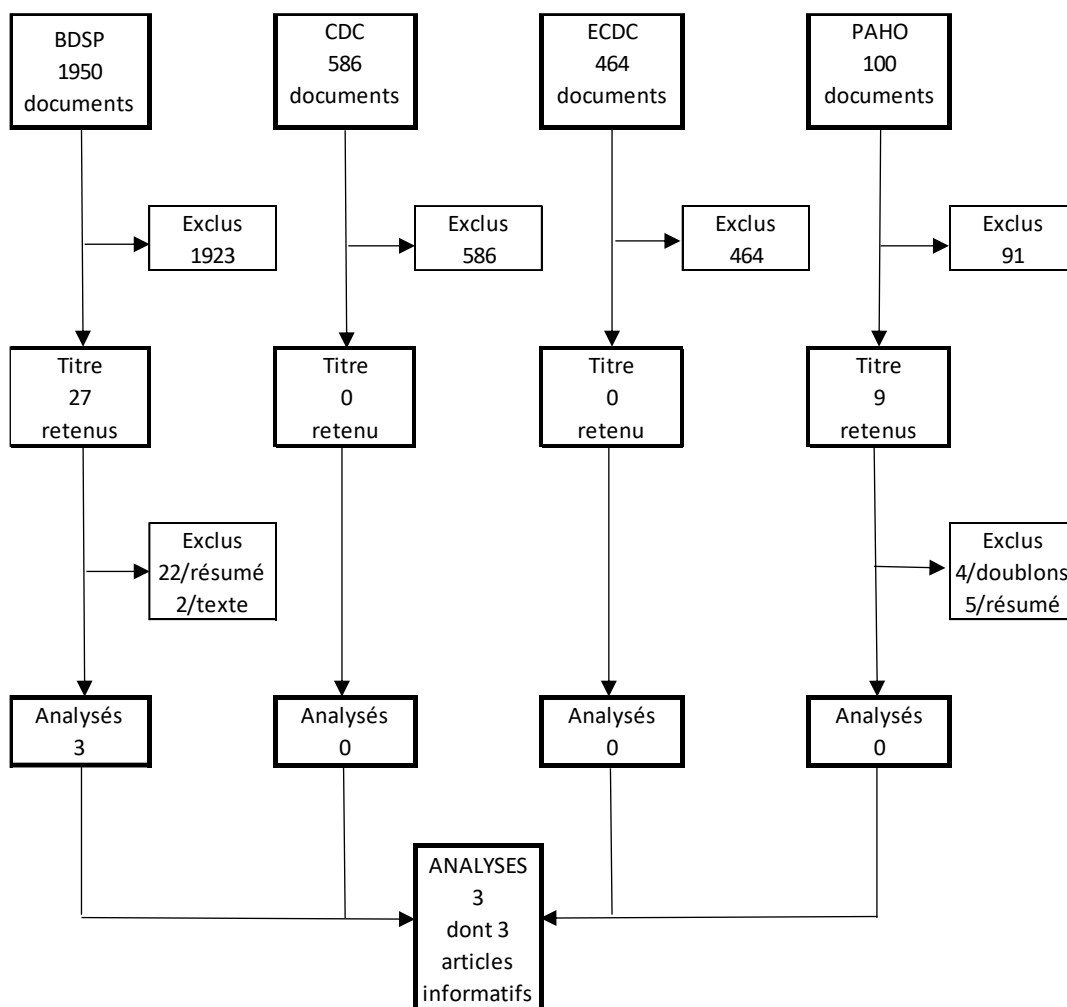
- **La diversité des bébés et de leurs parents peut-elle faire bon ménage... avec les normes pédiatriques?** R.PRIEUR. Publié dans SPIRALE relayé par CAIRN.INFO. 2014

- **Troubles de l'oralité d'allure isolée : Isolé ne veut pas dire psy.** V.ABADIE. Archives de Pédiatrie. 2008

Cette procédure est décrite dans le diagramme de flux suivant :

Figure 3 : Diagramme de flux littérature grise :

Littérature Grise : 3100 documents dans 4 bases de données



## 2. THESES ET MEMOIRES

64 documents ont été identifiés, 15 documents ont été retenus sur le titre, 4 ont été exclus sur le résumé. Sur les 11 documents restants, 8 ont été exclus car le corps du texte ne correspondait pas à la question de recherche et 1 a été exclu car le texte intégral n'était pas disponible.

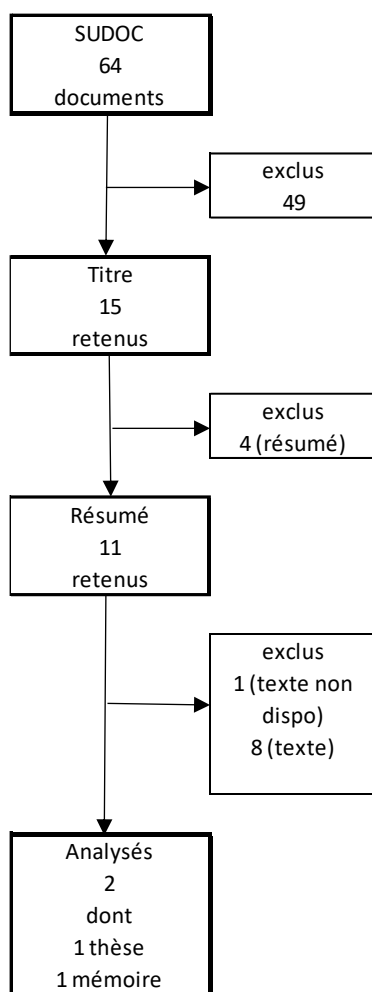
Au total, après exclusion des doublons et des articles ne correspondant pas à la question de recherche, j'ai analysé 2 documents à savoir un mémoire d'orthophonie et une thèse de pédiatrie.

Les documents sélectionnés sont les suivant :

- **Traitement sensoriel et oralité alimentaire : état des lieux des thérapies sensorielles en lien avec l'oralité alimentaire.** Mémoire d'orthophonie A.DIRAISON. 2019
- **Devenir des enfants suivis en consultation spécifique pour un trouble de l'oralité : aspects comportementaux et nutritionnels.** Thèse de Pédiatrie. G.CELTON. 2016

Cette procédure est décrite dans le diagramme de flux suivant :

Figure 4 : diagramme de flux SUDOC :



### 3. RECOMMANDATIONS FRANCAISES ET INTERNATIONALES

Au total 1010 documents ont été identifiés et 3 documents ont été analysés.

-Recherche SFP : 0 document identifié.

-Recherche HAS : 19 documents identifiés, dont 19 exclus sur le titre.

-Recherche EAP : 0 document identifié.

-Recherche GBPLF : 0 document identifié.

-Recherche Pédiatrie.Be : 0 document identifié.

-Recherche Pédiatrie.Lu : 0 document identifié.

-Recherche IQWIG : 3 documents identifiés, dont 3 exclus sur le titre.

-Recherche Société italienne de Pédiatrie (SIP) : 1 document dont 1 exclu sur le titre.

-Recherche Société espagnole de Pédiatrie : 0 document identifié.

-Recherche Société suisse de Pédiatrie (SSP): 11 documents identifiés, dont 10 exclus sur le titre et 1 retenu sur le résumé mais exclu sur le contenu du texte.

-Recherche Société néerlandaise de Pédiatrie (SNP) : 5 documents identifiés, 4 exclus sur le titre, 1 retenu sur le résumé, 0 analysé.

-Recherche Société autrichienne de Pédiatrie : 0 document identifié.

-Recherche NICE : 26 documents identifiés, dont 3 retenus sur le titre, 1 retenu sur le résumé, 0 document analysé.

-Recherche RCPC : 6 documents identifiés, aucun retenu sur le titre.

-Recherche National Guide Clearinghouse (NGC): 195 documents retrouvés, dont 2 retenus sur le titre, aucun ne répondait à la problématique.

-Recherche IPA : 0 document identifié.

-Recherche AAP : 306 documents identifiés, 6 sélectionnés sur le titre, 2 exclus pour cause de doublon, 1 article sélectionné sur le résumé mais non disponible en texte intégral.

-Recherche ACP : 1 document identifié mais exclu sur le titre.

-Recherche Société canadienne de Pédiatrie (SCP) : 272 documents identifiés dont 3 retenus sur le titre, 2 retenus sur le résumé et 2 documents analysés.

-Recherche PCH : 66 documents identifiés, dont 1 retenu sur le titre mais exclu pour cause de doublon.

-Recherche RACP : 98 documents identifiés, dont aucun n'a été retenu sur le titre.

-Recherche PSNZ : 0 document identifié.

-Recherche JPEDs : 0 document identifié.

-Recherche Société coréenne de Pédiatrie(SKP) : 1 document identifié, retenu sur le titre puis analysé.

Les documents analysés sont :

- **Le « mangeur difficile » : le tout-petit ou l'enfant d'âge préscolaire qui ne mange pas.**

Société Canadienne de Pédiatrie. 2012

- **Le tout-petit qui périlite sous la courbe de croissance.** Société Canadienne de Pédiatrie.

2012

- **How To Approach The Feeding Difficulties In Young Children.** H-R.YANG. Korean Journal of

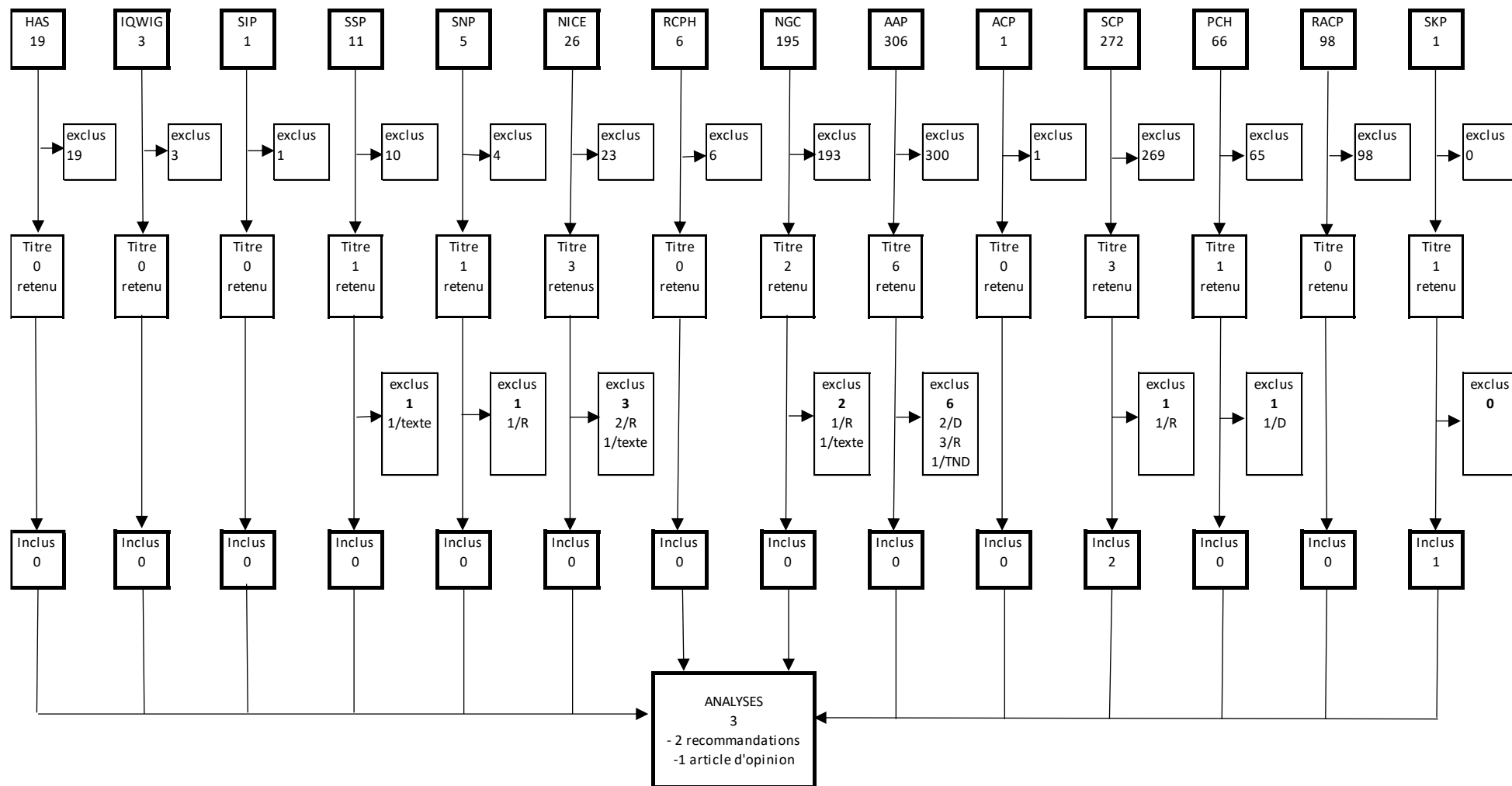
Pediatrics. 2017

Cette procédure est décrite dans le diagramme de flux suivant :

Figure 5 : Diagramme de flux recommandations :



Recommandations : 1010 documents



R=résumé

T=texte

D=doublon

TND=texte non disponible

#### 4. RECHERCHES COCHRANE LIBRARY

Dans le moteur de recherche COCHRANE LIBRARY, 723 documents ont été identifiés, 16 documents ont été retenus sur le titre, dont 1 a été exclu pour cause de doublon, 1 résumé n'était pas disponible et 12 articles ont été exclus sur le contenu du résumé. Sur les 2 articles sélectionnés sur le résumé, 1 ne correspondait pas à la question de recherche et 1 article a été analysé.

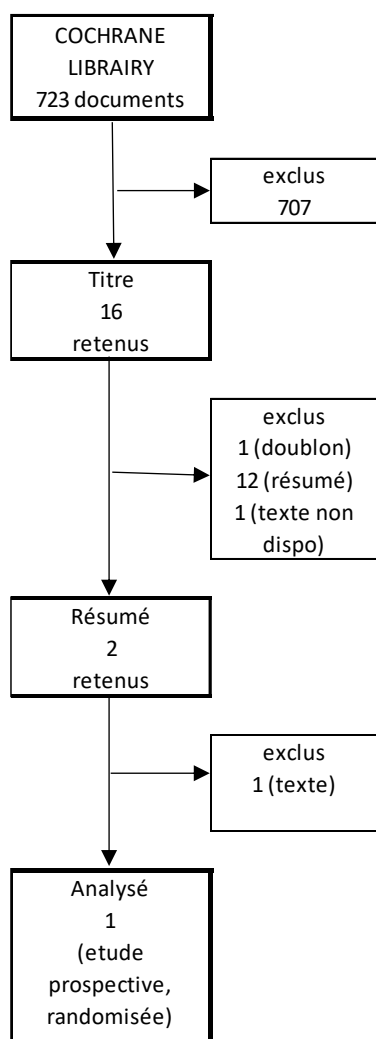
Le document analysé est le suivant :

- **Multidisciplinary Intervention For Childhood Feeding Difficulties.** J.MARSHALL and all.

Journal of Pediatric and Gastroenterology and Nutrition. 2015

Cette procédure est décrite dans le diagramme de flux suivant :

Figure 6 : Diagramme de flux COCHRANE LIBRARY :



## 5. RECHERCHES PUBMED

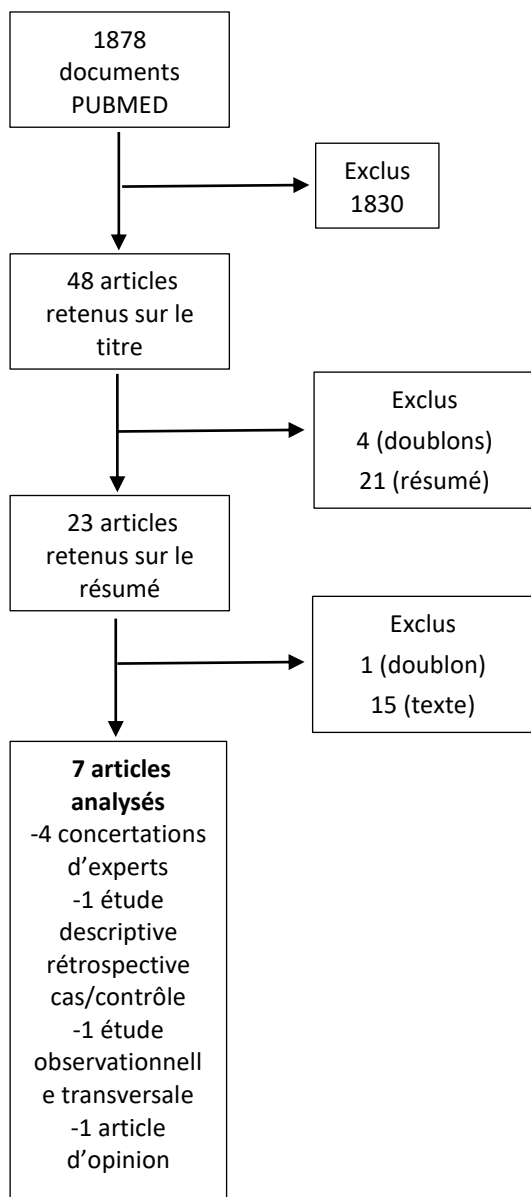
Dans le moteur de recherche de PUBMED, 1878 documents ont été identifiés, 48 ont été retenus sur le titre, dont 4 exclus pour cause de doublon, 23 articles ont été retenus à la lecture du résumé. Au final 7 articles ont été analysés.

