



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

ANNEXES

DU MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Maïlys QUESNEL

**Des attentes des médecins autour de l'oralité
alimentaire de l'enfant...**

**Création d'un outil d'information et confrontation aux
connaissances et pratiques des praticiens de Haute-
Normandie.**

Annexes

Annexe 1 : Premier questionnaire.

QUESTIONNAIRE SUR LES TROUBLES DE L'ORALITE CHEZ LES ENFANTS

Si vous souhaitez me renvoyer le questionnaire par mail, vous pouvez indiquer votre réponse en rouge ou la surligner.

Nom :
Prénom :
Lieu d'exercice :
Nombre d'années d'exercice :
Fonction : Pédiatre / Généraliste / Médecin de PMI

DANS VOTRE FORMATION :

1. Avez-vous été sensibilisé ou avez-vous reçu une formation théorique relative aux troubles d'oralité et/ou des fonctions alimentaires :
 - Chez les enfants ?
 - ◆ Oui
 - ◆ Non
 - Chez les adultes ?
 - ◆ Oui
 - ◆ Non
2. Si oui, combien d'heures (environ) avez-vous reçues ?.....

CONNAISSANCES SUR LE SUJET :

3. Quelle serait votre définition de « l'oralité » ?.....
.....
4. Selon vous, quels sont les signes qui peuvent évoquer un trouble d'oralité ou favoriser son installation chez l'enfant?
 - ◆ Défaut de succion
 - ◆ Reflux par le nez
 - ◆ Toux à l'alimentation
 - ◆ Absence d'exploration orale (enfant qui ne porte pas les jouets à la bouche...)
 - ◆ Mauvais état bucco-dentaire
 - ◆ Pleurs lors de l'alimentation
 - ◆ Sélectivité alimentaire (enfant qui ne mange que des textures mixées,...)
 - ◆ Haut-le-cœur, vomissements
 - ◆ Poids inférieur à la norme
 - ◆ Allergies à certains aliments
 - ◆ Repas qui dure longtemps
 - ◆ Hypersensibilité au niveau de la sphère bucco-faciale
 - ◆ Trouble d'articulation
 - ◆ Hypersensibilité au niveau des mains, des pieds (enfant qui refuse de toucher le sable, la boue)
 - ◆ Autre(s) :

5. Selon vous, quels sont les contextes susceptibles d'entraîner des troubles de l'oralité alimentaire chez le tout-petit ?
- ◆ Pré maturité
 - ◆ Autisme
 - ◆ Trisomie
 - ◆ Syndrome de Prader-Willi
 - ◆ Origine psychologique
 - ◆ Défic ience intellectuelle
 - ◆ Nutrition par voie entérale ou parentérale
 - ◆ Enfant IMC
 - ◆ Fentes vé lo-palatines
 - ◆ Atteintes pulmonaires
 - ◆ Cardiopathies
 - ◆ Syndrome de Pierre Robin
 - ◆ Œsophagites
 - ◆ Reflux gastro-œsophagiens
 - ◆ Anorexie du jeune enfant
 - ◆ Autre(s) :
6. Diriez-vous qu'il existe un lien entre le développement de l'oralité alimentaire d'un enfant et son développement moteur ?
- ◆ Oui
 - ◆ Non
7. Diriez-vous qu'il existe un lien entre le développement de l'oralité alimentaire d'un enfant et le développement de son langage ?
- ◆ Oui
 - ◆ Non

DANS VOTRE PRATIQUE

8. Avez-vous déjà été confronté à un diagnostic de trouble de l'oralité alimentaire ?
- ◆ Oui
 - ◆ Non
9. Si oui, combien environ :
- Depuis le début de votre exercice ?
 - ◆ Entre 1 et 3
 - ◆ Entre 3 et 5
 - ◆ Entre 5 et 10
 - ◆ 10 et plus
 - Par an ?
 - ◆ Entre 1 et 3
 - ◆ Entre 3 et 5
 - ◆ Entre 5 et 10
 - ◆ 10 et plus
 - Par mois ?
 - ◆ Entre 1 et 3
 - ◆ Entre 3 et 5
 - ◆ Entre 5 et 10
 - ◆ 10 et plus
10. Quel réseau de soins avez-vous déjà sollicité face à des troubles de l'oralité :
- Pour la pose de diagnostic ?
 - ◆ Réseau médical de ville (orthodontiste, psychiatre,...)
 - ◆ Réseau hospitalier (ORL, gastro-entérologue, pneumologue, stomatologue, généticien...)
 - ◆ Réseau paramédical de ville (analyses sanguines, orthophoniste, kinésithérapeute, psychologue, ostéopathe, psychomotricien...)
 - ◆ Structures (CMP, CMPP, CAMSP...)
 - ◆ Autre ?.....

➤ Pour le soin ?

- ◆ Réseau médical de ville (orthodontiste, psychiatre,...)
- ◆ Réseau hospitalier (ORL, gastro-entérologue, pneumologue, stomatologue, généticien...)
- ◆ Réseau paramédical de ville (analyses sanguines, orthophoniste, kinésithérapeute, psychologue, ostéopathe, psychomotricien...)
- ◆ Structures (CMP, CMPP, CAMSP...)
- ◆ Autre ?.....

11. Avez-vous eu des retours quant au suivi proposé ?

- ◆ Oui
- ◆ Non

12. Savez-vous que les orthophonistes prennent en charge ce type de difficultés ?

- ◆ Oui
- ◆ Non

QUESTIONS SUR L'OUTIL

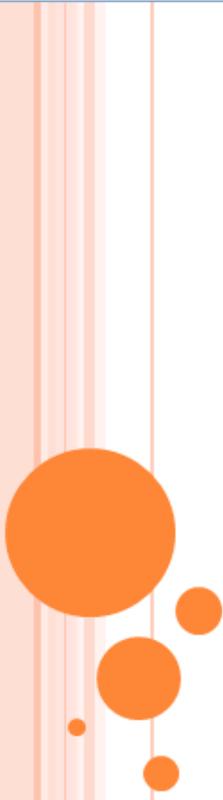
13. Sur quoi aimeriez-vous être informé lors de mon intervention ?

