



Les difficultés alimentaires de l'enfant atteint de mucoviscidose

Quels mécanismes?
Quelles prises en charge?



51^{ème} Réunion
5 octobre 2023
Angers (Terra Botanica)

Dr Haude Clouzeau

CRCM pédiatrique

Unité de Gastroentérologie, Hépatologie et
Nutrition pédiatriques

Hôpital des Enfants - CHU de Bordeaux



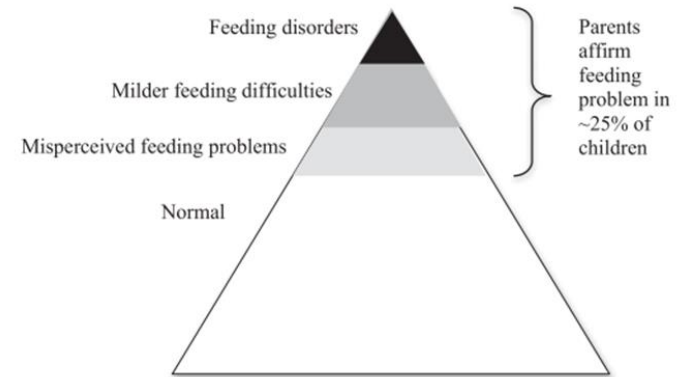
Difficultés d'alimentation

pediatric feeding / eating disorders

- 20-30 % enfants indemnes de pathologies chroniques présentent des difficultés d'alimentation

Wright CM et al Pediatrics 2007;120(4)

Saarilehto S et al J Pediatr. 2004;144(3):363–367



- Mucoviscidose: 30 à 50 % des enfants ont des difficultés d'alimentation
Powers SW et al Pediatrics 2002 109(5):E75-5
- La mucoviscidose rajoute de la complexité du fait de l'enjeu nutritionnel à une pathologie très commune
- Le repas devient une préoccupation majeure pour l'entourage

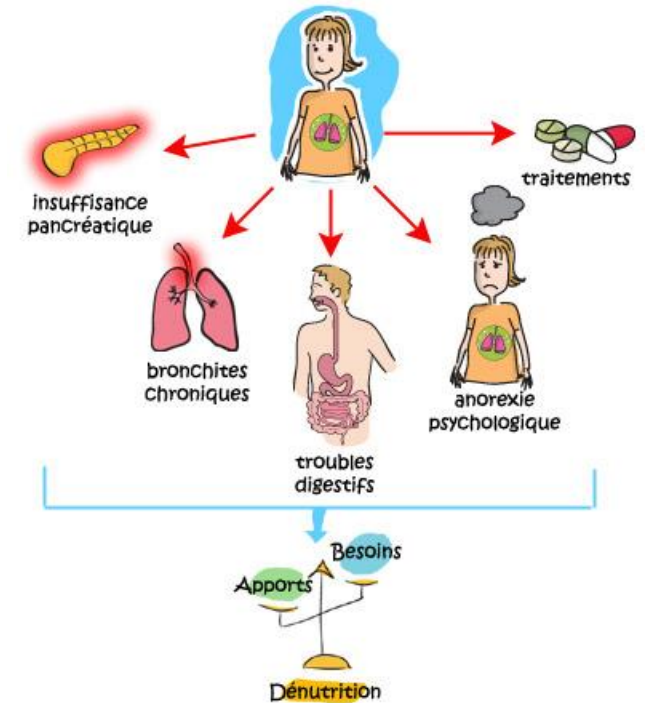
Impératifs nutritionnels

- Liés au pronostic
- La croissance doit être normale
- Objectif : IMC \geq 50^{eme} P de 2 à 18 ans

- Apports énergétiques 110 à 200 % des recommandations

Turck D, Braegger CP, Colombo C, et al. ESPEN-ESPGHAN-ECFS guidelines on nutrition care for infants, children, and adults with cystic fibrosis. Clin Nutr 2016;35:557-77.

- Surveillance croissance à chaque visite
- **Injonctions nutritionnelles +++**





Pathologies chroniques et difficultés d'alimentation

- Revue systématique de la littérature
- Pathologies chroniques et régime diététique strict : diabète type 1, maladie cœliaque, maladies inflammatoires intestinales, mucoviscidose ...
- **Les enfants atteints de pathologies nécessitant un strict contrôle diététique sont plus à risque de développer des troubles de l'alimentation**
- dangers à "sur-contrôler" l'alimentation
- Review Mucoviscidose 9 études
- Prévalence élevée de troubles du comportement alimentaire (anorexie mentale+)
- Taux d'interactions positives au moment des repas plus faibles
- Problèmes de comportement sont fréquents (70%) alimentation 32%, sommeil 52%, adhésion aux soins kiné 50 %
sont souvent prédits par la santé mentale des parents
Dépression 33%, anxiété 16 %, stress 34 %



Se nourrir

un besoin fondamental, mais un processus complexe

Satisfaction de la sensation de faim + Echange relationnel et affectif

- Interactions coordonnées système nerveux, structures oro-pharyngées, cardiorespiratoire, digestif
- Acquisition et la maîtrise des compétences en rapport avec l'âge : psychomoteur, pratique et sensoriel
- **dyade mère-enfant** : appui affectif

Perturbation de l'un de ces éléments: difficultés d'alimentation

Le plus souvent, plus d'un système est perturbé

Complexité des difficultés alimentaires du jeune enfant



Pediatric feeding disorders

difficultés d'alimentation du jeune enfant, trouble de l'alimentation de l'enfant

