



HAL
open science

Quand l'alimentation pose problème, que faire ? État des lieux et mise en place d'un outil de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant tout-venant

Apolline Deluchey

► To cite this version:

Apolline Deluchey. Quand l'alimentation pose problème, que faire ? État des lieux et mise en place d'un outil de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant tout-venant. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01500440

HAL Id: dumas-01500440

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01500440>

Submitted on 3 Apr 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

DELUCHEY Apolline
Née le 09 février 1991 à Echirolles

**QUAND L'ALIMENTATION POSE
PROBLEME, QUE FAIRE ?**

*Etat des lieux et mise en place d'un outil de
sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire
chez l'enfant tout-venant*

Directeur de Mémoire : **FEL Clémence,**
Orthophoniste

Nice
2014

MEMOIRE présenté pour l’obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D’ORTHOPHONISTE

Par

DELUCHEY Apolline
Née le 09 février 1991 à Echirolles

**QUAND L’ALIMENTATION POSE
PROBLEME, QUE FAIRE ?**

*Etat des lieux et mise en place d’un outil de
sensibilisation aux troubles de l’oralité alimentaire
chez l’enfant tout-venant*

Directeur de Mémoire : **FEL Clémence**, Orthophoniste

Membres du jury : **DI STEFANO Hannabelle**, Orthophoniste

ROGET-GENTILLET Marianne, Orthophoniste

Nice

2014



REMERCIEMENTS

J'adresse mes plus chaleureux remerciements à tous ceux qui ont pris part, de près ou de loin, à la construction de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement :

Madame FEL, qui a accepté de diriger mon travail, et l'a fait avec passion et précision. Sa disponibilité, son regard objectif et ses mots rassurants m'ont permis de mener ce travail à son terme.

Madame DI STEFANO, ma maîtresse de stage, qui a accepté de faire partie du jury de ce mémoire. Je la remercie pour sa patience et ses conseils, qui m'ont permis d'être l'orthophoniste que je serai demain.

Madame ROGET-GENTILLET, pour sa lecture bienveillante de mon travail.

Le personnel des crèches où je me suis rendue, pour leur accueil et leur gentillesse.

Les nombreux parents qui ont répondu à mes questions, sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

Je remercie plus personnellement :

David, mon repère.

Mes parents, et toute ma famille, pour leur soutien inconditionnel pendant ces quatre années.

Mes ami(e)s, surtout les huit qui se reconnaîtront.

Sophie et Pauline, sans qui ces années n'auraient pas été les mêmes.

Une pensée particulière à mon petit frère et ma petite sœur, que j'aime profondément et à qui je souhaite la plus belle des vies.

SOMMAIRE

Remerciements	3
SOMMAIRE.....	4
Introduction	7
PARTIE THEORIQUE	8
Anatomie et physiologie	9
I. Préambule	10
II. Embryologie et physiologie	11
1. Embryologie	11
2. Physiologie	15
L'oralité	29
I. Généralités	30
1. Définition	30
2. Origine psychanalytique.....	30
3. Etendue actuelle du terme d'oralité.....	36
II. Développement et caractéristiques de la fonction orale	36
1. Oralité primaire / oralité secondaire.....	36
2. Oralité : les enjeux.....	42
Enfant et alimentation.....	46
I. La transition entre la nutrition du fœtus et celle du nouveau-né	47
II. L'alimentation lactéale.....	47
1. L'histoire de l'allaitement	47
2. Comparaison entre la succion au biberon et la succion au sein	49
3. Nutrition	51
III. La diversification alimentaire	52
1. Définition	52
2. L'évolution historique de la diversification alimentaire, du XVIème siècle à aujourd'hui.....	52
3. La diversification alimentaire : les recommandations actuelles.....	54
4. Déroulement de la diversification alimentaire	55
5. La diversification menée par l'enfant.....	57
6. Les enjeux de la diversification alimentaire.....	57
Les troubles de l'oralité alimentaire	60
I. Définition.....	61
II. Etiologies des troubles de l'oralité.....	62
1. Les causes organiques pouvant entraîner des troubles du comportement alimentaire	62
2. Les causes neurologiques pouvant entraîner des troubles du comportement alimentaire	64
3. Les causes psychogènes : les anorexies psychogènes du jeune enfant	65
4. Les causes post-traumatiques ou anorexies post-traumatiques	66
5. La dysoralité sensorielle.....	70
III. Manifestations des troubles du comportement alimentaire	71
1. Des anomalies de la sphère oro-faciale	71
2. Des anomalies de la déglutition	71
3. Des anomalies de la sensibilité.....	72
4. Le réflexe hyper-nauséux	74
5. Anomalies comportementales	75
6. Les comportements parentaux inadaptés.....	76

IV.	L'évaluation des troubles du comportement alimentaire.....	77
1.	Anamnèse.....	77
2.	La sphère oro-faciale.....	77
3.	Examen sensoriel et des comportements.....	80
4.	Les outils d'évaluation.....	81
V.	La prise en charge des troubles du comportement alimentaire.....	83
1.	La guidance et l'accompagnement parental.....	83
2.	La prise en charge orthophonique.....	84
	La prévention, à quoi ça sert ?.....	89
I.	Définition.....	90
1.	Définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé.....	90
2.	La prévention en orthophonie.....	90
II.	Les trois stades de prévention.....	91
1.	« Prévention primaire » : avant l'apparition de la maladie.....	91
2.	« Prévention secondaire » : au tout début de la maladie.....	91
3.	« Prévention tertiaire » : une fois la maladie installée.....	91
III.	Les différents moyens de prévention appliqués aux troubles de l'oralité alimentaire.....	92
1.	Interventions auprès des professionnels de santé.....	92
2.	Les associations.....	92
3.	Les brochures, les guides, les affiches.....	93
4.	Les sites internet, les clips vidéo.....	93
5.	Le carnet de santé.....	94
	PARTIE PRATIQUE	96
	Démarche expérimentale.....	97
I.	Introduction à la problématique.....	98
II.	Problématiques.....	98
III.	Hypothèses.....	99
1.	Hypothèse 1.....	99
2.	Hypothèse 2.....	99
3.	Hypothèse 3.....	99
IV.	Méthodologie.....	99
	Le questionnaire.....	100
I.	Mise en place du questionnaire.....	101
1.	Population.....	101
2.	Forme.....	101
3.	Contenu.....	102
4.	Diffusion.....	110
II.	Recueil des données.....	111
III.	Les résultats.....	111
1.	Présentation des résultats.....	111
2.	Interprétation et analyse des résultats.....	128
IV.	Difficultés rencontrées et limites du questionnaire.....	138
V.	Conclusions.....	139
	L'intervention de sensibilisation.....	140
I.	Démarche expérimentale.....	141
1.	Population.....	141
2.	Forme.....	142
3.	Contenu.....	142
4.	Diffusion.....	142

II.	Démarches administratives	143
1.	Ville de Nice (06)	143
2.	Ville de Voiron (38)	144
III.	Production destinée à l'intervention de sensibilisation.....	144
1.	La version oralisée	144
2.	Le diaporama.....	160
IV.	L'intervention de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire.....	161
1.	L'intervention à Voiron (38)	161
2.	L'intervention à Nice (06).....	162
	DISCUSSION	163
I.	Problématique.....	164
II.	Le questionnaire.....	164
III.	L'intervention de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire.....	166
	Conclusion.....	168
	Bibliographie	169
	ANNEXES	173
	Annexe I : Schéma d'introduction des aliments lors de la diversification alimentaire	174
	Annexe II : Repères d'introduction des aliments chez l'enfant de la naissance à 3 ans	175
	Annexe III : Grille de signes pouvant évoquer un Syndrome de Dysoralité Sensorielle (Catherine SENEZ et Irène BENIGNI)	176
	Annexe IV : Questionnaire (version papier) à destination des parents	177
	Annexe V : Echanges de courriels avec les différents partenaires pour la diffusion des questionnaires	178
	Annexe VI : Courrier à l'attention de Madame AUBEL.....	181
	Annexe VII : Courrier à l'attention de Madame FAVIER	182
	Annexe VIII : Affiche communiquées aux crèches annonçant l'intervention de sensibilisation	183
	Annexe IX : Intervention de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire (version diaporama).....	184
	Table des Illustrations.....	193

INTRODUCTION

L'alimentation est au cœur de toutes les préoccupations des parents : un enfant qui mange « mal » est un enfant pour lequel on s'inquiète.

Souvent, c'est au moment de la diversification alimentaire que les questions affluent : morceaux, caprices, vomissements... Autant de comportements qui placent les parents dans une position d'impuissance face à leur enfant, et installent un climat conflictuel à la maison.

L'oralité recouvre l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche : alimentation, respiration, phonation, mais aussi exploration tactile et gustative. C'est un concept très étendu, au cœur du développement de l'enfant.

Une oralité malmenée peut être la conséquence d'un ensemble de causes : organiques, neurologiques, traumatiques, psychogènes. Il existe donc une multiplicité des facteurs pouvant conduire à des troubles du comportement alimentaire. Néanmoins, cette oralité dysfonctionne parfois sans l'existence d'une de ces origines. Se pose alors la question de l'existence d'autres facteurs étiologiques, entre autres la dimension sensorielle.

Qui sont ces enfants au développement dit « normal », souffrant de troubles de l'oralité alimentaire ?

Comment les parents réagissent-ils ?

Peut-on les aider dans leurs questionnements en leur apportant des informations autour de ces troubles ?

A travers notre travail, nous nous demanderons si ces troubles de l'oralité alimentaire d'origine sensorielle touchent une part importante d'enfants. Nous chercherons également à connaître le ressenti des parents lorsqu'ils rencontrent des difficultés avec l'alimentation de leur enfant, et s'ils parviennent à trouver des réponses à tous leurs questionnements.

Avant cela, nous établirons une revue de la littérature autour de notre sujet : nous commencerons par le contexte anatomique et physiologique, puis définirons l'oralité, son développement et ses enjeux. Nous nous intéresserons également au déroulement de l'alimentation dans le développement de l'enfant. Nous détaillerons ensuite les troubles de l'oralité, leurs origines, leurs manifestations, et nous évoquerons l'évaluation et la prise en charge de ces troubles. Nous finirons ces apports théoriques par la notion de prévention, le rôle de l'orthophoniste dans cette prévention, et les moyens dont nous disposons.

Notre expérience se basera sur la diffusion d'un questionnaire établi par nos soins. Grâce aux nombreuses réponses obtenues et à leur analyse, nous proposerons un outil d'information et de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire, à destination des parents et des professionnels de la petite enfance.

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I
ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

I. Préambule

Afin de comprendre au mieux le développement de l'oralité, il est intéressant de préciser quelques généralités à propos de la grossesse et de la naissance.

La grossesse s'exprime :

- soit en semaines d'aménorrhée (SA), dont le décompte s'effectue dès le premier jour des dernières règles
- soit en semaines de grossesse, dont le décompte s'effectue dès la fécondation des gamètes, qui a lieu en général au début de la 3^{ème} semaine d'aménorrhée.

Il y a donc un décalage de deux semaines entre ces deux manières de calculer le temps de gestation.

Premier trimestre	Deuxième trimestre	Troisième trimestre
Premier mois SG 1 = SA 3 SG 2 = SA 4 SG 3 = SA 5 SG 4 = SA 6	Quatrième mois SG 14 = SA 16 SG 15 = SA 17 SG 16 = SA 18 SG 17 = SA 19	Septième mois SG 27 = SA 29 SG 28 = SA 30 SG 29 = SA 31 SG 30 = SA 32
Deuxième mois SG 5 = SA 7 SG 6 = SA 8 SG 7 = SA 9 SG 8 = SA 10	Cinquième mois SG 18 = SA 20 SG 19 = SA 21 SG 20 = SA 22 SG 21 = SA 23 SG 22 = SA 24	Huitième mois SG 31 = SA 33 SG 32 = SA 34 SG 33 = SA 35 SG 34 = SA 36
Troisième mois SG 9 = SA 11 SG 10 = SA 12 SG 11 = SA 13 SG 12 = SA 14 SG 13 = SA 15	Sixième mois SG 23 = SA 25 SG 24 = SA 26 SG 25 = SA 27 SG 26 = SA 28	Neuvième mois SG 35 = SA 37 SG 36 = SA 38 SG 37 = SA 39 SG 38 = SA 40 SG 39 = SA 41

Figure 1 - Correspondance entre les semaines de grossesse et les semaines d'aménorrhées

Cependant, le calcul en semaines de grossesse est beaucoup moins précis que le calcul en semaines d'aménorrhée. C'est effectivement celui-ci qui est le plus couramment utilisé par les médecins.

La durée de gestation complète est de 40 SA (9 mois).

- On parle de naissance à terme lorsque l'enfant naît entre 37 et 41.5 SA.
- Un enfant né après 41.5 SA est un nouveau-né post-terme.
- Un enfant né avant 37 semaines d'aménorrhée est un nouveau-né prématuré, comme nous le verrons ci-dessous.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « un bébé est considéré comme «prématuré» s'il naît avant que 37 semaines de gestation se soient écoulées ».

Toujours selon l'OMS, il existe trois niveaux de prématurité :

- La prématurité moyenne voire tardive (naissance entre 33 et 37 SA)
- La grande prématurité (naissance entre 28 et 33 SA)
- La prématurité extrême (naissance avant 28 SA)

On distingue deux types de prématurité :

- La *prématurité spontanée*, qui est souvent la conséquence d'une rupture prématurée des membranes ou d'un travail prématuré spontané
- La *prématurité induite ou décidée par l'équipe médicale*, en raison de risques pour la mère et/ou l'enfant.

Enfin, selon l'OMS, les deux conditions théoriques de viabilité d'un bébé sont :

- Soit une naissance à au moins 22 SA
- Soit un poids minimum de 500g.

Cela signifie que légalement, un bébé né à moins de 22 SA ou d'un poids inférieur à 500g ne sera pas réanimé par l'équipe médicale.

II. Embryologie et physiologie

1. Embryologie

1.1. Généralités

L'embryologie est l'étude scientifique du développement des organismes à partir de l'œuf fécondé jusqu'à la forme spécifique parfaite (définition Larousse).

L'embryogénèse désigne la formation de l'embryon, caractérisée par des différenciations cellulaires qui aboutissent à l'individualisation des tissus et à des ébauches des organes.

L'organogénèse désigne quant à elle la formation des organes, caractérisée par des remodelages et des phénomènes de maturation qui aboutissent à la constitution des organes et appareils.

On distingue 3 périodes qui se succèdent dans la transformation de l'embryon en fœtus :

Fécondation → 4 SA (fin 1^{er} mois)	5 SA → 8 SA (fin 2^{ème} mois)	9 SA (début 3^{ème} mois) → 40 SA (9^{ème} mois)
Embryon	Passage d'embryon à fœtus = principaux organes se forment = organogénèse	Fœtus

- La **période embryonnaire** commence à la fécondation de l'œuf, et se poursuit par étapes successives jusqu'à la 4^{ème} semaine du développement quand intervient la délimitation de l'embryon. A ce stade les ébauches des organes sont individualisées.
- Durant le deuxième mois du développement (de 5 à 8 SA) a lieu la **transition entre embryon et fœtus**. Les ébauches des organes acquièrent leurs propriétés fonctionnelles
- La **période fœtale** se poursuit jusqu'à naissance (fin 9^{ème} mois = 40 SA). Il s'agit du développement et de la maturation des organes et appareils.

1.2. Développement des différents organes au cours de la grossesse

La plupart des systèmes d'organes se développent durant la période embryonnaire, avec une très grande rapidité. Il n'est pas étonnant dès lors que cette période de la grossesse soit très vulnérable et que l'apparition de malformations y soit prévalente.

1.2.1. L'appareil branchial

Il se met en place très tôt chez l'embryon (2 semaines), et est une structure indispensable et déterminante pour le développement de la face et du cou. Il donne une morphologie caractéristique à l'embryon par la présence d'éléments saillants dans l'épiblaste : les arcs branchiaux. Il en existe 6.

Note : épiblaste → revêtement de l'embryon composé d'une couche unique de cellules polyédriques.

1.2.2. Le développement de la face, des cavités buccale et nasale

Lors de la 3^{ème} semaine, le développement embryonnaire du massif facial est réalisé au cours de la neurulation (= étape du développement embryonnaire au cours de laquelle se met en place le système nerveux central : le cerveau et les structures faciales se différencient).

Les tissus composant le massif facial et le cerveau proviennent d'une même et unique structure embryonnaire : la plaque neurale céphalique. La face et le cerveau ont donc une origine commune. On voit apparaître le développement neuromusculaire avant le développement osseux.

Les cellules se divisent en formant des bourgeons.

A la fin du 1^{er} mois de l'embryogénèse, 5 bourgeons faciaux (un bourgeon frontal, deux bourgeons maxillaires et 2 bourgeons mandibulaires) sont présents et entourent le stomodaeum : la bouche embryonnaire.

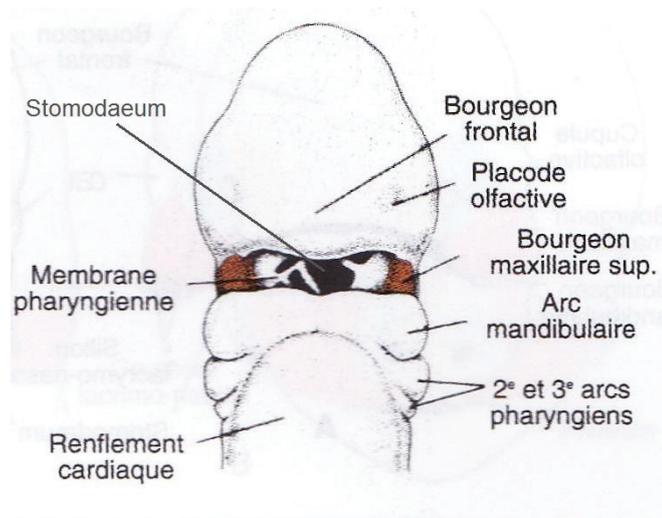


Figure 2 - Vue frontale d'un embryon de 4 semaines et demi

Avec une taille inférieure à 1cm, la tête de l'embryon se distingue déjà.

Au cours du 2^{ème} mois, certaines parties des bourgeons s'épaississent et se modifient en forme et en volume : les extrémités du bourgeon frontal croissent et forment les bourgeons nasaux internes et externes.

Les bourgeons fusionnent grâce à des propriétés physico-chimiques compétentes du liquide amniotique, et formeront les différentes composantes de la face :

- ❖ Les deux bourgeons mandibulaires fusionnent et donnent naissance au menton, à la lèvre inférieure et à une partie des joues.
- ❖ Les bourgeons nasaux internes et externes fusionnent avec les bourgeons maxillaires supérieurs et donnent le massif médian qui formera, à la partie antérieure de la bouche primitive, le palais primaire (nez, lèvres, arcades dentaires).
- ❖ Les bourgeons maxillaires croissent verticalement le long des faces latérales de la langue, puis s'élèvent au dessus du dos de celle-ci et fusionnent : c'est la formation du palais secondaire (voûte palatine, palais dur, palais mou).

A la 12^{ème} semaine de vie, les deux palais se réunissent.

Nous avons vu que les bourgeons faciaux convergent et fusionnent en délimitant le stomodaeum ; ces bourgeons faciaux deviennent alors la cavité buccale et les fosses nasales, cloisonnées grâce au palais.

Au début du 2^{ème} mois, la cavité buccale a l'aspect d'une fente élargie. Au cours du 2^{ème} mois, les portions latérales des bourgeons maxillaires et mandibulaires fusionnent pour former les joues qui délimitent définitivement la cavité buccale.¹

1.2.3. Le développement de la langue

La langue commence à se former à peu près en même temps que le palais. Elle apparaît vers la 4^{ème} semaine du développement embryonnaire sous forme de deux renflements linguaux latéraux et d'un renflement médial.²

Les renflements augmentent de volume et vont fusionner entre eux pour former les deux tiers antérieurs de la langue (= corps de la langue).

La muqueuse du corps de la langue provient du 1^{er} arc branchial.

La partie postérieure (= base de la langue) se forme à partir du 2^{ème} arc branchial, du 3^{ème} et d'une partie du 4^{ème}.

A sa formation, la langue est dans le stomodaeum. Petit à petit, le palais se forme : elle descend et est cloisonnée par le palais secondaire, qui sépare alors la cavité buccale de la cavité nasale.

1.2.4. Le développement des dents

Il a lieu pendant la période embryonnaire tardive (à environ 44 jours) suite au développement d'une lame épithéliale parallèle au bord des lèvres. C'est la lame labiogingivale qui formera plus tard un sillon (le sillon labiogingival). Cette lame constitue le vestibule de la bouche.

Le développement des dents se fait à partir d'une crête (en forme de U) qui prend naissance sur la lame labiogingivale située du côté de la cavité buccale, la lame dentaire.

Puis, dix bourgeons dentaires arrondis vont se développer pendant la période foetale précoce, sur le côté labial de cette lame dentaire dans les mâchoires inférieure et supérieure. Ils représentent les dents de lait. Un peu plus tard (vers 16 semaines) de petits bourgeons se développeront également sur le côté oral interne de la lame dentaire. Ils sont l'ébauche des dents définitives.

¹ BLOCH-ZUPAN Agnès, Mise en place de la face et de la cavité buccale, 2013-2014.

² SADLER TW et LANGMAN J., Embryologie médicale, 2007

2. Physiologie

2.1. Chez le fœtus

2.1.1. Mise en place des premières séquences motrices orales

Après avoir détaillé la formation de ces différents éléments de la sphère oro-faciale, intéressons-nous à présent à la mise en place des séquences motrices qu'ils permettent.

C'est au niveau de la sphère orale que l'on observe les premières séquences motrices de l'embryon. Les fonctions de succion, déglutition et respiration sont solidaires chez l'espèce humaine, et leur mise en œuvre débute donc dès le stade fœtal.

Lors de la **7^{ème} semaine d'aménorrhée**, le tronc cérébral reçoit les premières afférences sensorielles de toute la sphère oro-pharyngée. L'intégrité fonctionnelle des structures neuro-anatomique est nécessaire pour le bon fonctionnement des activités orales qui vont se mettre en place petit à petit.

Dès la **9^{ème} semaine d'aménorrhée**, des mouvements réflexes d'ouverture buccale peuvent être constatés à l'échographie. La langue descend petit à petit durant la déflexion céphalique (modification progressive de la position de la tête), la bouche s'ouvre et la langue sort pour toucher la main du fœtus.

Ce réflexe auto-érotique est appelé réflexe de Hooker, et il signe l'oralité débutante. C'est la première manifestation réflexe d'exploration de son propre corps.

Aux alentours de **10 semaines d'aménorrhée**, les premiers mouvements antéropostérieurs de la langue apparaissent : c'est l'ébauche du réflexe de succion. La succion joue un rôle dans la mise en place de la séquence de la déglutition, qui apparaîtra **entre la 12^{ème} et la 15^{ème} semaine d'aménorrhée**. La succion permet également la bonne croissance de la cavité buccale, notamment dans la conformation du palais et dans la croissance des cartilages condyliens (articulation temporo-mandibulaire).³

La coordination succion-déglutition n'est idéale qu'à 34 semaines d'aménorrhée. Plus un nourrisson naît prématurément, moins cette coordination est efficace, et plus le réflexe de succion-déglutition-respiration a de risques d'être altéré.

³ THIBAUT Catherine, Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant, 2007

2.1.2. Aptitudes sensorielles et psychomotrices du fœtus

Jusqu'à il y a peu, la science occidentale considérait le nouveau-né comme « *sourd, aveugle, insensible aux odeurs et à la douleur* »⁴. Aujourd'hui, grâce aux progrès de la médecine et des méthodes de recherche, le nourrisson est considéré comme un élément actif possédant des compétences très riches, déjà développées *in utero*.

*« Durant le développement embryonnaire et fœtal, la mise en place des systèmes sensoriels s'effectue toujours selon le même ordre : sensorialité chimique (olfactive et gustative), sensibilité cutanée, sensorialité vestibulaire, audition et vision. Mis à part la vision, les autres systèmes sont fonctionnels très tôt, bien avant d'avoir atteint la maturité structurale qui intervient après la naissance. »*⁵

Les effecteurs sensoriels de l'oralité fœtale (toucher, olfaction, gustation) sont fonctionnels dès le deuxième trimestre de vie intra-utérine.⁶

Dès la 12^{ème} semaine de vie intra utérine, le fœtus mémorise les goûts et odeurs variables du liquide amniotique, qu'il déglutit régulièrement.⁷ Les papilles gustatives et le système olfactif sont matures chez le fœtus dès 11 semaines d'aménorrhée.

a. La sensibilité gustative

Les cellules gustatives se développent dès la 7^{ème} SA, et sont opérationnelles vers la 13^{ème} semaine. Vers le 6^{ème} mois, le fœtus avale et inhale de plus en plus de liquide amniotique, et va percevoir les phéromones maternelles, le goût et l'odeur de ce liquide.

Le liquide amniotique varie de goût en fonction de ce que la mère ingère. Grâce à ses cellules gustatives compétentes, le fœtus peut expérimenter un ensemble de sensations qu'il gardera en mémoire à la naissance.

De façon universelle, le fœtus a un goût évident pour le sucré, et rejette complètement le goût amer, pour lequel il présente des modifications de succion, de salivation et d'expression faciale. On a également pu remarquer une sensibilité au salé et à l'acide, cependant bien moins marquée par les mimiques faciales.

⁴ MARLIER L. et al., La sensibilité olfactive chez le nouveau-né prématuré, 2007

⁵ RELIER JP., Importance de la sensorialité fœtale dans l'établissement d'un échange mère-enfant pendant la grossesse, 1995

⁶ ABADIE Véronique, Troubles de l'oralité du jeune enfant, 2004a.

⁷ SENEZ Catherine, Hyper nauséux et troubles de l'oralité chez l'enfant, 2004.

b. La sensibilité olfactive

Le système olfactif est un des premiers sens à se mettre en place. Il est composé de deux organes : l'épithélium olfactif et l'organe voméro-nasal. Le premier percevrait les odeurs volatiles environnementales, et le second serait plus spécifique à la perception des phéromones.

Les récepteurs olfactifs se mettent en place entre 8 et 11 SA, en même temps que les cellules nerveuses qui permettront au fœtus d'analyser ces sensations.

De la même manière que pour le goût, le liquide amniotique permet une première expérience olfactive, provenant de l'alimentation de la mère.

c. La sensibilité visuelle

« L'œil se développe à partir de la vésicule optique qui apparaît de part et d'autre du cerveau antérieur à la fin de la 4^{ème} semaine de développement. »⁸. Cependant, si l'organe de l'œil se développe dès la fin du premier mois, le nerf optique et ses afférences ne voient le jour qu'à partir de la 7^{ème} semaine de grossesse. En effet, c'est le pédicule optique, formé dès le développement de l'œil, qui se transformera petit à petit et servira de support aux fibres du nerf optique.

Aux alentours du 7^{ème} mois de grossesse, le fœtus peut distinguer des ombres et des nuances dans la lumière, si une lumière forte est dirigée vers l'abdomen de sa mère.

d. La sensibilité tactile

C'est une capacité sensorielle qui apparaît très tôt, vers 6 semaines de gestation. Dès lors, on peut observer chez le fœtus des réactions de la bouche à certains stimuli. Aux alentours de la 11^{ème} semaine de grossesse, on trouve des récepteurs tactiles sur tout son visage, sur ses paumes de mains et sur la plante de ses pieds. Dans l'utérus de la mère, le fœtus est exposé à toutes sortes de stimulations tactiles, et se déplace lui-même à l'intérieur du sac amniotique. Il sent les pressions administrées à l'abdomen de la mère.

A 20 semaines de gestation, l'ensemble du corps du fœtus réagirait aux stimuli tactiles.

Grâce à certains réflexes archaïques que nous détaillerons ultérieurement, nous pouvons attester qu'il existe des aptitudes motrices automatiques dès la vie intra-utérine.

⁸ SADLER TW et LANGMAN J., Embryologie médicale, 2007

2.2. Chez le nouveau-né

2.2.1. La naissance : une nouvelle dimension

L'accouchement, phénomène physique qui met un terme à la vie intra-utérine, n'est pas la naissance. Celle-ci est une véritable entrée dans le monde, qui nécessite des soins maternels en raison de la dépendance du nouveau-né, incapable d'agir seul.

Lors de sa venue au monde, le nourrisson change brutalement de milieu physique, mais aussi psychique. Protégé, enveloppé, préservé dans le ventre de sa mère, l'enfant est brusquement mis en contact avec un environnement inconnu, auquel il doit s'adapter rapidement.

Lacan développe d'ailleurs le terme de « prématuration de la naissance »⁹ : l'homme serait fondamentalement inadapté au monde, et la naissance serait un traumatisme.

Freud, quant à lui, défend l'idée que « l'existence intra-utérine de l'homme est relativement abrégée », et que lors de la naissance, « les dangers du monde extérieur prennent une importance plus grande ».¹⁰

2.2.2. Les compétences du nouveau-né

a. Les réflexes

Le nouveau-né, s'il a mis en place certaines compétences et certains réflexes durant la période prénatale, continue de développer à la naissance des capacités nécessaires à sa « survie ».

En effet, nous avons vu précédemment que le fœtus acquiert, au fur et à mesure de son évolution, des réflexes physiologiques, qui se transformeront progressivement jusqu'à l'âge de 3 ou 4 mois en mouvements volontaires.

Ces réflexes sont les premières réponses aux stimuli extérieurs, et ont une valeur fonctionnelle et adaptative importante. Leur absence est un signe d'immaturation et de développement altéré.

Nous allons détailler ci-après les réflexes qui touchent la sphère orale.

⁹ LACAN J., Les complexes familiaux, 1938

¹⁰ FREUD S., Inhibition, symptôme et angoisse, 1926.

- Réflexe de fousissement

« Toute stimulation de la partie externe de la région buccale provoque inmanquablement un comportement spécifique qui consiste en une rotation de la tête vers le stimulus [...], suivie d'un mouvement de happement des lèvres »¹¹

Les stimulations par pressions cutanées au niveau des joues et du pourtour des lèvres entraînent une ouverture de la bouche, et une orientation de la tête et de la langue du côté stimulé, à la recherche du mamelon.

Ce réflexe apparaît aux environs de 32 semaines d'aménorrhée, et augmente jusqu'au terme de la grossesse. Il disparaît vers 3 mois de vie, mais peut parfois persister jusqu'à 6 mois.

- Réflexe de rotation latérale de la langue

Dès sa naissance, le bébé a une aptitude de rotation latérale de la langue qui lui sera utile ultérieurement pour la mastication. On l'observe en stimulant le bord latéral de la langue (le doigt glisse latéralement dans la cavité buccale le long des gencives), qui se met en pointe et exerce un mouvement de rotation vers le stimulus.

L'aptitude de rotation de la langue reste utile avec l'apparition de la mastication mais n'est alors plus réflexe.

- Réflexe de la langue en gouttière

Lorsque le doigt, la tétine ou le mamelon vient en contact avec la partie médiane de la langue, celle-ci se déprime au centre, et ses bords latéraux se redressent et forment une gouttière qui remonte vers le palais. Le stimulateur est alors enserré.

- Réflexe de succion

C'est le plus important des réflexes car il permet au bébé de s'alimenter. Il est le reflet de la maturation neurologique prénatale.

Il est déclenché par toute stimulation sensorielle des lèvres, de la muqueuse du prémaxillaire ou de la langue, et est renforcé par le goût, l'odeur, la texture et la sensation de faim.

Il se met en place dès le 3ème mois de grossesse, lorsque les afférences sensorielles de la sphère orale commencent à coloniser le tronc cérébral, qui émet en retour des efférences motrices vers celle-ci : c'est l'ébauche du réflexe de succion.

¹¹ THIBAULT, Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant, 2007.

C'est pendant la première heure de vie du nourrisson que le réflexe de succion est au maximum de son efficacité. Il diminue ensuite à partir de la 6ème heure, pour redevenir efficace au bout de 48 heures.

La succion n'est pas un phénomène continu. Elle comporte des bouffées de mouvements séparées par un repos intermédiaire. Chez le nouveau-né à terme, le nombre de mouvements de succion dans une bouffée est de 8 ou plus, le rythme est rapide et la bouffée dure 4 à 5 secondes. Une forte pression négative est perçue (le doigt est aspiré) lorsque la motricité faciale est normale, assurant une bonne fermeture des lèvres sur le doigt.

Le réflexe de succion mature se traduit par :

- une avancée des lèvres qui enserrant le doigt ou la tétine
- la mise en gouttière de la langue
- des mouvements d'aspiration rythmés.

Le réflexe de succion est inhibé à partir de 6 mois avec la transition alimentaire vers les solides.

Nous verrons ultérieurement que la succion est différente si elle est nutritive ou non-nutritive, mais également selon si elle a lieu avec le mamelon ou le biberon.

Comme nous l'avons vu précédemment, dès l'apparition des premiers mouvements antéropostérieurs de succion, la déglutition se met en place. En effet, celle-ci apparaît lors de la 13ème semaine d'aménorrhées. La succion existe donc avant la déglutition.

Pendant le reste de sa vie fœtale, le fœtus devra entraîner le couple succion-déglutition en suçant ses doigts, ses orteils, et en déglutissant le liquide amniotique, afin d'acquérir une efficacité idéale à la naissance. « Le couple moteur automatique qu'est la succion-déglutition requiert l'intégrité de tous les noyaux moteurs du tronc cérébral. »¹²

- Le réflexe nauséux

Il apparaît vers la 28^{ème} semaine d'aménorrhée et atteint son maximum de sensibilité après la naissance. (Le nouveau-né a un réflexe nauséux très prononcé et très antérieur.)

Le réflexe nauséux « normal » est déclenché lorsqu'on stimule la muqueuse palatine ou le tiers postérieur de la langue. Il se produit alors un mouvement partant de la région diaphragmatique avec forte contraction du voile du palais, ouverture de la bouche et protrusion de la langue pour évacuer le « corps étranger » hors de la cavité buccale, avant qu'il ne franchisse l'isthme du gosier.¹³ Tout le péristaltisme œsophagien s'inverse et devient ascendant.

¹² THIBAUT C., Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant, 2007

¹³ Ibid.

Le nouveau-né a un réflexe nauséux très prononcé et très antérieur, qui diminuera et reculera petit à petit avec l'entraînement à la succion et la maturation neurologique de l'enfant. Il atteindra alors la position adulte : les piliers du voile du palais et la partie très postérieure de la langue.

D'abord réflexe de protection des voies aérienne, le nauséux prend petit à petit une simple fonction digestive. Catherine THIBAUT le définit comme « une réaction d'aversion et de rejet déclenchée à partir des sensibilités gustatives de la zone oro-pharyngée, et variable selon les individus. »¹⁴

Il est d'usage de différencier la contraction vélaire réflexe (qui est la contraction automatique des piliers du voile lors de leur stimulation) du réflexe nauséux, qui serait plutôt à mettre en relation avec « les capacités discriminatoires des canaux sensoriels et gustatifs de l'individu ». ¹⁵ Pour la plupart des personnes, le nauséux a pour fonction « d'inverser brutalement le processus de déglutition dès que les papilles gustatives ou le système olfactif détecte une substance nocive [...] afin de ne pas l'avaler »¹⁶. C'est une réponse à une stimulation nociceptive (reconnaissance au niveau gustatif et olfactif d'un aliment et/ou d'une odeur dangereuse pour l'organisme).

L'hypernauséux quant à lui est une « réaction exacerbée à une stimulation non nociceptive, variable suivant les individus et dont certains cas familiaux évoquent une composante héréditaire. »¹⁷

- Le réflexe de morsure ou jaillissement

Il se manifeste lors du mécanisme de succion, et plus particulièrement pendant l'allaitement. C'est une alternance d'ouverture et de fermeture de la mandibule, verticale et bien rythmée. ¹⁸ Ce réflexe peut être déclenché lors de pressions alternatives sur les gencives inférieures du nourrisson.

Cette alternance permet de faire pression sur le mamelon pour faire sortir le lait.

Lorsqu'il n'est pas inhibé par la suite, ce réflexe persistant est signe d'un trouble neurologique grave, pouvant perturber l'alimentation et la phonation de l'enfant.

- Le réflexe de toux

C'est le seul vrai réflexe à proprement parler, et non une aptitude motrice automatisée. C'est le réflexe de protection contre les fausses routes laryngées ; il doit donc être présent à tout moment et à la même intensité chez l'enfant.

¹⁴ THIBAUT C., Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant, 2007.

¹⁵ SENEZ C., Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalites acquises, 2002.

¹⁶ SENEZ C., Hypernauséux et troubles de l'oralité chez l'enfant, 2004.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ THIBAUT C., Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant, 2007.

« Il s'agit de mouvements convulsifs des muscles expirateurs par suite duquel l'air est chassé tout à coup avec violence par la bouche. »¹⁹

C'est un réflexe qui ne sera pas inhibé par la maturation neurologique.

- Le réflexe de bâillement

C'est un réflexe présent dès la vie intra-utérine, puisqu'on l'observe chez les nourrissons nés prématurément. Il s'agit d'un comportement physiologique banal, involontaire, associé habituellement à l'assoupissement ou à l'ennui.

Le bâillement se déroule en trois phases : une longue inspiration, une acmé, et une expiration rapide. Il s'accompagne d'une accélération provisoire du rythme cardiaque, d'une constriction de certains capillaires sanguins, et très souvent d'une humidification.

Dans le bâillement, nous observons un recul de la langue, nécessaire à la déglutition.

- Les pleurs et les cris

Les pleurs et les cris apparaissent dès la naissance : ce sont les premières manifestations vocales pré-linguistiques auxquelles se livre l'enfant. Ils contribuent au bon développement des organes phonateurs. Ces productions sonores sont uniquement vocaliques, et sont en relation avec l'état de confort ou d'inconfort du nourrisson.

L'explication longtemps retenue à l'apparition des premiers cris du nourrisson était physiologique : cette réaction était un réflexe à un stimulus interne. Depuis les années 60, on considère que ce phénomène est réflexe au départ, mais qu'il devient très vite intentionnel.

On répertorie six pleurs et cris différents chez le nourrisson : la faim, la recherche de sommeil, la douleur, la gêne, la demande de compagnie, les pleurs de fin de journée.

¹⁹ THIBAUT C., Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant, 2007.

Tableau récapitulatif des différents réflexes du nourrisson :

Réflexe	Stimulations	Réponses
Hooker	Contact de la muqueuse interne de la lèvre inférieure, ou de la gencive.	La langue sort en pointe pour toucher le stimulus.
Fouissement	Stimulation des joues ou du pourtour des lèvres avec les doigts, le mamelon...	Ouverture de la bouche et orientation de la tête et de la langue en direction du stimulus, destiné à prendre le mamelon entre ses lèvres.
Rotation latérale de la langue	Contact des bords latéraux de la langue.	La langue se met en pointe et exerce un mouvement de rotation vers le stimulus.
Langue en gouttière	Contact avec la tétine, le doigt ou le mamelon de la partie médiane de la langue.	Creusement de la langue, ses bords latéraux se redressent et forment une gouttière.
Succion	Toute stimulation sensorielle des lèvres, de la muqueuse du prémaxillaire ou de la langue.	Les lèvres ensèrent le mamelon, le doigt, la tétine... : le stimulus. La langue s'étale contre les crêtes alvéolaires, entre en contact avec la lèvre inférieure. On observe enfin des mouvements d'aspiration.
Nauséux	Déclenché lors de la stimulation de la muqueuse palatine ou du tiers postérieur de la langue.	Mouvements contractant inverse de la déglutition, qui protège de l'ingestion de corps étrangers.
Morsure	Lors du mécanisme de succion.	Alternance de mouvements d'ouverture et de fermeture de la mandibule.
Toux	Présence d'un corps étranger dans les voies respiratoires.	L'air est chassé d'un coup, grâce à une expiration bruyante.
Bâillement	Le bâillement est involontaire et sa cause est encore mal connue. Cependant, il est prouvé qu'il existe une corrélation entre le bâillement et la régulation des fonctions neurovégétatives.	Une longue inspiration, un étirement musculaire et une rapide expiration.
Pleurs et cris	Stimulus interne ou externe.	Production sonore vocalique.

b. Mise en place de la coordination de la séquence succion-déglutition-respiration (SDR)

A ce stade de notre travail, il paraît important de revenir succinctement mais précisément sur la physiologie de chaque mécanisme (suction, déglutition et respiration), afin d'en objectiver la coordination.

➤ **La succion**

Nous avons vu que le réflexe de succion apparaît dès le 3^{ème} mois de grossesse, et est déclenché par toute stimulation de la sphère orale. La succion débute après le réflexe de fuissement.

Lors de la succion, on observe d'abord une protrusion de la langue et une avancée des lèvres vers le stimulus. Puis, la langue se retire, les lèvres se referment et ensèrent le sein ou la tétine : la succion commence. La langue se creuse sous l'action de petits mouvements rapides, ses bords se relèvent et l'os maxillaire inférieur se déplace de manière synchrone. L'arrière de la langue est rétracté, et le voile du palais est abaissé.

Si elle est réflexe pendant la période prénatale, la succion devient volontaire entre 2 et 3 mois de vie extra-utérine.

D'autre part, il est important de distinguer la succion nutritive de la succion non-nutritive. La succion non-nutritive est définie comme l'activité de succion lorsqu'elle n'a pas pour but l'alimentation : c'est une succion « plaisir ». Elle apparaît tôt, entre 20 et 28 semaines d'aménorrhée. Il s'agit de « trains de succion »²⁰ courts et rapides, de l'ordre de deux ou trois par seconde. Cette succion n'implique ni déglutition, ni fermeture laryngée en prévention des fausses routes. Déjà active *in utero*, elle est également au centre de toutes les interactions après la naissance, car elle apporte confort et plaisir oral à l'enfant. Elle est également nécessaire à une meilleure coordination entre succion et respiration.

A l'inverse, la succion nutritive est la succion qui permet l'alimentation. Elle apparaît aux alentours de 31 semaines d'aménorrhée, et atteint sa maturation autour du terme de la naissance. Elle nécessite une bonne coordination de la succion, de la déglutition et de la respiration, car pour toute fonction alimentaire, une protection des voies respiratoires est indispensable. La succion nutritive est déclenchée grâce à la stimulation des récepteurs cutanés péri-buccaux (le réflexe de fuissement), mais aussi grâce aux différentes sensations (tactile, olfactives, gustatives) ainsi que par des stimuli neuro-hormonaux (comme la faim par exemple)²¹. Lors de la succion nutritive, les « trains de succion » se succèdent deux fois moins rapidement que lors de la succion non-nutritive.

²⁰ ABADIE V., Pédiatrie générale : développement du nourrisson, 2008a.

²¹ ABADIE V., Troubles de l'oralité du jeune enfant, 2004a.

➤ La déglutition

Elle succède à la succion dans sa mise en place embryologique, mais également physiologique. En effet la déglutition, « ensemble des mécanismes permettant le transport des aliments de la cavité buccale vers l'estomac »²² est la suite logique du processus de succion.

Elle se déroule en 4 temps :

- Le **temps de préparation orale** : c'est la phase (volontaire) qui permet la manipulation, voire la mastication de l'aliment pour aboutir à une consistance propice à la déglutition à proprement parler. Les mouvements de manipulation dépendent de la consistance de l'aliment. La mastication, si elle est nécessaire, consiste en des mouvements latéraux et en une rotation de la langue et de la mandibule. La langue permet également de placer les aliments qui le nécessitent entre les dents. Enfin, le bol alimentaire est positionné de façon homogène sur le dos de la langue, grâce à l'insalivation.

Cette phase est différente chez le nouveau-né puisque l'aliment ingéré et dégluti est le lait, dont la consistance est liquide donc idéale à la déglutition. Comme le détaille le neurologue Pascal Auzou²³, « pour les liquides [...], la manipulation orale consistera à positionner le bol avant la propulsion ».

- Le **temps buccal à proprement parler ou temps labio-buccal** : il s'agit de la phase (volontaire) qui va de la propulsion postérieure du bol alimentaire jusqu'au déclenchement du temps pharyngé. Le bolus est entre le dos de la langue et le palais dur. Il y a deux points d'occlusion : fermeture labiale et dentale et fermeture vélaire. La mandibule est fermée et stabilise l'os hyoïde. La pointe de la langue se situe derrière les incisives supérieures, puis « la surface de contact entre la langue et le palais s'étend progressivement vers l'arrière en formant une pression sur le bol, qui se trouve ainsi propulsé vers le pharynx. »²⁴ La langue prend donc appui, adopte la forme d'une gouttière et ses 2/3 antérieurs se soulèvent, afin de permettre au bolus de se diriger vers l'isthme du gosier : c'est le coup de piston lingual. On observe alors une contraction et une élévation du voile du palais, avec une fermeture du rhinopharynx afin d'éviter tout reflux par le nez. Une fois sur la base de langue, aux portes de l'oropharynx, l'aliment va stimuler des récepteurs proprioceptifs qui envoient des informations au tronc cérébral, déclenchant une réponse motrice correspondant à la déglutition pharyngée.

Chez le nouveau né, le temps buccal commence par le réflexe de succion. La langue et les lèvres s'avancent vers le stimulus, puis la langue recule et les lèvres enserrant fermement et hermétiquement le mamelon ou la tétine. De la même façon que chez l'adulte, le voile du palais est remonté pour éviter tout reflux. La langue se place sous le mamelon (ou la tétine), effectue des petits mouvements rapides ; elle se creuse et ses bords se relèvent. La mandibule accompagne ce mouvement régulier en s'abaissant et se relevant. Le sein (ou la tétine) est alors

²² THIBAUT C., Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant, 2007.

²³ AUZOU P., Anatomie et physiologie de la déglutition normale, 2007.

²⁴ Ibid.

comprimé, et le lait jaillit. C'est seulement après plusieurs mouvements de succion que la quantité de lait est suffisante pour stimuler les zones du réflexe de déglutition, et que celui-ci se déclenche.

- **Le temps pharyngien** : cette phase est celle du franchissement du carrefour aéro-digestif et de la progression du bol alimentaire dans le pharynx, tout en protégeant les voies respiratoires. Il s'agit de la coordination de plusieurs activités physiologiques complexes, ayant chacune leur rôle :
 - L'occlusion vélo-pharyngée : le voile du palais s'élève et ferme le passage vers la cavité nasale pour y empêcher le passage d'aliments. La pression pharyngée augmente alors, et aide à la propulsion du bolus.
 - Inhibition de la respiration : au même instant, la respiration s'interrompt. « Respiration et déglutition sont ainsi parfaitement coordonnées pour éviter toute intrusion des aliments dans les voies respiratoires nasales ou laryngées. »²⁵
 - L'occlusion et l'élévation laryngée : les cordes vocales et le vestibule laryngé se ferment, et l'épiglotte bascule, assurant l'étanchéité du larynx. Simultanément, on observe une ascension du larynx, permettant « un élargissement de la base de l'épiglotte, renforçant ainsi les mécanismes de fermeture laryngée »²⁶. De la même façon, l'os hyoïde est entraîné en haut et en avant par la base de langue et les muscles du plancher buccal. Cette élévation a pour rôle de favoriser davantage la protection des voies aériennes, mais aussi d'aider à l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage.
 - La propulsion pharyngée : la base de langue recule et le sphincter supérieur de l'œsophage se dilate et s'ouvre petit à petit, sous l'arrivée de l'aliment, afin de permettre au bolus de s'introduire dans l'œsophage. Un péristaltisme pharyngé s'amorce alors : le bol remplit un (ou les deux) sinus piriforme(s) et est poussé vers l'œsophage par la contraction du muscle constricteur moyen.

Chez le nouveau-né, le larynx est déjà relativement haut. Les mécanismes de protections sont déjà les mêmes que chez l'adulte. Cependant, nous pouvons observer un verrouillage supplémentaire du larynx grâce au réflexe de toux, qui permettra de s'assurer de l'expulsion de tout élément indésirable ayant échappé aux autres systèmes de protection. Le péristaltisme pharyngé s'organise de la même manière que chez l'adulte, même si l'onde péristaltique est beaucoup plus marquée chez le nourrisson.

- **Le temps œsophagien** : « le passage de la phase pharyngée à la phase œsophagienne est effectif lorsque les aliments quittent le pharynx et pénètrent dans le sphincter supérieur de l'œsophage »²⁷. Cette phase automatique débute lorsque l'onde péristaltique atteint le sphincter supérieur de l'œsophage et entraîne son ouverture pour permettre au bolus de s'y introduire. L'ouverture du sphincter

²⁵ BLEECHX D. et POSTIAUX G., Déglutition – évaluation – rééducation, 2002.