- ◆ Définition de l'oralité
- ◆ Définition des troubles de l'oralité
- ◆ Développement de l'oralité chez les enfants
- ◆ Différentes pathologies pouvant entraîner des troubles de l'oralité
- ◆ Signes cliniques des troubles de l'oralité
- ◆ Cas clinique (exemples d'enfants présentant des troubles de l'oralité)
- ◆ Rappel sur les différents bilans et rééducations existant pour les orthophonistes
- ◆ Références bibliographiques
- ◆ Autre(s) :

14. Suite à mon intervention, j'aimerais vous remettre un écrit afin d'étoffer mes propos et par la suite le diffuser aux autres pédiatres/généralistes/médecins de PMI. Quelle présentation vous semblerait la plus appropriée pour cet écrit ?

- ◆ Plaquette d'information
- ◆ Page internet
- ◆ Support PDF
- ◆ Autre(s) :

Annexe 2 : Outil original : première version.



TROUBLES DE L'ORALITE, QU'EST-CE QUE C'EST ???

Présentation à destination des praticiens de santé.

Mailya QUESNEL

L'ORALITE QU'EST-CE QUE C'EST ?

- DEFINITION:
 - L'oralité = tout ce qui est dévolu à la bouche:
 - La succion
 - La déglutition
 - La ventilation
 - L'alimentation
 - La communication
 - Les cris
 - Le langage
 - ...
- 2 ORALITES:
 - Oralité alimentaire
 - Oralité verbale



L'ORALITE

QU'EST-CE QUE C'EST ?

o ORALITE VERBALE

- Oralité verbale primaire:
 - o Cris
 - o Vocalisations
- Oralité verbale secondaire:
 - o Babillage rudimentaire (« aya », « aewa »)
 - o Babillage canonique (« bababa », « papapa »)
 - o Babillage mixte = proto-langage (de vrais mots se mêlent au babillage)
 - o Premières phrases



L'ORALITE

QU'EST-CE QUE C'EST ?

o DEVELOPPEMENTS SENSORIEL, MOTEUR ET ORALITE

L'Homunculus de Penfield et Rasmussen nous montre:

- Mains et zone orale surdéveloppées au niveau sensori-moteur
- Zone orale dans le prolongement de la main → Lien entre sensibilité et motricité des mains et de la zone orale
- Zones du cortex sensori-moteur de la sphère orale et de la main proches
 - La motricité de la sphère oro-faciale dépend de la motricité fine
 - Corrélation entre sensibilité de la sphère oro-faciale et sensibilité de la main



RAMSAY M. (2001). LES PROBLÈMES ALIMENTAIRES CHEZ LES BÉBÉS ET LES JEUNES ENFANTS. UNE NOUVELLE PERSPECTIVE. *DEVENIR*, N°2, VOL. 13 : 11-28.
 THIBAUT C. (2007). *ORTHOPHONIE ET ORALITÉ: LA SPHÈRE ORO-FACIALE DE L'ENFANT*. ISSY-LES-MOULINEAUX: MASSON

Âges mois	Succion-Déglutition	Textures	Motricité / Alimentation	Langage
0-4	Réflexe de succion-déglutition	Liquide (lait)	Contrôle de tête	Vocalisations
4-6	Diminution réflexe succion-déglutition	Purée	Préhension volontaire	Babillage rudimentaire
6-9	Début de 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 bébé	4 pattes, assis seul Peut amener seul un gobelet en bouche	Babillage mixte
12-18	Mouvements de mastication s'affirment Langue est + 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 molaires	Viande molle Légumes et fruits crus	Mange seul	Premières phrases

TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE

→ « Mon enfant ne mange pas »

TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE

DIFFÉRENTES ORIGINES:

- PATHOLOGIES ORL:
 - Atrésie de l'œsophage, œsophagite, reflux gastro-œsophagien, dysphagie...
 - PATHOLOGIES RESPIRATOIRES OU CARDIAQUES:
 - Bronchodysplasie pulmonaire
 - Cardiopathie congénitale
 - CERTAINS SYNDROMES:
 - CHARGE, Prader-Willi, microdélétion 22q11...
 - Séquence de Pierre Robin
 - AUTISME:
 - Perturbations sensorielles malgré l'intégrité des organes sensoriels
 - PREMATURITE
 - Si naissance avant 34 semaines de gestation: succion nutritive non efficace
 - Soins autour de la sphère oro-faciale → expérience négative
 - NUTRITION ARTIFICIELLE
 - Désinvestissement de la sphère oro-faciale
 - Pas de sensation faim/satiété
 - MANQUE D'EXPERIENCES AUTOUR DE LA SPHERE ORO-FACIALE
 - Peur, appréhension dues à une expérience négative
 - Incapacité (nutrition artificielle moufles aux mains mais aussi en cas d'IMC, polyhandicap...)
- 

TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE

QUAND S'INQUIÉTER?