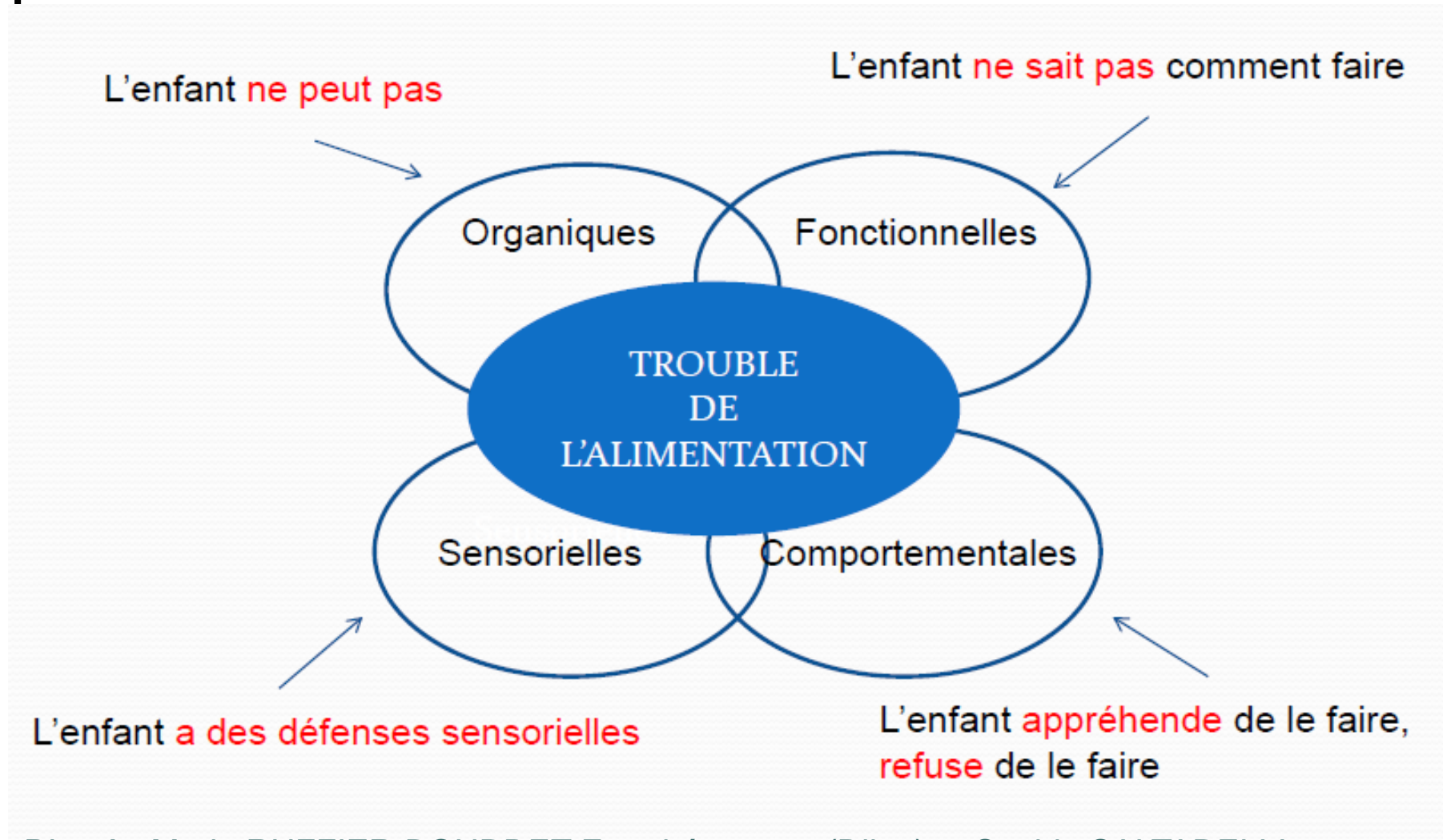
trouble de l'oralité alimentaire (DIU Lille)

trouble de l'alimentation et du comportement alimentaire TACA (V Abadie)

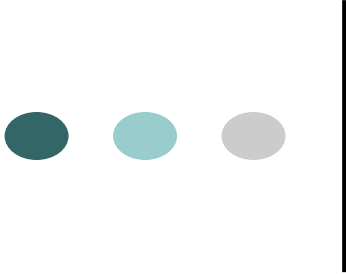
trouble du comportement alimentaire du petit enfant TCAPE (M Bellaïche/V Leblanc)...

- Classification 2019, panel d'experts USA/Canada, approche pluridisciplinaire, plus large qu'habituellement
- Définition: **apport oral inadéquat, non adapté à l'âge**
- Perturbation complexe et hétérogène des apports nutritionnels oraux
- associé à un dysfonctionnement
 - médical**
 - nutritionnel**
 - des aptitudes orales sensorimotrices**
 - et / ou psychosocial**
- **sans perturbation de l'image corporelle** (≠ eating disorder)
- Évaluation initiale de chacun des domaines est recommandée