Les documents analysés sont les suivants :

- **Pediatric Feeding Disorders.** Selon GODAY and all. Journal of Pediatric and Gastroenterology and Nutrition. Janvier 2019.
- **Characteristics Of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder In Children And Adolescents : A "New Disorder " In DSM-5.** Selon FISHER and al. Journal of Adolescent Health. 1er juillet 2014
- **A Practical Approach To Classifying And Managing Feeding Difficulties.** B.KERZNER and all. PEDIATRICS. 2015
- **Health Related Quality Of Life Of Infants And Children With Avoidant Restrictive Food Intake Disorder.** H. KROM and all. International Journal of Eating Disorders. 2019
- **A Functional Approach To Feeding Difficulties In Children.** K.MILANO, I.CHATOOR, B.KERZNER. Pediatric Gastroenterology. Août 2019
- **Nutritionnal Risks Of ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorders) And Relative Behavior.** F.FEILLET and all. Comité de Nutrition Société Française de Pédiatrie. Archives de Pédiatrie. Octobre 2019
- **Troubles du comportement alimentaire restrictifs ou évitant : un nouveau trouble alimentaire du DSM-5.** D.KATZMAN. Programme Canadien de Surveillance Pédiatrique. 2016

Cette procédure est décrite dans le diagramme de flux suivant :

Figure 7 : Diagramme de flux PUBMED :



## 6. REVUES ET JOURNAUX

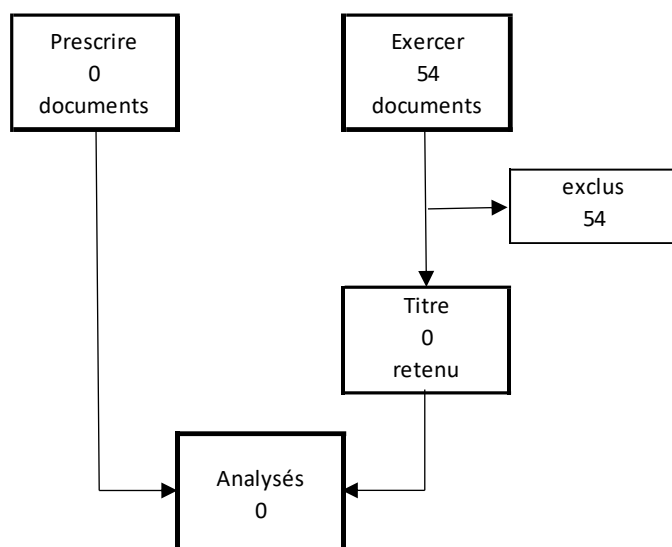
Dans la revue Prescrire, aucun document n'a été identifié.

Dans la revue Exercer, 56 documents ont été identifiés, aucun n'a été retenu sur le titre.

Au total, aucun article n'a été analysé.

Cette procédure est décrite dans le diagramme de flux suivant :

Figure 8 : Diagramme de flux REVUE et JOURNAUX :



## 7. CAIRN.INFO

Au total, 42 documents ont été identifiés, 7 documents ont été retenus sur le titre, 1 doublon a été exclu. 3 documents ont été exclus car le corps du texte ne correspondait pas à la question de recherche. 3 documents ont été analysés.

Les documents retenus sont :

- **L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité.**

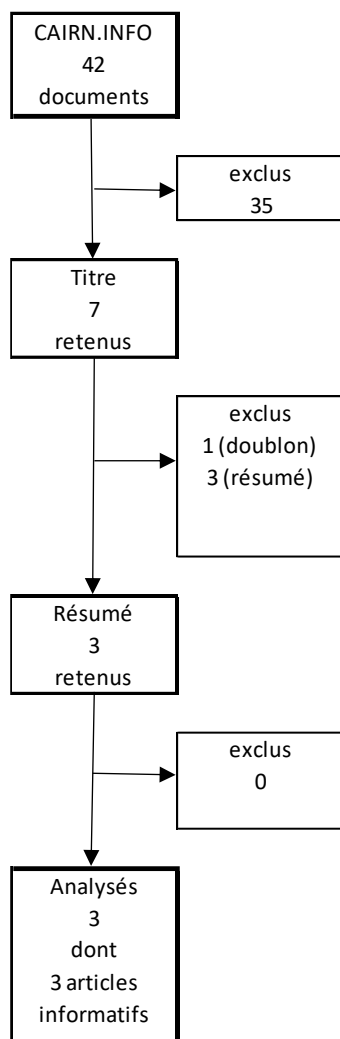
I.BARBIER. Publié dans CONTRASTE relayé par CAIRN.INFO. 2014

- **Troubles de l'oralité : tous les sens à l'appel.** V.LEBLANC et M.RUFFIER-BOURDET. SPIRALE relayé par CAIRN.info. 2009

- **L'oralité troublée : regard orthophonique.** C.GUILLERME. Publié dans SPIRALE relayé par CAIRN.INFO. 2014

Cette procédure est décrite dans le diagramme de flux suivant :

Figure 9 : Diagramme de flux CAIRN.INFO :



## 8. DOCUMENTS ISSUS DES BIBLIOGRAPHIES DES ARTICLES SELECTIONNES

Au total, 6 documents ont été analysés.

Les documents analysés sont les suivants :

- **Sensory Food Aversions In Infant And Toddlers.** Irène CHATOOR. ZERO TO THREE. Janvier 2009.
- **Food Choices of Tactile Defensive Children.** SMITH and all. NUTRITION (ELSEVIER). 2005
- **Attention à mon oralité !** V. ABADIE, Groupe « Oralité » Hôpital Necker-Enfants Malades. 2018

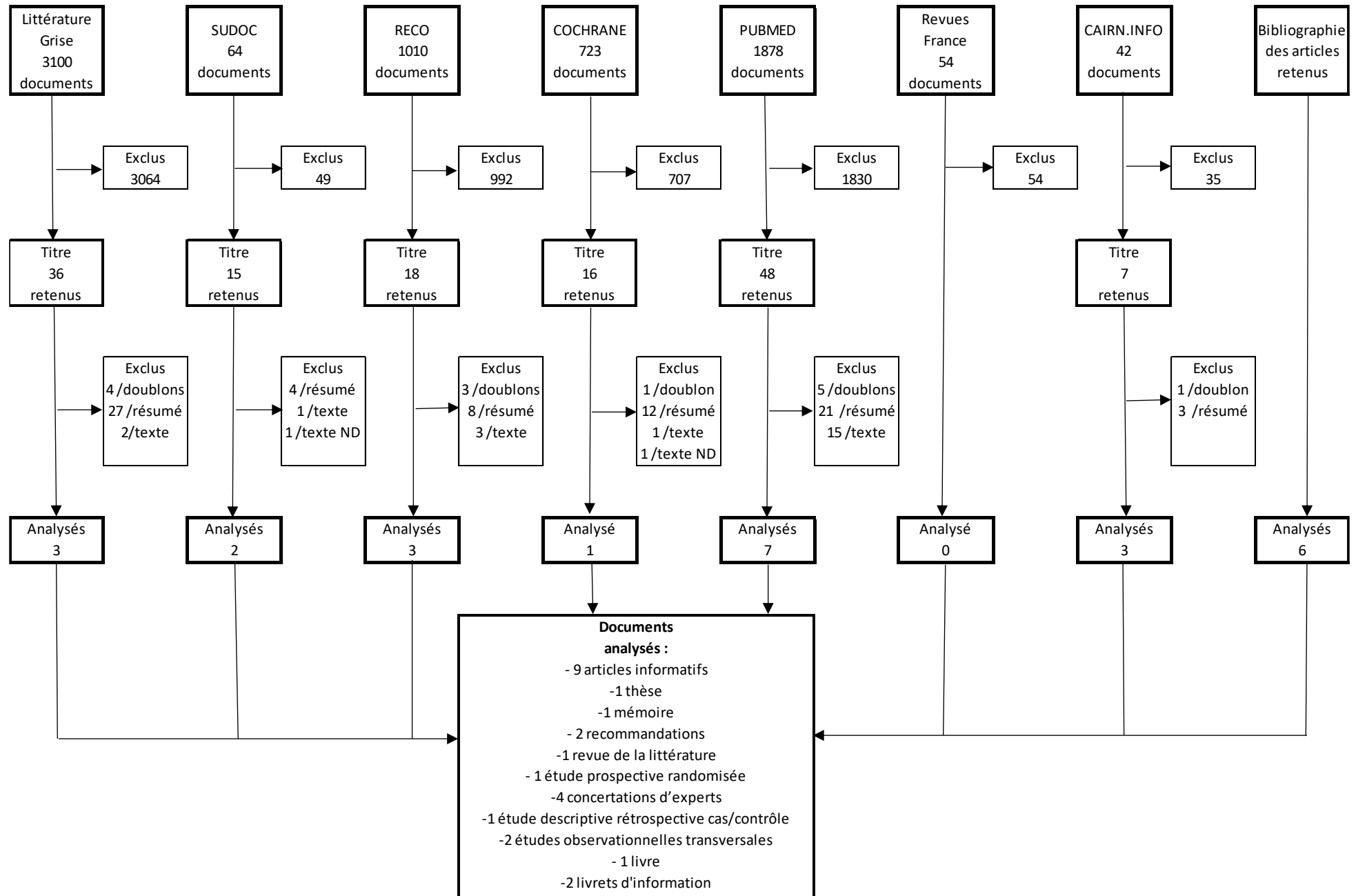
- **Boîte à idées pour oralité malmenée du jeune enfant.** V.LEBLANC. Publié chez NUTRICIA. Relayé par l'association GROUPE MIAM MIAM. 2012
- **Les troubles sensoriels : impact sur les troubles alimentaires.** E.HAVARD, M.CARREAU, R.TRUFFEAU. Bulletin scientifique de l'ARAPI (Association pour la Recherche sur l'Autisme et la Prévention des Inadaptations) 2009
- **Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition.** C.SENEZ. 2015

## B. SYNTHESE GLOBALE DES RESULTATS

Au total 25 documents ont été analysés.

Figure 10 : Diagramme de flux synthèse globale des résultats :

6877 documents identifiés dans la base de données



ND: non disponible



L'ensemble des caractéristiques des documents inclus dans cette revue de la littérature figurent dans le tableau suivant :

**Tableau 1 : tableau récapitulatif des articles et documents sélectionnés :**

TITRE, AUTEUR, REVUE, DATE	PAYS	METHODE	EVALUATION	PRINCIPAUX RESULTATS
ARTICLES SCIENTIFIQUES				
<b>Sensory Food Aversions In Infant And Toddlers.</b> Irène CHATOOR. <i>ZERO TO THREE</i> . Janvier 2009.	Etats-Unis	article, revue de la littérature	aucune	Définition : aversion alimentaire d'origine sensorielle. Symptômes et critères diagnostiques.
<b>Pediatric Feeding Disorders.</b> Selon GODAY and all. <i>Journal of Pediatric and Gastroenterology and Nutrition</i> . Janvier 2019.	Etats-Unis Canada	article, concertation d'experts	aucune	Définition : Basée sur la notion de handicap, impact des troubles alimentaires sur la fonction physique, sociale, émotionnelle, cognitives. Impact qualité de vie
<b>Characteristics Of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder In Children And Adolescents : A "New Disorder " In DSM-5.</b> Selon FISHER and al. <i>Journal of Adolescent Health</i> . 1er juillet 2014	Etats-Unis Canada	article, étude descriptive rétrospective cas/contrôle	STROBE 26/34	Définition : Nouvelle classification DSM 5, troubles alimentaires restrictifs/évitants. Critères diagnostiques
<b>A Practical Approach To Classifying And Managing Feeding Difficulties.</b> B. KERZNER and all. <i>PEDIATRICS</i> . 2015	Etats-Unis	article, comité d'experts	aucune	Définition : Troubles de l'alimentation, drapeaux rouges organiques et comportementaux. Notion de relation parent (nourrisseur)/enfant (nourri) essentielle. Prise en charge diagnostique et thérapeutique

<b>How To Approach The Feeding Difficulties In Young Children.</b> H-R. YANG. <i>Korean Journal of Pediatrics</i> . 2017	Corée	article, comité d'opinion	aucune	Définition : Troubles de l'alimentation, prévalence.
<b>Multidisciplinary Intervention For Childhood Feeding Difficulties.</b> J. MARSHALL and all. <i>Journal of Pediatric and Gastroenterology and Nutrition</i> . 2015	Australie	étude clinique prospective randomisée en groupe parallèle	JADDAD 3/5	Définition : conséquence nutritionnelle des TOA. Thérapeutique : Principe de désensibilisation systématique. Conditionnement opérant. Implication et formation parentale/TOA.
<b>Food Choices of Tactile Defensive Children.</b> SMITH and all. <i>NUTRITION</i> (ELSEVIER). 2005	Afrique du Sud	étude observationnelle transversale	STROBE 18/34	Définition : comportement défensif tactile, hypersensibilités aux goûts et textures. Impact social, avec difficultés repas à l'extérieur, refus d'alimentation.
<b>Health Related Quality Of Life Of Infants And Children With Avoidant Restrictive Food Intake Disorder.</b> H. KROM and all. <i>International Journal of Eating Disorders</i> . 2019	Pays-Bas	étude observationnelle transversale	STROBE 29/34	Définition : impact sur la qualité de vie des enfants du trouble ARFID, groupe ARFID/groupe sain/groupe pathologie chronique.
<b>A Functional Approach To Feeding Difficulties In Children.</b> K. MILANO, I. CHATOOR, B. KERZNER. <i>Pediatric Gastroenterology</i> . Août 2019	Etats-Unis	article, comité d'experts	aucune	Définition : caractéristiques des difficultés alimentaires : selective eaters (mangeurs sélectifs), poor appetite (faible appétit), fear of feeding (peur de manger). Proposition d'un premier bilan autour des difficultés alimentaires.

<b>Nutritional Risks Of ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorders) And Relative Behavior.</b> F. FEILLET and all. Comité de Nutrition Société Française de Pédiatrie. <i>Archives de Pédiatrie</i> . Octobre 2019	France	article, comité d'experts	aucune	Définition : carences nutritives consécutives de l'ARFID, bilan de dépistage des carences nutritives.
THESES/MEMOIRES				
<b>Traitement sensoriel et oralité alimentaire : état des lieux des thérapies sensorielles en lien avec l'oralité alimentaire.</b> A. DIRAISON. 2019	France	mémoire d'orthophonie	aucune	Définition : Revue de la littérature sur la définition des troubles de l'oralité. Troubles du traitement sensoriel. Thérapeutique : proposition de rééducation orthophonique ciblée.
<b>Devenir des enfants suivis en consultation spécifique pour un trouble de l'oralité : aspects comportementaux et nutritionnels.</b> G. CELTON. 2016	France	Thèse de Pédiatrie. Etude descriptive	STROBE 29/34	Définition : Troubles oralité alimentaire. Embryologie et développement intra utérin des sens. Thérapeutique : multidisciplinarité.
RECOMMANDATIONS				
<b>Le « mangeur difficile » : le tout-petit ou l'enfant d'âge préscolaire qui ne mange pas.</b> Société Canadienne de Pédiatrie. 2012	Canada	recommandation	aucune	Thérapeutique : conseils parentaux sur le bon déroulement du repas. Pas de distraction, ambiance apaisée, temps de repas, pas de grignotage.
<b>Le tout-petit qui périlite sous la courbe de croissance.</b> Société Canadienne de Pédiatrie. 2012	Canada	recommandation	aucune	Bilan d'évaluation des troubles de croissance, anamnèse et bilan paraclinique.

AUTRES DOCUMENTS				
<b>« Tu vas manger ! » Trouble alimentaire du nourrisson et du jeune enfant : du refus au forçage alimentaire.</b> Selon T. CASCALES et JP. OLIVES. Publié dans <i>SPIRALE</i> relayé par CAIRN.info. 2002	France	article d'opinion	aucune	Définition : définition des écoles américaines, françaises et suédoises Thérapeutique : Définition des règles éducatives
<b>La diversité des bébés et de leurs parents peut-elle faire bon ménage... avec les normes pédiatriques?</b> R. PRIEUR. Publié dans <i>SPIRALE</i> relayé par CAIRN.INFO. 2014	France	article d'opinion	aucune	Impact familial des recommandations alimentaires
<b>Troubles de l'oralité d'allure isolée : Isolé ne veut pas dire psy.</b> V.ABADIE. <i>Archives de Pédiatrie</i> . 2008	France	article d'opinion	aucune	Définition : Oralité. Impact familial de la "norme" en terme d'alimentation
<b>Attention à mon oralité !</b> V. ABADIE, Groupe « Oralité » Hôpital Necker-Enfants Malades. 2018	France	livret d'information	aucune	Définition : Oralité, physiopathologie. Propositions thérapeutiques
<b>L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité.</b> I. BARBIER. Publié dans <i>CONTRASTE</i> relayé par CAIRN.INFO. 2014	France	article d'opinion	aucune	Définition : Trouble de l'intégration sensorielle. Thérapeutique : Stratégie de désensibilisation sensorielle.
<b>Boîte à idées pour oralité malmenée du jeune enfant.</b> V. LEBLANC. Publié chez NUTRICIA. Relayé par l'association GROUPE MIAM MIAM. 2012	France	livret d'information	aucune	Définition : Hyper-sensitivité tactile et orale, troubles de l'oralité. Thérapeutique : Rééducation corporelle et sensorielle

<b>Troubles de l'oralité : tous les sens à l'appel.</b> V. LEBLANC et M. RUFFIER-BOURDET. <i>SPIRALE</i> relayé par CAIRN.info. 2009	France	article d'opinion	aucune	Définition : Hyper-sensitivité tactile et orale, troubles de l'oralité. Thérapeutique : Rééducation corporelle et sensorielle. Importance de l'intégration parentale à la thérapie
<b>Troubles du comportement alimentaire restrictifs ou évitant : un nouveau trouble alimentaire du DSM-5.</b> D. KATZMAN. <i>Programme Canadien de Surveillance Pédiatrique</i> . 2016	Canada	article d'opinion	aucune	Définition : Trouble du comportement alimentaire restrictif évitant, impacts nutritionnels Thérapeutique : TCC, thérapie d'enchaînement alimentaire et thérapie d'exposition
<b>Les troubles sensoriels : impact sur les troubles alimentaires.</b> E. HAVARD, M CARREAU, R. TRUFFEAU. <i>Bulletin scientifique de l'ARAPI</i> (Association pour la Recherche sur l'Autisme et la Prévention des Inadaptations) 2009	France	article d'opinion	aucune	Définition : Définition des troubles sensoriels. Dysoralité sensorielle. Prise en charge diagnostique. Thérapeutique : Approche d'intégration neurosensorielle et comportementale Impact social des TOA
<b>Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition.</b> C. SENEZ. 2015	France	livre	aucune	Définition : syndrome de dysoralité sensorielle Thérapeutique : massage de désensibilisation sensorielle, prise en charge orthophonique.
<b>L'oralité troublée : regard orthophonique.</b> C. GUILLERME. Publié dans <i>SPIRALE</i> relayé par CAIRN.INFO. 2014	France	article d'opinion	aucune	Définition : des symptômes des troubles de l'oralité. Thérapeutique : principe de la rééducation orthophonique

## C. DEFINITIONS DIAGNOSTIQUES ET SYMPTOMES

### 1. DEFINITIONS DIAGNOSTIQUES : CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES

Pour KERZNER (Gastro-pédiatre de l'Université de Washington aux Etats-Unis) and all (14), 25% des parents se plaignent que leurs enfants ont des problèmes d'alimentation (Feeding Problems). Parmi ces 25% seulement 1% à 5% de ces enfants semblent avoir des troubles de l'alimentation problématiques, intitulés, par l'auteur, « feeding disorder ». En France de manière plus globale les difficultés de prise orale alimentaire sont appelées troubles de l'oralité alimentaire et englobent la définition de KERZNER and all, des « Feeding Disorders » (TOA sévères) et s'étend probablement aux « Milder Feeding Difficulties » (difficultés alimentaires moyennes).

