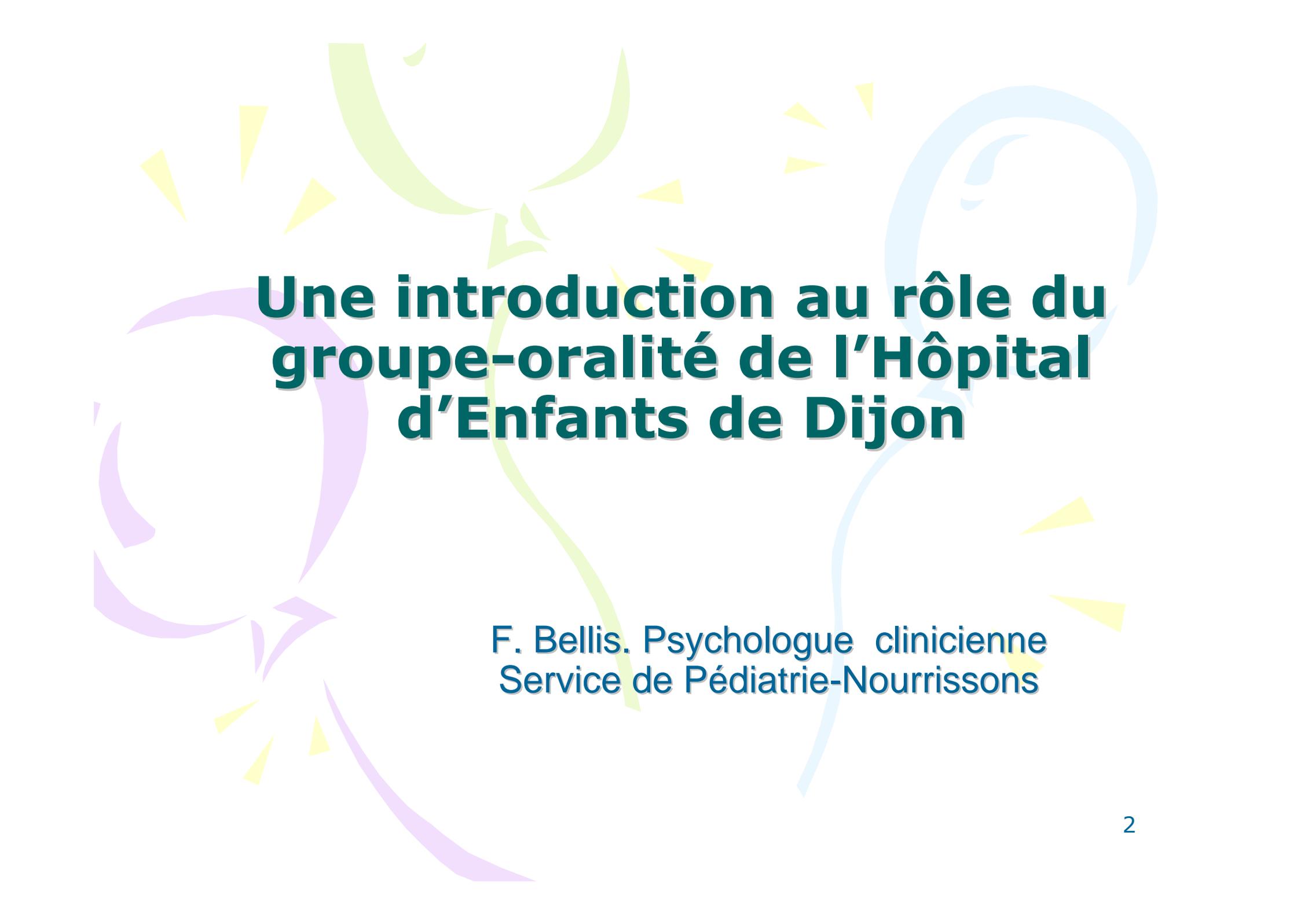


**Journée de formation du réseau « Naître  
et devenir » du CHU de Grenoble  
Ecole de sages-femmes Echirolles  
le 15 octobre 2010**