« Cet enfant ne mange pas » Mécanismes



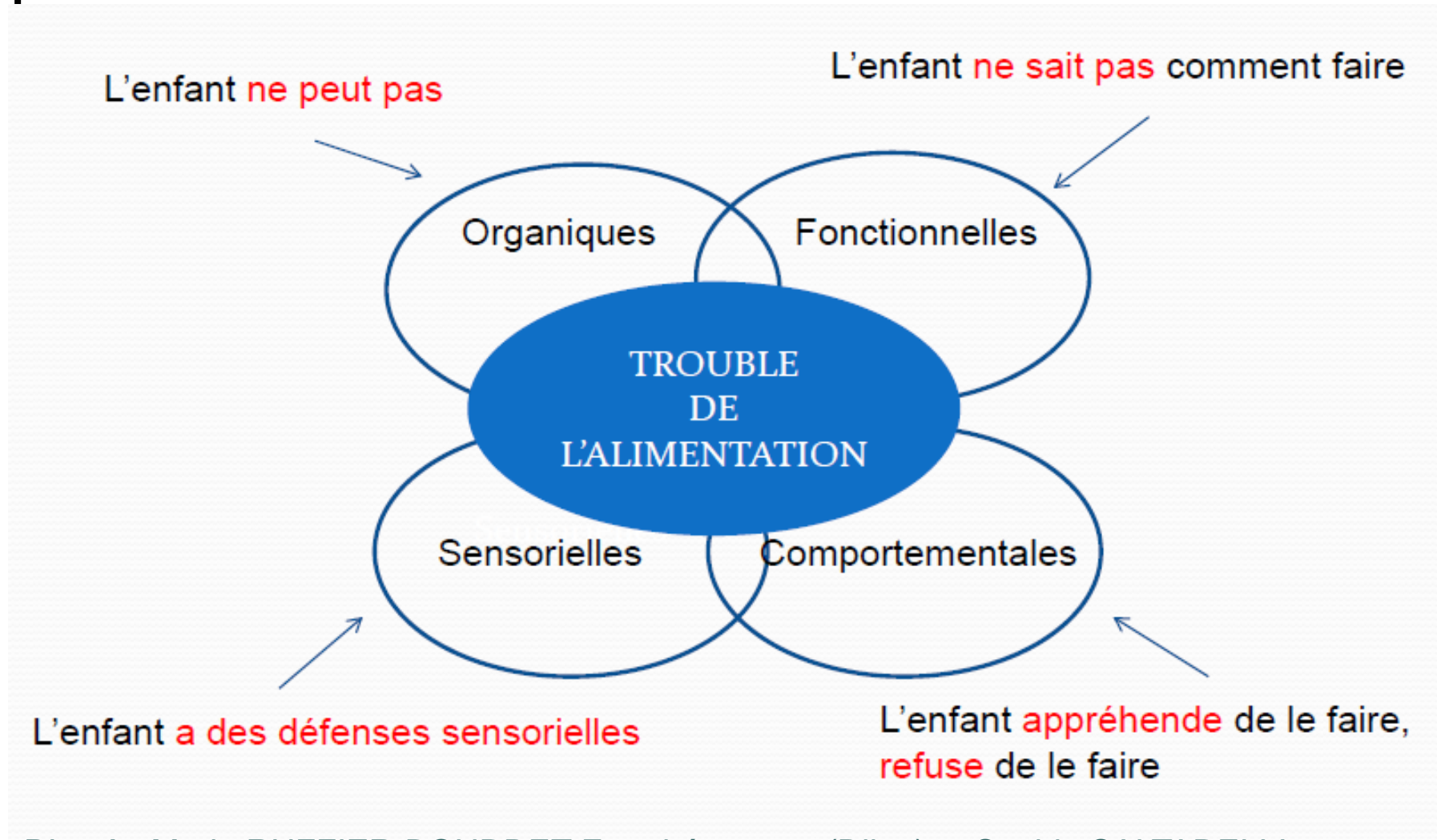
D'après Marie RUFFIER-BOURDET Ergothérapeute (Dijon) et Sophie SALTARELLI Orthophoniste; Communication du 7 juin 2013



Il ne **peut** pas : les difficultés sont secondaires à la pathologie médicale organique

- **Pas de trouble de la déglutition**
- Déséquilibre faim satiété : inflammation, hypercatabolisme, infections
altération régulation appétit
- Insuffisance pancréatique exocrine, douleurs abdominales, perturbations microbiote
- Dyspnée, fatigabilité
- Effet impressionnant des modulateurs du CFTR sur l'appétit et la prise de poids

« Cet enfant ne mange pas » Mécanismes



D'après Marie RUFFIER-BOURDET Ergothérapeute (Dijon) et Sophie SALTARELLI Orthophoniste; Communication du 7 juin 2013



Il ne **sait** pas : origine fonctionnelle

la période néonatale: fondamentale mais parfois menacée

- A la naissance : Oralité primaire, innée, reflexe, expérience fœtale
- Déglutition primaire automatique, tronc cérébral: **téter est un instinct**
- À partir 4-6 mois : Evolution vers oralité secondaire, **apprentissage**: intégration multisensorielle
stimulations visuelles olfactives auditives tactiles proprioceptives
- Praxie acquise puis automatisée
- Etayage, Construction fonction maternelle

**Si défaut d'expérimentation orale physiologique
(iléus méconial, stomie, jeune prolongé)**

Décalage d'acquisition des praxies de mastication

Pas à pas, votre enfant mange comme un grand

Le petit guide de la diversification alimentaire



MANGERBOUGER.FR

À partir de 6/8 mois, on commence à mâcher

Faites-lui découvrir de nouvelles textures...

À partir de 6/8 mois selon l'âge auquel vous avez commencé à diversifier, c'est important de **proposer progressivement de nouvelles textures à votre enfant**. Il va ainsi pouvoir développer ses capacités à bien mâcher.

Introduisez une seule nouvelle texture par repas. Si vous donnez des petits pots, variez les marques et les recettes, la consistance et la taille des morceaux changent d'un produit à l'autre.

...et expérimenter de nouvelles manières de manger

Votre enfant va se familiariser avec la cuillère, la tasse... plus tard ce sera la fourchette. **Laissez-le aussi prendre des morceaux tendres avec ses doigts** : il va les malaxer, les suçoter, les mâchouiller puis les avaler. Vous pouvez aussi lui donner de l'eau au verre, en l'aidant pour boire. Il est important que votre enfant soit bien assis et sous votre regard pendant toute la durée du repas.

Quelques signes montrant qu'un enfant est prêt pour de nouvelles textures

- ✗ Il avale les purées lisses et épaisses sans problème
- ✗ Il maintient sa tête et son dos droits dans sa chaise
- ✗ Il fait des mouvements de mâchonnement quand il porte quelque chose à sa bouche
- ✗ Il est capable de tenir un aliment et de le porter à sa bouche (il cherche à se nourrir seul)
- ✗ Il essaye de prendre des aliments dans votre assiette

Les différentes textures à proposer progressivement



À partir de 6/8 mois

Tous les aliments hachés ou écrasés grossièrement à la fourchette (purée granuleuse)

Purées dans lesquelles on ajoute au choix des pâtes alphabet, de la semoule, du riz bien cuit, de petits morceaux de volaille, de viande tendre ou de poisson très cuits, de l'œuf dur haché

À partir de 8 mois

Aliments en morceaux très mous qui s'écrasent entre la langue et le palais ou entre les doigts (ex. banane)



À partir de 10 mois

Aliments en morceaux à croquer, à mâcher avec les dents (aliments cuits, fruits crus, crudités en petits morceaux...)