²⁶ AUZOU P., Anatomie et physiologie de la déglutition normale, 2007.

²⁷ BLEECHX D. et POSTIAUX G., Déglutition – évaluation – rééducation, 2002.

supérieur de l'œsophage est possible grâce à la pression du bol alimentaire, et au mouvement d'élévation du larynx. Après le passage du bolus, le larynx s'abaisse et les muscles retrouvent leur tonus de base. Les mécanismes de protection des voies aériennes n'ont plus d'effet, les organes retrouvent leur place initiale. C'est toujours l'onde péristaltique, aidée de la musculature œsophagienne, qui fait progresser le bol alimentaire dans l'œsophage jusqu'à son entrée dans l'estomac, où le mécanisme de la déglutition est considéré comme terminé.

La coordination neurophysiologique de la succion et de la déglutition implique l'activité simultanée de muscles, innervés par les cinq nerfs crâniens :

- Trijumeau (V) : il coordonne les mouvements de translation de la mandibule
- Facial (VII) : il permet la contraction de l'orbiculaire des lèvres et des muscles buccinateurs
- Glosso-pharyngien (IX) et pneumogastrique (X) : ils assurent la commande de la déglutition et sa coordination avec la ventilation, essentiellement lors des réflexes de protection des voies respiratoires.
- Spinal (XI) : il permet la motricité de la plupart des muscles laryngés.
- Hypoglosse (XII) : il permet la motricité de la langue

➤ **La respiration**

« La fonction ventilatoire chez l'homme commence à se manifester dès le 4^{ème} mois fœtal. »²⁸ Au fur et à mesure de la croissance fœtale, les poumons se développent et deviennent matures et fonctionnels. Chez le nouveau-né, la ventilation est exclusivement nasale, et ce n'est qu'à partir du 3^{ème} mois de vie qu'il obtiendra une respiration mixte, souvent après un épisode d'obstruction nasale.

La coordination de ces trois fonctions :

La succion et la déglutition sont deux mécanismes qui existent déjà in utero. Pendant cette période, le fœtus s'entraîne déjà à sucer et à déglutir, d'abord par la succion non-nutritive, puis par la succion nutritive.

A la naissance, le nourrisson doit apprendre à coordonner respiration et succion-déglutition. Cette aptitude dépend donc de la maturation du tronc cérébral et du bon fonctionnement des six paires de nerfs crâniens. La coordination succion-respiration-déglutition doit être mature aux alentours de la 34^{ème} semaine d'aménorrhée.

²⁸ ABADIE V. et al., Succion-déglutition-ventilation et gènes du développement du tronc cérébral, 1999.

Précisons que c'est pour cette raison qu'un nouveau-né prématuré (né avant 37 semaines d'aménorrhée) rencontre des difficultés à coordonner ces trois fonctions. En effet, la maturation de son système nerveux n'étant pas complète, il n'a pas pu s'entraîner à coordonner sa succion-déglutition. Nous retrouvons ces difficultés chez les enfants porteurs du syndrome de Pierre Robin, auxquelles s'ajoutent un développement insuffisant de la mâchoire et une immaturité cérébrale, rendant la coordination succion-déglutition-respiration d'autant plus compliquée.

Cette coordination succion-déglutition, est nécessaire pour permettre à l'enfant de se nourrir, tout en combinant la fonction de respiration. En effet, une des particularités du nourrisson est de pouvoir alterner rapidement des cycles de succion (trains de succion) et des respirations. En effet, sa respiration est seulement nasale lorsqu'il tète, car l'occlusion labiale sur la tétine est constante. Le bébé exerce deux ou trois mouvements de succion, puis s'arrête pour déglutir et respirer. De plus, l'important volume de la langue par rapport à la taille de la cavité buccale permet une protection supplémentaire des voies aériennes. La succion stimule donc la respiration, la filière nasale étant la seule à être utilisée pour la respiration pendant toute la durée d'une tétée.

L'alimentation et la ventilation fonctionnent donc simultanément.

Comme nous venons de l'exposer dans ce premier chapitre, c'est au niveau de la sphère orale que se jouent les premières activités motrices et les premières expériences sensorielles et communicatives du nourrisson. L'ensemble des fonctions (alimentation, respiration) et des expériences réalisées grâce à cette sphère buccale sont regroupées sous le terme d'« oralité ».

Voyons à présent quelle est la place de cette oralité dans le développement de l'enfant.

Chapitre II
L'ORALITE

I. Généralités

1. Définition

La notion d'oralité désigne l'ensemble des fonctions orales, c'est-à-dire dévolues à la bouche : alimentation, ventilation, exploration tactile et gustative, cri, langage. Elle met en jeu des structures sensorielles, motrices, neurologiques, hormonales, psychiques, affectives et cognitives.²⁹

L'oralité est donc un concept complexe, faisant intervenir des mécanismes très différents, et pourtant très liés. Si l'origine de ce terme nous vient de la psychanalyse, nous verrons que sa portée s'est étendue, et qu'il a aujourd'hui une place transdisciplinaire importante.

2. Origine psychanalytique

2.1. Approche psychanalytique à travers FREUD

FREUD, neurologue autrichien et fondateur de la psychanalyse, est le premier à employer le terme d'oralité. Selon lui, il existe des pulsions d'autoconservation (comme la faim), qui produisent un plaisir spécifique quand elles sont satisfaites : le plaisir de l'autoconservation.

A la notion de pulsion, le psychanalyste associe ce qu'il nomme « libido » ou pulsion sexuelle. FREUD est le premier à élaborer le concept de sexualité infantile, qu'il formalise en 1905 dans Trois essais sur la théorie sexuelle, où il y décrit les formes de la vie sexuelle de l'enfant, communément appelées « stades » :

- Le stade oral : c'est le premier stade de l'évolution libidinale, FREUD le situe de la naissance au 1 an de l'enfant. Les zones érogènes sont la zone bucco-labiale, et le carrefour aéro-digestif, les organes de la phonation et organes sensoriels. Le plaisir sexuel est essentiellement lié à l'excitation de la cavité buccale et des lèvres. C'est le moment de la relation symbiotique mère-enfant, dont le médiateur principal est l'alimentation et le contact physique. Le plaisir oral s'étaye sur l'alimentation qui est un besoin, une pulsion d'autoconservation. Selon FREUD, le stade oral est celui du suçotement : c'est par cet acte que le nourrisson connaît ses premières satisfactions sexuelles. Il « consiste en une répétition rythmique avec la bouche (les lèvres) d'un contact de succion dont la finalité alimentaire est

²⁹ JEANJEAN C., Troubles de l'oralité : le point de vue de l'orthophoniste, non-daté.

exclue »³⁰. Ce suçotement procure à l'enfant du plaisir, voire de la plénitude, et FREUD emploie le terme d' « autoérotisme »³¹ pour qualifier cette sensation.

- Le stade anal : c'est le second stade de l'évolution libidinale, communément situé entre 2 et 4 ans. Selon FREUD, il succède au stade oral et se caractérise par une focalisation du petit enfant sur la zone rectale. Les zones érogènes définies par le psychanalyste sont en effet la muqueuse ana-recto-sigmoïdienne, la muqueuse digestive et l'estomac. Le psychanalyste expose en effet dans Introduction à la psychanalyse en 1917 que « l'élimination de l'urine et du contenu intestinal est pour le nourrisson, une source de jouissance et il s'efforce bientôt d'organiser ces actions de façon qu'elles lui procurent le maximum de plaisir, grâce à des excitations correspondantes des zones érogènes des muqueuses ». L'enfant découvre alors le plaisir que lui procure le fait de retenir ou d'expulser les fèces. C'est le stade de l'ambivalence : l'objet peut être gardé, bon ou mauvais.

Entre le stade oral et anal, il y a déplacement des zones érogènes, mais dans l'un comme dans l'autre, « la sexualité infantine continue à se développer en s'étayant sur des fonctions organiques d'alimentation puis d'évacuation »³².

- Le stade phallique : il se déroule des 3 ans aux 7 ans de l'enfant. La zone érogène est le pénis (le clitoris chez la fille). C'est le stade de la prise de conscience de la différence anatomique des sexes, pour aller vers une reconnaissance de l'identité sexuelle et de la sexualité.

2.2. La relation mère-bébé et la théorie de l'attachement de BOWLBY

L'attachement est une caractéristique commune à tous les mammifères. En effet chez les animaux, l'établissement de la proximité entre un bébé et un adulte qui l'élève est indispensable pour la survie du petit. De même, le fait que l'adulte réponde et maintienne cette proximité physique autant que nécessaire, est tout aussi indispensable à sa survie. L'explication vient du fait que l'adulte protège le bébé des dangers les plus proches (la faim, le froid...), mais aussi les plus lointains (les prédateurs, le bruit...).

Aujourd'hui, il est démontré que le nourrisson naît avec un équipement biologiquement programmé pour nouer des liens d'attachement, et qu'il existe parallèlement chez la mère des processus biologiques et psychologiques qui vont la conduire à des comportements spécifiques afin de répondre à ces besoins d'attachement. C'est ce lien d'attachement qui

³⁰ FREUD S., Trois essais sur la théorie sexuelle, 1905.

³¹ Ibid.

³² TRAN-THONG, Stades et concepts de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine, 1992.

va permettre à la mère et au bébé de s'approprier petit à petit. On dénombre quatre caractéristiques du lien d'attachement mère-bébé³³ :

- Ce lien est **primordial** : c'est le fondement de toute relation affective et sociale, chez tous les mammifères.
- Ce lien est **récioproque** : il se construit dans une interaction entre la mère et le nourrisson, et se manifeste par des signes physiques repérables chez l'un comme chez l'autre.
- Ce lien **s'établit dès la naissance** : la naissance est une période sensible, durant laquelle la mère et le bébé doivent faire face à une multitude de changements et d'adaptations.
- Ce lien est **indispensable à la survie du nourrisson** : comme nous l'avons vu pour les mammifères, ce lien d'attachement est nécessaire au développement du bébé, au risque d'engendrer ultérieurement des troubles psychosomatiques, voire psychiatriques.

C'est BOWLBY, psychiatre et psychanalyste du XX^{ème} siècle, qui a développé cette théorie de l'attachement, d'après les travaux préalables de WINNICOTT, LORENZ et HARLOW. Il définit l'attachement comme le comportement de l'individu qui cherche à se rapprocher d'une personne particulière (sa *figure d'attachement*) dans les situations potentiellement dangereuses. Pour le psychiatre, le bébé est « un être de relation, et il est important pour le tout petit d'être attaché à quelqu'un, sa base de sécurité [...] sur lequel il pourrait croître et s'autonomiser »³⁴.

Le bébé, en naissant, expérimente de nombreuses fois par jour qu'une personne, la même personne, sa mère, lui apporte réconfort et apaise sa détresse, par une série d'actes. Cette personne interagit avec lui, et « lui fait vivre l'expérience répétée que le chaos est suivi de solutions positives ». Cette figure deviendra alors figure d'attachement principale, symbole de protection, de proximité, tant psychique que physique.

Du point de vue de la mère, on ne parle pas d'attachement à proprement parler, car la signification de l'attachement au sens strict du terme (BOWLBY) est « chercher la protection de quelqu'un en cas de détresse ou d'alarme ». Deux termes sont alors réservés à cette réponse aux besoins d'attachement :

- *Bonding* : de « to bond », se rapprocher
- *Caregiving* : littéralement « prendre soin »

Les comportements du caregiving ou du bonding ont tous pour particularité fonctionnelle de protéger l'enfant. Ils sont déclenchés par toute situation où le parent perçoit l'enfant en danger ou en détresse.

³³ DAGEVILLE C. et al., Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance, 2011.

³⁴ GOLDBETER MERINFELD E., 2005

BOWLBY défend donc la théorie selon laquelle la première relation qui s'établit entre un nourrisson et sa mère, est celle d'une relation basée sur le contact social, et sur la réponse à un besoin de protection. Il démontre que ce besoin social est tout aussi important que celui de s'alimenter, puisqu'il est « indispensable à la survie de l'espèce ».

Mais à travers ses recherches, BOWLBY constate que l'environnement et la nourriture ne sont pas suffisants pour créer un lien d'attachement de qualité : le comportement de la mère envers son enfant tient également une place décisive.

On peut alors se demander si la théorie des stades de l'évolution libidinale de l'enfant par FREUD et celle de l'attachement par BOWLBY peuvent coexister, voire se croiser. Dans un cas comme dans l'autre, la fonction alimentaire représente le canal liant la mère et le nourrisson, et la question de l'oralité existe bien dès le plus jeune âge.

2.3. Les interactions précoces

Comme nous l'avons vu, le nourrisson a longtemps été considéré comme un être passif, subissant les mouvements, les activités autour de lui.

Mélanie KLEIN, psychanalyste britannique du XX^{ème} siècle, est la première à avoir développé l'idée que le nourrisson pourrait avoir une « vie psychique et relationnelle propre », et qu'il existerait une relation particulière et bidirectionnelle entre lui et sa mère.

Aujourd'hui, nous savons que l'enfant, en naissant, est projeté dans un monde de regards, d'odeurs, de caresses, de paroles et de mélodies, qui forment un univers auquel il est particulièrement sensible. Cet environnement stimulant le place dans une situation de communication permanente, dont lui et sa mère sont les acteurs.

On parle actuellement d'« interactions précoces » pour définir ce qui se joue entre la mère et son bébé dans les premiers mois de la vie de l'enfant. Selon la définition stricte du LAROUSSE, l'interaction est « la réaction *réciproque* de deux phénomènes l'un sur l'autre ». Et c'est bien la notion de réciprocité qui est importante ici : le modèle de KLEIN est basé sur une dynamique bidirectionnelle, où l'environnement et l'enfant s'influencent l'un l'autre, dans un processus continu de développement et de changement.

Les interactions sont alors « l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre un nourrisson et ses différents partenaires »³⁵. Le couple mère-nourrisson est alors en *symbiose* pendant les premiers mois de vie de l'enfant. Indissociables, chaque comportement de l'un se répercute sur l'autre, et ainsi de suite.

³⁵ THOMAS N., Modalités d'observation et d'évaluation des fonctions psychomotrices aux différents âges de la vie, 2003-2004.

A partir de leurs nombreux travaux, LEOVICI, MAZET et VISIER (1989) ont défini trois types d'interactions précoces : comportementales, affectives, fantasmatiques.

2.3.1. Interactions comportementales

Elles concernent la manière dont le comportement de l'enfant et celui de la mère s'agencent l'un par rapport à l'autre. Elles se situent dans trois domaines : corporel, visuel, vocal.

a. Les interactions corporelles

Elles concernent la façon dont le bébé est tenu, porté, manipulé et touché. C'est WINNICOTT en 1975 qui introduit les notions de :

- *Holding* : le fait de tenir, contenir. La mère, qui soutient l'enfant par ses soins, ses bercements, lui permet de tempérer des excitations qui seraient trop importantes pour lui pour y faire face.
- *Handling* : la manipulation physique du bébé. Les soins prodigués à l'enfant lui permettent de se construire une intériorité et des limites corporelles.

En retour, le bébé va manifester son attachement par des mouvements d'agrippement : par exemple, lors de la tétée, le bébé saisit la main, ou le sein de sa mère.

Le bébé et sa mère s'adaptent l'un l'autre aux manifestations corporelles de chacun. Ce lien corporel est donc indispensable dans le développement de l'enfant.

b. Les interactions visuelles

Le regard occupe une place primordiale dans le développement du lien mère-enfant. Dès la naissance, leurs regards s'attirent, notamment pendant la tétée. On parle de regard mutuel, qui représente un mode privilégié de communication entre l'enfant et sa mère.

LEOVICI en 1987 met l'accent sur le regard comme forme principale de communication initiale entre le bébé et sa mère, la considérant comme point d'ancrage du développement de l'enfant. WINNICOTT ajoute que le visage de la mère, spécialement ses yeux, facilitent pour le bébé la configuration d'une image de lui-même.

Le regard est également à l'origine de la notion de permanence de l'objet.

c. Les interactions vocales

Les cris et les pleurs sont le premier langage du bébé, dès la naissance. Comme nous l'avons déjà exposé, le canal vocal est le mode privilégié du nourrisson pour exprimer ses besoins, ses affects et ses désirs. SANDER et JULIA en 1966 parlent de « cordon ombilical acoustique » pour décrire ce canal vocal, indispensable dans le développement de la relation mère-enfant.

Si le nourrisson utilise les vocalises pour rendre compte de son état, la mère elle aussi utilise la parole souvent dès les premiers instants de vie du bébé. On utilise le terme de « parler-bébé » pour qualifier le langage des mères, dont l'intonation, le rythme, l'intensité et la prosodie sont adaptées au nourrisson.

Ces interactions vocales sont la base de l'entrée dans le langage, et de l'apprentissage des règles de communication.

2.3.2. Interactions affectives

Il s'agit des « influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère »³⁶. Les affects sont l'essence même de la relation mère-enfant, surtout dans les premières semaines de vie du nourrisson. La mère perçoit ce que le nourrisson ressent, et inversement.

Peu à peu, le bébé est capable d'identifier l'état émotionnel de sa mère, et va adapter son comportement à celui-ci. L'état affectif de l'enfant sera donc dépendant de celui de sa mère.

2.3.3. Interactions fantasmatiques

Il s'agit de l'influence des fantasmes parentaux, c'est-à-dire la place qu'occupe le bébé dans le psychisme de la mère. Durant la grossesse, la mère développe l'*enfant fantasmé*, objet de rêveries et de projections.

³⁶ CRUNELLE D., S'attacher pour mieux se détacher : l'impact des interactions précoces sur l'émergence du langage, 2010 ;

3. Etendue actuelle du terme d'oralité

Après avoir détaillé la place que prend l'oralité dans ces concepts psychanalytiques, et dans les interactions précoces entre le nourrisson et sa mère, il est nécessaire de préciser qu'à l'heure actuelle, le terme d'oralité s'étend bien au-delà.

De nombreux professionnels médicaux et paramédicaux l'utilisent.

La définition que donne Véronique ABADIE résume parfaitement ce que le terme actuel d'*oralité* sous-entend :

« L'oralité de l'enfant est un monde qui fascine car elle implique des notions aussi variées et indissociables que les fonctions sensori-motrices fœtales, l'adaptation à la vie extra-utérine, la fondation du lien mère-enfant, l'adaptation de l'enfant à ses besoins nutritionnels donc sa croissance, son organisation psychosociale : appétit, plaisir, hygiène, éducation, et sa construction cognitive, relationnelle et culturelle. Elle met en jeu des structures sensorielles, motrices, neuro-intégratives, hormonales, digestives et centrales, dont la physiologie et la régulation sont complexes et partiellement élucidées. »³⁷

II. Développement et caractéristiques de la fonction orale

Revenons rapidement sur la mise en place de cette fonction orale.

Nous avons montré dans la première partie que c'est au niveau de la sphère orale que se jouent les premières activités motrices, mais aussi relationnelles. Qu'il s'agisse de la mise en place de la coordination succion-déglutition-respiration, ou du cri manifestant l'état du nourrisson, tout provient de cette sphère orale. La bouche, organe primordial de l'être humain, est le « carrefour anatomique du verbe et de l'aliment »³⁸.

1. Oralité primaire / oralité secondaire

Cette dichotomie est avancée par Catherine THIBAUT. L'oralité primaire se développe sous la dépendance du tronc cérébral, puis est relayée par l'oralité secondaire, corticale. Lors de chacune de ces périodes se développent une oralité alimentaire et une oralité verbale, de façon concomitante.

³⁷ ABADIE V., Troubles de l'oralité du jeune enfant, 2004a.

³⁸ THIBAUT C., Introduction à Rééducation orthophonique n°220, 2004.

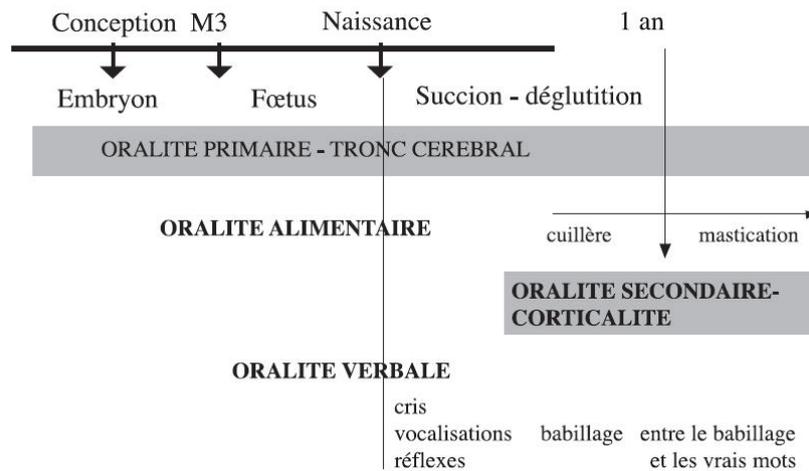


Figure 3 - Les oralités

1.1. Oralité primaire

L'oralité primaire dépend de la maturation du tronc cérébral. Elle se déroule du stade embryonnaire jusqu'à l'âge de 9 mois / 1 an environ. C'est une phase réflexe, qui débute dès lors que le fœtus approche le pouce de sa bouche, et que la langue vient toucher la main : c'est l'aube de l'oralité alimentaire.

1.1.1. L'oralité alimentaire primaire

Elle désigne donc tous les processus nécessaires à l'alimentation du fœtus, que nous avons détaillés dans la première partie de notre travail. Il s'agit des réflexes archaïques oraux, de la succion (nutritive et non-nutritive), de la déglutition, de la coordination succion-déglutition-ventilation.

1.1.2. L'oralité verbale primaire ou primitive

Elle désigne le stade des vocalisations réflexes ou quasi-réflexes : des cris, des vocalises, des sons végétatifs (sopirs, bâillements, gémissements...). Catherine THIBAUT dit du cri qu'il est « l'un des premiers mécanismes de survie ». Le cri prend des formes différentes selon ce qu'il signifie : si les cris de faim (exprimant un état d'inconfort et d'insatisfaction) sont associés à des attaques vocales dures, les cris dits d' « appel » sont associés à des attaques vocales douces.

Mme THIBAUT rappelle également que « l'émission des cris provient de la mise en jeu du larynx [...] commandé par le nerf pneumogastrique, localisé dans le tronc cérébral. C'est également dans cette zone du système nerveux central que siège la commande de succion-déglutition. »

Nous voyons bien l'origine commune des différentes oralités.

1.2. Oralité secondaire

L'oralité secondaire débute aux alentours des 6 mois du nourrisson, et coexiste avec l'oralité primaire pendant parfois 6 mois à 1 an, cela afin d'assurer une sorte de passerelle entre les deux oralités. L'apparition de l'oralité secondaire signe le processus de corticalisation des structures. L'oralité secondaire, au contraire de l'oralité primaire, est une phase volontaire.

1.2.1. L'oralité alimentaire secondaire

Il s'agit d'une « double stratégie alimentaire »³⁹. Double, car il y a coexistence de deux modes d'alimentation durant cette période : la succion, qui perdure, et le passage à la cuillère. Dans les pays occidentaux, cette période de cohabitation peut durer pendant 2 ans. L'enfant est nourri à la cuillère une à deux fois par jour, et le reste de ses repas est pris au biberon.

Comme nous l'avons vu dans la première partie de notre travail, le larynx du nouveau-né est situé haut dans le cou et sa langue prend une place considérable dans la cavité buccale. Si cette disposition est idéale pour la succion, le passage de l'oralité primaire à l'oralité secondaire nécessitera une modification de cette disposition. En effet, l'allongement du cou de l'enfant, ainsi que la verticalisation de l'enfant qui peut désormais s'installer en position assise, s'accompagne de la descente du larynx, et la croissance de la cavité buccale va permettre à la langue d'avoir plus d'espace et de trouver sa place. Le voile du palais s'élève lors de la déglutition pour isoler le nasopharynx.

Lors de l'introduction des premiers aliments, l'enfant va les téter avec le schème moteur de la succion. Puis, il va petit à petit mieux contrôler le bol alimentaire, le déplacer à l'intérieur de la cavité buccale grâce à la langue, devenue plus fonctionnelle, et pourra désormais choisir de propulser l'aliment afin de le déglutir, ou de recracher l'aliment. L'apnée et la reprise respiratoire après la déglutition sont également de plus en plus longues.

Vers 6 mois, les premières dents de lait apparaissent et modifient considérablement la structure buccale. En effet, la langue ne peut plus prendre la place qu'elle veut, puisque les dents font office de barrière (sur le côté et à l'avant). L'enfant va alors devoir s'adapter, et mettre en place de nouveaux schèmes moteurs. Le « suckling », mouvement antéro-postérieur de la langue lors de la succion, coexiste avec le « sucking », désignant les mouvements linguaux allant du haut vers le bas. Le sucking, « vraie succion » selon Catherine THIBAUT, se met en place lorsque la musculature de l'enfant est suffisamment développée pour qu'il puisse se maintenir assis (donc en position verticale), et que la mandibule se déplace de la bonne façon, pour une prise alimentaire plus efficace.

³⁹ THIBAUT C., Introduction à Rééducation orthophonique n°220, 2004.

La préhension à la cuillère s'apprend également par imitation : l'enfant voit sa mère saisir entre les lèvres et les dents l'aliment, et reproduit le même geste.

Le passage à la cuillère est donc bel et bien d'ordre neurologique. Plusieurs zones du cerveau (aires pariétales et frontales, mais aussi les aires limbiques) sont impliquées, et nécessitent d'être matures pour permettre la construction orale et praxique indispensable pour s'alimenter à la cuillère.

1.2.2. L'oralité verbale secondaire

Conjointement à cette double stratégie alimentaire, le nourrisson construit son oralité verbale.

Le nourrisson, à présent capable de respirer par la bouche, met en place des mécanismes respiratoires et phonatoires qui vont lui permettre au fur et à mesure de produire des sons de plus en plus ressemblants à la langue maternelle, et de plus en plus compréhensibles. Les cris se transforment petit à petit en « proto-syllabes »⁴⁰ ayant pour fonction d'appeler, de réclamer la mère, de manifester la faim, le sommeil, l'attention, et qui seront interprétées et réutilisées par la mère et l'entourage de l'enfant pour communiquer avec lui.

Comme nous l'avons expliqué du point de vue alimentaire, le larynx descend dans le cou de l'enfant. Cet abaissement laisse alors plus de place à la partie postérieure de la cavité buccale, qui va servir de résonateur. La partie postérieure de la langue devient plus mobile, et permettra de produire de nouveaux sons.

Il existe plusieurs étapes⁴¹ avant l'apparition des premiers mots, que nous détaillerons dans le tableau ci-dessous :

<p>Babillage rudimentaire</p>	<p>De 3 à 8 mois</p>	<p>Dès 3 mois, l'enfant est capable d'imiter la mélodie, la prosodie et les sons émis par l'adulte. Les parents encouragent cette imitation en y répondant, et en continuant la communication.</p> <p>Vers 6 mois, le nourrisson est capable de produire des sons de type consonne+voyelle : ce sont des protosyllabes. Le bébé produit des sons vocaliques qui ne nécessitent pas encore une mobilité trop importante de la sphère buccale.</p>
--------------------------------------	----------------------	--

⁴⁰ THIBAULT C., Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant, 2007.

⁴¹ Selon la classification de Catherine THIBAULT (2007)

		<p>Cette période est celle de la mise en place de la posture assise (vers 4-5 mois), de la capacité de poursuite oculaire (vers 4 mois et demi), du placement de la langue qui, « secondés par le pouvoir de préhension des mains » sont indispensables au développement du langage.</p>
Babillage canonique	De 5 à 10 mois	<p>C'est le stade des syllabes dupliquées (bababa, lalala), qui amèneraient l'enfant à faire le lien entre le côté sensoriel et le côté moteur de ses vocalisations.</p> <p>A 6-8 mois, le nourrisson développe des capacités prosodiques, mélodiques et rythmiques.</p> <p>Selon l'auteur, cette période est « le point culminant du développement des vocalisations prélinguistiques ».</p>
Babillage mixte	De 9 à 18 mois	<p>Dès 9 mois apparaissent les premiers mots à l'intérieur de babillage : c'est le protolangage. Pour l'acquérir, l'enfant doit se détacher du lien communicatif presque unique qu'il avait avec sa mère. Cette rupture est concomitante avec une rupture dans l'alimentation : le passage à la cuillère, le passage aux aliments solides.</p> <p>On observe également le développement du pointage, préalable indispensable à la dénomination selon ANZIEU.</p> <p>Vers 11-13 mois, tous les sons que l'enfant produit appartiennent à sa langue maternelle. Il utilise de plus en plus le geste et l'intonation pour illustrer sa communication. Grâce à l'intervention de sa mère, l'enfant fait de plus en plus la corrélation entre l'objet et sa représentation symbolique, le mot en lui-même.</p> <p>Entre 9 et 12 mois, la langue s'accroche au palais. De plus, on observe une dissociation des mouvements de la langue et de ceux de la mandibule.</p> <p>Jusqu'à 18 mois, la langue se muscle, continue à explorer la sphère intra-buccale, les mouvements des différents organes s'individualisent. De plus, l'enfant structure de mieux en mieux son espace visuel, et commence à partir à la conquête physique de son environnement.</p>

1.3. La mastication et les premiers mots

La mastication se met en place jusqu'aux 5 ans de l'enfant. C'est l'apparition des premières dents, puis l'éruption de toute la dentition lactéale qui rythmera la maturation de la praxie masticatoire. Dès 2 ans, l'enfant coordonne de mieux en mieux ses structures buccales, la langue est souvent en position haute de déglutition, et le mouvement de la mandibule est de plus en plus précis. Cependant, la mastication commence avant même l'apparition des dents avec des praxies d'écrasement des solides avec la langue et les gencives.

De l'alimentation à la cuillère nous passons à la stratégie de mastication, ou « oralité dentée »⁴². Cette nouvelle stratégie alimentaire est celle de la complexification des praxies, des gnosies, de la découverte des goûts et des textures. Alors qu'à 1 an l'enfant utilise ses mains pour apporter l'aliment à sa bouche, la troisième année est celle de la propreté orale. Il utilise de façon coordonnée les outils du repas, et est capable d'occlusion labiale pendant la mastication. Cette « maturité » de la prise alimentaire peut prendre 5 à 7 ans, et constitue un repère de socialisation.

Concernant la déglutition, les schèmes moteurs de la déglutition adulte sont atteints autour de 24 mois, mais peuvent se mettre en place jusqu'à 3 ans. Avant la déglutition adulte, la déglutition du nouveau-né et du nourrisson est appelée déglutition infantile.

Les premiers mots de vocabulaire de l'enfant sont généralement relatifs à la nourriture. En effet, la première correspondance mot-objet concerne souvent l'alimentation : la couleur, la texture, la température, le goût, les sensations, les bruits de contentement (« mmmh »). En même temps qu'il construit son lexique, l'enfant met également en place son articulation. N'étant pas toujours capable d'articuler tous les sons de la langue, l'enfant va alors en simplifier certains. Il utilise des moyens de facilitation, considérés comme « normaux » jusqu'à environ 4 ans.

Nous constatons avec évidence que l'oralité alimentaire et l'oralité verbale sont très intimement liées, puisque leur construction s'effectue de façon conjointe et indissociable.

⁴² THIBAUT C., Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant, 2007.

Ages(mois)	Motricité	Langage	Préhension des Aliments	Évolution schémas Suction-déglutition		Texture
0-4	Flexion tête médiane	Vocalisations	Aspiration sein ou biberon	Suckling	Succion-Déglutition Réflexe	Liquide
4-6	Assis Contrôle Tête	Babillage rudimentaire	Tétine+cuillère Boit au verre	Suckling	Réflexe diminue	Liquide+ Semi-Liquide
6-9	Rotation 4 pattes debout	Babillage Canonique	Tétine+verre+ Cuillère+ Début Mastication	Suckling+ début Sucking Mouvements Linguaux latéraux	Début de dissociation Succion déglutition	Semi Liquide+ mixé
9-12	4 pattes	Babillage mixte	Cuillère+ Verre malaxage	Suckling> Sucking	Diduction Mandibulaire Mouvements Linguaux Dans l'espace	Mixé+ Solide mou
12-18	Marche	Proto-mots	Cuillère+verre malaxage< mastication	suckling< sucking	Dissociation Langue-mandibule	Solide Mou+ Solide dur
18-24	Marche	Phrases	Cuillère+ Verre Mastication+ Sucking	Succion-Déglutition indépendantes	Stabilité mandibule	Solide dur

Figure 4 - Evolution motrice et fonctionnelle pour l'alimentation, la déglutition, le langage et la motricité entre 0 et 24 mois (d'après TAPIN, 2001 et PUECH, 2005)

2. Oralité : les enjeux

2.1. Les enjeux relationnels et sociaux

Au-delà de l'enjeu vital, la fonction alimentaire est indispensable sur le plan social, psychologique, culturel, relationnel, identitaire... Autrement dit, c'est principalement à travers la relation orale que l'enfant expérimente le monde et perçoit son environnement.

La naissance met fin au lien « fœto-maternel », et instaure une nouvelle relation mère-enfant. Au fur et à mesure de son développement, nous avons vu que l'enfant acquiert de l'autonomie, et se détache progressivement de sa mère. Le passage de l'alimentation lactéale (au sein ou au biberon), au cours de laquelle l'alimentation est une réponse de la mère à une pulsion du bébé, à l'alimentation solide où l'enfant renonce à ces plaisirs et commence à prendre des risques, illustre bien l'importance de la double stratégie alimentaire, nécessaire pour une transition en douceur entre ces deux modes

alimentaires.⁴³ En se détachant de cette manière, l'enfant prend petit à petit conscience de son individualité et de son existence propre.

De la même façon, en exprimant ses besoins et ses affects, l'enfant expérimente des émotions différentes, qui sont également nécessaires à la construction de son identité : la satisfaction, la tristesse, le dégoût, la colère.

Socialement, le repas a une importance primordiale. Qu'il s'agisse des communautés les plus ancestrales ou de la culture occidentale moderne, le repas est le moment où tout le monde est réuni afin de partager quelque chose de commun. Il symbolise la convivialité et le partage. Si c'est au sein de sa famille que l'enfant acquiert les règles sociales du repas (rester assis, manger avec la fourchette, etc.), c'est à l'entrée en maternelle, et surtout lors des repas à la cantine qu'il peut appliquer ces règles et développer une bonne praxie alimentaire.

2.2. La construction du goût

Il est important de s'intéresser à la construction du goût chez l'enfant.

D'un point de vue sensoriel, un aliment est caractérisé par sa texture, son apparence, et sa saveur. Celle-ci est la somme de quatre composantes gustatives (le salé, le sucré, l'acide et l'amer), olfactives (par voie nasale directe ou par voie rétro-nasale passant par le pharynx), et chémesthésique (perception de la température).⁴⁴

C'est souvent la saveur qui est citée comme principal facteur du goût de l'enfant (« j'aime »/ « je n'aime pas »), alors que la texture et l'apparence sont deux caractéristiques à considérer fortement. En effet, c'est la double présentation gustative et olfactive qui donne le goût complet de l'aliment.

Le système gustatif se met en place dès la 10^{ème} semaine de gestation. La langue est formée de muscles (dix-sept) et de peau, recouverte de papilles. Cette muqueuse linguale réagit de la même manière que la peau dans tout le reste du corps : réaction à la température, à la douleur, au chatouillement... Les papilles linguales renferment les bourgeons du goût, que l'on peut classer en 4 types⁴⁵ :

- Papilles filiformes, situées sur le dos de la langue et le voile du palais
- Papilles fongiformes, situées sur la pointe de la langue
- Papilles foliées, situées sur les bords de la langue
- Papilles caliciformes, de grande taille, au nombre de 5 ou 6 de chaque côté de la langue

⁴³ THIBAUT C., Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant, 2007.

⁴⁴ NICKLAUS S. et al., Les perceptions gustatives chez l'enfant, 2005.

⁴⁵ Op. Cit.

Il existe des zones de réception gustative préférentielles :

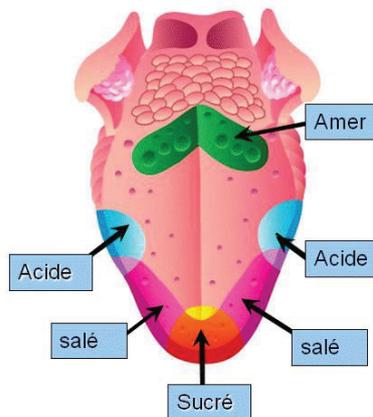


Figure 5 - La répartition des goûts que perçoit la langue

En naissant, le nouveau-né serait plus sensible aux saveurs sucrées, et ce de façon innée, contrairement à l'acide et à l'amer qui font l'objet d'un rejet immédiat chez la presque totalité des bébés. Certaines études rapprochent cette attirance pour le sucré des propriétés analgésiques des saveurs sucrées, utilisées pour soulager la douleur pendant les piqûres par exemple. Lorsque les papilles gustatives sont mises en contact avec un liquide sucré, on peut observer un « léchage des lèvres, une succion rythmée, une relaxation du visage, parfois un sourire »⁴⁶, alors que lorsqu'elles sont mises en contact avec de l'amer ou de l'acide, on constate « un abaissement des coins de la bouche, son ouverture, des clignements des yeux, une protrusion et un aplatissement de la langue, des mouvements de la tête et une forte salivation »⁴⁷, réactions interprétées comme du déplaisir. La réaction au salé est quant à elle inexistante.

En grandissant, le nourrisson a toujours une préférence pour le sucré, mais le salé provoque désormais des réactions chez lui (autour de 4 mois). De 6 à 24 mois, il préfère clairement les solutions et les aliments salés. Cependant, le lait infantile salé est de moins en moins apprécié entre 2 et 7 mois. Il y a donc clairement une implication de la texture dans l'appréciation des goûts des aliments.

Chez le grand enfant et l'adolescent, la préférence pour les aliments salés mise en place durant la deuxième année se maintient.

⁴⁶ NICKLAUS S. et al., Les perceptions gustatives chez l'enfant, 2005.

⁴⁷ Ibid.

Il existe des préférences universelles qui regroupent les aliments sucrés (fruits, pâtisseries...), les aliments salés et les féculents (pâtes, riz, pommes de terre, purée...), certaines viandes (poulet, bœuf) et les laitages. En outre, il existe également des aversions plus ou moins universelles (abats, la plupart des légumes et certains aliments au goût très prononcé type fromage fort, olives...), qui dépendent cependant de la culture. Plus l'enfant grandit, plus il est capable de dépasser ses limites sensorielles, et accepte de goûter de nouveaux aliments.

L'oralité est un concept complexe, mêlant l'aspect psychologique et physiologique de l'individu. Comme nous venons de le constater, elle se construit tout au long de l'enfance à travers des étapes bien définies. L'alimentation de l'enfant traverse toutes ces étapes, et constitue le fil rouge de l'oralité alimentaire.

Nous allons à présent tenter de comprendre à quel point la nutrition de l'enfant est organisée et hiérarchisée, et combien participe à son bon développement physique et psychique.

Chapitre III
ENFANT ET ALIMENTATION

I. La transition entre la nutrition du fœtus et celle du nouveau-né

Durant la grossesse, le fœtus est nourri par le placenta, par le biais du cordon ombilical qui le relie à sa mère. Ce lien se met en place entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine de grossesse.

La communication entre la mère et le bébé, par le biais du placenta, permet l'apport au fœtus de tous les nutriments nécessaires à son développement. En effet, lorsque la maman se nourrit, les aliments sont dégradés par son corps pour ne garder que les nutriments. Les nutriments énergétiques (protides, lipides, glucides) passent alors dans le sang de la mère, puis dans celui du bébé grâce à la veine ombilicale et au placenta.

Lorsque le bébé naît, son alimentation devient orale.

Cependant, le choix d'allaitement implique une différence des apports nutritionnels :

- l'allaitement au sein conserve le circuit nutritif entre la mère et son bébé (le lait ingurgité par l'enfant est constitué des nutriments produits et venant du corps et de l'alimentation de la mère)
- l'allaitement au lait infantile (ou lait maternisé) suppose une nutrition « industrielle », qui ne passe pas par le corps ni l'alimentation de la mère

Sans entrer dans le débat récurrent opposant l'allaitement au lait maternel et l'allaitement au lait maternisé, il est nécessaire d'évoquer les deux types dans ce mémoire.

Note : tout au long de ce travail, le terme « allaitement » sera utilisé pour définir une alimentation lactéale, qu'elle soit maternelle ou industrielle.

II. L'alimentation lactéale

1. L'histoire de l'allaitement

Il paraît important dans un premier temps de revenir brièvement sur l'image de l'alimentation lactéale du nourrisson à travers les époques, afin de comprendre quels en sont les enjeux aujourd'hui.

Dans l'Antiquité, allaiter au sein était primordial et obligatoire, puisque selon les croyances les traits de caractère se transmettaient par le lait maternel. Cependant, l'allaitement était interdit les vingt premiers jours suivant la naissance, le lait de la mère étant considéré comme indigeste. Pendant ce temps, le nouveau-né était nourri de miel tiède, mélangé à du lait de chèvre. Le sevrage avait lieu vers 2 ans.

Au Moyen-Âge et à la Renaissance, la place de l'allaitement maternel est toujours prépondérante, mais la croyance ancienne de priver l'enfant du colostrum (nom donné au lait sécrété dans les premiers jours suivant l'accouchement) est abandonnée. Désormais, l'allaitement débute immédiatement après la naissance. L'enfant est sevré entre 18 mois et 3 ans.

C'est au 17^{ème} siècle qu'apparaissent les premiers opposants à l'allaitement maternel, fait qu'il faut mettre en relation avec l'industrialisation naissante et le mouvement d'urbanisation de cette époque, poussant les mères à confier leurs nouveau-nés à des nourrices, et donc à abandonner l'idée d'un allaitement maternel. Cependant, c'est à cette même époque qu'émerge l'idée que l'allaitement maternel permettrait de favoriser l'attachement entre la mère et l'enfant (Jean-Jacques Rousseau).

Au 19^{ème} siècle, le développement du travail des femmes rend l'allaitement de plus en plus difficile, et apparaissent les premières alternatives, comme le tire-lait. Cependant, le courant d'exode né de la misère oblige beaucoup de femmes à se placer comme « nourrices » ou à envoyer leurs nourrissons chez des « nourrices de campagne », et l'hygiène déplorable de l'époque conduit à une mortalité infantile extrêmement élevée (20 à 30 % en 1885). Tout ceci amène le corps médical à s'interroger et à réhabiliter l'allaitement maternel. Dans les cas où la mère ne pouvait pas allaiter, on avait recours à l'alimentation artificielle qui se développe petit à petit (lait d'ânesse, de brebis, de chèvre, de vache). C'est l'apparition de la stérilisation et de la pasteurisation qui aidera à diminuer la mortalité infantile.

Si cette mise en avant de l'allaitement maternel se poursuit au début du 20^{ème} siècle, l'après seconde guerre mondiale est l'époque où les firmes productrices de laits de substitution apparaissent, et ont une stratégie commerciale très efficace. Les années 60 et 70 mettent à mal l'allaitement maternel, les féministes accusant ses adeptes d'enfermer les femmes dans leur rôle de mère. Le biberon est alors « libérateur de cet esclavage ». Néanmoins, à fin des années 70, un mouvement de « retour à la nature » alimente un courant favorable à l'allaitement maternel.

Aujourd'hui, nous voyons bien que le débat autour de l'allaitement au sein et l'allaitement au biberon, datant de plusieurs centaines d'années, est finalement éternel. Si nous avons la certitude scientifique que la composition nutritionnelle et l'apport en substances biologiques du lait maternel ne peuvent être reproduits, l'amélioration de la qualité des laits infantiles est évidente, et ils sont tout autant nourrissants que le lait maternel.

Ci-dessous un tableau comparant les teneurs indicatives en énergie, protides, lipides, glucides et minéraux du lait de femme et des préparations pour nourrissons, destinées au nourrissons de la naissance à 4-6 mois (Janvier 2004).

Pour 100 ml	Préparation pour nourrissons	Lait de femme mature (à J4-J5 après l'accouchement)
Poudre	12.6 - 15	
Calories (kcal)	66 - 73	67
Protides (g)	1.5 - 1.9	1
Caséine (%)	44 - 60	40
Lipides (g)	2.6 - 3.8	3.5
Acide linoléique	350 - 740	350
Acide a-linoléique (mg)	30 - 100	37
Glucides (g)	6.7 - 9.5	7.5
Lactose (%)	47 - 100	85
Dextrine-maltose (g)	1.1 - 2.6	0
Autres sucres	Amidon, glucose, fructose, saccharose	Oligosaccharides
Sels minéraux (mg)	250 - 500	210
Sodium (mg)	16 - 28	16
Calcium (mg)	43 - 93	33
Calcium/Phosphore	1.2 - 1.9	2
Fer (mg)	0.7 - 1	0.05

Source : Association des Lactariums de France (<http://sdp.perinat-france.org/>)

2. Comparaison entre la succion au biberon et la succion au sein

De récentes recherches ont montré que le lait maternel contenait de nombreuses enzymes et hormones, importantes pour la maturation des systèmes digestifs et nerveux du bébé. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) affirme d'ailleurs avec certitude qu' « il réduit la mortalité de l'enfant et que ses bienfaits pour la santé se ressentent jusqu'à l'âge adulte ». L'allaitement exclusif au sein est alors « recommandé pendant les six premiers mois de la vie du nourrisson et doit se poursuivre ensuite jusqu'à l'âge de deux ans au moins, en l'associant à une alimentation de complément qui convienne ».

L'allaitement maternel n'est pas seulement recommandé pour les bienfaits de sa composition, il l'est également pour la physiologie de la succion au sein, différente de la succion au biberon.

La succion au sein se caractérise par des mouvements de succion très réguliers et amples.

- Les lèvres se retroussent autour du mamelon.
- La langue s'étale dans la cavité buccale, l'apex s'applique sous le mamelon et la base recule pour isoler le rhinopharynx.
- Le maxillaire inférieur du bébé monte pour exercer une pression sous les sinus lactifères sous l'aréole, afin de faire jaillir le lait.
- Une dépression se crée dans la cavité buccale, qui permet l'aspiration du lait.
- La langue se creuse en gouttière, permettant au lait de s'écouler.

Au début de la tétée, les mouvements sont rapides avec peu de déglutition : le bébé tète pour faire venir le lait. Puis, plus il y a de lait, plus les mouvements se rythment et on observe une déglutition à chaque succion. Après chaque déglutition, le bébé a le temps de respirer. Il peut faire des pauses lorsqu'il le décide, puisque c'est lui qui « actionne » le jaillissement du lait.

La succion au biberon se différencie de la succion au sein car l'enfant fournit moins d'efforts concernant la préhension de la tétine. Celle-ci étant plus rigide que le mamelon, le bébé n'a pas à ouvrir la mâchoire en grand. Il n'a qu'à réaliser quelques pressions pour que le lait jaillisse assez facilement. Pour respirer, il lâche la tétine, qui reste cependant dans sa bouche.

- La tétine est coincée entre les arcades gingivales, la langue est donc en arrière et fait des mouvements verticaux.
- Le lait est envoyé dans la partie postérieure de la cavité buccale, et s'y accumule. La base de langue et le voile du palais sont en contact afin de protéger les voies respiratoires.
- Lorsque la langue donne un coup de piston, le lait est propulsé en arrière et les voies aériennes se ferment pour permettre la déglutition. Elles se rouvrent pour permettre la respiration, et ainsi de suite.

Il existe deux différences majeures entre la succion au sein et la succion au biberon.

- Lors de la succion au biberon, le bébé ne peut pas respirer pendant les mouvements de succion, contrairement à la succion au sein.
- Lors de la succion au sein, la langue exerce des mouvements horizontaux, alors que ces mouvements sont verticaux lors de la succion au biberon.

