

Comprendre



Repérer



Conseiller



Orienter



Troubles de l'oralité

5 Novembre 2015
8h Chrono
Etretat

Elisa LEVAVASSEUR
Orthophoniste

Pourquoi intervenir aujourd'hui ?

- ✓ **Pour ne plus entendre**

 - « les enfants ne se laissent pas mourir de faim »

 - « sa courbe de croissance est bonne, ça va venir »

 - « les orthophonistes ne s'occupent que du langage »

 - « ne cédez pas ! »

- ✓ Pour ne plus voir des familles après une grande période de **nomadisme médical**

- ✓ et parce qu'avant de savoir, j'ai cru voir :

 - « des caprices »

 - « des modes éducatifs mal ajustés »

 - Et qu'il faut donc **être informé et comprendre pour repérer et orienter.**

- ✓ Aujourd'hui on devine que **via le dépistage des troubles de l'oralité**, on pourrait aussi dépister plus tôt **les particularités de développement** ET les prendre en charge précocement, quand **la fenêtre développementale est optimale.**



Le programme

1- Quizz !

2- Comprendre :

les troubles de l'oralité

les troubles de l'intégration sensorielle

3- Repérer

Signes cliniques et complexité du diagnostic

4- Dépister

questionner

examiner

5- Conseiller

quelques pistes, quelques outils à offrir en consultation

6- Orienter

spécificité des différents professionnels



1. QUIZZ

Proportion d'enfants sans problème de santé présentant des troubles de l'oralité ?

- 10%

- 15%

- 25%

- 30%

- 1/2

- 1/5

Quels enfants sont plus particulièrement touchés par les troubles de l'oralité ?

- Les enfants déficients
- Les enfants avec surdité légère
- Les enfants porteurs d'autisme
- Les enfants avec fente palatine
 - Les enfants prématurés
 - Les enfants avec RGO

Les troubles de l'oralité vont de paire avec les troubles de l'intégration sensorielle.
Combien de sens avons-nous ?