- Défaut de succion et/ou déglutition
 - Fuite labiale
 - Bavage important
 - Courbe pondérale inférieure à la norme
 - Absence de sensation de faim, du plaisir de manger
 - Absence d'exploration orale chez le tout-petit (0-24 mois)
 - Passage à la cuillère difficile
 - Passage aux morceaux difficile
 - Refus alimentaire
 - Sélectivité alimentaire exagérée
 - Haut-le-cœur, vomissements, toux
 - Hypersensibilité/ Hyposensibilité de la sphère oro-faciale
 - Hypersensibilité des mains, des pieds
 - Repas long ou difficile
 - Anomalie des praxies (succion, déglutition, mastication)
- 

TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE VERS QUI ORIENTER?

- PATHOLOGIE ORL, RESPIRATOIRE OU CARDIAQUE, CERTAINS SYNDROMES:
 - Vers un spécialiste (ORL, pneumologue, généticiens...)
 - Puis vers l'orthophoniste
 - AUTISME, PREMATURITE, NUTRITION ARTIFICIELLE OU MANQUE D'EXPERIENCES AUTOUR DE LA SPHERE ORO-FACIALE
 - Vers l'orthophoniste
 - **Prescription médicale** pour l'orthophoniste:
 - Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire
 - Bilan orthophonique d'investigation
- 

TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE RÔLE DE L'ORTHOPHONISTE?

- Évaluation et pose de diagnostic orthophonique
 - Accompagnement parental
 - Faire connaître à l'enfant sa sphère oro-faciale et son implication dans l'alimentation
 - Stimulations gnoso-praxiques
 - Travailler la sensibilité tactile et olfactive
 - Travailler la communication, l'articulation et la parole
 - Travailler la sensibilité et l'exploration orale
 - Mettre en bouche les aliments
 - Travailler les praxies et la déglutition
- Réinvestissement de la sphère oro-faciale
- Essayer de retrouver un plaisir oral
- 

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

- Trouble isolé de déglutition:
 - Problème fonctionnel.
 - Mauvaise fermeture des voies aériennes supérieures, fausses routes, encombrement bronchique, sensation de gêne dans la gorge... → DYSPHAGIE !!!
 - Une dysphagie peut entraîner un trouble de l'oralité et inversement.
 - Anorexie psychogène du jeune enfant:
 - Anorexie d'origine psychique
 - Perte d'appétit et enfant qui refuse de s'alimenter
 - Le refus de s'alimenter permet à l'enfant d'exprimer des problèmes psychiques et relationnels.
 - Néophobie alimentaire:
 - Sentiment de peur face à des aliments inconnus, refus de goûter les aliments inconnus
 - Période normale du développement entre 2 et 10 ans
- 

CONCLUSION

- « Ne vous inquiétez pas, votre enfant ne se laissera pas mourir de faim ! »
 - FAUX ! Certains ne peuvent pas manger ou ne savent pas comment faire.
 - Ne pas forcément banaliser lorsqu'un enfant a des difficultés à manger.
 - Essayer de trouver l'origine du trouble.
 - Des solutions existent: ne pas hésiter à se tourner vers des spécialistes. L'orthophoniste en fait partie.
- 

Annexe 3 : Second questionnaire.

QUESTIONNAIRE SUR LES TROUBLES DE L'ORALITE CHEZ LES ENFANTS

Si vous souhaitez me renvoyer le questionnaire par mail, vous pouvez indiquer votre réponse en rouge ou la surligner.

Nom :

Prénom :

Fonction : Pédiatre / Généraliste / Médecin de PMI

Avez-vous participé à la réunion dans laquelle je suis intervenue : oui / non

L'OUTIL : LE POWER POINT (LE DIAPORAMA) :

1. Le Power Point vous semble-t-il suffisamment clair et informatif ?

- ◆ Oui
- ◆ Non

2. Quelles modifications souhaiteriez-vous que j'apporte au Power Point

.....

3. Pensez-vous que l'envoi du Power Point à d'autres médecins, sans leur proposer de réunion pourrait être intéressant et leur permettre d'être sensibilisés et informés sur ces troubles ?

- ◆ Oui
- ◆ Non

4. Selon vous, pour généraliser mon outil et ainsi sensibiliser et informer un maximum de médecins, quelle forme de support vous semble la plus appropriée ?

- ◆ Envoi du Power Point par mail
- ◆ Power Point en accès libre sur un site internet type ameli.fr
- ◆ Un autre support que le Power Point (précisez) :

LA REUNION :

5. Mon intervention et le Power Point vous ont-ils appris des choses ?

- ◆ Oui
- ◆ Non

6. Pensez-vous qu'il était nécessaire que j'intervienne auprès de vous ou un support écrit aurait suffi pour vous sensibiliser et vous informer sur les troubles de l'oralité ?

- ◆ Un support écrit aurait suffi
- ◆ L'intervention était nécessaire

7. Si l'intervention vous a semblé nécessaire, pourriez-vous expliquer pourquoi en quelques mots?.....

.....

8. Suite à mon intervention, souhaiteriez-vous approfondir vos connaissances sur les troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants ?
 - ◆ Oui
 - ◆ Non

9. Souhaiteriez-vous être informé des formations existantes sur ce sujet ?
 - ◆ Oui
 - ◆ Non

DANS VOTRE PRATIQUE :

10. Mon intervention a-t-elle changé votre façon d'appréhender :
 - L'alimentation chez vos jeunes patients ?
 - ◆ Oui
 - ◆ Non
 - Le développement du langage chez vos jeunes patients ?
 - ◆ Oui
 - ◆ Non

11. Si oui, comment ?.....

12. A posteriori, pensez-vous avoir déjà rencontré des patients atteints de troubles de l'oralité avant la présentation ?
 - ◆ Oui
 - ◆ Non

13. Si oui, combien (environ) ?.....

14. Avez-vous détecté plus de troubles de l'oralité chez vos patients depuis la présentation ?
 - ◆ Oui
 - ◆ Non

15. Combien (environ) avez-vous vu de patients avec des troubles de l'oralité (que vous avez donc diagnostiqués ou suspectés) depuis la réunion ?.....

