

Apport de l'orthophonie libérale dans les troubles de l'oralité chez l'enfant

Edith FRERY

Orthophoniste, Saint-Genest-Lerpt



l'oralité et l'orthophonie

- L'ensemble des fonctions dévolues à la bouche: respiration, alimentation/ **déglutition**, **langage/communication**,
mais aussi
- Faire le lien avec le corps:
globalité/pluridisciplinarité: explorations
sensorielles, développement psychomoteur,
1er lien d'attachement= **dépistage**

edith frey



- Développement IU, oralité primaire puis secondaire
- Lien avec le développement psychomoteur
 - quel bilan à quelle étape
- premières adaptations possibles et aides



Les sens foœtaux : ordre d'apparition

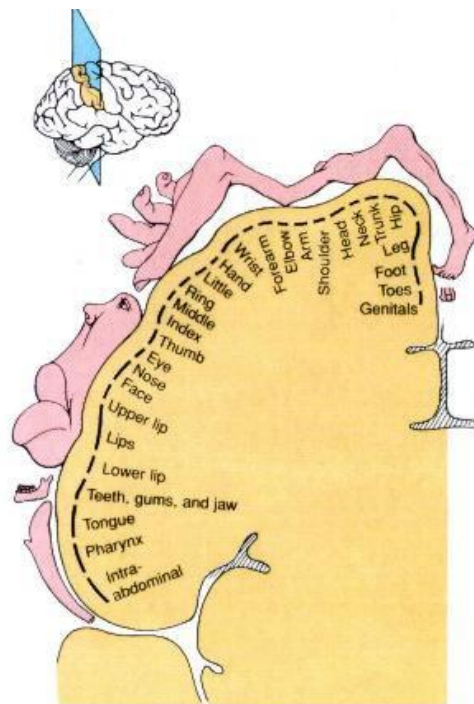
Toucher

Olfaction

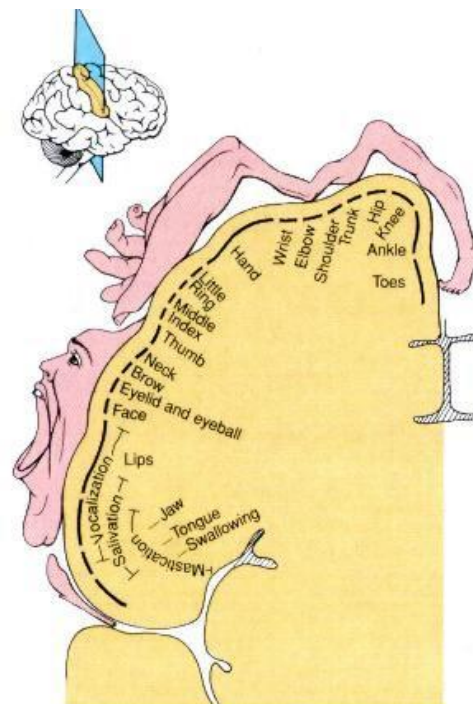
Gustation

Audition

Vision



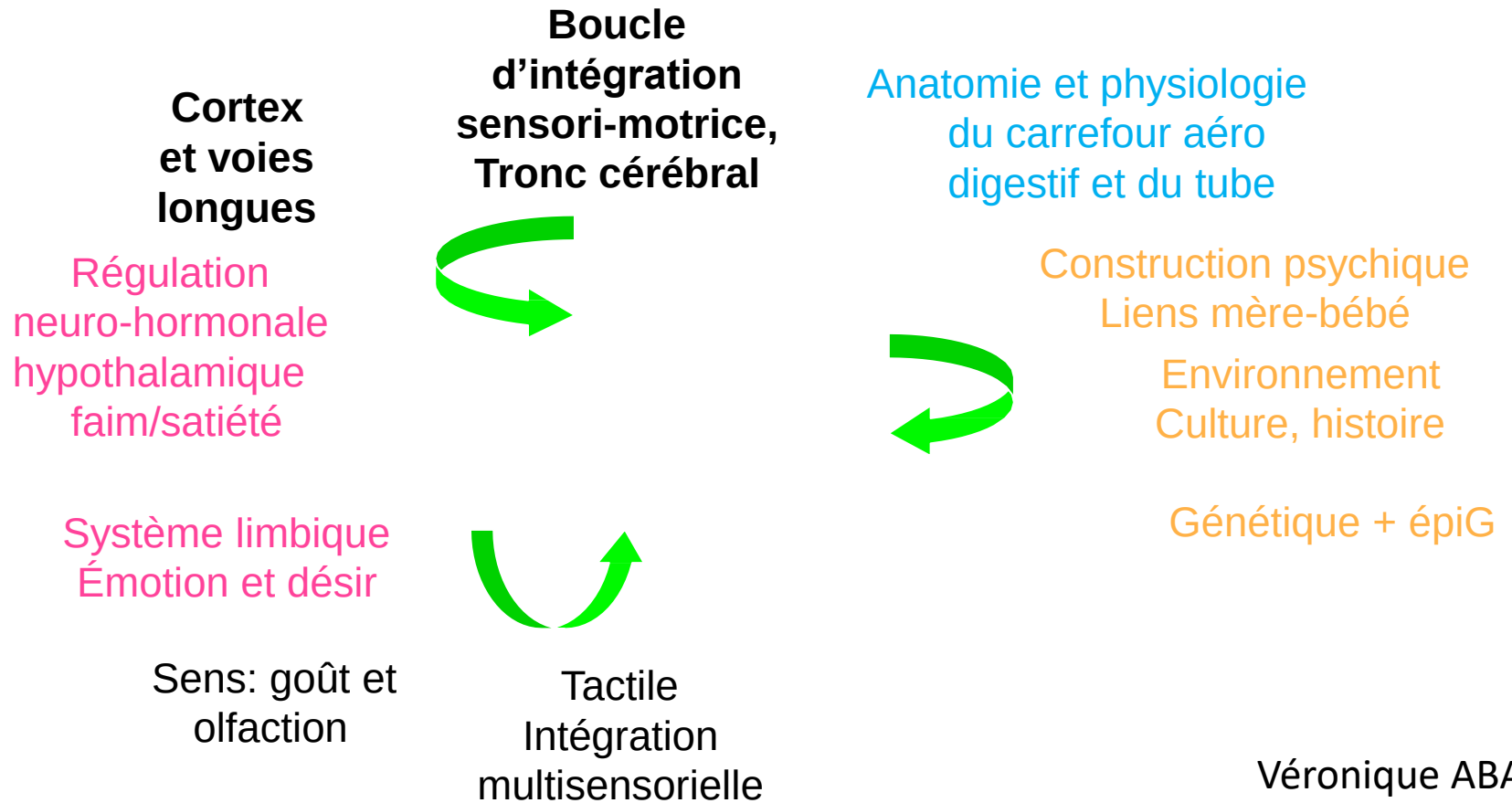
(a) Somatosensory cortex in right cerebral hemisphere



(b) Motor cortex in right cerebral hemisphere

Travaux de Luc Marlier

Facteurs impliqués dans le développement de l'oralité



Véronique ABADIE



Oralité primaire/secondaire

- Oralité primaire sous-corticale= réflexe suckling, mouvement antéro-postérieur de la langue, commande sous corticale

Recherche des réflexes (fouissement dès 32SA...)

