



V. Leblanc,
C. Bourgeois,
E. Hardy,
A. Lecoufle
M. Ruffier

ÉDITO

Rien n'est plus apaisant pour une famille que de voir leur enfant manger en toute sérénité. À l'inverse, quand un enfant nourri artificiellement développe un trouble de l'oralité alimentaire, c'est la quiétude des parents qui disparaît et des questionnements pour les soignants qui apparaissent.

En effet, les professionnels, toutes fonctions confondues, sont parfois démunis pour repérer **ce trouble de l'oralité alimentaire particulier** et accompagner ces enfants et leur famille.

Ce trouble de l'oralité, à la frontière de nombreuses disciplines, nécessite un regard transdisciplinaire où chacun (pédiatre, psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien, éducateur, psychologue) peut être une personne ressource.

Appréhender et prendre en charge le trouble de l'oralité implique une prise en charge de l'enfant dans sa globalité : aider l'enfant à être bien dans son corps, à investir ses sens avec bonheur pour être bien dans sa bouche.

Cette plaquette, conçue de manière didactique et pratique, est un outil parmi d'autres à destination des professionnels sensibilisés à ce sujet. Il fonctionne comme un GPS pour donner des repères sur le concept de trouble de l'oralité afin d'éviter de se perdre dans des termes anxiogènes ou d'aller vers des diagnostics erronés. À aucun moment il ne doit être considéré comme un protocole, une méthode clé en mains ou comme un livre de recettes à suivre à la lettre. Il propose simplement des idées parmi lesquelles chaque professionnel peut piocher et enrichir celles-ci grâce à ses compétences et connaissances propres.

L'enfant est sollicité progressivement et en douceur de manière ludique. Il est amené à son rythme et en respectant ses possibilités du moment sur le chemin du plaisir oral et du manger à pleine bouche pour la joie de tous.

Suivez le guide...

Docteur Marc Bellaïche



SOMMAIRE

4 **Coup de projecteur sur les concepts**

- Oralité
- Développement oral
- Stade oral
- « Il ne mange pas. »

8 **Hyper-sensitivité corporelle et sensorielle**

10 **Repérer le trouble de l'oralité**

12 **Accompagner le trouble de l'oralité chez le nourrisson de 0-12 mois**

14 **Accompagner le trouble de l'oralité chez l'enfant de 12 mois et plus**

16 **Sollicitations à proposer à l'enfant**

18 **Univers de matières**

19 **Remerciements**



COUP DE PROJECTEUR SUR LES CONCEPTS

ORALITÉ

Ce concept englobe l'ensemble des fonctions et des investissements de la sphère oro-linguo-faciale ; il inclut l'oralité alimentaire, verbale et le plaisir oral. Il implique le corporel et le sensoriel.

STADE ORAL

Le stade oral a une fonction nourricière. Celle-ci ne se réduit pas à une visée nutritionnelle mais elle a aussi une visée relationnelle et affective.

Le repas est un moment d'échanges privilégiés où tous les sens sont en éveil.

Le toucher : l'enfant est porté ; il peut toucher son biberon, sa cuillère, l'aliment.

La vue : les échanges de regard, la vue du biberon ou de la cuillère.

L'ouïe : on parle à l'enfant, on fredonne des comptines.

Le goût et l'odorat : le contenu du biberon, de la cuillère.

STADE OU L'ENFANT DÉCOUVRE, GOÛTE LE MONDE PAR LA BOUCHE
(zone érogène par excellence).

STADE sur lequel les autres stades du développement vont trouver un étayage.



DÉVELOPPEMENT ORAL

Pour un enfant né à terme :

ORALITÉ PRIMAIRE :

concerne le sein, le biberon, les praxies de succion non nutritive et nutritive.

ORALITÉ SECONDAIRE :

concerne la cuillère, les praxies de mastication et la diversification alimentaire.