-4

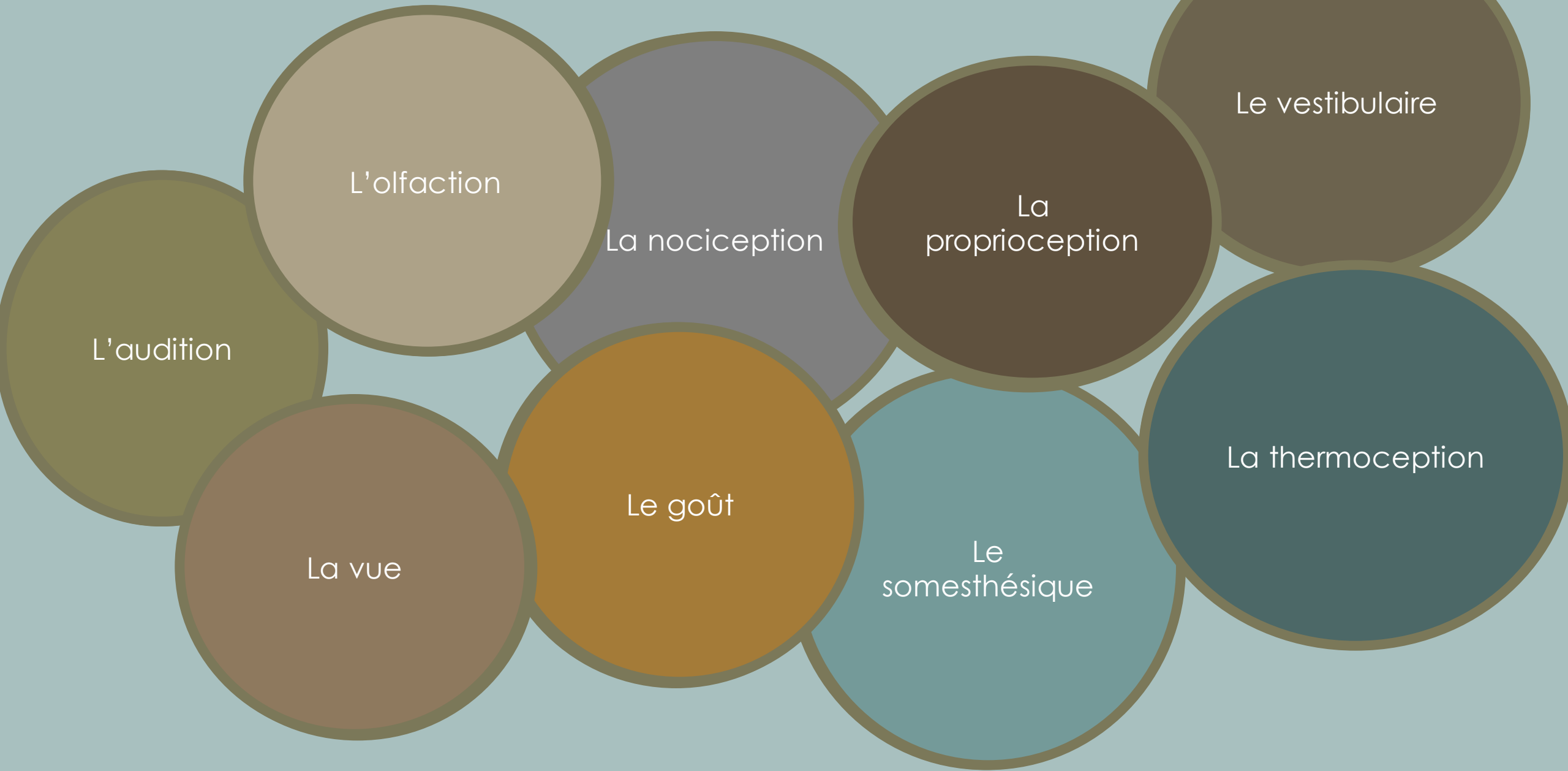
-5

-7

-8

-9

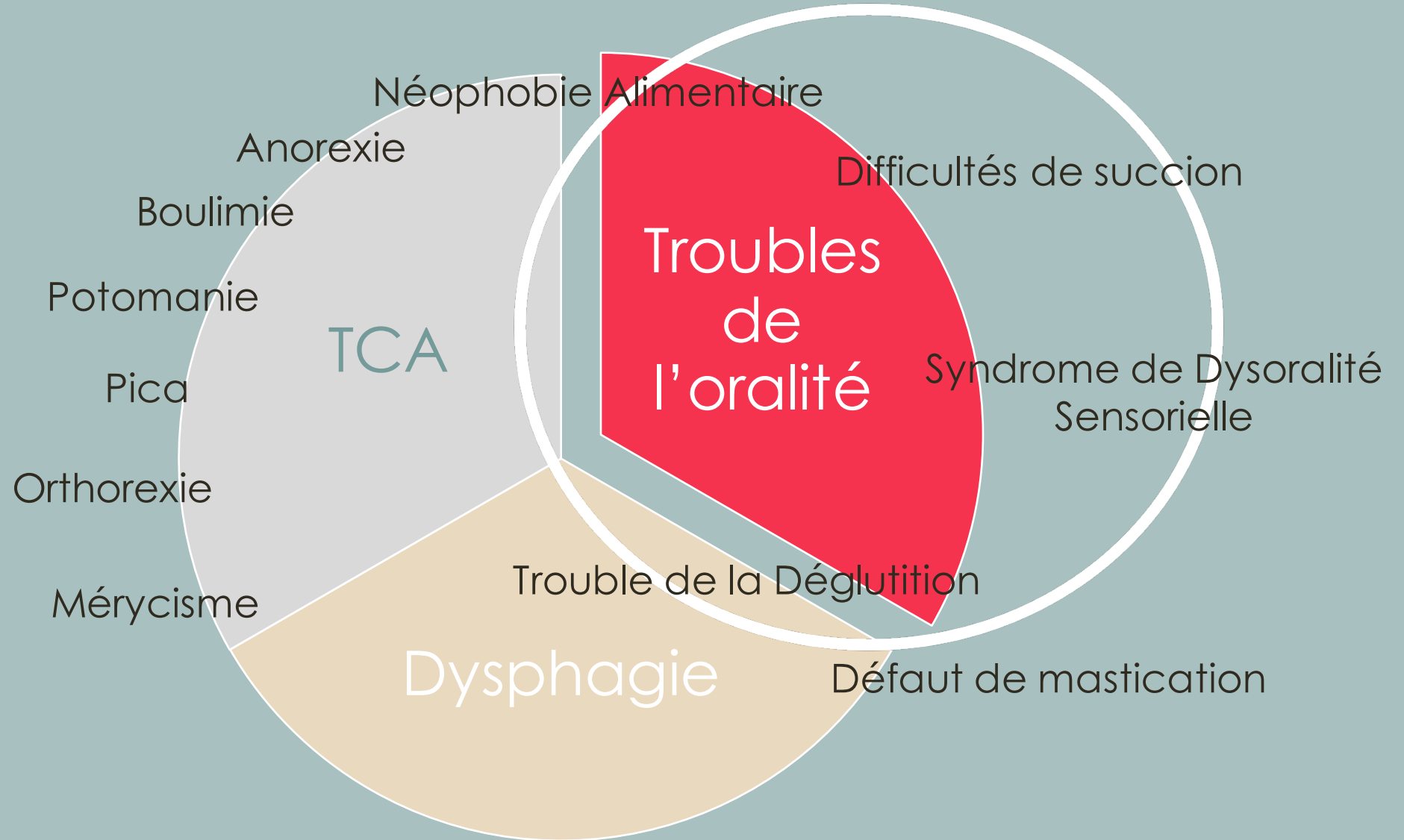
Comptons...