Annexe 4 : Outil modifié : version finale.



TROUBLES DE L'ORALITE, QU'EST-CE QUE C'EST ???

Outil d'information à destination des praticiens de santé.
Cette présentation doit s'accompagner de l'intervention
d'un orthophoniste

Marilyn QUESNEL

L'ORALITE QU'EST-CE QUE C'EST ?

- Définition:
 - **L'oralité** = « l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche » (Abadie, 2008):
 - C'est-à-dire « l'alimentation, la ventilation, le cri, l'exploration tactile et gustative, la communication et le langage » (Abadie, 2008).
- On distingue 2 oralités:
 - **L'oralité alimentaire** qui se développe in utero puis continue à la naissance.
 - **L'oralité verbale** qui apparaît dès la naissance.



DEVELOPPEMENT DE L'ORALITE IN UTERO

- 2^{ème} mois de grossesse:
 - Premiers mouvements de la sphère orale (Thibault, 2007).
- Vers la 10^{ème} semaine de grossesse:
 - Apparition de la succion: premiers mouvements antéropostérieurs (Thibault, 2007).
- Vers la 15^{ème} semaine de grossesse:
 - Mise en place de la déglutition.
- Développement du couple succion-déglutition jusqu'à la 34^{ème} semaine de gestation environ:
 - Succion des doigts, des orteils.
 - Déglutition du liquide amniotique.

3

DEVELOPPEMENT DE L'ORALITE A LA NAISSANCE

- L'ORALITE VERBALE:
 - **L'oralité verbale primaire:**
 - Le 1^{er} cri.
 - Les vocalisations.
 - **L'oralité verbale secondaire:**
 - Le babillage rudimentaire (« aya », « aewa »).
 - Le babillage canonique (« bababa », « papapa »).
 - Le babillage mixte = proto-langage (de vrais mots se mêlent au babillage).
 - Les premières phrases.

4

DEVELOPPEMENT DE L'ORALITE A LA NAISSANCE

○ L'ORALITE ALIMENTAIRE:

• L'oralité alimentaire primaire:

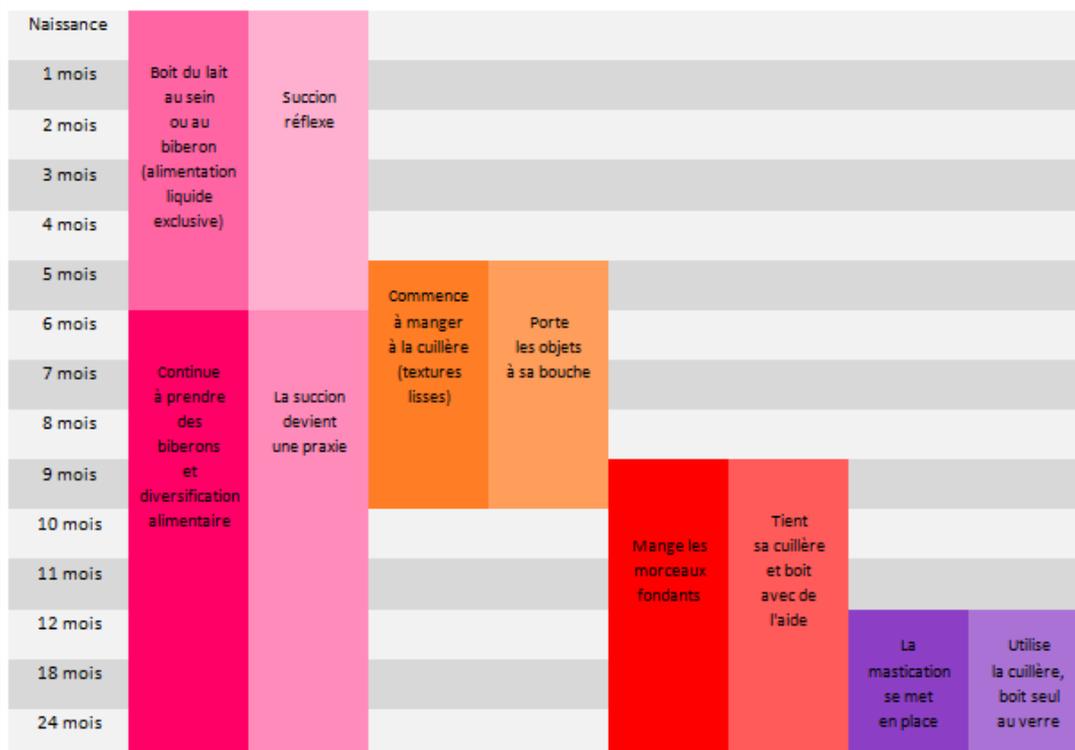
- La succion:
 - Non nutritive
 - Nutritive
- La succion est d'abord réflexe (réflexe de succion) puis elle se corticalise et devient une praxie.
 - La déglutition.
 - La coordination avec la respiration.

• L'oralité alimentaire secondaire:

- La diversification alimentaire.
- Le passage à la cuillère (texture lisse).
- Le passage aux morceaux avec l'apparition de la mastication.