ÉVOLUTION DE LA PRISE ALIMENTAIRE

Naissance	Boit du lait au sein ou au biberon (alimentation liquide exclusive)	Succion réflexe						
1 mois								
2 mois								
3 mois								
4 mois								
5 mois	Continue à prendre des biberons et diversification alimentaire	La succion devient une praxie	Commence à manger à la cuillère (textures lisses)	Porte les objets à sa bouche				
6 mois								
7 mois								
8 mois								
9 mois								
10 mois					Mange les morceaux fondants	Tient sa cuillère et boit avec de l'aide		
11 mois								
12 mois								
18 mois							La mastication se met en place	Utilise la cuillère, boit seul au verre
24 mois								



COUP DE PROJECTEUR SUR LES CONCEPTS

« IL NE MANGE PAS. » Trouble de l'oralité alimentaire Une réalité clinique

Des origines différentes

1

► Rechercher une origine organique et/ou fonctionnelle.

Le trouble de l'oralité alimentaire peut se rencontrer dans :

- Pathologies digestives, pulmonaires, cardiaques, O.R.L...
- Anomalies congénitales de la déglutition
- Pathologies acquises de la déglutition
- Syndromes génétiques.

2

► Rechercher une origine psychogène.

- Anorexie commune ou d'opposition
 - Débute au cours du second semestre de vie.
 - Ni un trouble de la faim, ni un trouble de l'appétit.
 - L'enfant a mangé, le refus s'installe progressivement, il est souvent réactionnel à un facteur exogène.
 - Le refus peut se systématiser.
 - Le repas : mélange de refus, d'opposition (côté enfant) et de distraction et de contrainte "forcing" (pour celui qui nourrit).

Réponse « choisie » par l'enfant pour faire face à un facteur exogène ou à une situation affective, relationnelle difficile

- Anorexies secondaires ou complexes.
- Anorexies néonatales (rares et sévères).





3

- ▶ Rechercher une origine sensorielle
 - Le trouble de l'oralité alimentaire peut se rencontrer lorsqu'une hyper-sensitivité corporelle et sensorielle se manifeste.
 - Population à risque : les prématurés et les enfants en nutrition artificielle précoce.

« Histoire d'une rencontre »

UN ENFANT ET...

- Une pathologie organique et/ou une prématurité.
- Une nutrition artificielle (précoce, prolongée).
- Une sphère oro-faciale sollicitée négativement (sonde de nutrition, d'aspiration, nausées, vomissements, fausses routes, forcing...).
- Des douleurs oro-digestives, des difficultés respiratoires.
- Des mono sollicitations sensorielles : lumière, bruit, odeurs, goûts.
- Une absence de sensation de faim.
- Une absence de rythme des repas.
- Si absence de temps de repas, absence également de l'échange relationnel, sensoriel et affectif généré par ce moment.



HYPER-SENSITIVITÉ CORPORELLE ET SENSORIELLE

DÉFINITION : réceptivité exagérée d'un organe sensoriel : les sollicitations corporelles et sensorielles sont perçues comme irritatives et déclenchent une réponse majorée en intensité.