Groupe-Oralité  
Pôle Pédiatrie – CHU DiJON  
F. Bellis, I. Buchs-Renner, M. Vernet

Réanimation pédiatrique: Pr. Gouyon  
Pédiatrie-Nourrissons: Pr. Huet  
Chirurgie: Pr Sapin



# **Une introduction au rôle du groupe-oralité de l'Hôpital d'Enfants de Dijon**

F. Bellis. Psychologue clinicienne  
Service de Pédiatrie-Nourrissons



# Fréquence des troubles de l'oralité alimentaire dans une population hospitalière

- ❑ 25 à 35% des enfants de la population générale [1,2]
- ❑ 29 à 40-45 % des prématurés selon les auteurs [3]
- ❑ 80% des enfants souffrant de retard du développement psychomoteur [1]
- ❑ 100% des nourrissons de 2 ans qui ont été opérés de pathologies digestives en période néo-natale [3,4]



Poinso,2006 [1];Paradis-Guennou,2004 [2]; Beissel,2010 [3] Coletto,2009 [4]



# Nutrition artificielle et identification des difficultés d'alimentation orale

- ❑ Repérer les troubles du comportement, des fonctions et investissements de la sphère bucco-linguo-faciale [5] consécutifs :
  - à l'instauration d'une nutrition artificielle
  - à la privation de toute alimentation physiologique pendant plusieurs semaines [6]



Castelain 2008 [5]; Kabuth, 1998 [6]



# Nutrition artificielle et oralité primaire

- ❑ Accroissement des risques :
  - nourrissons de moins de 6 mois [6]
  - prématurés avec une immaturité de la coordination succion-déglutition-respiration [7]
- ❑ L'absence durable d'alimentation per os de 0 à 6 mois peut induire des perturbations orales sévères particulièrement rebelles dans le temps [6]
- ❑ 6-7 mois est l'âge-charnière pour une rééducation à manger [6]

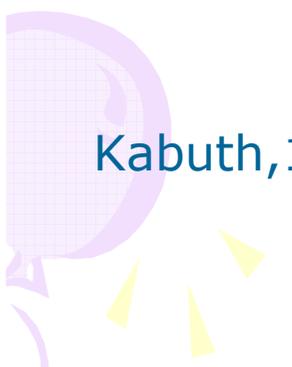


Kabuth, 1998 [6]; Lau, 2007 [7]



# Pathogénie des apports nutritionnels continus avec arrêt alimentaire complet

- ❑ Troubles dyspraxiques et (ou) fonctionnels du système de manducation [5,6]
- ❑ Troubles de la sensibilité endobuccale dus à un défaut de stimulations orales, l'hypersensibilité nauséuse étant la plus fréquente [8]
- ❑ Leur traitement relève de la sur-spécialité en orthophonie



Kabuth,1998 [6]; Castelain, 2008 [5]; Senez,2008 [8]



## Autres perturbations

- ❑ Désynchronisation entre apports alimentaires, contacts relationnels, cycles de faim, de satiété et les autres biorythmes (ex: perturbations ou abolition de la distinction jour/nuit avec insomnies +++)
- ❑ Apparition de troubles plus globaux du comportement alimentaire à forte composante psychologique et relationnelle [2,6,9]



Paradis-Guennou, 2004 [2]; Kabuth, 1998 [6]; Vila, 1995 [9]



# Les symptômes psychologiques

- ❑ Troubles chroniques de l'oralité et du comportement alimentaire secondaires à la pathologie initiale et à la nutrition artificielle
- ❑ Troubles de l'oralité: apprentissages alimentaires retardés [1,6]
- ❑ Troubles du comportement, perturbations importantes à la diversification:
  - néophobies (méfiance au nouveau, aux morceaux)...
  - sélectivité alimentaire (rejet d'aliments)...

