



Prise en charge orthophonique des troubles de l'oralité

Anne Leymarie-Selles
Orthophoniste

- **Qu'est-ce que l'oralité?**

terme emprunté à la psychanalyse, qui inclut toutes les fonctions dévolues à la bouche :

- alimentation (mastication, déglutition, nutrition)
- ventilation (respiration buccale, mixte)
- expression (voix et parole)
- explorations tactiles gustatives
- relations érogènes

1. Du point de vue organique :

- intégrité et efficacité de la bouche, lèvres, langue, pharynx, (mobilité, tonicité, sensibilité)
- efficacité de protection des VAS : larynx
- intégrité et efficacité oesophagiennes : ouverture / fermeture

2. Du point de vue physiologique et fonctionnel :

- pattern ventilation / alimentation / ventilation adapté
- explorations sensori-motrices permettant schème moteur adapté
- déglutition : mastication, réflexe de déglutition, ingestion ...
- voix et parole, langage

3. Du point de vue psycho-affectif :

- support de l'attachement à la mère « nourricière »
- plaisir-séduction, plaisir-pouvoir
- en lien avec l'histoire familiale par rapport à l'oralité
- s'inscrit dans la rythmicité individuelle
- rôle d'intégration sociale.

- **Qu'est-ce qu'un trouble de l'oralité :**

Difficultés ou incapacité à utiliser de façon coordonnée, adaptée et agréable la zone orale

1. Troubles de l'oralité chez le nouveau-né et le nourrisson :

- perturbation de la succion-déglutition

2. Troubles du comportement alimentaire du jeune enfant, ou dysoralité, la plupart du temps associés à des troubles de l'oralité verbale, troubles articulatoires, de la phonologie ...

- **Prise en charge orthophonique:**

- guidance parentale

- éducation de l'enfant pour la mise en place de schèmes moteurs nouveaux

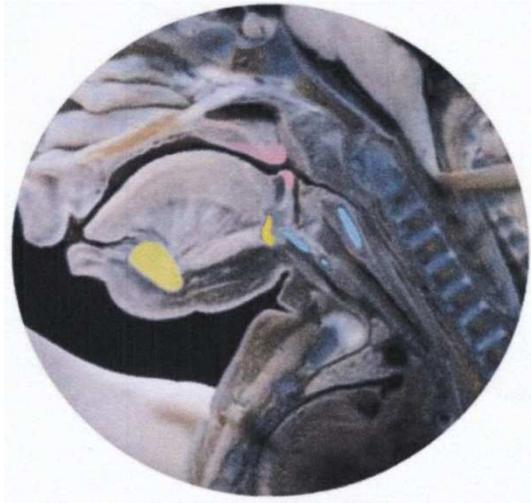
- rééducation chez l'enfant plus grand.

Réflexe de Hooker :

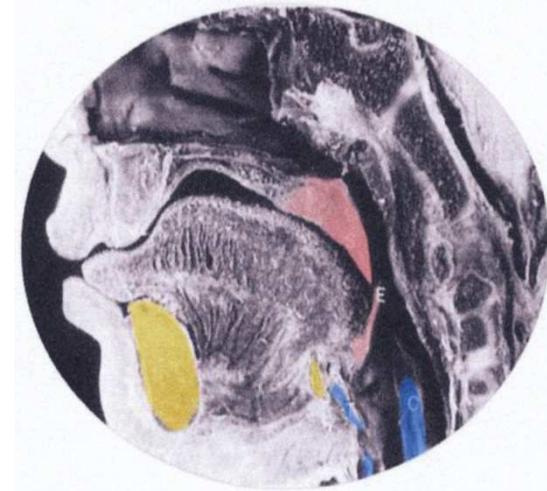
- L'absence du réflexe de Hooker est un indicateur important d'un problème de développement (syndrome de Pierre Robin).
- Il initie le réflexe de succion-déglutition, qui joue un rôle morphogénétique et d'entretien du LA. Le fœtus va roder le couple succion-déglutition jusqu'à la naissance.



– Ontogenèse du larynx



Nouveau-né



7 mois



Adulte

- PEC du bébé prématuré :

Elle tient compte du seuil de prématurité, et de l'état de veille du bébé.

Elle s'inscrit la plupart du temps dans un contexte d'assistance respiratoire et de nutrition artificielle, rendant difficile l'investissement positif de la sphère orale par le bébé.

L'évaluation des capacités orales sera synchrone de la prise en charge éducative et des stimulations.

La précocité des stimulations et de la PEC jouera un rôle important dans le « devenir d'oralité » de l'enfant, et de l'adulte futur.

Elle permet une implication positive des parents, participation active qui leur permet d'établir plus favorablement la relation à l'enfant.

Avant 37 SA : STIMULATIONS!!

le bébé ne connaît en bouche que sa salive !

objectif : déclencher la déglutition salivaire, et stimuler pour obtenir des réponses motrices de succion (tétée)

Stimulations sensori-motrices globales :

Elles jouent sur la plasticité cérébrale et les capacités proprioceptives du bébé.