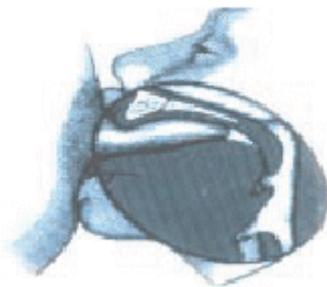


Figure 6 - Succion au sein

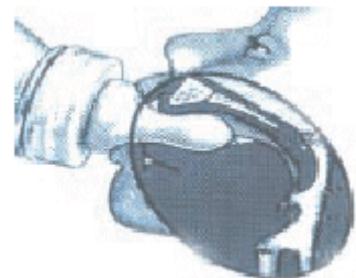


Figure 7 - Succion au biberon

3. Nutrition

Les besoins nutritionnels du nourrisson évoluent au fur et à mesure qu'il grandit, et sont légèrement différents si c'est une fille ou un garçon. Voici un tableau récapitulant notamment les dépenses et les apports énergétiques conseillés, en fonction de l'âge et du sexe du bébé⁴⁸.

Age (mois)	Garçons					Filles				
	Dépenses énergétiques (kcal/kg/j)	Poids (kg)	Gain (g/j)	Energie stockée (kcal/j)	Apport conseillé (kcal/j)	Dépenses énergétiques (kcal/kg/j)*	Poids (kg)	Gain (g/j)	Energie stockée (kcal/j)	Apport conseillé (kcal/j)
1	67	4.58	35.2	211	518	66	4.35	28.3	178	464
2	71	5.5	30.4	183	570	69	5.14	25.5	161	517
3	73	6.28	23.2	139	596	72	5.82	21.2	134	550
4	74	6.94	19.1	53	569	73	6.41	18.4	68	537
5	75	7.48	16.1	45	608	74	6.92	15.5	57	571
6	76	7.93	12.8	36	639	75	7.35	12.8	47	599
7	77	8.30	11.0	17	653	76	7.71	11.0	20	604
8	77	8.62	10.4	16	680	76	8.03	9.2	17	629
9	77	8.89	9.0	14	702	77	8.31	8.4	15	652
10	78	9.13	7.9	21	731	77	8.55	7.7	18	676
11	78	9.37	7.7	21	752	77	8.78	6.6	15	694
12	78	9.62	8.2	22	775	78	9.0	6.3	14	712

Adapté de "Human energy requirements. Report of a joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation, 17-24 October 2001, Rome, Italy. Rome : UNU/WHO/FAO, 2004"

Figure 8 - Besoins énergétiques des enfants de 1 à 12 mois

L'évolution des besoins énergétiques au fur et à mesure que l'enfant grandit explique les changements de composition des laits maternel et industriel.

⁴⁸ Office de la Naissance et de l'Enfance, Enfant et nutrition, Guide à l'usage des professionnels, 2009.

III. La diversification alimentaire

1. Définition

Il existe deux définitions de la diversification alimentaire :

- Celle de l'Organisation Mondiale de la Santé : « un enfant est diversifié quand sont introduits dans son alimentation tous les solides et liquides autres que le lait maternel, sauf les suppléments en vitamines et minéraux, l'eau de boisson et les solutions de réhydratation orale (SRO). Les formules pour nourrisson, les jus de fruit, les farines, sont des aliments de diversification. »
- Celle de l'ESPGHAN (Société Européenne de Gastro-entérologie, Hépatologie et Nutrition Pédiatrique), publiée dans *Journal of Gastroenterology and Nutrition* en 2008, qui ne considère pas l'utilisation d'une formule pour nourrisson comme diversification.

Les « formules pour nourrissons » désignent les « formulations liquides pour la nutrition des nourrissons, utilisée chez les nourrissons ayant des besoins spéciaux ou étant allergiques au lait, ou encore pour ceux dont les mères ne peuvent pas allaiter » (définition tirée du Medical Subject Headings (MeSH), thésaurus biomédical de référence). Il s'agit simplement de lait industriel, communément appelé lait infantile.

Dans les pays industrialisés, la diversification alimentaire correspond simplement à l'introduction d'aliments solides autres que le lait (lait maternel ou lait maternisé). Il est important de ne pas confondre la diversification alimentaire et le « sevrage », qui signifie l'arrêt de l'allaitement maternel.

2. L'évolution historique de la diversification alimentaire, du XVIème siècle à aujourd'hui⁴⁹

La diversification alimentaire, tout comme l'allaitement, est soumise à de nombreux débats et écoles différentes, selon les époques et les spécialistes. Elle est également profondément influencée par le milieu socioculturel et les habitudes familiales.

L'histoire de la diversification a beaucoup évolué au gré des années et des « modes ».

⁴⁹ TURCK D., Historique de la diversification alimentaire, 2010.

<p>Au XVI^{ème} et XVII^{ème} siècle</p>	<p>La diversification est conseillée lors de l'apparition des incisives supérieures et inférieures, avec des bouillies de bain, de farine, puis de viande vers 2 ans (Jacques GUILLEMEAU, obstétricien français du XVI^{ème} siècle, dans <u>De la nourriture et gouvernement des enfants</u>). Mais d'autres points de vue apparaissent : Francis Glisson, dans <u>Traité sur le rachitisme</u>, déconseille la diversification alimentaire avant 9 mois. De son côté, John PECHEY, dans <u>Traité général sur les maladies des nourrissons et des enfants</u> (1697) affirme qu'aucun aliment solide ne doit être donné avant l'éruption des dents, puis ensuite de façon progressive et au préalable mastiqué par la mère.</p>
<p>Au XVIII^{ème} siècle</p>	<p>Quatre méthodes d'alimentation sont préconisées dans les premiers mois : l'allaitement maternel complété par diverses bouillies, l'allaitement par une nourrice, l'allaitement par des laits d'origine animale, l'alimentation exclusive par des bouillies.</p>
<p>Au XIX^{ème} siècle</p>	<p>Il était conseillé d'introduire le lait de vache, la farine et le jus de viande dès 6 mois.</p>
<p>Au XX^{ème} siècle</p>	<p>La prise de conscience du rachitisme apparaît : on préconise alors l'utilisation huile de foie de morue et jus de fruits/légumes dès la naissance. Un pédiatre suédois (JUNDELL) affirme qu'une diversification alimentaire précoce (6 mois) aide à une meilleure croissance staturo-pondérale. Cette théorie est confirmée par beaucoup de médecins et de chercheurs, et l'Association Médicale Américaine en fait même une recommandation officielle de dès 1937.</p> <p>L'introduction d'aliments solides est conseillée de plus en plus précocement : de la sardine, du thon et des crevette dès 4 à 6 semaines (STEWART, 1943), l'introduction de céréales dès le 2^{ème} ou 3^{ème} jour de vie, les légumes dès le 10^{ème} jour, de la viande mixée dès le 14^{ème} et les fruits dès le 17^{ème} (SACKETT, 1953).</p> <p>Dans les années 60, on observe un retour progressif vers une approche plus physiologique de la diversification alimentaire, mais néanmoins précoce : 3 mois, voire avant.</p>
<p>Aujourd'hui</p>	<p>L'OMS a longtemps recommandé une diversification alimentaire entre 4 et 6 mois après un allaitement exclusif. En 2002 apparaissent de nouvelles recommandations : l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, puis la diversification alimentaire, mais avec une poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans (ou plus) si possible, associé à une alimentation solide et équilibrée adaptée à l'âge.</p> <p>Cependant, le comité de nutrition de l'ESPGHAN recommande de commencer la diversification après 4 mois et avant 6 mois.</p>

3. La diversification alimentaire : les recommandations actuelles

Plusieurs éléments doivent entrer en compte lorsque l'on décide de diversifier l'alimentation d'un nourrisson.

- Les facteurs physiologiques : une augmentation de la salivation, une amélioration de la digestion, la capacité de supporter une charge rénale osmotique et sodée plus grande, la capacité grandissante d'exprimer la faim et la satiété.
- Les facteurs psychomoteurs : la disparition du réflexe d'extrusion (réflexe vital du nourrisson qui sort la langue vers l'avant lorsqu'un aliment « dur » se trouve dans sa bouche), l'apparition du mouvement latéral de la mâchoire (qui permettra la mastication), le mimétisme dans certaines situations (il prend la cuillère à table, il est curieux de voir ce que ses parents mangent...).
- Les facteurs moteurs : le bébé doit être capable de tenir assis avec appui, la posture de la tête et du cou doit pouvoir être contrôlée, et la fermeture de bouche satisfaisante.

Aujourd'hui, on conseille la diversification alimentaire autour des 6 mois de l'enfant, et jamais avant 4 mois. Plusieurs raisons sont avancées⁵⁰ :

- Vers l'âge de 6 mois, les propriétés nutritionnelles du lait deviennent insuffisantes pour l'enfant, il faut alors lui apporter d'autres nutriments, présents dans les aliments.
- Avant 6 mois, les capacités digestives de l'enfant ne sont pas assez développées pour pouvoir absorber autre chose que du lait.
- Une diversification alimentaire trop précoce pourrait augmenter les risques d'allergie alimentaire (réaction excessive du système immunitaire de l'enfant à certains aliments) et d'intolérance alimentaire (dysfonctionnement de l'organisme, incapable de digérer certains aliments).

De son côté, l'ESPGHAN⁵¹ (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition) recommande de ne jamais commencer la diversification alimentaire avant l'âge de 17^{ème} semaine (un peu plus de 4 mois), mais également pas après l'âge de 26 semaines (entre 6 et 7 mois).

Il faut également tenir compte d'une éventuelle prématurité et retarder la diversification du nombre de semaines de prématurité, c'est-à-dire raisonner en « âge corrigé ».

⁵⁰ INPES, Guide de nutrition de la naissance à trois ans, 2005.

⁵¹ ESPGHAN Committee on Nutrition : C. Agostini, T. Deshi, M. Fewtrell, O. Goulet O et al., in Journal Pediatric Gastroenterologic Nutrition, 2008.

4. Déroulement de la diversification alimentaire

Nous nous appuyerons sur les données de l'ouvrage Enfant et Nutrition, Guide à l'usage des professionnels, édité par l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance), organisme créé par le Ministère de la Santé belge. Les données seront corrélées avec celles de l'Organisation Mondiale de la Santé, et celles du Ministère de la Santé français (www.manger-bouger.fr).

La période de diversification alimentaire s'étale de 5-6 mois aux 18 mois de l'enfant environ, âge où il mange théoriquement comme l'adulte. Il s'agit de respecter le déroulement en plusieurs étapes :

4.1. Première étape : la phase d'initiation (autour de 5 ou 6 mois)

Il s'agit du premier contact de l'enfant avec des aliments autres que le lait. L'enfant découvre alors de nouvelles saveurs, de nouvelles odeurs, de nouvelles textures, et se familiarise avec de nouveaux aliments. C'est un moment de plaisir et d'échange avec ses parents, qu'il faut encourager.

Il est important de ne tester qu'un seul aliment à la fois pendant plusieurs jours, d'une part pour en tester la tolérance (d'un point de vue médical), et d'autre part pour n'introduire qu'un changement à la fois.

Il est d'usage de commencer la diversification par les **fruits et les légumes**, et de préférence un aliment connu de l'enfant (visuellement, olfactivement...) et consommé par la famille. Les légumes conseillés lors de cette première étape d'initiation sont les carottes, les haricots verts, les épinards... Il faut éviter les légumes riches en fibres, trop difficiles à digérer pour le bébé. Les légumes sont proposés cuits et mixés, sans apports de sel supplémentaire.

La présentation des légumes se fait soit à la cuillère, soit au biberon : ils seront alors mélangés au lait donné à l'enfant, ou alors présentés en soupe très liquide.

De la même façon, les fruits conseillés sont la pomme, la poire, ou la banane, cuits ou crus, et mixés ou écrasés en purée, sans apport de sucre supplémentaire.

Il est important de préciser que lors de cette période, l'essentiel des nutriments est encore apporté par le lait, principale alimentation de l'enfant. Ce peut être le lait maternel, ou du lait premier âge, adapté aux besoins de l'enfant.

4.2. Seconde étape : la phase de familiarisation (autour des 7 mois)

Cette étape commence lorsque l'enfant prend un repas entier à la cuillère. On lui proposera alors un second repas pris de la même manière dans la journée.

C'est également le moment de changer de lait, en remplaçant le lait premier âge par du lait de suite, plus adapté aux besoins du bébé qui change petit à petit la composition de

ses repas. Cependant, le lait maternel reste le mieux adapté jusqu'aux deux ans de l'enfant.

Autour de 8 mois, l'idéal est que, sur les cinq à six repas recommandés par jour, deux soient des repas diversifiés, et les autres continuent à être des tétées (ou des biberons de lait).

Comme nous l'avons vu, l'ajout de sucre ou de sel aux aliments est très fortement déconseillé, en raison de l'immaturation de l'organisme de l'enfant. Cependant, il est tout à fait recommandé de rajouter des herbes aromatiques et des épices non piquantes. Les besoins en graisse étant plus importants chez l'enfant que chez l'adulte, il est important d'ajouter deux ou trois cuillères à café d'huile crue dans la préparation destinée à l'enfant.

4.3. Troisième étape : vers la variété des aliments (de 8 à 12 mois environ)

La **viande et le poisson** peuvent être introduits dès le 5^{ème} ou 6^{ème} mois, contrairement aux **œufs** qui ne doivent pas être proposés avant le 7^{ème} mois au moins, et consommés cuits uniquement. Ces protéines, importantes pour le bon développement de l'organisme, doivent être proposés en petite quantité, mixés et mélangés aux légumes. Toutes les viandes peuvent être ingérées, en évitant la charcuterie et les abats. Les poissons gras, maigres, frais ou surgelés sont recommandés, en évitant les poissons panés.

Les **féculents** permettent de donner une texture plus épaisse aux plats, et peuvent être introduits dès 7 mois révolus. Les farines infantiles (céréales pour bébé, qui donnent des bouillies) ne sont plus obligatoires avant 6 mois, comme elles l'étaient auparavant. Cependant, elles sont recommandées si l'enfant mange trop peu, car permettent de fournir de l'énergie sous peu de volume.

Vers 9 ou 10 mois, le bébé aime mâchonner des aliments plus solides : on peut alors lui proposer un morceau de pain avec la croûte. Il est important d'éviter de lui donner des biscuits, trop riches en sucres et en acides gras saturés. L'éducation alimentaire commence dès le plus jeune âge, et les bonnes habitudes nutritionnelles doivent être mises en place par les parents dès la diversification alimentaire.

Concernant les boissons, l'eau est la seule boisson indispensable au bébé. L'être humain étant naturellement prédisposé à s'orienter vers des saveurs sucrées, il est préférable d'habituer l'enfant au goût de l'eau pure.

4.4. Une alimentation de plus en plus proche de celle de l'adulte (après 12 mois)

Après un an, les besoins de l'enfant se modifient petit à petit : les féculents deviennent la base de chaque repas. Si l'enfant n'est plus allaité, 500 ml de lait de suite ou de lait de croissance suffisent, en comprenant les autres produits laitiers (yaourts, fromages...).

Progressivement, il est important de présenter les aliments séparément dans l'assiette, afin qu'il s'habitue au goût propre et à la texture de chacun. Cette texture est d'ailleurs adaptée au fur et à mesure du développement de l'enfant : liquide, mixé lisse, haché, petits morceaux, texture normale.

5. La diversification menée par l'enfant

La diversification menée par l'enfant (DME) ou diversification consciente ou diversification autonome est un mode d'introduction alimentaire différent de celui recommandé officiellement, rencontrant un succès grandissant actuellement. Ce mode d'introduction alimentaire est porté par les travaux de Stefan Kleintjes (nutritionniste/diététicien hollandais, spécialiste de l'alimentation des enfants de 0 à 4 ans) et Kérima Weijers (éducatrice Montessori)⁵².

Cette pratique repose sur plusieurs principes :

- Les aliments ne sont pas proposés sous forme de soupes, mais sous leur forme solide (entiers, bâtonnets, gros morceaux...).
- L'enfant mange de façon entièrement autonome (souvent avec ses mains)
- L'enfant choisit lui-même dans son assiette ce qu'il va manger, et le porte à sa bouche.

La Diversification Menée par l'Enfant se veut être une pratique permettant d'éveiller la curiosité de l'enfant, de développer sa psychomotricité, et d'encourager son autonomie.

6. Les enjeux de la diversification alimentaire

La diversification alimentaire est la phase d'adaptation physiologique, sensorielle et psychoaffective du passage à une alimentation omnivore et autonome. Elle représente l'évolution naturelle de tous les mammifères, et s'effectue en fonction de la dentition et de la motricité bucco-faciale de l'enfant. Elle accompagne le développement neurocomportemental : le passage de la succion à la mastication, l'apparition de la préhension...

Elle correspond également à l'évolution progressive des besoins nutritifs de l'enfant, qui nécessite de plus en plus de nutriments pour répondre aux besoins de croissance et d'activité.

C'est une étape primordiale dans la socialisation de l'enfant : l'alimentation joue un rôle de médiation pour la création de liens sociaux. C'est aussi la période où le bébé se détache alimentaires de la maman et acquiert une certaine autonomie.

⁵² www.diversificationalimentaire.com

Tableau présentant le développement neuromusculaire, dentition et évolution de l'alimentation, d'après A. ARSAN, G. VERMEIL, A.M. DARTOIS, M. DU FRAYSSEIX dans Alimentation de l'enfant de la naissance à 3 ans (2003)

Âge	Développement neuromusculaire	Texture de l'alimentation	Dentition
Naissance	- Tétée - Réflexes archaïques présents	Liquide	0
9 ^{ème} semaine 6 ^{ème} -12 ^{ème} semaine = 3 mois	- Repousse avec sa langue - La partie antérieure de la langue commence à être utilisée pour avaler - Tient sa tête - Diminution des réflexes archaïques	Semi-liquide, lisse	0
4 mois	- Découvre sa bouche avec ses mains - Explore le monde, tape, palpe - Commence à attraper		
5 mois	- Mouvement de mastication ébauché - Attrape volontairement les objets	Plus épaisse, essai cuillère	- De 5 à 8 mois : incisives médianes inférieures
6 mois	- Tout objet est sucé - Tient assis avec support - Méfiance vis-à-vis des étrangers		- De 6 à 9 mois : incisives médianes supérieures
7 mois	- Peut manger seul un croûton	Moins lisse, un peu grumeleuse	- De 7 à 10 mois : incisives latérales supérieures
8 mois	- Passage d'une main à l'autre - Tape ses objets sur la table - Peut tenir son biberon		- De 8 à 11 mois : incisives latérales inférieures
9 mois	- Porte la nourriture à sa bouche avec ses doigts	Aliments moulinsés	
10 mois	- Veut tenir sa cuillère		- De 10 à 18 mois : premières molaires

11 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Commence à vouloir s'alimenter seul - Debout avec appui - Préhension avec pouce et index 		
12 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Marche (10 à 18 mois) 	Légumes tendres et fruits cuits ou bien mûrs en morceaux	
15 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Dit quelques mots - Boit seul au verre - gribouille - Parle son jargon 	Aliments écrasés	- De 16 à 24 mois : canines
18 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Mange seul et réussit - Se cherche derrière une glace - Tourne les pages du livre 	Idem + viande, poisson, œuf en morceaux + légumes secs en purée	- De 20 à 30 mois : deuxièmes molaires
24 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Propre le jour et parfois la nuit - grimpe 		
30 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Peut utiliser une fourchette - Verse 		
36 mois		Peut s'alimenter comme un adulte, sauf viande de 2 ^{ème} catégorie (difficile à mastiquer)	

L'alimentation lactéale, puis la diversification alimentaire, sont des épreuves importantes, tant pour l'enfant que pour ses parents. La présence quasi-quotidienne de la nouveauté (nouveaux goûts, nouvelles textures...) est essentielle à prendre en compte dans le développement de l'enfant, qui grandit tant physiquement que psychiquement.

Malgré le soin et l'attention des parents durant cette période, il arrive que l'oralité alimentaire soit troublée pour de multiples raisons, que nous allons détailler dans le chapitre suivant. Nous verrons également les solutions envisageables face à ce type de troubles.

Chapitre IV
LES TROUBLES DE L'ORALITE
ALIMENTAIRE

I. Définition

Plusieurs définitions des troubles de l'oralité existent dans la littérature, mais celle de Catherine THIBAUT⁵³ fait office de référence. Elle emploie le terme de « dysoralité », qui « recouvre l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale ». Elle explique qu'il peut s'agir de « troubles par absence de comportement spontané d'alimentation, ou par refus d'alimentation ». Surtout, Catherine THIBAUT précise qu'il s'agit de « troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant. »

A ce sujet, Véronique ABADIE, pédiatre à l'Hôpital Necker à Paris, explique que « lorsqu'un pédiatre parle de troubles de l'oralité du jeune enfant, il évoque principalement l'oralité alimentaire »⁵⁴. Selon elle, il serait plus judicieux de parler de « trouble de l'oralité » plutôt que de « trouble du comportement alimentaire ». Cette distinction permet de mettre l'accent sur la complexité d'un trouble de ce type : d'une part en s'attachant au corps de l'enfant, d'autre part en s'attachant au corps maternel et à l'environnement.

En effet, le Docteur ABADIE remarque que de plus en plus de parents consultent pour des troubles du comportement alimentaire, et le médecin justifie cette croissance de différentes façons⁵⁵ :

- Les apports nutritifs sont essentiels pour la croissance, le développement et la santé de l'enfant
- Les troubles digestifs somatiques sont fréquents à cette période
- Les professionnels de santé sont de plus en plus impliqués dans les conseils autour de la puériculture, au détriment parfois du bon sens et du soutien familial
- L'aspect normatif qui envahit le quotidien (normes générées par la publicité, par les industries alimentaires...)
- La place de l'oralité dans le lien mère-enfant, et la culpabilité de la mère qui en découle lorsque les choses se déroulent difficilement

⁵³ THIBAUT C., Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant, 2007.

⁵⁴ ABADIE V., Troubles de l'oralité du jeune enfant, 2004a.

⁵⁵ ABADIE V., Trouble du comportement alimentaire du nourrisson : aspects somatiques et psychiques, 2001.

II. Etiologies des troubles de l'oralité

Il existe de nombreuses façons de classer les causes des troubles de l'oralité du jeune enfant. Dans notre étude, nous tenterons de proposer une synthèse de ces classifications, et nous nous appuierons sur la littérature suivante :

- La classification proposée par Catherine THIBAUT dans son ouvrage Orthophonie et oralité, La sphère oro-faciale de l'enfant (2007)
- La classification proposée par Véronique ABADIE qu'elle expose dans Les troubles de l'oralité du jeune enfant, présenté dans la revue Rééducation Orthophonique n°220 (2004), ainsi que sa publication dans la revue d'Archives pédiatriques L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant (2008).
- La classification proposée par Catherine SENEZ dans l'ouvrage Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalites acquises (2002)

Nous classerons les étiologies des troubles de l'oralité en trois catégories : les causes organiques, les causes neurologiques, les causes psychogènes. Précisons qu'il peut s'agir de causes directes ou de causes indirectes, pouvant entraîner des troubles de l'oralité.

Avant toute chose, il est important de préciser le vocabulaire que nous allons employer. Les auteures ci-dessus emploient le terme « anorexie » au sens étymologique : *an* « sans », *oreksis* « appétit ». Dans la pensée commune, il y a souvent un amalgame avec le terme « anorexie mentale », qui implique une dimension psychiatrique. Il est alors préférable d'employer le terme « comportement alimentaire », la notion de comportement faisant appel d'une part à l'outil (la sphère oro-faciale, l'appareil digestif...) et d'autre part à sa fonction. Il est important de ne pas employer de terme qui paraîtrait trop réducteur ou trop culpabilisant pour les parents.

1. Les causes organiques pouvant entraîner des troubles du comportement alimentaire

Il est d'usage de distinguer, entre autres, les troubles du comportement alimentaire secondaires à une pathologie digestive, et les troubles du comportement alimentaire secondaires à une pathologie extra-digestive.

1.1. Des pathologies digestives

- Un transit anormal, des douleurs abdominales souvent associés à une allergie aux protéines de lait de vache
- La maladie cœliaque (communément appelée intolérance au gluten), qui peut conduire à des troubles du comportement alimentaire, en s'associant à un ballonnement abdominal, une altération de l'état général de l'enfant et un ralentissement staturo-pondéral.
- Des douleurs coliques fonctionnelles, qui provoquent cris et douleur chez l'enfant. Elles disparaissent en général entre l'âge de 3 et 4 mois, ou grâce à des médicaments antispasmodiques.
- Trouble de la motricité œsophagienne (dans l'atrésie de l'œsophage)
- Le reflux gastro-œsophagien : souvent évoqué à propos des troubles du comportement alimentaire, il peut aller jusqu'à induire une anorexie, tant les reflux provoquent des douleurs importantes. Cependant, ces cas sont rares, et « le RGO n'est probablement pas l'élément le plus souvent pourvoyeur de réduction d'ingesta chez les nourrissons ».

1.2. Des pathologies extra-digestives

- Une altération de l'équilibre faim-satiété, souvent présente dans les grands syndromes inflammatoires et infectieux : certaines pathologies (inflammations, tumeurs...) peuvent influencer la sécrétion d'hormones intervenant dans le rythme faim-satiété.
- Intolérances alimentaires d'origine métabolique, dont l'intolérance au fructose par exemple.
- Des causes cardio-respiratoires (cardiopathies congénitales, pathologies pulmonaires) qui peuvent entraver le schème succion-déglutition-respiration pendant l'alimentation.
- Dysfonctionnement néonatal du tronc cérébral, appelé « Dyskinésie oro-œsophagienne du nourrisson » (présent dans la séquence de Pierre Robin). C'est une pathologie congénitale traduite par quatre symptômes, dont trois sont au moins nécessaires pour poser le diagnostic : dyscoordination de la succion-déglutition, trouble de la dynamique pharyngo-laryngée, trouble de la motricité œsophagienne, déséquilibre sympathoparasymphatique cardiaque.
- Certaines pathologies constitutionnelles syndromiques (microdélétion 22q11, syndrome de Noonan, syndrome de Kabuki, syndrome de Cornélia Delange, syndrome de William, syndrome de Prader-Willi...)

1.3. Malformations congénitales

- Pathologies congénitales de la succion/déglutition: anomalies anatomiques des voies aériennes supérieures (kyste de la base de langue, fistule trachéo-œsophagienne...), troubles de la dynamique laryngée...
- Laryngomalacie (flaccidité anormale du vestibule laryngé), atrésie des choanes (fermeture d'une ou des deux choanes, qui sont l'interface entre les fosses nasales et le pharynx)...
- Les fentes vélo-palatines, qui peuvent entraîner des difficultés de succion et de déglutition.

1.4. Anomalies acquises de la déglutition

- Brûlures caustiques oro-pharyngées
- Infections aiguës des voies aériennes supérieures

2. Les causes neurologiques pouvant entraîner des troubles du comportement alimentaire

Catherine SENEZ propose une classification simple des pathologies neurologiques pouvant induire des troubles du comportement alimentaire :

2.1. Les encéphalopathies congénitales

Elles peuvent être dues à :

- des causes infectieuses donnant des embryopathies (la rubéole par exemple), des fœtopathies microbiennes (listhériose...), virales (herpès, SIDA...), parasitaires (toxoplasmose...) ou exogènes (intoxication médicamenteuse...)
- des causes génétiques comme la trisomie 21, le syndrome de Rett...
- des causes néo et/ou périnatales (anoxie cérébrale...)
- des pathologies neuromusculaires congénitales (myopathies et dystrophies musculaires, syndrome de Steinert congénital...)

2.2. Les encéphalopathies acquises

Il s'agit des tumeurs, des compressions du tronc cérébral, d'accidents (noyade, syndrome du bébé secoué, accident de la voie publique...), des méningites, etc.

3. Les causes psychogènes : les anorexies psychogènes du jeune enfant

Après avoir éliminé les causes organiques et neurologiques, il est important de passer en revue les causes psychogènes, qui peuvent être à l'origine d'un trouble du comportement alimentaire du jeune enfant.

Catherine THIBAUT s'appuie sur les travaux d'Anna FREUD, et précise que l'alimentation est « empruntée par l'enfant pour exprimer des problèmes psychiques et relationnels ». La classification française distingue trois formes d'anorexie psychogène du jeune enfant

3.1. L'anorexie commune d'opposition du deuxième semestre de vie

C'est une pathologie bénigne, qui s'installe vers les 6 mois du nourrisson, souvent suite à un événement ayant perturbé son rythme de vie (sevrage, passage à la cuillère, diversification alimentaire, infection...). Le repas devient alors une véritable épreuve pour la famille : le nourrisson, vif, gai et curieux hors des repas, se place dans une position de refus, serre ses lèvres, refuse toute alimentation et le manifeste par des cris, des pleurs, des caprices. Il ne s'agit pas d'un manque d'appétit, mais bel et bien d'une réaction, d'une conduite de refus de la nourriture. Cependant, la prise du biberon et la soif d'eau pure n'est pas altérée.

Si c'est une pathologie physiquement bénigne, l'atmosphère autour des repas, l'angoisse, l'exaspération des parents rend la prise de repas très difficile, installant un cercle vicieux où le symptôme se pérennise.

L'évolution est favorable dans la majorité des cas. Cependant, Catherine THIBAUT précise que l'une des « formes les plus courantes de vomissements est celle qui accompagne l'anorexie commune du deuxième semestre, au point de dominer parfois la scène clinique ». On observe également parfois un terrain pathologique au départ (reflux gastro-œsophagien, épisode infectieux...).

3.2. Les formes sévères d'anorexie mentale infantile

Ce sont des formes plus rarement rencontrées, mais néanmoins plus inquiétantes. Le trouble du comportement alimentaire peut faire partie de tableau clinique des névroses anxieuses et phobiques du jeune enfant, de la dépression du nourrisson, des situations d'abandonnisme, ou des situations de souffrance psychique majeure.

Catherine THIBAUT distingue deux formes :

- La forme phobique, qui survient entre 1 et 2 ans. Elle se manifeste par des caprices alimentaires, un refus sélectif de certains aliments, voire une terreur et un refus massif de l'enfant devant toute alimentation.

- La forme dépressive : contrairement à la forme phobique se traduisant par le refus, la forme dépressive de l'anorexie mentale infantile est une pathologie du manque. C'est un défaut d'investissement des processus vitaux, caractérisé par une passivité de l'enfant face à la nourriture, l'enfant se laisse remplir, la bouche ouverte.

Cette anorexie mentale infantile s'accompagne d'autres symptômes comportementaux : crainte, inhibition motrice, perte du contact, troubles du sommeil, vomissements, douleurs abdominales, mérycisme (régurgitations et remastication des aliments).

L'hospitalisation est parfois nécessaire, avec un recours à l'alimentation artificielle.

3.3. Les psychoses infantiles débutantes

Si les troubles du comportement alimentaires isolés ne sont évidemment pas à eux seuls révélateurs d'une psychose infantile, à l'inverse certaines psychoses infantiles se manifestent en partie par des troubles du comportement alimentaire : désintérêt, discordances oro-alimentaires, absence d'exploration buccale, refus d'utiliser les lèvres, les incisives...

4. Les causes post-traumatiques ou anorexies post-traumatiques

4.1. Les anorexies post-traumatiques

Souvent classées avec les causes psychogènes, les anorexies post-traumatiques sont davantage une réaction physique et psychologique au traumatisme, qu'un véritable trouble psychiatrique.

Les troubles alimentaires sont fréquemment retrouvés chez les nourrissons hospitalisés dès la naissance et subissant une nutrition artificielle, que nous expliquerons et détaillerons ci-après.

Les causes les plus fréquentes de traumatismes précoces, et donc de recours à une nutrition artificielle sont la prématurité, la réanimation, la bronchodysplasie pulmonaire, les anomalies congénitales du tube digestif (entéocolite ulcéronécrosante avec perte de l'organe intestinal, les chirurgies de l'atrésie de l'œsophage, les diarrhées graves rebelles, les anomalies du carrefour aérodigestif...), ainsi que certaines pathologies neurologiques ou génétiques nécessitant une nutrition artificielle.

Les nourrissons risquent de présenter plusieurs symptômes :

- Une absence d'expérimentation orale lorsque la pathologie est néonatale
- Un investissement négatif de la sphère orale
- Une perturbation du rythme faim/satiation/satiété induite par la nutrition artificielle

- Une perturbation du lien mère-enfant, provoquée par ces pathologies précoces graves

Le vécu psychique parental, et en particulier maternel, joue un rôle prépondérant dans la survenue d'un trouble du comportement alimentaire après une nutrition artificielle. En effet, la pathologie de l'enfant, source d'angoisse et de questionnements chez les parents, leur provoque également un lourd sentiment de dévalorisation et de culpabilité, renforcé lorsque la mère n'a pu ni allaiter son enfant ni au sein ni au biberon. La fonction maternelle se construit sur des bases pathologiques, et force est d'avouer que la tâche de réalimenter l'enfant est confiée aux parents à domicile, le plus souvent sans soutien extérieur. S'ensuit alors une tension relationnelle au cours du repas, aggravée par l'inquiétude, et souvent le désarroi des parents.

4.2. La nutrition artificielle

Elle a pour but de « corriger ou prévenir la dénutrition de l'enfant »⁵⁶. Il en existe deux types : la nutrition entérale et la nutrition parentérale.

4.2.1. La nutrition entérale

On appelle alimentation entérale (AE) « l'administration d'un mélange nutritif liquide directement dans l'estomac ou l'intestin grêle proximal »⁵⁷. Elle est envisagée lorsque l'alimentation orale est impossible, contre-indiquée, ou insuffisante pour couvrir les besoins nutritionnels de l'enfant, mais que les fonctions intestinales sont préservées.

Il existe deux types d'alimentation entérale : par sonde naso-gastrique et par gastrostomie.

a. Par sonde naso-gastrique

C'est la plus utilisée. Il s'agit d'un tuyau souple que l'on passe par le nez, qui descend dans l'œsophage et s'arrête dans l'estomac. Elle permet un apport nutritionnel régulier, grâce à une pompe. Si la sonde naso-gastrique est la plus courante, son emploi peut parfois être limité à cause d'une difficulté à l'accepter psychologiquement, ou alors à cause des risques d'œsophagite, de complications infectieuses ORL ou d'un syndrome diarrhéique qu'elle peut engendrer.

⁵⁶ THIBAUT C., Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant, 2007.

⁵⁷ COLOMB V., LAMBÉ C., Alimentation entérale sur gastrostomie : indications et méthodes, 2010.

De plus, la sonde naso-gastrique est un frein à plusieurs acquisitions⁵⁸ :

- Les sensations proprioceptives sont très peu développées, puisque la cavité buccale et la langue ne sont pas sollicitées, de même que le réflexe de déglutition. Le réflexe nauséux diminue également.
- Les praxies oro-bucco-faciales sont peu présentes, car non stimulées.

b. Par gastrostomie

La gastrostomie est un geste chirurgical qui permet de mettre en place au niveau de l'abdomen un orifice faisant communiquer l'estomac avec l'extérieur. Une sonde est mise en place à travers cet orifice afin d'introduire l'alimentation directement dans l'estomac, et de permettre l'apport nutritionnel indispensable au patient.

4.2.2. La nutrition parentérale

Il s'agit du type de nutrition utilisé lorsque l'axe digestif n'est pas fonctionnel et/ou lorsqu'il ne peut pas assurer des apports caloriques suffisants. Elle est envisagée chez tout enfin malnutri ou risquant une malnutrition, dès que l'apport nutritionnel n'est plus suffisant par le tube digestif. Elle est parfois également utilisée afin de mettre au repos le système digestif en cas d'inflammation ou d'obstacle anatomique ou fonctionnel.

C'est la nutrition privilégiée chez les très grands prématurés et les nourrissons en service de néonatalogie, mais aussi dans les cas d'amputation ou d'insuffisance fonctionnelle de l'intestin.

Il s'agit d'un cathéter posé sous anesthésie par un chirurgien, le plus fréquemment sur le trajet de la veine jugulaire, et dont la sortie cutanée se situe au niveau du thorax. Le cathéter permet d'obtenir une perfusion continue, discontinue ou cyclique.

⁵⁸ THIBAULT C., Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant, 2007.

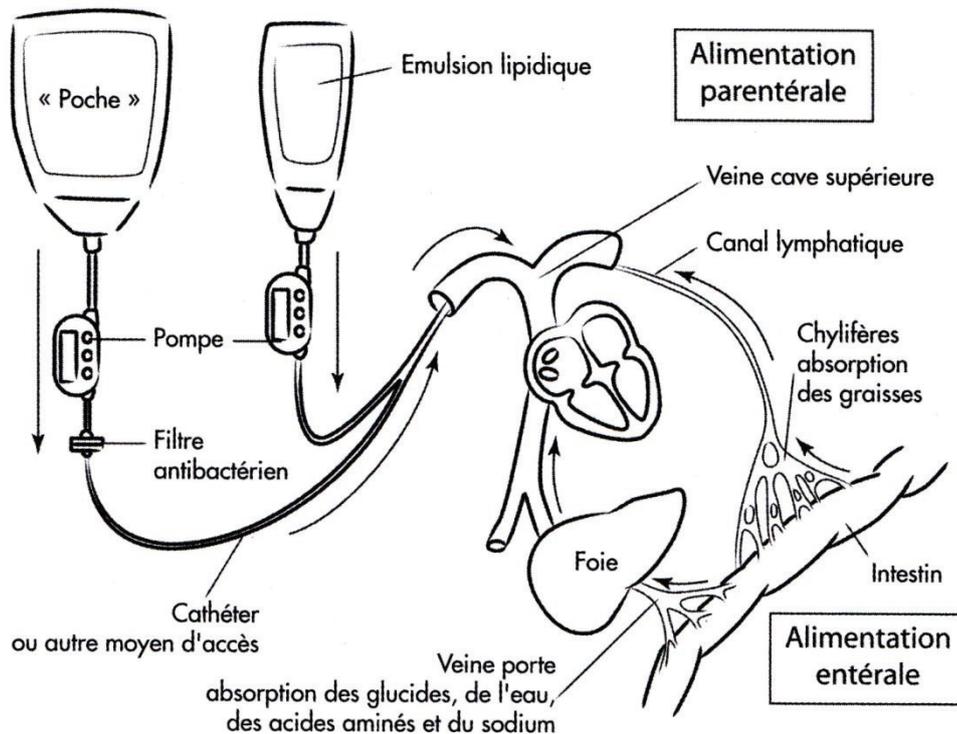


Figure 9 - Nutrition artificielle (Dessins extraits de la bande-dessinée Narcisse : de l'hôpital à la maison sous nutrition parentérale, réalisée par l'association « La vie par un fil ». Service de gastro-entérologie pédiatrique de l'hôpital Necker-Enfants Malades

Véronique ABADIE pose la question de l'utilisation d'un type de nutrition artificielle plutôt qu'un autre. Il est évident que le choix de la nutrition entérale ou parentérale ne prend pas en priorité en compte l'avenir « oral » de l'enfant. Si la nutrition parentérale semble être la plus propice à un investissement de la sphère buccale du fait de la mise au repos du tube digestif (ce que la nutrition entérale ne permet pas), elle prive néanmoins l'enfant de toute mise en place du rythme faim-satiété, surtout si l'alimentation est nocturne. L'enfant ne peut alors pas construire le rythme régulier des repas, essentiel à la structuration de la notion de temps, mais provoque également des troubles importants du sommeil. La nutrition entérale, comme nous l'avons évoqué, entraîne des traumatismes de la sphère oro-faciale (irritation nasale, pharyngée, reflux gastro-œsophagien...) et est un frein à plusieurs acquisitions et sensations. Cependant, l'alimentation entérale par gastrostomie laisse la place à cet investissement de la sphère oro-faciale, même si elle constitue un geste invasif et parfois difficile à accepter psychologiquement.

5. La dysoralité sensorielle

Selon une étude publiée en 1998 par Burklow et ses collaborateurs⁵⁹ sur 103 enfants âgés de 4 mois à 17 ans, 84% d'entre eux présentent une combinaison d'étiologies :

- 30% présentent des facteurs organiques, neurologiques et comportementaux
- 27% présentent des facteurs neurologiques et comportementaux
- 9% présentent des facteurs anatomiques et comportementaux
- 8% présentent des facteurs anatomiques et neurologiques

A travers cette investigation, les auteurs prouvent que la classification nette établie dans la littérature ne rend pas compte des problèmes d'alimentation pouvant avoir une origine combinant des causes physiologiques, environnementales et émotionnelles, soit une étiologie mixte. Il existe donc une multiplicité des facteurs pouvant conduire à des troubles du comportement alimentaire.

En outre, l'étude démontre également que 12% des enfants de l'étude présentent des troubles du comportement alimentaire sans aucune composante organique, ni psychogène. Ces enfants posent alors la question de l'existence d'autres facteurs étiologiques, entre autres la dimension sensorielle.

C'est ce qu'avance Catherine SENEZ, première professionnelle à évoquer le Syndrome de Dysoralité Sensorielle⁶⁰. Elle la définit comme une « hyper réactivité génétique des organes du goût et de l'odorat », et affirme qu'elle toucherait 25% des enfants au développement normal, et entre 50 à 80% des enfants ou adultes avec un polyhandicap. Le syndrome de dysoralité sensoriel décrit par SENEZ peut prendre plusieurs formes, allant du simple dégoût à l'aversion totale de la nourriture, pouvant faire croire à une anorexie. Longtemps considérée comme ayant une étiologie psychogène, la dysoralité sensorielle est aujourd'hui un syndrome à part entière, sujet à de nombreuses recherches. Il a notamment été prouvé que « ces troubles de l'alimentation résultent d'une hyper-excitabilité des mécano et chimio récepteurs du goût et de l'odorat ».

Il faut savoir que selon un rapport du Center for Excellence in Disabilities⁶¹ (Morgantown, West-Virginia, USA), les américains distinguent les troubles alimentaires d'origine sensorielle (sensory feeding problems), qui ont pour manifestations des difficultés avec certaines textures, températures et les troubles alimentaires d'origine comportementale (behavioral feeding problems), qui ont pour manifestations des vomissements, des caprices, une incapacité à rester attablé. Il semblerait que le Syndrome de Dysoralité Sensorielle décrit par Catherine SENEZ regroupe ces deux aspects.

⁵⁹ BURLOW et al., Classifying Complex Pediatric Feeding Disorders, 1998.

⁶⁰ SENEZ C., <http://mac-gratuit.fr/site/catherine-senez-aod/Accueil.html> non-daté.

⁶¹ CENTER FOR EXCELLENCE IN DISABILITIES, Behavioral and Sensory Feeding Problems, non-daté.

III. Manifestations des troubles du comportement alimentaire

Les troubles de l'oralité alimentaire peuvent se manifester de multiples façons, quelle que soit l'étiologie. Plusieurs auteurs se sont attachés à répertorier les différentes manifestations que peuvent prendre ces troubles, mais tous les organisent différemment. Nous tenterons ici d'en proposer une classification singulière, en nous appuyant sur la littérature suivante :

- Catherine THIBAUT, Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant, 2007, pp 97-102
- Michèle PUECH, Dysoralité : du refus à l'envie, Rééducation orthophonique : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant (n°220), 2004, pp 128-141
- Véronique LEBLANC et Marie RUFFIER-BOURDET, Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel, Spirale, 2009, pp 47-54
- Catherine SENEZ, Hyper nauséux et troubles de l'oralité chez l'enfant, Rééducation orthophonique : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant (n°220), 2004, pp 93-102
- Maria RAMSAY, Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants : une nouvelle perspective, Devenir (Vol.13), 2001, pp 11-28

1. Des anomalies de la sphère oro-faciale

Dans le cas de troubles du comportement alimentaire, nous pouvons observer :

- Des mouvements linguaux réduits
- Une protrusion linguale persistante
- Peu de différenciation des mouvements de la pointe de la langue
- De mauvais mouvements latéraux de la langue
- Des lèvres hypotoniques
- Une mauvaise coordination succion-déglutition
- Une absence de mastication des solides, associée à une impossibilité de finir les aliments sur la cuillère

2. Des anomalies de la déglutition

Comme nous l'avons déjà abordé dans notre travail, rappelons simplement que la déglutition est l'ensemble des mécanismes permettant le transport des aliments de la cavité buccale vers l'estomac. Elle se déroule en quatre temps distincts, pendant lesquels nous pouvons observer des dysfonctionnements.

2.1. Dysfonctionnement du temps de préparation orale et du temps labio-buccal

Cette phase peut être perturbée en raison des anomalies de la sphère oro-faciale évoquées ci-dessus. Des troubles de la mobilité labiale, linguale, de la mastication, ont une influence sur le déroulement de cette première étape de la déglutition. Nous pouvons également observer des résidus alimentaires sur la langue, une progression du bolus mal contrôlée, une perte prématurée de liquides, des aliments qui s'écoulent, un bavage.

2.2. Dysfonctionnement du temps pharyngien

En cas de troubles du comportement alimentaire, nous pouvons observer durant cette phase un mutisme brutal, une perturbation du faciès avec hyper-extension du cou et de la nuque, plusieurs tentatives de déglutition, des fausses-routes, un reflux de nourriture par le nez (au cause d'un défaut d'élévation du voile du palais), mais également un retard de déclenchement de cette phase réflexe, en raison d'un temps buccal trop long.

2.3. Dysfonctionnement du temps œsophagien

Nous pouvons être face à des vomissements, des régurgitations, un reflux gastro-œsophagien, une toux après la déglutition, des douleurs abdominales (dues à un trouble du péristaltisme œsophagien).

3. Des anomalies de la sensibilité

Chez les enfants présentant des troubles du comportement alimentaire, nous pouvons retrouver de nombreuses anomalies de la sensibilité, au niveau de la sphère oro-faciale mais aussi au niveau tactile.

3.1. Hypersensibilité générale

On rencontre très souvent une hypersensibilité qui se manifeste par :

- Refus de goûter les aliments (rejet de l'odeur, de la température)
- Rejet des textures appropriées à l'âge (notamment les morceaux)
- Tri des aliments, l'enfant mange en piochant
- Comportement de rejet ou réponse exagérée lorsqu'on touche l'enfant autour de la région exo-buccale (joues, menton, lèvres) et endo-buccale (gencives, langue, palais, intérieur des joues...)
- Refus du brossage des dents
- Très peu d'exploration des jeux avec la bouche et les mains

3.2. Hypersensibilité tactile

Celle-ci est décrite par Véronique Leblanc et Marie Ruffier-Bourdet, qui distinguent cinq stades :

- Stade 5 : aversion pour le contact corporel, refus de toucher tout type de matières franches (bois, plastique, tissus...) mais aussi de textures particulières (plumes, coton, pâte à modeler, pâtes et riz cuit...), provoquant parfois jusqu'à une nausée.
- Stade 4 : le contact corporel ainsi que le toucher des matières franches ne pose pas de problème. Néanmoins, aversion pour les matières sèches (semoule, sable sec...), mais aussi les textures molles (pâte à modeler, pâtes et riz cuits...), ainsi que les textures aériennes (plumes, coton...).
- Stade 3 : La difficulté à ce stade est celle de toucher des matières molles (pâte à modeler), gélatineuses (pâtes et riz cuits), et aériennes.
- Stade 2 : aversion pour les textures collantes aux doigts et les textures aériennes.
- Stade 1 : aucune matière ne pose problème, exceptées les textures collantes (peinture, compote, purée, yaourts...)
- Stade 0 : l'enfant n'a pas d'appréhension tactile.

3.3. Hypersensibilité orale

Décrite également par Véronique Leblanc et Marie Ruffier-Bourdet, elle comporte cinq stades d'atteinte :

- Au stade 5, l'enfant ne laisse aucun accès au visage, plus il y a de tentatives, plus il met en place des défenses.
- Au stade 4, il est possible de toucher le menton et les joues mais les autres zones sont défendues.
- Au stade 3, l'enfant nous laisse toucher les zones exo-buccales (joues, menton, lèvres) mais les zones endo-buccales sont encore défendues.
- Au stade 2, le toucher des zones exo-buccales est possible. De petits massages sur les gencives et les joues en restant en antérieur sont réalisables.
- Au stade 1, les massages sont appréciés sur les gencives, les joues, partie antérieure du palais et la pointe de la langue.
- Au stade 0, il est possible de solliciter toutes les zones endo et exo-buccales ainsi que les parties postérieures des gencives, de la langue et du palais.

