



# Les troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants déficients

Description, repérage et prise en charge des troubles

Livre à l'intention

des équipes éducatives

## Sommaire

L'oralité alimentaire	p .5
Le déroulement de la déglutition	p. 6-7
Des étapes à franchir.	p.8
Des difficultés à repérer.	p.9
L'hypersensibilité	p 10-11
Des complines	p. 12-13
L'hyperausseux	p 14-15
La fermeture de la bouche et le bavage	p. 16 à 19
Les difficultés de mastication	p. 20-21
Les fausses routes	p. 22-23
Du matériel	p. 24-25
Des références utiles	p. 26
Des contacts	p. 27

« Quand l'appétit va, tout va »,  
mais quand, en plus du handicap,  
des difficultés lors du repas apparaissent, que faire ?

Dans ce livret, vous trouverez des informations sur l'anatomie de la zone buccale et sur le processus de la déglutition.

La description de l'évolution de l'alimentation de l'enfant pourra vous aider à détecter un éventuel retard de développement.

Les différents troubles pouvant être rencontrés seront décrits ainsi que des pistes pour y remédier.

Des références d'ouvrages pour un complément d'informations sont citées à la fin de l'ouvrage.



Ce livre introduit les informations concernant le trouble décrit.



Cet œil interpelle le lecteur sur les signes à repérer pour identifier le trouble décrit.



La main annonce des idées d'activités à proposer en dehors du repas.



À table ! Idées et conseils pour faciliter les repas.



Attention, les activités décrites ne sont à proposer qu'après s'être renseigné sur l'état médical de l'enfant auprès du médecin, de l'orthophoniste ou d'un autre professionnel de santé.

## Qu'est-ce-que l'oralité alimentaire ?

L'oralité est un terme qui regroupe toutes les fonctions orales, c'est-à-dire remplies par la bouche. Ces fonctions sont la respiration, l'alimentation, l'expression (les cris puis le langage), l'exploration (l'enfant met les objets à la bouche pour les découvrir) .

L'oralité ne se réduit pas à la bouche, elle s'étend au niveau des voies digestives et respiratoires.

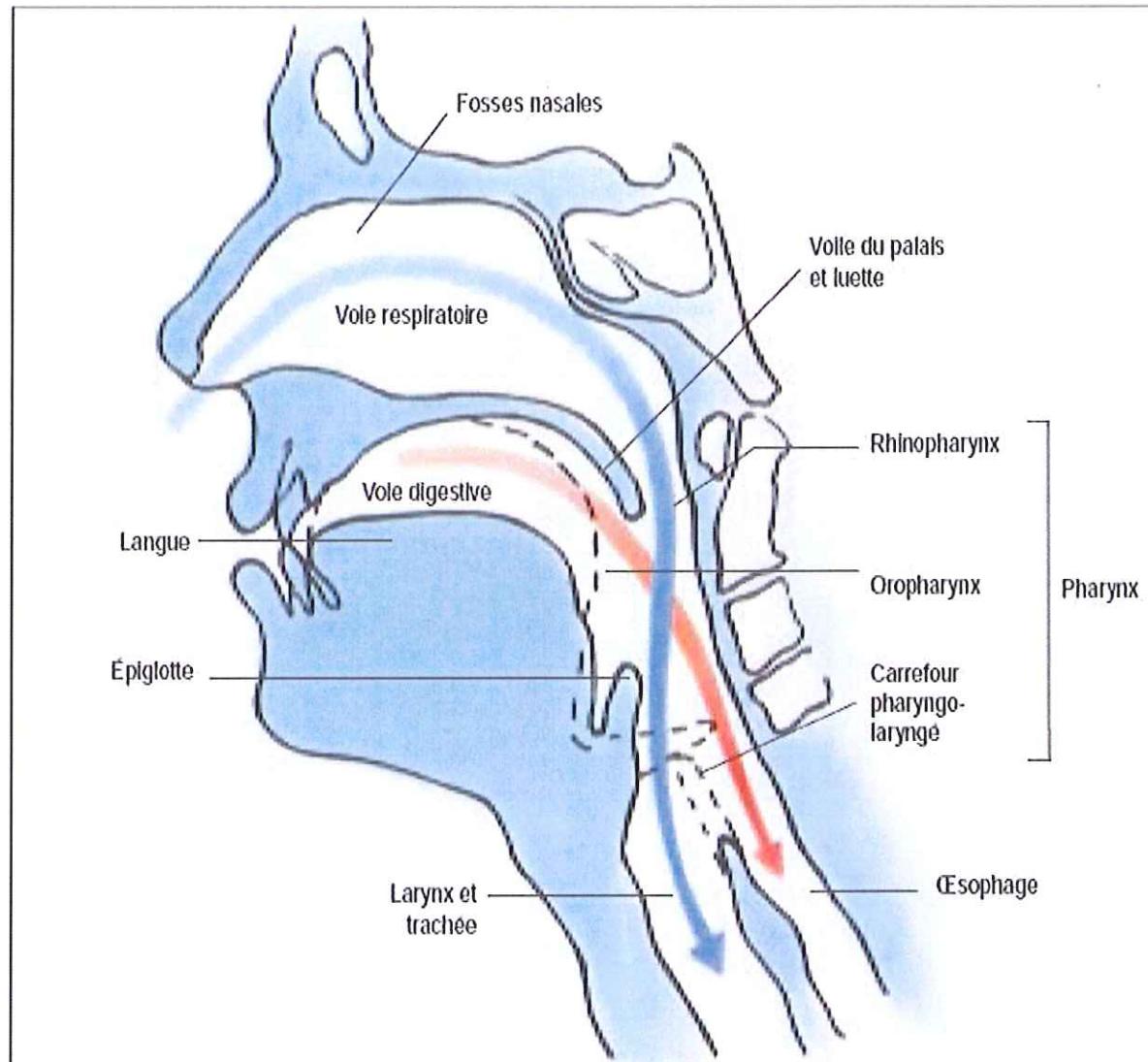
On distingue l'oralité alimentaire (manger) et l'oralité verbale (s'exprimer).