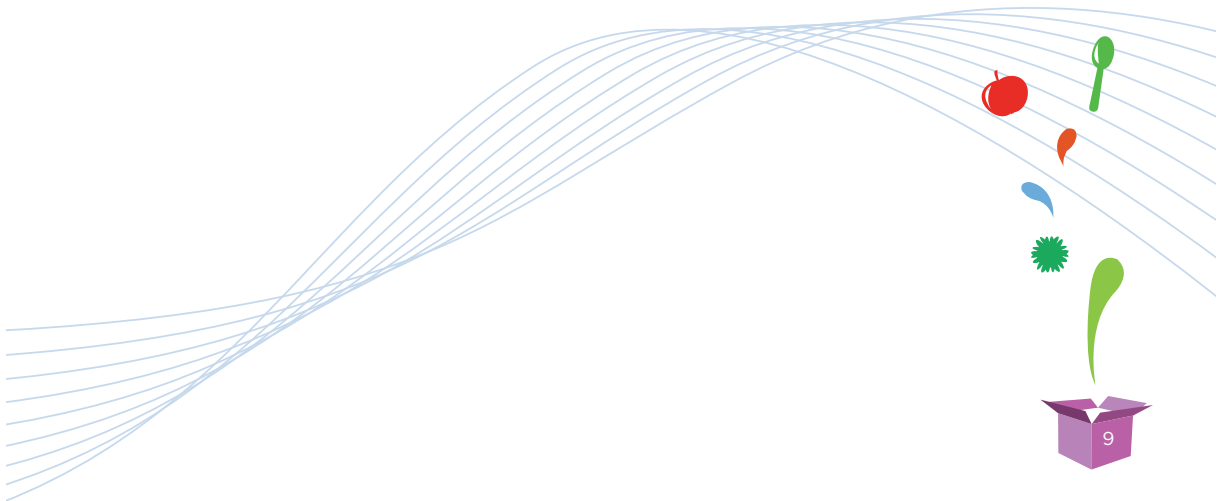


L'ORIGINE DE CETTE HYPER-SENSITIVITÉ PEUT ÊTRE DUE À :

- ▶ Corps sollicité négativement : soins douloureux, positions imposées (proclive, mains attachées...).
- ▶ Pauvreté de l'exploration motrice dans l'espace et dans le temps.

LES MODES DE RÉPONSES DE CES ENFANTS SONT :

- ▶ **Des défenses tonico-posturales** : hyper extension, détournement de tête...
- ▶ **Des défenses tactiles** : toucher furtif, refus de toucher, écoëurement au toucher, besoin de s'essuyer les mains...
- ▶ **Des défenses orales** : fermeture de bouche, ouverture des lèvres avec barrière des dents, ouverture des lèvres avec langue en « pont levis », nausées, vomissements...
- ▶ **Des défenses comportementales** : agitation, colère, pleurs, évitement (fuite) du regard, endormissement...



REPÉRER LE TROUBLE DE L'ORALITÉ

⚠ Tous les stades décrits dans le tableau sont proposés à titre de repères pour les différents professionnels. Ce cadre proposé est un guide susceptible de modifications pour s'adapter à tout moment à l'histoire de l'enfant, son rythme, ses compétences et à la créativité du thérapeute. En effet, chaque professionnel possède, grâce à sa formation, ses propres outils d'évaluation et de prise en charge.



Chaque enfant a le droit de sauter une étape, de passer une étape avant l'autre.

Ne jamais forcer, laisser l'initiative à l'enfant sont des constituants fondamentaux.



HYPER-SENSITIVITÉ

Corporelle tactile

Aversion pour le contact corporel et pour le toucher de tout type de matières : franches*, fluides*, mouillées*, collantes*.

L'enfant évite ou refuse le toucher corporel ; l'enfant explore peu ou pas les objets.

Le toucher du corps, des matières franches et sèches est possible.

Aversion pour le toucher des matières fluides, mouillées, collantes.

Le toucher du corps, des matières franches, sèches, fluides est possible.

Aversion pour les matières collantes et mouillées.

Le toucher du corps, des matières franches, sèches, fluides, mouillées est possible.

Aversion pour le toucher des matières collantes.

Touche à tout ... plaisir à toucher et à être touché.

HYPER-SENSITIVITÉ

Orale

Aucun accès au visage n'est possible.

Le toucher des zones péri-orales (joues, menton) est possible.

Les autres zones sont défendues.

Le toucher des zones péri-orales, des lèvres est possible.

Les zones endo-buccales (gencives, langue, palais) sont défendues.

Le toucher des zones péri-orales, des lèvres, des gencives de l'intérieur des joues est possible.

Une hyper-sensitivité de la langue et du palais persiste.