3.4. Hyposensibilité

Au contraire, on peut parfois rencontrer une hyposensibilité chez les enfants présentant des troubles du comportement alimentaire, qui se manifeste par :

- Peu ou pas de conscience des aliments dans la bouche
- Un bourrage de nourriture dans la bouche, ils y gardent les aliments très longtemps sans les avaler

- L'enfant avale les aliments tout ronds, en les ayant au préalable accumulés dans la bouche
- Les aliments, au contact de la bouche, n'entraînent pas automatiquement un réflexe de succion ou de mastication

4. Le réflexe hyper-nauséux

Comme nous l'avons déjà observé dans notre travail, le réflexe nauséux est un réflexe oral physiologique présent chez le nourrisson, sensé s'atténuer au fur et à mesure du développement de l'enfant. C'est une « réaction d'aversion et de rejet déclenchée à partir des sensibilités gustatives de la zone oro-pharyngée, variable selon les individus »⁶². Le réflexe nauséux est le processus qui permet d'inverser le mécanisme de la déglutition lorsque le système gustatif ou olfactif détecte une substance nocive, afin de ne pas l'avaler. Le nauséux est l'amorce du vomissement.

Cependant, le réflexe nauséux survient parfois chez certains enfants, alors qu'aucune substance « nocive » n'a été ingérée, provoquant des haut-le-cœur, voire des vomissements. Ces mêmes enfants qui trient les aliments dans leur assiette, et ont une alimentation très peu diversifiée. D'aucuns les trouveront « étranges », allant jusqu'à leur conseiller de consulter en pédopsychiatrie.

Catherine SENEZ parle de réflexe hypernauséux, « réaction exacerbée à une stimulation non nociceptive, variable suivant les individus et dont certains cas familiaux évoquent une composante héréditaire ». En effet, si cet hypernauséux est pris en compte chez les enfants cérébrolésés (IMC), il est encore difficile de faire entendre qu'on peut le retrouver également chez des enfants au développement « normal ». Mme SENEZ parle d'hypernauséux familial, ayant une composante héréditaire. L'hypostimulation n'est donc pas la seule cause de cette hypersensibilité.

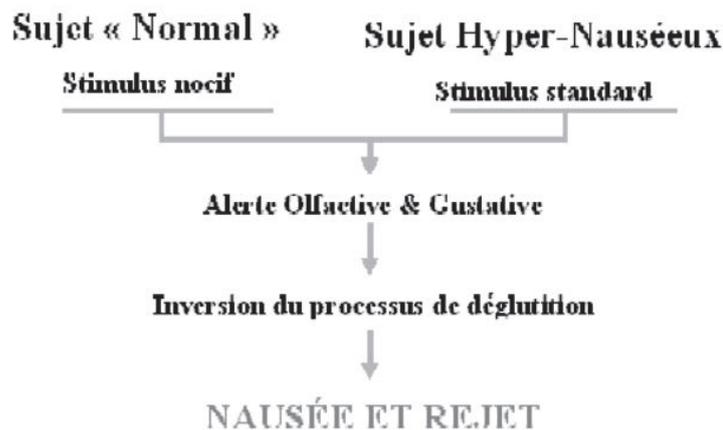


Figure 10 - Différence entre nauséux et hypernauséux

⁶² THIBAUT C., Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant, 2007.

Chaque individu a son propre degré de détection et de tolérance face à des goûts, des odeurs, des textures nouvelles et inconnues. Catherine SENEZ parle de « variation individuelle des sensibilités olfactives et gustatives ». La répartition des différentes sensibilités olfactives et gustatives chez les individus se fait sur le modèle d'une courbe de Gauss, comme l'a décrit SENEZ.

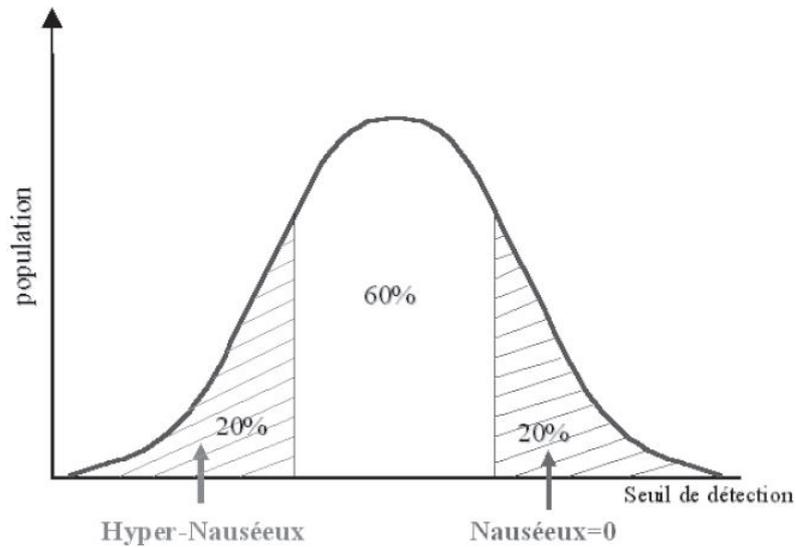


Figure 11 - Courbe de Gauss présentant la répartition des variations de sensibilités olfactives et gustatives dans la population

Les enfants hypernauséeux, comme les nomme SENEZ, présentent des troubles du comportement alimentaire. En effet, ils rejettent tout aliment dont la texture, l'odeur, la consistance, la température, le goût, se distingue du lait maternel. A des degrés divers évidemment, les manifestations allant du simple haut le cœur au vomissement, voire à un état proche de l'anorexie. L'aliment posant le plus de difficultés étant la viande, qu'ils mâchent sans relâche, la stockant dans les sillons jugaux. De plus, ce sont des enfants qui mettent un temps considérable pour s'alimenter, ont très peu d'appétit et très peu de plaisir à manger.

Aujourd'hui, Catherine SENEZ est revenue sur ses recherches et rapproche plutôt cet hypernauséeux du Syndrome de Dysoralité Sensorielle, suspectant en fait qu'il s'agisse d'un symptôme de ce syndrome.

5. Anomalies comportementales

Michèle PUECH détaille trois types de troubles que l'on peut observer chez les enfants présentant des troubles du comportement alimentaire.

5.1. Le désintérêt

- Pas de manifestation de faim
- Pas d'appétit
- Pas d'intérêt pour la nourriture, celle-ci semble dénuée de sens
- La mise en bouche n'initie pas de succion ni de déglutition

5.2. L'opposition active

- L'enfant refuse le contact, détourne la tête, met sa tête en hyper-extension, se met en colère, se contorsionne, gesticule, pleure, crie, protège son visage avec son bras
- L'enfant refuse toute introduction dans la bouche par une occlusion des mâchoires, une contraction de la sangle labiale. La bouche peut parfois rester ouverte, avec la langue reculée ou en dôme. Il pousse la nourriture hors de la cavité buccale.
- L'enfant a des frissons ou grimace
- Des manœuvres d'expulsion sont mises en place : un effort de vomissement, une toux importante de façon immédiate (à l'odeur ou au contact de la nourriture) ou différée (au cours du repas ou à distance alors qu'il a avalé volontiers)

5.3. L'opposition passive

- L'enfant refuse catégoriquement d'ouvrir la bouche
- Son regard est fuyant
- L'enfant se réfugie dans le sommeil
- Le temps du repas est anormalement long, les quantités de nourriture ingérée sont minimales

6. Les comportements parentaux inadaptés

Certains auteurs établissent une relation entre les troubles alimentaires des enfants et une « mauvaise gestion de l'alimentation » par le parent. Selon RAMSAY, ces comportements parentaux inadaptés sont en fait la conséquence de pratiques alimentaires dites compensatoires. Ces pratiques sont mises en place inconsciemment par les parents, et consistent à adapter la prise alimentaire de l'enfant (augmenter la fréquence des biberons, allonger le temps des repas...) afin de lui assurer une prise alimentaire suffisante. Plus l'enfant grandit, plus ces stratégies compensatoires prennent de l'importance : c'est une véritable mise en scène qui s'installe à chaque repas (câlins, supplications, cris, négociations...), et qui tend à fragiliser l'équilibre et la quiétude familiale.

IV. L'évaluation des troubles du comportement alimentaire

Il est important de réaliser une évaluation complète de l'enfant, afin d'objectiver au mieux les troubles, d'établir un diagnostic le plus précis possible, et de proposer une prise en charge la plus adaptée possible aux parents et à l'enfant.

Etant donné les multiples étiologies et la complexité des manifestations des troubles du comportement alimentaire, cette évaluation complète doit être pluridisciplinaire. Il s'agit d'observer l'enfant cliniquement, mais aussi de rendre compte des comportements de l'enfant et de ses parents, afin d'avoir une idée précise de la situation. Le pédiatre peut donc s'appuyer sur un examen psychologique, orthophonique et psychomoteur.

L'évaluation des troubles de l'oralité est un procédé complexe, et soumis à beaucoup de facteurs tels que l'âge de l'enfant, son comportement, celui de ses parents, les éventuelles pathologies, l'acceptation des parents et/ou de l'enfant, etc. Nous présentons ici le déroulement non-exhaustif de l'évaluation des troubles du comportement alimentaire, car il ne s'agit pas de l'objet de notre travail. Certains mémoires d'orthophonie ont traité cette évaluation de manière très précise et très développée, comme celui de Maëva LARREGUY, La prise en charge orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire en libéral : création d'un bilan précoce, mise en place d'un atelier et élaboration d'une plaquette informative destinée aux parents.

1. Anamnèse

Le temps de l'anamnèse est très important, et précieux en informations. Il s'agit d'interroger les parents à propos de l'histoire de l'enfant, de la grossesse au moment de la consultation. Le professionnel questionne les parents sur tout ce qui lui permet d'établir un tableau clinique le plus complet possible. L'important est de comprendre comment s'inscrit le trouble dans la dynamique familiale, et quelles répercussions il a sur chaque membre de la famille. Il s'agit de recueillir le ressenti des parents et de l'enfant (si l'âge et la communication le permettent).

Il est également essentiel d'obtenir des informations sur le type d'alimentation de l'enfant, la fréquence et le rythme des repas, le contexte du repas, les éventuels rituels alimentaires... Autant d'éléments qui nous permettront de prendre en charge le trouble dans sa globalité.

2. La sphère oro-faciale

C'est le bilan orthophonique qui en permet l'évaluation. Le bon déroulement de l'examen de la sphère oro-faciale de l'enfant dépend de son âge (l'évaluation sera différente qu'il s'agisse d'un nourrisson ou d'un enfant déjà grand), et dépend également de son comportement. Il s'agit d'un examen invasif, d'autant plus que ces enfants venant consulter ont une sphère oro-faciale généralement très sensible. Il s'agira de pratiquer les

gestes les plus ciblés possibles afin d'éviter tout sentiment d'intrusion de notre part à l'enfant.

2.1. Examen des structures anatomiques

L'examen des structures anatomiques consiste en l'observation de l'ensemble des éléments de la sphère oro-faciale. Pour la plupart des structures, il s'agit théoriquement d'un examen des praxies (ensemble de mouvements coordonnés en fonction d'un but). Cependant, dans la réalité, l'examen des structures anatomiques est réalisé grâce à l'observation (sans contact) des structures, car les praxies sont souvent difficiles à obtenir (rarement avant 4 ans, et dépendantes de l'acceptation de l'enfant au moment de l'évaluation).

- la langue : son volume, sa forme, observation du frein
- les lèvres : leur forme, leur position, leur tonicité, leur occlusion, le degré de tension du sillon labio-mentonnier
- les joues : leur mobilité, leur tension
- l'état dentaire
- les muscles buccaux et péribuccaux : l'orbiculaire des lèvres, le muscle buccinateur, la houppe du menton
- les articulations temporo-mandibulaires : il s'agit des muscles ptérygoïdiens, des temporaux et du masséter, qui permettent les mouvements d'ouverture, de fermeture, de propulsion et de rétropropulsion de la mâchoire.

2.2. Examen des fonctions orales

Comme l'explique Catherine THIBAUT, les fonctions orales sont composées « d'enchaînements neuromusculaires dont le déroulement, toujours identique, nécessite peu d'attention ». Il s'agit d'une succession de schèmes moteurs automatiques.

- la déglutition : il convient d'une part d'observer les quatre temps de la déglutition (temps de préparation orale, temps labio-buccal, temps pharyngien, temps œsophagien), et d'autre part d'objectiver une éventuelle déglutition dysfonctionnelle (caractérisée notamment par l'appui important de la pointe de langue derrière les incisives supérieures, voire l'interposition de la langue entre les arcades dentaires lors de la déglutition). La déglutition dysfonctionnelle est également appelée déglutition infantile, ou primaire. On la considère pathologique lorsqu'elle est toujours présente aux alentours des 10 ans de l'enfant. Le bilan de l'oralité étant majoritairement réalisé chez des enfants très jeunes, on ne peut donc parler de déglutition dysfonctionnelle.
- l'articulation de la parole et le langage : il s'agit d'observer d'éventuelles anomalies de production de certains phonèmes, anomalies audibles (sigmatismes, schlintements...) ou inaudibles (simple défaut de position du point d'articulation), ainsi que la qualité du langage de l'enfant. De la même façon que pour l'examen de la déglutition, le bilan de l'oralité étant dans la plupart des cas réalisé chez l'enfant très jeune, l'examen de l'articulation de la parole et du langage ne peut pas toujours objectiver les troubles cités ci-dessus.

Plusieurs études portent sur le lien éventuel entre les troubles du comportement alimentaire et les troubles de la parole et du langage. Le mémoire d'orthophonie d'Aurore BRISON et Marion GAUTIER (Oralité alimentaire – Oralité verbale : un lien ?) rend compte du lien indissociable entre le développement de l'oralité alimentaire et de l'oralité verbale. Cette simple constatation nous pousse à évaluer la parole et le langage lors d'un bilan des troubles du comportement alimentaire.

Il s'agit d'observer l'enfant à partir des conversations spontanées, des questions posées à l'enfant à propos de ses centres d'intérêt, de la réponse à des ordres simples...

- la succion : il faut observer s'il existe un réflexe de succion. Dans le cas où celui-ci est présent, il est important de noter son efficacité, son rythme, sa rapidité...
- la ventilation : l'observation de la ventilation permet de mettre en évidence le type de ventilation de l'enfant (buccale, nasale, mixte). La ventilation buccale indique systématiquement une position de la langue erronée, et entraîne une série de dysfonctionnements (troubles ORL, troubles du sommeil, fatigabilité, difficultés de concentration...).
- la position de repos : il s'agit d'examiner la position de la langue au repos. Les positions pathologiques de langue au repos sont : interposition dentale, appui contre les incisives, langue en position basse. Ici encore, le bilan de l'oralité étant majoritairement réalisé chez des petits, on ne parle pas de position de repos « pathologique ». Il faut alors simplement noter quelle est la position de repos de l'enfant.

2.3. Examen du palais et du sphincter vélo-pharyngé

Il est important d'observer le palais et la mobilité du voile du palais, afin de vérifier entre autres l'occlusion vélo-pharyngée, nécessaire au bon déroulement de la déglutition. Il faut également examiner la phonation, afin de mettre en évidence une éventuelle déperdition nasale.

2.4. Surveillance ORL

Les amygdales, mais également la ventilation tubaire sont à examiner.

2.5. Appréciation de la voix

L'examen de la voix consiste à observer le timbre, le débit, l'intensité de la voix, mais aussi la posture générale et la respiration de l'enfant.

3. Examen sensoriel et des comportements

L'examen des sensibilités et des comportements de l'enfant est très important. Il permet d'élargir la vision que l'on a du trouble des comportements alimentaires, en allant au-delà de l'aspect organique.

3.1. Evaluation du réflexe nauséux et hypernauséux

Il s'agit, grâce à des stimulations, d'évaluer à quel stade se situe le réflexe nauséux de l'enfant. Le stade normal est situé au niveau de la base de langue, vers les piliers du voile du palais. Un réflexe nauséux plus antérieur est appelé hypernauséux.

3.2. Evaluation de la sensibilité et des gnosies

Il est intéressant d'évaluer la réaction et la tolérance de l'enfant face à certaines textures, températures, odeurs. De même, il faut examiner la sensibilité et l'attitude de l'enfant lorsque l'on touche sa sphère bucco-nasale. Tout comportement d'inconfort, de rejet, est à mettre en évidence.

Concernant les gnosies, qui sont les capacités qui permettent de reconnaître, de percevoir à l'aide des sens, il est important de les évaluer également (par exemple la capacité à reconnaître un objet dans sa bouche).

3.3. Recherche des habitudes nocives

Il s'agit des comportements de succion non-nutritive, telle que la sucette, ou le pouce, et de succion nutritive, comme le biberon. Tout comportement de succion, alors que l'enfant a dépassé ce stade physiologique dans le développement normal, est « nocif » pour l'alimentation, mais aussi pour le développement psychoaffectif.

3.4. Comportement

L'étude du comportement de l'enfant et de ses parents est essentielle dans l'évaluation des troubles du comportement alimentaire. Si la majorité des informations se recueillent pendant l'anamnèse, il peut être intéressant d'observer le temps d'un repas, afin de se rendre compte au mieux des dysfonctionnements rapportés par la famille.

Il est également nécessaire d'examiner le comportement de l'enfant pendant l'entretien (hyperactivité, inhibition, participation...), mais également celui de ses parents (laissent-ils parler l'enfant ? le prennent-ils dans les bras, sur les genoux ?...).

4. Les outils d'évaluation

A l'heure actuelle, il n'existe pas de batterie « officielle » étalonnée pour évaluer les troubles du comportement alimentaire chez l'enfant. L'orthophoniste, mais aussi le médecin, le psychologue, et toutes les professions qui interviennent, doivent essentiellement user de leur sens clinique et de leur connaissance du développement normal de l'enfant, afin d'évaluer au mieux la plainte de l'enfant et des parents.

Cependant, quelques documents pouvant servir de repère peuvent aider à cette évaluation. :

- Les échelles d'évaluation de Catherine SENEZ (2002) :

- Les cinq niveaux de refus alimentaire

- Niveau N (normal) : Le sujet accepte les morceaux. Pas de sélection particulière pour les aliments. Prend plaisir à s'alimenter.
- Niveau 1 : Refus des morceaux consistants. Certains petits morceaux non fibreux acceptés, mais propension fréquente à stocker les fibres alimentaires, surtout d'origine animale, dans les sillons jugaux sans les déglutir. Ces boules de fibres peuvent être recrachées longtemps après la fin du repas. Pas de préférence exagérée pour les aliments sucrés. Pas de susceptibilité particulière aux aliments froids. Prend plaisir à s'alimenter. A bon appétit.
- Niveau 2 : Refus de tout morceau. Alimentation mixée grossièrement acceptée avec des fibres alimentaires tendres et accompagnées d'un liant type sauce blanche. Petite préférence pour le sucre. Petite réaction aux aliments froids. Prend plaisir à s'alimenter avec les aliments qu'il a sélectionnés. A bon appétit.
- Niveau 3 : Refus des morceaux et des moindres petites particules. Alimentation mixée fin homogène, de la consistance d'une pommade. Nette préférence pour le sucré. Réaction d'aversion aux aliments froids. Seuls les aliments tièdes sont acceptés. N'a aucun plaisir à s'alimenter. Lenteur pour s'alimenter. A peu d'appétit.
- Niveau 4 : Refus du passage à une alimentation variée à la cuillère, quel que soit son âge. Seule l'alimentation au biberon contenant du lait tiède est acceptée. Aucun plaisir en dehors du lait.
- Niveau 5 : Refus total d'une alimentation orale. Le seul contact tactile sur les lèvres déclenche une réaction nauséuse exacerbée. Alimentation entérale par sonde nasogastrique ou sonde de gastrostomie. Aucun plaisir oral.

- Grille de signes de la dysoralité sensorielle (établie avec Irène BENIGNI, diététicienne) (ANNEXE III)

- Les échelles de Véronique LEBLANC et Marie RUFFIER-BOURDET (2009)⁶³ :

- Echelle des cinq stades d'hypersensibilité tactile

- Stade 5 : aversion pour le contact corporel, refus de toucher tout type de matières franches (bois, plastique, tissus...) mais aussi de textures particulières (plumes, coton, pâte à modeler, pâtes et riz cuit...), provoquant parfois jusqu'à une nausée.
- Stade 4 : le contact corporel ainsi que le toucher des matières franches ne pose pas de problème. Néanmoins, aversion pour les matières sèches (semoule, sable sec...), mais aussi les textures molles (pâte à modeler, pâtes et riz cuit...), ainsi que les textures aériennes (plumes, coton...).
- Stade 3 : La difficulté à ce stade est celle de toucher des matières molles (pâte à modeler), gélatineuses (pâtes et riz cuit), et aériennes.
- Stade 2 : aversion pour les textures collantes aux doigts et les textures aériennes.
- Stade 1 : aucune matière ne pose problème, exceptées les textures collantes (peinture, compote, purée, yaourts...)
- Stade 0 : l'enfant n'a pas d'appréhension tactile.

- Echelle des cinq stades d'hypersensibilité orale

- Au stade 5, l'enfant ne laisse aucun accès au visage, plus il y a de tentatives, plus il met en place des défenses.
- Au stade 4, il est possible de toucher le menton et les joues mais les autres zones sont défendues.
- Au stade 3, l'enfant nous laisse toucher les zones exo-buccales (joues, menton, lèvres) mais les zones endo-buccales sont encore défendues.
- Au stade 2, le toucher des zones exo-buccales est possible. De petits massages sur les gencives et les joues en restant en antérieur sont réalisables.
- Au stade 1, les massages sont appréciés sur les gencives, les joues, partie antérieure du palais et la pointe de la langue.
- Au stade 0, il est possible de solliciter toutes les zones endo et exo-buccales ainsi que les parties postérieures des gencives, de la langue et du palais.

- Bilan publié par Solène PAUPY chez Orthomalin (fiche n°2176) : Bilan des troubles de l'oralité

⁶³ LEBLANC Véronique et RUFFIER-BOURDET Marie, Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel, 2009.

Il est important de nuancer plusieurs points. D'une part, rappelons que la sphère oro-faciale est très sensible chez les enfants en général, d'autant plus chez ces enfants qui viennent en consultation pour des troubles du comportement alimentaire. Il s'agira alors de pratiquer les examens les plus ciblés possibles, afin d'éviter tout sentiment d'intrusion de notre part à l'enfant. De la même façon, un certain nombre des enfants consultant pour troubles du comportement alimentaire sont très jeunes, et ne parlent pas encore. Il sera alors important de privilégier une longue anamnèse avec les parents en ajustant au mieux les questions, mais aussi d'observer l'enfant en situation, afin de nous construire notre propre opinion à propos du temps des repas.

V. La prise en charge des troubles du comportement alimentaire

Isabelle BARBIER, lors de son intervention aux Entretiens de Bichat en 2010, explique que la prise en charge orthophonique vise à « répertorier les causes organiques, à adapter l'alimentation de l'enfant en fonction de ses capacités et de ce qu'il accepte, pour ensuite diversifier »⁶⁴. Cette prise en charge ne peut être efficace que si les parents sont investis par l'orthophoniste, et pour leur enfant.

La prise en charge orthophonique se base donc sur deux axes principaux : la guidance parentale et la rééducation.

Dans cette partie, nous allons présenter succinctement le déroulement de la prise en charge orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire. En effet, il ne s'agit pas de l'objet de notre travail, mais il est essentiel d'en présenter les principales étapes.

1. La guidance et l'accompagnement parental

L'accompagnement parental constitue la base de la prise en charge orthophonique des troubles du comportement alimentaire.

Catherine THIBAUT le définit ainsi : « l'accompagnement parental consiste en la mise en place d'entretiens dans lesquels l'empathie joue un rôle essentiel pour maintenir et favoriser les liens interpersonnels, un espace d'écoute de la souffrance des parents permettant un soutien et une véritable réhabilitation narcissique, une réhabilitation de la démarche parentale dans une registre qui n'est plus celui du déni ni de la culpabilité »⁶⁵. Un mémoire d'orthophonie est actuellement en train d'être réalisé à Nice autour de l'impact sur les parents de la prise en charge orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire.

⁶⁴ BARBIER I., *Accompagner l'enfant qui ne mange pas et sa famille*, 2010.

⁶⁵ THIBAUT C., *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*, 2007.

La guidance parentale ne se cantonne donc pas à de simples conseils donnés par un professionnel de santé. Il s'agit de réinstaller une dynamique familiale affaiblie, et d'encourager les parents à réinvestir un rôle qu'ils délaissent par culpabilité.

Pour cela, il est primordial de prendre le temps d'écouter les parents, de comprendre leur ressenti par rapport au trouble de leur enfant. Le professionnel doit recueillir la plainte avec toute l'empathie nécessaire. Il est important de fournir aux parents des explications sur le trouble, afin de les déculpabiliser. En plus de cette écoute, l'orthophoniste peut conseiller des aménagements à mettre en place à la maison : une adaptation de la posture pendant l'alimentation, des ustensiles utilisés pour manger, des textures proposées. De même, les parents ont un rôle essentiel à jouer dans le développement de l'éducation sensorielle de leur enfant, c'est-à-dire l'accompagner dans la découverte des goûts, des odeurs, de la manipulation de la nourriture. Enfin, il est conseillé de proposer aux parents de reproduire certaines stimulations proposées en séance (détaillées ci-après dans la partie « Prise en charge orthophonique »), afin de continuer la désensibilisation travaillée en rééducation. En effet, c'est la répétition très régulière de ces stimulations (de 5 à 10 fois par jour dans l'idéal) qui permettra au mieux de modifier les anomalies de la sensibilité de l'enfant, et donc d'arriver à des résultats positifs concernant la plainte.

L'accompagnement parental commence dès le bilan, où l'orthophoniste les y inclut en invitant les parents à participer à l'évaluation, en les rassurant sur les initiatives qu'ils ont déjà prises et en leur donnant une place au côté de leur enfant pour la suite de la rééducation. Isabelle BARBIER parle de réel « partenariat »⁶⁶ qui se construit avec la famille.

L'implication des parents dans la prise en charge orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire est d'autant plus importante qu'il s'agit de troubles ayant une expression quotidienne, que les parents mesurent à chaque repas. Pour autant, peu d'informations leur sont transmises à ce sujet au moment de la naissance de l'enfant, et des actions de sensibilisation à ces troubles pourraient contribuer à la précocité d'un diagnostic.

2. La prise en charge orthophonique

2.1. Stimulations oro-faciales

Les stimulations oro-faciales sont des gestes invasifs pour l'enfant, il convient de prendre toutes les précautions nécessaires pour qu'ils soient les plus neutres possibles. L'orthophoniste n'utilisera pas de gants et réalisera les gestes avec les mains propres, à une température moyenne.

⁶⁶ BARBIER I., Accompagner l'enfant qui ne mange pas et sa famille, 2010.

2.1.1. Stimulation des réflexes oro-faciaux

Il s'agit de la stimulation des réflexes archaïques présents chez le nouveau-né. Ces stimulations sont réalisées chez les nourrissons de la naissance à 5-6 mois :

- La stimulation du réflexe de Hooker, manifestée par l'ouverture de la bouche de l'enfant quand sa main s'en approche
- La stimulation du réflexe de foussement : il faut procéder à des caresses des commissures labiales pour entraîner le bébé à tourner la tête vers le stimulus
- La stimulation des points cardinaux, par des pressions sur les joues et sur le pourtour des lèvres
- La stimulation du réflexe de succion en introduisant un doigt en bouche, pulpe sur le milieu de la langue pour activer les trains de succion.

2.1.2. Stimulations péribuccales

Ce sont des stimulations du pourtour de la bouche que l'on peut réaliser sur des sujets de tout âge (nourrissons, enfants, adultes) :

- La stimulation du nerf facial, en pratiquant des massages circulaires des joues, de la tempe vers le coin des lèvres
- Le travail des buccinateurs, pour lequel nous allons pratiquer des étirement de la peau entre le menton et les lèvres pour ramener la salive coincée à l'intérieur des gencives
- La stimulation de l'orbiculaire des lèvres, en pinçant les lèvres entre les doigts pour créer une projection des lèvres vers l'avant
- Des massages péribuccaux : il s'agit de massages des lèvres et du pourtour de la bouche, du milieu vers l'extérieur
- Le travail des réflexes antagonistes, qui consiste à ouvrir la bouche du bébé pour lui donner envie de la refermer

2.1.3. Stimulations intrabuccales

Comme leur nom l'indique, il s'agit de stimulation de l'intérieur de la bouche, à pratiquer avec beaucoup de délicatesse pour ne pas brusquer l'enfant. Il n'est d'ailleurs pas toujours possible de les réaliser, la sphère intra-buccale de ces sujets ayant une sensibilité qui dysfonctionne. Cependant, il est conseillé de les effectuer avec une certaine « pression », afin qu'elles soient les plus efficaces possible. En effet, des stimulations trop douces peuvent être ressenties comme des chatouillements très désagréables, qu'il faut à tous prix éviter.

- La stimulation de l'apex lingual et de l'intérieur des lèvres, qui permet de provoquer l'avancement de la langue
- Des massages des gencives, permettant au bébé de sentir les limites de sa bouche, puisque la langue se dirige vers le stimulus

- Des massages à l'intérieur des joues, qui permettent d'augmenter la tonicité jugale
- Des stimulations de la succion grâce au doigt ou à une tétine

2.2. Les praxies labio-linguo-jugales

Comme l'explique Catherine Thibault, « les jeux bucco-faciaux permettent à l'enfant de prendre conscience de ses possibilités perceptivo-motrices, d'affiner ses perceptions, d'augmenter son contrôle moteur et d'acquérir les mécanismes justes ». Il s'agit de praxies au niveau des lèvres, de la langue, du souffle, du voile du palais et de la ventilation. Elles ne sont pas réalisables à tout âge, elles s'adressent en effet à des enfants âgés d'au moins 3 ou 4 ans.

2.3. Stimulations et expériences sensorielles

La rééducation des troubles de l'oralité alimentaire est une rééducation globale : il s'agit d'aider le patient à investir ou réinvestir sa bouche, et à prendre conscience de toutes ses possibilités perceptivo-motrices.

Dans un premier temps, il est essentiel de travailler sur le corps, et sur la prise de conscience de soi. Il s'agit d'exercices de relaxation proposés à des enfants déjà grands, (la méthode de la « poupée de chiffon » de Le Huche), afin qu'ils prennent conscience d'eux-mêmes, de leurs membres, de la place qu'ils occupent.

Il est également primordial de travailler autour de tous les sens de l'enfant :

- Le goût évidemment, en variant les saveurs, les textures et les températures en bouche à présenter à l'enfant, afin de le désensibiliser.
- L'odorat, qui doit être éduqué au moyen de jeux, de reconnaissances.
- La vue, que l'on peut expérimenter à travers les couleurs, les formes, des aliments mais pas seulement.
- L'ouïe, que l'on stimule avec des bruits : des aliments qui croustillent, de l'eau qui pétille...
- Et enfin le toucher, qui représente parfois le travail le plus important. Il s'agit de jouer avec le plus de textures possibles (du sable sec, du sable mouillé, de la pâte à modeler, de la semoule, de la farine, de l'herbe, des graviers, des tissus, du coton, des plumes...), afin de désensibiliser l'enfant à l'hypersensibilité ou l'hyposensibilité qu'il peut présenter. En jouant avec toutes ces textures, il est important de faire intervenir les mains, mais aussi les pieds, les joues, les lèvres de l'enfant. Ce travail autour du toucher permet de s'habituer au contact avec la nourriture.

Une partie importante de la rééducation consiste à verbaliser les échanges autour de la nourriture, nommer les aliments, les choses qu'on aime, que l'on n'aime pas. Cette verbalisation permet à l'enfant de mettre des mots sur des choses angoissantes, pour faire décroître ce sentiment de peur. Il est également essentiel que les parents incluent l'enfant dans l'élaboration du repas. En intégrant l'enfant à la dynamique de préparation des aliments, il se sent davantage impliqué, et l'atmosphère pesante au moment du repas tend à diminuer. Il est également intéressant de jouer avec l'enfant avec de la dinette, des aliments en plastique, jouer à « faire-semblant », recréer des situations de repas en verbalisant, en jouant des personnages, afin d'appréhender différemment le moment du repas. Ces jeux peuvent être réalisés en présence ou non des parents.

Une orthophoniste américaine, Suzanne MORRIS-EVANS, détaille les mêmes principes de prise en charge : travailler sur les sens pour habituer l'enfant à une sensibilité de certaines zones, introduire de façon très progressive les nouveaux aliments, passer par le jeu pour mettre en place de nouvelles sensations, aider l'enfant à apprivoiser les textures (morceaux) qu'il redoute, « construire l'acceptation par l'exposition répétée progressive de l'alimentation », susciter l'intérêt pour les aliments en incitant l'enfant à la préparation des repas, proposer des aliments riches en valeur nutritive.⁶⁷

2.4. Désensibilisation selon Catherine SENEZ⁶⁸

Le principe de la désensibilisation dans le cadre du Syndrome de Dysoralité Sensorielle est de pratiquer des stimulations répétées, progressives, plusieurs fois par jour, tout en évitant de dépasser le seuil momentané de déclenchement du réflexe. Il s'agit de massages intra-buccaux appuyés et très rapides, d'amplitude de plus en plus élevée tout au long de la rééducation, selon comment l'enfant réagit. Ces massages doivent être réalisés au mieux sept ou huit fois par jour, pendant une durée minimale de 7 mois afin que la désensibilisation soit complète, bien que les premiers résultats soient visibles dès 2 mois de pratique. Il est important de ne jamais déclencher un nauséux en faisant les massages : il faut donc les prodiguer très progressivement.

C'est l'orthophoniste qui pratique les premiers massages, mais ce sont les parents qui prennent le relais à la maison pour les plus petits, et qui réalisent ces massages pluriquotidiens. En revanche, l'orthophoniste peut proposer à l'enfant lui-même de réaliser ses massages intra-buccaux s'il est suffisamment grand et en capacité de comprendre et de reproduire.

⁶⁷ MORRIS-EVANS S., *Expanding children's diets*, 1999.

⁶⁸ SENEZ C., *Hyper nauséux et troubles de l'oralité chez l'enfant*, 2004.

Nous venons de voir dans ce chapitre que l'orthophoniste avait un rôle primordial à jouer dans l'évaluation et la prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire. Mais l'orthophoniste ne peut intervenir que si ces troubles sont dépistés, et si les parents sont correctement orientés.

Pour cela, nous tâcherons de rendre compte de la prévention existant à propos de ces troubles.

Chapitre V

LA PREVENTION, A QUOI ÇA SERT ?

I. Définition

1. Définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé

Tout d'abord, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme « l'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi comme un état de complet bien-être physique, mental, social ».

En 1948, l'OMS définit également la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

Ces concepts sont repris dans l'Annexe 1 du rapport Flajolet en 2008 (Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire) : *La prévention, définition et comparaisons*.

2. La prévention en orthophonie

Le concept de prévention en orthophonie est détaillé dans l'article R4341-4 du code de la santé publique⁶⁹ (version en vigueur au 8 août 2004 et toujours en vigueur). (Partie réglementaire, professions de santé, Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers, Professions d'orthophoniste et d'orthoptiste, Chapitre I^{er} : orthophonistes) :

« La rééducation orthophonique est accompagnée de conseils appropriés à l'entourage proche du patient.

L'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie. »

⁶⁹ Code de la santé publique, Article R4341-4, 2004.

II. Les trois stades de prévention

L'OMS distingue trois niveaux de prévention : primaire, secondaire et tertiaire, qui correspondent aux états successifs de la maladie auxquels la prévention peut intervenir.

1. « Prévention primaire » : avant l'apparition de la maladie

Il s'agit ici de tous les actes visant à « diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas ». Dans le cadre de l'orthophonie, il s'agit des actions d'information du public et des parents sur le développement et les troubles du langage, ainsi que les actions de formation et d'information des professionnels qui s'occupent de la petite enfance.

2. « Prévention secondaire » : au tout début de la maladie

Son but est de « diminuer la prévalence d'une maladie dans une population ». La prévention secondaire « recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque ». Il s'agit de ce que l'on appelle plus communément le dépistage. Cependant, le diagnostic et la prise en charge proposée sont également des composantes de la prévention secondaire. Pour les orthophonistes, il s'agit du simple dépistage des troubles.

3. « Prévention tertiaire » : une fois la maladie installée

L'OMS la définit comme intervenant à un stade où il est important de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population », ainsi que de réduire les complications consécutives à la maladie. Il s'agit en fait de diminuer les conséquences d'une pathologie ou de son traitement. La prévention tertiaire a également pour but de favoriser la réinsertion sociale et psychologique du malade. En orthophonie, la prévention tertiaire est réservée à la prise en charge thérapeutique, à la remédiation et à la réinsertion familiale, sociale et culturelle.

III. Les différents moyens de prévention appliqués aux troubles de l'oralité alimentaire

1. Interventions auprès des professionnels de santé

Les professionnels de santé, et particulièrement ceux de la petite enfance comme les pédiatres, les infirmiers puériculteurs, les auxiliaires de puériculture, les assistants maternels, sont qualifiés pour déceler un quelconque dysfonctionnement chez l'enfant, de par leur métier, leur contact quotidien avec les enfants, et leurs connaissances sur le développement « normal » de l'enfant.

Dans de nombreux domaines, des interventions sont organisées auprès des professionnels afin de les sensibiliser davantage à une pathologie, un comportement, etc., alors même que les bases leur sont enseignées durant leur formation initiale.

Cependant, les troubles du comportement alimentaires étant multiples et leur prise en charge assez peu connue, il est encore assez rare que des interventions soient mises en place auprès des professionnels de la petite enfance.

2. Les associations

Les associations de professionnels, parents, malades, sont une très bonne source de prévention, puisqu'au cœur de la pathologie. Le but de ces associations est souvent de mener des actions de prévention et d'information, visant à faire connaître la population, la maladie qu'elles représentent. Ces associations sont très actives dans les grandes villes, mais peu d'entre elles sont présentes ailleurs. Cependant, à l'heure d'internet, la plupart ont un site web et fédèrent de plus en plus de membres.

Concernant les troubles de l'oralité alimentaire, les associations les plus connues sont les suivantes :

- Le groupe Miam-Miam : créé en 2002 à l'initiative de Véronique Leblanc, psychologue à l'hôpital Robert Debré à Paris, le groupe Miam-Miam est un « groupe de travail, de réflexion et d'échange » réunissant parents et professionnels afin de « partager et d'échanger des expériences, des connaissances, des outils sur les troubles de l'oralité des enfants en nutrition artificielle ». Cette association, en plus de son rôle d'accompagnement des parents, a également un objectif d'information et de sensibilisation auprès de parents et d'équipes soignantes. Elle réalise notamment des journées de communication, mais aussi des outils de guidance et de prévention.
- L'association Gourmandys : Il s'agit d'une association créée en 2011 par des professionnels de santé et des parents concernés par les troubles de l'oralité. Ses principaux buts sont de sensibiliser et informer à propos des troubles de l'oralité, de fédérer les parents et professionnels concernés de près ou de loin par ces troubles, d'organiser des rencontres et des formations.

3. Les brochures, les guides, les affiches

C'est le moyen de prévention le plus simple à mettre en place, car il nécessite peu de moyens. De très nombreuses brochures sont réalisées chaque année, incluant souvent :

- Des rappels théoriques
- Des signes d'appel
- Des conduites à tenir
- Les personnes vers qui se tourner

L'avantage du support papier est qu'il est transportable : les destinataires peuvent les emporter et les lire plus tranquillement. Il est également intéressant d'y introduire des schémas et des illustrations, afin de rendre le support plus attractif et plus ludique.

Concernant la prévention des troubles du comportement alimentaire, plusieurs plaquettes informatives existent sur le marché. Nous citerons les suivantes :

- Le livret « Bon voyage au pays de la bouche », édité par le groupe Miam-Miam. Il s'agit d'un document illustré expliquant avec des mots simples les conséquences de la nutrition artificielle sur l'oralité et la prise en charge de ses troubles.
- Le livret de fiches pratiques « Les troubles de l'oralité alimentaire » également édité par le groupe Miam-Miam dans le cadre de la réunion d'information et de sensibilisation du mardi 1^{er} décembre 2009 à l'hôpital Jeanne de Flandre. Il s'agit de plusieurs ateliers et activités à mettre en place lors de la présence de troubles du comportement alimentaire chez l'enfant.
- La brochure Gourmandys intitulée « Votre enfant présente des difficultés à se nourrir ? Et s'il s'agissait de troubles de l'oralité alimentaire ? », très complète et très informative. En effet, la brochure propose des repères sur le développement normal de l'enfant, les manifestations du trouble que l'on peut observer, la définition des troubles de l'oralité, des informations sur les professionnels à qui s'adresser et quelques conseils à mettre en place.

4. Les sites internet, les clips vidéo

Comme nous l'avons expliqué, les sites internet sont de plus en plus utilisés par les associations, mais aussi le Ministère de la Santé, afin de mener à bien des actions de prévention susceptibles de toucher le plus grand nombre. Dans le domaine du langage, le site www.info-langage.org a été créé en partenariat avec la fédération Nationale des Orthophonistes, afin de proposer une action de prévention des troubles du langage auprès des parents de jeunes enfants et des professionnels de santé.

Concernant les troubles de l'oralité alimentaire, les sites internet du groupe Miam-Miam et du groupe Gourmandys sont actifs et permettent de retrouver de nombreuses informations. Cependant, il n'existe pas d'équivalence au site www.info-langage.org.

5. Le carnet de santé

Le carnet de santé est un carnet retraçant les informations médicales liées à une personne depuis sa naissance et jusqu'à sa majorité. Il est sensé être le médiateur entre les parents et les différents professionnels de santé que l'enfant peut être amené à rencontrer.

Le carnet de santé actuel regroupe :

- Les pathologies au long cours, allergies, antécédents familiaux
- La période périnatale (accouchement, examens périnataux, sortie de la maternité, quelques conseils aux parents)
- La surveillance médicale
- Les courbes de croissance et de poids
- Les examens bucco-dentaires
- Les hospitalisations, les examens radiologiques, les produits sanguins
- Les vaccinations, les maladies infectieuses

L'alimentation est abordée dans le carnet de santé, grâce à un document détaillant l'introduction des différents aliments lors de la diversification alimentaire. Il s'agit cependant d'un simple document informatif, aucun espace n'est destiné aux parents afin qu'ils rapportent le déroulement de la diversification alimentaire, ainsi que les éventuels problèmes auxquels ils auraient pu être confrontés. De même, aucun conseil n'est suggéré en cas de diversification alimentaire difficile.

Ci-dessous l'information à propos de l'alimentation dont dispose les parents dans le carnet de santé de leur enfant.

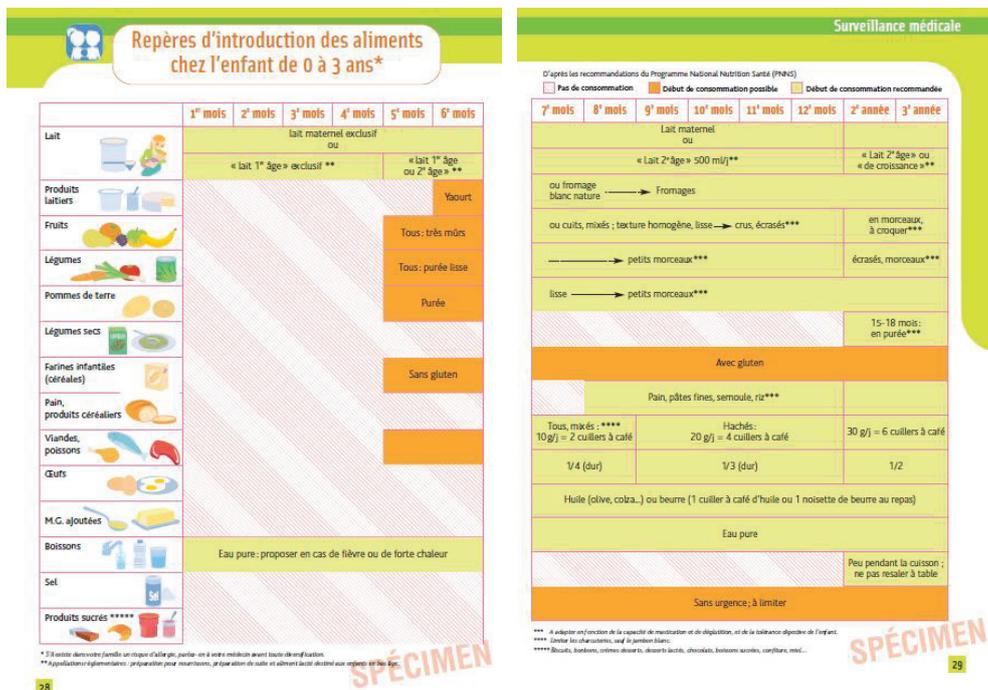


Figure 12 - Repères d'introduction des aliments chez l'enfant de 0 à 3 ans, Spécimen de Carnet de Santé

En cas de difficultés, les parents n'ont pas accès via le carnet de santé à des sources d'informations supplémentaires. Il pourrait être intéressant de travailler sur l'adjonction d'une page de prévention des troubles de l'oralité alimentaire, regroupant quelques situations concernant l'alimentation pour lesquelles s'inquiéter, quelques conseils, et des adresses d'associations consacrées au sujet. Cette page étant inexistante à l'heure actuelle, il est intéressant de réfléchir à un autre moyen de prévention.

La prévention peut donc prendre toute sorte de forme, sur plusieurs supports. Concernant les troubles de l'oralité alimentaire, peu d'outils sont mis à disposition afin de prévenir et d'informer la population à propos de ces troubles.

PARTIE PRATIQUE

Chapitre I
DEMARCHE EXPERIMENTALE

I. Introduction à la problématique

Les troubles de l'oralité alimentaire, que l'on appelle aussi dysoralité, recouvrent « l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale » (Catherine THIBAUT). Il s'agit de troubles affectant l'ensemble de l'individu, se manifestant par une « absence de comportement spontané d'alimentation, ou par refus d'alimentation ».

Les troubles de l'oralité ont des étiologies multiples : organiques, neurologiques, psychogènes, post-traumatiques, qui peuvent expliquer un dysfonctionnement de l'alimentation.

Cependant, certains enfants ne présentant aucun antécédent et ayant un développement dit « normal », peuvent présenter des troubles similaires.

Catherine SENEZ a décrit le « Syndrome de Dysoralité Sensorielle », défini comme une hyper ou une hyposensibilité des récepteurs (goût, toucher, odorat), accompagnée de réactions comportementales bien spécifiques.

II. Problématiques

Dans un premier temps, nous nous intéresserons à ces enfants sans antécédent particulier qui présentent des difficultés autour de l'alimentation.

Peut-on connaître la part d'enfants au développement « normal » présentant des troubles de l'oralité alimentaire ?

L'alimentation est un domaine source d'angoisse chez beaucoup de parents, qui se posent de nombreuses questions lors de la diversification alimentaire.

Quel est le ressenti des parents lorsque la diversification alimentaire et les mois qui suivent sont difficiles ?

- Quelles questions se posent-ils ?
- Comment sont-ils armés face à ces difficultés ?
- Vers qui sont-ils dirigés ?
- Sont-ils satisfaits ?

Dans un second temps, nous tenterons de suggérer des solutions à ces questionnements.

Que peut-on proposer pour pallier la méconnaissance des parents et des professionnels de santé à propos des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant tout-venant ?

III. Hypothèses

1. Hypothèse 1

Il semblerait qu'une importante part d'enfants tout-venant présente des troubles de l'oralité alimentaire.

2. Hypothèse 2

Les parents se disent démunis face aux difficultés alimentaires de leur enfant, et estiment qu'ils manquent de soutien et que les professionnels de la petite enfance sont peu renseignés concernant les difficultés d'alimentation.

3. Hypothèse 3

Une information des parents et des professionnels de la petite enfance à propos des troubles de l'oralité alimentaire constituerait une sensibilisation efficace.

IV. Méthodologie

La revue de littérature de la première partie de notre travail nous a permis entre autre de *mettre en évidence* les nombreuses étiologies ainsi que les multiples manifestations des troubles de l'oralité alimentaire.

Nous avons choisi dans un premier temps d'organiser notre travail pratique en soumettant un questionnaire à un important panel de parents. Ce questionnaire, établi et organisé avec soin, a pour but d'inciter les parents à détailler l'alimentation et le comportement alimentaire de leur enfant, le plus précisément possible.

Les très nombreuses réponses au questionnaire nous ont permis de faire ressortir les difficultés rencontrées par les parents, et de relever leurs questions et inquiétudes récurrentes. La quantité de réponses obtenues a conduit à la réalisation d'une étude la plus proche possible de la réalité.