Mais ces deux aspects de l'oralité se développent en parallèle.

Le développement de l'oralité va se faire progressivement.

L'oralité primaire, de la naissance à l'âge d'un an, correspond à la période pendant laquelle le bébé tète de façon réflexe.

Avec l'utilisation de la cuillère, le passage à l'oralité secondaire se fait peu à peu. L'enfant va apprendre à mastiquer.



Carrefour des voies respiratoires et digestives

## Le déroulement de la déglutition

Les aliments vont passer de la bouche à l'estomac. L'ensemble des mécanismes qui permettent ce passage s'appelle la déglutition. Elle se décompose en trois étapes.

- 1) La phase orale: son déroulement est volontaire. Les aliments sont mâchés et imbibés de salive et forment le bol alimentaire. Les lèvres sont fermées, la langue monte, le bol alimentaire est plaqué contre le palais, la partie arrière de la langue recule. Le bol est propulsé vers le pharynx.
- 2) La phase pharyngée: elle débute par le réflexe de déglutition, le bol alimentaire est propulsé vers l'oesophage. Les voies respiratoires sont protégées par différents mécanismes.
- 3) La phase oesophagienne: le bol alimentaire parcourt l'oesophage avant d'arriver dans l'estomac, c'est le début de la digestion

## *Des étapes à franchir.*

- ♦ De la naissance jusqu'à la fin du 4<sup>e</sup> mois, le lait, maternel ou 1<sup>er</sup> âge est le seul aliment à proposer au bébé.
- ♦ De 4 à 6 mois, c'est le début de la diversification.. Le lait reste l'aliment principal mais le bébé découvre de nouveaux aliments qui peuvent lui être donnés à la cuillère. La nourriture devient semi-liquide, sous forme de fruits ou légumes, cuits et mixés afin d'obtenir une texture lisse.
- ♦ Entre 6 et 9 mois, les premières dents apparaissent, le bébé commence à mâcher les textures mixées, il peut manger des morceaux fondants et découvrir de nouveaux aliments (viande, petites pâtes...)
- ♦ De 9 à 12 mois, il va développer peu à peu ses capacités de mastération, même si pour le moment, il malaxe les morceaux mous, plus qu'il ne les mastique. Il veut tenir sa cuillère et sa tasse seul.
- ♦ À partir d'un an, l'enfant va commencer à manger des petits morceaux durs. La mastération est acquise mais elle demandera un long apprentissage, jusque l'âge de 6 ans où elle sera de type adulte. Après deux ans, il découvre la fourchette et peut manger proprement.