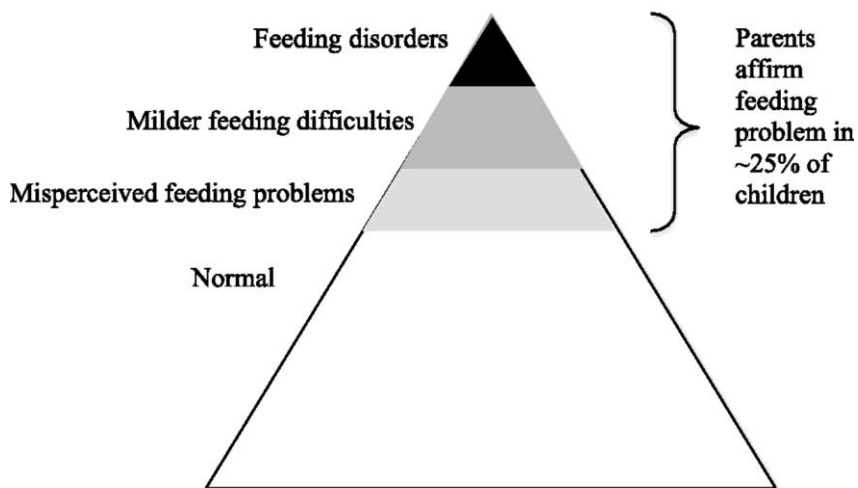


Figure 11 : Pyramidal representation of young children's feeding behaviors. (Représentation pyramidale des comportements alimentaires des jeunes enfants). (14)

Selon B. KERZNER and all et HR. YANG, les difficultés d'alimentation des enfants, problématiques (feeding disorders = TOA) ou non, se manifestent, principalement, par les signes suivants(14) (9):

- des heures prolongées de repas
- un refus de manger
- des heures de repas perturbatrices et stressantes

- un manque d'alimentation indépendante appropriée (alimentation à l'initiative de l'enfant insuffisante)
- une alimentation nocturne compensatrice chez les nourrissons et les tout-petits
- l'introduction de distractions pour augmenter l'apport
- l'allaitement prolongé au sein ou au biberon chez les tout-petits
- l'échec de l'introduction de textures avancées (morceaux)

Selon YANG (9), la prévalence des difficultés alimentaires est de 25 à 35% dans la population générale et atteint 40 à 80% chez les personnes présentant une déficience intellectuelle avec notamment une prévalence de 80% chez les enfants porteurs d'un trouble envahissant du développement (Spectre autistique)

a) SENSORY FOOD AVERSION IN INFANTS AND TODDLERS (Aversion alimentaire d'origine sensitive chez les enfants et tout petits) par Irène CHATOOR. ZERO TO THREE. Janvier 2009 (Vision NORD-AMERICAINE)(15)

Irène CHATOOR, pédopsychiatre de l'université de Washington (USA), figure marquante internationale des écrits sur les troubles alimentaires de l'enfant, a décrit six sous-types de troubles de l'alimentation (16) qui conditionnent les dispositifs de soin et les prises en charge :

- Trouble alimentaire de la régulation des états (de l'homéostasie)
- Trouble alimentaire par manque de réciprocité mère-nourrisson
- Anorexie du nourrisson
- Aversions sensorielles alimentaires
- Trouble alimentaire associé à des conditions médicales concurrentes
- Trouble alimentaire post-traumatique

**Irène CHATOOR propose le terme de « Sensory Food Aversion » (SFA) (15) (aversion alimentaire d'origine sensorielle) pour désigner les difficultés alimentaires dont la cause est sensorielle.**

La plupart des enfants présentant ce trouble sont décrits comme des petits mangeurs (« picky eaters ») ou mangeurs sélectifs (« selective eaters »).

I.CHATOOR choisit le terme de SFA car les enfants qui ont expérimenté différentes sortes de nourriture y sont fortement aversifs de par leur goût, leur texture, leur température, leur odeur et présentent d'autres difficultés sensorielles en parallèle.

Les réactions face à la présentation ou l'ingestion d'aliments aversifs sont des grimaces, des crachats, des haut-le-cœur, des vomissements.

De plus, à la présentation suivante de ces mêmes aliments, l'enfant refuse de continuer à manger cette nourriture particulière et il refuse d'essayer d'autre nourriture qui y ressemble ou la lui rappelle.

### **Critères diagnostiques des SFA :**

- A- Refus constant de manger certains aliments avec des goûts, textures, températures et odeurs spécifiques depuis 1 mois au moins
- B- Le début du refus alimentaire a commencé par l'introduction de nouveaux types d'aliments non tolérés par l'enfant. (Exemple : changement de marque, de goût du lait. Purée acceptée mais morceaux non tolérés)
- C- Les réactions face aux aliments aversifs sont :
  - a. Grimaces
  - b. Crachats
  - c. Réflexes nauséux
  - d. Vomissements
  - e. Bâillement de la bouche
  - f. Refus de continuer à manger après contact
  - g. Refus de manger des couleurs similaires, apparences similaires, odeurs similaires
- D- Réticence à essayer de nouveaux aliments non familiers, mais mange sans problème ses aliments préférés
- E- Sans supplémentation l'enfant montre des carences nutritionnelles (vitamines, fer, zinc, ou protéines) mais ne présente généralement pas de retard de croissance, voire est potentiellement en surpoids
- F- Le refus alimentaire ne découle pas d'un traumatisme de l'oropharynx
- G- Le refus de manger ne découle pas d'allergies alimentaires ou de cause médicale



Les enfants développent un comportement évitant face aux repas. Il existe une appréhension importante concernant le passage à table et un stress, une angoisse, vis-à-vis de ces aliments aversifs.

Certains enfants développent une stratégie d'observation de la préparation du repas par les parents et, dès lors qu'ils reconnaissent les aliments non tolérés, ont un comportement de repli ou de fuite et vont même jusqu'à se cacher sous la table pour éviter d'être confrontés à leur aversion.

Il existe une constance dans le refus de l'aliment. Un même aliment est refusé à chaque présentation et la réaction est de plus en plus accentuée au fil des confrontations.

Dans le processus de diversification alimentaire normal, même si les nouveaux aliments proposés peuvent provoquer des grimaces et des réflexes de nausées aux premières présentations, ces symptômes s'amenuisent au fil des présentations, à l'inverse de ce qui se passe chez les enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire.

b) CLASSIFICATION DSM-V (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) Association Américaine de Psychiatrie. 2013. Nouvelle classification des troubles du comportement alimentaire.(Vision NORD-AMERICAINE)(17) (18) (19) (20) (21)

### **En 2013, l'Association Américaine de Psychiatrie a actualisé et précisé les conditions diagnostiques concernant les troubles alimentaires.**

Jusqu'alors le DSM-IV (1994) proposait de classer les troubles alimentaires en 3 catégories : l'anorexie mentale, la boulimie et les troubles alimentaires non autrement désignés.

Le nouveau terme **ARFID** pour **Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder** (trouble de l'apport alimentaire évitant/restrictif) a été introduit dans la nouvelle classification, ce qui avait pour but de préciser une partie des troubles classés jusqu'alors dans la catégorie des troubles alimentaires non autrement désignés. Le but principal était d'améliorer le diagnostic des troubles alimentaires et leur prise en charge.

La nouvelle classification regroupe l'ensemble des troubles alimentaires (« eating and feeding disorder ») en précisant que ces troubles peuvent exister indépendamment de l'âge des patients. Ces troubles peuvent donc exister tant au jeune âge que à l'âge adulte.

Le langage anglais permet d'ailleurs une petite différenciation sur l'appellation des troubles car les américains parlent de « eating disorder » (trouble alimentaire, plus centré sur l'action même

de manger) et « feeding disorder » (trouble alimentaire, centré lui sur la manière de se nourrir). Cette subtilité n'est pas retranscrite dans la langue française. On traduit généralement les « eating and feeding disorder » en « troubles du comportement alimentaire », « eating disorder » concernant principalement l'anorexie et la boulimie et « feeding disorder » concernant principalement les ARFID.

### **Définition du terme d'ARFID :**

Echec d'un apport énergétique ou nutritionnel approprié ou suffisant, associé avec un ou plusieurs des paramètres suivants :

- Perte de poids non intentionnelle
- Carence nutritionnelle
- Dépendance d'apport nutritionnel par compléments alimentaires et/ou alimentation entérale
- Interférence avec le fonctionnement psychosocial normal (telle que l'incapacité de manger avec d'autres en raison des problèmes nutritionnels et non de troubles psychosociaux ou psychiatriques)

L'ARFID se décompose en 3 sous-groupes, dont les habitudes alimentaires mènent à l'ARFID :

- 1) Evitement fondé sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture et aboutissant à la limitation des variétés alimentaires
- 2) Manque d'intérêt pour la nourriture/ petit appétit
- 3) Aversion anxieuse : évitement alimentaire en rapport avec les conséquences aversives négatives de l'alimentation (nausées, vomissements, étouffements secondaires à l'ingestion d'aliments provoquant une répulsion à remanger les aliments en question)

Les facteurs d'exclusion du diagnostic d'ARFID :

- Absence d'altération de l'image corporelle
- Absence de manque de nourriture ou de pratiques alimentaires culturelles
- Absence d'affections médicales ou autre trouble mental.

Cette nouvelle définition permet de préciser, du point de vue psychiatrique, plus de diagnostics et finalement de catégoriser de manière plus précise la situation d'enfants qui, jusqu'alors, ne cochaient pas tous les critères de l'ancienne définition des troubles alimentaires.

c) Nouvelle Classification PEDIATRIC FEEDING DISORDERS (troubles alimentaires pédiatriques) (22) selon GODAY and all. JPGN (Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition). Janvier 2019. (Vision NORD-AMERICAINE)

Une nouvelle définition des troubles de l'oralité alimentaire, issue d'une concertation d'experts, a été proposée en janvier 2019 par GODAY and all (22). Cet article, publié dans le Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, visait à proposer un consensus autour de la définition des troubles de l'oralité alimentaire, en alliant les visions des différents acteurs de santé et en se basant sur la définition de la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) et celle de l'organisation mondiale de la santé (OMS).

**GODAY and all définit les « pediatric feeding disorders » (équivalents aux TOA) comme étant « une altération de la prise orale qui n'est pas adaptée à l'âge et est associée à un dysfonctionnement médical, nutritionnel, alimentaire et/ou psychosocial » en y indexant la notion de chronique (supérieur à 3mois) ou d'aigu (entre 2 semaines et 3mois).**

L'altération de la prise orale se définit comme l'incapacité ou la difficulté à consommer une alimentation liée à l'âge. Cela correspond à un retard dans l'acquisition de compétence alimentaire (auto-alimentation, diversification alimentaire), incluant des retards de développement (des enfants présentant des acquisitions en lien avec leur développement mais pas avec leur âge), associé ou non à une incapacité à consommer suffisamment de nourriture pour répondre aux besoins nutritifs.

La définition exclut les troubles alimentaires consécutifs à une atteinte de l'image corporelle.

Critères diagnostiques des troubles alimentaires pédiatriques selon GODAY and all :

**A- Perturbation de l'apport oral en nutriments, inapproprié pour l'âge, depuis au moins 2 semaines et associée à au moins un des critères suivants :**

**1- Dysfonction médicale comme suivante :**

- a) Détresse cardio-respiratoire concomitante de l'alimentation orale
- b) Phénomène d'aspiration ou pneumopathies d'aspiration répétitives

**2- Dysfonction nutritionnelle comme suivante :**

- a) Malnutrition
- b) Déficience nutritionnelle spécifique ou restriction significative de l'apport alimentaire d'un ou plusieurs nutriments en rapport avec la réduction de la diversité alimentaire

- c) Utilisation d'une alimentation entérale ou de compléments alimentaires pour suppléer l'alimentation/l'hydratation

3- Altération des compétences alimentaires comme suivante :

- a) Nécessité d'adaptation des textures des aliments et boissons
- b) Utilisation de positions et d'équipements d'alimentation modifiés
- c) Utilisation de stratégies d'alimentation adaptées

4- Dysfonction psychologique comme suivante :

- a) Attitudes d'évitement actives ou passives de l'enfant s'alimentant ou alimenté
- b) Attitude de gestion du parent inappropriée au regard de l'alimentation de l'enfant ou de la gestion de ses apports alimentaires
- c) Altération du fonctionnement social normal en rapport avec les difficultés d'alimentation
- d) Altération de la relation enfant/parent en rapport avec les difficultés d'alimentation

B- Absence de troubles alimentaires consécutifs d'une atteinte de l'image corporelle ou d'un manque d'accès à la nourriture ou en rapport avec des pratiques culturelles

**Le TOA est un handicap au regard de la définition de la CIF (23) et de l'OMS car la notion de handicap couvre la déficience (problème de fonction ou de structure), les limitations d'activité ou les restrictions des participations respectivement causale (déficience) ou consécutive (limitation et restrictions) à la pathologie.** Par exemple, une restriction de la participation ou une modification dans le service de garde ou à la cantine de l'école, ainsi que tout environnement impliquant une interaction repas et ce, de manière subie (goûters d'anniversaires, restaurant...), constitue un handicap voire une invalidité.

Le TOA peut présenter une nuisance dans les relations sociales, en impactant profondément les fonctions physiques, sociales, émotionnelles, cognitives d'un enfant et en augmentant le stress de la personne qui s'occupe de l'enfant.

d) Vision française

Selon V.LEBLANC (24), psychologue à l'hôpital ROBERT-DEBRE à PARIS, responsable de la consultation « oralité » et présidente du groupe MIAM MIAM (groupe de travail et d'échange autour d'enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire et une nutrition artificielle), parler de troubles de l'oralité, plutôt que de troubles du comportement alimentaire, permet une approche globalisante du trouble, tant dans l'évaluation, que dans la prise en charge.

**V.LEBLANC (psychologue) et M.RUFFIER-BOURDET (ergothérapeute) en 2009 (25,26) ont défini le terme d'hyper-sensitivité corporelle et sensorielle comme étant la réceptivité exagérée d'un organe sensoriel à un stimulus.**

Les auteurs décrivent 3 groupes étiologiques possibles : l'origine organique/fonctionnelle (pathologies digestives, pulmonaires, cardiaques, anomalies déglutition, syndromes génétiques), l'origine psychogène (anorexies) et l'origine sensorielle.

Cette hyper-sensitivité explique l'origine sensorielle du trouble de l'oralité alimentaire et se retrouve notamment chez les enfants prématurés (expériences sensorielles traumatisantes à la naissance, intubations, sondes nasogastriques) ainsi que les enfants en nutrition artificielle précoce. Les auteurs ont appliqué la définition de réceptivité exagérée d'un organe sensoriel à un stimulus à l'hyper-sensitivité tactile et orale en la déclinant en 5 stades qui, conjointement, participent à l'émergence de troubles d'oralité alimentaire.(25)

#### Hyper-sensitivité tactile :

- STADE 5 :
  - Aversion pour le contact corporel et pour le toucher de tout type de matière : franches (bois, plastique, tissus), fluides (plumes, coton, pompons), mouillées (peinture), molles non collantes (pâtes à modeler).
- STADE 4 :
  - Possible : Le toucher du corps, des matières franches est possible.
  - Aversion pour le toucher des matières/textures sèches (pâtes crues, riz cru, semoule crue, sable, fruits et légumes non épluchés), molles (pâte à modeler, pâtes et riz cuits...), ainsi que les textures aériennes fluides (plumes, coton, pompons).
- STADE 3 :
  - Possible : Le toucher du corps, des matières franches, des matières sèches.
  - Aversion : matières molles non collantes (pâte à modeler), matières gélatineuses (pâtes et riz cuits), matières et textures aériennes (coton, plumes, farine).
- STADE 2 :
  - Possible : Le toucher du corps, des matières franches, des matières sèches, des matières molles non collantes.
  - Aversion pour les matières et textures collantes au doigt (peinture, compote, purée) et aériennes (coton, plumes, farine).

- STADE 1 :
  - Possible : le toucher du corps, des matières franches, des matières sèches, des matières molles non collantes et aériennes.
  - Aversion : les matières et textures collantes (peinture, compotes, purées, yaourts).
- STADE 0 : l'enfant n'a plus d'appréhension tactile.

#### Hyper-sensitivité orale :

- STADE 5 : Aucun accès au visage n'est possible, avec mécanismes de défense de plus en plus renforcés au gré des expositions.
- STADE 4 :
  - Possible : toucher du menton et des joues (zones péri-orales).
- STADE 3 :
  - Possible : toucher des lèvres, des joues et du menton (zones exo-buccales).
- STADE 2 :
  - Possible : le toucher des zones exo-buccales et massages des gencives et des joues en antérieur.
- STADE 1 :
  - Possible : massages appréciés sur les gencives, les joues, la partie antérieure du palais et la pointe de la langue.
- STADE 0 : zones endo-buccales et exo-buccales possibles sans limites.

Les réponses aversives face à ces sollicitations, en particulier orales, sont les mêmes que celles décrites précédemment : détournements de la tête, pleurs, agitation, fermeture de la bouche avec barrière des dents ou de la langue, bâillonnement, nausées, vomissements, hyper-extensions, besoin de s'essuyer les mains, refus de toucher, attitude de fuite.

Le but de cette évaluation est de déterminer, du point de vue sensoriel, les capacités et les difficultés de l'enfant afin d'adapter la rééducation et d'informer les parents sur les difficultés de leur enfant. L'objectif principal est d'aider l'enfant à investir positivement les zones hyper-défendues et de lui redonner plaisir dans l'exploration de ses sens (26).