Astuce

Proposer un quignon de pain de temps en temps au repas permet de stimuler la mastication et de fortifier la mâchoire. Au début il est préférable de remplacer le pain lorsqu'il est trop imbibé de salive car un morceau risque de se détacher.

EXEMPLES D'ÉVOLUTION DE TEXTURES*

Texture lisse



4/6
MOIS

Texture grumeleuse



6
MOIS

Quignon de pain



7/8
MOIS

Petits morceaux fondants



8
MOIS

Biscuits infantiles



10
MOIS

Petits morceaux de - en - fondants



12/18
MOIS

* Toujours sous la surveillance d'un adulte et pour les biscuits, pour savoir si l'enfant est prêt, il est indispensable de se référer aux indications mentionnées au dos des emballages.



Accompagner
l'évolution des textures
durant les 1000
premiers jours

QUELQUES CONSEILS
PRATIQUES
À COMMUNIQUER AUX PARENTS



DOCUMENT RÉSERVÉ EXCLUSIVEMENT À L'USAGE DU CORPS MÉDICAL ET PARAMÉDICAL

« Cet enfant ne mange pas » Mécanismes



D'après Marie RUFFIER-BOURDET Ergothérapeute (Dijon) et Sophie SALTARELLI Orthophoniste; Communication du 7 juin 2013



Il a des **défenses**: hypersensibilité corporelle

- Volontiers si sollicitations négatives du corps, pauvreté de l'exploration motrice, de l'échange
- **décompensations respiratoires précoces, hospitalisations, agressions corporelles multiples et répétées, nutrition artificielle précoce**
- **Sollicitations corporelles et sensorielles perçues comme irritatives, réponse défensive**
- Défenses tactiles, aversion pour le contact, le toucher
- Autres manifestations sensorielles : réponse excessive et défensives aux bruits forts, lumières brillantes
- Fréquemment rapportés dans les troubles du spectre autistique.

Dovey et al Dysphagia 2013 28 : 501-510

Kerzner et al Pediatrics. 2015 Feb;135(2):344-53



Il a des **défenses** (defensiveness) Hypersensibilité orale (oral sensitivity)

- Selon intensité : Défense du visage, péri-orale, endo-buccale
- Fermeture de bouche, petite ouverture buccale, tourne la tête...
- Avale tout rond sans préparation du bol alimentaire, pas de mastication
- Nausées, vomissements faciles, si surpris par un morceau
- **Sensibilité individuelle innée , renforcée par trauma répétés**
- **Renforcée ++ par pression autour alimentation**
- **Peut interrompre le développement normal des aptitudes oro-motrices.**
- **Limite l'acceptation des textures attendues pour l'âge**

Dovey et al Dysphagia 2013 28 : 501-510

Kerzner et al Pediatrics. 2015 Feb;135(2):344-53

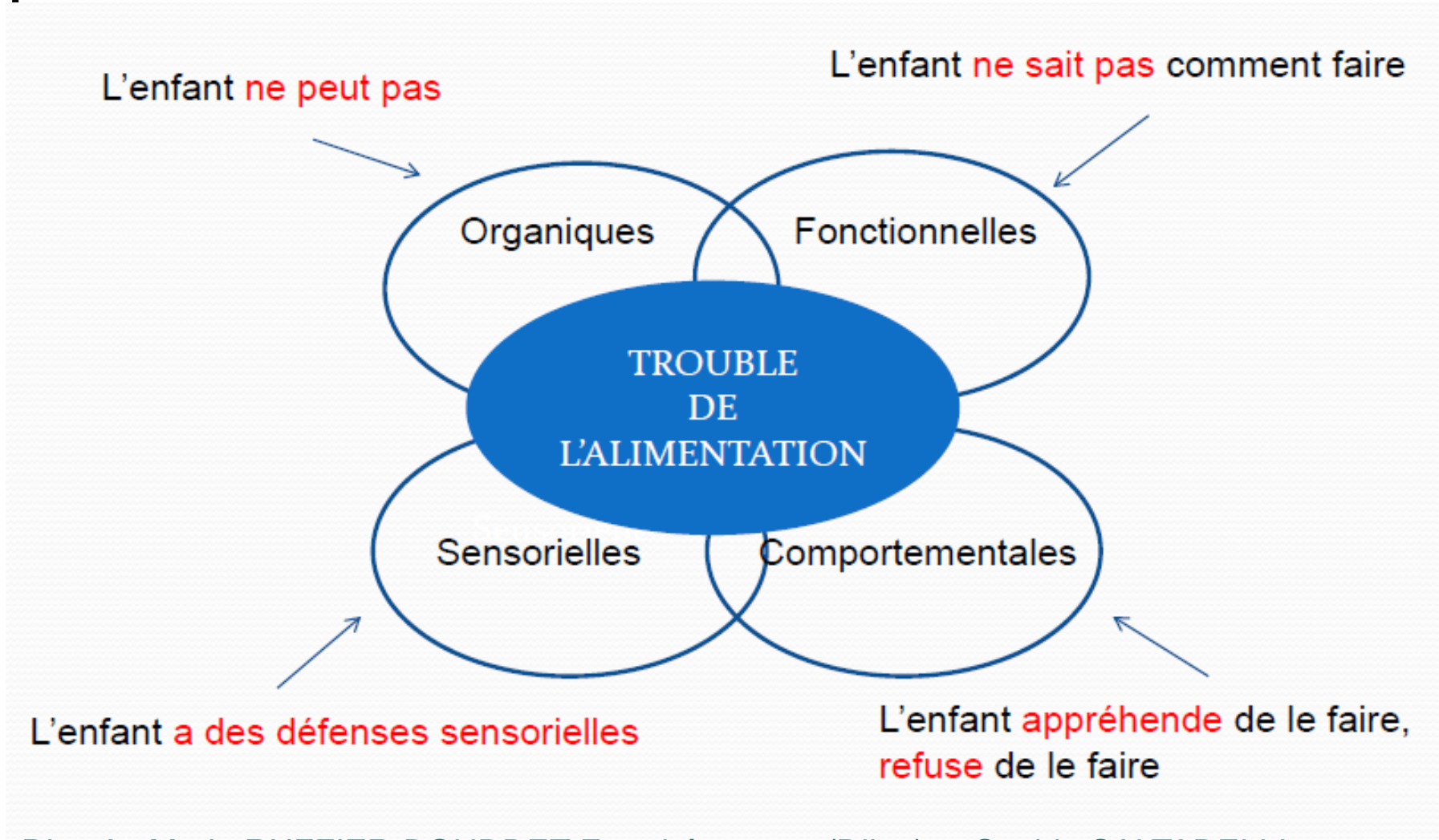
Goday PS et al, J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2019 Jan;68(1):124-129