Les âges donnés servent de repères mais peuvent varier selon les enfants.

## *Des difficultés à repérer.*

Les étapes vers l'alimentation autonome sont pour certains enfants, plus difficiles à franchir. Des indices peuvent aider à repérer d'éventuelles difficultés. Lors du repas, on sera attentif si un enfant présente certains des comportements suivants:

- \* Montre un désintérêt pour la nourriture
- \* Refuse un mode d'alimentation (biberon, cuillère..) ou un type de texture (liquide, moulinée, morceaux...)
- \* Souffre de nausées ou de vomissements
- \* Déclenche un réflexe nauséux à l'introduction en bouche de la cuillère
- \* Présente une toux ou une mimique grimaçante pendant ou après la prise de liquide ou d'aliments solides
- \* Ne ferme pas la bouche complètement
- \* Bave
- \* Est lent pour s'alimenter
- \* N'avale pas, garde en bouche les aliments

## L'hypersensibilité



L'hypersensibilité peut concerner des enfants qui ont eu peu d'occasions de faire des expériences tactiles ou qui ont subi des soins douloureux. Les enfants nés prématurément, nourris artificiellement sont à risque.



L'hypersensibilité peut être globale ou limitée à la bouche.

Un enfant hypersensible n'aime pas être touché, manipulé, lavé. Les extrémités, pieds et mains sont davantage concernées par ces défenses tactiles. L'enfant ne veut pas toucher la nourriture avec les mains. Marcher pieds nus est désagréable pour lui. Il peut aussi être gêné par certains bruits, odeurs.

L'hypersensibilité buccale peut expliquer qu'un enfant refuse les morceaux, n'accepte que certains aliments à une certaine température.

Le brossage des dents est souvent difficile. La bouche n'est pas source de plaisir et n'est pas utilisée comme outil pour découvrir et explorer les objets.



Des activités ludiques peuvent aider l'enfant à s'habituer à de nouvelles sensations. C'est la désensibilisation.

## Le corps

Massages, pâle à modeler, peinture à doigts, bols remplis de graines (semoule, riz...), balles de texture différentes et tout support présentant des textures nouvelles peuvent être proposés à l'enfant.

## Autour de la bouche

La désensibilisation de la zone buccale se fait:

- \* De façon ludique
- \* En dehors des repas
- \* Toujours dans le même ordre, avec des rituels, pour que l'enfant puisse anticiper
- \* Avec une progression partant des mains, allant jusqu'au visage, pour arriver à la bouche puis dans la bouche

Brosse à dents, bâtonnets en caoutchouc, objets vibrants peuvent être proposés à l'enfant

Les complines sont un support idéal pour donner des repères à l'enfant et pour rendre les stimulations plus ludiques. Les parties du corps peuvent être nommées en même temps qu'elles sont touchées. Des massages appuyés avec la main sont souvent mieux acceptés que des effleurements.

# Des complines

## La main

### Poing poing poing, ouvre-toi

Poing, poing, poing, ouvre-toi (taper le poing contre la table)

Fais voir les petits doigts : (déplier le doigt nommé)

"Bonjour dit le pouce

"Bonjour dit l'index,

"Bonjour dit le majeur

"Bonjour dit l'annulaire

"Bonjour dit le petit doigt

Poing, poing, poing, ouvre-toi (taper le poing contre la table)

Ça y est je suis ouvert ! (agiter la main ouverte)

### Mes doigts

Le pouce pour sucer

L'index pour montrer

Le majeur, parce qu'il est le plus fort

L'annulaire pour y mettre une bague

Et ce petit coquin là...

Pour le mettre dans l'oreille

### Que fait ma main ?

Que fait ma main ?

Elle caresse: doux, doux, doux (une main caresse l'autre main)

Elle pince: ouille, ouille, ouille (une main pince l'autre)

Elle chatouille: guili, guili, guili (une main chatouille l'autre)

Elle graille : grr, grr, grr (une main graille l'autre)

Elle frappe: pan, pan pan (une main tapote l'autre)

Elle danse: hop, hop, hop (la main tourne en l'air)

Et puis...