**C.SENEZ, Orthophoniste française, a décrit, au début des années 2000, le Syndrome de dysoralité sensorielle** qui explique, selon elle, l'origine sensorielle des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant. Elle regroupe les critères menant au diagnostic dans le tableau suivant :

Figure 12 : critères d'un syndrome de dysoralité sensorielle (SENEZ 2009 repris par HAVARD et CARREAU (27))

<b>Critères principaux</b>	<b>Critères secondaires</b>
Signes constants et caractéristiques	Signes inconstants et de fréquence variable suivant les individus
<i>Tous ces signes sont exacerbés le matin au réveil et lors d'épisodes fébriles</i>	
Notion de transmission transgénérationnelle	Difficultés d'ouverture de la bouche pendant les repas
Début des troubles dans la 1ère année de vie	Nausées pendant les repas
Appétit médiocre et irrégulier	Régurgitations, vomissements
Lenteur pour s'alimenter	Vomissements si la personne est forcée (Repas)
Sélectivité sur la température des aliments	Aliments gardés dans la bouche (signe du hamster)*
Sélectivité sur les goûts	Nausées au brossage des dents
Sélectivité sur les textures	Exacerbations olfactives
Refus des aliments nouveaux	
Peu ou pas de mastication même si elle est possible	

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

C.SENEZ estime que 80% des enfants atteints d'un trouble envahissant du comportement présentent un syndrome de dysoralité sensorielle impactant directement la prise alimentaire.

## 2. AUTRES AVERSIONS SENSORIELLES HORS ALIMENTAIRES

**Selon SMITH and all (28), les enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire (TOA) d'origine sensitive présentent très fréquemment d'autres aversions sensibles.**

**En effet les sollicitations corporelles sont vécues comme irritatives et déclenchent des moyens de défense.(29)**

Ce sont généralement des enfants qui n'aiment pas être sales et sont toujours en demande de se laver les mains ou de se les essuyer. Ils éviteront les jeux salissants et le contact de matières collantes, liquides ou visqueuses (peinture, pâte à sel, pâte à modeler, semoule, sable, gravier). Généralement ces enfants n'aiment pas se laver les cheveux car ils n'aiment pas l'eau qui coule sur leur visage ou dans les oreilles. Ils n'aiment généralement pas non plus se brosser les dents (sensation désagréable de la brosse à dents et/ou du dentifrice en bouche).

Ils se retrouvent en situation de stress dès lors qu'il s'agit de marcher dans le sable ou sur le gazon, par hypersensibilité tactile au niveau des pieds.

Certaines matières textiles les insupportent, si bien qu'ils refusent de les porter.

Ils peuvent présenter également une hypersensibilité à certaines odeurs, aux bruits sourds et forts (sèche-mains électriques, robots ménagers électriques, aspirateurs...), ainsi qu'aux lumières brillantes (15).

Les réflexes de défense sont alors les mêmes que face à l'alimentation, c'est-à-dire les cris, les pleurs, la colère, les stratégies d'évitement, les nausées, le besoin de s'essuyer immédiatement les zones exposées (29).

Les aversions alimentaires d'origine sensorielle, ainsi que les autres aversions sensorielles hors alimentaires, pourraient trouver leur origine, selon BARBIER (Orthophoniste française) (30), dans la théorie d'intégration neurosensorielle établie par J. AYRES (ergothérapeute américaine ayant pour la première fois décrit le trouble d'intégration sensorielle dans les années 1960).

Cette théorie suggère qu'un dysfonctionnement du système sympathique et parasympathique induirait une réponse inadaptée à un stimulus. En effet notre système sympathique, qui conditionne notre réaction face à un danger, nous préparant ainsi à une fuite et notre système parasympathique, qui favorise l'apaisement suite à cet événement, dysfonctionneraient et induiraient des réponses inadaptées à des stimuli ressentis sans difficulté par la plupart des enfants (30) (22).



De plus, à la répétition de ces événements, comme la présentation d'aliments ou le contact de substances aversives, l'enfant adopterait des stratégies de replis et de refus de plus en plus poussées et précoces.

Selon J. AYRES l'intégration sensorielle est un processus neurologique qui permet à l'enfant de donner du sens à son environnement et de mettre en place une réponse comportementale adaptée par la réception, l'enregistrement et la modulation, l'organisation et l'interprétation des informations sensorielles. (POLLOCK 2009) (31)

Selon L. MILLER (32), sur la base des travaux de J. AYRES, le trouble d'intégration sensorielle se divise en 3 catégories :

- Troubles moteurs sensoriels : tels que les troubles posturaux et les dyspraxies
- Troubles de la discrimination sensorielle : difficulté d'interprétation des caractéristiques des stimuli sensoriels (intensité, durée...)
- Troubles de la modulation sensorielle : qui font référence à la difficulté de régulation de la réponse à la sollicitation
  - Soit par une sensibilité excessive
  - Soit par une sensibilité insuffisante
  - Soit par une recherche sensorielle

Dans le cadre des troubles de l'oralité, l'hypothèse d'un trouble de l'intégration sensorielle par le biais d'un trouble de la modulation sensorielle prend tout son sens, notamment dans la population des enfants atteints d'un trouble du spectre autistique. En effet ces enfants présentent à la fois une hyperréactivité à certains stimuli (sons, lumières et textures alimentaires ou non, odeurs, goûts des aliments) et sont parfois aussi à la recherche de stimulations vestibulaires et proprioceptives, selon le travail de HAVARD, CARREAU et TRUFFEAU (27).

Mais cette sensibilité excessive aux stimuli touche tout aussi bien les enfants au développement neurologique normal, présentant des troubles de l'oralité d'origine sensorielle.

Selon C. SENEZ (5), les aversions alimentaires d'origine sensorielle seraient dues à une hyperréactivité des chimiorécepteurs et mécanorécepteurs, responsables du goût, de l'odorat et de la reconnaissance tactile buccale des aliments.

Dans la plupart des aversions alimentaires sensorielles, il existe, d'un point de vue physiopathologique, une hypergueusie (récepteurs du goût plus excitables que la moyenne) et une hyperosmie (récepteurs de l'odorat plus excitables que la moyenne).(5)

SMITH and all (28), qualifie d'ailleurs ces enfants, hypersensibles d'un point de vue sensoriel et présentant des difficultés sensorielles dans le domaine du toucher en général, de « super tasters » et de « super smellers » (super goûteurs et super « senteurs »), expliquant même que, chez ces enfants hypersensibles aux goûts, aux textures et aux changements de température, l'introduction en bouche de ces éléments aversifs pourrait être similaire à la sensation, très désagréable, ressentie face au crissement d'une craie sur un tableau noir.

### 3. DRAPEAUX ROUGES : SIGNES D'ALERTE

Pour KERZNER and all (14), **les signes cliniques organiques** devant lesquels une pathologie organique doit être suspectée et dont la présence doit amener le médecin à envisager des examens et avis spécialisés complémentaires sont :

1. La dysphagie
2. L'odynophagie
3. Les phénomènes d'aspirations

Ces trois premiers signes, dont l'expression clinique peut être variable, en allant de la toux au sifflement et plus spectaculairement l'étouffement, peuvent être les symptômes d'une incoordination de déglutition devant amener à pratiquer un bilan orthophonique complet et prendre un avis auprès d'un gastro-pédiatre et d'un ORL.

4. Les retards de croissance staturo-pondéraux
5. Les diarrhées
6. Les vomissements

Ces trois autres signes doivent eux aussi conduire à la consultation spécialisée d'un gastro-pédiatre.

7. Signes cardio-respiratoires (affections récurrentes pulmonaires, signes de détresse cardio-respiratoire potentiellement concomitante des repas)
8. Retard de développement neuro-psycho-moteur

Ces derniers signes doivent faire consulter respectivement un cardio-pédiatre et pneumo - pédiatre notamment dans le cas des signes cardio-respiratoires ou dans le cas du retard développemental un neuro-pédiatre, pédopsychiatre ou pédopsychologue et un psychomotricien.

KERZNER and all (14) introduisent un nouveau concept de drapeaux rouges (symptômes d'alerte), basés sur **les signes cliniques comportementaux**, devant amener le professionnel de santé à envisager un trouble de l'alimentation sévère à savoir :

1. Alimentation hyper-sélective
2. Alimentation nocive : attitude de forçage alimentaire et de persécution de la part du « nourrisseur »
3. Bâilonnement anticipatoire
4. Interruption brutale d'alimentation après un évènement traumatisant
5. Retard de croissance staturo-pondéral

Si les troubles de l'oralité alimentaire peuvent toucher tous les enfants et donc ceux indemnes de pathologie organique ou retard développemental, il est cependant observé que ces jeunes patients présentent fréquemment des comorbidités.

Dans les troubles du développement, tel que le spectre autistique, il y aurait une prévalence de 80% des troubles alimentaires dans cette pathologie.

Les troubles anxieux sont souvent retrouvés chez les patients présentant des troubles de l'oralité alimentaire, selon D.KATZMAN (pédiatre canadienne spécialisée dans les troubles de l'oralité membre du programme canadien de surveillance pédiatrique )(20).

#### 4. ETIOLOGIES

**Parce que l'alimentation est une compétence multi-systémique hautement intégrée, un ou plusieurs systèmes contributifs peuvent être dysfonctionnels. Les signes et les symptômes franchissent fréquemment les frontières traditionnelles entre les disciplines professionnelles.(33)**

Historiquement les troubles de l'alimentation étaient définis à l'aide d'une dichotomie organique / non organique (22). Cependant cette dichotomie ne reflète pas la pluricausalité et

surtout le chevauchement des multiples étiologies des TOA. Il est très fréquent que les enfants présentant un TOA présentent à la fois une cause organique et une cause non organique.

Il existe une multitude de classements étiologiques :

- Dichotomie organique/non organique
- Organique/psychogène
- Organique/psychogène/post-traumatique

Cette multitude de classements appuie la théorie selon laquelle les troubles d'oralité alimentaires sont pluri-étiologiques et nécessitent une approche globale afin de prendre en charge l'enfant dans l'ensemble de son trouble.

a) A l'étranger :

-En terme de troubles alimentaires, les écrits d'I.CHATOOR(15) font référence. Elle classe ainsi les troubles alimentaires selon six catégories :

- **Trouble alimentaire de la régulation des états (de l'homéostasie)**
- **Trouble alimentaire par manque de réciprocité mère-nourrisson**
- **Anorexie du nourrisson**
- **Aversions sensorielles alimentaires**
- **Trouble alimentaire associé à des conditions médicales concurrentes**
- **Trouble alimentaire post-traumatique**

-Plus récemment, selon GODAY and all (22) les étiologies des TOA se classent en 4 catégories : les facteurs médicaux, les facteurs nutritionnels, les facteurs d'alimentation et les facteurs psychosociaux. C'est la perte de la fonction d'une ou plusieurs de ces catégories qui caractérise le trouble alimentaire.

**1) Facteurs médicaux :**

1.1) Dysfonctionnement du tractus gastro-intestinal supérieur

- Maladie gastro-intestinale
- Secondaire à une pathologie respiratoire
- Anomalies oro-pharyngées (fentes labiales, palatines, atrésie choanale...)
- Reflux-gastro-œsophagien
- Œsophagite à éosinophiles

-Maladies inflammatoires du tractus gastro-intestinal

-Gastroparésie

-Atrésie œsophagienne

#### 1.2) Maladies respiratoires

-Tachypnées chroniques

-Difficultés de coordination des phases sucer, avaler et respirer

-Prématurité

-Infections respiratoires chroniques

#### 1.3) Cardiopathies

-Hospitalisation(s) en soins intensifs et/ou réanimation, à la naissance ou dans la petite enfance : retard ou inversion de l'acquisition des compétences alimentaires

-Paralysie des cordes vocales par lésion du nerf récurrent au cours des chirurgies cardiaques

#### 1.4) Troubles neurologiques

-Retards moteurs cognitifs

-Dysphagie neurogène

-Paralysie cérébrale

#### 1.5) Troubles neurodéveloppementaux

-Spectre autistique

### **2) Facteurs nutritionnels**

-Limitation des quantités et de la variabilité des aliments ingérés (exclusion de groupes entiers d'aliments) exposant à un risque de malnutrition, de surnutrition, de carence et de toxicité.

### **3) Facteurs de compétence alimentaire**

-Altération du fonctionnement sensoriel oral responsable d'une sur- ou sous-réponse en rapport aux caractéristiques spécifiques sensorielles des liquides et aliments proposés (saveur, température, viscosité, texture, taille, apparence), inhibant l'acceptation et la tolérance envers ceux-ci et retardant les compétences alimentaires liées à l'âge.

-Altération du fonctionnement du moteur oral, responsable d'une limitation du contrôle, de la manipulation et du transit des éléments alimentaires liquides et/ou solides. (Inefficacité de la prise orale, allongement des temps de repas, nécessité de textures adaptées).

-Altération du fonctionnement du moteur pharyngé, réduisant la capacité de déglutition efficace (responsable de nausées, vomissements) et inhibant la protection des voies respiratoire (fausses-routes, étouffements).

#### **4) Facteurs psychosociaux**

- Un trouble développemental, responsable de retards dans la motricité, le langage, la socialisation et la cognition, contribuant au développement de troubles alimentaires consécutifs à une inadéquation entre les capacités d'alimentation de l'enfant et les attentes des adultes.
- Problèmes de santé mentale et comportementale de l'enfant impactant sa relation avec le parent (troubles de l'humeur, anxiété, troubles du comportement alimentaire).
- Influences sociales (attentes culturelles, croyances culturelles, mauvaises interprétations des signes de faim/satiété).
- Facteurs environnementaux conduisant à l'aggravation des troubles alimentaires : distractions pendant le repas (télévision, tablette), alimentation sur les temps d'endormissement visant à majorer la prise alimentaire.

b) En France, la classification des troubles d'oralité alimentaire tend plus vers une description triadique : origine organique /origine psychogène/origine sensorielle (ou post-traumatique).

Selon V.LEBLANC (25) les troubles de l'oralité alimentaires se divisent en 3 catégories étiologiques : l'origine organique ou fonctionnelle, l'origine psychogène et l'origine sensorielle. (Cette définition rejoint celles établies par THIBAUT et V.ABADIE(2))

##### **1. L'origine organique ou fonctionnelle :**

- Pathologies digestives (maladie cœliaque, œsophagite, allergies aux protéines de lait de vache, RGO), pulmonaires (dyspnée...) cardiaques, ORL, perturbation de l'équilibre faim/satiété (présente dans les syndromes inflammatoires) etc.
- Pathologies neurologiques congénitales ou acquises (encéphalopathies, atteintes neuromusculaires, myopathies, dystrophies neuromusculaires, encéphalopathies post-traumatiques (syndrome du bébé secoué, anoxies par noyade, AVP...))
- Anomalies congénitales de la déglutition (séquence de Pierre Robin, fentes vélo-palatines...)
- Pathologies acquises de la déglutition (brûlures peptiques ou caustiques, infections aiguës respiratoires, tumeurs et compression du tronc cérébral, AVC, encéphalites...)
- Syndromes génétiques (syndrome Prader-Willi, syndrome de Noonan, microdélétion 22q11...)
- Prématurité inférieure à 34SA (immaturité de la déglutition) (5)

## **2. L'origine psychogène :**

- Anorexie commune ou d'opposition du 2<sup>ème</sup> semestre
- Anorexie secondaire ou complexe (ou psychoses débutantes)
- Anorexie néonatale

## **3. L'origine sensorielle**

- Hyper-sensitivité corporelle ou orale, trouble du traitement de l'information sensorielle
- Post-traumatique : privation d'expériences orales et sensorielles (prématurité), sphère oro-faciale sollicitée négativement (sondes nutrition, aspiration, vomissements), douleurs oro-digestives

## **5. CONSEQUENCES NUTRITIVES**

**Pour GODAY and all (22), la principale problématique des troubles de l'oralité est le risque de malnutrition, c'est-à-dire un apport insuffisant en nutriments pour répondre aux besoins nutritionnels et entraînant des déficits cumulés d'énergie, de protéines et de micronutriments.**

La malnutrition entraîne des risques de carence mais aussi de suralimentation voire de toxicité (dû à l'ingestion d'un groupe alimentaire précis quasi exclusivement) ainsi qu'un risque de déshydratation, pouvant avoir un impact négatif sur la croissance, le développement et la santé.

L'impact des troubles alimentaires et des troubles de l'oralité réside dans le fait que les enfants présentant ces troubles excluent souvent des groupes entiers d'aliments (souvent les légumes et les fruits), entraînant une carence importante et consomment de manière excessive un seul type d'aliment (nuggets ou frites...) ce qui peut entraîner, à l'inverse, une toxicité.

Selon B. KERZNER and all (14), il faut apporter une attention particulière aux enfants qui ne présentent pas de cassure de la courbe de poids ou présentent à l'inverse un surpoids. Car un enfant qui semble bien nourri ou obèse peut avoir des difficultés alimentaires.

Selon J. MARSHALL and all, du centre de recherche sur la nutrition de Brisbane en Australie (34), une variété alimentaire restreinte peut nuire à la santé des enfants à long terme. Selon eux, lorsque l'enfant préfère les aliments à faible consommation d'énergie (valeur nutritive

pauvre), une variété diététique limitée peut entraîner un ralentissement de la croissance, des troubles cognitifs et une altération métabolique. Et à l'inverse lorsque les enfants ont une préférence pour les aliments riches en énergie (valeur nutritive haute), une variété diététique restreinte peut entraîner un surpoids, une obésité et toutes les complications qui en découlent (risque cardiovasculaire, diabète, trouble de l'estime de soi...)

Selon D. KATZMAN and all (20), les enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire sévère ont un risque de malnutrition et peuvent présenter des carences qui entraîneront des complications médicales.

Une carence en vitamine D et en calcium peuvent par exemple entraîner une faible densité minérale osseuse avec un risque fracturaire plus important et un retard d'âge osseux.

Une carence en fer est également fréquemment observée et peut conduire à des anémies ferriprives.

Selon le Comité de nutrition de la Société Française de Pédiatrie (SFP) (35), il existe des carences vitaminiques importantes chez les enfants présentant un régime restrictif notamment dans un contexte d'ARFID. La SFP évoque des carences vitaminiques telles que la carence profonde en vitamine C due à l'absence d'ingestion de fruits et légumes, sous aucune forme, (ni compotes, ni jus de fruits etc...) qui a entraîné une anémie microcytaire sans carence ferrique chez un enfant présentant un ARFID. La SFP évoque un deuxième cas de carence vitaminique profonde chez une jeune fille qui ne consommait que des aliments de couleur blanche (lait, pain, riz, pâtes) et qui présentait des carences profondes en folates, cobalamine (vitamine B12) et homocystéine.