2- COMPRENDRE

Les troubles de l'oralité : des troubles alimentaires



Les troubles de l'oralité, chez quels enfants ?



Manikam 2000, Thibault
2012, Lindberg et al 1991,

Les enfants tout venant

Les prématurés

Les atteintes neurologiques spécifiques (AVC, épilepsie, ...)

Les particularités de développement (TSA, TDAH, TAC, TSLO, EIP ?)

Les atteintes digestives (Atrésie de l'œsophage, RGO, APLV, ...)

Nutrition entérale / parentérale

Les atteintes respiratoires (BDP, asthme sévère, ...)

Les environnements spécifiques (hospitalisés, institutions, ...) et ses réponses

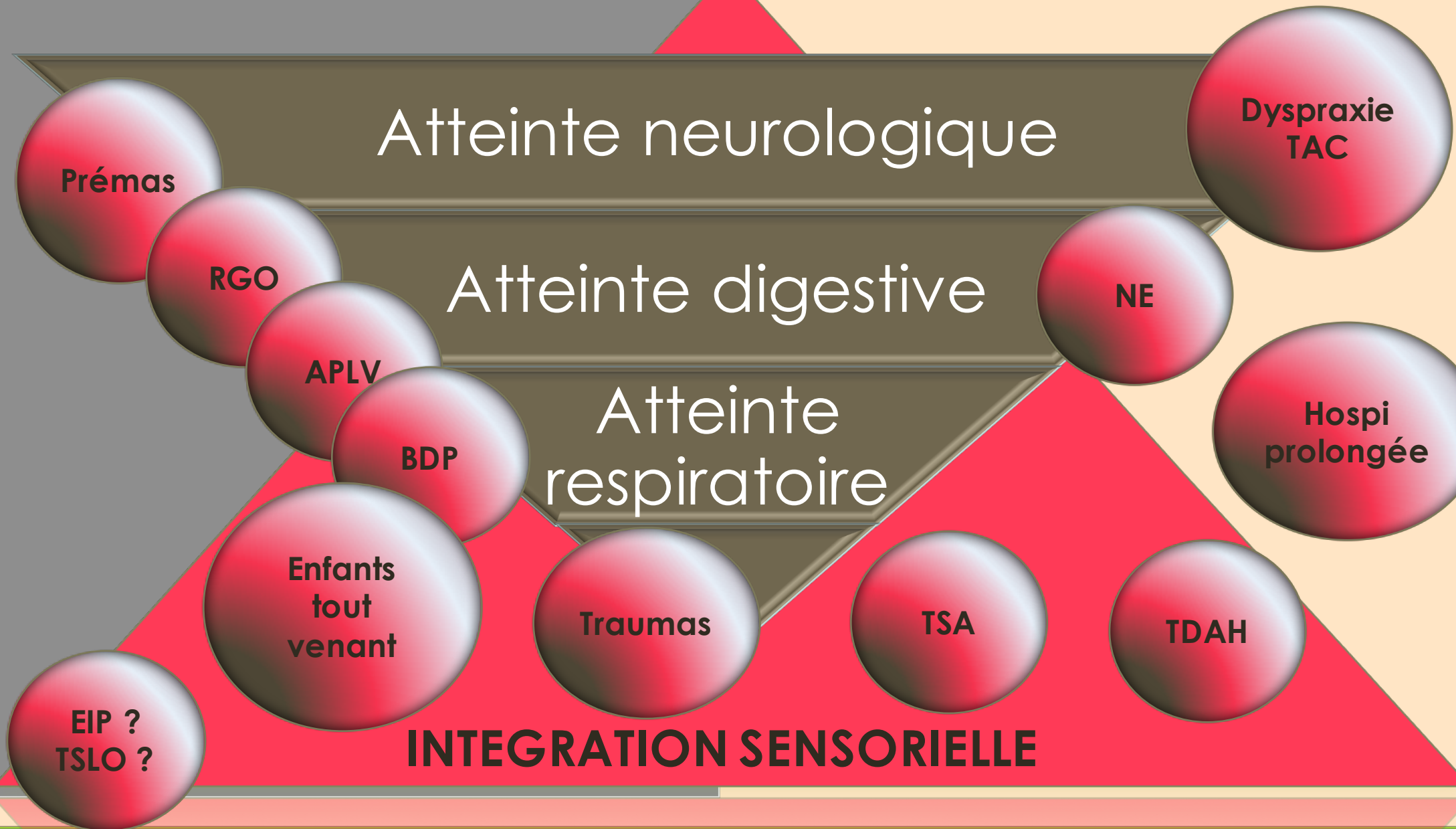


Des chiffres variables dans la littérature. Entre 25% des enfants tout venant et 80% des enfants porteurs de handicaps

Quels terrains pour troubles de l'oralité ?