Chaine d'intégration sensorielle

- L'enfant qui ne découvre pas l'environnement avec ses mains , ses yeux, son corps, peut avoir des difficultés alimentaires
- Doit porter les objets à la bouche, doit marcher à pattes pour avoir un bagage sensoriel suffisant : coordination main / bouche
- Voir, toucher, sentir, goûter, mettre en bouche, mastiquer
- Pour gérer textures collantes, morceaux
- **Favoriser découverte +++**
- **exploration buccale du monde contradictoire avec mesures hygiène strictes.**
- attention rigidité, angoisses parentales induites ou renforcées par professionnels

« Cet enfant ne mange pas »



D'après Marie RUFFIER-BOURDET Ergothérapeute (Dijon) et Sophie SALTARELLI Orthophoniste; Communication du 7 juin 2013



Définitions / Classifications

- **Eating disorders = troubles du comportement alimentaire**

Affections psychiatriques DSM V 2013 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*

anorexie mentale

boulimie

Concernent plutôt adolescent, jeune adulte

hyperphagie boulimique = binge-eating disorder

- **ARFID = troubles du comportement alimentaire restrictifs ou évitants**

Concerne en général enfant plus jeune mais aussi ado/jeune adulte (moyenne 10-19 ans)

- **Pediatric feeding disorders 2019 = trouble alimentaire de l'enfant**

4 axes: médical, nutritionnel, sensorimoteur, psychosocial

Goday PS et al, *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019 Jan;68(1):124-129

- **Feeding difficulties = difficultés alimentaires du jeune enfant**

L'enfant et le style de nourrissage par le parent doivent être pris en compte

Kerzner, Chatoor et al *Pediatrics.* 2015 Feb;135(2):344-53



ARFID Avoidant restrictive food intake disorder

Trouble d'alimentation sélective et/ou d'évitement

- ajouté au DSM V 2013, remplace trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance décrit dans le DSM-IV
- Manque d'intérêt pour l'alimentation ou évitement de certains aliments
- **sans perturbation de la perception du corps, sans peur de prendre du poids**, prédominance masculine
- Exclusion spécifique des enfants présentant une pathologie somatique ou une autre maladie mentale expliquant le trouble
- **ARFID ≠ mangeurs difficiles non complexes**
- Retentissement staturo-pondéral fréquent, carences nutritionnelles, dépendance compléments ou nutrition entérale
- Retentissement social, difficulté à participer à des repas familiaux ou entre amis
- Déterminants : dissociation entre prise alimentaire et sensation de faim et de satiété, sensibilité accrue aux caractéristiques sensorielles des aliments, expériences alimentaires traumatisantes (suffocation, procédures médicales invasives...)
- Connus depuis longtemps chez enfants TSA, mais de plus en plus fréquents chez enfants non TSA
- Contexte psychiatrique associé fréquent : troubles anxieux généralisé chez presque 50 %, troubles attention avec hyperactivité...

Feillet F et al , Arch Pediatr. 2019 Oct;26(7):437-441

Cucinotta U, Romano C, Dipasquale V. Healthcare (Basel). 2023 Aug 10;11(16):2245



Non organic feeding disorders : Situations favorisantes **déclencheurs** »

1- Enfant de **petit poids de naissance, RCIU, maigres constitutionnels, taille cible faible, syndromes génétiques** souvent perçus par leurs parents ou les équipes médicales comme trop petit
tentatives persistantes d'alimentation de l'enfant au-delà des signaux de satiété

- **RCIU non rattrapé ≠ dénutrition** **maigre constitutionnel ≠ dénutrition** **se fier ++ croissance staturale**
- **Reconnaitre les enfants de petite taille et donc de faible poids, Respecter BMI faible si constitutionnel**
- **Attention aux injonctions nutritionnelles !**

2- Evènement traumatique pendant la période de **diversification**: temps sensible de l'autonomisation du nourrisson.
Fausse route, inhalation aliment

3- **Situations organiques** provoquant une diminution de l'appétit ou alimentation douloureuse conduisant à une alimentation intrusive ou persécutante et à un refus de l'enfance en réponse, persistant même après la résolution de la cause initiale

4- **Attitudes de nourrissage inappropriées**

Levy JPGN 2009,
C Romano et al, Clinical Nutrition 2015 34(2) : 195-200
Kerzner et al Pediatrics. 2015 Feb;135(2):344-53



Attitudes parentales de nourrissage inappropriées

Stratégies d'alimentation compensatoires

- Alimentation forcée les mâchoires sont maintenues ouvertes de force
- Nourrissage nocturne le repas est donné alors que l'enfant est somnolent
- Alimentation persécutante tentatives itératives et constantes de nourrir l'enfant malgré son refus
- Conditionnement, distraction l'enfant ne mange que lorsqu'il est distrait (TV, tablette, smartphone)
- Alimentation mécanique horaire fixe, quantité indépendante du feedback positif ou négatif de l'enfant
- Repas prolongés
- Menus adaptés remplacement par aliments préférés
- Infantilisation poursuite biberon, continuer à faire manger un grand enfant