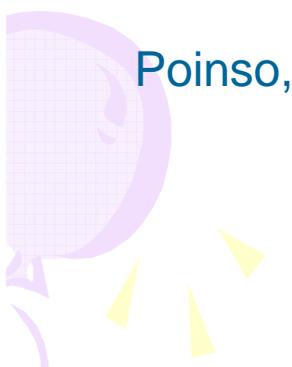


Poinso, 2006 [1]; Kabuth, 1998 [6]



# Psychopathologie

- ❑ L'investissement négatif de la sphère oro-faciale avec retrait de l'oralité-plaisir favorise:
  - ❑ L'anorexie phobique ou d'opposition post-traumatique [1,2,10]
  - ❑ Dans 5% des cas, le sevrage d'une nutrition artificielle est conflictualisé sur un mode psychique très proche de l'anorexie mentale du nourrisson [9]

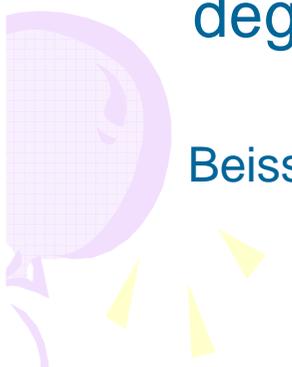


Poinso, 2006 [1]; Paradis-Guennou, 2004 [2]; Abadie,2004 [10]; Vila,1995 [9]



# Incidences sur l'environnement familial

- ❑ Fort retentissement dans la vie de l'enfant et de sa famille qui subissent :
  - un bouleversement des liens affectifs parents / enfant / fratrie
  - Un vécu traumatique individuel et familial
- ❑ Au quotidien:
  - appréhension mutuelle des repas
  - difficultés au passage à la cuiller, aux goûts nouveaux, aux morceaux...
  - déplaisir manifeste, lenteur à manger, difficultés à déglutir ... [1,6]



Beissel, 2010 [1]; Kabuth, 1998 [6]

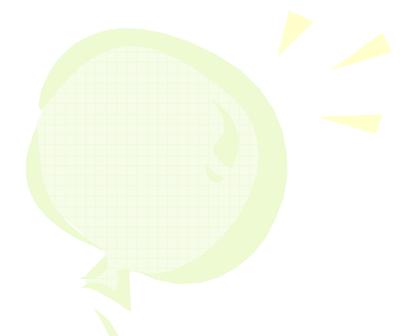


# Les actions thérapeutiques

- ❑ Le retard simple du développement de l'oralité:  
l'éducation alimentaire est réalisable en 2-3 semaines [9]
- ❑ L'anorexie phobique post-traumatique consécutive à une nutrition artificielle très précoce: l'apprivoisement à l'alimentation peut durer de quelques mois à 12-24 mois [2]
- ❑ L'anorexie mentale de sevrage d'une nutrition artificielle avec liens familiaux conflictuels autour de la nourriture peut nécessiter jusqu'à 36 mois de suivi spécialisé [2,9]



Vila,1995[9]; Paradis-Guennou,2004 [2]



# Prévention

- ❑ Une priorité: prévenir le désinvestissement de la zone orale
  - diminuer les soins invasifs de la zone oro-faciale [5]
  - stimuler par le toucher, des odeurs agréables à chaque installation de la nutrition artificielle [5,11,12]
  - proposer des expériences de plaisir oral et corporel...
- ❑ Chaque équipe élabore son mode de soutien à l'oralité des tout-petits avec un grand souci de leur construction psychique en devenir
  - distinction dedans/dehors, rythmicité temporelle...



Castelain,2008 [5]; Michaud,2008, [11]; Haddad,2010 [12]



# Les consultations-oralité pluridisciplinaires

❑ Une approche pluridisciplinaire permet de mieux prévenir et traiter les dysoralités

❑ Une équipe de base associe :

➤ pédiatre coordonnateur, psychologue, orthophoniste

➤ ± d'autres praticiens : kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, diététicien...

❑ Une organisation institutionnelle permet de conduire des actions coordonnées au bénéfice des patients et de leurs familles.