SYNDROMES GÉNÉTIQUES / MALFORMATIFS

ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL



Troubles de l'intégration sensorielle

□ Les pays anglo-saxons parlent d'ores et déjà de ces troubles là.

➤ **Ayres, Etats Unis, depuis années 60**

Principale instigatrice de la théorie d'intégration sensorielle et de l'approche thérapeutique

« Le système nerveux organise les stimuli pour **planifier nos mouvements et organiser notre comportement.** »

➤ **L.J Miller, Anzalone, Lane, Cermak, & Osten, 2007**

« **troubles d'organisation des stimuli** » entraînant une incapacité à produire une réponse adaptée qui engendre des difficultés à s'adapter dans le quotidien aux activités diverses qu'elles soient non « routinières ».

➤ **Anzalone & Lane, 2011**

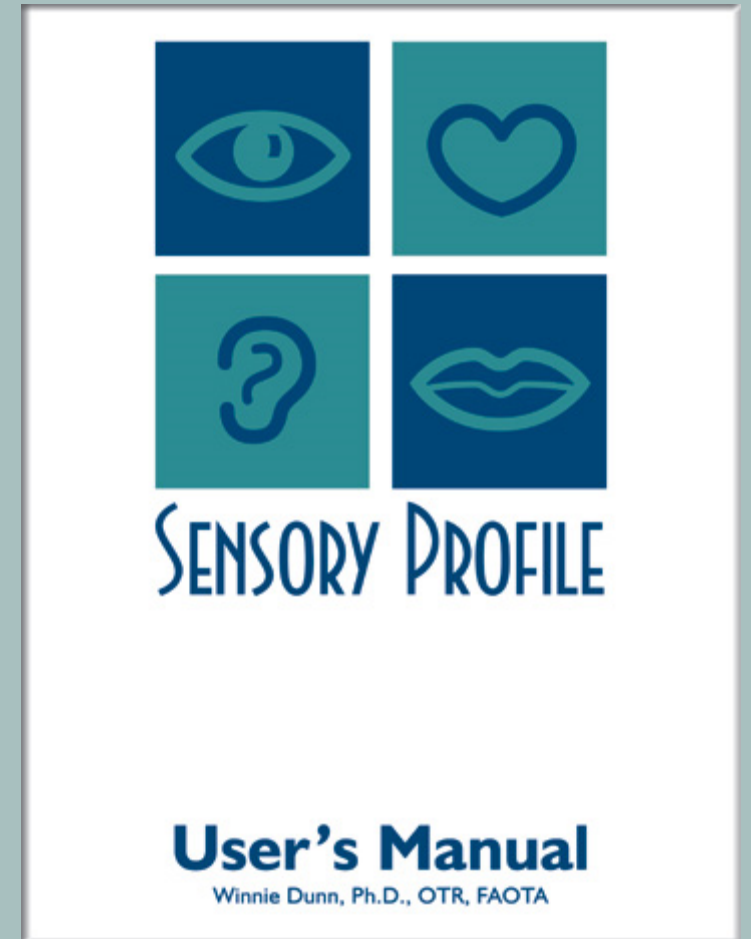
Les stimuli sensoriels peuvent être analysés principalement selon trois paramètres : **leur modalité, leur intensité et leur durée**

Style comportemental et profil sensoriel

- **Winnie Dunn (2001)** va plus loin et parle de **style comportemental**

Elle évoque des profils étroitement liés avec les **seuils neurologiques des perceptions des stimuli**, avec des réponses comportementales Hyper ou Hypo actives.

- Seul **test accessible** aujourd'hui pour tester le profil sensoriel : **Profil de Dunn ECPA**



Jouer au
sable...
quand
tout va
bien...