La bouche est apprivoisée : présence d'un plaisir et d'un investissement oral.




* voir page 18



ACCOMPAGNER LE TROUBLE DE L'ORALITÉ 0-12 MOIS

CHEMIN À PARCOURIR POUR AIDER L'ENFANT SUR LE PLAN CORPOREL ET SENSORIEL.

 Tous les stades décrits dans le tableau sont proposés à titre de repères pour les différents professionnels. Ce cadre est un guide susceptible de modifications pour s'adapter à tout moment à l'histoire de l'enfant, son rythme, ses compétences et à la créativité du thérapeute. En effet, chaque professionnel possède, grâce à sa formation, ses propres outils d'évaluation et de prise en charge.





ASPECT CORPOREL ET TACTILE	ÉTAPES	ASPECT ORAL
<p>Aider à l'investissement du corps par des massages francs. Veiller au bon positionnement de l'enfant afin de favoriser la mise en place de la coordination main bouche.</p>		<p>Favoriser la coordination de main bouche. Sollicitations olfactives. Sollicitations péri-orales du visage (partir du lobe de l'oreille vers la bouche).</p>
<p>Développer l'approche visuelle puis tactile des matières franches*, sèches*.</p>		<p>Aider à l'exploration orale des objets et des contenants (tétine, cuillère vide...).</p>
<p>Développer l'approche visuelle puis tactile des matières aériennes*, douces*.</p>		<p>Solliciter l'exploration orale des contenus. Déposer un « goût copain » sur le bord des lèvres.</p>
<p>Développer l'approche visuelle puis tactile des matières mouillées*, collantes*.</p> <p>PLAISIR À ÊTRE TOUCHÉ ET À TOUCHER.</p>		<p>Aider à l'investissement endo-buccal (gencives, intérieur des joues, palais, langue) par des sollicitations sous forme de massages francs.</p> <p>PLAISIR ORAL MANGER À PLEINE BOUCHE.</p>

* voir page 18

Un bon positionnement, un bon investissement corporel et tactile sont DES PRÉ-REQUIS INDISPENSABLES pour que l'enfant accepte et progresse par rapport aux sollicitations orales.


Quelles que soient les sollicitations, veiller au positionnement du bébé pour une meilleure détente et un vécu de contenance : soutien de la tête, flexion de la nuque, appui du dos, schéma postural d'enroulement.

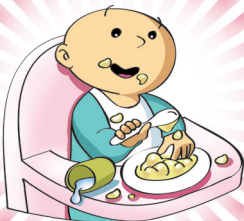
CHAQUE ENFANT PROGRESSE À SON RYTHME DANS CHAQUE DOMAINE INVESTI.



ACCOMPAGNER LE TROUBLE DE L'ORALITÉ 12 MOIS ET PLUS

CHEMIN À PARCOURIR POUR AIDER L'ENFANT SUR LE PLAN CORPOREL ET SENSORIEL.

 Tous les stades décrits ci-dessous sont proposés à titre de repères pour les différents professionnels. Ce cadre proposé est un guide susceptible de modifications pour s'adapter à tout moment à l'histoire de l'enfant, son rythme, ses compétences et à la créativité du thérapeute en effet chaque professionnel possède grâce à sa formation propre des outils d'évaluation et de prise en charge.



Quelles que soient les sollicitations, veiller à un support contenant (bras de l'adulte). Si l'enfant est installé sur une chaise, il doit pouvoir appuyer son dos et poser ses pieds à plat sur un support.

Chaque enfant a le droit de sauter une étape, de passer une étape avant l'autre.
Ne jamais forcer, laisser l'initiative à l'enfant sont des constituants fondamentaux.