Elle s'en va (la main est cachée derrière le dos)

## Le visage

### Le visage

Beau front

Beaux yeux

Nez de cancan

Bouche d'argent

Menton fleuri

### Je fais le tour de mon jardin

Je fais le tour de mon jardin (faire le tour du visage)

Bonjour Maman (toucher un sourcil)

Bonjour Papa (toucher l'autre sourcil)

Je descends l'escalier (descendre le doigt le long du nez)

Je m'essuie les pieds sur le paillason (toucher sous le nez)

Et je ferme la porte à clé ! (toucher les lèvres)

### Trop curieux

Tu es vraiment trop curieux

Cache tes yeux !

Bien plus curieux qu'une abeille

Bouche tes oreilles !

Plus curieux qu'un chimpanzé

Pince ton nez !

Et plus curieux qu'une mouche

Ferme ta bouche !

## L'hypernauséux



Le réflexe nauséux est présent chez tout individu. Il correspond à l'inverse de la déglutition. Il provoque donc un vomissement. Il se déclenche normalement quand on stimule le fond de la bouche ou quand l'organisme détecte, par le goût ou l'odeur une substance dangereuse.

Chez certaines personnes, ce réflexe est plus sensible. Il se déclenche alors que la stimulation n'arrive pas jusqu'au fond de la bouche, ou que l'aliment introduit n'est pas dangereux.



Certains signes peuvent faire penser que l'enfant présente un hypernauséux:

Le passage du biberon à la cuillère est difficile.

Il n'accepte qu'une alimentation moulinée.

Il ne tolère pas les variations de température.

Il n'accepte que certains aliments.

Il refuse certains aliments selon des critères tels que la couleur, le contenant...

Il refuse et recrache les morceaux ou les garde en bouche sans oser les avaler.

Quand il trouve en bouche un morceau qu'il n'avait pas vu, il peut parfois vomir la totalité du repas, surtout quand le morceau était mêlé dans une alimentation mixée.

Il devient de plus en plus difficile et refuse des aliments qu'il acceptait auparavant.

Les repas ne sont plus des moments de plaisir.

Il ne porte pas les objets à la bouche.

Il se débat quand on nettoie son visage.

Il refuse le brossage des dents.

Si certains de ces signes sont observés, l'orthophoniste peut effectuer un petit test pour confirmer cet hypernauséux et évaluer son importance. Il suffit de faire un massage rapide et énergique sur le dos de la langue avec le doigt et de vérifier si l'enfant manifeste une réaction de dégoût, s'il a un haut-le-coeur... .

Hypernauséux et hypersensibilité des extrémités ou buccale sont souvent associés.

 Des massages à réaliser sept à huit fois par jour dans la bouche de l'enfant vont dans la plupart des cas atténuer ce problème. Guidé par l'orthophoniste, l'enourage proche de l'enfant peut proposer ces massages dont l'amplitude augmentera progressivement. Ils seront accompagnés d'une routine, compline ou petite histoire. En plus des massages, on pourra proposer à l'enfant les mêmes stimulations qu'en cas d'hypersensibilité.

 Le repas des enfants souffrant d'une hypersensibilité ou (/et) d'un hypernauséux doit rester un moment de plaisir et permettre un apport alimentaire suffisant. On respectera donc le plus possible les goûts, la température, les textures tolérées par chaque enfant. On choisira également une cuillère en plastique souple moins agressive que le métal.

## La fermeture de la bouche et le bavage



Des anomalies morphologiques ou des troubles de la motricité peuvent expliquer qu'un enfant ne peut ou ne sait pas fermer la bouche. Cela gêne la préhension des aliments par les lèvres sur la cuillère, la boisson au verre et peut entraîner un bavage.

Le bavage peut aussi être expliqué par une absence ou un trouble de la déglutition de la salive, une hypersensibilité intra-buccale ou plus rarement un excès de salive. (hypersialorrhée)

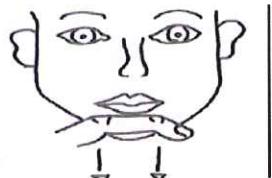
Le bavage peut avoir des conséquences: inconfort, relâchissement social, lésions cutanées, fausses routes salivaires.



On va donc essayer de faire diminuer ce bavage.