- transition vers l'oralité secondaire: Corticalisation=Passage à la cuiller volontaire/ apprentissage
- mastication



Inclure le développement oral dans une perspective développementale globale

- Développement psychomoteur (pesanteur, oral, buste, torse, corps)
Chaque étape détermine la suivante et est déterminée par la précédente.
- Développement sensoriel
Le développement se construit.
Apport d'André Bullinger

Lien avec l'oralité verbale:

- babillage 3/6mois, rudimentaire, joue avec sa voix
- Babillage canonique: Consonne voyelle « papapa » 6/9 mois
- Proto-mots 10/12 mois, Premiers mots à partir d'un an, Association de 2 mots de 18 à 24 mois



BILAN ORTHOPHONIQUE: MOTIF DE LA DEMANDE

- ETAPES: difficultés de succion, passage à la cuiller, accepter les morceaux
- passage difficile de l'alimentation entérale à l'alimentation orale
- Population: enfants présentant des pathologies organiques (malformations), génétiques (hypotonie), enfant tout venant.
- Prescrit: en HAD, pour le retour à domicile post hospitalisation, en attente de structure, par le pédiatre/médecin généraliste



Bilan orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire



BILAN EN PLUSIEURS TEMPS:

cotation 1 AMO 34

- 1. Anamnèse et écoute des parents
- 2. Observation: En dehors des repas/ Pendant une collation
- 3. Évaluation (apporter des gestes facilitateurs si nécessaire):

Succion/Déglutition/Mastication

Sensibilité

Communication/langage



Anamnèse: vision globale

- Développement moteur: tenue de tête (à partir de 3 mois), de la station assise (à partir de 5), de la marche (entre 10 et 18 mois)
- Sommeil : durée, lieu, rythme
- propreté
- Socialisation: de quel type (assistante maternelle, crèche, cantine...)
- Comportement, caractère de l'enfant
- **Habitudes familiales autour des repas, place de l'enfant dans la fratrie**



Observation anatomique

- Examen des structures anatomiques : Symétrie et harmonie des étages de la face.
- Grilles de l' Evalo bb
- Chez le bébé: freins (labiaux avec classification de Placek, linguaux), rétrognathie



Symptomatologie: difficultés observables à chaque étape du développement alimentaire



Chez le nouveau-né:

1. Recherche des réflexes oraux :

Les points cardinaux de 32 SA à 3 mois: stimulation tactile des commissures labiales, de la partie médiane de la lèvre: oriente la langue, les lèvres puis la tête vers la stimulation. réflexe vif

Persistance = hypersensibilité du visage.

réflexe de succion

La succion/déglutition du nouveau -né est le reflet de la maturation neurologique prénatale :

- une avancée des lèvres qui enserrant le doigt ou la tétine,
- la mise en gouttière de la langue,
- des mouvements d'aspiration rythmés.

De morsure composante normale de la succion, attention persistance



réflexe nauséeux: 27SA, postérieurisé à 6 mois

- **Automatisme de protection** dès que le système sensoriel gustatif a identifié une substance différente du lait
- **processus inverse de la déglutition**: contraction du diaphragme, entraîne l'ouverture du sphincter du cardia. Inversion du péristaltisme œsophagien, contraction de la paroi pharyngée, protrusion de la langue et ouverture de la bouche. normal aux 2/3 du palais (jonction palais dur/voile).
 - une mimique de désagrément,
 - l'ouverture de la bouche,
 - la tête se projette en arrière,
 - un mouvement contractant pouvant aller jusqu'au vomissement.
- Hypo ou hypersensibilité ?

Orientation de la langue, marqueur de la future mastication

2. *Aspects fonctionnels :*

Observation d'une alimentation au sein ou au biberon, noter :

- La posture (celle de l'adulte comme celle de l'enfant)
- Le placement de la langue dans la bouche,
- La qualité de fermeture des lèvres
- La force d'aspiration,
- La coordination succion – déglutition – respiration
- Durée de la tétée: 90% de la quantité en 10 à 20 min.
- Si nécessaire, proposer des gestes de facilitation (facilitation de la fermeture de bouche, diminution du volume de la cavité buccale, ...) et voir leur impact sur la qualité générale du temps d'alimentation.