-stimulations kinesthésiques : elles vont permettre au bébé de s'approprier petit à petit son corps, d'en appréhender les limites spatiales (fouissement, protrusion linguale)

Enveloppement global du bébé avec les deux mains, avec un toucher doux et respectueux, mais « présent » pour donner suffisamment d'informations sensorielles.

Massages des bras et des jambes

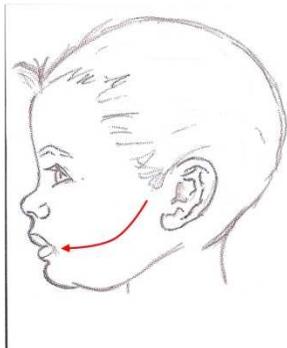
Stimulation du tonus de cou (nécessaire pour chercher le sein)

- *Stimulations oro-faciales :*

Elles vont être surtout faciales, extérieures tant que le bébé n'aura pas son autonomie respiratoire.

Elles vont être proposées au bébé après une entrée en contact plus globale, et accompagnées de petits mots, comptines etc...

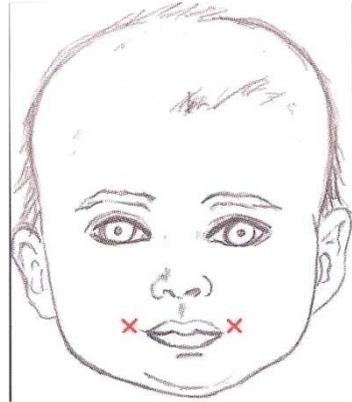
Stimulations du nerf facial :



-massage de la tempe vers la commissure labiale, elles vont provoquer l'afflux salivaire, et entraîner le déclenchement d'une déglutition réflexe.

-massage circulaire, de l'arrière vers l'avant et du vers le haut, qui fera pivoter la tête du côté stimulé.

Points cardinaux :



la stimulation par petites pressions avec l'index, sur les joues et autour des lèvres va permettre au bébé de tourner la tête du côté stimulé, et de trouver le sein ou le biberon proposés :



Le fouissement

C' est une étape essentielle avant de proposer la succion, et éventuellement la tétée.

Lorsque la mère ou le père nourriciers pratiquent ces stimulations, on leur propose d'ajouter une stimulation olfactive, en approchant un tissu (doudou) portant leur odeur, et en le verbalisant.

Le bébé reconnaît chaque toucher différent, et cela participera à la construction ou renforcement du lien parental.

Stimulations intra-buccales :

Réalisées quand le bébé n'est plus ventilé, elles vont être pratiquées avec un abaisse-langue, ou le doigt:

- au niveau de l'apex (réflexe de hooker)
- à l'intérieur des lèvres, des gencives, et des joues :



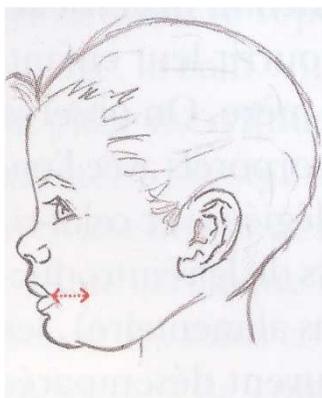
elles vont donner au bébé des informations lui permettent d'appréhender la cavité buccale, délimitant un espace intérieur/extérieur.

le massage des gencives fait bouger la langue en rotation latérale et prépare la future mastication.

Il prévient l'hyperréactivité nauséuse.

La succion :

Même si l'alimentation orale n'est pas encore envisagée, il est essentiel de donner des informations neuro-sensorielles de succion.



introduire le petit doigt dans la bouche du bébé , appuyer la pulpe sur le milieu de la langue, et faire des petits mouvements avant/arrière pour provoquer la fermeture des lèvres autour du doigt.

maintenir les mouvements en creusant un peu la langue, par appui léger.

Cela va permettre de trouver le point de succion du bébé (antérieur, médian, postérieur), en fonction de son tonus, et préparer la prise orale.

SEVRAGE DE LA NUTRITION ARTIFICIELLE :

il est très important d'avoir anticipé le passage à l'alimentation orale, partielle ou exclusive, afin de réduire au maximum les difficultés et de ne pas mettre les parents nourriciers en échec !

Les conséquences sont multiples :

-La nutrition artificielle fait vivre le bébé comme un « enfant malade », et génère beaucoup de stress et d'angoisse chez les parents.

-Elle n'aide pas la mère à investir positivement son rôle nourricier, et risque d'avoir des conséquences difficiles dans la relation mère-enfant (image de « mauvaise mère », limitations des contacts corporels avec le bébé etc..)

-la NA ne permet pas de mettre en place de façon stable une rythmicité , et on retrouve chez l'enfant des troubles du rythme circadien : veille-sommeil, faim-satiété.

-La NA continue ne permet pas de laisser se ralentir le rythme cardiaque nocturne

-Il y a passivité de l'enfant pendant l'alimentation, passivité que l'on peut retrouver ultérieurement au niveau comportemental : difficultés d'expression de ses besoins, de ses désirs, de ses frustrations et manques .