**Jouer au
sable
quand
on a une
hypersen-
sibilité
tactile ?**

1^{ère} séance

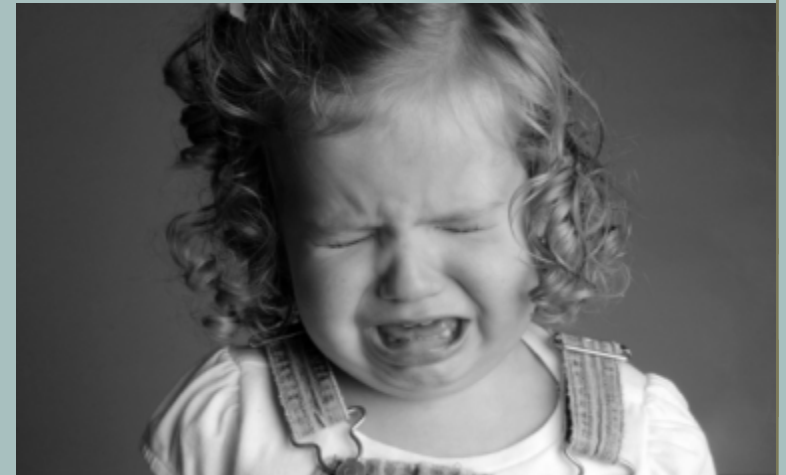
*Activités sensorielles &
abord du langage via
approche multimodale :*

- Écouter,*
- Voir,*
- Toucher,*
- Proprioception*

3-REPERER



Mais comment distinguer le développement normal et la pathologie ?



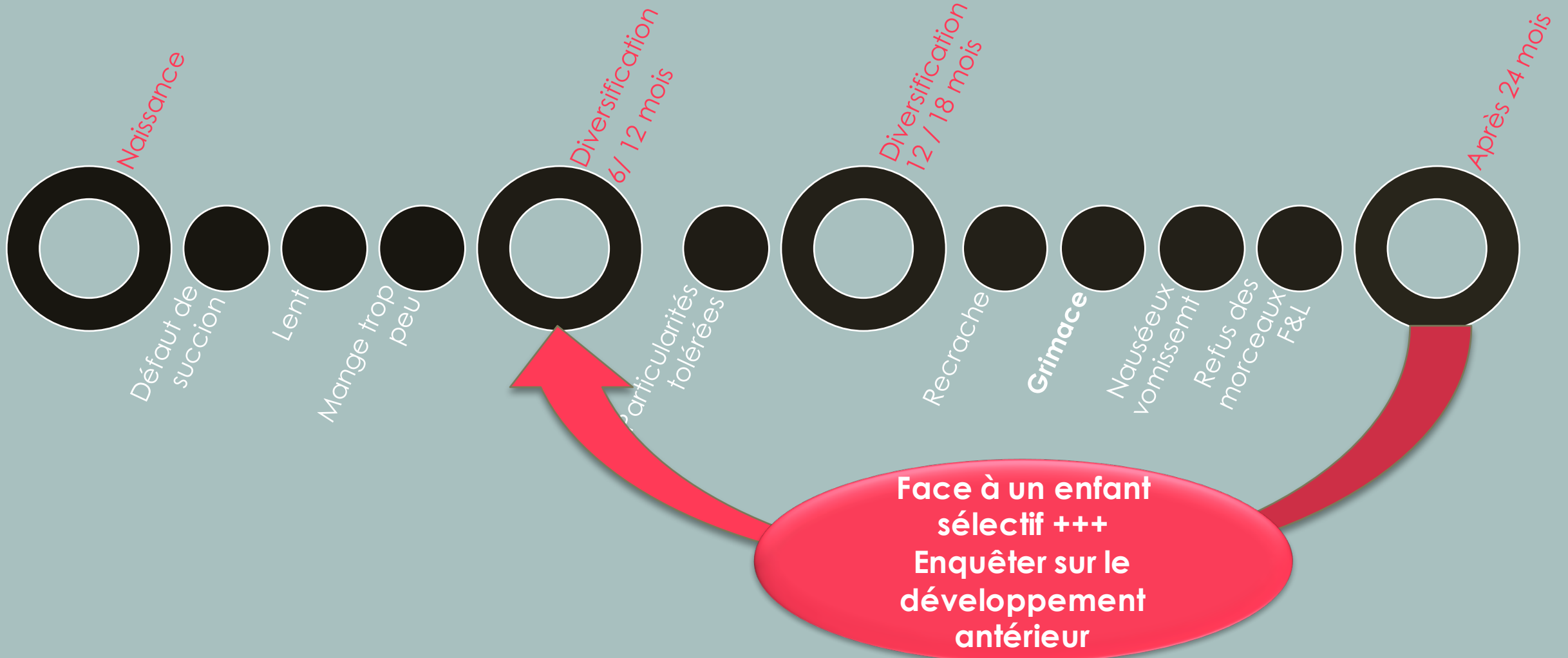
Pourquoi un diagnostic complexe ?