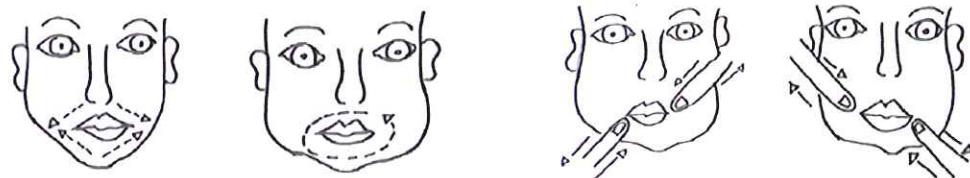
### Encourager l'enfant à fermer sa bouche

Fermer la bouche de l'enfant sans rien lui demander de volontaire. Exercer une pression sur la lèvre supérieure ou relever la lèvre inférieure. Pour obtenir un mouvement, il est parfois utile d'y opposer une force contraire. Faire pression sur le menton avec l'index pour abaisser la mâchoire inférieure. relâcher la pression, la mandibule fera le trajet inverse et la bouche se fermera naturellement.



Pour que cela devienne un automatisme chez l'enfant, il faut effectuer ces gestes plusieurs fois par jour, à un moment où l'enfant porte son attention sur une autre activité (bain, jeux...)

Rendre les lèvres plus toniques va permettre d'obtenir une fermeture de bouche plus efficace. Des massages, par vibration ou avec de la glace ainsi que des exercices volontaires peuvent augmenter le tonus des lèvres.



Les instruments à vent peuvent inciter l'enfant à serrer les lèvres.

### Favoriser la respiration nasale

Les enfants ayant la bouche entrouverte en permanence ont une respiration buccale.

Pour respirer par le nez, il faut que celui-ci ne soit pas encombré. Il faut penser à le vérifier.

Faire s'envoler des plumes, des bouts de papier, faire des ronds de buée, souffler dans une flûte... avec le nez, voilà quelques idées pour que l'enfant prenne conscience du souffle nasal.

### Normaliser l'hyposensibilité

L'enfant peut baver car il ne sent pas ce qui se passe autour et dans sa bouche, on parle d'hyposensibilité buccale. Des massages par effleurements, lents avec des glaçons, des sensations contrastées peuvent aider l'enfant.

Cette hyposensibilité diminuant le nombre de déglutitions automatiques, il faut inciter l'enfant à avaler sa salive. le faire bruyamment soi-même devant lui peut l'aider à en prendre conscience.

L'hyposensibilité gêne l'enfant qui ne sent pas si son menton est mouillé ou non. Avec des bracelets en éponge pour joueurs de tennis, il pourra prendre l'habitude de s'essuyer seul le menton.



Lors du repas, l'enfant va être gêné pour ramasser le contenu de la cuillère. Il va essayer de maintenir ses mouvements de succion. On peut grâce à certains gestes l'aider à fermer la bouche et à limiter les mouvements d'avancée de la langue.

### La cuillère



-Pour nourrir un enfant, se placer en face de lui, de façon à ce que la cuillère arrive du haut, permet de maintenir la tête en bonne position.

-on présente la cuillère horizontalement, on l'introduit complètement dans la bouche.

-On appuie franchement sur la langue avec la cuillère, pour empêcher la langue d'avancer.

-On aide manuellement à fermer les lèvres si besoin

-On retire la cuillère.

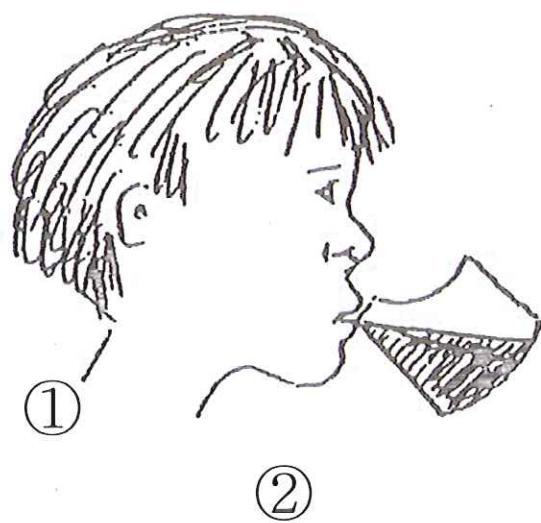
Il ne faut pas laisser l'enfant avec la bouche ouverte.  
On ne vide pas la cuillère dans la bouche.

## Le verre

Un enfant qui ne ferme pas la bouche, va avoir des difficultés à boire au verre. On va pouvoir l'y aider en prenant soin de ne pas vider le verre dans la bouche, de ne pas enfonce le verre entre les dents ou sur la langue. Il ne faut pas laisser l'enfant avaler bouche ouverte. Pour éviter que l'enfant ait besoin de renverser la tête pour boire, on peut utiliser un gobelet en plastique échancré, pour que le nez ne bute pas contre le verre.