ASPECT CORPOREL ET TACTILE	ÉTAPES	ASPECT ORAL
<p>Aider à l'investissement du corps par des massages francs. S'approprier ses pieds (toucher, taper des pieds, marcher pieds nus).</p> <p>Développer l'approche visuelle d'objets de matières différentes (franches*, sèches*, fluides*, douces*, mouillées*, collantes*).</p>		<p>Favoriser la coordination de main bouche. Apprivoiser la bouche par des jeux de mimiques, des bruits de bouche, des comptines, des sollicitations tactiles et vibratoires en regardant faire la bouche de l'autre ou en regardant sa propre bouche dans le miroir.</p>
<p>Travailler le toucher de matières franches, sèches (jouets en bois, en plastique; pâtes crues; fruits et légumes crus non épluchés). Jouer avec une cuillère vide, le biberon, la brosse à picots.</p>		<p>Travailler l'approche labiale par des jeux de bisous sur la poupée, sur le miroir ; jeux de rouge à lèvres avec un baume pour les lèvres.</p>
<p>Travailler le toucher de matières fluides (balle pompon, semoule crue, riz cru, farine, chocolat en poudre...).</p>		<p>Solliciter l'exploration orale des contenus : déposer un « goût copain » sur le bord des lèvres.</p>
<p>Travailler le toucher de matières mouillées (peinture, yaourt, compote de fruits, légumes crus épluchés).</p>		<p>Désensibilisation endo-buccale : jouer à manger avec la cuillère vide en bouche, jeux de mobilité de langue (en haut, en bas, à droite, à gauche.). Brossage des dents, des gencives et de la langue.</p>
<p>Travailler le toucher de matières collantes (pâte à modeler, pâtes et semoule cuites, miel, vermicelles en chocolat...).</p>		<p>Travailler les praxies de croquer, mâcher. Associer contenant et contenu : cuillère avec des aliments en bouche (sans aucune attente de quantité). L'aliment choisi a déjà été apprivoisé tactilement.</p>
<p>PLAISIR À ÊTRE TOUCHÉ ET À TOUCHER.</p>		<p>PLAISIR ORAL MANGER À PLEINE BOUCHE.</p>

* voir page 18

Un bon positionnement, un bon investissement corporel et tactile sont **DES PRÉ-REQUIS INDISPENSABLES** pour que l'enfant accepte et progresse par rapport aux sollicitations orales.



SOLLICITATIONS À PROPOSER À L'ENFANT

SOLLICITATIONS CORPORELLES

Massage corporel

SOLLICITATIONS OLFACTIVES

Loto des odeurs
Arômes naturels

SOLLICITATIONS VIBRATOIRES

Jeux à l'aide de
Clochettes / Grelots
Abeille, éléphant et crocodile vibrants

SOLLICITATIONS TACTILES

NON ALIMENTAIRE

Manipulations de balles de différentes matières, pâte à modeler, flocons de maïs.

Peinture (rouleau ou aux doigts).

ALIMENTAIRE

Jeux de transvasements
(avec ustensiles ou mains).

Jeux de cacher

cacher un objet préféré de l'enfant dans une matière alimentaire (voir tableau page 18), il doit essayer de le prendre avec ses mains.

Jeux de pluie

prendre dans sa main un aliment (pâte, farine, sucre, autre...) et le laisser s'écouler entre les doigts.

Peinture alimentaire

(au rouleau ou aux doigts), patouille
(avec ustensiles ou mains).





SOLLICITATIONS ORALES

AIDER LA COORDINATION MAIN BOUCHE
Veillez au bon positionnement de l'enfant

Approche du visage

La toilette du petit lapin
(front, les joues, le nez, la bouche).

Approche péri orale

Jeux de « toc toc » :
(à l'aide d'un chewy tube, d'une cuillère,
des doigts, approcher simplement et
progressivement du visage, en partant
des pieds, en tapotant le pied, le genou,
la main, l'épaule, la joue, le nez,
le menton, la bouche).

Jeux de motricité linguale

La vache
(bouger la langue en haut en bas
à droite à gauche en dehors
de la bouche).

