

## Pour plus d'informations :

ap004\_05@yahoo.fr



### Nous remercions vivement :

- L'équipe du CAMISP de Gap
- L'équipe de la PMI des Hautes-Alpes
- Les membres d'APPO 04/05

qui, avec leur disponibilité et leurs compétences, ont participé à l'élaboration de cette plaquette.

La CPAAM des Hautes-Alpes, qui grâce à son financement, a permis son impression.

## L'Oralité :

### Quelle histoire !

Oralité : Qu'est-ce que c'est ?

= Ensemble des fonctions dévolues à la bouche

- Alimentation
- Ventilation
- Exploration tactile et gustative
- Communication
- Langage



*L'oralité est une fonction fondamentale, complexe, archaïque autour de laquelle l'enfant se construit et les adultes deviennent parents.*

## Oralité alimentaire

### • Primaire

- Sucction
- Déglutition
- Coordination avec la respiration



### • Secondaire

- Diversification alimentaire
- Passage à la cuillère
- Passage aux morceaux avec la mastication



## Période mixte

Période de transition entre oralité primaire et secondaire vers le 4ème mois, tant au niveau de l'alimentation que du développement de la communication et du langage.

## Oralité verbale

### • Primaire

- Premiers cris
- Vocalisations



### • Secondaire

- Babillage
- Premiers mots
- Premières phrases



AGES	ORALITE ALIMENTAIRE	MOTRICITE	ORALITE VERBALE
Dès le 3ème mois in-utéro	Stimulation buccale		
Entre 10 et 15 semaines in-utéro	Déglutition		
A 28 semaines in-utéro	Succion non-nutritive		
<u>A 33/34 semaine in-utéro</u>	Succion nutritive + Coordination succion/déglutition Avec la respiration = Opérationnelles		
0-4 mois	Réflexe de succion/déglutition Alimentation liquide	Contrôle de tête	Vocalisations
4-6 mois	Diminution du réflexe de succion Période mixte avec introduction de textures lisses	Préhension volontaire	Babillage rudimentaire
6-9 mois	Succion contrôlée Début des mouvements de mastication Textures lisses	Rotation du tronc Transfert d'une main à l'autre Porte les objets à sa bouche	Babillage canonique
9-12 mois	Mouvements de mastication Mouvements latéraux de la langue Début des petits morceaux fondants	4 pattes Tient assis seul Tient la cuillère Boit avec aide	Babillage mixte
12-18 mois	Mouvements de mastication plus affirmés et langue plus habile Aliments finement coupés / hachés	Marche Utilise la cuillère seul Boit seul au verre	Proto-langage (1 mot = 1 phrase)
18-24 mois	Mastication avec rotation entre les molaires Viandes molles / Légumes / Fruits crus	Mange seul	Premières phrases

## Signes d'alerte

### Dès la naissance :

- Si l'enfant présente des difficultés à téter (trouble de la succion).
- Si l'enfant présente des difficultés à avaler (troubles de la déglutition).
- Si l'enfant a du mal à digérer (trouble de la digestion).
- Si un bavage est constant.
- Si l'enfant régurgite trop fréquemment.
- Si troubles sensoriels (hypersensibilité, réflexe hyper-nauséux).

### A 9 mois :

- Si l'enfant a des difficultés pour passer à la cuillère.

### A 18 mois :

- Si l'enfant a des difficultés à passer à une alimentation avec des morceaux : mastication difficile.
- Si l'enfant refuse certains types d'aliments (troubles du comportement alimentaire).
- Si l'enfant refuse le contact (corps, visage, bouche).

### Plus tard :

- Si l'enfant présente un retard de l'acquisition du langage.

## Quelles causes ?

L'origine des troubles de l'alimentité peut être

multi-factorielle.

On distingue :

<ul style="list-style-type: none"><li>• Les causes <b>organiques</b></li></ul>	Neurologiques, malformations congénitales ORL, pathologies digestives, formes syndromiques révélant des maladies génétiques...
<ul style="list-style-type: none"><li>• Les causes <b>fonctionnelles</b></li></ul>	Prématurité, réflexe nauséux antérieurisé, hyper ou hyposensibilité, trouble d'intégration sensori-motrice, dyspraxie orofaciale, hypotonie...
<ul style="list-style-type: none"><li>• Les causes <b>psychogènes</b></li></ul>	Trouble des conduites alimentaires, anorexie, opposition alimentaire, psychose...

## Manifestations d'éventuels troubles de l'oralité

- Nausées, vomissements, régurgitations,
- Reflux gastro-oesophagien,
- Fausses-roues, toux,
- Réflexe nauséeux important,
- Fuite de lait aux coins des lèvres,
- Lenteur de la tétée.
- Refus total ou sélectif de la nourriture,
- Sélectivité sur la température des aliments,
- Nourriture non avalée, gardée en bouche,
- Problème de croissance,
- Hypersensibilité au toucher,
- Comportement d'évitement du repas.