La SFP classe ainsi les carences nutritives et leurs conséquences : Tableau 2 : Conséquences nutritionnelles des aliments évités (35) :

<b>Nourriture évitée</b>	<b>Carence en Nutriments</b>	<b>Paramètre principal</b>	<b>Conséquence fonctionnelle</b>
féculeux	glucides	poids et taille	hypotrophie
lait, produits laitiers	calcium	PTH, phosphatases alcalines, hypocalciurie	rachitisme
Viande, poissons, œufs	protéines totales	protéine plasmatique, albumine, préalbumine	œdème
	cobalamine	plasma cobalamine	hyperhomocystéinémie
	fer	ferritine plasmatique	anémie microcytaire
	zinc	plasma zinc	stress oxydatif
	sélénium	sélénium plasmatique	stress oxydatif
légumes	folates	folates plasmatiques	hyperhomocystéinémie
fruits	vitamine C	vitamine C plasmatique	Anémie microcytaire, scorbut
graisses en faible quantité	vitamine E	vitamine E, lipides	stress oxydatif
	vitamine A	vitamine A plasmatique	Héméralopie

## 6. LA VISION FAMILIALE ET LA PRESSION SOCIETALE

Selon YANG, l'alimentation est une interaction entre un enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant.(9)

Selon V. ABADIE « L'alimentation du jeune enfant est un apprentissage. Les parents ont, au cours des premières années de vie, une emprise importante sur les fonctions alimentaires de leurs enfants, les parents sont à la fois nourriciers et éducateurs, ils guident leurs enfants dans la découverte de texture et de goûts nouveaux et introduisent parallèlement les notions d'interdits, les traditions sociales et culturelles qui leur ont été transmises » (2).

Le processus d'alimentation des jeunes enfants dépend donc principalement de leurs parents.

De manière ancestrale, la mère doit remplir une fonction nourricière, notamment par l'allaitement. Par l'alimentation un attachement se crée entre l'enfant et la mère. C'est par cet acte que la mère construit son identité de mère nourricière et son sentiment de compétence.

Au cours de l'alimentation, de nombreux échanges corporels et donc multi-sensoriels se développent entre la mère et l'enfant. Leur répétition participe à la construction de l'attachement et donc au développement psychique et relationnel de l'enfant (V.ABADIE 2012)(31).

**Une atteinte de cette fonction nourricière maternelle, notamment dans les troubles d'oralité alimentaire, a des répercussions sur le sentiment de compétence maternelle et cela représente un risque pour la relation mère-enfant.**

**Ce refus alimentaire génère une forte appréhension chez les parents qui s'exprimera en conflit durant l'alimentation. C'est à ce moment que certains parents vont répondre soit en forçant, soit en contournant le problème en utilisant des stratagèmes pour distraire leur enfant. (16)**

Selon SMITH and all (28), les difficultés alimentaires sont à l'origine de beaucoup de tensions entre les parents et les enfants. Les parents se sentent souvent embarrassés quand leurs enfants refusent de manger au cours de dîners entre amis et les mères sont réticentes à demander des conseils car elles sont souvent blâmées pour le comportement alimentaire de leur enfant.

**Selon V.ABADIE et le groupe « oralité » de l'hôpital NECKER (2), les repas peuvent devenir un psychodrame quotidien où se mêlent la colère, le désarroi et l'angoisse parentale.**

Selon GODAY and all (22) le stress et la détresse chez l'enfant et/ou le parent sont exprimés sous forme d'émotions négatives ou de désengagement du repas.

Hors, la façon dont le parent aborde le repas influence fortement la réponse de l'enfant face à ce repas.

Ce stress et cette détresse parentale face à un enfant qui ne mange pas peuvent conduire les parents à l'élaboration et l'utilisation de stratégies adaptatives inappropriées (distractions visuelles, télévision, lectures d'histoires, chantages, négociations, alimentations nocturnes) censées améliorer l'état nutritionnel de l'enfant mais pouvant aggraver les aversions alimentaires, les troubles alimentaires en forçant l'enfant mais aussi en renonçant à enrichir la palette alimentaire de l'enfant (renforçant la sur-sélectivité et les risques de malnutrition).(22)

Selon V. ABADIE (1), les consultations pour les difficultés alimentaires de l'enfant sont un motif fréquent de consultation médicale, du fait notamment qu'il est enseigné aux mères de manière ancestrale que de 0 à 3 ans les apports alimentaires sont essentiels à la croissance. Les mères s'inquiètent donc facilement si leur enfant mange mal.

Selon V. ABADIE (1) « l'évolution de la structure familiale et l'évolution de notre société, notamment du fait du travail de la mère ET du père, ainsi que de l'éloignement des grands-parents, font que les mères se retrouvent dans des situations plus difficiles qu'auparavant concernant « l'élevage » des jeunes enfants. »

Selon R. PRIEUR (36), les parents reçoivent des conseils très normatifs et souvent stricts sur toute la puériculture : à quel rythme le faire téter, combien de fois, en combien de temps, la durée normale de l'allaitement, quand commencer à le faire manger, à quel âge autoriser les morceaux... Parfois, ces conseils sont formalisés en tableaux inscrits à même le carnet de santé (diversification).

La norme est le plus souvent assénée comme une vérité scientifique alors que le bébé, lui, est multiple. Il peut aussi résister au comportement que l'on cherche à obtenir de lui (36). Et surtout le « rythme » conseillé peut tout simplement ne pas lui correspondre. Les tableaux de diversification n'insistent pas sur une évidence : l'introduction ne devrait pas se faire en fonction de l'âge mais en fonction du degré de développement de l'enfant, sa curiosité, son maintien, sa faculté à gérer la cuillère et les morceaux.(36)

Cette « norme » génère de nombreuses angoisses maternelles, des interactions modifiées qui éloignent les parents de leurs ressentis, mettent des bébés au régime et peuvent, à l'extrême, entraîner du forçage alimentaire.(36)

ABADIE rejoint les propos de R. PRIEUR, selon elle la multitude des conseils et informations sur l'alimentation et l'éducation via les médias, publicités, blogs, y compris les conseils des professionnels de santé, participant à l'élaboration d'une « norme », sont susceptibles de perturber les mères dont l'enfant s'écarte de la norme.(1)

Ce sont ces mêmes mères dont le développement d'un trouble alimentaire chez leur enfant, est souvent vécu comme une remise en cause de leur capacité à être mère, induisant la naissance d'un sentiment de culpabilité chez celles-ci.(1)

Selon HAVARD et CARREAU(27), alimenter son enfant est une des compétences essentielles d'un parent. Pour le tout-petit, le temps où il s'alimente est aussi le temps de l'accordage.

Les difficultés d'alimentation d'un enfant ont donc obligatoirement un impact important sur les relations et la dynamique familiale. Elles génèrent souvent des tensions lors du repas et un sentiment d'incompétence chez les parents.

## 7. IMPACTS SOCIAUX

**Dans le monde, « l'acte alimentaire se déroule selon des protocoles imposés par la société »(37). Le repas est donc un élément clé dans l'intégration sociale d'un individu.**

Dans notre culture il est associé à un moment de détente et de plaisir.(27)

Selon HAVARD et CARREAU(27), l'alimentation est un besoin vital et correspond à un acte relationnel et social. Le repas est à la fois un temps d'apprentissage et un temps d'éducation sociale.

Hors, chez l'enfant présentant un TOA, toute cette dynamique autour du repas est vécue de manière négative par l'enfant et engendre des tensions dans la famille.

Le moment du repas étant parfois difficile à gérer à domicile, dans le cercle réduit de la famille rapprochée de l'enfant (parents et fratrie), il devient encore plus complexe lors de rassemblements familiaux plus étendus ou de sorties à l'extérieur (repas chez les amis, goûters d'anniversaires, repas au restaurant). Les parents et l'enfant subissent le regard des autres sur la gestion de l'enfant par le parent, l'attitude de l'enfant à table, la comparaison éventuelle avec d'autres enfants présents. Les parents, n'échappent souvent pas aux questions répétitives autour des problématiques de l'enfant, aux conseils pour « manager » (gérer) l'enfant et les parents sont souvent placés face à leurs difficultés quotidiennes. Ils tentent parfois de faire tampon vis-à-vis des remarques « éducatives » souvent désobligeantes faites à l'enfant : « c'est les bébés qui mangent avec les doigts », « tu ne sors pas de table avant d'avoir goûté » etc. Ils doivent souvent réexpliquer les difficultés de l'enfant et justifier les « aménagements particuliers » faits autour de son repas.

Le cercle social peut alors vite se limiter au cercle familial.(27)

**Selon GODAY and all, tous les troubles alimentaires en général constituent une nuisance dans les relation sociales, pour tout acte impliquant le repas (22).** Les troubles alimentaires engendrent souvent une limitation d'activité de l'enfant et restreignent sa participation dès lors

qu'un repas est prévu. Ils modifient l'approche du parent quant aux services de garde de l'enfant, que ce soit à l'école, à la cantine, dans les camps de vacances etc.

Le parent doit toujours anticiper les repas pris à l'extérieur.

A l'école, la cantine ou la garderie par exemple, l'enfant pourra bénéficier d'un « protocole d'accueil individualisé » (PAI). Le parent préparant ainsi les repas pris, le midi, à la cantine et les goûters, afin que l'enfant puisse participer aux temps scolaires de manière complète et partager les repas avec ses camarades. Mais, souvent, les parents aménagent leur planning autour du repas de l'enfant, s'organisant pour éviter le temps de cantine scolaire, se rendant eux-mêmes disponibles ou organisant un mode de garde par les grands parents ou une garde d'enfant personnelle.

La problématique du repas est plus complexe par exemple pour les voyages scolaires ou les camps de vacances, quand le parent n'a pas la possibilité de préparer le repas.

Selon D. KATZMAN and all (20), les patients présentant des difficultés alimentaires confient souvent éprouver de la difficulté à participer à des activités sociales normales, comme manger avec des amis et des membres de la famille et entretenir des relations avec d'autres, en raison de leurs troubles alimentaires.

L'étude Sud-africaine, menée par SMITH and all en 2005 (28), visait à observer les différences en terme de nutrition et d'habitudes alimentaires entre les enfants présentant des comportements défensifs tactiles (liés à des difficultés de traitement sensoriel), c'est-à-dire ceux dont le toucher de certaines matières ou nourritures ou encore l'exposition à certains stimuli, déclenchait soit une réaction exacerbée soit une aversion observable soit un comportement négatif, face à des enfants sans problème de sensibilité.

Cette étude a montré des différences significatives entre les 2 groupes, notamment concernant les repas pris à l'extérieur. En effet, 90% des enfants sans défense tactile ne présentaient aucune difficulté à manger dans d'autres maisons que la leur, à l'inverse seulement 37,7% dans le groupe avec défense tactile prenaient des repas à l'extérieur, avec  $p < 0,01$ .

Dans le groupe avec défense tactile, 65% des enfants étaient souvent amenés à quitter la table, de leur propre chef, si un plat non familial était servi à table, contre seulement 12,5% dans le groupe sans défense tactile, avec  $p < 0,05$ .

Enfin dans le groupe avec défense tactile, 69% des enfants pouvaient être amenés à quitter la table sans manger si le plat ne leur plaisait pas contre seulement 15,2% dans le groupe sans défense tactile, avec  $p < 0,01$ .

Selon l'étude réalisée par KROM and all (38), en 2019, aux Pays-Bas, visant à évaluer la qualité de vie des enfants présentant un trouble alimentaire de type restrictif/évitant (ARFID), comparativement à un groupe témoin d'enfant indemne d'aucune pathologie et d'un autre groupe témoin présentant une maladie chronique autre qu'alimentaire, **il apparaît que les troubles alimentaires impactent directement la qualité de vie de l'enfant.**

Selon KROM and all, l'ARFID peut avoir un impact sur la vie de l'enfant en raison des consultations hospitalières ou médicales répétées, des remplacements de sondes nasogastriques d'alimentation, des thérapies d'alimentation, du stress pendant les repas et des problèmes d'interaction parents-enfants.(38)

Dans cette étude, en évaluant la qualité de vie par l'échelle HRQOL (Health Related Quality of Life), par exemple dans la population 0-5 ans, on retrouvait des scores de qualité de vie moindres chez les enfants présentant un ARFID comparativement au groupe indemne de pathologie organique dans 6 des 12 échelles étudiées, avec  $p < 0,01$  (impact sur l'appétit, les poumons, l'estomac, le fonctionnement moteur, l'humeur positive et la vivacité).

Comparativement au groupe présentant des maladies chroniques, la qualité de vie des enfants présentant un ARFID était diminuée dans 4 échelles sur 12, avec  $p < 0,01$  (appétit, estomac, fonctionnement moteur et vivacité.). Même si les enfants présentant un ARFID ont souvent, de manière concomitante, des pathologies organiques, il existe une différence significative avec le groupe témoin d'enfants avec pathologie chronique appuyant le fait que les troubles de l'oralité alimentaire impactent la qualité de vie des enfants.

#### D. PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE

**« Il n'y a pas de recette de prise en charge des troubles de l'oralité. Pour chaque enfant, une analyse fine de la situation permet de faire des propositions impliquant différents professionnels » (V.ABADIE 2008)(2).**

## 1. PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE

Selon ZIMMERMAN et FISHER (18), **la prise en charge des troubles alimentaires est multidisciplinaire, mais le rôle de chaque acteur de cette prise en charge va sensiblement varier au vue des multiples étiologies et présentations du trouble, de sa répercussion et des comorbidités.**

Selon CASCALES et OLIVES (16), « pour mettre en place un traitement aussi bien qu'un dispositif de soin, le clinicien se doit d'avoir quelques certitudes, ou tout au moins des repères diagnostiques fiables. Poser un diagnostic et faire le diagnostic différentiel conditionneront la prise en charge et la nature du traitement proposé ».

Enfin pour QUETIN (6), en tant que médecin, il faut penser à poser des questions de débrouillage à chaque consultation en s'attachant à définir comment mange l'enfant et non combien.

### a) Anamnèse

Le bilan initial fait généralement intervenir plusieurs professionnels de santé à savoir un orthophoniste, un pédopsychiatre ou pédopsychologue, un gastro-entérologue pédiatrique en fonction des signes associés.

Le bilan consiste en une anamnèse complète faisant état : (29) (27)

- Des informations familiales (fratrie, mode de vie des parents, séparations, conflits...)
- Des informations périnatales
- Histoire somatique de l'enfant (difficultés de santé, hospitalisations, examens médicaux subis, allergies)
- Histoire de l'alimentation et des étapes de diversification alimentaire (alimentation maternelle/biberon, durée, pauses, endormissements, fuite de lait, textures et températures tolérées)
- Informations sur le développement psychomoteur (tenue de tête, tenue assise, marche, préhension, développement langage...)
- Journée type face à l'alimentation, liste des aliments tolérés, autonomie face à l'alimentation (manifestation de faim, cris et pleurs au repas, attitude avec les parents au moment de repas et

avec les autres intervenants auprès de l'enfant, horaires de repas, menus proposés, posture, attitude, utilisation de couverts, repas pris avec la famille ? seul ?)

- Stratégies parentales tentées et résultats obtenus (distractions au cours du repas ? télévision ? ...)

- Recherche d'une hypersensibilité tactile, olfactive et visuelle

- Insertion sociale de l'enfant et retentissement sur la vie familiale

#### b) Bilan somatique

Le bilan somatique se décompose par une analyse des éléments suivants :

- Un examen clinique complet

- Une prise des mesures de poids, de taille, de périmètre crânien

- Une évaluation de la cavité buccale

- Evaluation des fonctions de déglutition avec bilan orthophonique spécialisé.

- Recherche de pathologies sous-jacentes (drapeaux rouges), recherche de RGO, œsophagite à éosinophiles, perturbation du transit intestinal, recherche du retentissement statural et pubertaire, intolérances ou allergies alimentaires, avec avis spécialisé par un gastro-pédiatre.

- Recherche de comorbidités associées (TOC, anxiété, dyslexie, troubles de l'élocution, du langage, troubles du sommeil)

- Observation du comportement, attitude corporelle (tonus, posture, mimiques, vocalises, langage), relation à l'autre et relation aux objets

- Appréciation de la sensibilité profonde (massage, toucher corporel, sollicitations vibratoires)

- Evaluation de l'hypersensibilité tactile (toucher des textures alimentaires et non alimentaires)  
(26)

- Observation d'un temps de repas ou de collation (27)

#### c) Bilan paraclinique

Il peut être justifié en fonction des symptômes et signes cliniques retrouvés et, en particulier, en cas de retard de croissance et pubertaire de pousser les explorations par un bilan de malabsorption et allergies alimentaires, immunoglobulines E (Ig E) totales, bilan endocrinien, ainsi qu'un bilan infectieux.



Selon la Société Canadienne de Pédiatrie (39), le bilan de première intention devant une inflexion de la courbe de croissance doit rechercher les éléments suivants :

- formule sanguine
- ionogramme
- urée, créatinine
- albumine
- bilan ferrique avec ferritine
- calcium, phosphore
- électrophorèse des protéines sériques avec immunoglobines sériques (IgE, IgA, anticorps anti transglutaminase.
- enzymes hépatiques : ASAT, ALAT, PAL, GGT
- TSH
- ECBU

Des explorations digestives peuvent être entreprises en cas de signes de RGO ou de gastrite à éosinophiles.

Une évaluation des apports nutritionnels (caloriques) par un(e) nutritionniste semble avoir toute sa place dans le bilan.

La société Française de Pédiatrie (35) préconise notamment de dépister les éventuelles carences nutritives dans un premier temps par un interrogatoire sur le régime alimentaire restrictif de l'enfant et de rechercher une consommation (ou une absence de consommation) :

- De produits laitiers : source de protéine et de calcium
- De viande, de poissons, d'œufs : Vitamine B12, Fer, Zinc, Sélénium
- De légumes : vitamines du groupe B
- De fruits : vitamines C
- D'huile ou de beurre : vitamines liposolubles
- De féculents : énergie, glucides

Le bilan pourra être complété, dans un second temps, par une de recherche de carences via un bilan biologique ciblé sur les groupes d'aliments non consommés.