Chez l'enfant plus grand: examen clinique, grilles d'observation

- Praxies : cuiller/mastication, praxies BF
- Qualité du réflexe de déglutition (IDSSI)
- Bilan sensoriel
- Inclure dans une observation globale:
développement psychomoteur, langagier, du jeu



stades de Leblanc

- **Stade 5**
 - – Aversion pour le toucher corporel et le toucher de tout type des matières
- **Stade 4**
 - – le toucher du corps et des matières franches est possible
- **Stade 3**
 - – Aversion des matières molles
- **Stade 2**
 - – Aversion des matières collantes et aérienne
- **Stade 1**
 - – Peut toucher toutes les matières mais garde une appréhension

TROUBLE DE L'ORALITÉ : TOUS LES SENS À L'APPEL Véronique Leblanc et Marie Ruffier-Bourdet

Puis idem sur le visage jusqu'en endobuccal si possible.



Pendant le repas/collation

- Installation: bras, chaise, repose pieds
- Hauteur et face à face
- Durée, textures, diversité, quantités =
panel alimentaire, journée type



Évolution: A. Lecoufle, A. Van Malleghem,

CHU Jeanne de Flandres, Lille

Réflexion autour de l'évolution des textures chez l'enfant diversifié, classification en 10 étapes « clés »

- 1) Liquide : Eau – lait
- 2) Lisse homogène / semi liquide : compotes, yaourts, type pots 4/6 mois
- 3) Lisse homogène épais : Mixé maison par exemple
- 4) Morceaux tendres ou fondants : légumes cuits écrasés, pâtes à potage, semoule bien cuite
- 5) Morceaux croquants / fondants : biscuits secs apéritifs, boudoirs..
- 6) Lisse non homogène : type pots 8 mois, soupes avec morceaux, yaourts aux fruits...
- 7) Morceaux fermes homogènes : madeleines, mie de pain, brioche, légumes cuits non écrasés
- 8) Morceaux fermes non homogènes : riz, pâtes, carottes râpées...
- 9) Morceaux fermes à croquer : fruits frais, légumes crus
- 10) Morceaux fermes, fibreux : viandes



CONCLUSION DU BILAN...

- grande place à l'anamnèse,
- **Présence des parents** indispensable : temps précieux d'observation partagée au cours d'une situation de collation
- Le bilan est aussi le moment où l'on va déjà apporter des gestes de facilitation : noter leurs effets
- L'enfant et son parent repart avec un ensemble de conseils et de petites choses à faire ensemble à la maison
- Le bilan doit s'affiner au fur et à mesure des rencontres et des expériences proposées
- examens complémentaires (gastro-pédiatre, psychomotricien, psychologue...)



Prise en charge



Accompagnement parental: modalités d'intervention

- Demande de 30 AMO 13,5
- Thérapie directe
- Thérapie indirecte
- À domicile ou en cabinet

Accompagnement parental

- **Écoute active**
- Reprendre du **plaisir** avec son enfant (entre autres autour de l'alimentation)
- Restructurer le moment du repas (nombre, durée, partage)
- Petits objectifs

Durée des séances, fréquence, modalité.



Chez le bébé

- **Posture:** favoriser le regroupement pour favoriser la motricité spontanée et donner 1 contenant pour la stabilité tête-tronc
- Aide à la succion (déjà mis en place: lapement, DAL, soins de développement)
- Désensibilisation
- SOLLICITATIONS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ: Aptitudes motrices bucco faciales innées (Le Métayer)



Protocole de stimulation de la succion

à réaliser avant chaque repas, ou lorsque l'enfant est bien éveillé !

Les stimulations sont à adapter aux réactions de l'enfant : arrêter s'il manifeste des signes d'inconfort.



1

Prendre contact avec l'enfant en lui parlant et en caressant ses mains.

2

Exercer une pression continue avec le doigt sur la joue en allant de l'oreille à la commissure des lèvres, **d'un côté puis de l'autre**.
Masser les joues de façon circulaire, de l'arrière vers l'avant et du bas vers le haut, d'un côté puis de l'autre.