5

QUELQUES REPÈRES SUR L'ORALITÉ ALIMENTAIRE... (LEBLANC ET AL., 2012)

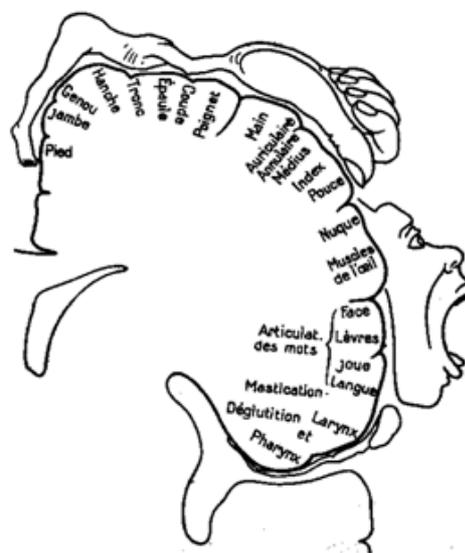


6

DEVELOPPEMENT DE L'ORALITE EN LIEN AVEC LE DEVELOPPEMENT SENSORI- MOTEUR

○ L'Homunculus de Penfield et Rasmussen (1950) nous montre:

- Mains et zone orale surdéveloppées au niveau sensori-moteur.
- Zone orale dans le prolongement de la main → Lien entre sensibilité et motricité des mains et de la zone orale.
- Zones du cortex sensori-moteur de la sphère orale et de la main proches.
- La motricité de la sphère oro-faciale dépend de la motricité fine.
- Corrélation entre sensibilité de la sphère oro-faciale et sensibilité de la main.



7

QUELQUES REPERES... (THIBAUT, 2007)

Ages mois	Succion- Déglutition	Textures	Motricité / Alimentation	Langage
0-4	Réflexe de succion- déglutition	Liquide (lait)	Contrôle de tête	Vocalisations
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 est + 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 molaires	Viande molle Légumes et fruits crus	Mange seul	Premières phrases

8

TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE

- Des petites phrases...qui mettent la puce à l'oreille...
 - « Mon enfant ne mange pas. »
 - « Il ne mange rien. »
 - « Il ne veut pas se mettre à table. »
 - « Il refuse de manger. »

9

TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE LES SIGNES CLINIQUES D'APPEL

- Signes observables pendant l'alimentation:
 - Défaut de succion, déglutition, mastication.
 - Fuite labiale.
 - Absence de sensation de faim, du plaisir de manger.
 - Refus alimentaires.
 - Sélectivité alimentaire exagérée.
 - Repas longs ou difficiles.
 - Passage à la cuillère difficile.
 - Passage aux morceaux difficile.
- Ces signes sont à compléter par des observations en dehors des repas:
 - Bavage important.
 - Cassure de la courbe de croissance sans explication médicale.
 - Absence d'exploration orale chez le tout-petit (0-24 mois).
 - Haut-le-cœur, vomissements, toux sans explication médicale.
 - Hypersensibilité/Hyposensibilité de la sphère oro-faciale
 - Hypersensibilité des mains, des pieds.
 - Anomalie des praxies bucco-faciales (mimiques, articulation, langage).

10

TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE PHYSIOPATHOLOGIE

FONCTIONNELLE		ORGANIQUE
TROUBLES PRAXIQUES ET MOTEURS	TROUBLES SENSORIELS	
<p><i>-Troubles des praxies bucco-faciales</i></p> <p><i>-Pathologies neurologiques</i> (notamment infirmité motrice cérébrale, polyhandicap, syndrome de CHARGE,...)</p> <p><i>-Pathologies ORL</i> (notamment dysphagie, immaturité de la succion...)</p> <p><i>-Pathologies digestives</i> (notamment dysmotricités,...)</p> <p>- ...</p>	<p><u>Manque d'expérience autour de la sphère orofaciale en cas de:</u></p> <p><i>-Nutrition artificielle précoce et prolongée</i></p> <p><i>-Pathologies digestives</i> (notamment reflux gastro-œsophagien, œsophagite,...)</p> <p><i>-Pathologies ORL</i> (notamment en cas de trachéotomie,...)</p> <p><i>-Prématurité</i></p> <p><i>-Causes organiques, motrices ou praxiques</i></p> <p><i>-Autisme</i></p> <p>- ...</p>	<p><i>-Pathologies digestives</i> (notamment atésie de l'œsophage,...)</p> <p><i>-Pathologies ORL</i> (notamment syndrome de Pierre-Robin, fente vélo-palatine,...)</p> <p><i>-Pathologies respiratoires</i> (notamment bronchodysplasie pulmonaire,...)</p> <p><i>-Pathologies cardiaques</i> (notamment cardiopathie congénitale,...)</p> <p><i>-Pathologies abdominales</i> (notamment hernie de coupole diaphragmatique,...)</p> <p>- ...</p>

TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE VERS QUI ORIENTER?

- **VERS UN MEDECIN SPECIALISTE**
 - Pédiatre qui sollicitera parfois des examens complémentaires via un ORL, pneumologue, généticien, gastro-entérologue,...
 - Tous ces examens concourront à exclure un diagnostic différentiel
- **VERS L'ORTHOPHONISTE**
 - Les enfants peuvent être orientés vers l'orthophoniste
 - Ce professionnel peut en effet prendre en charge les nourrissons et les enfants ayant une oralité perturbée.
- ➔ **Prescription médicale pour l'orthophoniste:**
 - ➔ Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire
 - ou
 - ➔ Bilan orthophonique d'investigation

TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE RÔLE DE L'ORTHOPHONISTE?

- **Evaluer, poser un diagnostic** orthophonique et proposer une **prise en charge adaptée** si nécessaire.
 - **Aspects non alimentaires:**
 - Accompagnement parental
 - Faire connaître à l'enfant sa sphère oro-faciale et son implication dans l'alimentation
 - Travailler la communication, l'articulation et la parole si nécessaire
 - **Aspects sensoriels:**
 - Travailler la sensibilité tactile et olfactive
 - Travailler la sensibilité et l'exploration orale
 - **Aspects praxiques:**
 - Travailler les praxies bucco-faciales, le souffle = stimulations gnoso-praxiques
 - Travailler la déglutition
 - **Aspects alimentaires:**
 - Mettre en bouche les aliments
 - **Travail en interdisciplinarité:** avec les autres professionnels qui sont amenés à suivre l'enfant (psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens...)
- (Ré)investissement de la sphère oro-faciale
→ Développer ou maintenir un plaisir oral

13

DU TROUBLE... AU DIAGNOSTIC... A LA PRISE EN CHARGE... ATTENTION AUX IDEES REÇUES!