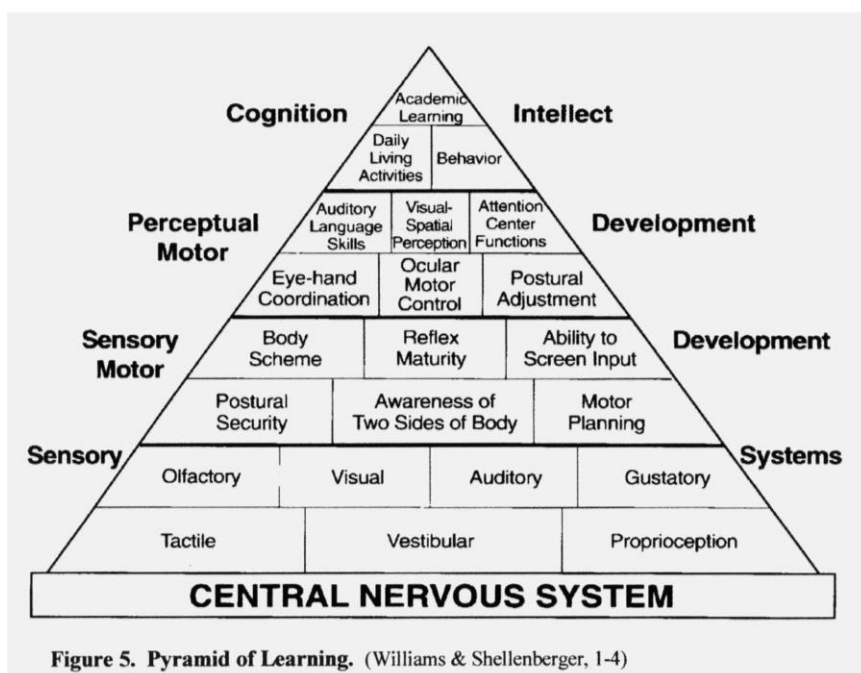
## 2. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Selon BARBIER, « Quelle que soit la démarche choisie, il est primordial d’agir de façon cohérente avec la famille et d’avoir une approche commune au sein de l’équipe. En effet, les troubles de l’oralité suscitent parfois des avis contraires de la part des membres de la famille, du corps médical et des professionnels qui encadrent l’enfant. Si chacun s’exprime individuellement, les parents se retrouvent ballotés d’une conviction à une autre et ne pourront s’inscrire dans aucune démarche. Alors que **si le discours est unifié et que l’action est menée et soutenue par chacun, le partenariat entre les professionnels de l’équipe et la famille formera un socle solide sur lequel la prise en charge se construit.** »(30)

### a) Prise en charge orthophoniste, psychomotricité, ergothérapie

« Tant que l’enfant ne se sera pas habitué aux stimuli et ne les aura pas intégrés, il ne pourra pas modifier son comportement malgré toute sa bonne volonté. La prise en charge doit donc être axée sur la présentation de chacun des stimuli auxquels il est confronté jusqu’à ce que le processus d’habituation soit possible. En effet, sans cette première étape du développement de l’enfant, le socle de la pyramide des apprentissages, telle qu’elle est présentée par Williams et Shellenberger (1996), ne pourra soutenir le reste des apprentissages. »(30)

Figure 13 : pyramide des apprentissages par Williams et Shellenberger :



Selon BARBIER (Orthophoniste) (30), en suivant les principes de la théorie d'intégration neurosensorielle, le travail de rééducation doit donc s'axer sur l'ensemble des sens sollicités pendant les repas. Une stratégie de désensibilisation de la sphère orale, désensibilisation tactile et de tous les sens en général doit donc être entreprise, afin de générer un phénomène d'habituation.

La rééducation s'axera sur la désensibilisation des sens suivants :

- La vue :

La simple vision d'aliment peut provoquer des réflexes hyper nauséux chez certains enfants et peut entraîner une fuite. Le travail s'axe donc autour de la préparation des repas avec la participation des enfants pour appréhender visuellement et tactilement les éléments qui constitueront leur repas.

Les jeux de dinette à la maison peuvent participer à la prise de plaisir pendant le repas et encourager la manipulation d'aliments certes en plastique mais similaires aux aliments réels.

- L'odorat :

Il participe à la reconnaissance d'aliments et de plats et peut participer à l'acceptation de certaines préparations même proposées sous de nouvelles formes, parce qu'elles sont reconnaissables à l'odeur. Il peut être à l'origine de refus alimentaire et doit donc être pris en compte.

- Le sens tactile :

La rééducation du sens tactile s'organise sur 3 axes : la sphère bucco faciale, les mains et le reste du corps (pieds, jambes, bras, tête), afin de permettre à l'enfant d'intégrer graduellement un grand nombre de stimuli du quotidien.

L'orthophoniste principalement s'occupera ainsi de la rééducation sensorielle bucco-faciale, proposant ainsi à l'enfant une expérimentation sensorielle des joues, des lèvres, de la langue puis de la cavité buccale et ce bien sûr de manière progressive et non intrusive, par tapotements, massages, brossages, vibrations, gymnastique linguale qui seront répétés.

L'orthophoniste, l'ergothérapeute, le kinésithérapeute et le psychomotricien travailleront sur l'aspect tactile du reste du corps, avec une exposition répétée à différentes textures, peinture, pâte à modeler, semoule crue, sable, pâtes crues, manipulation de légumes et fruits crus ou cuits.

Les rééducateurs créent des « parcours sensoriels » au cours desquels l'enfant rencontrera différentes textures et ce, de manière ludique et toujours de manière répétée.

Selon J.AYRES (28), l'importance du toucher et d'être touché est primordiale car les sensations du toucher aident les enfants à sucer, puis mâcher, puis avaler la nourriture proposée

**Selon LEBLANC et RUFFIER-BOURDET (26), l'objectif principal de cette intervention est d'aider l'enfant à investir positivement les zones hyper-défendues et de lui redonner plaisir en sollicitant progressivement tous les sens.**

Selon J. MARSHALL and all (34), le principe de désensibilisation systématique vise à augmenter la variété et le volume alimentaire, tout en diminuant les comportements indésirables (cris, pleurs, agitation, vomissements...) pendant les repas.

Selon D. KATZMAN and all (20) les cliniciens intègrent les thérapies familiales à d'autres interventions psychologiques, y compris la thérapie d'exposition, l'enchaînement alimentaire et la thérapie cognitivo-comportementale.

La thérapie d'exposition consiste à mettre les enfants en contact avec un aliment qu'ils ont l'habitude d'éviter ou de craindre, dans un contexte sécuritaire, afin qu'ils vainquent leur sentiment négatif à leur égard.

L'enchaînement alimentaire consiste à présenter de nouveaux aliments similaires à ceux qui sont déjà favorisés, afin que les enfants soient plus susceptibles d'y goûter.

#### b) Prise en charge diététique

Selon V.ABADIE (2), le rôle du (de la) diététicien(ne) est aussi important et se situe à plusieurs niveaux.

Il participe au diagnostic et à l'évaluation initiale de l'aspect qualitatif de l'alimentation, c'est à dire l'évaluation de l'historique alimentaire de l'enfant, de ses goûts et dégoûts, des couleurs et textures alimentaires tolérées et du volume alimentaire ingéré. Mais il s'intéresse aussi à l'aspect quantitatif de l'alimentation, avec la notion d'apport calorique, énergétique, la comparaison aux « recommandations » des apports alimentaires et des besoins de l'enfant ainsi qu'au suivi de sa courbe staturo-pondérale.

Son rôle dans le suivi de l'enfant et de sa famille, va permettre de les guider et de les rassurer sur les apports alimentaires de l'enfant, d'optimiser la prise orale et la prise pondérale. Le

diététicien concourt à redonner au temps du repas sa dimension de partage, d'échange familial, de détente et de plaisir.(2)

c) Les parents : première ressource

**L'intégration des parents dans la stratégie de désensibilisation neuro sensorielle des enfants est essentielle car, pour intégrer un nouveau stimulus et l'accepter, il est essentiel de répéter ses expériences sensorielles à la maison et ce, de manière régulière.**

De ce fait les professionnels, en intégrant les parents à la rééducation, s'assurent de leur implication et leur donnent des outils, des conseils afin qu'ils puissent reproduire les exercices à domicile. (Guidance parentale)

Selon LEBLANC et RUFFIER-BOURDET (26), c'est le travail quotidien des parents qui, entre les séances de rééducation, par des sollicitations tactiles, corporelles et péri-orales, pluriquotidiennes, pendant et en dehors des repas, aidera leur enfant à investir positivement leur corps, leurs mains et leur bouche.

Un renforcement positif autour de la prise en charge parentale doit être fait afin de conforter le parent dans ses efforts et son investissement auprès de l'enfant.

Pour KERZNER and all, les difficultés alimentaires doivent être conceptualisées comme un trouble relationnel entre le « nourrisseur » (le parent) et le « nourrit » (l'enfant). Les habitudes alimentaires et le mode de nourrissage de l'enfant par le parent doivent donc être intégrés à la stratégie de gestion du trouble alimentaire.(14)

**Pour KERZNER and all (14), les difficultés alimentaires des enfants émergent lors des périodes de transitions alimentaires et l'accompagnement des parents durant ces étapes est essentiel.**

Selon J. MARSHALL and all (34), il faut donc informer et former les parents sur la nature des troubles alimentaires, la participation sensorielle du trouble et la manière de les approcher.

**Informer les parents a pour but de modifier leur perception à l'égard du trouble alimentaire de leur enfant, afin de mieux le comprendre et de modifier leur approche du repas.** L'objectif principal est d'apaiser l'enfant et les parents à l'abord du repas et de diminuer le stress autour de cet évènement.

Selon CASCALES et OLIVES (16) et la Société Canadienne de Pédiatrie (40), un rappel des règles éducatives est nécessaire à tout parent, afin d'éviter que les repas soient perturbés. La zone de contrôle du parent est ainsi définie : il choisit quand, quoi et où l'enfant se nourrit, mais l'enfant est laissé libre de décider de comment et combien il mange, afin qu'il apprenne à réguler son alimentation selon son sentiment de satiété ou de faim.

Pour KERZNER and all(14) et la Société Canadienne de Pédiatrie (40), il semble nécessaire de préciser les prérequis au repas des enfants :

- Proscrire toute distraction durant le temps de repas (télévision, téléphone portable, jouet)
- Maintenir une attitude plaisante et neutre pendant le repas
- Nourrir de manière à encourager l'appétit
- Limiter le repas à 20-30 minutes
- 4-6 repas/goûters par jour et seulement de l'eau entre les repas
- Servir une nourriture appropriée à l'âge et au développement moteur oral de l'enfant
- Systématiquement introduire un nouvel aliment (au moins 8-15 fois)
- Encourager l'enfant à manger seul
- Tolérer que l'enfant se salisse

A cela s'ajoute les recommandations propres à la Société Canadienne de Pédiatrie (40) :

- Les parents devraient choisir des aliments nutritifs d'une texture et d'un goût satisfaisants compte tenu de l'âge de l'enfant et lui offrir des repas et des collations structurées, tout en lui permettant de choisir les portions et les aliments qu'il mangera. Les parents doivent faire preuve de flexibilité et permettre les préférences alimentaires, dans une mesure raisonnable, pourvu que leur enfant grandisse de manière satisfaisante.
- Commencer par servir des petites portions et proposer de nouveau à l'enfant s'il finit son assiette.
- Proscrire les grignotages et les collations, riches en éléments nutritifs, trop proches des repas.
- Rappeler aux parents que manger doit être une activité agréable. Les enfants ne doivent pas être forcés à manger ou même incités à le faire. **Le chantage, les menaces et les punitions n'ont aucune place dans une alimentation saine.**
- **Les parents doivent tenter de ne pas faire de la discipline un enjeu pendant le repas** (un enfant qui pleure ou est bouleversé est peu susceptible de bien manger).

- Les repas devraient se passer en famille. Le fait de manger en famille procure au tout-petit une expérience sociale agréable et l'occasion d'apprendre par imitation.

Enfin l'OMS (41) rappelle qu'il faut donner à manger aux enfants lentement et patiemment et les encourager à manger, sans les forcer. Lorsqu'un enfant refuse de manger, il faut essayer différentes associations d'aliments. **Les repas sont des moments d'apprentissage et d'amour et une occasion pour les adultes de parler à l'enfant et de capter son attention par le regard.** (Citation OMS 2011)

d) Prise en charge psychologique

Pour la Société française de pédiatrie (35), le suivi psychologique reste le traitement de base dans le suivi des enfants présentant un ARFID.

La SFP préconise une thérapie graduelle basée sur l'exposition, ainsi qu'une désensibilisation systématique, un plan nutritionnel structuré. Enfin une prise en charge de l'anxiété, par des techniques telles que la relaxation, paraît essentielle. Selon elle le recours à des substances médicamenteuses (telles que la Mirtazapine et l'Olanzapine) reste limité aux seuls cas sévères d'ARFID.

Selon la SFP (35), l'accompagnement parental reste un élément essentiel dans la prévention de l'émergence de troubles alimentaires et dans l'aggravation de troubles existants. Selon elle la pression des parents sur l'apport alimentaire a un impact négatif sur le comportement alimentaire des enfants. Cette pression est souvent liée à leur propre anxiété plutôt qu'au risque nutritionnel de leur enfant.

Selon D. KATZMAN and all (20), les thérapies cognitivo-comportementales qui sont des psychothérapies orientées vers les résultats, conçues pour aider les enfants à modifier leur mode de pensée ou de comportement participant à leurs problèmes d'alimentation, ont toute leur place dans la rééducation des TOA.

Selon J. MARSHALL and all et MILANO, CHATOOR et KERZNER (34,42), les thérapies comportementales, utilisent une variété de techniques pour renforcer l'acceptation de nouveaux aliments en diminuant les refus alimentaires non adaptés. En utilisant une technique

telle que le « food chaining » (chaînage alimentaire), technique visant en remplaçant progressivement les aliments aimés par des aliments rejetés mais ayant des caractéristiques similaires comme la couleur, la texture ou le goût, l'enfant pourra enrichir sa palette alimentaire.

Selon V.ABADIE et le groupe « oralité » de l'hôpital NECKER (2), la prise en charge psychologique est primordiale, puisque le « psy » a un rôle d'écoute de la souffrance, de la blessure narcissique d'être parent d'un enfant qui ne mange pas et d'être en partie privé de sa fonction parentale. Il soutient la triade père-mère-enfant et permet de faciliter les échanges et de discuter des angoisses liées à la situation.

Le « psy » aura un rôle de soutien dans les conflits familiaux découlant ou non de la situation. Il tentera de rassurer le parent qui, parfois, a la sensation d'un échec parental à nourrir son enfant et il accompagnera la famille dans la longue rééducation de l'enfant.

La prise en charge psychologique s'axera sur la rééducation des événements traumatisants tels que les fausses-routes et épisodes de suffocation post-alimentation pourvoyeurs ou facteurs aggravants des TOA.

Enfin un travail chez les enfants au profil anxieux ou sur l'anxiété générée par les passages à table et l'alimentation en général semble pertinent. Enfin un travail sur l'estime de soi, souvent mise à mal dans les troubles de l'oralité alimentaire, semble essentiel.

#### e) Traitement des causes organiques

Les traitements des multiples étiologies organiques/fonctionnelles ou médicales ne seront pas détaillés ici. Cependant, il semble évident qu'au mieux une pathologie organique, qu'elle soit digestive, cardiaque, respiratoire ou psychiatrique, sera traitée, ou stabilisée au mieux les prises en charges présentées ci-dessus seront efficaces; bien qu'une aggravation ou rechute de la pathologie (hospitalisation, infection aiguë...) pourra entraîner un ralentissement de la progression de l'enfant sur ses troubles alimentaires, voire un retour en arrière sur les progrès effectués.



f) Prévention des gestes soignants traumatiques et de la prise en charge d'enfants malades présentant des troubles de l'oralité alimentaire.

Ce paragraphe s'axe surtout sur la prévention des gestes traumatiques, notamment subis lors de la prise en charge en réanimation néonatale et lors d'hospitalisations prolongées pour épisodes aigus ou suivis de maladies chroniques. Bien que de réels progrès soient faits dans la prise en charge du bien-être de l'enfant en hospitalisation, il semblait pertinent de rappeler, ici, quelques conseils préventifs.

Afin de préserver « l'oralité » en général des enfants et nourrissons V.ABADIE et le groupe « oralité » de l'hôpital NECKER (2) préconisent les éléments suivants :

- Limitation des indications d'exclusion alimentaire totale, afin de préserver les sensations de contacts alimentaires, labiaux et buccaux et les réflexes de succion et déglutition.
- Choisir un type de soutien nutritionnel dans l'optique de préserver l'oralité (quid des nutritons entérales par sondes nasogastriques (SNG)/ nutrition parentérale de courtes durées).
- Renforcement des interactions repas autres qu'alimentaires : portage, langage, regards, stimulation olfactive, gustative, tactile de la zone péribuccale, lors des « repas » ou plutôt de manière concomitante des branchements de nutritons entérales, en essayant de préserver les rythmes alimentaires.
- Favoriser le confort oral, passant par le remplacement précoce des sondes nasogastriques par les gastrostomies endoscopiques percutanées (GEP) d'autant que l'on suspecte que l'alimentation entérale sera longue.
- Entourer de manière positive les soins (administration de sucre lors des poses de SNG), limitations des aspirations naso-buccales, prise en charge des douleurs liées aux soins.
- Privilégier l'intervention précoce de psychomotricien(ne)s, en réanimation afin d'aider l'enfant à investir positivement l'ensemble de son corps et de sa bouche.
- Proposer un soutien psychologique à la famille

La pose de sonde nasogastrique reste un évènement traumatisant pour les enfants, petits et grands et peut l'être encore plus pour les enfants ayant du mal à appréhender leur sphère orale. D. KATZMAN considère que, dans certains cas, des mesures supplémentaires doivent être mises en place pour encadrer ce geste traumatique, comme le recours à la sédation et ce avant

toute tentative traumatisante, simplement parce que l'on devine déjà au vue du contexte que la pose sera compliquée.(43)

Pour la pratique de pédiatrie et de médecine générale, il semble important de préciser que dans le traitement médicamenteux de l'enfant malade il n'existe pas une seule galénique, une seule façon de traiter. L'industrie pharmaceutique a développé toutes formes de galéniques pour l'administration de médicaments aux patients et si, en tant que médecins généralistes, nous alternons facilement la prescription de gélules, comprimés, comprimés effervescents, sirops, patchs, suppositoires, injections, pour s'adapter aux préférences de nos patients mais aussi aux capacités de prises orales de nos anciens, qu'en est-il avec les enfants ?