## Regard du médecin

- ✓ A une approche clinique avec un rôle d'identification d'une ou plusieurs causes révélatrice(s) du trouble de l'oralité.
- ✓ Observe le temps du repas.
- ✓ Estime le retentissement sur la courbe staturale-pondérale.
- ✓ Dialogue avec les parents.
- ✓ Conseille les parents.
- ✓ Propose un traitement si nécessaire.
- ✓ Demande des avis complémentaires : pédiatre, neuro-pédiatre, pédopsychiatre, O.R.L., gastro-entérologue généticien ...
- ✓ Oriente vers d'autres professionnels de soins.



## Regards de la sage-femme et de la puéricultrice

- ✓ Accompagnent les parents dans le mode d'alimentation.
- ✓ Conseillent les parents sur la posture, le portage, le peau à peau.
- ✓ Proposent des adaptations : de la tétine, utilisation de la double cuillère, aliments ludiques, environnement calme...
- ✓ Encouragent les parents à mettre en place des actions en faveur du développement de l'oralité : éviter l'utilisation abusive de la sucette, utilisation de jouets à mâcher, jeux de mimiques, de souffle...
- ✓ Repèrent l'apparition de difficultés alimentaires.
- ✓ Orientent les familles vers d'autres professionnels compétents.



10

## Regard de l'orthophoniste

- ✓ Evalue la présence et l'incidence d'un trouble de l'oralité.
- ✓ Si l'oralité alimentaire est inefficace, le développement de l'oralité verbale est compromis, car ce sont les mêmes organes et les mêmes voies neurologiques qui sont utilisés.
- ✓ Propose une prise en charge la plus précoce possible des troubles de l'oralité pour prévenir les troubles secondaires du langage.
- ✓ Accompagne et conseille les parents dans la prise en charge des troubles de l'oralité.
- ✓ Accompagne les équipes de soins en néonatalogie.
- ✓ Prend en charge très précocement dans le cas d'une grande prématurité pour mettre en place les schèmes sensori-moteurs nécessaires à une succion-déglutition efficace, par des stimulations péri-buccales et intra-buccales.
- ✓ Prend en charge très précocement dans d'autres pathologies, notamment organiques.



11

## Regard du psychomotricien

- ✓ Repère les signes d'un trouble de l'oralité et leurs conséquences futures : troubles alimentaires, retard de développement psychomoteur, insécurité interne par manque d'ancrage, immaturité avec des difficultés d'individuation, difficultés de construction et d'intégration des repères spatiaux, manque de justesse relationnelle.
- ✓ Propose un accompagnement précoce pour réintégrer la sphère buccale dans l'image globale du corps.
- ✓ Aide au positionnement et au portage.
- ✓ Encourage à la succion non nutritive pendant le gavage.
- ✓ Aide à stimuler le bébé à se réveiller, à rentrer en contact.
- ✓ Accompagne et soutient les compétences personnelles de la mère.



12

## Regard de l'ergothérapeute

- ✓ Propose des aides palliatives en cas de troubles de la motricité (dystonie, spasticité, extension réflexe...) qui entravent le bon positionnement lors de la déglutition.
- ✓ Conseille dans le choix de matériel (chaise haute, ustensile pour l'alimentation...).
- ✓ Confectionne un siège corset si nécessaire.
- ✓ Met en place un protocole de désensibilisation (comme le protocole de Willbarger ou brushing) en cas d'hypermotilité tactile.
- ✓ Conseille et fait expérimenter des petites aides techniques pour la déglutition.
- ✓ Met en place un moyen de communication alternatif personnalisé en cas de forte altération de l'oralité verbale.



13

## Regard du psychologue

- ✓ Repère et évalue les troubles de l'oralité et les troubles de la relation.

### Si causes organiques ou fonctionnelles :

- ✓ Restaure la confiance des parents en travaillant sur leur sentiment d'incompétence et de culpabilité.
- ✓ Favorise précocement le lien d'attachement et les interactions afin de ne pas aggraver le trouble de l'oralité et éviter l'apparition de troubles supplémentaires.
- ✓ Renforce l'estime de soi de l'enfant lorsque celle-ci a été mise à mal par un trouble de l'oralité et l'aide à assumer ses difficultés.

### Si causes psychogènes :

- ✓ Evoque les résonances des troubles de l'oralité dans l'histoire de vie familiale afin de retrouver du lien et du sens et pour éviter les non-dits.
- ✓ Propose une psychothérapie à l'enfant afin de délier ses points de fixations et de l'amener à les dépasser.
- ✓ Propose une psychothérapie parent-enfant afin de travailler l'attachement et l'accordage dans les liens.

## A qui s'adresser ?

- ✓ Syndrome de dysonomie  
= Approche averti-disciplinaire coordonnée par le médecin en collaboration avec les parents