3

Placer l'index au coin de la lèvre supérieure et comprimer le tissu. Exercer un petit mouvement circulaire.
Répéter ce mouvement aux points cardinaux et laisser l'enfant ouvrir la bouche.

5

Tout doucement insérer l'auriculaire dans la bouche et masser la gencive par pression ferme avec l'auriculaire en allant vers l'arrière de la bouche, en haut et en bas. Si la langue ne bouge pas, **aller chatouiller la pointe**.

6

Masser l'intérieur des joues **par des moments rotatifs du petit doigt**.

7

Placer le doigt sur la langue, ongle vers le bas. Appuyer sur le palais pendant 3 à 4 secondes puis sur la langue, puis retour à la position initiale.

8

Frotter doucement sur le palais avec la pulpe du doigt en progressant vers l'arrière du palais. **Induire des mouvements d'avant en arrière** sur le palais pour favoriser la succion.

9

Une fois la succion déclenchée, **tourner le doigt pulpe vers la langue et appuyer**. Laisser le doigt ou proposer la tétine avec une goutte de lait si possible.

Toujours terminer sur une expérience positive !

Délégation à la Communication, illustrations F. Danel - CHRU de Lille - Octobre 2009



Aide à la succion, EX DES FENTES PALATINES

- bébé semi-assis.
- Mettre toute la tétine dans la bouche.
- Des tétines en caoutchouc
- Aide à la fermeture (muscles antagonistes)



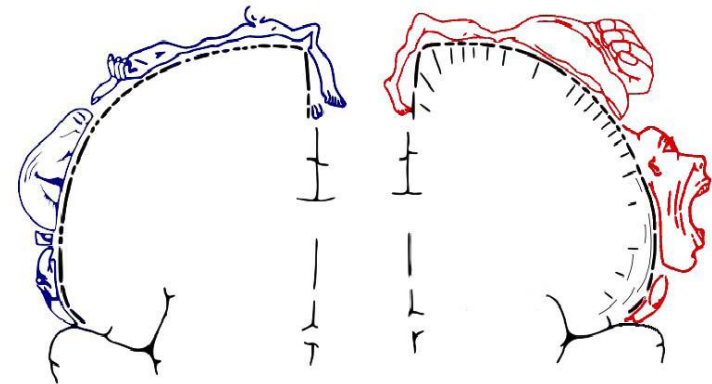
enrichissement multi sensoriel progressif et jeux bucco-faciaux

Aspect sensoriel:

Dos, Pieds, Mains, Visage,
Bouche

Tactile/Odorât/Auditif/visuel
Ateliers patouille (cacao,
semoule, pâtes)

Aspect Moteur: praxies, souffle



Phase gustative

- **dédramatiser...**
- Accepter les retours en arrière (maladie) et les anticiper
- Laisser l'enfant faire, expérimenter par lui-même, découvrir avec ses doigts
- Jouer à la dinette, à donner à manger à la poupée
- Tous petits morceaux / Petits contenants
- Possibilité de cracher
- Même texture avec différents goûts
- Jouer sur la texture (épaissir progressivement), température, volumes, saveurs (goûts prononcés)



si nécessaire: appui sur les protocoles existants

- Technique de désensibilisation de l'hyper nauséeux de C. Senez
- Massages intra-buccaux plusieurs fois par jour et progressifs



Un regard multidisciplinaire

- Médecin/ gastropédiatre: projet, choix de l'alimentation
- sages femmes: allaitement maternel
- Psychomotricien investissement du corps puis de sa sphère orale
- Diététicienne,
- Psychologue: soutien de la parentalité, échange avec les équipes soignantes

edith frey



« Ce que mes yeux, mon nez et mes mains n'ont pas apprivoisé, ma bouche n'y touchera pas ! »

Véronique Leblanc, psychologue clinicienne (hôpital Robert-Debré, Paris)