Levine A. et al. JPGN 2011; 52 (5) 563-8

Goday PS et al, J Pediatr Gastroenterol Nutr. **2019** Jan;68(1):124-129



Pratiques de nourrissage et sélectivité alimentaire

- **Néophobie** : réticence naturelle à goûter les aliments non familiers
- Pendant la 1^{ère} année de vie jusqu'à 15 mois: pas de néophobie alimentaire
- Marquée à partir de 2 ans jusqu'à 8 ans, élargissement du champ alimentaire indispensable ensuite

- la plupart des aliments sont acceptés facilement au début de la diversification
- **fenêtre d'opportunité 4 mois - 2 ans**

- La **répétition** des expositions au début de la diversification permet l'acceptation plus facile d'un nouvel aliment
- La **variété** des expositions a un effet promoteur sur l'acceptation des aliments



Style éducatif , pratiques de nourrissement impact sur la variété de l'alimentation

- 4 styles de nourrissement

Responsive ajusté

Controlling

Indulgent permissif

Negligent

Kerzner, Chatoor et al Pediatrics. 2015 Feb;135(2):344-53

Yuan WL, Rigal N, Monnery-Patris S, et al Int J Behav Nutr Phys Act. 2016 Feb 15;13:20



Style éducatif , pratiques de nourrissage **parent ajusté** responsive

- **Partage des responsabilités**
- Le parent détermine où, quand et avec quoi il nourrit son enfant
- L'enfant détermine combien il mange

- Le parent **guide** l'enfant au lieu de le contrôler
- Fixe des **limites**, fournit une alimentation adaptée, **s'ajuste** aux signaux qu'envoie l'enfant.
- Parle positivement de l'alimentation, récompense
- Pas de recours à des méthodes coercitives

- L'enfant mange plus de fruits, plus de légumes, plus produits laitiers, moins de "junk food,"



Style éducatif , pratiques de nourrissage parent dans le contrôle

- Fréquent: la moitié des mères et plus de la moitié des pères
- **Ignore les signaux de satiété de l'enfant**
- Peut utiliser la force, les punitions, les récompenses inadaptées pour forcer l'enfant à manger

- Contre-productif
- Mauvais ajustement de l'apport énergétique

- Consommation de moins de fruits et légumes
- Plus de risque de dénutrition ou de surpoids



Style éducatif , pratiques de nourrissage parent permissif

- Le parent s'adapte à l'enfant
- Nourrit l'enfant quand l'enfant le demande, avec ce qu'il veut
- Prépare un menu spécial ou de multiples plats
- Essaie de répondre à tous les besoins de l'enfant mais ignore ses signaux de satiété, et **ne pose aucune limite**
- Faible consommation d'aliments appropriés, consommation disproportionnée d'aliments riches en graisses
- **Effet négatif sur la diversification**, favorise néophobie
- Augmente le risque de surpoids

Kerzner et al Pediatrics. 2015 Feb;135(2):344-53

N. Rigal, "Education et Alimentation", communication 5 février 2015 Journées du Groupe Oralité de l'Hopital Necker



Style éducatif , pratiques de nourrissage parents négligents

- A **abandonné** la responsabilité de nourrir l'enfant
- Ne fixe pas de limites
- Semble détaché ou évite le contact visuel avec l'enfant lorsqu'il le nourrit
- Ignore les signaux de faim ou de satiété de l'enfant, et ses autres émotions ou besoins physiques.
- Les enfants plus grands doivent souvent se débrouiller tout seuls

- Parents atteints de troubles émotionnels, troubles du développement, dépression ou autre pathologie qui les empêchent de nourrir efficacement leur enfant.