En réponse à cela, nous avons souhaité mettre en place un outil informatif à destination des professionnels de la petite enfance, mais également des parents, en proposant une intervention de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire.

Chapitre II

LE QUESTIONNAIRE

Pour recueillir le témoignage le plus détaillé possible de parents, nous avons décidé de proposer un questionnaire.

I. Mise en place du questionnaire

1. Population

La population ciblée est constituée de parents d'enfants de 0 à 6 ans (72 mois). Cette tranche d'âge a été choisie pour deux raisons :

- La première est purement pratique : il fallait délimiter une fourchette d'âge au-delà de laquelle les réponses ne seraient plus prises en compte.
- La seconde est méthodique : comme décrit dans la revue de littérature, les normes concernant la diversification alimentaire sont très fluctuantes selon les époques. En ne gardant que les réponses concernant des enfants de moins de 6 ans, nous nous assurons d'une certaine cohérence concernant les recommandations officielles.

Cependant, aucune limite d'âge n'a été volontairement précisée dans la présentation du questionnaire, pour éviter toute réflexion superflue à la charge des parents. Nous nous chargerons personnellement de trier les réponses au moment du dépouillement du questionnaire.

2. Forme

Le choix des questions fut le fruit d'un important travail de recherche.

Le questionnaire propose 28 questions, toutes ayant un objectif bien défini.

Les questions peuvent prendre trois formes distinctes :

- Des questions dont la réponse est proposée sous forme OUI/NON
- Des questions dont la réponse est proposée sous forme de choix multiples
- Des questions dont la réponse est proposée sous forme de formulation ouverte des parents

Le questionnaire a dans un premier temps été créé pour une version papier, distribuable. La contrainte était de faire tenir la totalité des items sur le recto d'une page A4, dans un souci de lisibilité et de rapidité de remplissage.

Il existe donc une version papier, disponible en annexe VI.

Cependant, il a rapidement été question d'étendre la diffusion du questionnaire par le biais d'Internet. Il fallait pour cela mettre en page le document sur la plate-forme de « Google Documents », qui permet d'obtenir un lien renvoyant vers notre formulaire afin de le remplir, et qui permet également de recueillir les réponses de façon organisée sous forme de tableau Excel.

3. Contenu

Ci-dessous, le détail de l'élaboration du questionnaire.

Il est important de préciser que toutes ces questions ne nous donnent ni le droit ni les moyens de poser un quelconque diagnostic. C'est d'ailleurs pour cette raison que nous avons inséré la parenthèse dans la formulation de la dernière question.

Le recueil des réponses nous conduit à obtenir un état des lieux de la période de la diversification alimentaire chez un très grand nombre d'enfants. C'est la mise en relation des réponses pour chaque enfant qui nous permettra ou non de faire des liens entre le déroulement de la diversification alimentaire, la réaction et les comportements des parents, de l'enfant, mais aussi le ressenti des parents par rapport à l'information dont ils disposent.

- **Question 1 : Date de naissance de l'enfant**

Cette question a pour simple but d'évaluer l'âge de l'enfant. Elle permettra plus tard de « trier » les formulaires de réponses conservés pour l'étude ou non.

- **Question 2 : Terme de la naissance**

Il s'agit de mettre en évidence les enfants nés prématurément. La revue de la littérature a montré que les enfants prématurés présentaient plus de risques de développer un trouble de l'oralité alimentaire, du fait de leur alimentation de manière artificielle durant les premiers jours/semaines/mois de vie.

La formulation en question à choix multiple permet une analyse beaucoup plus simple et rapide des réponses. Les réponses proposées sont : la naissance « à terme » (après 37 semaines), ainsi que les trois degrés de naissance prématurée (« entre 32 et 37 semaines d'aménorrhée » pour la prématurité moyenne, « entre 27 et 32 semaines d'aménorrhée » pour la grande prématurité, et « avant 27 semaines d'aménorrhée » pour la prématurité extrême).

- **Question 3 : Pathologies éventuelles (reflux, allergies, handicap, intolérance alimentaire, constipation...)**

Cet item a pour but de relever les différentes affections que peuvent présenter les enfants (à la naissance ou par la suite). En effet, la revue de la littérature montre que certaines pathologies entraînent des troubles de l'oralité alimentaire, du fait de l'atteinte physique ou psychique qu'elles impliquent.

La formulation « ouverte » laissait libre champ aux parents de détailler ou non la présence d'une pathologie éventuelle. Cependant, nous avons choisi de proposer des exemples afin d'aiguiller les parents sur ce qu'il était entendu par le terme de « pathologie ». Il s'agissait effectivement de mentionner la moindre affection dont pouvait souffrir l'enfant.

- **Question 4 : Votre enfant a-t-il été allaité : au sein ? Au biberon ? Allaitement mixte (sein + biberon) ?**

Cette question a pour premier objectif de sonder les parents sur le premier mode d'alimentation de l'enfant. Par la suite, nous nous référerons éventuellement à cette réponse pour la comparer à d'autres items.

Le terme « allaité » a été choisi sciemment, afin de spécifier qu'il s'agissait d'alimentation lactée. Les parents devaient cocher une réponse parmi l'allaitement au sein, l'allaitement au biberon, et l'allaitement dit « mixte », pour lequel les modalités ont été précisées afin que la question soit la plus claire possible.

- **Question 5 : Combien de temps votre enfant a-t-il été nourri seulement au lait ? (maternel, lait premier âge, lait de vache...)**

Il s'agissait d'évaluer l'âge de la diversification alimentaire. En spécifiant « seulement » dans l'intitulé de la question, nous attendions des parents qu'ils relatent l'âge auquel l'enfant a commencé à ingérer autre chose que du lait. Il a été choisi de préciser les types de lait, afin qu'il n'y ait aucune confusion de la part des parents. En effet, lorsque le questionnaire a été « testé » auprès de quelques parents témoins avant de le diffuser, nous nous sommes rendu compte qu'il y avait parfois une hésitation sur le lait en poudre, parfois considéré comme aliment de diversification par certains parents. C'est pour cette raison que cette précision a été insérée dans l'intitulé.

- **Question 6 : A quel âge avez-vous diversifié l'alimentation de votre enfant : avant 3 mois ? 3 mois ? 4 mois ? 5 mois ? 6 mois ? 7 mois ? Après 8 mois ?**

Cette question explicite permet tout simplement de savoir quel a été l'âge auquel les parents ont intégré un (des) autre(s) aliment(s) que le lait à l'alimentation de leur enfant. En retravaillant sur le questionnaire, nous remarquons que cette question est redondante avec la précédente.

Néanmoins, un problème technique a été rencontré avec cette question : les formulaires de réponses informatisés n'ont pas affiché cette question, et toutes les réponses correspondantes n'apparaissent à aucun endroit. La redondance avec la question précédente est alors un « avantage », puisque nous avons tout de même pu obtenir l'âge de diversification alimentaire des enfants par ce biais-là.

- **Question 7 : Comment : cuillère ? biberon (aliment mélangé avec du lait) ?**

Il s'agissait ici de connaître le mode de diversification alimentaire de l'enfant. Grâce à la revue de la littérature, deux modes de diversification sont apparus : en présentant l'aliment avec la cuillère, et en mélangeant l'aliment au lait pour le présenter avec le biberon. Les parents devaient alors cocher la réponse correspondant à leur pratique.

Ces réponses pourront être confrontées aux réponses à d'autres items, afin d'établir des liens ou non.

- **Question 8 : Par quel type d'aliment avez-vous commencé ?**

Il s'agissait de connaître le ou les premier(s) goût(s) au(x)quel(s) l'enfant a été confronté.

Cet item a volontairement été laissé « ouvert », afin de recueillir avec exactitude les réponses des parents. Cependant, nous avons réalisé par la suite que la précision du légume, du fruit ou de tout autre aliment ne serait pas nécessaire à l'étude. La question a été laissée en l'état, mais le recueil des réponses a été modifié, comme nous le verrons par la suite.

- **Question 9 : Votre enfant s'est-il montré : curieux ? apeuré ? dégoûté ? colérique ? autre ?**

Cette question avait pour but de recueillir le ressenti de l'enfant par le biais des parents. La revue de la littérature montre que les enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire pouvaient réagir de manière particulière lors de la présentation de certains aliments. Il s'agit d'« anomalies comportementales », que l'on retrouve dans la symptomatologie des troubles de l'oralité alimentaire.

Il a été choisi de proposer quatre types de comportements aux parents, en intégrant un adjectif « positif » (curieux), afin de ne pas orienter leur réponse sur un comportement forcément négatif. Cependant, la réponse « autre » suivie d'une plage de réponse libre permet aux parents de s'exprimer sur l'attitude exacte de leur enfant.

- **Question 10 : Avez-vous rencontré des difficultés ? Si OUI, lesquelles ?**

Par le biais de cette question, nous voulions nous enquérir des éventuels obstacles rencontrés par les parents lors de la diversification alimentaire, qu'il s'agisse d'interrogations ou de doutes de leur part, ou de réactions particulières de leur enfant.

La question est volontairement ouverte afin de ne pas orienter la réponse des parents. Cette question n'était pas obligatoire, pour le cas où la diversification alimentaire s'est passée sans encombre.

- **Question 11 : Quelle a été votre attitude lorsqu'un aliment n'a pas été apprécié au premier essai ?**

Cette question explicite et ouverte permet simplement de savoir quel a été le comportement des parents lorsque l'introduction d'un nouvel aliment a été difficile. Aucune proposition n'était disponible afin que la réponse soit la plus objective possible. Nous avons choisi d'intégrer cet item au questionnaire afin de connaître les stratégies mises en place par les parents en cas de difficultés.

- **Question 12 : A 18 mois, combien d'aliments votre enfant présente-il (ou présentait-il) dans son répertoire alimentaire (environ) ? (Répondre seulement si votre enfant a au moins 18 mois)**

Réponses proposées : de 1 à 5 ? de 6 à 10 ? de 11 à 15 ? de 16 à 20 ? plus de 20 ?

Grâce aux lectures théoriques, nous avons relevé que les enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire avaient souvent un répertoire alimentaire très faible. L'objectif avec cette question était d'avoir une idée du nombre d'aliments différents que chaque enfant pouvait manger sans difficulté. Nous confronterons plus tard ces réponses avec celles d'autres items.

- **Question 13 : A 18 mois, quelle(s) texture(s) votre enfant est-il (était-il) capable de manger ? Plusieurs réponses possibles ((Répondre seulement si votre enfant a au moins 18 mois)**

Réponses proposées : Liquide (lait, potage), Mixé lisse (flan, purée, compote), Haché (crudités râpées, omelette, steak haché), Petits morceaux (viande, légumes)

La présence de cette question est essentielle dans le questionnaire. En effet, la revue de la littérature met en évidence une sélectivité des textures chez les enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire. Les parents avaient le choix de cocher les textures acceptées par leur enfant.

- **Question 14 : Votre enfant met-il des choses (objets, jouets, mains...) à la bouche ?**

Réponses proposées : Oui, il adore ! / Pas vraiment, il n'aime pas trop cela. / Non, il déteste ça !

Là encore, la revue de la littérature rend compte d'un désinvestissement de la sphère orale chez les enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire. A travers cette question, nous avons voulu évaluer quelle proportion d'enfants était touchée par ce comportement atypique.

Nous avons distingué la gêne (« Pas vraiment, il n'aime pas trop cela ») du refus (« Non, il déteste ça »), afin d'avoir la réponse la plus précise possible.

- **Question 15 : Votre enfant est-il réticent à toucher certaines textures particulières ?**

Réponses proposées : Pâte à modeler / Sable / Eau / Marcher pieds nus dans l'herbe, le sable

De la même façon que pour la question précédente, la littérature met en évidence un dysfonctionnement de la sensibilité des enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire. En mettant l'accent sur les textures que l'enfant accepte de toucher ou non, nous nous renseignons sur l'éventuelle présence d'un trouble de ses sens.

Les quatre textures proposées sont choisies en fonction de la différence qui existe entre elles : une texture humide et collante (« pâte à modeler »), une texture sèche et granuleuse (« sable »), une texture mouillée (« eau ») et une texture ou plutôt sensation qui peut provoquer une gêne au niveau d'un autre endroit du corps que les mains (« marcher pieds nus dans l'herbe, le sable »).

- **Question 16 : Votre enfant est-il gêné quand il a les mains ou les pieds sales ? OUI/NON**

Cette question rejoint quelque peu la précédente, dans le sens où il est également question d'un dysfonctionnement de la sensibilité chez certains enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire. Une sensation désagréable si les mains ou les pieds sont sales pourrait être un « symptôme » de ce dysfonctionnement de la sensibilité.

- **Question 17 : Votre enfant est-il gêné quand vous lui brossez les dents ? OUI/NON**

La littérature met également en évidence la présence d'anomalies de la sensibilité péri et intra-buccale, mais aussi d'anomalies du réflexe nauséux chez certains enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire. Le brossage des dents est souvent un moment très difficile pour ces enfants, ne supportant que très peu le contact de la brosse à dent et la texture du dentifrice.

- **Question 18 : Au contact (vue, odeur, goût...) de certains aliments, votre enfant présente-il ... ? (Cocher si OUI)**

Réponses proposées : Des pleurs / Des haut-le-cœur / Des vomissements / Un refus d'ouvrir la bouche / Des colères / Des grimaces / Une fuite (physique, du regard...)

Cette question a pour but de mettre en évidence l'existence ou non de comportements particuliers de l'enfant au contact d'aliments. Le type d'aliment n'a volontairement pas été précisé, ni demandé à être précisé, puisque notre objectif était ici de rendre compte de la proportion d'enfants présentant un ou plusieurs de ces comportements, souvent caractéristiques des troubles de l'oralité alimentaire.

Les items de réponse ont été choisis en relation avec ce qui est présenté dans la littérature.

- **Question 19 : Avez-vous (ou avez-vous eu) des questions, des inquiétudes autour de la diversification alimentaire de votre enfant, et des difficultés qu'elle peut engendrer ? Si OUI, lesquelles ?**

A travers cette question, nous avons choisi de donner la parole aux parents. L'interrogation est volontairement ouverte, puisque nous ne voulions pas orienter les réponses.

- **Question 20 : Présentez-vous (ou avez-vous présenté) certains comportements identiques à votre enfant concernant la nourriture (vous ou votre conjoint-e) ?**

Cette question a été quelque peu délicate à formuler, car nous ne voulions sous-entendre aucune culpabilisation. Le but était simplement de connaître le passé (ou le présent) alimentaire des parents (sur la base d'une réponse OUI ou NON), pour confronter cette réponse avec les réponses concernant les enfants. La littérature n'a montré aucune preuve de lien entre des troubles de l'oralité alimentaire chez les parents et des troubles chez les enfants, si ce n'est une composante héréditaire du Syndrome de Dysoralité Sensorielle selon Catherine SENEZ. Nous avons également constaté que certains comportements « déviants » des parents pouvaient influencer les comportements de l'enfant.

Il est important de souligner que nous ne demandons aucune précision quant à la nature des troubles (anorexie, boulimie, troubles de l'oralité...), afin de ne ranimer aucun souvenir douloureux, ni de faire des associations trop hâtives.

○ **Question 21 : Si OUI, à quel moment de votre vie ?**

Question en rapport avec la précédente, celle-ci permet de préciser la période où d'éventuels troubles avec la nourriture sont apparus.

Par manque de recul, nous n'avons pas proposé de réponses à cocher, ce qui aurait été plus simple à traiter lors du recueil des réponses. Néanmoins, nous verrons dans la partie dédiée au recueil des réponses comment nous avons su nous adapter.

○ **Question 22 : Ces difficultés sont-elles réglées ?**

Réponses proposées : Oui / Non

Cette question, destinée à connaître l'état actuel de la relation à l'alimentation qu'ont les parents, est une erreur de formulation de notre part. En effet, il a semblé difficile pour les parents de comprendre qu'il s'agissait des difficultés qu'**eux** présentaient avec la nourriture, et non leurs enfants. Cet item est en fait la suite et fin de cette série de trois questions, qui nous permettait de savoir si les éventuels troubles des parents étaient réglés ou non.

Nous verrons dans la partie dédiée au recueil des réponses les difficultés que nous avons rencontrées.

○ **Question 23 : Y a-t-il conflit ou appréhension autour des repas à la maison ?**

Réponses proposées : Oui / Non

Il s'agissait ici de sonder les parents sur l'atmosphère qui entoure les repas. Les troubles de l'alimentation ont un impact évident sur les relations intrafamiliales, et des relations intrafamiliales peuvent être néfastes sur le moment des repas.

Cette question avait pour simple objectif de connaître l'ambiance dans laquelle se déroulent les prises de repas.

○ **Question 24 : Si vous rencontrez (ou avez rencontré) des difficultés, avez-vous été bien orientés ?**

Réponses proposées : Oui / Non

Cette question en trois parties (questions 24, 25 et 26) est un des points les plus importants de la réflexion. En effet, en référence à notre problématique, l'objectif à travers la diffusion de ce questionnaire était de donner la parole aux parents à propos du soutien, du suivi, des conseils et de l'orientation qui leur ont été donnés. Nous voulions également nous enquérir des failles qu'ils auraient pu observer, et de leur ressenti lorsqu'ils étaient au cœur de cette période.

Cette question nous permet dans un premier temps de connaître rapidement la proportion de parents qui estiment avoir reçu les conseils dont ils avaient besoin, et celle pour qui ces conseils ont été moins présents.

- **Question 25 : Si OUI, vers quels professionnels ?**

En cas de réponse positive, nous proposons ici aux parents d'indiquer les professionnels vers qui ils ont été adressés, afin de répondre à leurs besoins. Aucune réponse n'a été volontairement proposée pour être certain de ne pas orienter les parents, et de recueillir avec exactitude les professionnels vers qui ils se sont dirigés / ils ont été dirigés.

- **Question 26 : Si NON, que vous a-t-il manqué ?**

En cas de réponse négative, il était important pour l'étude de recueillir précisément ce qui avait manqué aux parents qui estimaient ne pas avoir été bien orientés. Ici encore, nous avons choisi de ne pas proposer de réponses afin de laisser le champ libre aux parents pour qu'ils expriment leur ressenti durant cette période de questionnements et de doutes.

- **Question 27 : Avez-vous déjà entendu parler du Syndrome de Dysoralité Sensorielle ? Cette dernière question n'est EN AUCUN CAS un diagnostic concernant votre enfant.**

Il a été choisi d'évoquer le Syndrome de Dysoralité Sensorielle, défini par Catherine SENEZ comme une « hyper réactivité génétique des organes du goût et de l'odorat ». Madame SENEZ affirme que ce syndrome toucherait 25% des enfants au développement normal. Le mémoire que nous réalisons s'articule autour de ces enfants se développant « normalement », mais présentant des comportements atypiques vis-à-vis de la nourriture, ainsi que des anomalies de la sensibilité.

En mentionnant le Syndrome de Dysoralité Sensorielle, nous voulions rendre compte de la proportion de parents ayant déjà été confrontés à ce terme.

De plus, il a paru primordial de préciser que ce terme ne constituait pas un diagnostic. En effet, nombreux sont les parents qui, empreints de doutes et avides de conseils et de solutions, font des recherches internet, et établissent des conclusions hâtives. Il était important de préciser que ce questionnaire n'a aucun but diagnostic.

- **Question 28 : Remarques, anecdotes, réflexions**

Ce dernier item a pour but de recueillir toute information supplémentaire que les parents souhaiteraient mentionner. Cet espace leur permet également de commenter les réponses qu'ils ont données tout au long du questionnaire.

L'analyse sera minutieuse, mais néanmoins très riche.

4. Diffusion

La population ciblée est constituée de parents d'enfants de 0 à 6 ans (72 mois). Afin que notre étude soit la plus réaliste possible, l'échantillon de parents interrogés devait être très important.

Quatre modes de diffusion ont été retenus, tous par voie électronique. Les courriels seront détaillés en annexe VII du mémoire.

La **première diffusion** a eu lieu sur un groupe d'informations destiné aux orthophonistes sur un réseau social. Le questionnaire était adressé aux orthophonistes dans leur rôle de parent, et non par rapport à leur profession. Ils avaient également la possibilité de transmettre le questionnaire à leurs contacts proches, non-orthophonistes. Le sujet a semblé susciter un grand intérêt.

La **seconde diffusion** a eu lieu grâce au soutien de Laurence LANTERI DELSINE, trésorière régionale de la Fédération Nationale des Orthophonistes. Elle a accepté de diffuser mon questionnaire à la mailing-list de l'antenne Alpes-Maritimes de la FNO. Cette fois encore, le questionnaire s'adresse aux orthophonistes en tant que parents.

La **troisième source de diffusion** fut par le biais de la directrice de ce mémoire, Clémence FEL, qui a proposé de transmettre les questionnaires à ses contacts proches et collègues.

A ce stade, la majorité des réponses obtenues aux questionnaires sont celles de mères et pères orthophonistes. Ces trois modes de diffusion représentent 132 formulaires de réponses à eux-trois, soit 6.3% de la totalité des réponses obtenues. Afin de ne pas biaiser l'étude, il fallait opter pour un mode de diffusion neutre, qui permettait de toucher tous les parents. La majorité des réponses obtenues (93.7% de la totalité des réponses) provient d'une population d'enfants tout-venants.

La **quatrième étape de diffusion** a pu avoir lieu grâce à l'aide de deux interlocutrices, ayant une certaine influence sur le monde de la petite enfance sur Internet.

Dans un premier temps, nous avons contacté Marie-Amélie MASSIAS, community manager free-lance et rédactrice du blog « Babyblog », page d'information et prolongement du site www.doctissimo.fr. Il s'agit d'un blog existant depuis Novembre 2008, suivi quotidiennement par près de 20 000 personnes. Madame MASSIAS a accepté de diffuser via son blog le lien vers le questionnaire.

Dans un second temps, nous avons contacté Kim ALLOUCHE, journaliste et auteure, administratrice du blog « Je suis maman et je m'éclate », page quotidienne d'information, prolongement du webzine www.parentsdu.net. Sa page a vu le jour en 2008 également, et est suivie par plus de 230 000 personnes.

Le lien vers le questionnaire a officiellement été diffusé le 7 novembre 2013.

Les réponses s'échelonnent entre le 7 novembre 2013 et le 22 décembre 2013. Elles sont au nombre de 2090.

II. Recueil des données

Les réponses ont été recueillies de manière informatique, ce qui a facilité le traitement des données. Elles ont été regroupées dans un tableau Excel, permettant une meilleure lisibilité des réponses en fonction de chaque question.

Le dépouillement des réponses est un travail de rigueur, pour lequel il a fallu s'attacher à une précision particulière dans la confrontation des réponses.

Dans un premier temps, il a fallu exclure tous les formulaires dont les dates de naissance ne correspondaient pas avec l'étude. Comme nous l'avons vu précédemment, sont concernés par ce travail les enfants de 0 à 6 ans (72 mois). Il s'agissait alors de conserver les formulaires dont les enfants sont nés après le 1^{er} janvier 2008.

Le traitement des réponses a été différent selon qu'il s'agissait :

- D'une question attendant une réponse de type OUI/NON
- D'une question attendant une réponse à choix multiples
- D'une question attendant une réponse formulée de la part des parents

Pour certaines questions, nous avons pu procéder à des analyses sous forme de graphiques, qui permettent une compréhension visuelle des résultats.

Pour d'autres questions, un traitement minutieux des réponses a été nécessaire, et l'analyse prendra une forme plus qualitative.

III. Les résultats

1. Présentation des résultats

Dans une première partie, nous présenterons les résultats pour chaque question de manière isolée.

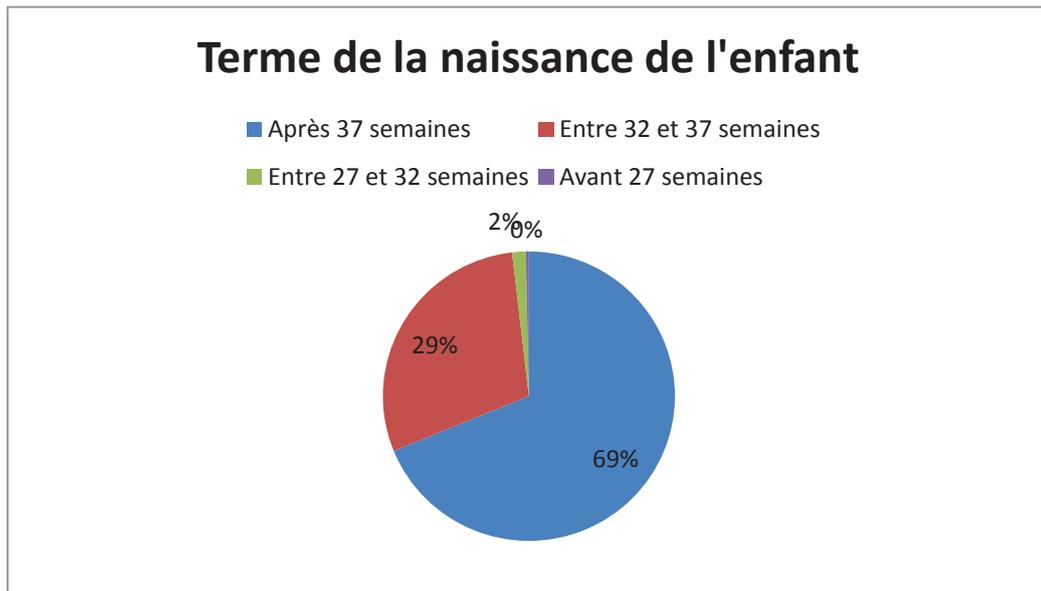
Dans une seconde partie, nous les interpréterons, les analyserons et les confronterons.

○ Question 1 : Date de naissance de l'enfant

Nous avons réceptionné 2090 formulaires. Après le tri des dates de naissance (et des formulaires non-valides), nous obtenons 1790 formulaires.

Nous pourrions donc exploiter pour notre étude le cas de 1790 enfants.

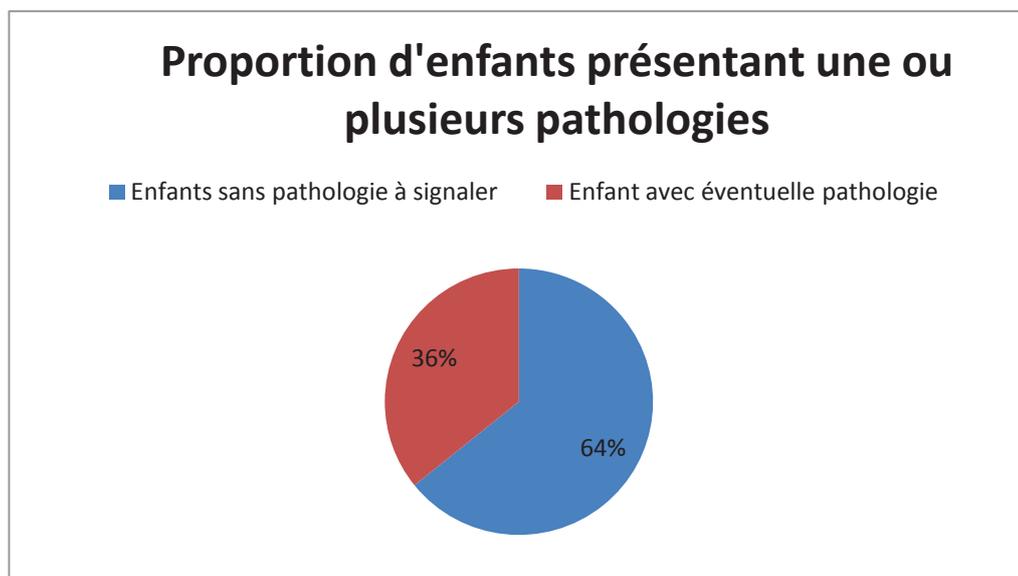
○ **Question 2 : Terme de la naissance**



Les chiffres correspondants sont les suivants :

- 1232 enfants sont nés après 37 semaines de grossesse
- 525 enfants sont nés entre 32 et 37 semaines de grossesse
- 27 enfants sont nés entre 27 et 32 semaines de grossesse
- 6 enfants sont nés avant 27 semaines de grossesse

○ **Question 3 : Pathologies éventuelles de l'enfant** (reflux, allergie, handicap, intolérance alimentaire, constipation...)



A titre informatif, les pathologies recensées sont les suivantes :

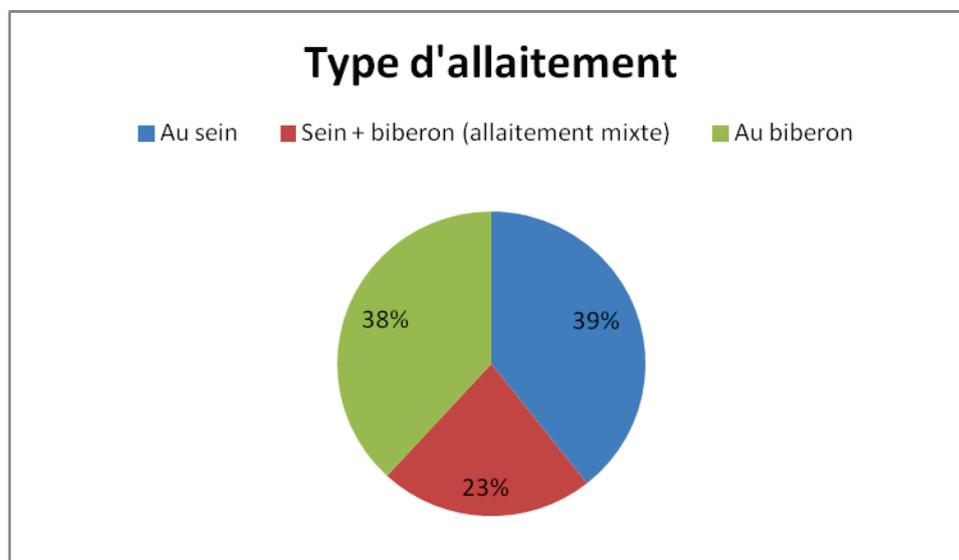
- Un reflux gastro-œsophagien (présent chez 351 enfants)
- Une constipation (présente chez 109 enfants)
- Une allergie ou intolérance aux protéines de lait de vache (présente chez 60 enfants)
- Des allergies ou intolérances alimentaires diverses (présentes chez 58 enfants)
- Des coliques du nourrisson (présentes chez 22 enfants)

Parmi les enfants présentant une pathologie, 5 présentent une pathologie dite « lourde » :

- 3 enfants présentent une fente
- 2 enfants présentent un syndrome de Pierre Robin

Remarque : Certains parents rapportent plusieurs pathologies en même temps concernant leurs enfants, d'où notre analyse se traduisant par un nombre d'enfant, et non par une proportion d'enfants.

○ **Question 4 : Votre enfant a-t-il été allaité ?**



○ **Question 5 : Combien de temps votre enfant a-t-il été nourri seulement au lait ?** (maternel, lait premier âge, lait de vache...)

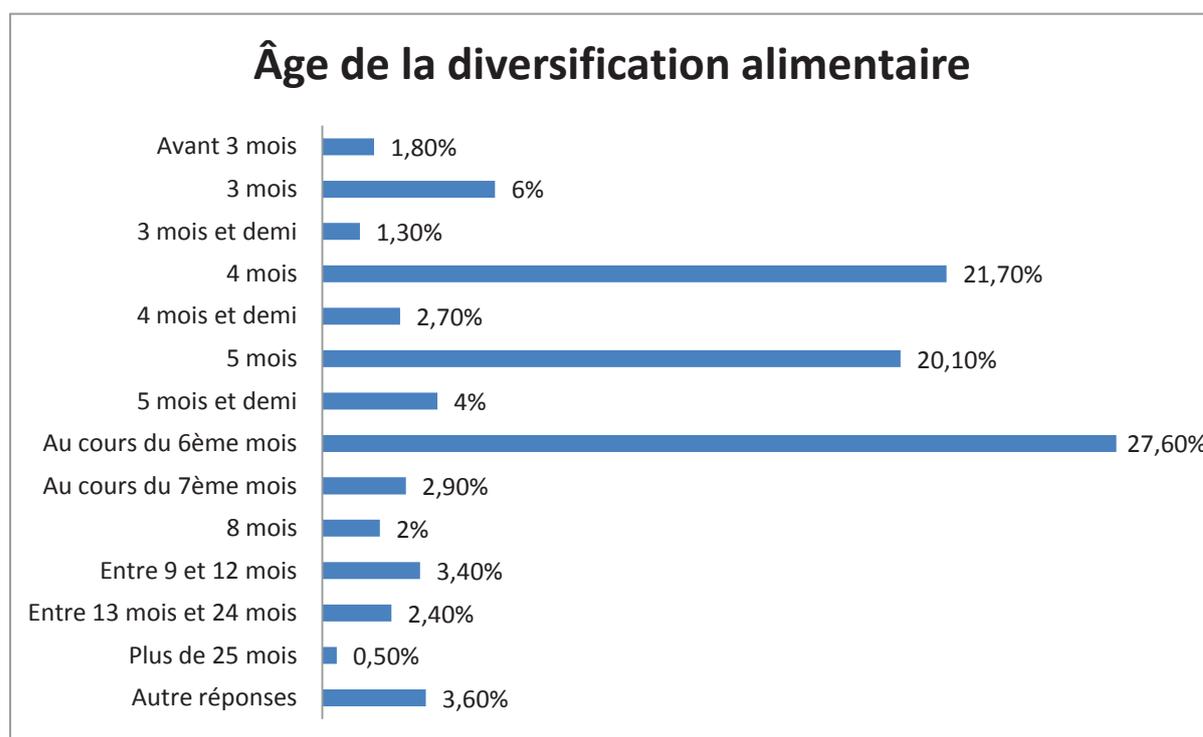
Se référer à la question suivante.

○ **Question 6 : A quel âge avez-vous diversifié l'alimentation de votre enfant ?**

Les réponses à cette question n'ont pas été enregistrées par le formulaire : elles n'apparaissent nulle part.

Nous avons donc décidé de regrouper la question 5 et la question 6 qui appelaient sensiblement la même réponse.

Les résultats obtenus sont les suivants :

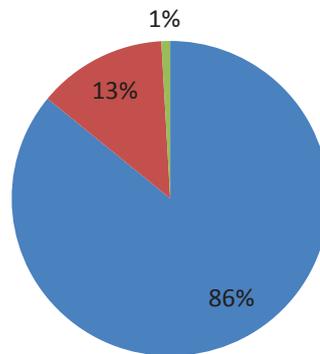


○ **Question 7 : Comment ?** (De quelle manière a été effectuée la diversification alimentaire ?)

Nous avons choisi de rajouter la réponse « DME = Diversification Menée par l'Enfant » dans la présentation des résultats, car elle était suffisamment récurrente pour être citée ici.

Mode de diversification alimentaire

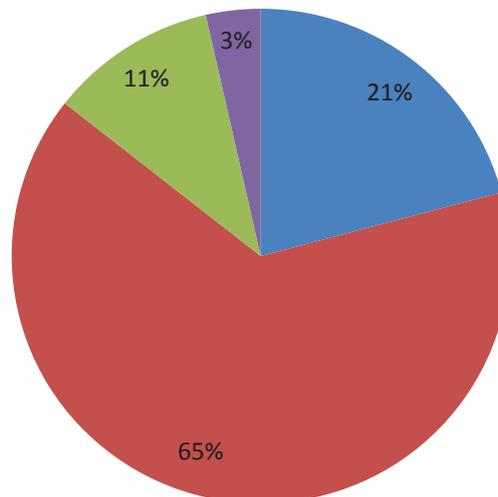
■ Cuillère ■ Biberon (aliment mélangé avec du lait) ■ DME



- **Question 8 : Par quel type d'aliment avez-vous commencé ?**

Type du premier aliment de diversification

■ fruits ■ légumes ■ fruits légumes ■ Autres



Cette question appelait une réponse ouverte (les parents étaient libres de répondre le/les aliment(s) proposé(s) pour la diversification alimentaire.

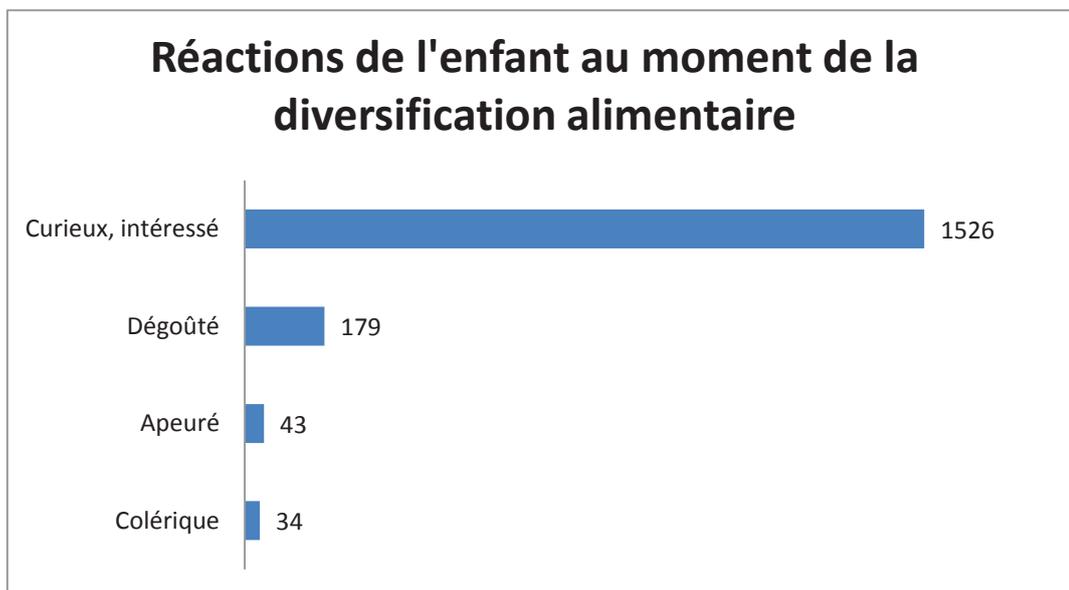
Cependant, par souci de lisibilité, nous avons choisi de regrouper les réponses. Nous avons alors distingué :

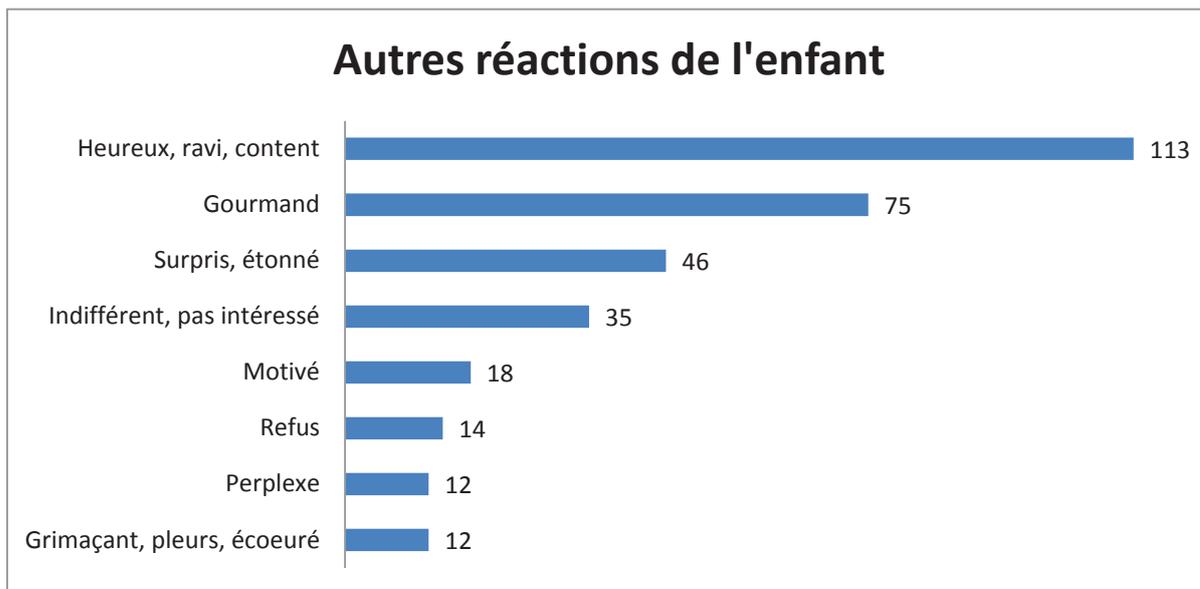
- La diversification alimentaire introduite par les légumes, essentiellement : les carottes, les pommes de terre, la courge.
- La diversification alimentaire introduite par les fruits, essentiellement : les pommes, les poires, les bananes.
- La diversification alimentaire introduite par les fruits et les légumes sans précision (introduction des deux au même moment)
- La diversification alimentaire introduite par d'autres aliments, parmi lesquels : les céréales (infantiles, sans gluten, de riz...), les gâteaux, les petits pots sucrés (vanille, chocolat), les mélanges légumes + viande ou légumes + poisson.

Les différentes présentations des aliments sont les suivantes : des purées, des compotes, des soupes. Les légumes et les fruits sont généralement cuits et mixés.

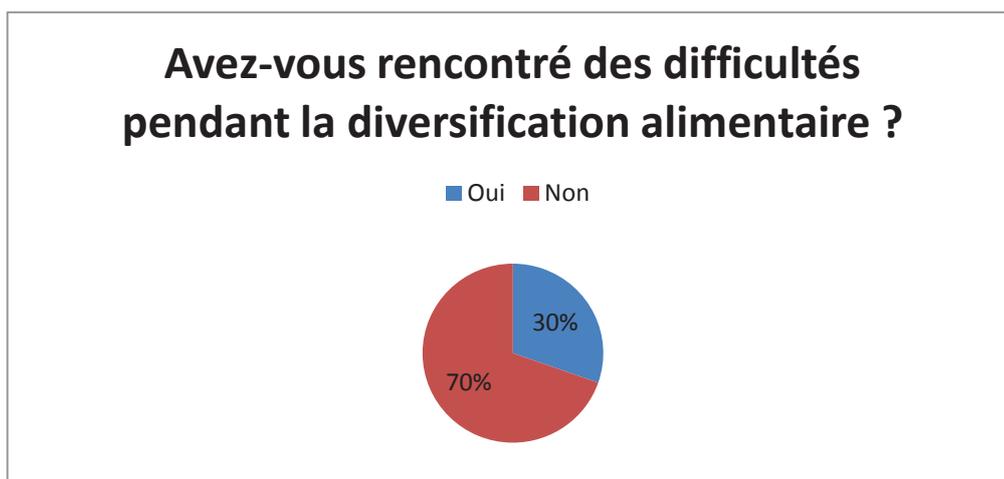
- **Question 9 : Votre enfant s'est-il montré : curieux, apeuré, dégoûté, colérique, autre ?**

Chaque enfant peut présenter une ou plusieurs réaction(s) au moment de la diversification alimentaire.





○ **Question 10 : Avez-vous rencontré des difficultés ? Si OUI, lesquelles ?**



Nous avons répertorié les difficultés rencontrées de la façon suivante :

- 226 enfants ont rencontré des difficultés concernant les textures des aliments
- 149 enfants ont rencontré des difficultés concernant le goût des aliments
- 56 ont rencontré des difficultés concernant la température des aliments
- 55 présentent des manifestations physiques
- 49 présentent une certaine sélectivité dans leur alimentation
- 36 présentent des difficultés quant à l'alimentation à la cuillère
- 8 présentent des difficultés concernant l'appétit
- 6 présentent une certaine sélectivité concernant les couleurs des aliments
- 6 présentent des difficultés d'alimentation au biberon

- 26 présentent des difficultés autres/diverses
- 7 enfants pour lesquels les parents ne précisent pas les difficultés

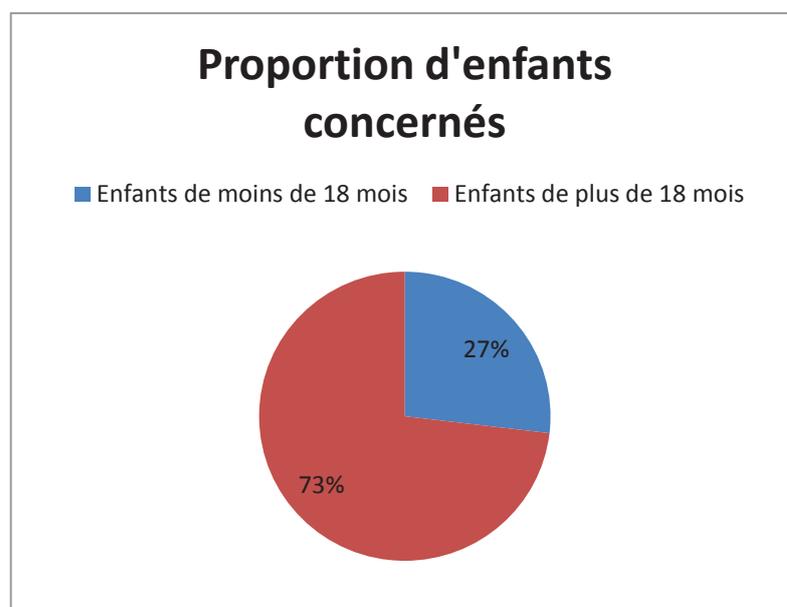
○ **Question 11 : Quelle a été votre attitude lorsqu'un aliment n'a pas été apprécié au premier essai ?**

Aucune réponse n'était proposée, les parents avaient la liberté de répondre. Il ne s'agissait pas d'établir un chiffrage, mais plutôt de prendre connaissance de la nature des attitudes que présentent les parents en cas de refus d'un aliment de la part de leur enfant.