-Angoisse de l'ingestion : s'il n'y a pas eu possibilités d'exploration buccale , le schéma corporel de cette zone est perturbé (dedans-dehors), et le vécu négatif peut entraîner des refus alimentaires, des dégoûts.

-Présence éventuelle d'une hyperréactivité nauséuse, du fait de l'absence de stimulation de cette zone, ne permettant donc pas l'inhibition de ce réflexe archaïque.

-La NA peut induire du RGO, des irritations nasales (SNG), des candidoses, autant d'expériences négatives qui doivent être prises en compte aussi du point de vue fonctionnel.

Quel que soit l'âge de l'enfant, la zone bucco-pharyngée doit être stimulée pour développer des schèmes moteurs adaptés et efficaces : succion du bébé, mastication chez l'enfant.

Une bonne PEC de l'oralité du bébé présentant des troubles de l'oralité ne peut être faite qu'avec la guidance auprès des parents, ET la pluridisciplinarité, une collaboration étroite entre les différents soignants, qu'il soient institutionnels et/ou libéraux (retour à domicile)

Il importe de développer la communication entre les différents partenaires : livrets de transmission (parents/soignants), courriers, courriels, échanges téléphoniques, réunions pluridisciplinaires ...

Il y a encore beaucoup de progrès à faire dans la communication notamment lors du retour à domicile.

Les échanges institution/libéraux restent compliqués et trop rares!

Cela rassurerait les parents ET, notamment, les orthophonistes libérales qui pourraient être plus nombreuses à accepter de faire ce type de prise en charge à domicile!

PEC de l'oralité de l'enfant :

Il y a des périodes charnières dans l'évolution de l'oralité de l'enfant:

De 1 à 4 mois = suckling

- mouvements linguaux horizontaux
- ouverture-fermeture rythmique de la mâchoire
- dépression intrabuccale PUIS déglutition (pendant laquelle le bébé ne respire pas)
- pertes péribuccales

De 4 à 9 mois = sucking

- mouvements linguaux verticaux
- indépendance par rapport à la déglutition (l'enfant peut manipuler quelque chose et manger)
- contrôle de la salive vers 6 mois
- apparition du malaxage

De 9 à 24 mois = bascule progressive succion/déglutition

- augmentation de stabilité de la mâchoire : dissociation langue-mâchoire
- adaptation au bolus de l'ouverture buccale : démesurée jusque vers 18 mois, proportionnelle à la bouchée à partir de 24 mois
- mandibule : diminution du malaxage et augmentation de la mastication.
- mouvements linguaux dans toutes les directions
- diversification des consistances

il y a là des périodes critiques :

-le passage du *malaxage* à la *mastication* des solides peut être difficile, ou ne pas se faire si l'enfant ne consomme que des aliments trop mous.

le problème sera majoré s'il n'y a pas eu de malaxage avant 9 mois (cf dysoralité chez l'autiste)

-les préférences de goûts

- **Éducation et rééducation :**

La PEC éducative et rééducative va s'appuyer sur un **interrogatoire précis** et le plus complet possible, :

- sur la période prénatale et péri-natale: prématurité, réanimation
- ATCD médicaux et chirurgicaux
- ATCD familiaux
- prises médicamenteuses
- quel type de nourriture , de texture
- temps du repas,
- degré d'autonomie
- appétence ou refus alimentaire etc...

communication orale:

quel type de communication, éventuellement bilan de parole et langage (présence ou non des sons postérieurs)

un enfant qui n'a pas de début de parole à 1 an est un enfant qui ne mastique pas!

Bilan praxique et fonctionnel:

- évaluation des capacités bucco-linguo-faciales sur le versant de la mobilité et de la tonicité
- évaluation de la déglutition : « test à l'eau »
- évaluation de la persistance éventuelle de l'Hyperréactivité Nauséuse

La PEC orthophonique sera adaptée aux capacités liées à l'âge, et s'articulera toujours autour de :

- stimulations avec matériel et exercices, analytiques et globaux, sur la zone orale



- stimulations sensorielles (olfactives, visuelles, associatives etc..)
- jeux intra-buccaux (mastication)



- travail de l'articulation, vocal (stimulations oropharyngées par le son)

Des « facilitateurs » à la mastication peuvent être proposés :



il va permettre de diminuer l'angoisse d'ingestion de morceaux, en contenant le bolus pendant la mastication, et évitant la dispersion des miettes insalivées.

Il peut être un intermédiaire entre dedans/dehors rassurant, minorant la peur de l'obstruction

- jeux de rôle autour de l'alimentation

- mises en situation éventuelles, soit avec un aliment apporté par l'enfant, soit proposé par l'orthophoniste .

la PEC de l'oralité de l'enfant se fait toujours avec un échange régulier avec les parents.

La désensibilisation de l'hyper-nauséux

Il s'agit d'inhiber un réflexe archaïque qui n'a pas disparu à la naissance.

les stimulations doivent être répétées plusieurs fois par jour, pendant environ 6 mois.