Au terme de l'évaluation

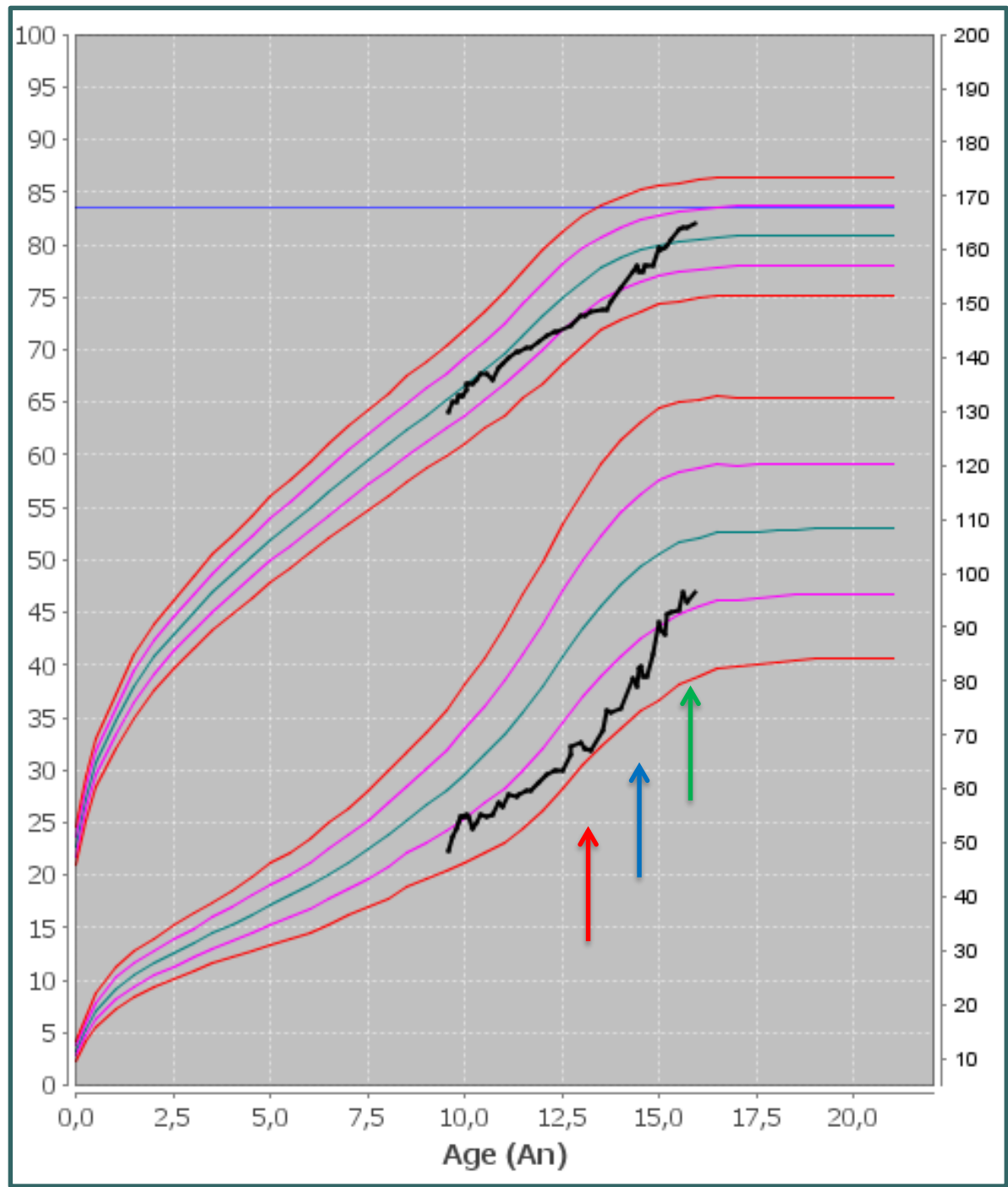


- **Expliquer** quels sont les mécanismes qui paraissent en jeu
- **Déculpabiliser** les parents tout en leur permettant de réfléchir à leur rôle
- Définir en équipe et expliquer **quelles sont les priorités**
Optimisation nutritionnelle ou amélioration comportement alimentaire
- parfois contradictoire: amélioration comportement alimentaire
demande lâcher prise, abandon alimentation maitrisée, intellectualisée
- Discours de prévention des professionnels+++
- Proposer un **projet thérapeutique cohérent**:
aspects médicaux, nutritionnels, psychologiques et rééducatifs



Modulateurs CFTR

- Gastrostomie
- Kafrio elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor
- Arrêt nutrition entérale 1 an plus tard



Approche psycho-socio-comportementale et sensori-motrice

Interventions	Psychique	Comportementale	Sensori-motrice	Oro-motrice
Techniques	<ul style="list-style-type: none"> Entretiens psychologiques : <ul style="list-style-type: none"> ✓ parents/enfant ✓ individuels ✓ fratrie Appréciation du développement psycho-affectif Médiations : jeux, vidéo Accompagner les affects en lien avec la NE Prendre en soins les éléments psycho-traumatiques <p>Plusieurs approches possibles (psychodynamique, systémique, psychanalytique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement positif (motivation de l'enfant obtenue à l'aide de renforçateur, ou grâce à des méthodes d'extinction) Réduire l'anxiété Modifier le comportement alimentaire lors du repas <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rester à table ✓ Goûter ✓ Augmenter le panel alimentaire Implication des parents <p>L'utilisation de renforçateurs type écran est limitée</p> <p>Thérapies proposées en individuel ou en thérapie familiale</p>	<ul style="list-style-type: none"> Programme de sollicitation ou de réduction de l'irritabilité sensorielle <ul style="list-style-type: none"> ✓ Travail de désensibilisation globale du corps ✓ Approche de textures alimentaires et non alimentaire Thérapie « food chaining » Approche S.O.S "Sequential Oral Sensory Approach to feeding" Approche "Positive eating program" Thérapie "The fun with food program" Approche "Messy Play Therapy" 	<ul style="list-style-type: none"> Travail oromoteur ciblé pour développer : <ul style="list-style-type: none"> ✓ une succion efficace ✓ une mastication mature <p>Ces compétences sont peu entraînées chez l'enfant dépendant d'une NE</p>
Professionnels	<ul style="list-style-type: none"> Psychologues Pédopsychiatres 	<ul style="list-style-type: none"> Psychologues Puéricultrice Auxiliaire de puériculture Educateur 	<ul style="list-style-type: none"> Psychomotricien Ergothérapeute Orthophoniste 	<ul style="list-style-type: none"> Orthophoniste Kinésithérapeute

Psychomotriciens / Kiné

hypersensibilité corporelle globale

maitrise environnementale

- Investissement positif du corps
- Remise en confiance corporelle
- Massages francs
- Approche tactile de matières différentes

- Sollicitations péri-orales
- Exploration orale des objets, des contenants (tétine, cuillère...)
- Exploration orale de saveurs

- manger **tous les sens en éveil**
- tolérer visuellement, interagir, sentir, toucher, goûter et manger
- Méthode SOS (Sequential Oral Sensory Approach to Feeding)



Orthophonistes référents



- **Apprivoiser la bouche**, abord positif : jeux de mimique, bruits de bouche, jeux de bisous, jeux de rouge à lèvres
- **Rééducation de la déglutition, de la mastication**, de la phonation, de la mimique.
 - travail des muscles linguaux
 - amplitude de l'ouverture buccale : mandibules, lèvres, mastication
 - contrôle moteur de la sphère oro-faciale
- **Affiner les perceptions** : travail sensoriel, massages péribuccaux et intrabuccaux de désensibilisation, sollicitations tactiles et vibratoires
- **Guidance** : Accompagnement des familles au quotidien

Psychologue



- travailler le sentiment de compétence des parents : renarcissiser
- thérapies familiales
- **thérapie d'exposition** : 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 leurs sentiments négatifs à son égard
- **enchaînement alimentaire** : présenter de nouveaux aliments similaires à ceux qui sont déjà favorisés, afin que les enfants soient plus susceptibles d'y goûter
- **thérapie cognitivo-comportementale (TCC)** si anxiété ++. psychothérapie orientée pour modifier les modes de pensée ou de comportement