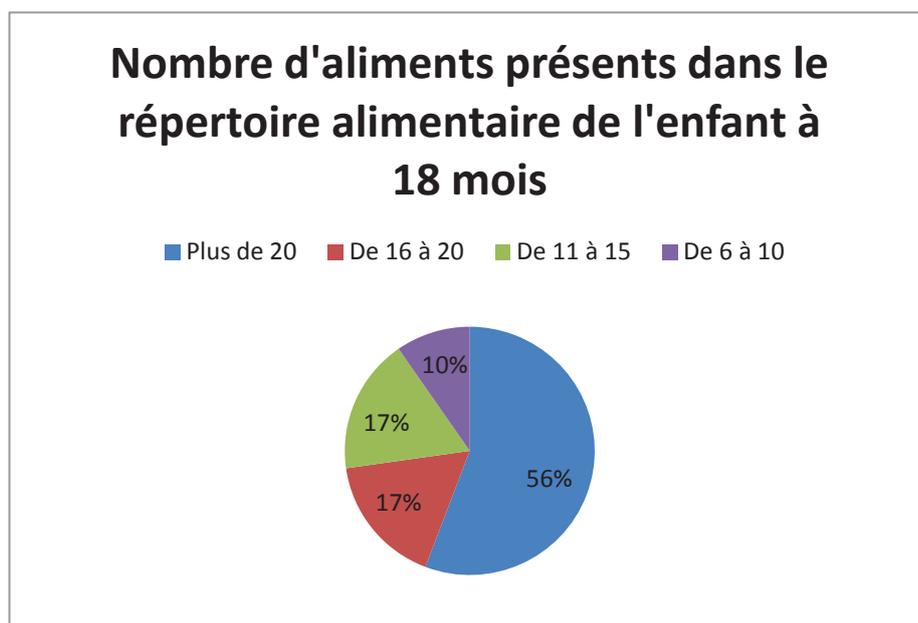
Nous avons répertorié les réponses les plus récurrentes de la façon suivante :

- L'aliment a été représenté plus tard (jours, semaines)
- L'aliment a été présenté plusieurs fois
- L'aliment a été mélangé avec un autre aliment déjà assimilé
- Les parents n'ont ni forcé, ni insisté
- Les parents ont proposé un autre aliment
- L'aliment a été proposé sous une autre forme (texture différente, cuisine différente...)
- Les parents ont proposé un biberon de lait à la place de l'aliment refusé
- Certains parents ont persisté et insisté
- Certains parents ont abandonné après plusieurs essais infructueux

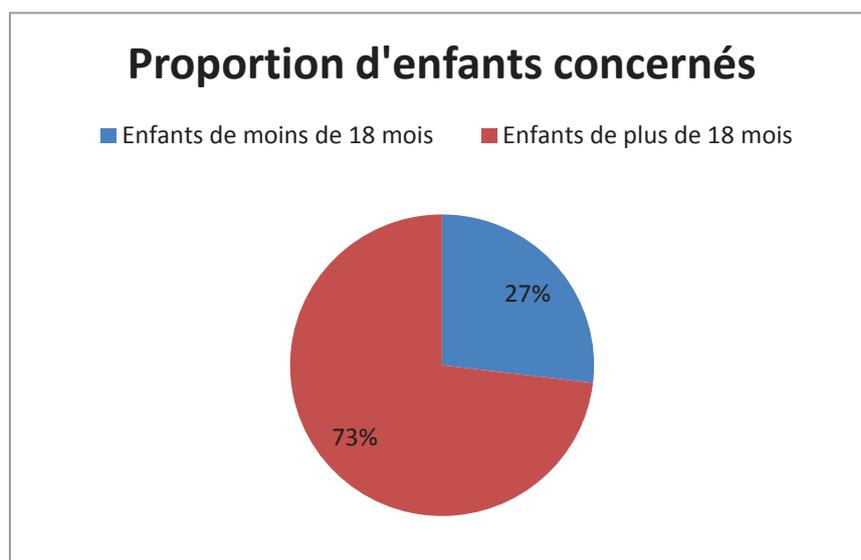
○ **Question 12 : A 18 mois, combien d'aliments votre enfant présente-il (ou présentait-il) dans son répertoire alimentaire ?**



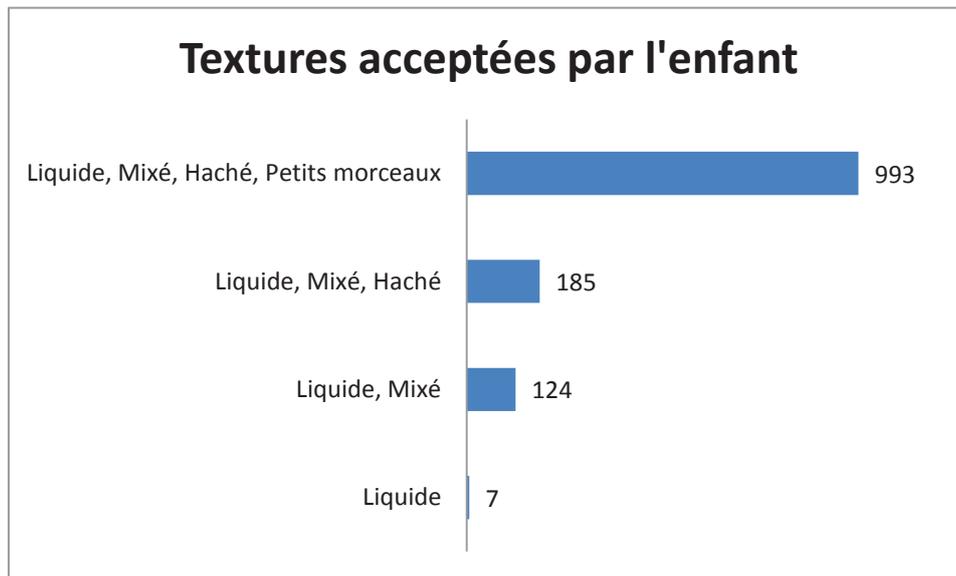
Selon la littérature, les enfants de 18 mois doivent posséder plus de 20 aliments dans leur répertoire alimentaire.



- **Question 13 : A 18 mois, quelle(s) texture(s) votre enfant est-il (était-il) capable de manger ?** (Plusieurs réponses possibles)

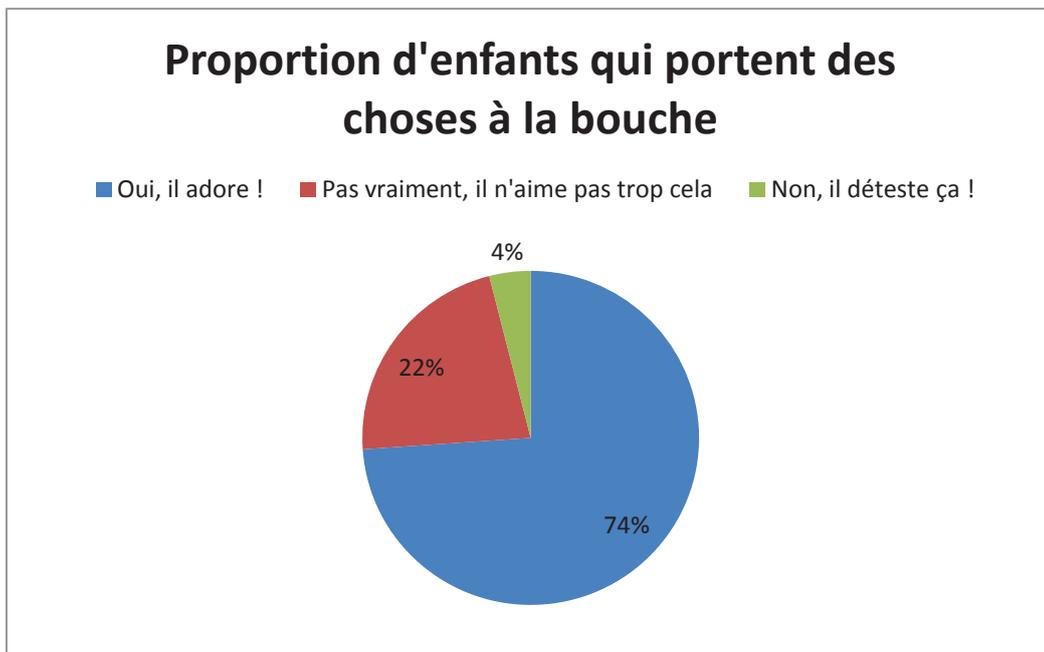


Selon la littérature, un enfant de 18 mois est capable de manger des aliments à la texture liquide, mixée/lisse, hachée et en petits morceaux.

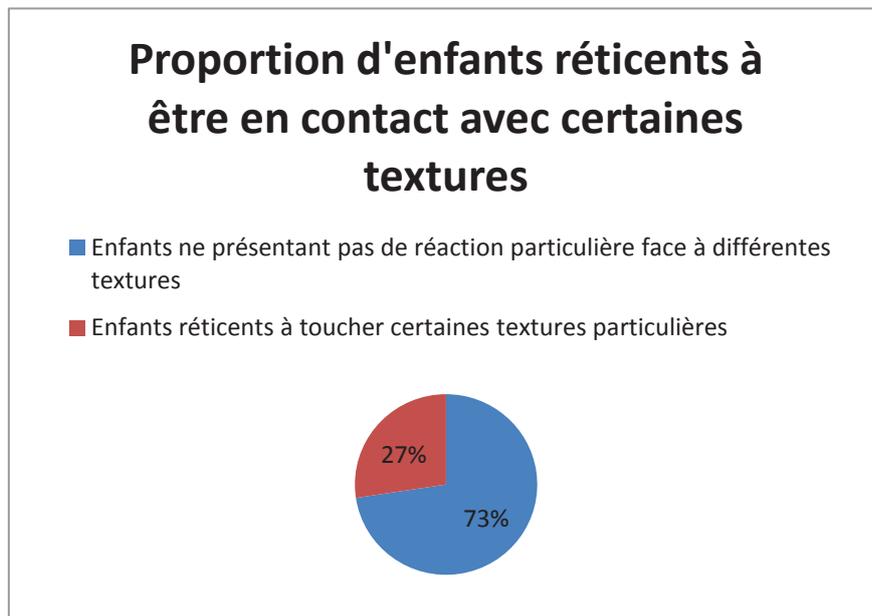


Les chiffres correspondent au nombre d'enfants concernés.

- **Question 14 : Votre enfant met-il des choses (objets, jouets, mains...) à la bouche ?**



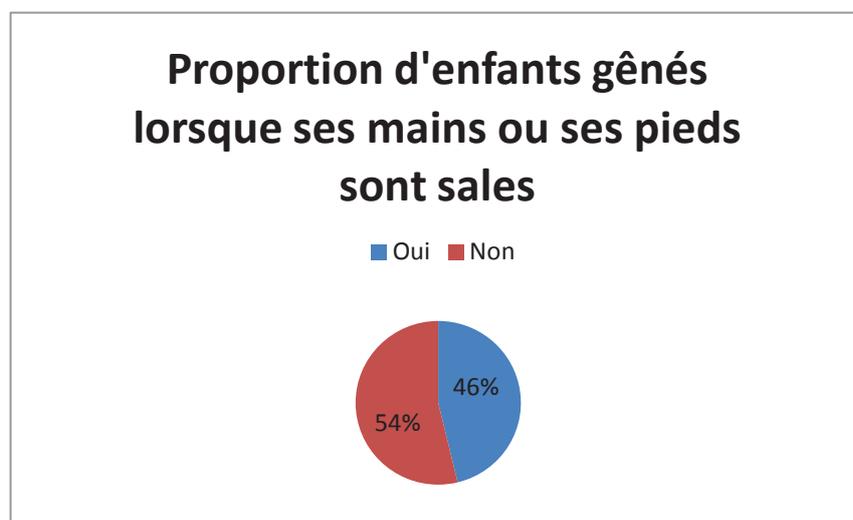
- **Question 15 : Votre enfant est-il réticent à toucher certaines textures particulières ?** (pâte à modeler, sable, eau, marcher pieds nus dans l'herbe, le sable...)



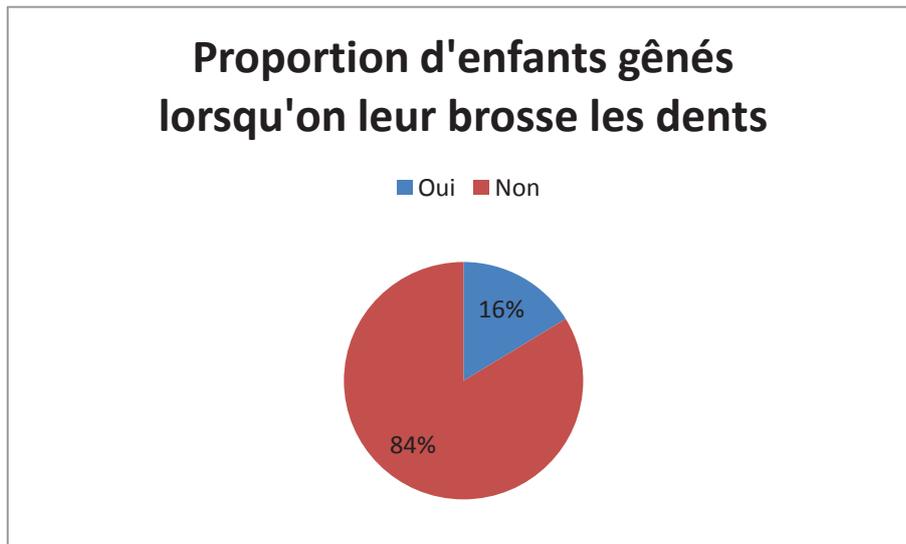
Parmi les 490 enfants réticents à toucher certaines textures :

- 72,45% d'entre eux sont réticents à marcher pieds-nus (dans l'herbe, dans le sable...)
- 34,9% sont réticents à toucher du sable
- 19,4% d'entre eux sont réticents à jouer et à toucher de la pâte à modeler
- 8,60% d'entre eux sont réticents à toucher de l'eau et à jouer avec

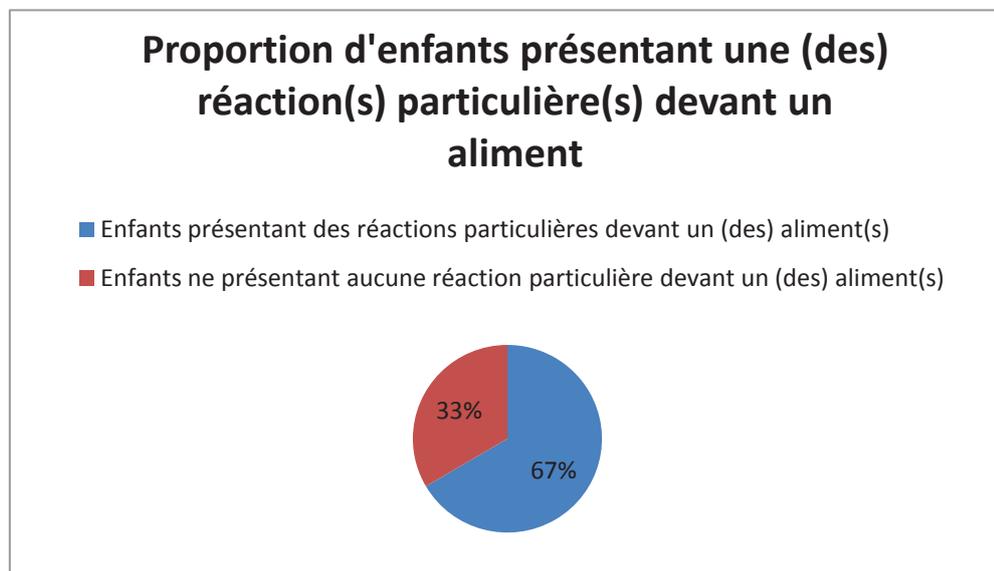
- **Question 16 : Votre enfant est-il gêné quand il a les mains ou les pieds sales ?**



- **Question 17 : Votre enfant est-il gêné quand vous lui brossez les dents ?**



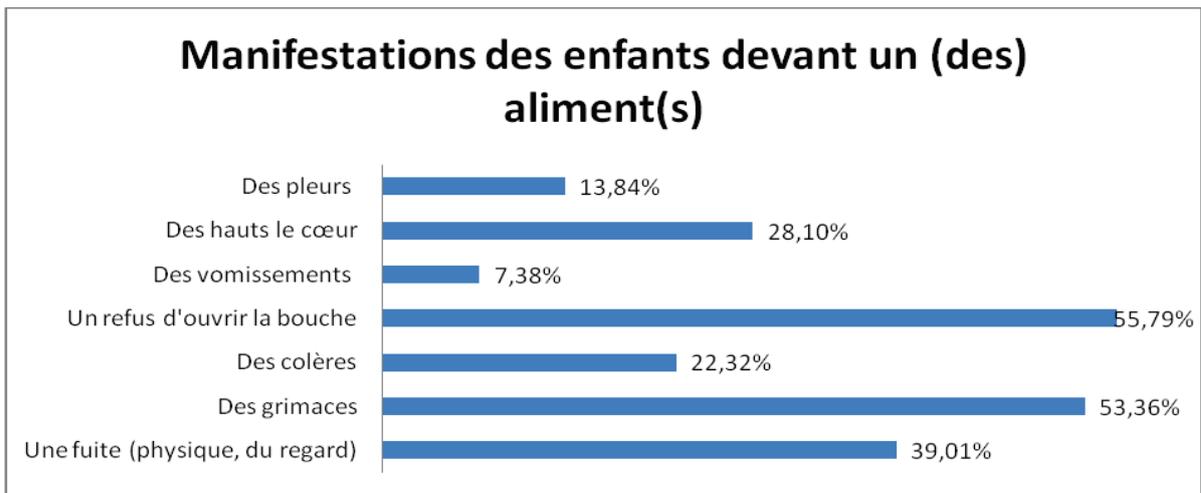
- **Question 18 : Au contact (vue, odeur, goût...) de certains aliments, votre enfant présente-t-il : des pleurs ? des haut-le-cœur ? des vomissements ? un refus d'ouvrir la bouche ? des colères ? des grimaces ? une fuite (physique, du regard...) ?**



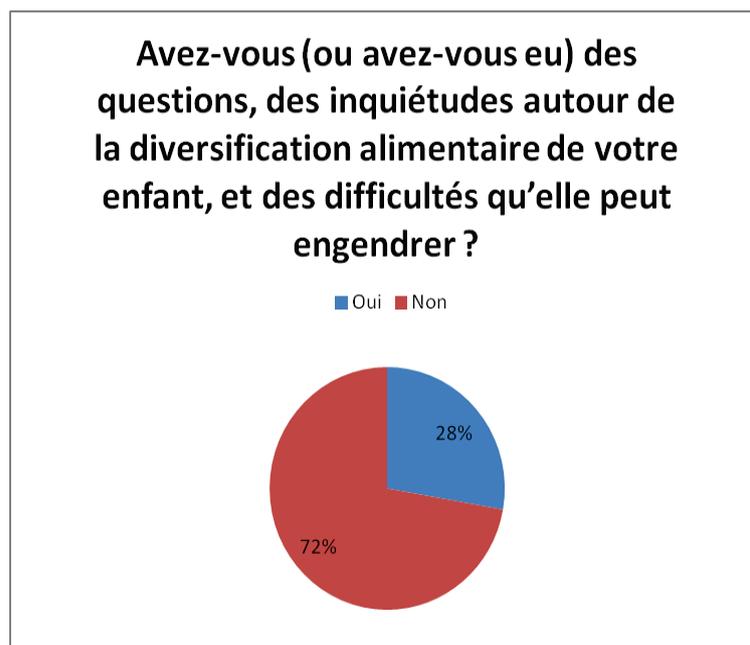
1192 enfants présentent des réactions particulières devant un ou plusieurs aliments.

Parmi eux :

- 55.79% refusent d'ouvrir la bouche
- 53.36% grimacent
- 39.01% présentent une fuite du regard, ou une fuite physique (détournement corporel)
- 28.10% ont des haut-le-cœur
- 22.32% présentent des colères
- 13.84% pleurent
- 7.38% présentent des vomissements



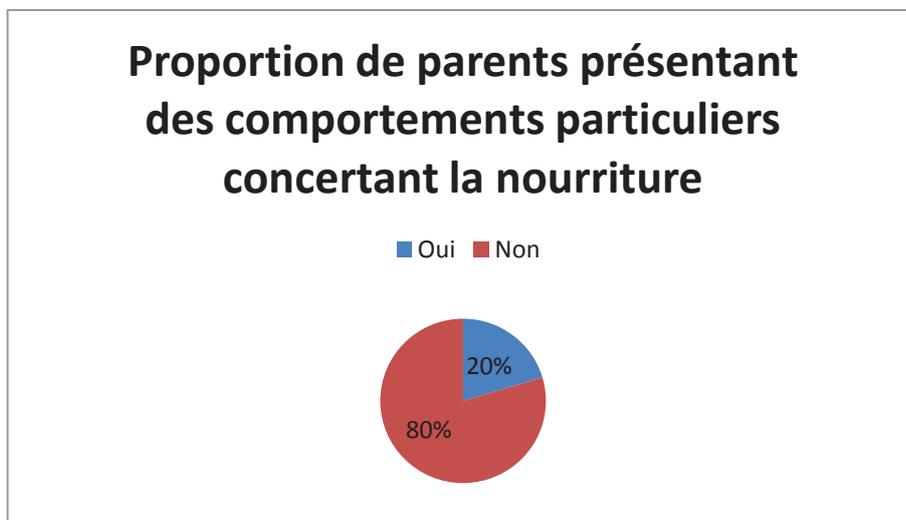
- **Question 19 : Avez-vous (ou avez-vous eu) des questions, des inquiétudes autour de la diversification alimentaire de votre enfant, et des difficultés qu'elle peut engendrer ?**



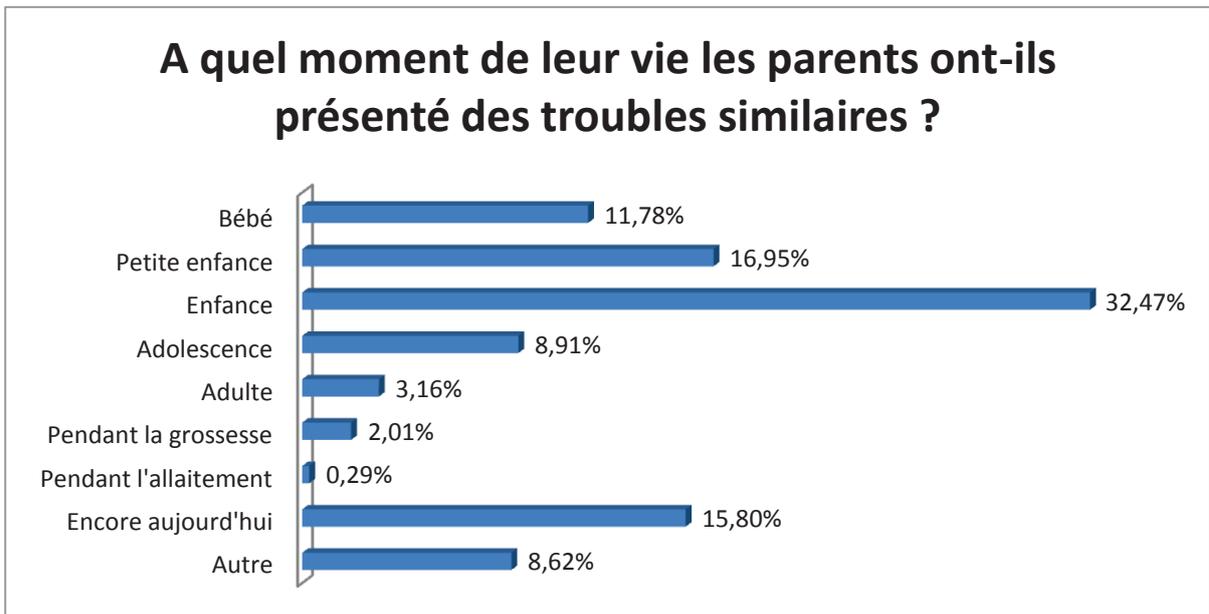
Ces questions concernent :

- Les allergies et intolérances alimentaires
- Les problèmes de santé éventuellement associés (constipation, obésité, reflux, digestion...)
- La texture des aliments (les morceaux notamment), la température des aliments
- La diversification alimentaire (refus, difficultés rencontrées, appétit, allaitement...)
- Le déroulement de la diversification alimentaire (ordre d'introduction des aliments, quantité à donner...)
- Les carences éventuelles
- La sélectivité alimentaire

- **Question 20 : Présentez-vous (ou avez-vous présenté) certains comportements identiques à votre enfant concernant la nourriture (vous ou votre conjoint-e) ?**



○ **Question 21 : Si OUI, à quel moment de votre vie ?**



○ **Question 22 : Ces difficultés sont-elles réglées ?**

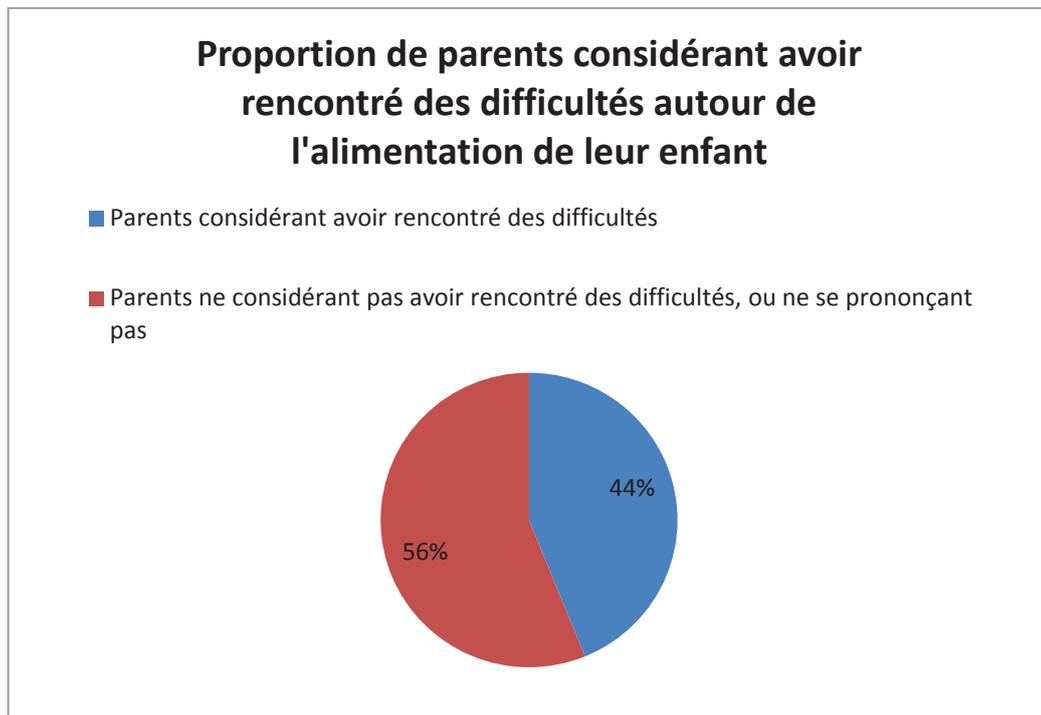
Cette question n'a pas été interprétée correctement par la population consultée. En effet, au vu des réponses, la plupart des parents ont considéré que nous leur demandions si les difficultés de leur enfant étaient réglées. Or, nous voulions savoir si les difficultés des parents autour de l'alimentation étaient réglées.

Il nous est donc impossible de transmettre les résultats de cet item.

○ **Question 23 : Y a-t-il conflit ou appréhension autour des repas à la maison ?**



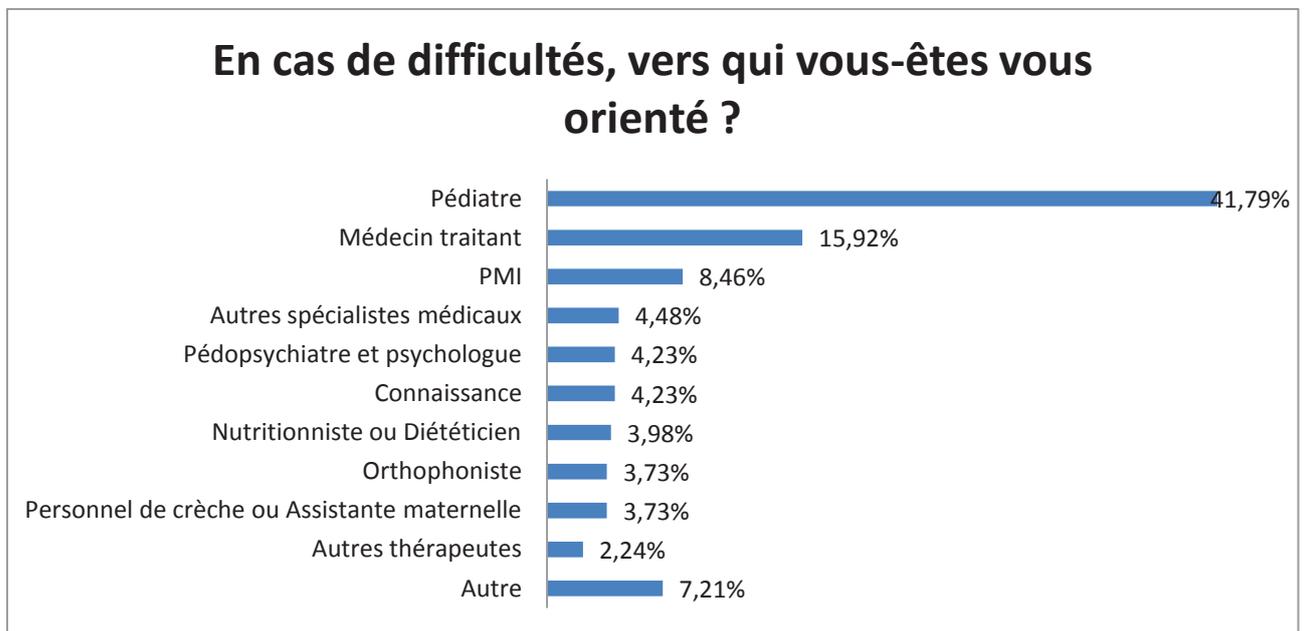
- **Question 24 : Si vous rencontrez (ou avez rencontré) des difficultés, avez-vous été bien orientés ?**



Parmi les parents estimant avoir rencontré des difficultés :



○ **Question 25 : Si OUI, vers quels professionnels ?**



○ **Question 26 : Si NON, que vous a-t-il manqué ?**

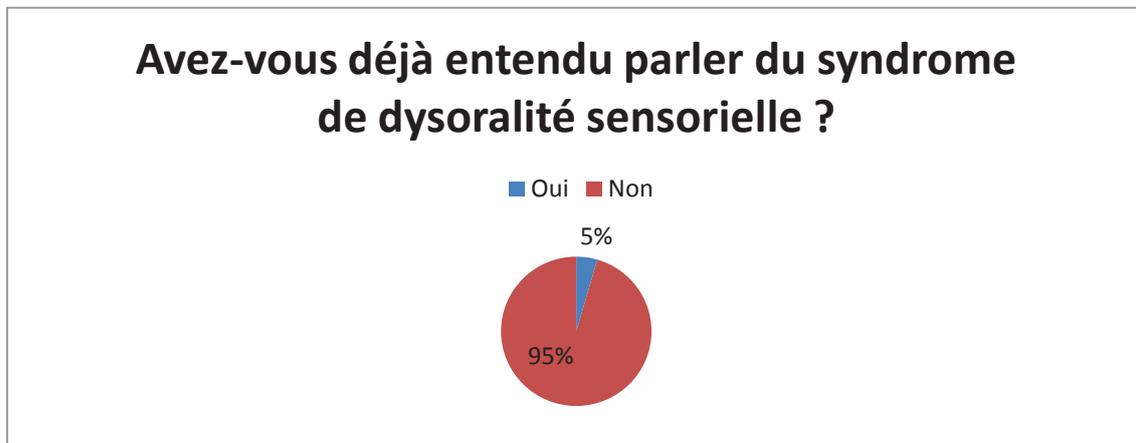
Sur l'ensemble des formulaires exploitables, 244 parents ont répondu à cette question.

Les réponses ont été classées de la façon suivante :

- Manque d'écoute et de soutien
- Manque d'information de la part des professionnels, sentiment que les professionnels de la petite enfance étaient mal informés autour des troubles alimentaires
- Manque de conseils et d'informations en général pendant cette période
- Un besoin de relativiser
- Une réponse concrète et efficace aux problèmes de santé (RGO notamment)
- Une famille et un entourage moins culpabilisant

Il faut noter que de nombreux parents répondent n'en avoir jamais parlé à personne, ou expriment un sentiment d'échec, et d'impuissance.

- **Question 27 : Avez-vous déjà entendu parler du Syndrome de Dysoralité Sensorielle ?**



- **Question 28 : Remarques, anecdotes**

Les remarques et anecdotes concernent les domaines suivants :

- La diversification alimentaire en DME (Diversification Menée par l'Enfant)
- Des témoignages de parents rencontrant des difficultés autour de l'alimentation avec leurs enfants
- Des témoignages de parents d'enfants ne rencontrant pas de difficultés
- Des témoignages d'orthophonistes
- Des questions et interrogations autour de l'objet de l'étude
- Des remarques sur le corps médical et sur l'entourage
- Des remarques concernant les intitulés des items du questionnaire (précisions sur les réponses, interrogations sur la formulation des questions...)
- Des encouragements concernant la réalisation de notre travail

2. Interprétation et analyse des résultats

Après avoir détaillé les réponses obtenues à chaque item du questionnaire, nous allons à présent confronter les résultats obtenus, tant au niveau quantitatif à l'aide des graphiques, qu'au niveau qualitatif, grâce aux réponses détaillées des parents.

Il est important de souligner que l'objectif de l'analyse des réponses au questionnaire n'est pas d'établir un diagnostic pour chaque enfant, mais plutôt de croiser certaines réponses afin de voir s'il existe des corrélations entre les items.

Nous avons défini trois axes d'analyse qui seront les suivants :

- Dans un premier temps nous nous intéresserons aux données dites « pratiques »
- Dans un second temps, nous nous attacherons à rechercher une corrélation (si elle existe) entre les différentes manifestations que peuvent avoir les troubles de l'oralité alimentaire
- Dans un dernier temps, nous raisonnerons autour du ressenti des parents, par le biais des questions où leur parole était plus libre

2.1. Les données pratiques

Notre enquête, par le biais de tous les moyens de diffusion confondus, a obtenu un total de 2090 réponses.

Notre travail ayant comme population définie les enfants tout-venant de 0 à 6 ans, nous avons donc choisi d'exclure de l'étude :

- Les enfants ne faisant pas partie de la tranche d'âge définie
- Les enfants nés prématurément. Pour rappel, il existe trois degrés de prématurité : la prématurité moyenne (entre 32 et 37 semaines d'aménorrhée), la grande prématurité (entre 27 et 32 semaines d'aménorrhée), la prématurité extrême (avant 27 semaines d'aménorrhée).

Pour notre étude, nous avons conservé les formulaires concernant les enfants nés à terme et les enfants prématurés moyens, car il s'agit de naissances plutôt courantes et entraînant peu de séquelles.

- Les enfants présentant des pathologies ayant pour conséquence plus ou moins directe des troubles alimentaires.

Nous n'avons donc pas pris en compte :

- les enfants présentant des fentes (3 cas : labio-maxillo-palatine, palatine, labio-palatine)
- les enfants présentant un syndrome de Pierre Robin (2 cas)
- le cas d'un enfant porteur d'une déficience du chromosome 6 (sur lequel figure certains gènes responsables de diabètes et de certains syndromes) et ayant subi une opération du cœur
- un enfant ayant eu une hernie diaphragmatique, alimenté par sonde nasogastrique et actuellement par gastrostomie
- un enfant atteint de phénylcétonurie (maladie génétique rare et grave, en relation avec un trouble du métabolisme d'un acide aminé d'origine alimentaire)

Cependant, nous avons conservé les enfants présentant un reflux, des allergies, des constipations, car ces pathologies ne sont pas considérées comme « lourdes », elles font parties des pathologies courantes chez le petit enfant et disparaissent à l'âge adulte. Néanmoins, une installation pérenne d'une ou plusieurs de ces pathologies peut être un élément favorisant à l'apparition de troubles de l'oralité.

Nous pourrions possiblement rapprocher l'existence de ces pathologies avec la présence éventuelle d'un trouble de l'oralité alimentaire, afin de voir s'il existe de réels liens.

L'étude portera alors sur 1749 enfants.

L'analyse du type d'allaitement des enfants nous a permis d'observer que sur notre échantillon, autant d'enfant ont été allaités au sein qu'au biberon.

Concernant la diversification alimentaire, l'importance du nombre de formulaires reçus nous permet de connaître avec plus ou moins de valeur scientifique l'âge moyen auquel les parents diversifient l'alimentation de leur enfant. La diversification alimentaire aurait lieu en majorité au cours du 6^{ème} mois (pour 27.60% des enfants de notre étude), conformément aux recommandations officielles.

2.2. Liens entre les symptômes

A présent, nous allons nous attacher à rechercher une corrélation (si elle existe) entre les différentes manifestations que peuvent avoir les troubles de l'oralité alimentaire

Il n'existe pas de « symptôme-type » des troubles de l'oralité alimentaire ; nous nous baserons sur la littérature, mais aussi sur la logique des troubles présentés.

Nous avons donc décidé de faire reposer notre étude sur les trois critères suivants :

- Les comportements particuliers qu'un enfant pourrait présenter devant certains aliments
- Les textures alimentaires que l'enfant accepte de manger
- L'importance du répertoire alimentaire de l'enfant

Le premier critère a été choisi car des comportements particuliers (type pleurs, grimaces, haut-le-cœur, vomissements, détournement du regard, détournement du corps, colères, refus d'ouvrir la bouche) devant la nourriture sont révélateurs d'un trouble de l'oralité alimentaire selon Catherine SENEZ.

Le second critère a été retenu car il est caractéristique d'un trouble de la sensibilité orale, notamment avec l'incapacité à ingérer des morceaux.

Enfin, le troisième critère a été choisi car il fait partie des éléments pour lesquels « les parents doivent s'inquiéter », toujours selon Catherine SENEZ. En effet, selon les normes officielles, un enfant de 18 mois doit posséder plus de 20 aliments dans son répertoire alimentaire.

Cette triade servira de base d'étude, que nous pourrions comparer par la suite aux autres items du formulaire.

2.2.1. Manifestations, comportements particuliers de l'enfant devant certains aliments (question 18)

Parmi les 1749 formulaires exploitables, 973 enfants présentent des comportements particuliers face à la nourriture (une manifestation isolée ou plusieurs cumulées).

Les enfants qui présentent « seulement » des grimaces, non-associées à d'autres comportements cités ci-dessus, ne sont pas inclus dans ces 973 formulaires. Nous avons considéré que les grimaces seules pouvaient être un comportement « normal » d'enfant dans cette tranche d'âge-ci.

2.2.2. Textures acceptées par l'enfant (question 13)

L'hypersensibilité orale et le refus des morceaux est une des particularités des enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire. Nous conserverons donc seulement les enfants qui n'acceptent de manger que des substances liquides et/ou des textures mixées.

Parmi les 973 enfants présentant des comportements particuliers face à certains aliments, 94 n'acceptent que des textures liquides et/ou des textures lisses à 18 mois.

2.2.3. Répertoire alimentaire de l'enfant (question 12)

Parmi les 94 enfants présentant des comportements particuliers face à certains aliments, et n'acceptant que des textures liquides et/ou lisses, 75 possèdent moins de 20 aliments dans leur répertoire alimentaire.

En s'attachant à ces trois critères, 75 enfants (4,3% de la population étudiée) semblent présenter des difficultés autour de l'alimentation, s'apparentant à des dysfonctionnements sensoriels, et pouvant donc être rapprochés des troubles de l'oralité alimentaire.

Il est important de préciser que ces 75 enfants (4,3% de notre population étudiée) ne représentent qu'un chiffre indicatif, puisque c'est nous qui avons convenu des critères à relever. Ce chiffre serait différent (plus important ou moins important) et inclurait d'autres enfants si les critères n'avaient pas été ceux-là.

Pour information, Catherine SENEZ estime que 25% de la population (enfants et adultes confondus) présentent des troubles de l'oralité alimentaire. Cependant, nous ne connaissons pas les critères inclusifs de son étude.

2.2.4. Autres critères

Essayons d'approfondir notre analyse en cherchant quelles réponses ont été données par ces 75 parents pour les autres items du formulaire.

a. Sensibilité et exploration buccale :

- Parmi les 75 enfants, 26 ne mettent pas vraiment d'objets à la bouche et 6 refusent totalement. L'exploration buccale est donc moindre pour presque 43% d'entre eux.
- Parmi les 75 enfants, 19 (25% d'entre eux) sont très gênés par le brossage des dents : la sensibilité orale semble affectée pour ces enfants.

Il semble y avoir une présence significative de dysfonctionnement de la sensibilité orale chez ces enfants, qui présentent déjà, rappelons-le, une restriction du répertoire alimentaire, des textures acceptées seulement liquides ou lisses, et des comportements de rejet face à la nourriture.

b. Sensibilité et exploration tactile :

- Parmi les 75 enfants, 34 (soit 45% d'entre eux) sont gênés de toucher certaines matières, notamment lorsqu'il s'agit de marcher pieds-nus (26 d'entre eux), mais également de toucher les textures granuleuses (23 refusent de toucher du sable).
- Parmi les 75 enfants, 54 n'aiment pas avoir les mains sales, soit plus de 70% de l'échantillon, contre 46% de la population totale.

De la même façon que pour la sensibilité orale, il semble évident que la sensibilité tactile est fortement troublée chez ces enfants.

c. Présence de difficultés pendant la période de la diversification alimentaire :

Parmi les 75 enfants, 32 (soit 42,6%) ont rencontré des difficultés avec la texture, notamment à l'introduction des morceaux. 22 (soit 29,3%) ont rencontré des difficultés avec certains goûts, et 4 (soit 5,3%) avec la température des aliments proposés.

Nous retrouvons ici des résultats cohérents avec nos premières données : près de la moitié des enfants étudiés rencontrent des difficultés avec la texture des aliments. Cependant, il s'agit ici d'enfants dont l'on suspecte des troubles de l'oralité alimentaire, au vu des critères conservés. Nous aurions pu imaginer qu'ils seraient plus nombreux que dans la population moyenne à rencontrer des difficultés avec la texture des aliments.

d. Le conflit autour des repas :

56% des parents font part de repas conflictuels et sources de tensions.

Ce résultat est sans équivoque : les parents rencontrent de réelles difficultés au moment des repas, qui semblent fragiliser l'équilibre familial.

e. Troubles présents chez les parents :

24 parents sur 75 (soit plus de 30% d'entre eux) rapportent avoir présenté des difficultés autour de l'alimentation. 22 parents expliquent avoir présenté ces troubles dans l'enfance, et 4 d'entre eux présentent encore des troubles actuellement.

Nous ne pouvons tirer aucune conclusion scientifique avec ces résultats, mais nous notons qu'un tiers des enfants a grandi avec un /des parent(s) qui ont présenté ou présentent encore des troubles autour de l'alimentation. Nous pouvons penser qu'il s'agit soit d'un caractère héréditaire, soit d'une transmission comportementale.

2.3. Information des parents, questions, ressentis

Dans un troisième temps, nous allons nous intéresser au ressenti des parents, par le biais des réponses plus « explicites » fournies lorsque l'occasion leur était laissée.

Pour cela, nous avons décidé de conserver les 1749 formulaires, c'est-à-dire tous les enfants inclus dans l'étude. En effet, il nous a semblé plus percutant d'analyser tous les formulaires, afin de relever les remarques des parents dans leur globalité, et pas seulement celles des parents des 75 enfants que nous avons mis en évidence précédemment.

2.3.1. Les interrogations des parents pendant la diversification alimentaire

Comme nous l'avons vu dans la présentation des résultats, de nombreux parents ont fait face à des doutes pendant la diversification alimentaire.

Une grande partie de leurs interrogations portait sur la santé de l'enfant : les aliments allergènes, les problèmes de santé pouvant apparaître (constipation, reflux...). Ces questions ont dû (ou auraient dû) être posées au pédiatre.

Beaucoup de parents se sont également interrogés sur la réaction de leur enfant pendant la diversification alimentaire. Nous avons sélectionné quelques unes de ces remarques et ces interrogations :

- « Ma fille de 2 ans **refuse de manger des repas en morceaux**. Le pain et les biscuits oui, le reste elle refuse. Elle semble intéressée mais ne saute pas le pas. »
- « **Comment l'encourager à goûter ?** Comment faire pour qu'il mange équilibré malgré ses refus ? **Comment réagir devant ses refus ?** Comment faire car il ne s'alimente pas à la cantine ? ... »
- « La diversification ne me fait pas peur, c'est la **texture** des aliments. Elle ne veut pas goûter ce que nous mangeons. Pas de gâteaux, pas de Curly, pas de pain, elle **ne veut pas manger des aliments non mixés** »
- « Difficulté encore aujourd'hui (3 ans) à **manger certains légumes en morceaux** »
- « Oui, il a 3 ans aujourd'hui et **ne mange toujours pas de morceaux**, excepté biscuits et pâtes, qu'il mangerait à chaque repas s'il le pouvait... »
- « Il **n'apprécie pas les mélanges de texture** (morceaux ou grains dans la purée) alors qu'il mange les morceaux seuls »
- « Oui, car son premier repas "solide" (purée), **il n'a rien voulu avaler, il hurlait et tirait mes vêtements** (pour prendre le sein), et franchement, c'est dur, on n'est pas préparée à ça »
- « Mon fils va avoir 3 ans et **n'arrive pas à manger des morceaux, cela le fait vomir dès qu'il sent le moindre morceau dans sa bouche !** Jusque 17 mois, il mangeait tous les plats mixés qu'on lui proposait à la maison et à la crèche mais il a avalé de travers à la crèche à 17 mois. Depuis il n'accepte de manger que 3 petits pots salés différents pour bébé de 6 mois, un certain type de yaourt et de compote. Le reste lui fait peur et il refuse ! Il refuse de goûter quoi que ce soit ! »
- « Mon fils qui a 5 ans maintenant a eu un **problème avec les aliments solides**. il a accepté de manger des morceaux que très tard : vers 2 ans et demi. Aujourd'hui il est très difficile: il n'accepte pas les légumes sauf en soupe ou purée ou alors vraiment coupés en minis morceaux et mélangés avec des féculents. Nous avons décidé de ne plus rentrer en conflit avec lui et de continuer à lui donner des légumes sous forme de purée ou soupe. »
- « Oui j'ai beaucoup d'inquiétudes car à 5 ans mon enfant ne mange pas équilibré, il refuse les légumes et fruits en dehors des purées, soupes il faut que **la viande soit mixée et mélangée** Il n'accepte que les œufs, les nuggets, pizzas et morceaux de jambon Chaque repas est un combat ! »
- « Ma fille **ne supporte pas les morceaux** malgré qu'elle ait 4 dents. Elle a des haut-le-cœur et recrache. Elle mange des boudoirs mais sort les morceaux qu'elle a dans la bouche. »
- « Elle n'a **pas un gros appétit** et parfois je suis un peu déroutée. Peu importe ce que je lui propose si elle n'a pas décidé de manger elle ne mangera pas. Le soir je lui donne encore **le biberon car elle ne veut rien d'autre**, le médecin ne s'inquiète pas mais moi oui. »
- « Oui ma fille mangeait de tout étant petite aujourd'hui elle a 2 ans et demi, l'âge du refus d'accord, mais refuse **surtout de manger même parfois ce qu'elle aime vraiment**. Ca ne dure pas toujours mais lorsque ça se prolonge que faire ? »
- « **Dois-je insister** quand il ne veut pas manger, ou le laisser tranquille, sans pour autant lui faire autre chose qu'il voudrait (ex : des pâtes) et lui reproposer un autre jour? »

- « Que faire quand les **haut-le-cœur et vomissements persistent** sur la durée ? »

Il s'agit ici de quelques réponses parmi des centaines du même type, mais ces parents expriment de façon très explicite les situations auxquelles ils sont confrontés, et parfois leur difficulté à réagir. Beaucoup d'entre eux semblent être face à un manque d'information à ce sujet, lorsque la diversification alimentaire et les mois, voire les années qui suivent, ne se déroulent pas exactement de la manière prévue.

2.3.2. L'orientation suggérée aux parents à l'occasion de leurs questionnements

Rappelons que la moitié des parents estime ne pas avoir été bien orientés lors de leurs interrogations.

Les parents ont en grande majorité exprimé un manque d'écoute et de soutien de la part des professionnels de santé, comme en témoignent ces quelques exemples :

- « **De l'écoute** tout simplement et pas des "elle fait des caprices" de la part des pédiatres »
- « Il n'y a **pas d'endroit où s'exprimer** et l'on ne sait pas qui peut nous aider »
- « Le **manque d'écoute** de mon problème, il a été banalisé »
- « **De l'écoute et une attention particulière** sur ce problème. »
- « J'ai dû me bagarrer pendant des mois pour que la pédiatre reconnaisse que mon fils souffrait, ainsi que les retentissements que cela pouvait avoir sur ma relation avec mon bébé. A la place de m'interroger, je n'ai eu droit qu'à **culpabilisations et dénigrement**. Heureusement, j'étais déjà maman et bien entourée. Il m'a fallu une aide extérieure pour être entendue et comprise »
- « De **parler librement sans avoir peur du jugement**, à quelqu'un de neutre, comme un **groupe de parole** en rapport avec le trouble de ma fille ! »
- « Des **autres mamans dans la même situation** pour en parler »
- « Une **réunion d'information**, ou un groupe de mamans »
- « Des informations sur la **façon de réagir face à un enfant qui refuse de manger**. »

Beaucoup de parents ont aussi fait part du manque de connaissances et de solutions de la part des professionnels, qui semblent parfois ignorer la marche à suivre pour ces enfants. Voici quelques unes des réflexions que nous avons pu recueillir :

- « [Il nous a manqué] une visite à la maternité pour **nous orienter vers un spécialiste** si on a de sérieux problèmes avec l'alimentation »
- « **Notre médecin ne s'inquiète pas** puisque notre fille grandit et grossit bien. Grâce à internet j'ai découvert la **néophobie alimentaire**, notre fille en présente tous les symptômes mais nous ne savons pas qui pourrait nous aider. »

- « Une **formation nécessaire pour le personnel soignant et les médecins** ainsi qu'une **uniformisation des données** concernant la diversification (car cela change d'un médecin à l'autre). »
- « Qui aller voir pour que mon fils accepte de manger comme les "grands" ? Tous les professionnels de santé (pédiatre, généraliste) me disent que **tant qu'il mange, le reste n'est pas grave et viendra avec le temps...** »
- « On m'a proposé des **rendez-vous avec une nutritionniste à la PMI** car mon fils ne prenait pas de poids (entre 8 et 13 mois). Or le problème n'était pas de varier ou d'équilibrer son alimentation, c'était surtout qu'il **ne voulait pas manger beaucoup** et qu'il **n'aimait pas la nouveauté à la maison** (alors qu'il mangeait bien chez sa nourrice). Il aurait peut être fallu des conseils plus orientés sur la stratégie, la ruse et le détachement... »
- « **Personne ne met de mots sur le problème de mes enfants** : ni les médecins ni le personnel de la crèche. »
- « Des **conseils différents du "faites comme vous le sentez"**, surtout quand bien après la diversification, la petite s'est mise à pleurer au point de vomir pendant les repas »
- « On n'est pas écoutés, il faut attendre que l'enfant sorte de la courbe de croissance pour que les médecins nous écoutent ! Mais pourquoi attendre, **pourquoi la parole des parents n'est-elle pas entendue ?** »

Enfin, beaucoup de parents n'osent pas parler des difficultés qu'ils rencontrent avec leur enfant autour de l'alimentation. Certains se disent que les difficultés s'atténueront, d'autres semblent désespérés et disent manquer de patience, d'autres encore n'en parlent pas de peur de se confronter à un entourage très culpabilisant.