Face



Profil

- ①Contrôle de la flexion tête-cou
- ② Contrôle de la fermeture du maxillaire

- La tête est légèrement penchée en avant.
- On remplit le verre à moitié.
- On ferme, si besoin, la bouche de l'enfant.
- On pose le verre sur la lèvre inférieure.
- On amène doucement le liquide au contact de la lèvre supérieure.
- On attend que l'enfant aspire, cela peut parfois prendre un temps assez long chez certains.

## Les difficultés de mastération



Avec la diversification alimentaire, l'introduction des morceaux va demander à l'enfant une adaptation. Il va devoir passer de la succion, qui était un réflexe, à la mastération. Il va devoir apprendre à mâcher. Des difficultés à mastiquer peuvent provenir d'une mobilité perturbée au niveau de la langue ou des mâchoires.



Pour savoir si l'enfant mastique correctement, on peut faire ce petit test.

On introduit une mouillette de pain ou un morceau de biscuit entre la joue et les molaires au niveau de la mâchoire inférieure. On observe alors le travail de la pointe de langue:

- Si elle reste en position médiane en faisant des mouvements d'avant en arrière, l'enfant ne mâche pas, il avale les morceaux, grâce à un mouvement de succion.
- Si elle se dirige vers le morceau de biscuit, c'est bon signe. On refait la même chose en introduisant le morceau de l'autre côté afin de vérifier s'il existe un côté préférentiel.

Ensuite on introduit le morceau de biscuit sur le bout de la langue, au milieu, et on observe le travail de la langue:

- Si elle se contente de plaquer le morceau au palais, c'est signe de mouvements de succion mais pas de mastération.
- Si elle est capable d'envoyer le morceau sous les molaires, c'est bon signe.



La mastication peut être stimulée grâce aux brosses à dents spéciales bébé que l'on place entre les molaires de l'enfant en l'incitant à mordre. On peut les tremper dans de la compote, de la pâte à tartiner, du fromage fondu, selon les goûts de l'enfant, cela peut le motiver. Cela permet également de faire le lien avec la nourriture.

La seconde étape consiste à présenter à l'enfant des aliments coupés en bâtonnets et à les placer entre les molaires. On peut proposer des petits beurres, des gressins, des biscuits apéritifs... Des textures qui croustillent et qui vont faire du bruit quand on les mâche motivant l'enfant. Ces textures ont aussi l'avantage de fondre assez rapidement avec la salive ce qui va éviter que l'enfant avale un morceau de travers.

On peut ensuite varier les goûts et les textures en fonction des goûts et capacités de l'enfant.

Il est possible de travailler avec l'enfant la mobilité de la langue grâce à des petits exercices, toujours sous forme de jeux. Lécher, tirer la langue, faire monter et descendre la pointe de la langue, la faire aller sur les côtés... On peut, en fonction de la compréhension de l'enfant, faire effectuer ces mouvements sur ordre, sur imitation, ou face au miroir.

Si l'enfant ne peut réaliser ces exercices, on peut améliorer le tonus de la langue par un travail passif. On réalise alors des massages, sous forme de pressions appuyées sur la langue.



Lors du repas, il faut adapter la texture des aliments aux capacités de mastication de l'enfant. (mixé, écrasé, en petits morceaux...) On peut éventuellement proposer quelques morceaux en début de repas, puis mixer le reste du repas. Un enfant qui a faim va parfois être plus motivé pour mastiquer.

## Les fausses routes



Les fausses routes correspondent à un mauvais trajet des aliments, qui passent vers les voies aériennes et non pas seulement dans l'œsophage. Cela nous arrive tous, quand nous avalons de travers. Mais des troubles de la posture ou une mauvaise préparation du bol lors de la mastication augmentent le nombre de fausses routes. Elles sont alors trop fréquentes, et des risques de séquelles existent. (infections pulmonaires, étouffements...).

Les fausses routes doivent donc impérativement être repérées. N'hésitez pas à prévenir l'orthophoniste ou le médecin quand vous pensez qu'un enfant en présente.

Une radio-cinéma de déglutition, réalisée en milieu hospitalier peut confirmer ces troubles.