Et d'autant plus avec les enfants présentant des difficultés alimentaires?

Le forçage pour la prise orale de sirops antibiotiques se révèle très difficile pour la majorité de ces enfants qui investissent déjà négativement, leur sphère orale. Si l'administration de suppositoires notamment pour les antipyrétiques et anti vomitifs reste largement utilisée, les galéniques autres que les sirops pour les antibiotiques restent difficiles d'accès pour les tout-petits, mais elles ne le sont pas forcément pour les enfants un peu plus grands. L'administration de comprimés oro-dispersibles écrasés et de suspensions buvables reste possible. A mon sens, c'est au médecin de s'enquérir des possibilités de prise orale de ses jeunes patients avant d'acter la prescription des traitements.

Enfin, une attention particulière est à donner autour du travail du pôle NECKER-Enfants-malades à Paris qui, en mai 2019, a reçu le prix « trophées patients Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ». Ce prix attribué, pour partager et valoriser les actions mises en place pour améliorer la qualité de vie à l'hôpital, dans la catégorie « conditions de vie lors d'un séjour », vient récompenser la mise en place par le service diététique de plateaux repas « découverte oralité » pour les enfants hospitalisés présentant des troubles de l'oralité alimentaire.(44)

## IV. DISCUSSION

### A. PRINCIPAUX RESULTATS

#### **A appellations et causes différentes, symptômes et conséquences similaires...**

Il n'existe pas une appellation mais une multitude d'appellations qui parlent pourtant d'une même pathologie. Et l'on a pu voir dans ce travail que, selon la spécialité de l'observateur qui parle des difficultés alimentaires de l'enfant, la dénomination change. Pourtant que l'on parle d'Evitement/restrictive food intake disorder, de pediatric feeding disorder, de sensory food aversion ou de trouble d'oralité alimentaire, on décrit toujours la même situation clinique : celle d'enfants qui ne mangent pas, peu ou de manière restrictive.

#### 1. RECONNAITRE LES SYMPTÔMES

Nous avons vu que les difficultés alimentaires touchent 25% de la population pédiatrique (14,42). Les difficultés s'expriment sous la forme de symptômes suivants : heures prolongées de repas, refus de manger, heures de repas perturbatrices et stressantes, manque d'alimentation indépendante appropriée, alimentation nocturne compensatrice, introduction de distractions pour augmenter l'apport, allaitement prolongé au sein, échec d'introduction de textures avancées (14), hypersélectivité alimentaire, nausées, vomissements, bâillonnement anticipatoire de la bouche (15).

#### 2. RECHERCHER LES DRAPEAUX ROUGES

Lorsque qu'un praticien reçoit un jeune patient et ses parents en consultation pour un trouble alimentaire de la sorte, il doit rechercher les conditions médicales qui impliqueraient d'emblée une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire et des examens plus poussés. Ces signes cliniques, qui ont été nommés « red flags » (drapeaux rouges) (14), sont les suivants : la dysphagie, les phénomènes d'aspiration, l'odynophagie au cours de l'alimentation, les diarrhées et vomissements chroniques, les retards de croissances staturo-pondéraux, les

symptômes cardio-respiratoires chroniques, le retard de développement psychomoteur et les attitudes de forçage alimentaire. (14,42)

### 3. RECHERCHER LE CARENCES NUTRITIONNELLES

Parce que les enfants présentant des difficultés alimentaires, ou des troubles de l'oralité, ont souvent un régime restrictif et excluent parfois des groupes entiers d'aliments, leur faisant courir le risque d'une éventuelle malnutrition (22), l'autre étape essentielle de la consultation est de s'attacher à connaître et évaluer l'état nutritionnel de l'enfant. Pour ce faire il faut analyser son régime alimentaire et lister les groupes alimentaires non consommés (35) afin d'apprécier les carences nutritionnelles et pouvoir les suppléer.

### 4. MESURER L'IMPACT FAMILIAL ET SOCIAL

Nous avons vu au cours de ce travail de thèse que l'impact des troubles de l'oralité peut être très important et altérer les relations au sein de la famille (1). Les TOA impactent sur la qualité de vie des enfants (38), sur leur capacité d'intégration au sein de la société mais aussi sur les sentiments de compétence parentale et peuvent mener à des conduites nocives de chantages, d'introductions de distractions ayant pour but de renforcer la prise alimentaire et de forçage alimentaire pouvant conduire à un renforcement des troubles. Chercher à connaître la dynamique familiale autour du repas et le vécu des parents autour de cette situation paraît donc essentiel. (27)

### 5. ACCOMPAGNER ET ORIENTER L'ENFANT ET SES PARENTS

Les étiologies des troubles de l'oralité alimentaire sont multiples et complexes. Ceci implique que la prise en charge, tant diagnostique que thérapeutique, soit multidisciplinaire.

L'élément clé dans la prise en charge de l'enfant et de ses troubles reste les parents.

Il faut donc, en tant que professionnels de santé, s'attacher à les accompagner, en leur expliquant les difficultés de leur enfant, les guider dans les bonnes pratiques propres à leur situation et s'assurer ainsi de leur soutien et de leur engagement dans l'accompagnement de leur enfant.

Les compétences des corps de métier suivants trouvent légitimement leur place dans la prise en charge et le suivi des enfants présentant un trouble d'oralité alimentaire en fonction des manifestations et comorbidités : orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, nutritionnistes, pédopsychiatres, psychologues, neuro-pédiatres, cardio-pédiatres, pneumo-pédiatres, gastro-pédiatres et ORL.

Afin de synthétiser le parcours diagnostique et thérapeutique des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire, voici un tableau inspiré du tableau conçu par MILANO, CHATOOR et KERZNER sur les « premières étapes pour gérer les difficultés alimentaires » (« First step to managing feeding difficulties », le tableau initial est consultable en annexe 7 (42))

Tableau 3 : Troubles de l'oralité alimentaire : Comment les gérer.

Symptômes principaux	Recherche des drapeaux rouges	Recherche et stabilisation de carences nutritionnelles	Mesure de l'impact familial et social	Recommandations alimentaires limitant les pratiques alimentaires aversives	Equipe multidisciplinaire de prise en charge
Heures de repas prolongées	Dysphagie	inventaire de l'apport énergétique alimentaire	Evaluer le bien-être de l'enfant	Eviter les distractions au repas	Orthophoniste
Refus de manger	Phénomènes d'aspiration	inventaire des groupes alimentaires exclus	Evaluer le retentissement familial	Maintenir une attitude plaisante et neutre à table	Psychomotricien
Heures de repas perturbatrices et stressantes	Douleur apparente lors de l'alimentation	Enrichissement alimentaire	Evaluer la dynamique parentale/Repas	Limiter les temps de repas	Ergothérapeute
Manque d'alimentation indépendante	Vomissements et diarrhées	Supplémentation des carences	Rechercher les attitudes de forçage	4-6 repas/collations par jour avec uniquement de l'eau entre les repas	Nutritionniste
Alimentation nocturne compensatrice	Retard développemental			Servir des aliments appropriés à l'âge	Pédopsychiatre
Introduction de distraction (TV, tablettes)	Symptômes cardio-respiratoires chroniques			Systématiquement introduire de nouveaux aliments répétitivement	Psychologue
Echec d'introduction de textures avancées	Cassure de la courbe de croissance			Encourager l'auto-alimentation	Neuro-pédiatre
Hyper sélectivité alimentaire	Carences nutritionnelles avérées			Tolérer que l'enfant se salisse	Cardio-pneumo pédiatre
Nausées, vomissements	Alimentation forcée				Gastro-pédiatre
Bâillement anticipatoire de la bouche					ORL

## B. POUR MA PRATIQUE PERSONNELLE

En initiant ce travail de thèse, ma principale motivation était d'allier « obligation professionnelle » de travail de thèse et désir d'informations sur les troubles que présente cet

enfant de mon entourage proche, afin de pouvoir comprendre sa pathologie et l'aider au mieux.

J'ai pu ainsi avoir un regard critique sur les actions entreprises à son endroit avant le diagnostic et les projets de rééducation mis en place depuis.

Ce travail m'aura permis de prendre conscience que, en tant que médecins, nous avons une place privilégiée au contact des familles et que nous nous devons de les écouter et de les accompagner au mieux. Le poids de « la norme », que nous enseignons aux parents, résonne à mes oreilles et il me semble important de mettre de la distance avec cette notion. Nous nous devons de rassurer les parents sur leur approche qui doit être plus axée sur l'écoute de l'enfant, les aidant ainsi à avoir plus de confiance en leur ressenti.

## C. FORCES ET LIMITES DE CETTE ETUDE

### 1. FORCES

Une des forces de ce travail réside dans sa méthodologie précise, détaillée, s'appuyant sur des travaux similaires et sur les critères préconisés par PRISMA, afin de ne pas méconnaître certaines données et d'avoir une puissance acceptable.

Les documents inclus ont été analysés avec des grilles d'évaluation validées.

La force de ce travail réside dans l'originalité des documents analysés et la qualité de leur analyse, malgré un faible nombre de documents sélectionnés.

La puissance de cette étude a été renforcée par la consultation systématique des bibliographies des articles sélectionnés.

Ce travail de thèse peut être considéré comme original car très peu de travaux similaires ont été trouvés.

### 2. LIMITES

Ce travail présente néanmoins plusieurs limites.

Tout d'abord on ne peut pas parler de revue systématique de la littérature, car il s'agit habituellement de travaux plus vastes, impliquant des équipes plus nombreuses et surtout un

temps de recherche plus long. Il s'agit ici d'une revue courte de la littérature, même si elle est ciblée sur 20 ans, du fait de la jeunesse de la connaissance des troubles de l'oralité.

Par ailleurs, du fait de la présence d'un seul chercheur, il existe un manque d'exhaustivité, ce qui entraîne une insuffisance de sélection de données. De plus l'analyse des documents a été faite en simple aveugle, par manque de temps, ce qui introduit un biais dans l'évaluation de la qualité des articles inclus.

Le nombre d'articles inclus, par rapport au nombre de documents identifiés, est également faible, du fait de la vaste question de recherche, induisant des recherches très larges, mais donnant des résultats, parfois, trop éloignés de la recherche.

Une autre limite est l'évaluation incomplète des documents inclus, classés « autres documents », empêchant de juger la qualité de l'ensemble des ressources bibliographiques. Ces documents ont été inclus en privilégiant la pertinence de leur contenu par rapport à la question de recherche.

Cette revue comporte un biais de sélection induit par ma propre expérience et mon vécu en rapport avec le sujet. L'enfant de mon entourage présente un trouble de l'oralité avec une étiologie précise, qui aura été plus développée au cours de ce travail. Naturellement la recherche autour de cette étiologie m'aura plus attirée, malgré une tentative de ma part de corriger ce biais.

Un autre biais de sélection réside dans le choix des langues : anglais et français, ce qui a restreint la sélection des documents.

Enfin le frein financier, dû au fait que certains articles n'étaient accessibles que par abonnement, a restreint l'accès à des documents et a induit aussi un biais de sélection quant à la perte d'informations.

## V. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le but d'analyser les données de la science internationale concernant la définition des troubles de l'oralité alimentaire afin d'en préciser les symptômes et les critères diagnostiques utiles dans la pratique de la médecine générale. Ce travail a montré que à défaut de pouvoir s'entendre sur une définition commune, l'ensemble des documents décrivent une situation clinique commune, des conséquences nutritionnelles identiques et une prise en charge thérapeutique similaire.

Ce travail nous permet de conclure que face, aux difficultés alimentaires de l'enfant, il faut s'attacher à orienter rapidement les enfants présentant un impact nutritionnel important ou des signes de pathologie organique sous-jacente. Pour les autres, il faut s'attacher à accompagner au mieux les parents, les conseiller et les guider en fonction de leurs difficultés.

Ce travail pourrait servir de point de départ à d'autres travaux de recherche portant sur :

- Evaluer les besoins des parents en terme d'informations sur l'alimentation des jeunes enfants et leurs difficultés.
- Evaluer l'approche des médecins généralistes face aux difficultés alimentaires de leurs jeunes patients.
- Evaluer les connaissances des médecins généralistes sur les troubles de l'oralité alimentaire.
- Mieux évaluer la prévalence de cette pathologie en France et leur conséquence sur le développement de l'enfant.
- Envisager une formation plus poussée sur les troubles alimentaires de l'enfant, notamment les troubles d'oralité alimentaire dans le cursus d'internat de médecine générale.



## VI. LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : développement de l'oralité. (7)

Figure 2 : développement de l'oralité et de la psychomotricité globale de l'enfant (7)

Figure 3 : Diagramme de flux LITTERATURE GRISE :

Figure 4: Diagramme de flux SUDOC :

Figure 5 : Diagramme de flux RECOMMANDATIONS :

Figure 6 : Diagramme de flux COCHRANE LIBRARY :

Figure 7 : Diagramme de flux PUBMED :

Figure 8 : Diagramme de flux REVUE et JOURNAUX :

Figure 9 : Diagramme de flux CAIRN.INFO :

Figure 10 : Diagramme de flux synthèse globale des résultats :

Figure 11 : Pyramidal representation of young children's feeding behaviors. (Représentation pyramidale des comportements alimentaires des jeunes enfants).(14)

Figure 12 : critères d'un syndrome de dysoralité sensorielle (SENEZ 2009 repris par HAVARD et CARREAU (27))

Figure 13 : pyramide des apprentissages par Williams et Shellenberger :

Tableau 1 : tableau récapitulatif des articles et documents sélectionnés :

Tableau 2 : Conséquences nutritionnelles des aliments évités (35) :

Tableau 3 : Troubles de l'oralité alimentaire : Comment les gérer.

## VII. BIBLIOGRAPHIE

1. ABADIE (V.). Troubles de l'oralité d'allure isolée : « Isolé ne veut pas dire psy ». In: ARCHIVES DE PEDIATRIE [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=383112>
2. ABADIE V, Groupe « Oralité » Hôpital Necker-Enfants Malades. Attention à mon oralité ! 3ème édition [Internet]. calameo.com. 2018. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/004021827037478f01e8d>
3. BRAND VINCENT V, LEFEVRE C. Docteur, notre enfant ne mange pas ! Et s'il s'agissait d'un trouble de l'oralité alimentaire... : évaluation du degré d'information des médecins sur les troubles de l'oralité alimentaire et sur le rôle de l'orthophoniste dans leur prise en charge. Mémoire d'orthophonie. [Internet]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=0c45f884-2756-4ed1-b49f-638629fbef9e>
4. CELTON G. Devenir des enfants suivis en consultation spécifique pour un trouble de l'oralité : aspects comportementaux et nutritionnels. Thèse de pédiatrie [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01316708/document>
5. SENEZ C. Rééducation des troubles de l'oralité alimentaire et de la déglutition. 2015.
6. QUETIN F. Les troubles de l'oralité chez l'ancien prématuré. *Contraste*. 14 avr 2015;N° 41(1):271-80.
7. Formathon - Congrès de médecine Générale [Internet]. Disponible sur: <https://formathon.fr/Formathon/463/troubles-de-l-oralite-alimentaire-chez-l-enfant>
8. ROMANO C, HARTMAN C, PRIVITERA C, CARDILE S, SHAMIR R. Current topics in the diagnosis and management of the pediatric non organic feeding disorders (NOFEDs). *Clin Nutr*. avr 2015;34(2):195-200.
9. YANG HR. How to approach feeding difficulties in young children. *Korean J Pediatr*. déc 2017;60(12):379-84.
10. Troubles de l'oralité et comportement alimentaire [Internet]. *Le Quotidien du médecin*. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/pediatrie/troubles-de-loralite-et-comportement-alimentaire>
11. CRISTOFARI. Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant [Internet]. Syndicat MGFrance. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/actualite/profession/540-les-enfants-doivent-pouvoir-choisir-leur-medecin-traitant>
12. theseMYARA-facteurs determinant l'orientation des enfants vers un suivi chez le généraliste ou le pédiatre [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4786\\_MYARA\\_these.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4786_MYARA_these.pdf)
13. redactionrevuedelalitteratureOTTAWA.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.unine.ch/files/live/sites/egalite/files/shared/documents/redactionrevue.pdf>

14. KERZNER B, MILANO K, MACLEAN WC, BERALL G, STUART S, CHATOOR I. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics*. 1 févr 2015;135(2):344-53.
15. CHATOOR I. Sensory Food Aversions in Infants and Toddlers. *ZERO TO THREE*. janv 2009;
16. CASCALES T, OLIVES J-P. « Tu vas manger ! » Trouble alimentaire du nourrisson et du jeune enfant : du refus au forçage alimentaire. *Spirale*. 10 déc 2012;n° 62(2):26-34.
17. Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles de la Santé Mentale et du Développement. 5ème édition DSM-V. Association Américaine de Psychiatrie. 2013.
18. ZIMMERMAN J, FISHER M. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 1 avr 2017;47(4):95-103.
19. FISHER MM, ROSEN DS, ORNSTEIN RM, MAMMEL KA, KATZMAN DK, ROME ES, et al. Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents: A “New Disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*. 1 juill 2014;55(1):49-52.
20. KATZMAN D, MAWJEE K, NORRIS ML. Troubles du comportement alimentaire restrictifs ou évitants : un nouveau trouble alimentaire du DSM-5. :6.
21. NAVIAUX A-F. Management of ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder) in a 12-year-old on a Paediatric Ward in a General Hospital: Use of Mirtazapine, Partial Hospitalisation Model and Family Based Therapy. *Psychiatr Danub*. sept 2019;31(Suppl 3):421-6.
22. GODAY PS, HUH SY, SILVERMAN A, LUKENS CT, DODRILL P, COHEN SS, et al. Pediatric Feeding Disorder : Consensus Definition and Conceptual Framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. janv 2019;68(1):124.
23. Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) | Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) [Internet]. Disponible sur: <https://www.ehesp.fr/international/parteneriats-et-reseaux/centre-collaborateur-oms/classification-internationale-du-fonctionnement/>
24. LEBLANC V. Évaluation des troubles de l’oralité alimentaire de l’enfant. *Archives de Pédiatrie*. 1 mai 2014;21(5, Supplement 1):32.
25. LEBLANC V, BOURGEOIS C, HARDY E, LECOUFLE A, RUFFIER M. Boite à idées pour oralité malmenée du jeune enfant. Groupe MIAM MIAM [Internet]. Disponible sur: <http://www.groupe-miam-miam.fr/outils>
26. LEBLANC V, RUFFIER-BOURDET M. Trouble de l’oralité : tous les sens à l’appel. *Spirale*. 5 nov 2009;n° 51(3):47-54.
27. HAVARD EP, CARREAU M. Les troubles sensoriels : impact sur les troubles alimentaires. 2009;4.
28. SMITH, ROUX, NAIDOO, and VENTER. Food choice of tactile defensive children [Internet]. ResearchGate. Disponible sur:

[https://www.researchgate.net/publication/8003400\\_Food\\_choice\\_of\\_tactile\\_defensive\\_children](https://www.researchgate.net/publication/8003400_Food_choice_of_tactile_defensive_children)

29. Centre de Référence des Troubles du Comportement Alimentaire du CHU de Saint Etienne, RICHARD COLMANT, BOYER, CHAVANNE, POUSSARDIN. Troubles de l'oralité sensorielle chez l'enfant [Internet]. Disponible sur:  
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:h7OebwqQyvgJ:www.r4p.fr/doc/category/155-21-juin-2019-quand-manger-n-est-pas-simple%3Fdownload%3D961:mon-enfant-ne-mange-pas-commme-les-autres-c-est-peut-etre-un-trouble-de-l-oralite-sensorielle+%&cd=19&hl=fr&ct=clnk&gl=fr>
30. BARBIER I. L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*. 14 avr 2014;N° 39(1):143-59.
31. BRICOUT F, TERRIEN C. Troubles de l'oralité alimentaire chez le jeune enfant : Elaboration et évaluation d'un support de thérapie indirecte en orthophonie. *CAPA orthophonie*. 2015. :88.
32. MILLER LJ, NIELSEN DM, SCHOEN SA, BRETT-GREEN BA. Perspectives on sensory processing disorder: a call for translational research. *Front Integr Neurosci* [Internet]. 2009 [cité 15 juin 2020];3. Disponible sur:  
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/neuro.07.022.2009/full>
33. ROMMEL N, DE MEYER A-M, FEENSTRA L, VEEREMAN-WAUTERS G. La complexité des problèmes d'alimentation chez 700 nourrissons et jeunes ...: *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* [Internet]. [cité 23 janv 2020]. Disponible sur:  
[https://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2003/07000/The\\_Complexity\\_of\\_Feeding\\_Problems\\_in\\_700\\_Infants.14.aspx](https://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2003/07000/The_Complexity_of_Feeding_Problems_in_700_Infants.14.aspx)
34. MARSHALL J, HILL RJ, WARE RS, ZIVIANI J, DODRILL P. Multidisciplinary Intervention for Childhood Feeding Difficulties. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. mai 2015;60(5):680-687.
35. FEILLET F, BOCQUET A, BRIEND A, CHOURAQUI J-P, DARMAUN D, FRELUT M-L, et al. Nutritional risks of ARFID (avoidant restrictive food intake disorders) and related behavior. *Archives de Pédiatrie*. 1 oct 2019;26(7):437-41.
36. PRIEUR R. La diversité des bébés et de leurs parents peut-elle faire bon ménage... avec les normes pédiatriques ? *Spirale*. 2014;N° 72(4):115-22.
37. impact sociétal du repas [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur:  
<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6522/?sequence=14>
38. KROM H, VEER L van der S, ZUNDERT S van, OTTEN M-A, BENNINGA M, HAVERMAN L, et al. Health related quality of life of infants and children with avoidant restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2019;52(4):410-8.
39. Société Canadienne de Pédiatrie. Le tout-petit qui périclite sous la courbe de croissance | Société canadienne de pédiatrie [Internet]. [cité 6 juill 2020]. Disponible sur:  
<https://www.cps.ca/fr/documents/position/tout-petit-qui-periclite-sous-la-courbe-de-croissance>

40. Société Canadienne de Pédiatrie. Le « mangeur difficile » : le tout-petit ou l'enfant d'âge préscolaire qui ne mange pas | Société canadienne de pédiatrie [Internet]. Disponible sur: <https://www.cps.ca/fr/documents/position/tout-petit-prescolaire-qui-ne-mange-pas>
41. OMS | Quelle est l'alimentation recommandée pour les enfants en très bas âge? [Internet]. WHO. World Health Organization; Disponible sur: <https://www.who.int/features/qa/57/fr/>
42. MILANO K, CHATOOR I, KERZNER B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep.* 23 août 2019;21(10):51.
43. KATZMAN DK, Norris ML, Zucker N. Avoidant restrictive food intake disorder: First do no harm. *International Journal of Eating Disorders.* avr 2019;52(4):459-61.
44. CP-JPO.hopital necker.dietetique plateaux repas.pdf [Internet]. [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: <http://pitiealpetriere.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/58/files/2019/05/CP-JPO.pdf>

## ANNEXES

Echelles d'évaluation de la qualité d'un article :

Annexe 1 : Echelle de JADAD (score de qualité d'Oxford), évaluation des essais cliniques randomisés

<b>Item</b>	<b>Maximum points</b>	<b>Description</b>	<b>Examples</b>
Randomization	2	1 point if randomization is mentioned 1 additional point if the method of randomization is appropriate  Deduct 1 point if the method of randomization is inappropriate (minimum 0)	"The patients were randomly assigned into two groups"  The randomization was accomplished using a computer-generated random number list, coin toss or well-shuffled envelopes  The group assignment was accomplished by alternate assignment, by birthday, hospital number or day of the week
Blinding	2	1 point if blinding is mentioned 1 additional point if the method of blinding is appropriate  Deduct 1 point if the method of blinding is inappropriate (minimum 0)	"The trial was conducted in a double-blind fashion"  Use of identical tablets or injectables, identical vials Use of tablets with similar looks but different taste  Incomplete masking
An account of all patients	1	The fate of all patients in the trial is known. If there are no data the reason is stated	"There were 40 patients randomized but the data from 1 patient in the treatment group and 2 in the control were eliminated because of a break in protocol"

Annexe 2 : Grille de STROBE (STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology), Evaluation de la qualité des études observationnelles

Permet en principe d'évaluer la qualité du rapport et d'en souligner les points faibles par un questionnaire rédactionnel. Il ne s'agit donc pas de notation. Elle comporte 6 domaines avec 34 item (score maximal de 34)

<b>Recommendation</b>		
<b>Title and abstract</b>	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
<b>Introduction</b>		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
<b>Methods</b>		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why

Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
<b>Results</b>		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
<b>Discussion</b>		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
<b>Other information</b>		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based



Annexe 3 : Liste de contrôle R-AMSTAR (Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews), grille d'évaluation de la qualité des revues systématiques.

La liste comporte, dans la colonne gauche, 11 questions sur la qualité de la revue. En fonction des critères présentés dans la colonne droite, il faut attribuer à chaque question un score de 1 à 4. La somme des scores constitue le score de qualité global de la revue systématique dont le maximum est 44, dont nous avons calculé le pourcentage.

	Total evaluation	N (%)
1. Was an "a priori" design provided? The research question and inclusion criteria should be established before the conduct of the review.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	20 (95%) 0 (0%) 1 (5%) 0 (0%)
2. Was there duplicate study selection and data extraction? There should be at least two independent data extractors and a consensus procedure for disagreements should be in place.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	21 (100%) 0 (0%) 0 (0%) 0 (0%)
3. Was a comprehensive literature search performed? At least two electronic sources should be searched. The report must include years and databases used (eg, CENTRAL, EMBASE, and MEDLINE). Keywords and/or MeSH terms must be stated and where feasible the search strategy should be provided. All searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, specialized registers, or experts in the particular field of study, and by reviewing the references in the studies found.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	21 (100%) 0 (0%) 0 (0%) 0 (0%)
4. Was the status of publication (ie, grey literature) used as an inclusion criterion? The authors should state that they searched for reports regardless of their publication type. The authors should state whether or not they excluded any reports (from the systematic review), based on their publication status, language etc.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	14 (67%) 6 (28%) 0 (0%) 1 (5%)
5. Was a list of studies (included and excluded) provided? A list of included and excluded studies should be provided.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	17 (81%) 4 (19%) 0 (0%) 0 (0%)
6. Were the characteristics of the included studies provided? In an aggregated form such as a table, data from the original studies should be provided on the participants, interventions and outcomes. The ranges of characteristics in all the studies analyzed, eg, age, race, sex, relevant socioeconomic data, disease status, duration, severity, or other diseases should be reported.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	18 (85%) 1 (5%) 0 (0%) 2 (10%)
7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? "A priori" methods of assessment should be provided (eg, for effectiveness studies if the author(s) chose to include only randomized, double-blind, placebo controlled studies, or allocation concealment as inclusion criteria); for other types of studies alternative items will be relevant.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	19 (90%) 0 (0%) 0 (0%) 2 (10%)
8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? The results of the methodological rigor and scientific quality should be considered in the analysis and the conclusions of the review, and explicitly stated in formulating recommendations.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	18 (85%) 2 (10%) 0 (0%) 1 (5%)
9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? For the pooled results, a test should be done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity (ie, chi-squared test for homogeneity, I <sup>2</sup> ). If heterogeneity exists a random effects model should be used and/or the clinical appropriateness of combining should be taken into consideration (ie, is it sensible to combine?).	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	16 (76%) 0 (0%) 0 (0%) 5 (24%)
10. Was the likelihood of publication bias assessed? An assessment of publication bias should include a combination of graphical aids (eg, funnel plot, other available tests) and/or statistical tests (eg, Egger regression test).	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	15 (71%) 0 (0%) 0 (0%) 6 (29%)
11. Was the conflict of interest stated? Potential sources of support should be clearly acknowledged in both the systematic review and the included studies.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	20 (95%) 0 (0%) 0 (0%) 1 (5%)

Annexe 4 : Grille d'évaluation CASP Critical Appraisal Skills Programme : Evaluation de la qualité du rapport des études qualitatives.

Cet outil est composé de 10 questions auxquelles il est possible de répondre par « Yes », « Can't tell » et « No ». Les deux premières questions sont des questions d'élimination dont la réponse doit être rapidement trouvée. Si les deux réponses sont « Yes », cela vaut la peine de continuer avec les autres questions.

## Screening Questions

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes  Can't tell  No

HINT: Consider

- What was the goal of the research?
- Why it was thought important?
- Its relevance

## Screening Questions

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes  Can't tell  No

HINT: Consider

- What was the goal of the research?
- Why it was thought important?
- Its relevance

Is it worth continuing?



### Detailed questions

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes  Can't tell  No

HINT: Consider

- If the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)?

**4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?**

Yes  Can't tell  No

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

**5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?**

Yes  Can't tell  No

HINT: Consider

- If the setting for data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
- If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted, or did they use a topic guide)?
- If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why?
- If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc)
- If the researcher has discussed saturation of data

**6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?**

Yes  Can't tell  No

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during
  - (a) Formulation of the research questions
  - (b) Data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

**7. Have ethical issues been taken into consideration?**

Yes  Can't tell  No

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

## 8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes  Can't tell  No

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data?
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
- To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

## 9. Is there a clear statement of findings?

Yes  Can't tell  No

HINT: Consider

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researchers arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

## 10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy?, or relevant research-based literature?
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

## Annexe 5 : Grille d'évaluation AGREE II (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) :

### Evaluation de la qualité des recommandations.

Cette grille d'évaluation se compose de 23 éléments clés organisés en six domaines, suivis de deux éléments généraux d'évaluation (« Evaluation générale »). Chaque élément est noté sur une échelle allant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord). Le score accordé pour la qualité est calculé pour chacun des six domaines de la Grille AGREE II. Les six domaines étant indépendants, il n'est pas recommandé de les regrouper en un score global de qualité. Le score des domaines est calculé en additionnant les scores des différents éléments du domaine et en traduisant le résultat en pourcentage du score maximal pour ce domaine. Une fois les 23 éléments évalués, les utilisateurs de la Grille AGREE II doivent répondre aux deux questions de l'évaluation générale de la recommandation pour la pratique clinique. L'évaluation générale exigeant que l'utilisateur de la Grille AGREE II évalue la qualité de la recommandation en tenant compte des éléments d'évaluation prévus dans le processus, nous avons décidé de ne mentionner que le résultat de ces deux éléments généraux finaux.

DOMAINE 1 : CHAMP ET OBJECTIFS						
1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
Commentaires						
2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
Commentaires						
3. La population (patients, public, etc.) à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
Commentaires						

## DOMAINE 2 : PARTICIPATION DES GROUPES CONCERNÉS

4. Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

*Commentaires*

5. Les opinions et les préférences de la population cible (patients, public, etc.) ont été identifiées.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

*Commentaires*

6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

*Commentaires*

## DOMAINE 3 : RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION

7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

*Commentaires*

8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

*Commentaires*

9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

*Commentaires*

**DOMAINE 3 : RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION (suite)**

10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.

<b>1</b> Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	<b>7</b> Fortement en accord
------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

*Commentaires*

11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en terme de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.

<b>1</b> Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	<b>7</b> Fortement en accord
------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

*Commentaires*

12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.

<b>1</b> Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	<b>7</b> Fortement en accord
------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

*Commentaires*

**DOMAINE 3 : RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION (suite)**

13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.

<b>1</b> Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	<b>7</b> Fortement en accord
------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

*Commentaires*

14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.

<b>1</b> Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	<b>7</b> Fortement en accord
------------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

*Commentaires*

#### DOMAINE 4 : CLARTÉ ET PRÉSENTATION

15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Commentaires*

16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Commentaires*

17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Commentaires*

#### DOMAINE 5. APPLICABILITÉ

18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Commentaires*

19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Commentaires*

20. Les répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ont été examinés.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Commentaires*

21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

*Commentaires*



## ÉVALUATION GÉNÉRALE DE LA RPC

Choisissez, pour chacune des questions suivantes, la réponse qui correspond le mieux à la RPC évaluée :

### 1. Évaluez la qualité générale de la RPC.

1 De très mauvaise qualité	2	3	4	5	6	7 D'excellente qualité
----------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------

### 2. Je recommanderais l'utilisation de la RPC.

Oui	
Oui, avec certaines modifications.	
Non	

## Annexe 6 : Check-list PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis) :

Outil d'aide au rapport des revues de la littérature, composé de 27 items répartis en 7 domaines, pour rédiger de façon rigoureuse.

Section/Topic	#	Checklist Item	Reported on Page #
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
<b>ABSTRACT</b>			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	
<b>METHODS</b>			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., $I^2$ ) for each meta-analysis.	
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	
<b>RESULTS</b>			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome-level assessment (see Item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group and (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	
<b>DISCUSSION</b>			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., health care providers, users, and policy makers).	
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	
<b>FUNDING</b>			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	

doi:10.1371/journal.pmed.1000097.t001

## Annexe 7 : First step to managing feeding difficulties

Publié dans « A Functional Approach To Feeding Difficulties In Children » par K. MILANO, I. CHATOOR et B. KERZNER (42)

**Table 1** First step to managing feeding difficulties

Look for “red flags” [7]	Signs of impaired oral development [2, 8–10]	Stabilize nutrient intake [11, 12]	Feeding guidelines to limit aversive feeding practices [7]
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dysphagia</li><li>• Aspiration</li><li>• Apparent pain with feeding</li><li>• Vomiting and diarrhea</li><li>• Developmental delay</li><li>• Chronic cardio-respiratory symptoms</li><li>• Growth failure</li><li>• Frank nutrient deficiencies</li><li>• Force feeding</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Excessive drooling</li><li>• Poor postural control</li><li>• Low or high muscle tone</li><li>• Excessive gagging or choking</li><li>• Failure to advance textures</li><li>• Difficulty with feeding milestones</li><li>• Difficulty managing food or liquid in mouth</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Supplemental calories for growth failure</li><li>• Multi-nutrient supplement for limited dietary variety</li><li>• Single nutrient supplementation for documented deficiency</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avoid mealtime distractions</li><li>• Maintain pleasant neutral attitude while feeding</li><li>• Limit meal duration</li><li>• Provide 4–6 meals/snacks a day with water in between</li><li>• Serve age-appropriate foods</li><li>• Systematically offer new foods (8–15 times)</li><li>• Encourage self-feeding</li><li>• Tolerate age-appropriate mess</li></ul>

## SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

## RESUME

**Introduction :** L'alimentation est fondamentale dans le développement familial, psycho-social, sensoriel et staturo-pondéral d'un enfant. Les troubles de l'oralité alimentaire (TOA) concerneraient 25% des enfants en France et sont décrits sous de multiples appellations. L'objectif principal de cette étude est de définir les TOA, d'en préciser les symptômes et les critères diagnostiques au travers d'une revue de la littérature internationale.

**Méthode :** Une revue de la littérature concernant les TOA chez les enfants de 0 à 18 ans, d'Europe, d'Océanie, d'Asie, d'Amérique du Nord a été réalisée à partir de la littérature grise, des bases de données SUDOC, Cochrane Library, PUBMED, CAIRN, des recommandations internationales et des revues françaises.

**Résultats :** 6877 documents ont été identifiés et 25 ont été analysés. Nous avons synthétisé les données concernant les symptômes, signes alarmants, étiologies, conséquences nutritives, sociales et familiales des TOA, les définitions françaises et internationales, celles sur les « Pediatric Feeding disorder » et sur les troubles du comportement alimentaire restrictifs/évitants (ARFID) et avons apporté des indications sur leur prise en charge (PEC) diagnostique et thérapeutique. Il a été souligné l'importance d'accompagner la famille face aux difficultés alimentaires de son enfant et d'établir une PEC multidisciplinaire afin de dépister les facteurs alarmants et une éventuelle malnutrition.

**Conclusion :** A défaut de pouvoir s'entendre sur une définition commune, les documents décrivent une situation clinique, des conséquences nutritionnelles et une PEC similaires. Nous avons proposé un tableau récapitulatif résumant les étapes importantes de la PEC des TOA.

**Mots-clés :** trouble oralité alimentaire, feeding disorder, avoidant restrictive food intake disorder, selective eating, sensory food aversion, dysoralité sensorielle, enfant, difficultés alimentaires.