Debra Katzman, MD FRCPC, The Hospital for Sick Children et université de Toronto

Karizma Mawjee, BA MA, The Hospital for Sick Children et université de Toronto

Mark L. Norris, MD FRCPC, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario et Université d'Ottawa

Programme Canadien de Surveillance Pédiatrique



Guidance parentale

« help caregivers to become a responsive feeder »



- **Redonner sa dimension « sociale » au repas : partage, échange familial**
Temps spécifique de repas dédié à l'enfant avant le repas familial
puis partage du repas familial, à table, au milieu de la famille

aliments de la famille à disposition pour manipulation, portage en bouche spontané.
- **Pas de distraction pendant le repas** (TV, tablette..)
- **Limiter le temps du repas**
Biberon 20 min maximum
Repas diversifié 30 min maximum
- **Proscrire le grignotage:** aliments toujours intégrés à un repas



Guidance parentale

« help caregivers to become a responsive feeder »



- **Pas de lutte de pouvoir autour du repas +++**

La pression parentale intensifie la résistance de l'enfant

Climat serein et détendu pendant le repas

Encouragements, jeux, laisser venir l'enfant vers les aliments

- **Eviter toute manœuvre de nourrissage inapproprié ou intrusif**

- **Si enjeu nutritionnel** : Enrichir l'alimentation, limiter les volumes à ingérer



Guidance parentale

« help caregivers to become a responsive feeder »



- **Privilégier le PLAISIR**

aliments ludiques

faire la cuisine, aller au marché ensemble

- **Favoriser la DECOUVERTE**

Servir des aliments adaptés à l'âge

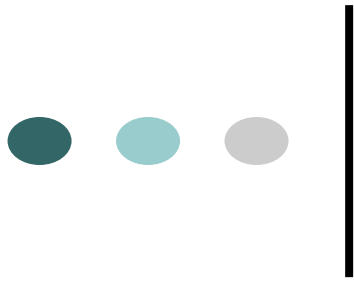
Servir systématiquement de nouveaux aliments , et REPETER

Encourager l'enfant à se nourrir lui-même

Patouillage, manipulation, jeux sensoriels avec aliments

Augmenter la familiarité avec l'aliment sans nécessairement le faire goûter

Tolérer « un peu de bazar »



Guidance parentale



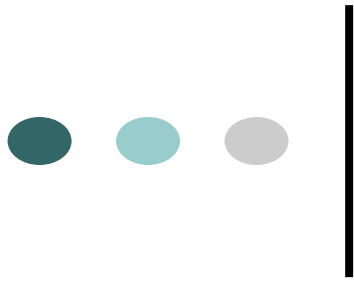
- **Attention aux textures chez les hypersensibles**

Si aucun morceau n'est accepté: proposer des aliments qui craquent et fondent: « cracottes », chips, crackers, chipsters, paille d'or...

Privilégier les textures homogènes, du lisse vers le granuleux, éviter les textures mixtes

ET proposer systématiquement des morceaux facilement identifiables, individualisés, à picorer, manipuler par l'enfant lui-même

Se servir d'aliments connus, de textures bien maîtrisées pour élargir le champ alimentaire habituel



Guidance parentale



- **Enfant sélectif**

L'aliment doit être proposé 8 à 15 fois sans pression pour être accepté
Sauces, noms attractifs, design attirant...

- **Hypersélectivité marquée**

Demande une approche plus systématique et intense

“**food chaining**” remplacement d'un aliment par un autre similaire

Changement progressif du gout, de la texture, de la couleur avec renforcement positif +++



Pour conclure

« L'enjeu de la prise de poids est tellement important que l'on oublie d'apprendre le plaisir de la nourriture »

Parole de parent, mémoire orthophonie Laura Raynaud 2019, UFR Santé Caen



- Savoir définir les priorités, soutien nutritionnel si nécessaire
- Discours de prévention des professionnels +++ Impératifs de soins vs lâcher prise
- Ne pas accentuer la rigidité ou le contrôle parental
- Attention aux périodes de transition : biberon, diversification
- Guidance pour devenir un parent ajusté : pose des limites, guide mais pas de contrôle
- Restaurer la confiance et le plaisir, la découverte
- Motivation, de la patience, un travail d'équipe!
- Merci les nouvelles thérapeutiques!

Journée PARTAJE Bordeaux : rendez-vous le 1er décembre 2023!



Les troubles de l'oralité en pédiatrie :
une approche pluridisciplinaire

Programme DFC

Le jeudi 29 septembre 2016



1^{ère} journée de partage d'expériences, de réflexions
et d'échanges autour des difficultés alimentaires
du jeune enfant.

Le vendredi 14 décembre 2018



2^{ème} journée de partage d'expériences, de réflexions
et d'échanges autour des difficultés alimentaires
du jeune enfant.



Les troubles de l'oralité en pédiatrie :
une approche pluridisciplinaire

Vendredi 3 décembre 2021



L'oralité en pédiatrie :
une approche pluridisciplinaire

Journée de partage d'expériences, de réflexions
et d'échanges autour des difficultés alimentaires
du jeune enfant.

COLLOQUE

4^{ÈME} JOURNÉE PARTAJE : JOURNÉE DES PROFESSIONNELS
AQUITAINS EN RÉFLEXION AUTOUR DES TROUBLES DE
L'ALIMENTATION DU JEUNE ENFANT

Les troubles de l'alimentation
du jeune enfant : une approche
pluridisciplinaire



VENREDI 1ER DÉCEMBRE 2023

Public : Tous professionnels médicaux et paramédicaux intéressés par le thème
des secteurs sanitaires, médico-sociaux et libéraux

Institut des Métiers de la Santé : Hôpital Xavier Arnoz | CHU de Bordeaux