Pour les repérer, il faut savoir qu'il existe deux types de fausses routes.

Les fausses routes directes ont lieu au moment de la prise alimentaire. Elles se font avec ou sans toux.

Elles peuvent aussi être indirectes, c'est-à-dire à distance du repas, l'enfant avale de travers des aliments qui stagnaient au bord du pharynx.

Il faut penser à des fausses routes quand un enfant présente des signes d'appel tels que:

-il tousser

-son visage se fige, devient grimaçant

-des signes d'étouffements:

-des mouvements parasites (spasticité, athélose) apparaissent.

▪ peau et lèvres changent de couleur

▪ les rythmes cardiaque et respiratoire accélèrent



On peut agir sur certains points pour limiter les fausses routes.

#### L'installation :

Maintenir la tête légèrement inclinée par rapport au tronc.

Amener la cuillère par le bas, pour éviter que l'enfant lève la tête.



#### Les aliments :

Si les fausses routes semblent être liées au fait que l'enfant avale des morceaux sans les mâcher, il faudra adapter la texture des aliments proposés, en les mixant ou en les écrasant en purée. Cela dépend des capacités à mastiquer de l'enfant. On veillera à mixer séparément les différents aliments afin de conserver le plaisir gustatif du repas.

#### Les liquides:

Parfois, ce sont les liquides qui vont provoquer des fausses routes. Des épaississants ou de l'eau gélifiée peuvent être proposées dans certains cas pour compléter l'hydratation.

#### L'environnement:

Des difficultés d'attention peuvent augmenter la survenue des fausses routes. Le bruit et l'agitation du réfectoire gênent parfois l'enfant. Un repas donné au calme, en individuel, peut alors être préférable, ce qui n'empêche pas de rejoindre ensuite le groupe, pour profiter de l'aspect social du repas.



En dehors du repas, un entraînement de la mastication peut être proposé.



Il est important d'être formé aux gestes qui sauvent (manoeuvre de Heimlich) et de pouvoir contacter les secours rapidement.

## Du matériel



Pompons



Plaques tactiles



Anneaux tactiles



Pâte à modeler



Pinceau à maquillage



Gant de toilette fantaisie



Biscuit sec



Anneaux de dentition réfrigérants



Bracelets éponge



Brosse à dents vibrante

Brosses à dents Spéciale Bébé



Chewy Tubes®

## *Des références utiles*

*L'accompagnement parental à la carte , écrit par Isabelle Barbier, contient un Cd-Rom pour imprimer des fiches d'activités publiés chez Ortho-édition.*

*Comment éveiller votre bébé de 0 à 3 ans , ce livre très pratique fourmille d'astuces, de jeux et de comptines adaptées aux différents stades de la croissance de bébé, chez Flammarion ,Isabelle Barbier*

*Mieux nourrir mon enfant, concilier plaisir, éducation et santé, écrit par le Docteur Jean-Michel Lecerf, Cet ouvrage apporte des idées et des conseils pour réussir une éducation alimentaire et pour adapter l'alimentation au goût et aux particularités de l'enfant.*

*Les illustrations du livret sont tirées de:*

- L'accompagnement parental à la carte d'Isabelle Barbier*
- Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition de C. Senez*

## Des contacts

### Groupe Miam Miam

Groupe de travail parents-soignants sur les troubles de l'oralité alimentaire

[www.groupe-miam-miam.fr](http://www.groupe-miam-miam.fr)

### Réseau Lucioles

Association créée par des parents et soutenue par des professionnels dont le but est de contribuer à améliorer la situation des personnes ayant un handicap mental sévère. La rubrique « Soins et santé » du site Internet contient des conseils sur l'alimentation, l'hydratation et les pertes salivaires.

[www.reseau-lucioles.org](http://www.reseau-lucioles.org)

### Kop'Toys

Kop'Toys propose une sélection de jeux et de jouets éducatifs et ludiques adaptés aux besoins des enfants handicapés. Un large éventail de matériel pour la stimulation sensorielle et l'adaptation lors des repas y est disponible.

## *Notes personnelles*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Ce livret présentant les troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants déficients a été réalisé dans le cadre du mémoire présenté par Anne-Céline Zieba, en vue de l'obtention du Certificat de capacité d'Orthophonie.

Les informations contenues dans ce document sont la propriété de son auteur, Anne-Céline Zieba.