- « Ne vous inquiétez pas, votre enfant ne se laissera pas mourir de faim ! »
→ FAUX ! Certains ne peuvent pas manger ou ne savent pas comment faire.
- Ne pas forcément banaliser lorsqu'un enfant a des difficultés à manger.
- Essayer de trouver l'origine du trouble.
- Des solutions existent: ne pas hésiter à se tourner vers des spécialistes. L'orthophoniste est une des solutions alternatives.

14

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE V. (2008). Troubles de l'oralité d'allure isolée: « Isolé ne veut pas dire psy ». *Archives de pédiatrie*, 15: 837-839.
- LEBLANC V., BOURGEOIS C., HARDY E., LECOUFLE A., RUFFIER M. (2012). *Boîte à idées pour oralité malmenée du jeune enfant*. Saint-Ouen: Nutricia.
- PENFIELD W., RASMUSSEN T. (1950). *The cerebral cortex of man*. New-York: Macmillan.
- RAMSAY M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. Une nouvelle perspective. *Devenir*, n°2, vol. 13 : 11-28.
- THIBAUT C. (2007). *Orthophonie et oralité: La sphère oro-faciale de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux: Masson.

15

POUR ALLER PLUS LOIN...

- Articles:
 - ABADIE V. (2004). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de pédiatrie*, 11: 603-605.
 - SENEZ C. (2004). Hypernauséux et troubles de l'oralité chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 220: 91-101
- Ouvrages:
 - SENEZ C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Paris: Solal.
- Brochures:
 - ABADIE V. dir. (2008). *Attention à mon oralité*. Paris: Groupe Oralité de l'Hôpital Necker-Enfants Malades.

16

Annexe 5 : Livret de l'orthophoniste.

LIVRET DE L'ORTHOPHONISTE :

Prise en main du diaporama.

Ce livret est un support s'adressant directement à l'orthophoniste. Il doit lui permettre de s'approprier l'outil (diaporama conçu au format Power Point) avant de le présenter à des médecins.

Le contenu de ce livret n'est pas un protocole strict. Il s'agit de conseils et de fils conducteurs pour que la présentation du diaporama soit plus riche, plus claire et plus pertinente. Mais l'orthophoniste est libre de modifier ses propos en fonction des auditeurs et de ses objectifs. Il peut utiliser tout ou partie de ces conseils.

L'essentiel étant qu'il se sente à l'aise lors de sa présentation et qu'il s'approprie l'outil.

La présentation de vidéos d'enfants ayant des troubles de l'oralité (en séance, lors des repas...) semble intéressante. Libre à l'orthophoniste d'ajouter ce qu'il souhaite pour rendre sa présentation la plus informative, la plus enrichissante et la plus claire possible.

NB : Sur le plan déontologique et légal, l'orthophoniste qui présente ne le fait pas pour « gagner » de la clientèle ou « fidéliser » des médecins, et ne peut donc pas, en fin de réunion, transmettre sa carte professionnelle pour recevoir directement des patients suite à son intervention.

Le diaporama est à destination des professionnels de santé qui suivent les tout-petits notamment les médecins généralistes, les pédiatres et les médecins de PMI.

L'intervention d'un orthophoniste dans des réunions de praticiens de santé peut se faire à la demande des médecins ou à l'initiative de l'orthophoniste.

PRESENTATION DES DIAPOSITIVES

➤ **DIAPOSITIVE 1 :**

Les objectifs de cette diapositive sont :

- *De présenter le plan de la présentation : la définition de l'oralité sera suivie des troubles de l'oralité alimentaire. Se présenter*
- *D'informer les médecins qu'un temps est prévu pour répondre à leurs questions, pendant l'intervention ou en conclusion.*

Il ne faut pas hésiter à se présenter, c'est toujours très apprécié des médecins.

➤ **DIAPOSITIVE 2 :**

Les objectifs de la diapositive sont de donner la définition de l'oralité selon Abadie (cf. diaporama) et d'expliquer qu'il existe 2 oralités.

L'oralité est un terme issu du vocabulaire psychanalytique, puis a été repris par des pédiatres et tend à se généraliser.

L'oralité alimentaire, commence à se développer in utero et l'oralité verbale apparaît à la naissance

➤ **DIAPOSITIVE 3 :**

L'objectif de cette diapositive est d'expliquer le développement in utero de l'oralité.

Les premiers signes de l'oralité apparaissent durant le 2ème mois de grossesse avec les premiers mouvements de la sphère orale.

Vers la 10ème semaine de grossesse, les premiers mouvements antéropostérieurs marquent l'apparition de la succion.

La déglutition apparaît ensuite vers la 15ème semaine de grossesse.

Le couple succion-déglutition continue à se développer jusqu'à la 34ème semaine de gestation : le fœtus suce ses doigts, ses orteils et déglutit le liquide amniotique.

➤ **DIAPOSITIVE 4 :**

L'objectif de cette diapositive est d'expliquer le développement de l'oralité verbale.

A la naissance, l'oralité verbale apparaît en même temps que le premier cri et se divise en 2 temps : l'oralité verbale primaire avec ce premier cri et les premières vocalisations, puis l'oralité verbale secondaire.