- ❑ **La variabilité des signes cliniques** entre les patients
- ❑ La variabilité des signes cliniques pour un même patient **selon la période de consultation** :
TOA récent ou ancien, plus ou moins fragile au cours de la journée
- ❑ Certains signes cliniques **se retrouvent dans le développement normal**
 - => réflexes nauséeux (au départ de la diversification)
 - => refus des fruits et légumes (entre 2 et 7 ans)
 - => défaut de mastication (mature à 6 ans, lié aux sollicitations entraînant cette fonction)
- ❑ Le lien étroit entre **mode éducatif, environnement et nutrition**

Nécessite de mettre en lien

- l'histoire du développement de l'enfant,
- ses fragilités, son environnement
- son profil alimentaire.

Signes cliniques



Intolérance aux morceaux





**Tousse puis
recrache**



**Recrache après
mastication**



Récapitulatif

Senez 2002 / 2015 Barbier 2013

- ❑ **Intolérances alimentaires** (textures, odeurs, températures)
- ❑ Enfant qui recrache, **vomit**, détourne la tête, montre des **réflexes nauséeux ...**
- ❑ **Sélectivité** des provenances (Industriel / maison), des couleurs, des marques
- ❑ Enfant qui ne peut manger de légumes et des fruits autrement qu'en **purée lisse**
- ❑ Autres **hypersensibilités sensorielles** (mains / pieds en particulier, mais sur les autres sens aussi).
- ❑ **SDS familial** fréquent.

Dans les cas sévères : **enfant dont on ne peut approcher la bouche**

- ❑ **Néophobies alimentaires** en grandissant avec forte sélectivité
- ❑ Associé très souvent à **des retards de développement verbal et moteur**



4-DEPISTER

Schéma préventif

1. Questionnaire aux parents

Réactions à table

Réactions face aux aliments

Réactions spécifiques

Aliments mangés



Capital à proposer
précocement
12 / 18 mois

2. Particularités sensorielles

3. Répercussions des difficultés

4. Réponses environnementales participantes

« Stress, éducation, lieux de vie »

**ECOUTER
QUESTIONNER
OBSERVER**

Page supprimée

Page supprimée

Page supprimée

F

Page supprimée

Page supprimée

Profil sensoriel tactile

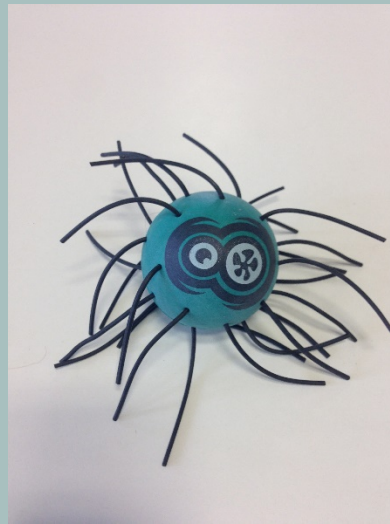
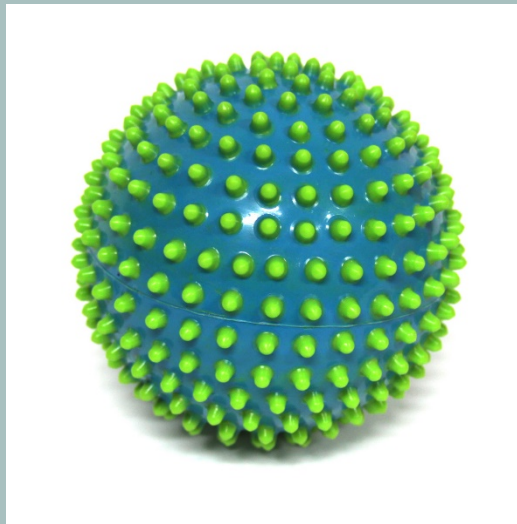
Interroger :

- toucher des textures différentes : pâte à modeler, sable, mettre les mains dans l'assiette
- Tolérer le brossage de dents
- Marcher dans le sable
- 4 pattes dans l'herbe
- Manches courtes et sandalettes
- Etc...

En consultation,

- proposer une balle sensorielle /
- appréhension sévère de l'examen oro-pharyngé ?

Attention aux habitudes de l'enfant qui biaiseraient l'analyse.




Différences inter individuelles De l'hyper à l'hypo...