2.3.3. Les remarques des parents au terme de la lecture du questionnaire, leurs impressions, les informations qu'ils ont souhaité rajouter

Dans un premier temps, nous avons recensé 23 remarques de parents qui expliquaient avoir diversifié l'alimentation de leur enfant par le biais de la DME. Aucun de ces enfants ne semble avoir rencontré de difficultés alimentaires, au vu de l'ensemble du formulaire.

Nous avons également recueilli de très nombreux témoignages de parents rencontrant des difficultés avec l'alimentation de leur enfant. Cet endroit leur a permis d'expliciter davantage leur expérience, et leurs questions. En voici quelques uns :

- « J'ai maintenant **lâché prise** en sachant que **ma fille ne mange pas comme elle le devrait pour son âge**. Elle est encore aux petits pots le soir car c'est la seule façon de lui faire manger légumes et protéines. Elle refuse la viande et ne mange quasiment rien à la cantine... Bref, je m'adapte à elle en attendant qu'elle soit prête pour autre chose. »
- « Le début de la diversification s'est bien passé, **c'est le passage aux morceaux qui a été difficile**. Une opération des amygdales-végétations à 3 ans a bien aidé. Il est suivi en psychomotricité, et peut maintenant marcher dans l'herbe et le sable, "patouiller", avoir les mains sales. À maintenant 4 ans, plus de reflux a priori, mais continue à "tout bourrer dans la bouche". Il mange de tout sans difficulté

(aucun aliment refusé, adore la moutarde et les cornichons...), ne fait plus de boulettes avec la viande, mais les repas peuvent être très longs car préfère jouer/demander de l'aide pour manger. Je m'interroge quant à la présence du sentiment de satiété, car ne dit jamais lui-même qu'il a faim ou qu'il n'a plus faim. »

- « **Ma fille refuse de s'alimenter** sauf si on réussit à détourner son attention sur autre chose (livre ou tv), et si on insiste elle vomit »
- « Jusqu'à présent, mon enfant ne veut toujours rien goûter de nouveau et reste cantonné à ce qu'il aime manger !!!! **Au secours !** »
- « Notre fils de 5 ans et demi a **enfin accepté la fourchette** avec un aliment solide au bout il y a tout juste une semaine... Il mangeait des morceaux de fromage, des gâteaux mous avec les doigts depuis 1 an... »
- « **Ce formulaire parle de mes jumelles.** Elles ont les mêmes soucis de constipation, sauf que l'une a de plus gros soucis que l'autre. Elles ont eu le même parcours pour la diversification alimentaire. mais elles n'ont pas les mêmes goûts... Elles vont avoir 20 mois et si Alyssa n'aime pas un aliment, elle le jette à terre et si elle voit que sa sœur le mange elle lui arrache des mains et le jette à terre aussi... »
- « Mon fils aujourd'hui 3 ans mange à la cuillère depuis qu'il a 22 mois mais **seulement si l'aliment est blanc ou jaune** (purée riz pâte) et le soir une soupe au biberon (au biberon il mange de tout et de n'importe quelle couleur). Avant il ne voulait pas manger à la cuillère lors des 1^{ères} purées car elles étaient oranges (carotte) ou vertes (haricots, brocolis) donc l'alimentation variée ne passe QUE par le biberon ! »
- « Mon enfant a 5 ans est **très peureuse et appréhende tout nouvel aliment.** Chaque repas dure une heure. »
- « Ma fille n'aime pas le fromage et est **réticente pour tout ce qui a une texture molle/humide** depuis quelques mois seulement. Si la texture ne lui plait pas elle grimace et me "rend la chose" en tirant la langue puis s'essuie les mains (frotte ses doigts entre eux) **avec dégoût** comme si elle avait touché quelque chose de sale. »
- « Mon fils a **4 ans et demi et ne mange toujours aucun morceau**, que ce soit gâteau ou autre. On travaille toujours sur ce point avec une orthophoniste et un ostéopathe. On nous dit qu'avec le temps ça viendra, on désespère un peu c'est long. »
- « Bientôt 5 ans, il **ne veut manger que des mauvais aliments**, il est réticent dès qu'il voit un truc qui ne lui plait pas dans l'assiette et **refuse de manger le reste** qu'il aime si on n'enlève pas l'aliment qu'il déteste ! »
- « Mon fils n'aimait pas les aliments rouges et la viande. Aujourd'hui il mange presque de tout, sauf la viande en très petite quantité. Il **sépare systématiquement toutes les classes d'aliments dans son assiette pour qu'elles ne se touchent pas.** Il n'aime pas du tout que les aliments soient mélangés entre eux, donc pas de plats cuisinés variés. »

De nombreux parents nous ont également témoigné leur quotidien positif autour de l'alimentation.

Enfin, nous concluons l'analyse de ces questionnaires en laissant le mot de la fin à la maman d'une petite fille de 2 ans :

« Je pense que ma fille souffre de ce syndrome mais aucun médecin ne prend en compte ce que je dis... »

IV. Difficultés rencontrées et limites du questionnaire

La principale difficulté est liée au nombre important de réponses recueillies. En effet, plus de deux mille formulaires ont été recensés, ce qui a été une contrainte notable, surtout pour l'analyse des réponses « ouvertes ».

De la même manière, certaines questions n'ont pas été comprises comme nous l'attendions, ce qui a rendu leur analyse délicate, voire impossible.

Il a également été difficile de choisir une ligne directrice d'analyse des réponses au questionnaire. En effet, et comme nous l'avons précisé lors de cette analyse, la symptomatologie, si nous pouvons la nommer ainsi, des troubles de l'oralité alimentaire est conséquente et non-hiérarchisée.

Nous avons décidé de choisir comme base d'étude la triade comportements particuliers de l'enfant devant la nourriture / limitation des textures acceptées / répertoire alimentaire restreint, et nous avons recensé 75 enfants répondant à cette triade.

La limite de cette analyse est qu'elle exclut les enfants répondant à seulement un ou deux des critères que nous avons retenus, mais présentant pourtant des troubles mis en évidence par les autres items du questionnaire.

Les critères retenus étant arbitraires, peu de signes présentés par les enfants ne veut pas dire qu'aucun trouble n'est présent.

Le choix de cette méthode d'analyse des questionnaires a dû être fait par souci de clarté, car il était impossible de croiser toutes les réponses aux 28 questions des 1749 formulaires exploitables pour l'étude.

V. Conclusions

S'il est difficile d'attribuer une valeur scientifique aux résultats de cette étude, nous sommes en mesure d'en tirer certaines conclusions non-contestables.

La première, et la plus importante, est qu'il semble exister des enfants, dont le développement est dit « normal », qui présentent des signes que l'on attribue aux troubles de l'oralité alimentaire. Selon notre étude, ces troubles de l'oralité concernent presque 5% des enfants tout-venant. Il s'agit d'un chiffre obtenu d'après les critères que nous avons sélectionnés arbitrairement : ce chiffre est certainement plus important en réalité.

En effet, l'ensemble de nos questions a permis de mettre en évidence des enfants dont le comportement montre assez clairement que leurs difficultés alimentaires ne sont pas liées à la phase oppositionnelle des 24 mois. La dimension sensorielle entre en jeu, la sélectivité alimentaire (textures, goûts) est présente, mais également la quiétude des repas est bouleversée : il s'agit de tableaux symptomatologiques potentiels de troubles de l'oralité alimentaire.

La seconde conclusion que nous pouvons avancer est la solitude des parents face au comportement de leur enfant. Il résulte très clairement de notre étude que beaucoup de parents se sont sentis démunis, incompris et mal informés. Plus grave encore, ils sont la moitié à avoir considéré être mal orientés et mal renseignés par les professionnels de l'enfance.

Il semble évident qu'il existe un manque de communication autour des troubles de l'oralité alimentaire. Le syndrome de dysoralité sensorielle (SDS) développé par Catherine Senez semble peu connu des pédiatres, et des professionnels de l'enfance en général, et encore moins des parents.

Nous avons donc décidé de mettre en place un protocole d'intervention de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire auprès des parents et des professionnels de l'enfance.

Chapitre III
L'INTERVENTION DE
SENSIBILISATION

Les réponses au questionnaire diffusé auprès de parents ont révélé que 50% d'entre eux ayant rencontré des difficultés autour de l'alimentation de leur enfant estiment ne pas avoir été orientés de manière satisfaisante.

Nous avons décidé de proposer une solution à cet état de fait, en allant à la rencontre des parents et des professionnels, afin de les sensibiliser aux troubles de l'oralité alimentaire.

I. Démarche expérimentale

1. Population

La population concernée par notre intervention est constituée :

- De parents
- D'infirmières puéricultrices
- Des pédiatres des crèches
- D'éducateurs/trices de jeunes enfants
- D'auxiliaires de puériculture
- D'assistant(e)s maternel(le)s

Nous aurions également voulu nous adresser à des pédiatres, qui sont les premiers professionnels de santé auxquels les parents se réfèrent, et qui semblent peu informés à ce sujet. Cependant, les démarches administratives pour contacter ces médecins, ainsi que pour les réunir, sont difficiles à mettre en place. De plus, il nous a paru plus judicieux de concentrer notre sensibilisation sur les personnes (parents, professionnels de la petite enfance et professionnels de santé) qui étaient au contact quotidien des enfants.

La population a donc été contactée par le biais de structures d'accueil de petite enfance, dans deux villes différentes :

- La première structure est la crèche de la Lézardière à Nice (06), ville de 345 000 habitants. Cette crèche collective accueille 40 enfants.
- La seconde structure est le multi-accueil du Colombier à Voiron (38), ville de 21 000 habitants. La structure regroupe une crèche collective, une halte-garderie et une crèche familiale, d'une capacité totale de 80 enfants.

Terminologie :

Halte-garderie : c'est une structure qui accueille les enfants de moins de 6 ans de façon occasionnelle (quelques heures ou quelques demi-journées par semaine)

Crèche collective : c'est une structure qui accueille les enfants de façon quotidienne, souvent ouverte aux horaires de bureau des parents. Il s'agit d'un mode de garde à temps plein.

Crèche familiale : elle regroupe des assistants maternels agréés encadrés par des professionnels (puéricultrice, médecin...). Les enfants sont gardés au domicile de l'assistant maternel, qui peut en accueillir jusqu'à 4. Une à deux fois par semaine, les enfants sont emmenés à la crèche familiale, placée sous la responsabilité d'une puéricultrice.

2. Forme

Il a été décidé de proposer une sensibilisation des troubles de l'oralité sous la forme d'une intervention orale, avec un diaporama PowerPoint comme appui visuel.

L'intervention a lieu dans une salle municipale (pour le multi-accueil du Colombier à Voiron (38)) ou au sein de la crèche (pour la crèche de la Lézardière à Nice (06)).

3. Contenu

Le contenu de l'intervention a été préparée minutieusement, et sera détaillé dans la partie : III – Production destinée à l'intervention de sensibilisation (p. 140).

4. Diffusion

Les dates des interventions ont été les suivantes :

- Jeudi 24 avril 2014 à 19H (multi-accueil du Colombier à Voiron (38))
- Mercredi 30 avril 2014 à 16H (crèche de la Lézardière à Nice (06))

Une affiche (Annexe VIII) a été créée pour informer de notre intervention.

L'affiche comporte :

- les renseignements administratifs : notre identité, la date, l'heure et le lieu de l'intervention
- les grands axes de notre intervention :
 - les difficultés autour de l'alimentation, pendant et après la diversification alimentaire
 - leurs causes, leurs manifestations, leur retentissement dans la vie quotidienne
 - les solutions qui peuvent être envisagées

Il nous a également semblé important d'insister sur le caractère interactif de notre intervention, afin d'impliquer davantage les personnes présentes.

II. Démarches administratives

1. Ville de Nice (06)

Dans un premier temps, nous avons contacté par téléphone **Madame Martine AUBERT**, responsable de l'accueil de la petite enfance du secteur Nord de la ville de Nice. Madame AUBERT est infirmière-puéricultrice, et coordonne les différentes structures d'accueil de la petite enfance du secteur Nord de Nice.

Nous lui avons présenté notre sujet, les résultats de notre enquête, notre problématique, et le projet qui en découlait. Très intéressée par notre démarche, elle nous a présenté en retour les démarches administratives à effectuer afin de mettre en place ce type d'intervention au sein d'une crèche. En effet, toute information délivrée aux parents et aux professionnels de la petite enfance au sein d'une structure d'accueil municipale doit être vérifiée et validée par l'ensemble des responsables et des intervenants concernés.

Madame AUBERT nous a donc dirigés vers le Docteur Virginie COINTAT, pédiatre référente de l'accueil de la petite enfance du secteur Nord de la ville de Nice.

Dans un second temps, nous avons donc rencontré le **Docteur Virginie COINTAT**, pédiatre coordonnant toutes les structures d'accueil du secteur Nord de Nice, concernant l'aspect médical. En effet, c'est elle et son équipe qui prennent les décisions autour de la santé, de l'alimentation, et du bon développement des enfants accueillis.

Nous avons expliqué au Docteur COINTAT notre démarche et notre projet de proposer une intervention pour sensibiliser parents et professionnels de la petite enfance aux troubles de l'oralité alimentaire. Lors de notre rendez-vous à la direction des affaires sociales, nous avons rediscuté du protocole, qu'elle avait étudié avec précision. En effet, certaines informations que nous apportions concernant les normes d'âge d'introduction des aliments lors de la diversification alimentaire, mais aussi certains termes employés, ont été retravaillés en partenariat avec le Docteur COINTAT, afin de proposer une information la plus cohérente possible avec ce qui est transmis habituellement aux parents dans les crèches.

Après validation du contenu du protocole, le Docteur COINTAT nous a proposé une date et un lieu d'intervention. La réunion a eu lieu le **Mercredi 30 avril 2014 à 16H**, à la crèche de la Lézardière, à Nice.

Le projet a été validé officiellement par **Madame Marie-Christine AUBEL**, directrice adjointe à l'accueil de la petite enfance de la ville de Nice. Un courrier à son attention est disponible en Annexe IX.

2. Ville de Voiron (38)

Nous avons également choisi de mener ce projet dans la ville de Voiron en Isère (38), ville d'origine de l'auteur du mémoire.

Dans un premier temps, nous avons pris contact avec **Madame Anne FAVIER**, adjointe au maire en charge de l'enfance et de l'éducation de la ville de Voiron. Nous lui avons adressé un courrier (Annexe X), auquel le maire **Monsieur Roland REVIL** et elle-même nous ont répondu de manière positive, en acceptant notre projet et en nous dirigeant vers la crèche principale de la ville.

Nous avons donc rencontré **Madame Sabine LIOT**, infirmière-puéricultrice directrice du multi-accueil et de la crèche familiale du Colombier, le vendredi 18 avril 2014. Nous lui avons présenté notre sujet, notre problématique, notre projet et notre protocole, auquel elle a apporté quelques corrections, notamment autour du déroulement de la diversification alimentaire et de certains termes employés.

Nous avons ensuite convenu d'une date pour mettre en place notre intervention de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire : **Jeudi 24 avril 2014 à 19H**, au Foyer Léo Lagrange, à Voiron.

III. Production destinée à l'intervention de sensibilisation

1. La version oralisée

L'objectif principal de notre intervention auprès des parents et des professionnels de la petite enfance était de les sensibiliser aux troubles de l'oralité alimentaire, car pour la plupart d'entre eux, ces troubles sont inconnus.

Il s'agissait alors de définir ces troubles, leurs manifestations, les solutions envisagées, mais aussi d'expliquer certains concepts (l'oralité, l'alimentation) pour permettre à l'entourage de l'enfant de visualiser le contexte dans lequel s'inscrivent ces troubles.

Il ne s'agissait aucunement de dispenser un cours théorique sur l'oralité et les troubles de l'oralité, d'une part car nous n'en avons pas la prétention, et d'autre part car le but de cette intervention était de s'adresser à une population côtoyant des enfants au quotidien, et donc de faire des liens avec ce quotidien.

Nous avons choisi de présenter notre exposé en quatre parties :

- L'oralité
- L'alimentation
- Les troubles de l'oralité alimentaire
- L'évaluation et la prise en charge de ces troubles

Nous avons estimé notre temps de parole à une trentaine de minutes, puis nous avons proposé à l'assemblée d'intervenir en posant des questions et/ou en témoignant autour du sujet.

Lors de nos entretiens avec le Docteur COINTAT (pédiatre à Nice) et Madame LIOT (directrice de la crèche à Voiron), nous avons convenu qu'elles pourraient intervenir lors de la seconde partie de notre exposé (l'alimentation). En effet, l'alimentation et les recommandations autour de la diversification alimentaire ne font pas partie de nos compétences propres, et les informations dont nous disposons sont tirées de la littérature. L'appui d'un professionnel qualifié et de son expérience pratique sont alors fortement souhaitables lors de cette présentation.

Nous allons à présent détailler la construction de notre intervention. Celle-ci sera disponible dans son ensemble en Annexe XI du mémoire.

1.1. L'oralité

Il est important de commencer notre exposé en définissant les termes du sujet, en l'occurrence l'oralité.

Nous procéderons en trois parties :

Dans un premier temps, nous proposons la définition « scientifique » de l'oralité.

Dans un second temps, nous abordons le développement de l'oralité, de manière simple et succincte, afin de s'adapter à l'auditoire peu familier aux termes médicaux. Nous distinguons le développement anatomique et le développement physiologique.

Dans un dernier temps, nous détaillons les enjeux de l'oralité, les domaines qu'elle touche et son implication dans la vie quotidienne.

Il est important de poser ce cadre de l'oralité au début de notre exposé, afin que l'auditoire prenne conscience de l'impact des troubles qui peuvent exister.

1.2. L'alimentation

Cette deuxième partie est indispensable dans notre présentation : l'alimentation et ses troubles étant au cœur du sujet, il est nécessaire de détailler l'entrée de l'enfant dans l'alimentation solide.

Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur la littérature, notamment les recommandations officielles de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé). En effet, si l'orthophoniste doit avoir connaissance des normes concernant l'introduction des différents aliments lors de la diversification alimentaire, il n'est pas apte à conseiller les parents d'un point de vue médical à ce sujet. Les parents doivent se référer au pédiatre, à la PMI (Protection Maternelle et Infantile) ou au personnel de la crèche.

Dans notre exposé, nous détaillerons surtout les quatre étapes de la diversification alimentaire, à savoir :

- La phase d'initiation
- La phase de familiarisation
- La phase de variété des aliments
- L'alimentation proche de celle de l'adulte

Nous évoquerons également la Diversification Menée par l'Enfant (DME), de plus en plus utilisée par les parents.

Enfin, nous insisterons sur les enjeux de l'alimentation, et sur la nécessité du bon déroulement de la diversification alimentaire.

1.3. Les troubles de l'oralité

Alors que nous avons établi les bases de notre exposé, nous abordons à présent le cœur du sujet : les troubles de l'oralité alimentaire.

Après avoir proposé une définition précise et étoffée du concept, nous détaillerons les différentes origines que peuvent avoir les troubles de l'oralité alimentaire.

Rappelons que notre présentation répond à la problématique suivante : **Que peut-on proposer pour pallier la méconnaissance des parents et des professionnels de santé à propos des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant tout-venant ?**

Si notre protocole de sensibilisation est à destination des parents et des professionnels de santé au contact d'enfants tout-venants, il est cependant nécessaire de cerner toutes les origines des troubles de l'oralité, afin de présenter ces troubles le plus précisément possible.

Nous présenterons alors :

- Les causes organiques
- Les causes neurologiques
- Les causes psychogènes
- Les causes post-traumatiques
- Les causes sensorielles

Dans un second temps, nous nous attacherons à détailler les manifestations des troubles de l'oralité alimentaire. Nous présentons un large tableau de symptômes qui peuvent se retrouver chez un enfant ayant des troubles de l'oralité alimentaire. Certaines manifestations sont cependant davantage présentes lorsqu'il y a des causes précises avérées de ces troubles.

Nous avons décidé de reprendre la classification adoptée dans la partie théorique de notre travail :

- Des anomalies de la sphère orale
- Des anomalies de la déglutition
- Des anomalies de la sensibilité (hypersensibilité, hypersensitivité tactile, hypersensitivité orale, hyposensibilité)
- Un réflexe hypernauséux
- Des anomalies comportementales
- Des comportements parentaux spécifiques

Nous détaillerons chaque type de manifestations en se basant sur des exemples.

Dans un troisième temps, nous proposerons à l'auditoire quelques éléments pouvant les alerter d'un éventuel trouble de l'oralité alimentaire chez l'enfant tout-venant. Il est important de préciser que c'est la conjonction de plusieurs éléments qui permettra de poser un potentiel diagnostic. En effet, chaque élément pris à part ne peut pas constituer un argument pour poser un diagnostic de troubles de l'oralité alimentaire, ou de syndrome de dysoralité sensorielle.

De la même façon, nous insisterons sur la nécessité de demander un avis médical.

Enfin, nous évoquerons d'autres types de tableaux de symptômes pouvant se rapprocher des troubles de l'oralité alimentaire. Nous définirons ces diagnostics différentiels, en insistant sur l'importance d'un avis médical afin d'écarter toute pathologie pouvant comporter le même type de symptômes.

1.4. L'évaluation et la prise en charge de ces troubles

Dans cette dernière partie, nous aborderons successivement le déroulement du bilan orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire, puis le projet thérapeutique de rééducation de ces troubles.

Bien que notre démarche ne soit pas de détailler le bilan et la prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire, il nous a semblé essentiel d'en évoquer le contenu. En effet, les parents et les professionnels de santé venus assister à notre présentation sont peu ou pas sensibilisés à ces troubles, et sont également en recherche de réponses et de solutions. Il paraît indispensable d'évoquer la prise de contact avec l'orthophoniste et les axes de rééducation.

Nous évoquerons dans un premier temps la double fonction du bilan orthophonique :

- Le recueil de la plainte
- L'évaluation du trouble

Dans un second temps, nous présenterons les deux grands axes de la prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire :

- La guidance parentale
- L'éducation orale : la prise en charge des dysfonctionnements sensoriels, le réinvestissement de la sphère orale, la désensibilisation de l'hypernauséux...

Dans un dernier temps, à la fin de notre présentation, nous proposerons aux parents des pistes pour aller plus loin dans leur réflexion et dans leurs questionnements : des ouvrages, des sites internet et des associations pour s'informer, pour être écoutés et conseillés.

Voici à présent le contenu de notre intervention de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire, telle qu'elle a été présentée à l'auditoire.

Quand l'alimentation pose problème, que faire ?

L'oralité

→ Qu'est-ce que l'oralité ?

Définition

On parle d'**oralité** pour désigner l'ensemble des fonctions orales, c'est-à-dire dévolues à la **bouche** : alimentation, ventilation (respiration), exploration tactile et gustative, cri, langage.

Elle met en jeu des **structures multiples** (sensorielles (les 5 sens), motrices (langue, lèvres, mâchoires...), neurologiques (terminaisons nerveuses), hormonales, psychiques, affectives et cognitives), ce qui en fait un concept complexe.

Origines et étendue actuelle

Si le terme d'« oralité » trouve son origine du côté de la psychanalyse (FREUD) → stade oral = moment de la relation symbiotique mère-enfant, dont le médiateur principal est l'alimentation et le contact physique, l'étendue de ce concept est aujourd'hui beaucoup plus vaste.

La sphère orale du nouveau-né, puis du jeune enfant, lui permet :

- d'explorer le monde
- d'entrer en communication avec sa mère
- de se nourrir
- de construire sa propre expérience de l'environnement qui l'entoure.

→ Développement de l'oralité

Développement anatomique :

Le massif facial se développe dès la 3^{ème} semaine de gestation. Les cellules se divisent et forment ce que l'on appelle des « bourgeons ». Au terme du premier mois de gestation, 5 bourgeons faciaux sont présents : un bourgeon frontal, deux bourgeons maxillaires et deux bourgeons mandibulaires. La langue se forme à peu près au même moment. C'est la mise en place anatomique de la sphère orale. Dès la 8^e semaine, le fœtus prend des allures typiquement humaines.

Développement physiologique :

Le développement de ce que l'on appelle l'oralité se fait petit à petit, et ce depuis la grossesse. L'orthophoniste Catherine Thibault parle de l'oralité primaire et de l'oralité secondaire, qui se succèdent en se chevauchant. Durant chacune de ces périodes se développent une oralité alimentaire et une oralité verbale, de façon concomitante.

○ **Primaire**

L'oralité dite primaire voit le jour dès lors que le fœtus approche son pouce de sa bouche, et que la langue vient toucher la main. C'est une phase réflexe, qui se déroule du stade embryonnaire jusqu'aux 9 mois - 1 an de l'enfant.

L'oralité alimentaire primaire désigne les processus nécessaires à l'alimentation du fœtus (réflexe de succion, de déglutition, la coordination entre succion/déglutition/respiration).

L'oralité verbale primaire désigne les vocalisations réflexes ou quasi-réflexes : cris, vocalises, soupirs, bâillements, gémissements...

○ **Secondaire**

L'oralité dite secondaire débute aux 6 mois de l'enfant environ, et coexiste avec l'oralité primaire pendant quelques mois pour assurer la transition. Il s'agit d'une phase volontaire, qui témoigne de la corticalisation des structures.

L'oralité alimentaire secondaire comprend une « double stratégie alimentaire », c'est-à-dire la coexistence de deux modes alimentaires : d'une part la succion (la tétée au sein, la tétée au biberon), et d'autre part la prise alimentaire à la cuillère.

L'oralité verbale secondaire désigne la mise en place des mécanismes (respiratoires et phonatoires) qui vont permettre au nourrisson de produire des sons de plus en plus ressemblant à sa langue maternelle, et de plus en plus compréhensibles (babillage).

La **mastication** et les **premiers mots** se mettent en place conjointement, lorsque les structures anatomiques (apparition des dents) mais aussi la maturation corticale se développent.

→ **Enjeux de l'oralité**

Au-delà de l'enjeu vital, la fonction alimentaire est indispensable sur le plan social, psychologique, culturel, relationnel et identitaire. C'est principalement à travers la relation orale que l'enfant expérimente le monde et perçoit son environnement.

D'autre part, la construction du goût chez l'enfant est progressive, et se met en place dès la 10^{ème} semaine de gestation et est fonctionnel dès 20 semaines de grossesse. On sait que le fœtus préfère le goût sucré (il ingère + de liquide amniotique quand celui-ci est sucré). A partir de la 32^{ème} semaine de grossesse, le fœtus sait détecter les arômes alimentaires et se familiarise avec les aliments ingérés par sa mère. Ces arômes susciteront à la naissance des réactions positives d'attirance et d'acceptation. Les capacités d'apprentissage précoces du fœtus facilitent donc ses expériences postnatales.

Si c'est souvent la flaveur qui est citée comme principal facteur du goût de l'enfant (« j'aime/j'aime pas »), il faut savoir que la texture, la température et l'apparence sont également très importantes.

L'alimentation

→ Les trois types d'allaitement

On distingue trois types d'allaitement à la naissance de l'enfant :

- Allaitement au sein
- Allaitement au biberon
- Allaitement mixte : allaitement au sein et au biberon alternés

Pas de preuve qu'il existe un lien entre le type d'allaitement et des troubles de l'alimentation. Cependant, il est vrai que la succion au sein est plus difficile que la succion au biberon, et demande plus d'effort au bébé : la succion au sein oblige le bébé à comprimer le mamelon, tandis que le biberon laisse le liquide couler dans la bouche du bébé. L'alimentation au sein musclerait donc davantage la sphère orale. Cependant, un enfant qui n'a bu qu'au biberon ne part pas avec un « handicap », car c'est souvent l'association de plusieurs facteurs qui engendre des problèmes.

→ La diversification alimentaire

Recommandations actuelles

Dans notre société, la diversification alimentaire correspond à **l'introduction d'aliments solides autres que le lait** (maternel ou maternisé). Il ne faut pas confondre la diversification alimentaire et le sevrage (qui est l'arrêt de l'allaitement maternel).

Aujourd'hui, l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) conseille la diversification alimentaire autour des 6 mois de l'enfant, et surtout jamais avant 4 mois. Plusieurs raisons sont avancées :

- les propriétés nutritionnelles du lait deviennent insuffisantes
- les capacités digestives de l'enfant deviennent adaptées pour digérer autre chose que du lait
- le risque d'allergies alimentaires ou d'intolérances alimentaires devient moins important

On peut distinguer 4 grandes étapes dans la diversification alimentaires de l'enfant :

- La **phase d'initiation** (début 5^{ème} mois - autour des 6 mois de l'enfant) : c'est le premier contact de l'enfant avec des aliments autres que le lait → découverte de nouvelles odeurs, textures, couleurs, températures.

Il est d'usage de commencer par les fruits et légumes, de préférence un aliment familier à l'enfant, et de n'introduire qu'un aliment à la fois, pendant quelques jours. Les aliments sont présentés cuits ou crus, mais mixés, et sans apport de sel ni de sucre supplémentaire.

Il est quand même préférable de commencer par les légumes, car l'appétence au sucré arrive très vite, et il est difficile de lui faire goûter du salé après qu'il ait eu l'expérience du sucré.

A cette période, c'est encore le lait qui apporte l'essentiel des nutriments.

- La **phase de familiarisation** (autour des 7 mois de l'enfant) : c'est le moment où l'enfant prend au moins un repas entier diversifié. Autour de 8 mois, l'idéal est de présenter 2 repas diversifiés à l'enfant sur ses 5 à 6 repas de la journée.

L'ajout de sel et de sucre est toujours déconseillé, mais on peut agrémenter le repas d'herbes aromatiques et d'épices douces.

- Vers la **variété des aliments** (de 8 à 12 mois) : c'est la période de l'introduction successive de la viande et du poisson (qui peuvent tout de même être proposés plus tôt), des œufs, des féculents. Autour de 9-10 mois, l'enfant aime mâchonner des aliments plus solides : on peut lui donner du pain avec la croûte, par exemple.
- **Alimentation de plus en plus proche de celle de l'adulte** (après 12 mois) : l'enfant peut goûter à tous les aliments, qui constituent de plus en plus son alimentation principale. Si l'enfant n'est plus allaité, 500 mL de lait (dont yaourts, fromage...) suffisent pour ses besoins nutritionnels.

Aujourd'hui, on parle de **fenêtre d'introduction** dès les 4 mois révolus de l'enfant (début du 5^{ème} mois) jusqu'à environ 12 mois, période pendant laquelle on introduit petit à petit tous les groupes d'aliment.

REMARQUE : La **diversification menée par l'enfant** (DME) ou diversification autonome : il s'agit de respecter l'autonomie de l'enfant pour sa diversification en suivant plusieurs principes :

- proposer des aliments solides (pas de purées ni de soupes) sous formes de bâtonnets ou gros morceaux, cuits ou crus.
- l'enfant mange en toute autonomie (bien souvent avec ses mains)
- l'enfant choisit dans son assiette ce qu'il va manger.

Attention, il s'agit simplement d'une présentation différente des aliments à l'enfant, mais l'ordre d'introduction des aliments doit rester le même, ainsi que l'absence de sucre ou de sel supplémentaire.

Enjeux

La diversification alimentaire correspond à :

- une **phase d'adaptation physiologique** : elle suit l'évolution naturelle de l'enfant → apparition des dents, statut assis, motricité bucco-faciale se développant, préhension manuelle...
- **l'évolution des besoins nutritifs de l'enfant** : il a besoin de plus en plus de nutriments pour répondre aux besoins de croissance et d'activité
- une **étape primordiale dans la socialisation de l'enfant** : socialisation, échanges, détachement de la maman pour acquérir une certaine autonomie

Repères d'introduction des aliments chez l'enfant de la naissance à 3 ans

Tiré de « La santé vient en mangeant », guide de nutrition des enfants de 0 à 3 ans, INPES.

	1 ^{er} MOIS	2 ^e MOIS	3 ^e MOIS	4 ^e MOIS	5 ^e MOIS	6 ^e MOIS	7 ^e MOIS	8 ^e MOIS	9 ^e MOIS	10 ^e MOIS	11 ^e MOIS	12 ^e MOIS	2 ^e ANNÉE	3 ^e ANNÉE		
Lait	Lait maternel exclusif ou						Lait maternel exclusif ou									
	Lait 1 ^{er} âge exclusif				Lait 1 ^{er} ou 2 ^e âge		Lait 2 ^e âge ≥ 500ml/J				Lait 2 ^e âge ou de croissance					
Produits laitiers					Yahourt		ou fromage -> Fromage blanc nature									
Fruits					Tous : très murs		ou cuits, mixés, texture homogène lisse -> crus, écrasés				en morceaux, à croquer					
Légumes					Tous : purée, lisse		-----> petits morceaux									
Pomme de terre					Purée,		lisse -----> petits morceaux									
Légumes secs													15-18 mois : en purée			
Farines infantiles (céréales)					Sans gluten				Avec gluten							
Pain, produits céréaliers							Pain, pâtes, semoule, riz									
Viandes; poissons					Tous		10g/j (2cc)		Hachés : 20g/j (4cc)		30g/j (6cc)					
Oeuf							1/4 (dur)		1/3 (dur)		1/2					
M.G. ajoutées							Huile (olive, colza...) ou beurre (1cc d'huile ou noisette de beurre au repas)									
Boissons	Eau pure : proposer en cas de fièvre ou de forte chaleur						Eau pure									
Sel													Peu pendant la cuisson, ne pas resaler à table			
Produits sucrés							Sans urgence, à limiter									

Les troubles de l'oralité alimentaire

→ Définition

Plusieurs définitions des troubles de l'oralité existent dans la littérature, mais celle de Catherine THIBAUT fait office de référence. Elle emploie le terme de « **dysoralité** », qui « recouvre l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale ». Elle explique qu'il peut s'agir de « troubles par absence de comportement spontané d'alimentation, ou par refus d'alimentation ». Surtout, Catherine THIBAUT précise qu'il s'agit de « troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant. »

→ Etiologies

Les troubles de l'oralité alimentaire ont des origines multiples, et se retrouvent dans de nombreuses pathologies. Mais nous allons voir que pas seulement.

○ **Des causes organiques**

⇒ Soit secondaires à une pathologie digestive :

- allergies alimentaires (PLV) → douleurs abdominales
- intolérances alimentaires (gluten)
- RGO (souvent évoqué à propos des troubles du comportement alimentaire)
- coliques du nourrisson
- trouble de la motricité œsophagienne...

Remarque : allergie alimentaire (réaction excessive du système immunitaire de l'enfant à certains aliments) ≠ intolérance alimentaire (dysfonctionnement de l'organisme, incapable de digérer certains aliments).

⇒ Soit secondaires à une pathologie extra-digestive :

- maladies syndromiques (microdélétion 22q11, syndrome de Prader-Willi...)
- une altération de l'équilibre faim/satiété → souvent dans les grands syndromes inflammatoires & infectieux
- des causes cardio-respiratoires (cardiopathies, pathologies pulmonaires...) → peuvent altérer le cycle succion/déglutition/respiration pendant l'alimentation
- des intolérances alimentaires d'origine métaboliques (ex : intolérance au fructose)
- dysfonctionnement néonatal du tronc cérébral = dyskinésie oro-œsophagienne du nourrisson (maladie congénitale)

⇒ Soit des malformations congénitales :

- pathologies congénitales de la succion/déglutition (kystes langue, anomalies voies aériennes supérieures...)
- malformations du larynx, des choanes (interface entre fosses nasales et pharynx)
- fentes (vélo-palatine, labio-palatine...)

⇒ Soit des anomalies acquises de la déglutition :

- brûlures caustiques oro-pharyngées
- infection aigue des voies aériennes supérieures

○ **Des causes neurologiques**

⇒ Soit des encéphalopathies congénitales : dues à :

- des causes infectieuses donnant embryopathies microbiennes (rubéole), foetopathies microbiennes (listériose), virales (herpes, SIDA), parasitaires (toxo) ou exogènes (intox médicamenteuse)
- des causes génétiques (T21)
- des causes néo ou périnatales (anoxies cérébrales)
- des pathologies neuromusculaires congénitales (myopathies...)

⇒ Soit des encéphalopathies acquises : tumeurs, accidents, méningites...

○ **Des causes psychogènes : les anorexies psychogènes du jeune enfant**

⇒ Soit l'anorexie commune d'opposition du 2^{ème} semestre de vie : pathologie bénigne, vers les 6 mois de l'enfant, souvent suite à évènement ayant perturbé son rythme (sevrage, diversification alimentaire...). Nourrisson se place en position de refus, cris, pleurs... Evolution favorable dans la majorité des cas. Parfois, terrain pathologique au départ (RGO, épisode infectieux...).

⇒ Soit forme sévère d'anorexie mentale infantile : rarissimes, survient entre 1 et 2 ans, deux formes (phobique (caprices alimentaires, terreur, refus massif) et dépressive (passivité de l'enfant face à la nourriture, enfant se laisse remplir)), s'accompagnant de

symptômes comportementaux (troubles du sommeil, perte du contact, inhibition motrice...).

⇒ Soit psychoses infantiles débutantes (TED, autisme) : troubles du comportement alimentaire ne sont qu'un symptôme parmi beaucoup d'autres, rarissimes.

- **Des causes post-traumatiques**

Après nutrition artificielle :

Soit entérale : nutrition administrée directement dans l'estomac

Soit parentérale : nutrition administrée par perfusion

Fréquemment retrouvés chez nourrissons hospitalisés dès la naissance, à cause d'une naissance prématurée, d'un besoin de réanimation, d'anomalies du tube digestif, et certaines pathologies génétiques ou neurologiques nécessitant une nutrition artificielle. Les troubles de l'oralité alimentaire qui découlent parfois sont ici une réaction physique et psychologique au traumatisme subi.

- **Des causes sensorielles**

Des études ont montré que certains enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire ne présentaient pas d'antécédents spécifiques tels qu'on vient de les détailler, donc les troubles ne résultaient pas de facteurs neurologiques, organiques (anatomiques), ni psychogènes. On s'est alors posé la question de l'existence d'autres facteurs étiologiques, d'autres origines, entre autre la dimension sensorielle.

Catherine SENEZ décrit le Syndrome de Dysoralité Sensorielle. Il s'agit d'une « hyper réactivité génétique des organes du goût et de l'odorat ». Selon elle, le SDS toucherait 25% des enfants à développement normal. Longtemps considéré comme ayant une étiologie psychogène, le SDS est aujourd'hui un syndrome à part entière, sujet à de nombreuses recherches.

→ Manifestations, symptômes

Les troubles de l'oralité alimentaire peuvent se manifester de multiples façons, quelle que soit l'étiologie.

Des anomalies de la sphère orale

- Langue : mouvements réduits, langue qui sort, difficultés à mobiliser la pointe de la langue
- Lèvres hypotoniques (= molles)
- Difficultés de mastication des solides, difficultés à finir les aliments sur la cuillère

Des anomalies de la déglutition

Déglutition = ensemble des mécanismes permettant le transport des aliments de la cavité buccale vers l'estomac. Se déroule en 3 étapes distinctes.

Anomalies peuvent exister pour les 3 étapes de la déglutition.

- Temps de préparation orale et temps buccal = manipulation des aliments dans la bouche et propulsion du bol alimentaire à l'arrière de la bouche → peut être

altéré à cause des troubles de la mobilité de la langue, des lèvres, de la mastication, des aliments qui s'écoulent, un bavage...

- Temps pharyngien = franchissement du carrefour aéro-digestif et progression du bol alimentaire dans le pharynx → on peut observer une hyperextension du cou, fausses-routes, reflux de nourriture par le nez...
- Temps œsophagien = phase automatique du passage du bol alimentaire dans l'œsophage jusqu'à son entrée dans l'estomac → on peut observer des vomissements, des régurgitations, un RGO, une toux après la déglutition...

Des anomalies de la sensibilité

- Hypersensibilité :

→ refus de goûter les aliments (rejet de l'odeur, de la température)
→ rejet des textures appropriées à l'âge (notamment morceaux)
→ tri des aliments (enfant mange en piochant)
→ comportement de rejet ou réponse exagérée lorsqu'on touche l'enfant autour de la région exo-buccale (joues, menton, lèvres) et endo-buccale (gencives, langue, palais, intérieur des joues...)
→ refus brossage des dents
→ très peu d'exploration des jeux avec la bouche et les mains

- Hypersensibilité tactile :

Il s'agit d'une sensibilité exacerbée au niveau des mains, des pieds... 6 stades allant d'aucune appréhension tactile (stade 0) à une aversion pour le contact corporel, un refus de toucher les matières franches et les textures particulières, provoquant même des nausées (stade 5)

- Stade 5 : aversion pour le contact corporel, refus de toucher tout type de matières franches (bois, plastique, tissus...) mais aussi de textures particulières (plumes, coton, pâte à modeler, pâtes et riz cuit...), provoquant parfois jusqu'à une nausée.
- Stade 4 : le contact corporel ainsi que le toucher des matières franches ne pose pas de problème. Néanmoins, aversion pour les matières sèches (semoule, sable sec...), mais aussi les textures molles (pâte à modeler, pâtes et riz cuit...), ainsi que les textures aériennes (plumes, coton...).
- Stade 3 : La difficulté à ce stade est celle de toucher des matières molles (pâte à modeler), gélatineuses (pâtes et riz cuit), et aériennes.
- Stade 2 : aversion pour les textures collantes aux doigts et les textures aériennes.
- Stade 1 : aucune matière ne pose problème, exceptées les textures collantes (peinture, compote, purée, yaourts...)
- Stade 0 : l'enfant n'a pas d'appréhension tactile.

○ Hypersensibilité orale :

Il s'agit d'une sensibilité exacerbée au niveau de la bouche, autour ou à l'intérieur de celle-ci. 6 stades allant de la possibilité de solliciter les zones endo et péri-buccales de l'enfant (stade 0) à un refus total de tout accès au visage (stade 5).

- Au stade 5, l'enfant ne laisse aucun accès au visage, plus il y a de tentatives, plus il met en place des défenses.
- Au stade 4, il est possible de toucher le menton et les joues mais les autres zones sont défendues.
- Au stade 3, l'enfant nous laisse toucher les zones exo-buccales (joues, menton, lèvres) mais les zones endo-buccales sont encore défendues.
- Au stade 2, le toucher des zones exo-buccales est possible. De petits massages sur les gencives et les joues en restant en antérieur sont réalisables.
- Au stade 1, les massages sont appréciés sur les gencives, les joues, partie antérieure du palais et la pointe de la langue.
- Au stade 0, il est possible de solliciter toutes les zones endo et exo-buccales ainsi que les parties postérieures des gencives, de la langue et du palais.

○ Hyposensibilité :

A l'inverse de ce qu'on vient de voir, il n'existe pas de conscience des aliments dans la bouche, l'enfant effectue un bourrage de nourriture dans la bouche (sans avaler), la déglutition des aliments se fait « tous ronds », pas de réflexe de succion, ni de mastication au contact des aliments dans la bouche

Un réflexe hypernauséux

Réflexe nauséux = processus qui permet d'inverser le mécanisme de la déglutition lorsque le système gustatif ou olfactif détecte une substance nocive, afin de ne pas l'avalier. Le nauséux est l'amorce du vomissement.

Cependant, le réflexe nauséux survient parfois chez certains enfants, alors qu'aucune substance « nocive » n'a été ingérée, provoquant des haut-le-cœur, voire des vomissements. On l'appelle alors **l'hypernauséux**.

Catherine SENEZ (orthophoniste) a distingué 5 stades de l'hypernauséux.

Pour elle, les enfants ayant un hypernauséux prononcé souffrent en grande partie de troubles de l'oralité alimentaire : ils rejettent tous les aliments dont la texture, la température, la consistance, le goût... se distinguent de ce qu'ils connaissent (l'aliment le plus difficile est la viande, qu'ils mâchent +++ et stockent entre les gencives et la joue).

Des anomalies comportementales

○ Désintérêt :

pas de manifestation de faim
pas d'appétit
pas d'intérêt pour la nourriture
mise en bouche n'initie ni succion ni déglutition...

○ Opposition active :

refus du contact, détourne la tête, colère, se contorsionne, cris, protège son visage avec son bras, frissons, grimaces, pleurs
refuse toute introduction dans la bouche par occlusion des mâchoires, contraction des lèvres, pousse la nourriture hors de la bouche, si la bouche est ouverte il recule la langue ou la met en dôme...
effort de vomissement, manœuvres d'expulsion, toux importante de façon immédiate (odeur ou contact de la nourriture) ou différée (distance du repas).

○ Opposition passive :

refus catégorique d'ouvrir la bouche sans manifestation physique d'opposition
regard fuyant
refuge dans le sommeil
temps de repas anormalement long, peu de quantités de nourriture ingérée...

Des comportements parentaux parfois inadaptés

Que l'on appelle des pratiques alimentaires compensatoires : les parents adaptent la prise alimentaire de l'enfant afin de lui assurer une prise alimentaire suffisante (augmentent durée du repas, augmentent fréquence des biberons...). Le repas devient une mise en scène qui s'installe à chaque fois (câlins, cris, négociations...) et qui fragilise l'équilibre familial.

→ **Quand s'inquiéter ?**

- Quand l'**exploration orale de l'enfant est peu importante voire inexistante** de sa naissance à ses 2 ans : il ne met pas d'objets à la bouche, il ne porte pas ses mains à la bouche...
- Lorsque l'**introduction des premiers aliments** (diversification alimentaire), souvent sous forme de purées, est **difficile** et persiste au-delà de 8 mois
- Quand l'enfant accepte **seulement des purées et textures lisses** au-delà de 16 mois
- Lorsque de **fréquents haut-le-cœur sont présents, voire des vomissements**, et que l'enfant refuse de s'alimenter par la suite
- Quand l'enfant semble présenter un réflexe **nauséux très important, et assez avancé** sur la langue
- Quand à 18 mois, le **répertoire alimentaire de l'enfant est inférieur à 20 aliments** différents, et ne couvre pas les 4 groupes alimentaires (fruits et légumes / féculents et céréales / produits laitiers / viandes et poissons)
- Lorsque **l'enfant ne prend aucun plaisir à s'alimenter**, qu'il pleure, crie, évite les aliments, détourne la tête, fait des caprices

- Quand le **temps du repas est anormalement long** (plus d'une heure), que l'enfant **stocke la nourriture** dans ses sillons gingivo-jugaux.
- Quand l'enfant présente **des aversions** à certains aliments (sélectivité), certaines textures, certaines couleurs, certaines odeurs, certaines températures
- Lorsque **l'enfant ne couvre pas ses besoins nutritionnels et perd du poids**

→ Diagnostic différentiel (néophobie, anorexie commune d'opposition du deuxième semestre de vie, phobie alimentaire)

L'anorexie commune d'opposition du 2^{ème} semestre de vie : pathologie bénigne, vers les 6 mois de l'enfant, souvent suite à événement ayant perturbé son rythme (sevrage, diversification alimentaire...). Nourrisson se place en position de refus, cris, pleurs... Evolution favorable dans la majorité des cas. Parfois, terrain pathologique au départ (RGO, épisode infectieux...).

La néophobie alimentaire : Entre l'âge de 2 et 5 ans, tous les enfants passent par une phase de rejet des aliments nouveaux proposés par leurs parents. D'après Nathalie Rigal, psychologue (2010,) il s'agit d'une période nommée « néophobie alimentaire ». Certains signes peuvent ressembler à ceux des troubles de l'oralité alimentaire. Cependant, la néophobie alimentaire a pour caractéristique principale de s'atténuer dans le temps, et de n'être que passagère. De plus, il a été démontré scientifiquement qu'une exposition régulière aux aliments qui suscitent leur rejet peut amoindrir cette peur du nouvel aliment (ce qui n'est pas le cas dans les troubles de l'oralité alimentaire). La néophobie alimentaire peut se transformer en phobie alimentaire quand l'enfant grandit : à ce moment là, on entre dans une dimension psychologique, et un suivi adapté est nécessaire et urgent.