L'oralité verbale secondaire :

- **Commence avec le babillage rudimentaire c'est-à-dire lorsqu'il apparaît du jasis, des gazouillis, quand l'enfant imite la mélodie ou des sons émis par l'adulte.**

- Puis apparaît le babillage canonique c'est-à-dire que l'enfant produit une alternance consonne/voyelle, des traits prosodiques, mélodiques et rythmiques spécifiques à la langue.
- Ensuite le babillage mixte apparaît, on l'appelle aussi le proto-langage c'est-à-dire que l'enfant produit des mots à l'intérieur du babillage
- Enfin, les premières phrases apparaissent.

Il est possible d'informer les médecins qu'un tableau récapitulatif avec les âges indicatifs de développement leur est proposé plus loin.

➤ **DIAPOSITIVE 5 :**

L'objectif de la diapositive est d'expliquer le développement de l'oralité alimentaire à la naissance.

A la naissance, l'oralité alimentaire est également présente et se divise aussi en deux temps.

L'oralité alimentaire primaire se compose de 2 types de succion :

- **La succion non nutritive qui n'implique pas la fermeture laryngée (comme par exemple la succion du pouce) mais qui peut s'associer à des déglutitions salivaires. On peut rappeler que cette succion est plus rapide que la nutritive.**
- **La succion nutritive qui nécessite une bonne coordination entre succion, déglutition et ventilation ou respiration.**
- **La succion est d'abord réflexe, elle est contrôlée par le tronc cérébral, puis elle devient une praxie en se corticalisant.**

En plus de la succion, la déglutition fait partie de l'oralité alimentaire primaire et ce couple succion-déglutition doit être coordonné à la respiration (afin notamment d'éviter les fausses routes directes par inhalation).

Puis l'oralité secondaire apparaît lors de la diversification alimentaire avec le passage à la cuillère.

L'enfant commence par ingérer des textures lisses comme de la purée fluide puis progressivement, avec l'apparition des premières dents, la maturation du cortex cérébral et la mise en place de la mastication, il peut accéder aux morceaux (fondants dans un premier temps).

➤ **DIAPOSITIVE 6 :**

L'objectif de cette diapositive est de synthétiser le développement de l'oralité alimentaire évoqué précédemment en fonction des âges indicatifs. .

Le tableau résume le développement de l'oralité alimentaire en fonction des âges indicatifs.

On peut laisser quelques instants aux médecins pour qu'ils en prennent connaissance.

➤ **DIAPOSITIVE 7 :**

L'objectif de cette diapositive est de montrer le lien entre le développement de l'oralité alimentaire et le développement sensori-moteur.

L'Homunculus de Penfield et Rasmussen permet de montrer que la bouche et les lèvres, c'est-à-dire les zones de l'oralité, sont sur-développées au niveau moteur et sensitif au même titre que les mains.

En plus de cela, la main est en continuité avec le visage, ce qui explique le lien entre d'une part la sensibilité et la motricité des mains, et d'autre part celles de la zone orale.

La motricité de la sphère oro-faciale dépend de la motricité fine.

Il existe autant de capteurs sensitifs au niveau de la pulpe des doigts qu'il en existe au niveau de l'intérieur des lèvres et au niveau de la muqueuse interne de la bouche (200 capteurs par centimètre carré de peau). Donc la sphère oro-faciale est une zone très sensible.

Les enfants portent les objets à leur bouche car au niveau de la préhension, ils sont peu habiles alors qu'au niveau de leur motricité buccale ils le sont plus (en effet, cette motricité a débuté in utero).

Un enfant qui porte ses doigts ou des objets à la bouche se prépare aux nouveaux goûts et aux nouvelles textures.

➤ **DIAPOSITIVE 8 :**

L'objectif de cette diapositive est de synthétiser le développement des 2 oralités et de montrer leur lien avec le développement moteur en fonction d'âges indicatifs.

Ce tableau reprend les différentes étapes du développement de l'oralité alimentaire et verbale ainsi que de la motricité avec des âges indicatifs.

➤ **DIAPOSITIVE 9 :**

L'objectif de cette diapositive est d'introduire les troubles de l'oralité alimentaire grâce à ces petites phrases que les médecins sont susceptibles d'avoir déjà entendues.

Voici quelques phrases prononcées par des parents et qui peuvent mettre la puce à l'oreille : « mon enfant ne mange pas », « il ne mange rien », « il ne veut pas se mettre à table »

Il ne faut pas forcément banaliser ces petites phrases. Certains enfants ne peuvent pas manger ou ne savent pas comment faire : il peut s'agir d'un trouble de l'oralité alimentaire.

➤ **DIAPOSITIVE 10 :**

L'objectif de cette diapositive est de rappeler les signes cliniques d'appel des troubles de l'oralité alimentaire.

Il existe de nombreux signes cliniques qui peuvent être classés en 2 catégories.

Certains peuvent être observés pendant l'alimentation (cf. diaporama) :

- **Fuite labiale qui peut être due à une hypotonie labiale ou une hyposensibilité.**
- **Absence de sensation de faim : on retrouve ce signe chez des enfants qui ont été nourris par nutrition artificielle précocement et de façon prolongée. En effet, on ne laisse pas le temps à l'enfant d'avoir faim lorsqu'il est nourri artificiellement (notamment en cas d'alimentation entérale continue), l'alimentation est donnée à heures fixes et ne respecte pas toujours le rythme de faim/satiété de l'enfant.**
- **Sélectivité alimentaire exagérée : par exemple certains enfants ne mangent que des textures lisses,...**

Il faudra également rechercher d'autres signes observables en dehors des repas :

- **Bavage important pouvant être dû à une hypotonie labiale ou une hyposensibilité.**
- **Hypersensibilité/Hyposensibilité de la sphère oro-faciale : l'hypersensibilité se manifestera par un réflexe nauséux antérieur (hyper-nauséux) et l'hyposensibilité se manifestera par une absence de réflexe nauséux, un bavage.**
- **Hypersensibilité des mains et des pieds : par exemple chez un enfant qui ne touche que du bout des doigts, qui ne « patouille » pas, qui n'aime pas être pieds nus dans l'herbe ou dans le sable...).**

➤ **DIAPOSITIVE 11 :**

L'objectif de cette diapositive est d'évoquer quelques contextes à risque pouvant entraîner des troubles de l'oralité alimentaire.