Le ping pong
(bouger la langue en dedans
de la bouche et pousser la joue).

Pêche à la langue
(la langue va chercher des morceaux
de papier).

Approche de bouche

Jeux du rouge à lèvres
(chewy tube, doigts, brosses à picots,
baume pour les lèvres et textures
alimentaires diverses).

Bruits de bouche
(poisson, ma, ba, pā).

Jeux de souffle
(les bulles, petits pompons).

Jeux occlusion labiale
(les siffleurs, cacher en bouche sans
les mains, cuillère, paille, brosse à picots,
verre).

Jeux de tonicité des joues
(gonfler...).

Jouer à manger avec l'enfant
(les poupées, les nounours ou autres...).

Praxies de mastication

Jeux de « croquer mâcher » avec des
matières non alimentaire et alimentaire
(couplage du croquer et de la motricité
linguale).



UNIVERS DE MATIÈRES



	Textures et matières NON ALIMENTAIRES	Textures et matières ALIMENTAIRES
Franches sèches	Jouets de bébé en plastique, balles plastiques dures, abeille vibrante, brosse sensorielle, cuillère et biberon dinette, verre et cuillère bébé en silicone, chewy tube, brosses buccales bébé,....	Gâteaux secs salés sucrés, pâtes et gnocchis crus, fruits secs, fruits et légumes crus avec la peau, sucettes, carrés de chocolat...
Fluides	Balle pompon, plumes, coton, balle araignée, pack aggro-billes, balle multicolore...	Pâtes étoiles crues, semoule ; riz cru, sucre, farine, sucre glace, chocolat en poudre...
Mouillées	Peinture....	Ketchup, yaourt, compote, mousse au chocolat, légumes et fruits crus épluchés...
Collantes	Pâte à modeler, flocons maïs mouillés....	Pâtes, riz et gnocchis cuits, semoule cuite, fruits et légumes cuits, miel...



REMERCIEMENTS

Aux enfants en nutrition artificielle qui ont croisé mon chemin.

À celles qui ont apporté leur regard critique et leurs connaissances pour la réalisation de cette plaquette :

Audrey Lecoufle et **Emeline Denis** orthophonistes à l'hôpital J. de Flandre à Lille, avec qui c'est toujours un régal d'échanger et de partager.

Marie Ruffier Bourdet ergothérapeute à Dijon, **Caroline Bourgeois** orthophoniste à l'hôpital Robert Debré à Paris et **Élodie Hardy** psychomotricienne à l'hôpital Robert Debré à Paris qui ont participé ou participent avec moi à cette belle expérience de la consultation oralité.

Au **Professeur Gottrand** qui a relu ce travail et surtout, alors que l'oralité n'était pas encore à la «mode», a toujours eu un regard et un soutien bienveillant concernant ce sujet et ceux qui le portaient.

Au **Professeur Hugot** qui m'a donné l'opportunité et les moyens de créer une consultation oralité sur l'hôpital Robert Debré.

Au **Docteur Bellaiche** qui a rédigé l'édito et a manifesté curiosité, intérêt et disponibilité pour l'aventure du trouble de l'oralité alimentaire.

À toutes les belles rencontres intellectuelles et humaines réalisées grâce à ce sujet.



Boîte à idées pour

ORALITÉ MALMENÉE

DU JEUNE ENFANT

Auteurs :

Véronique Leblanc

Psychologue clinicienne à l'hôpital Robert Debré à Paris
Présidente du Groupe MIAM MIAM

Audrey Lecoufle

Orthophoniste à l'hôpital J. de Flandre à Lille

Caroline Bourgeois

Orthophoniste à l'hôpital Robert Debré à Paris

Élodie Hardy

Psychomotricienne à l'hôpital Robert Debré à Paris

Marie Ruffier Bourdet

Ergothérapeute à Dijon

Conception / création :  SBMA - 124441-PED 07/12