Stratégies possibles de l'environnement

- Forcer
- Se fâcher
- Faire du chantage
- Le laisser sans manger



Décisions éducatives
souvent **dystimulantes** et
allant entretenir le trouble

- Changer le menu
- Distraindre (chanter, faire l'avion, allumer la télévision, ...)
- donner un jouet
- Éviter les situations amenant des refus
- Le laisser manger debout,



Situations
risquant à terme
d'**altérer la
qualité des
schémas** des
repas, voire leur
contenu

Répercussions

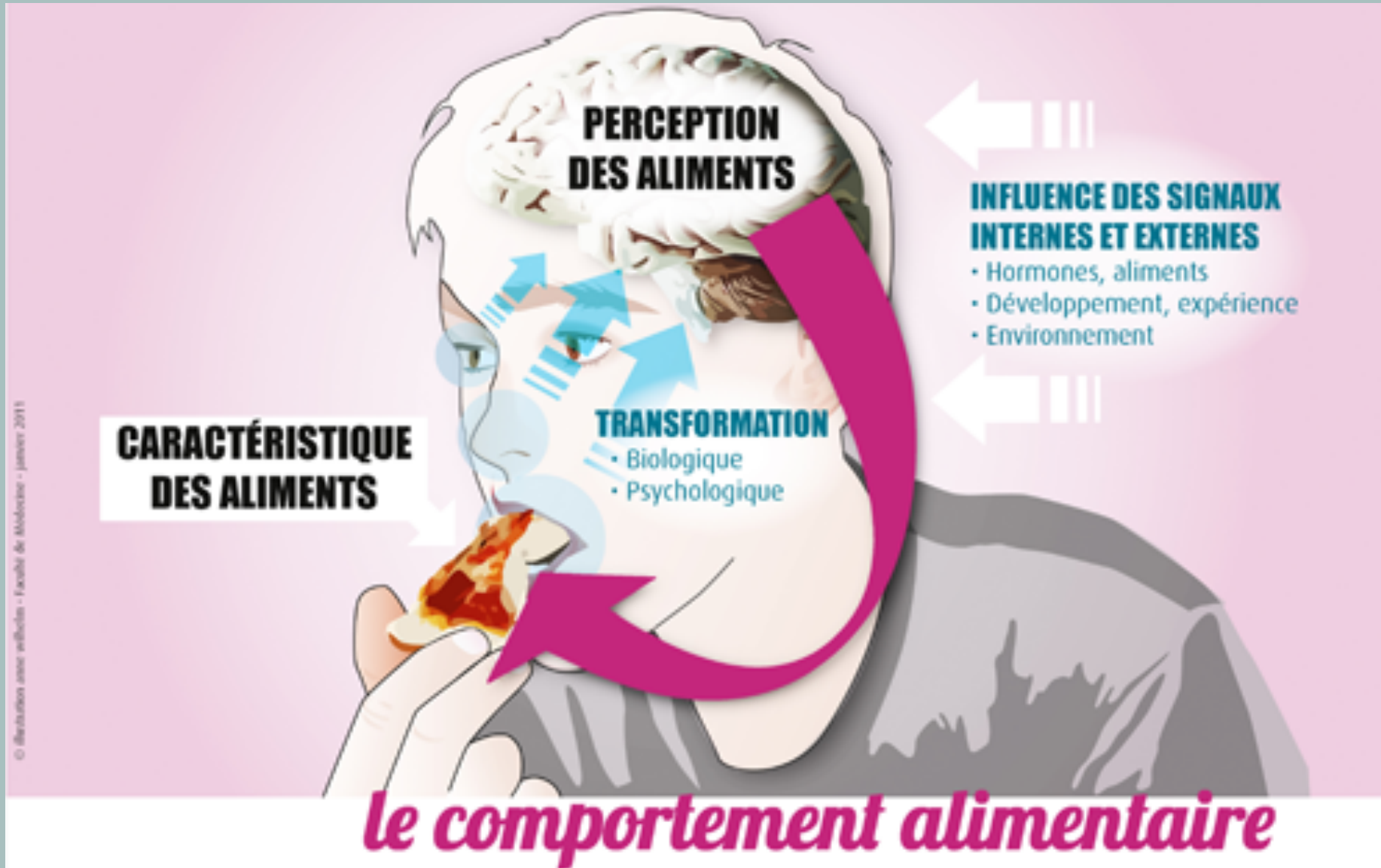






5-CONSEILLER

Différents niveaux à prendre en compte pour soutenir et conseiller



Des conseils à distiller dans la consultation...

- Plaisir !
- Cuisiner ou regarder cuisiner
- Manger ensemble
- Stabilité des schémas
- Taille des portions
- Séparation des textures
- Tolérance des salissures
- Adapter les textures des repas
- Proposer des stimulations en dehors des repas
- Faire confiance
- Aider à manger
- Être patient
- persévérer



- De nombreuses études montrent l'importance :*
- ✓ du partage des repas
 - ✓ de ne pas forcer
 - ✓ de faire confiance aux capacités des jeunes enfants à s'autoréguler
 - ✓ du nombre de présentation

*Etude Opaline sur la diversification
S.Nickaas, N. Rigal, B.Schaal,*

Des livrets de guidance à imprimer



Praxies en folie :

Aurélie Huard et Dorothée Redonnet

<http://info-langage.org/livret-praxies/index.html>

Amuse Bouche pour Difficultés Alimentaires de l'Enfant :

Jasmine Don, Madeleine Gaquiere, Audrey Lecoufle, Audrey Vanmalleghem, Jade Vouters, Véronique Leblanc

Oralité Malmenée (à l'usage des professionnels)

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

Les difficultés à l'alimenter chez les enfants de 0 à 3 ans Présentant un syndrome génétique.