Les différents signes cliniques peuvent avoir différentes origines. Elles peuvent être organiques (l'enfant ne peut pas manger) ou fonctionnelle (l'enfant ne sait pas comment faire).

Voici une liste non exhaustive des causes possibles (cf. diaporama)

Ces 3 catégories de causes sont intriquées : par exemple, une atrésie de l'œsophage nécessite la pose d'une nutrition artificielle, donc l'origine organique peut entraîner des troubles sensoriels. Il en est de même pour les troubles moteurs et praxiques : l'infirmité motrice cérébrale peut empêcher l'enfant d'explorer sa sphère

oro-faciale, alors il peut développer un trouble sensoriel comme une hypersensibilité orale par exemple.

➤ **DIAPOSITIVE 12 :**

L'objectif de cette diapositive est d'indiquer les professionnels pouvant être sollicités face à un enfant qui a des difficultés pour s'alimenter. Cette diapositive permet également de rappeler que l'orthophoniste exerce sous prescription médicale et quels types de demandes peuvent être faites.

Les premiers spécialistes des enfants sont les pédiatres. Il faut donc leur adresser. Il pourra alors demander des examens complémentaires pour écarter tout autre diagnostic.

Cependant, l'orthophoniste a un rôle à jouer auprès des enfants ayant une oralité perturbée :

- **Les enfants ayant des troubles de l'oralité verbale (troubles d'articulation, de parole...) sont orientés vers les orthophonistes**
- **Mais ce professionnel peut également prendre en charge les nourrissons ou les jeunes enfants ayant une oralité alimentaire perturbée**

L'orthophoniste exerce sous prescription médicale. Il est donc nécessaire de lui faire une ordonnance avec une demande de :

- **« bilan orthophonique et rééducation si nécessaire » pour une prise en charge éventuelle**
- **ou « bilan orthophonique d'investigation » si le médecin ne souhaite qu'un avis orthophonique pour poser son diagnostic et ensuite orienter l'enfant.**

➤ **DIAPOSITIVE 13 :**

L'objectif de cette diapositive est d'expliquer aux médecins le rôle de l'orthophoniste auprès des enfants ayant des troubles de l'oralité alimentaire.

Auprès des enfants atteints de troubles de l'oralité alimentaire, l'orthophoniste a plusieurs rôles (cf. diaporama) :

- **Accompagnement parental : il est très important dans ce type de prise en charge, parfois on inclut les parents aux séances pour que certains exercices soient repris à la maison. L'orthophoniste a pour rôle d'écouter les parents, de répondre à leurs questions, de les informer et de les conseiller si besoin.**
- **Faire connaître à l'enfant sa sphère oro-faciale et son implication dans l'alimentation : grâce à des comptines, des livres, nommer les parties du corps...**
- **Travailler la sensibilité tactile et olfactive en exposant l'enfant à différentes odeurs, à des activités de manipulations de différents matériaux.**

- Travailler la sensibilité et l'exploration orale : grâce à des tétines, des brosses vibrantes, des massages.
- Travailler les praxies bucco-faciales, notamment en proposant du matériel pour travailler la mastication, les praxies linguales.
- Mettre en bouche les aliments : par exemple, l'enfant pourra commencer par mettre en bouche de très petites quantités qu'il recrachera dans un premier temps

Les différents aspects (non alimentaires, sensoriels, praxiques, alimentaires) fonctionnent en interaction : avec un même exercice on peut travailler plusieurs aspects.

Ce travail peut se faire en partenariat avec d'autres professionnels qui sont amenés à suivre l'enfant comme les psychologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens...

Les objectifs premiers de la prise en charge orthophonique sont que l'enfant investisse ou réinvestisse sa sphère oro-faciale et qu'il développe ou maintienne un plaisir oral.

➤ **DIAPOSITIVE 14 :**

L'objectif de cette diapositive est de pointer les idées reçues.

Sur des forums (Internet) certains parents racontent qu'en expliquant à leur médecin que leur enfant ne veut pas manger, ces derniers leur répondent « Ne vous inquiétez pas, votre enfant ne se laissera pas mourir de faim ! »

Or, certains enfants ne peuvent pas ou ne savent pas comment manger. Il ne faut pas forcément « banaliser » ce type de situations.

L'objectif est de trouver l'origine du trouble grâce à une anamnèse bien orientée, qui aidera à poser le diagnostic.

Il ne faut pas hésiter à se tourner vers des spécialistes. L'orthophonie peut être une solution aux troubles de l'oralité alimentaire des nourrissons et des enfants.

Tout orthophoniste est habilité à effectuer la rééducation de ce type de troubles.

➤ **DIAPOSITIVES 15 et 16:**

Les objectifs sont :

- *D'informer les médecins qu'une bibliographie est à leur disposition dans le diaporama s'ils veulent s'informer davantage*
- *De les informer que le diaporama pourra leur être envoyé par mail (via une personne référente par exemple)*
- *De les inviter à poser leurs questions éventuelles*
- *De les remercier pour leur accueil.*