<http://oralite-alimentaire.blogspot.fr/>

J. Don et M. Gaquière

Autres outils : <http://oralite-alimentaire.fr/livrets-oralite-en-ligne>

TSA, gastrostomie, fentes, ...



Praxies en folie pour les petits



Livret de conseils
pratiques aux parents



NUTRICIA
Nutrition & Medical Nutrition
Nutrition Médicale Nutrition

Contenu récurrent des livrets

- Massages oro-faciaux
- Praxies bucco-faciales
- Langage et routine de communication
- Stimulations tactiles mains / olfactives / gustatives.
- Insistance sur la notion de plaisir



ATTENTION

Oublions **les règles alimentaires** face à un enfant qui ne mange pas assez !

Un enfant « privé », « puni » **ne mangera pas plus**

L'équilibre alimentaire devient secondaire

Ne pas confondre **trouble de l'oralité et néophobie** alimentaire passagère !



6- ORIENTIER

Quelles prises en charge ?

- Orthophonistes
- Kinésithérapeutes
- Psychologues

- *PEC pluridisciplinaire dans les CAMSP et IME*
- *Consultations spécifiques dans les CHU*
- *Quelques libéraux très actifs*

Mais aussi :

- Psychomotriciens
- Ergothérapeutes

=> connaissances récentes, peu de professionnels formés

La prise en charge orthophonique

1- EVALUATION (1)

Anamnèse :

enquête développementale

Analyse des terrains éventuels

Comportements à table

Inventaire alimentaire : sélection +/- répercussions sur les apports ?

Réponses environnementales

Profil sensoriel :

Interrogatoire sensoriel alimentaire / non alimentaire

enquête sensorielle du schéma repas

Jeux sensoriels (balle / Z-vibe / eau / brosse à dents / ...)

Observations :

relations parents / enfant

comportement spontané de l'enfant



La prise en charge orthophonique

1- EVALUATION (2)

Examen intrabuccal (souvent impossible)

bucco-dentaire

palais

pharynx

réactions au contact gouttières / langue / palais

Essai alimentaire

liquide / croquant / yaourt

déglutition

mastication

comportement enfant / parent

Praxies bucco faciales (en fonction de l'âge)

sur incitation spontanée ou imitation

sur demande verbale

sur photo



La prise en charge orthophonique

1- EVALUATION (3)



Evaluation de la communication verbale ET non verbale !



Bases théoriques de la PEC orthophonique
«Plasticité cérébrale». C. Alvarez

PLASTICITÉ
CÉRÉBRALE

Prise en charge orthophonique

1- REEDUCATION (1)

- Guidance parentale +++
- Travail sensoriel : 8 sens
- Approche multimodale + plaisir > intégration sensorielle > aspect moteur important
- Imitation
- Communication > supports visuels / comm verbale
- Renforceurs
- Repas thérapeutique
- Goûter ensemble
- Stimulations oro-faciales > massages abord sensoriels / massages désensibilisation

Massages de désensibilisation (C.Senez)



Concluons

Freins à dépasser :

- ✓ le temps de consultation supplémentaire
- ✓ le manque de professionnels formés

Leviers à utiliser :

- ✓ les parents sont très fins pour estimer les premières difficultés. ATTENTION, ils ne reviennent pas toujours avec ces plaintes si on ne les relève pas.
- ✓ Des livrets bien faits pour guider les familles

Objectifs à court terme

- ✓ Permettre un accès serein à l'alimentation
- ✓ Ne pas entretenir les difficultés

Objectifs à long terme

- ✓ Eviter des retentissements comportementaux sévères (Néophobie voire anorexie ?)
- ✓ Permettre la possibilité d'une alimentation équilibrée

Quelques auteurs

C.Senez :

C.Thibault

Isabelle Barbier

V. Boggio

B.Schaal,

S.Nicklaus

N.Zuckler

C.Jaen Guillaume

N.Rigal

V.Abadie

A.Lecoufle

V.Leroy Malherbe

Le Métayer

Bullinger

Gentaz

ETC ...



merci de votre écoute...

Levavasseur.ortho@yahoo.fr