Evaluation et prise en charge

La prise en charge de ce type de troubles est souvent pluridisciplinaire (pédiatre, orthophoniste, psychologue, psychomotricien...).

→ Bilan orthophonique

Le bilan orthophonique a une double fonction :

- D'une part **recueillir la plainte des parents** (et donc celle de l'enfant). Le bilan est un temps de parole pendant lequel les parents racontent, décrivent le trouble, et expriment leur ressenti. L'orthophoniste va également poser des questions autour de la grossesse, de l'accouchement, des antécédents, des éventuelles hospitalisations, des troubles alimentaires dans la famille, du mode d'alimentation (cuillère, biberon, devant la télé...) et du type d'alimentation (liquide, solide, boissons...).
- D'autre part, le bilan a pour but d'**évaluer le trouble de l'enfant**, d'abord en questionnant les parents, puis en entrant en contact avec le nourrisson, ou l'enfant. Parfois, l'orthophoniste peut proposer aux parents de recréer une situation de repas, afin d'observer le comportement de l'enfant et des parents.

Pendant cette partie du bilan, l'orthophoniste examinera :

- La sphère oro-faciale : les organes, les fonctions (déglu, succion, ventilation, articulation, position de repos)
- Les sensibilités et les comportements : le réflexe nauséux, les sensibilités orales et tactiles (textures, odeurs...), les gnosies (savoir reconnaître, percevoir à l'aide des sens), les habitudes nocives (tétine, pouce → succion non-nutritive ; biberon → succion nutritive) [⇒ tout comportement de succion quand l'enfant a dépassé ce stade physiologique peut être « nocif » pour l'alimentation], le comportement (pendant l'entretien, pendant l'évaluation...)
- La parole et le langage : dvp oralité alimentaire et oralité verbale sont liés dans leur développement. + cf notes

Le bilan orthophonique est un partenariat qui se construit avec la famille. Il s'agit de déterminer les acquis de l'enfant et les axes de rééducations, en incluant les parents dans cette prise en charge.

A nuancer :

→ Sphère oro-faciale = très sensible chez les enfants en général, d'autant plus chez ces enfants qui viennent en consultation pour des troubles du comportement alimentaire. Il faut pratiquer les examens les + ciblés possibles, afin d'éviter tout sentiment d'intrusion de notre part à l'enfant.

→ Un certain nombre des enfants consultant pour troubles du comportement alimentaire sont très jeunes, et ne parlent pas encore ⇒ privilégier longue anamnèse avec les parents en ajustant au mieux les questions + observer l'enfant en situation, afin de nous construire notre propre opinion à propos du temps des repas.

→ Prise en charge orthophonique

La prise en charge orthophonique a elle aussi une double fonction :

- La première est une **guidance parentale** : l'orthophoniste aide à réinstaller une dynamique familiale affaiblie, et encourage les parents à réinvestir un rôle qu'ils délaissent par culpabilité. De plus, l'orthophoniste peut conseiller des aménagements à mettre en place à la maison (adaptation de la posture, des ustensiles utilisés pour manger, des textures proposées...). Enfin, elle va inciter les parents à rendre l'enfant acteur du repas, en le faisant participer à son élaboration, en le faisant toucher, sentir, les aliments.
- Le second objectif de la prise en charge est :
 - un **réinvestissement de la sphère orale** : stimulation des réflexe oro-faciaux (réflexe de foussement, réflexe de succion...), stimulation péribuccales, stimulations intra-buccales, praxies labio-linguo-jugales
 - des **expériences sensorielles** (travail autour des 5 sens) : aider enfant à réinvestir sa bouche et prendre conscience de toutes ses possibilités perceptivo-motrices,
 - une **verbalisation** des échanges autour de la nourriture, des aliments + intégrer les parents + jouer au faire semblant

- une **désensibilisation de l'hypernauséux** (s'il est présent) : pratiquer des stimulations répétées, progressives (massages intra-buccaux appuyés et très rapides), 7 à 8 fois par jour pendant 7 mois (méthode Catherine Senez)

Pour aller plus loin

Livres

Le bébé gastronome, de Sandrine Monnery-Patris (éditions Philippe Duval)

Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition, Catherine Senez, (éditions SOLAL, 2002)

Associations

Groupe Miam-Miam

Gourmandys

Sites internet

www.diversificationalimentaire.com → DME

www.groupe-miam-miam.fr → troubles de l'oralité alimentaire (association)

www.oralite.net → troubles de l'oralité alimentaire

www.mangerbouger.fr → nutrition

<http://gourmandys.e-monsite.com/> → troubles de l'oralité alimentaire (association)

« Le guide nutrition de la naissance à trois ans : La santé vient en mangeant » - Brochure éditée par l'INPES (disponible sur leur site internet en téléchargement légal).

2. Le diaporama

Un support écrit sous forme de diaporama a été créé pour les besoins de cette intervention. Ce diaporama contient le plan détaillé, mais aussi les mots clefs et quelques définitions importantes.

Il s'agit surtout de proposer une trame visuelle au public, afin qu'il puisse s'y appuyer tout au long de notre discours.

Le diaporama a été réalisé avec le logiciel POWERPOINT, et comporte 47 diapositives. Il est disponible en Annexe XII du mémoire.

IV. L'intervention de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire

1. L'intervention à Voiron (38)

Elle a eu lieu le Jeudi 24 avril 2014 à 19 heures au Foyer Léo Lagrange, salle municipale mise à disposition gracieusement par la mairie.

Nous avons à notre disposition tout le matériel informatique nécessaire pour projeter notre diaporama.

L'assemblée était composée de dix-huit personnes (seulement des femmes), parmi lesquelles : des éducatrices de jeunes-enfants, des auxiliaires de puériculture, des assistantes maternelles, des mamans.

Madame Sabine LIOT, infirmière-puéricultrice et directrice de la crèche du Colombier, était également présente à nos côtés.

Notre intervention a duré un peu plus d'une heure, puis nous avons laissé place aux questions, qui ont été les suivantes :

- Peut-on dire que d'une certaine manière, tous ces troubles sont de la faute des parents ?
- Ma fille a 6 ans, elle ne boit presque que des biberons, et peut parfois passer trois ou quatre jours sans manger. Elle évite les repas, se lève de table, n'est pas intéressée par la nourriture. La pédiatre ne s'inquiète pas car elle est dans la courbe de poids et de taille pour son âge, mais moi je pense que ce n'est pas vraiment normal. Qu'est-ce que je dois faire ?
- A-t-on un recul sur ces enfants devenus adultes, d'une part ceux qui ont été rééduqués et d'autre part ceux qui n'ont pas eu de rééducation ?
- Est-ce que ces enfants peuvent développer une anorexie ?
- Est-ce que des enfants qui ont eu des dents tard sont plus sujets à ces troubles, sachant qu'ils mangent des textures liquides plus longtemps que les autres enfants ?
- La rééducation semble contraignante, est-ce que ça marche vraiment ?

Nous avons tenté de répondre au mieux aux questions des professionnels et des parents, de la manière la plus simple et la plus humble possible.

En conclusion, les personnes présentes à cette intervention ont semblé intéressées, et ont rapporté avoir appris beaucoup de choses. De nombreuses professionnelles de la petite enfance ont reconnu des enfants dans les troubles évoqués, et notre intervention a semblé faire écho à leur quotidien.

2. L'intervention à Nice (06)

L'intervention à Nice a eu lieu le Mercredi 30 avril à 16 heures, au sein de la crèche de la Lézardière.

Six personnes étaient présentes, dont le Docteur Virginie COINTAT, la directrice de la crèche, une auxiliaire de puériculture de la structure et trois mamans.

Un incident technique nous a obligé à nous passer du diaporama Powerpoint, ce qui a quelque peu altéré notre intervention, mais aussi l'attention de l'auditoire. En effet, le support visuel est un réel appui pour ce type de présentation.

L'intervention a duré une heure, et quelques questions ont été posées, notamment à propos de conseils à mettre en place lorsque la situation d'un enfant en difficultés alimentaires se pose.

Là encore, notre propos a semblé faire écho au quotidien des mamans et du personnel de la crèche, qui semblent confrontés assez souvent à ce type de problématique, ne sachant vers qui diriger les parents.

DISCUSSION

Notre intérêt pour le domaine de l'oralité remonte au début de la troisième année d'études, lorsque Clémence FEL nous a dispensé les premiers cours à ce sujet. Ayant soutenu un mémoire sur ce thème en Juin 2008 (« Les stimulations oro-faciales chez l'enfant prématuré : prévention et intervention précoce des troubles de l'oralité dans la région PACA : création de brochures et site Internet à visée informative »), elle a su nous transmettre avec passion ses connaissances dans ce domaine, mais également éveiller notre curiosité.

Nous avons le souhait de soutenir un mémoire ayant pour thème les troubles de l'oralité, mais également l'envie de nous intéresser au point de vue des parents et de l'entourage de l'enfant.

Alors que plusieurs mémoires ont été soutenus autour de la prise en charge des troubles de l'oralité, il nous semblait intéressant de nous axer autour du vécu des parents, notamment pendant la période de la diversification alimentaire, et de la connaissance qu'eux et les professionnels de la petite enfance ont des troubles de l'oralité alimentaire.

Forts de ces objectifs, nous nous sommes livrés à ce travail.

I. Problématique

Nous avons décidé d'organiser notre travail à travers trois problématiques principales :

- **Peut-on connaître la part d'enfants au développement « normal » présentant des troubles de l'oralité alimentaire ?**
- **Quel est le ressenti des parents lorsque la diversification alimentaire et les mois qui suivent sont difficiles ?**
- **Que peut-on proposer pour pallier la méconnaissance des parents et des professionnels de santé à propos des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant tout-venant ?**

Nous voulions partir d'un constat, et réfléchir à ce que nous pourrions proposer en réponse à ce constat, quels que fussent les résultats.

La difficulté a été d'établir une problématique pour un travail qui nécessiterait plusieurs étapes : une enquête, des résultats, une réponse.

II. Le questionnaire

Dans un premier temps, nous avons choisi de proposer un questionnaire afin de réaliser une enquête autour de la diversification alimentaire et de l'alimentation des enfants.

Nous avons été confrontés à plusieurs obstacles.

Le premier a été de mettre en place le questionnaire. Il fallait définir précisément les éléments que nous voulions observer, afin de proposer les questions les plus pertinentes possibles. La formulation des questions nous a parfois fait défaut, puisque certaines d'entre elles n'ont pas pu être exploitées.

La seconde difficulté a été de choisir la forme de présentation des questions, et le mode de présentation. A l'origine, le questionnaire a été établi pour être distribué en format papier, donc rempli manuellement par les parents. Ce mode de présentation nécessitait de distribuer nous-même les questionnaires, ou de trouver un médiateur pouvant le faire à notre place. Néanmoins, il aurait fallu récupérer les questionnaires en se déplaçant à chaque endroit où nous les avions dispensés. Ce mode de présentation nous a semblé compliqué si nous voulions obtenir de très nombreuses réponses.

C'est pourquoi nous avons choisi le mode de présentation informatique, par le biais d'un questionnaire en ligne dont nous recevions le formulaire de réponse instantanément sur une plateforme pour laquelle nous avions le mot de passe. Les réponses étaient classées par ordre d'arrivée, et sous forme de tableau Excel, ce qui les rendait extrêmement lisibles. Nous nous sommes cependant confrontés aux aléas de l'informatique, puisque comme nous l'avons précisé dans l'analyse des questionnaires, une des questions n'a pas été prise en compte par le formulaire et les réponses à cette question n'apparaissent nulle part. Cependant, nous avons apprécié ce mode de présentation, très pratique pour le recueil des réponses.

Le mode de diffusion électronique nous a permis d'obtenir un très grand nombre de réponses à ce questionnaire. Cette quantité de résultats a contribué à établir une étude très précise, mais nous a néanmoins posé quelques difficultés quant à l'analyse. En effet, certaines questions « ouvertes » nécessitaient une lecture attentive et minutieuse des réponses, et nous avons dû analyser un par un les quelques 1700 formulaires recueillis.

Enfin, la plus grosse difficulté à laquelle nous avons été confrontés pour ce questionnaire réside dans l'interprétation des résultats. Nous avons déjà abordé ces difficultés dans la partie de notre travail consacrée à cette interprétation, mais il nous semble nécessaire d'y apporter quelques précisions supplémentaires. Comme nous l'avons expliqué, les manifestations des troubles de l'oralité alimentaire ne sont ni quantifiables, ni exclusives, ni hiérarchisables. Certains enfants vont présenter des comportements caractéristiques, sans pour autant répondre à un tableau de syndrome de dysoralité sensorielle. D'autres à l'inverse vont présenter plusieurs petits troubles discrets au quotidien, mais révélant un véritable trouble de l'oralité alimentaire. Il a donc été difficile d'analyser les réponses aux questionnaires afin d'évaluer la proportion d'enfants semblant présenter des troubles de l'oralité alimentaire.

Comme nous l'avons mentionné, les chiffres obtenus ne peuvent pas être considérés comme valeur scientifique fiable, dans la mesure où nous avons délibérément choisi les modalités de notre analyse. Une analyse avec d'autres critères que la triade conservée aurait peut être donné des résultats différents.

III. L'intervention de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire

Lorsque nous avons obtenus les premiers résultats aux questionnaires, le manque d'information des parents et des professionnels de la petite enfance est apparu comme une réelle nécessité.

Comme nous l'avons déjà évoqué, nombreux sont les parents à avoir exprimé leur désarroi, leurs doutes, leurs questionnements, et surtout leur cruel besoin d'avoir des réponses.

Dans un premier temps, l'idée d'une brochure ou d'une affiche nous est apparue comme répondant à ce constat. Nous voulions fournir aux parents, et aux professionnels, un support informatif autour des troubles de l'oralité alimentaire, visiblement méconnus mais suscitant un réel intérêt de leur part.

Cependant, le support écrit est fréquemment utilisé lors des mémoires de fin d'études d'orthophonie, et nous avons des doutes quant à la diffusion d'une plaquette ou d'une affiche : à quel endroit distribuer la brochure ? Comment pouvions-nous être sûrs qu'elle soit lue, interprétée et utilisée à bon escient ? Quels retentissements pourrions-nous espérer ? Autant de questions qui nous ont amenées à réfléchir sur un autre mode d'information.

Nous en sommes rapidement venus à imaginer une information orale, afin d'aller à la rencontre directe des personnes que nous voulions toucher. Nous avons alors décidé de mettre en place une intervention de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire, à destination des parents et des professionnels, afin de s'assurer d'une information effective, comprise et correctement interprétée. De plus, ce moyen de diffusion permettait aux parents et aux professionnels de poser leurs questions, ce qui n'aurait pas été possible avec un support écrit distribué. Nous avons réellement à cœur d'inscrire notre travail dans un échange interprofessionnel et parents-professionnels.

Les difficultés principales que nous n'avions pas mesurées ont été les démarches administratives, longues et complexes. En effet, il s'est écoulé presque trois mois entre notre premier contact avec les administrations et nos interventions.

Concernant le déroulement de l'intervention de sensibilisation, il a parfois été difficile de faire face à certaines questions de parents et de professionnels. Les troubles de l'oralité alimentaire sont un domaine encore assez nouveau et méconnu, et nous disposons de peu d'études à ce sujet. De plus, les personnes venues assister à notre intervention étaient aussi en attente de conseils précis, presque individuels sur la conduite à tenir lorsqu'ils étaient face à un enfant présentant ces comportements. Or, et nous avons beaucoup insisté sur ce point, les troubles de l'oralité alimentaire sont un ensemble complexe de comportements, et seul un avis médical et/ou orthophonique individuel peut aider sur une conduite à tenir.

Il était important de rappeler que notre intervention était à visée informative et sensibilisatrice, afin que ces troubles soient dans la pensée commune, pour inciter les parents à consulter un professionnel averti.

L'intervention de sensibilisation auprès des parents et des professionnels a semblé très bien accueillie. Afin de lui donner une portée plus importante, il faudrait la mettre en place dans de très nombreuses crèches, peut-être en l'accompagnant d'une brochure que les participants pourraient conserver. De même, il semblerait qu'il faille étayer cette intervention de conseils pratiques, même si nous avons tenté de répondre au mieux aux questionnements de l'assemblée.

Il serait peut-être aussi intéressant d'envisager de sensibiliser les professionnels dès leur formation initiale, qu'il s'agisse de la faculté de médecine (pour les pédiatres), de l'école de puériculture (pour les infirmières-puéricultrices) ou des écoles d'éducateurs de jeunes enfants et des écoles d'auxiliaires de puériculture.

A ce propos, lors de notre entretien avec le Docteur Virginie COINTAT, il a été suggéré d'étendre cette intervention à un public plus large (professionnels de santé dans leur ensemble) et plus important. Pour des raisons logistiques imputées aux deux parties (le Dr COINTAT et nous-mêmes), cette présentation ne pourra avoir lieu avant le rendu officiel de notre travail. Néanmoins, la proposition qui nous a été faite illustre bien l'intérêt et la demande qui existe à propos des troubles de l'oralité alimentaire.

CONCLUSION

La prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire est un domaine nouveau dans les compétences de l'orthophoniste. Grâce à la littérature, nous avons mis en évidence que l'oralité était au centre d'une multitude de concepts. Nous avons repris les fondements anatomiques et physiologiques de l'être humain, nous avons défini l'oralité, son développement et ses enjeux. Puis nous nous sommes intéressés à l'alimentation de l'enfant, et aux étapes successives par lesquelles il passe, afin d'acquérir une alimentation d'adulte. Nous avons ensuite réfléchi autour des troubles de l'oralité alimentaire, de leurs étiologies, leurs retentissements, et les solutions proposées par la prise en charge orthophonique. Enfin, nous avons pris conscience de l'importance de la prévention et du réel rôle que l'orthophoniste avait à jouer en ce sens.

L'expérimentation nous a permis d'aller à la rencontre, virtuelle dans un premier temps, d'un grand panel de parents, qui nous ont ouvert les portes de leur intimité familiale. Nous l'avons vu, l'alimentation est un sujet sensible pour beaucoup d'entre eux, et nous leur avons demandé à travers notre questionnaire de nous retranscrire leurs inquiétudes. Forts de ces informations et de leurs suggestions, nous avons pris la décision de mettre en place un outil de sensibilisation, afin d'aller sensibiliser les parents et les professionnels de la petite enfance sur ces troubles de l'oralité alimentaire, cette fois-ci en les rencontrant sur le terrain.

Cette expérience a été longue à mener, tant au niveau de la création de cet outil que du point de vue des démarches administratives nécessaires pour intervenir dans ce milieu. Ce fut un travail riche et passionnant : il s'agissait d'enquêter, de recueillir, d'analyser, et de proposer la réponse la plus satisfaisante possible à ces parents en pleines interrogations, parfois seuls face à leurs doutes. Le parcours fut semé d'embûches, car les administrations ont un fonctionnement très règlementaire : nous avons rencontré chaque maillon de la chaîne, présenté notre travail, nos objectifs, pour proposer un outil innovant.

Mais l'intérêt qu'a suscité notre intervention a été la plus satisfaisante des récompenses. En effet, nous avons touché du doigt le manque d'information des parents et des professionnels de la petite enfance à ce sujet, mais surtout la volonté qu'ils avaient d'en apprendre davantage. Chaque parent, chaque professionnel que nous avons rencontrés, a su trouver dans notre présentation un écho à son quotidien. La richesse des échanges que nous avons eus prouve l'intérêt d'une communication importante entre les parents et tout l'entourage de l'enfant.

Nous pouvons sans nul doute conclure qu'informer les parents et les professionnels de la petite enfance sur ce sujet leur permettrait d'être plus vigilants et mieux armés devant un enfant rencontrant ces difficultés.

Nous terminerons ce travail par une pensée du philosophe Auguste COMTE :

« Savoir pour prévoir, afin de pouvoir. »

BIBLIOGRAPHIE

ABADIE V., CHAMPAGNAT J., FORTIN G., COULY G., 1999. Succion-déglutition-ventilation et gènes du développement du tronc cérébral, *Archives pédiatriques*, 1999.

ABADIE Véronique, 2001. Trouble du comportement alimentaire du nourrisson : aspects somatiques et psychiques. Compte-rendu de conférence publié dans le *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 2001.

ABADIE Véronique, 2004a. Troubles de l'oralité du jeune enfant. Rééducation orthophonique : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant, Décembre 2004, n°220, p 61

ABADIE Véronique, 2004b. Approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant, *Archives pédiatriques*, 2004.

ABADIE Véronique, Pédiatrie générale : développement du nourrisson, *Intervention à l'Hôpital Necker à Paris*, 2008a.

ABADIE V., 2008. Troubles de l'oralité d'allure isolée : « Isolé ne veut pas dire psy », *Archives pédiatriques*, 2008b.

ARSAN A., DARTOIS A.-M., DU FRAYSSEIX M., VERMEIL G., 2003. Alimentation de l'enfant de la naissance à 3 ans, 4^{ème} édition, 2003.

AUZOU P., Anatomie et physiologie de la déglutition normale, 2007. *Kinésithérapie, la revue*, Avril 2007. Volume 7, n° 64, p. 14-18.

BARBIER Isabelle, Accompagner l'enfant qui ne mange pas et sa famille, in *Entretiens de Bichat*, 2010.

BLEECHX D. et POSTIAUX G., Déglutition – évaluation – rééducation, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier, 2002.

BLOCH-ZUPAN Agnès, 2013-2014. Mise en place de la face et de la cavité buccale. Cours disponible à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg

BURKLOW Kathleen, PHELPS Anne, SCHULTZ Janet, McCONNELL Keith, RUDOLPH Colin, 1998. Classifying Complex Pediatric Feeding Disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, Volume 27, Numéro 2, pp 143-147.

CENTER FOR EXCELLENCE IN DISABILITIES, Behavioral and Sensory Feeding Problems, consulté le 11 juin 2014 sur <http://clinics.cedwvu.org/feeding/behavioral-and-sensory-feeding-problems.php>

Code de la santé publique, Partie réglementaire, Quatrième partie : professions de santé, Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture et

ambulanciers, Titre IV : professions d'orthophoniste et d'orthoptiste, Chapitre Ier : orthophoniste, Section 1 : Actes professionnels, Article R4341-4.

COLOMB V., LAMBE C., 2010. Alimentation entérale sur gastrostomie : indications et méthodes. *Archives pédiatriques*, 2010, p 750-751.

CRUNELLE Dominique, 2010. S'attacher pour mieux se détacher : l'impact des interactions précoces sur l'émergence du langage, in *Rééducation orthophonique* n°244, Décembre 2010.

DAGEVILLE C., CASAGRANDE F., DE SMET S., BOUTTE P., 2011. Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance, in *Archives de pédiatrie*, 2011. Volume 18, pp. 994 – 1000.

ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition), 2008. Complementary Feeding : A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition (C. Agostini, T. Deshi, M. Fewtrell, O. Goulet O et al.), in *Journal Pediatric Gastroenterology Nutrition*, 2008.

FLAJOLET André, 2008. « Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire », rapport officiel remis à Roselyne BACHELOT, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 28 avril 2008.

FREUD S., 1905. *Trois essais sur la théorie sexuelle*, 1905.

FREUD S., 1926. *Inhibition, symptôme et angoisse*, 1926.

GLOBBETER MERINFELD Edith, 2005. « Théorie de l'attachement et approche systémique », in *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseau*, 2005. N°35, p 13-18.

GREMMO-FINGER Gisèle, 2003. « Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit », in *Spirale* n°27, Septembre 2003.

INPES, 2005. « La santé vient en mangeant », *Guide de nutrition de la naissance à trois ans*, 2005.

JEAN-JEAN Carole, non-daté. *Troubles de l'oralité : le point de vue de l'orthophoniste*.

LACAN J., *Les complexes familiaux*, 1938.

LEBLANC Véronique et RUFFIER-BOURDET Marie, 2009. Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel, *Spirale*, 2009, pp 47-54.

LEBOVICI S, MAZET Ph, VISIER J-P, 1989. *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. 1989 .

LECHE LEAGUE FRANCE, *Allaitement et maternage*, 1996. « Les problèmes de succion », *Allaiter aujourd'hui*, n°28, 1996.

MARLIER et al. 2007. La sensibilité olfactive chez le nouveau-né prématuré. Archives pédiatriques, 2007.

MORRIS-EVANS Suzanne, 1999. Expanding children's diets, in *New-Vision*, 1999.

NICKLAUS S., BOGGIO V., ISSANCHOU S., 2004. Les perceptions gustatives chez l'enfant. Archives pédiatriques, 2005.

Office de la Naissance et de l'Enfance, 2009. Enfant et nutrition, guide à l'usage des professionnels, 2009.

PUECH Michèle, 2004. Dysoralité : du refus à l'envie, Rééducation orthophonique : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant, Décembre 2004, n°220, pp 128-14.

RAMSAY Maria, 2001. Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants : une nouvelle perspective, *Devenir*, Vol.13, 2001, pp 11-28.

RELIER JP. Importance de la sensorialité fœtale dans l'établissement d'un échange mère-enfant pendant la grossesse, 1995. Archives de pédiatrie, 1996. Volume 3, Issue 3, p 274-282.

SADLER TW. et LANGMAN J., 2007. Embryologie médicale, 8^{ème} édition.

SENEZ Catherine, 2002. Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalites acquises. Collection le monde du verbe, Editions Solal, 2002.

SENEZ Catherine, 2004. Hyper nauséux et troubles de l'oralité chez l'enfant. Rééducation orthophonique : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant, Décembre 2004, n°220.

SENEZ Catherine, non-daté. Le Syndrome de Dysoralité Sensorielle : une des causes méconnues de dénutrition chez l'enfant. Consulté le 11 janvier 2013 sur http://urpsmla.org/IMG/pdf_C_SENEZ_-_Le_Syndrome_de_dysoralite_sensorielle.pdf

SENEZ Catherine, non-daté. Association Oralité Déglutition. Consulté le 11 janvier 2013 sur <http://mac-gratuit.fr/site/catherine-senez-aod/Accueil.html>

THIBAUT Catherine, 2004. Introduction à la revue Rééducation Orthophonique n°220 : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant, 2004.

THIBAUT Catherine, 2007. Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant.

THOMAS Nelly, 2003-2004. Modalités d'observation et d'évaluation des fonctions psychomotrices aux différents âges de la vie. Psychomotricité première année, Université Pierre et Marie Curie, 2003-2004.

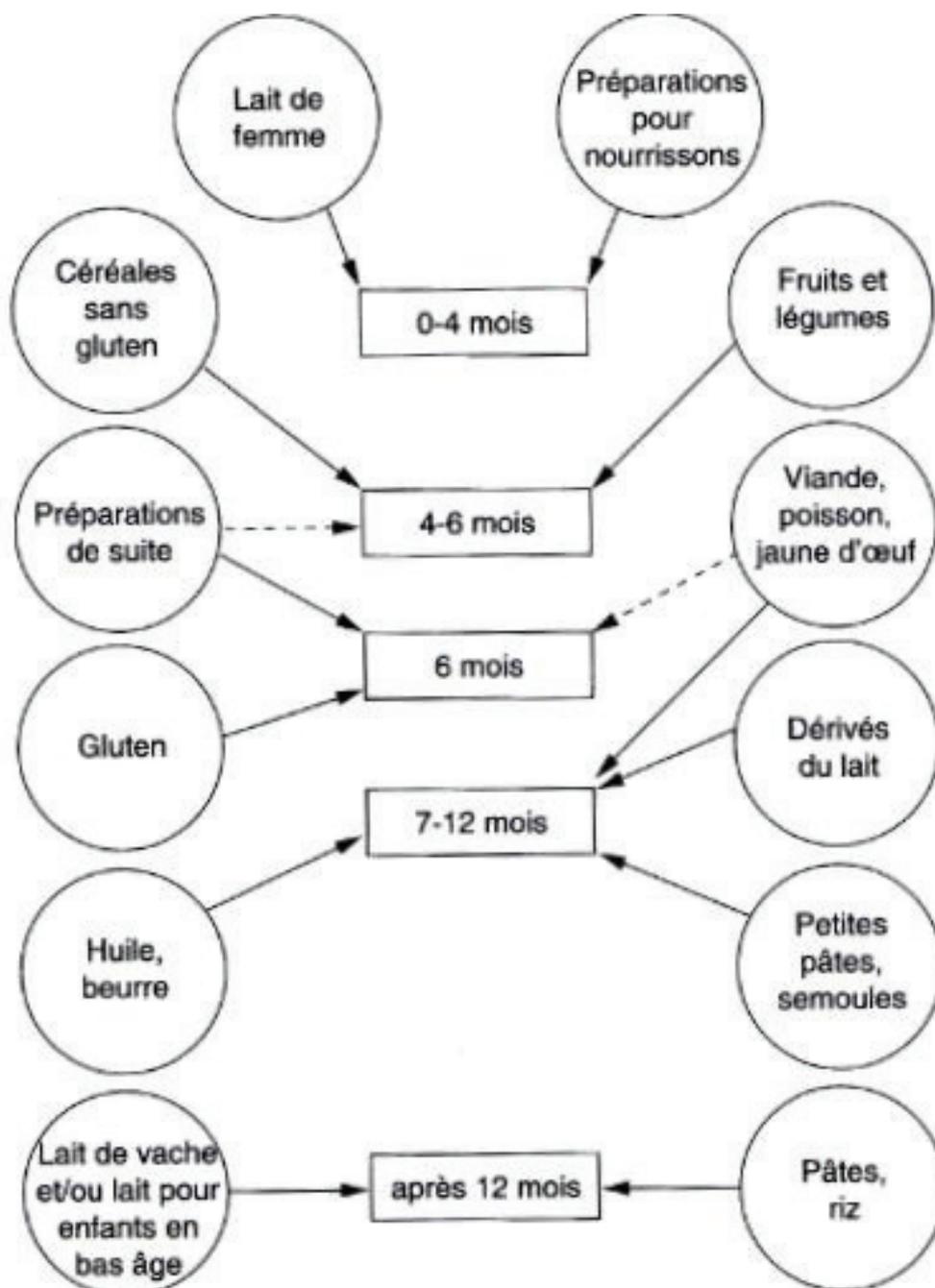
TRAN-THONG, 1992. Stades et concepts de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine. Librairie philosophique, 1992.

TURCK D., 2010. Historique de la diversification alimentaire, Archives pédiatriques, 2010.

ANNEXES

Annexe I : Schéma d'introduction des aliments lors de la diversification alimentaire

Tiré de Alimentation de l'enfant de la naissance à 3 ans , A. Arsan, G. Vermeil, A.-M. Dartois, M. du Fraysseix



Ne pas oublier de proposer de l'eau en plus du lait chaque fois que l'enfant paraît avoir soif.

Annexe II : Repères d'introduction des aliments chez l'enfant de la naissance à 3 ans

Tiré de « La santé vient en mangeant », Guide de nutrition des enfants de 0 à 3 ans, INPES.

	1 ^{er} MOIS	2 ^e MOIS	3 ^e MOIS	4 ^e MOIS	5 ^e MOIS	6 ^e MOIS	7 ^e MOIS	8 ^e MOIS	9 ^e MOIS	10 ^e MOIS	11 ^e MOIS	12 ^e MOIS	2 ^e ANNÉE	3 ^e ANNÉE
Lait	Lait maternel exclusif ou						Lait maternel exclusif ou							
	Lait 1 ^{er} âge exclusif				Lait 1 ^{er} ou 2 ^e âge		Lait 2 ^e âge ≥ 500ml/J					Lait 2 ^e âge ou de croissance		
Produits laitiers					Yahourt		ou fromage -> Fromage blanc nature							
Fruits					Tous : très murs		ou cuits, mixés, texture homogène lisse -> crus, écrasés					en morceaux, à croquer		
Légumes					Tous : purée, lisse		-----> petits morceaux							
Pomme de terre					Purée,		lisse -----> petits morceaux							
Légumes secs												15-18 mois : en purée		
Farines infantiles (céréales)					Sans gluten				Avec gluten					
Pain, produits céréaliers							Pain, pâtes, semoule, riz							
Viandes; poissons					Tous		10g/j (2cc)		Hachés : 20g/j (4cc)			30g/j (6cc)		
Oeuf							1/4 (dur)		1/3 (dur)			1/2		
M.G. ajoutées							Huile (olive, colza...) ou beurre (1cc d'huile ou noisette de beurre au repas)							
Boissons	Eau pure : proposer en cas de fièvre ou de forte chaleur						Eau pure							
Sel												Peu pendant la cuisson, ne pas resaler à table		
Produits sucrés							Sans urgence, à limiter							

Annexe III : Grille de signes pouvant évoquer un Syndrome de Dysoralité Sensorielle (Catherine SENEZ et Irène BENIGNI)

SIGNES DE SYNDROME DE DYSORALITE SENSORIELLE A OBSERVER DANS LA VIE QUOTIDIENNE

NOM et PRENOM:

DATE DE L'OBSERVATION :

Mettre une croix dans la case correspondante

OBSERVATION	Tous les jours	souvent	rarement	jamais	Ne sait pas
Appétit médiocre ou appétit en dents de scie					
Lenteur pour s'alimenter (durée du repas > ou = à 30 minutes)					
Sélectivité sur les températures Ex : - grimaces avec aliments froids - préférence pour le tiède					
Sélectivité sur les goûts Ex : - préférence marquée pour le sucré ou le salé - grimaces aux changements de goût					
Sélectivité sur les textures Ex :- préférence pour l'onctueux ou le craquant - dégoût pour le granuleux et/ou le gélatineux et/ou le filandreux					
Peu ou pas de mastication même si elle est possible					
Refus d'ouvrir la bouche pendant le repas Evitement de la cuillère					
Hauts le cœur pendant le repas					
Vomissement si on insiste pour donner le repas (la cuillère de trop)					
Garde les aliments en bouche longtemps avant d'avaler					
Régurgitations/vomissements					
Refus d'ouvrir la bouche pour le brossage des dents					
Hauts le cœur au brossage des dents					

Chacun de ces signes ne peut être interprété de manière isolée.

L'addition de ces signes et le repérage de leur fréquence peuvent donner des indications cliniques précieuses.

Catherine Senez, orthophoniste et Irène Benigni, diététicienne

Annexe IV : Questionnaire (version papier) à destination des parents

Bonjour,
 Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en Orthophonie, je réalise une étude autour de la diversification alimentaire et des difficultés qui pourraient s'y attacher. Ce questionnaire est intégralement anonyme.
Apolline Deluchey, 3^{ème} année à l'École d'Orthophonie de Nice (apolline.deluchey@gmail.com)

Préambule :

- Date de naissance de l'enfant :
- Terme de la naissance :
- Pathologies éventuelles (RGO, allergies, handicap...) :

Diversification alimentaire :

- Votre enfant a-t-il été allaité : au sein au biberon
- A quel âge avez-vous introduits les morceaux dans l'alimentation de votre enfant ?
- Quel type d'aliments ?
- Votre enfant s'est-il montré :
 - curieux ? Oui Non
 - apeuré ? Oui Non
 - dégoûté ? Oui Non
- Avez-vous rencontré des difficultés ? Oui Non
- Si oui, lesquelles (goûts, textures, température...) ?
- En cas de difficulté rencontrée :
 - Avez-vous proposé l'aliment quelques temps plus tard ? Oui Non
 - Si OUI, combien de temps après le 1^{er} essai ?
 - Combien de fois ?
 - Les choses sont-elles rentrées dans l'ordre ? Oui Non

Comportement de l'enfant :

- Au contact (vue, odeur, goût) de certains aliments, votre enfant présente-t-il :
 - Des pleurs ? Oui Non
 - Des haut-le-cœur ? Oui Non
 - Des vomissements ? Oui Non
 - Un refus d'ouvrir la bouche ? Oui Non
 - Des colères ? Oui Non
 - Des grimaces ? Oui Non
 - Une fuite (physique, du regard...) ? Oui Non

Développement de l'enfant :

- Votre enfant met-il des choses (objets, jouets, mains...) à la bouche ? Oui Non
- Votre enfant prend-il plaisir à toucher des textures particulières :
 - Pâte à modeler ? Oui Non
 - Sable ? Oui Non
 - Eau ? Oui Non
- Votre enfant est-il gêné quand il a les mains sales ? Oui Non
- A 18 mois, combien d'aliments votre enfant présente-t-il dans son répertoire alimentaire (environ) :
 - De 1 à 5
 - De 6 à 10
 - De 11 à 15
 - De 16 à 20
 - Plus de 20

Les parents :

- Avez-vous des questions, des inquiétudes autour de la diversification alimentaire de votre enfant, et des difficultés qu'elle peut engendrer ? Oui Non
- Si Oui, lesquelles ?
- Présentez-vous (ou votre conjoint-e) certains comportements identiques à votre enfant concernant la nourriture ? Oui Non
- Y a-t-il conflit autour des repas à la maison ? Oui Non
- Si vous rencontrez des difficultés, avez-vous été bien orientés ? Oui Non
- Si NON, que vous a-t-il manqué ?
- Avez-vous déjà entendu parler du Syndrome de Dysoralité Sensorielle ? Oui Non

Remarques, anecdotes :

.....

.....

.....

Merci de votre participation

Annexe V : Echanges de courriels avec les différents partenaires pour la diffusion des questionnaires

Kim Allouche :

Mail de prise de contact :

Bonjour, Je suis étudiante en 4ème et dernière année à l'école d'orthophonie de Nice, et je réalise mon mémoire de fin d'études autour des troubles de l'oralité alimentaire et des difficultés autour de la diversification alimentaire. Je vous sollicite pour diffuser un questionnaire que j'ai créé afin de réaliser une étude la plus précise possible autour de la diversification alimentaire. Votre page me semble être un formidable biais pour ma démarche. Si cela vous intéresse, voici un court texte explicatif de ma démarche, ainsi que le lien vers mes questions. Merci par avance, Bien à vous, Apolline Deluchey

Bonjour à toutes et à tous, Je suis en 4ème année à l'Ecole d'orthophonie de Nice. Dans le cadre de mon mémoire, je réalise un questionnaire autour de la diversification alimentaire à l'attention de parents d'enfants. Je souhaite réaliser un état des lieux le plus précis possible. Chaque parent d'enfant (vous, vos amis, votre famille...) est invité à remplir ce questionnaire, qui ne vous prendra que quelques petites minutes. Vous pouvez le partager à toutes vos connaissances, amis, entourage ayant des enfants. Merci d'avance pour votre gentillesse et votre temps.

<https://docs.google.com/forms/d/1G41WXTb7tClmZ5SdF1knrUAuxUxOeBrd6XE7TF9fdRE/viewform>

Réponse : positive

Diffusion (14 novembre 2013) : Bonjour les parents ! Aujourd'hui j'ai reçu une demande un peu particulière d'une étudiante en dernière année d'orthophonie. Elle a besoin de vous et de vos expériences de parents concernant la diversification alimentaire de votre/vos enfant(s). Son questionnaire ne vous prendra que quelques minutes, et c'est pour la bonne cause ! Merci pour elle.

Marie-Amélie Massias :

Mail de prise de contact :

Bonjour Madame Massias,

Je me permets de vous envoyer un mail pour vous demander un service. Je suis étudiante en 4ème et dernière année à l'école d'Orthophonie de Nice, et je dois réaliser un mémoire de fin d'études pour valider mon diplôme. L'intitulé de mon sujet (en l'état actuel de mes recherches, il sera sûrement modifié dans les mois à venir) est : « Intérêt d'un dépistage précoce des troubles de l'oralité alimentaire au moment de la diversification chez les enfants tout-venants (= sans pathologie ni handicap avéré) ». La prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire (difficulté à passer aux morceaux, difficultés avec certaines textures, conflits au moment des repas, etc) est un nouveau domaine dans le champ de compétence des orthophonistes, et peu de recherches sont faites à ce sujet. A

travers mon mémoire, je voudrais faire une enquête, une étude afin de savoir si ces troubles de l'oralité alimentaire concernent beaucoup d'enfants « tout-venants », et si les parents sont armés face à cela (vers qui se tourner, quels conseils, etc.). J'en viens alors aux faits, c'est là que j'aurais besoin de vous. Je voudrais transmettre un rapide questionnaire au plus grand nombre de parents que je puisse trouver. Cela va faire presque 2 ans que je suis votre blog, et vos billets et l'implication des lectrices m'ont poussée à me tourner vers vous pour m'aider à diffuser mon questionnaire à travers votre blog. Ce mail est une simple prise de contact, afin d'avoir votre avis et de connaître votre intérêt pour mes recherches et pour ma demande. Je comprendrais tout à fait que ce ne soit pas le lieu, mais je n'ai trouvé de meilleur endroit pour réaliser l'enquête la plus réaliste possible, afin de proposer à ces parents des pistes, des conseils et des informations concernant ces troubles. Je vous remercie de l'attention que vous m'aurez portée, A bientôt, au plaisir de vous lire... Apolline Deluchey (apolline.deluchey@gmail.com)

Réponse : Positive

Diffusion (14 novembre 2013) : Bonjour à tous ! Je relaie une demande pour laquelle j'ai été sollicitée : il s'agit d'aider une étudiante en dernière année d'orthophonie pour son mémoire de fin d'études. Elle a besoin de vous pour un questionnaire autour de la diversification alimentaire de vos enfants. Vous l'aideriez grandement en y répondant ! Merci pour elle !

Message posté sur le groupe d'informations destiné aux orthophonistes (réseau social) :

Bonjour à toutes et à tous,

Je suis en 4ème année à l'Ecole de Nice. Dans le cadre de mon mémoire, je réalise un questionnaire autour de la diversification alimentaire à l'attention de parents d'enfants. Je souhaite réaliser un état des lieux le plus précis possible sur : les éventuelles difficultés que peuvent rencontrer les parents pendant cette période clef, les informations dont ils disposent, le suivi qu'on leur propose, la place attribuée aux orthophonistes pour ce genre de troubles...

Chaque parent d'enfant (vous, vos amis, votre famille, vos patients...) est invité à remplir ce questionnaire, qui ne vous prendra que quelques petites minutes. Vous pouvez le partager à toutes vos connaissances, amis, entourage ayant des enfants.

Merci d'avance pour votre gentillesse et votre temps.

Echange de mails avec Laurence Lanteri Delsinne (Trésorière régionale (Provence-Alpes-Côte-d'Azur) de la Fédération nationale des Orthophonistes) :

Mail de prise de contact :

Bonjour Madame,

J'ai eu votre contact par Clémence Fel (orthophoniste libérale à Nice), qui est ma directrice de mémoire. Je suis étudiante en 4ème année à l'école d'orthophonie de Nice, et je réalise mon mémoire sur le thème des troubles de l'oralité alimentaire.

Ma démarche a été de créer un questionnaire à destination des PARENTS, afin de recueillir le maximum d'information autour de la diversification alimentaire de leur enfant et des problèmes qu'ils auraient pu rencontrer.

Je vous sollicite afin de mener à bien mon étude. Pourriez-vous diffuser mon questionnaire aux orthophonistes syndiqués à la FNO ? Le but étant que chacun/chacune le diffuse à ses propres connaissances, afin de toucher le maximum de parents possible. Si cela vous semble réalisable, je vous joins un petit explicatif de ma démarche, afin de la rendre la plus limpide possible pour les destinataires.

Ci-dessous le petit texte explicatif et le lien menant vers mon questionnaire.

Bien à vous,

Apolline Deluchey

Bonjour, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, j'ai réalisé un questionnaire d'investigation à destination de parents d'enfants. Je souhaiterais avoir des informations sur le déroulement de la diversification alimentaire de leur(s) enfant(s), dans le but de réaliser un véritable état des lieux des questionnements et informations mises à disposition des parents durant cette période clef du développement.

Chaque parent d'enfant (vous, vos amis, votre famille...) est invité à remplir ce questionnaire, qui ne vous prendra que quelques petites minutes. Vous pouvez le partager à toutes vos connaissances et amis ayant des enfants.

Merci d'avance pour votre gentillesse et votre temps.

Réponse : Positive (confirmé par Clémence Fel, qui a reçu un mail général de Mme Laurence Lanteri Delsinne à l'attention de toute sa mailing-liste)

Annexe VI : Courrier à l'attention de Madame AUBEL

DELUCHEY Apolline
8 bis, avenue Jean Médecin
06000 Nice
06-73-82-72-95

Madame AUBEL Marie-Christine,
Directrice adjointe de la petite enfance de la ville de Nice

Madame,

Etudiante en dernière année à l'école d'orthophonie à Nice, je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Il a pour sujet « Les troubles de l'oralité alimentaire : la nécessité de la prévention », sous la direction d'une orthophoniste.

Après une enquête précise sur le ressenti des parents, j'ai pour objectif de mettre en place un outil d'information à destination des professionnels de la petite enfance, mais aussi pour ces parents. Cet outil, sous forme de présentation orale, est mise en place dans le cadre d'un protocole d'essai.

Afin de tester ce protocole sur le terrain, j'aimerais intervenir dans un lieu de garde de la petite enfance (crèche), afin de rencontrer des professionnels de la petite enfance, mais également des parents.

J'ai dans un premier temps pris contact avec Madame AUBERT, responsable de l'accueil de la petite enfance (secteur Nord), qui a paru adhérer au projet. Elle m'a dirigée vers Madame COINTAT, pédiatre référente du secteur, avec qui j'ai un rendez-vous téléphonique sous peu.

Je m'adresse à vous pour vous demander l'autorisation de mener à bien ma démarche, sous la condition qu'elle soit validée par l'ensemble des intervenants concernés.

Je me tiens à votre entière disposition pour toute question relative à ma démarche.

Je vous prie d'agréer mes respectueuses salutations.

Apolline Deluchey

Annexe VII : Courrier à l'attention de Madame FAVIER

DELUCHEY Apolline
1452 avenue Louis Dellorenzi
38430 Moirans
06-73-82-72-95

Madame FAVIER Anne,
Adjointe déléguée à l'éducation et à l'enfance de la ville de Voiron

Madame,

Etudiante en dernière année à l'école d'orthophonie à Nice, je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Il a pour sujet « Les troubles de l'oralité alimentaire : la nécessité de la prévention », sous la direction d'une orthophoniste.

Après une enquête précise sur le ressenti des parents autour de l'alimentation de leur enfant, j'ai pour objectif de mettre en place un outil d'information à destination des professionnels de la petite enfance, mais aussi pour ces parents. Cet outil, sous forme de présentation orale, est mis en place dans le cadre d'un protocole d'essai.

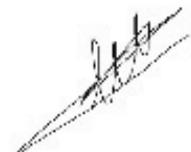
Afin de tester ce protocole sur le terrain, j'aimerais intervenir dans un lieu de garde de la petite enfance (crèche), afin de rencontrer des professionnels et des parents, et de les sensibiliser à ce sujet.

Je m'adresse à vous pour vous demander l'autorisation de mener à bien mon projet, sous la condition qu'il soit validé par l'ensemble des intervenants concernés.

Je me tiens à votre entière disposition pour toute question relative à ma démarche.

Je vous prie d'agréer mes respectueuses salutations.

Apolline Deluchey



Annexe VIII : Affiche communiquées aux crèches annonçant l'intervention de sensibilisation

Quand l'alimentation pose problème, que faire ?



Venez assister à une réunion de sensibilisation aux **troubles de l'oralité alimentaire**, animée par une étudiante en dernière année d'école d'Orthophonie,

Jeudi 24 avril à 19 heures
au **Foyer Léo Lagrange** (13, rue des Terreaux)

Nous évoquerons :

- Les **difficultés** autour de l'alimentation, pendant et après la diversification alimentaire
- Leurs **causes**, leurs manifestations, leur retentissement dans la vie quotidienne
- Les **solutions** qui peuvent être envisagées

Nous discuterons autour de **vos expériences et vos questions**, et tenterons de vous apporter un éclairage sur ces difficultés.

Venez nombreux !

Quand l'alimentation pose problème, que faire ?



Venez assister à une réunion de sensibilisation aux **troubles de l'oralité alimentaire**, animée par une étudiante en dernière année d'école d'Orthophonie,

Mercredi 30 avril à 16 heures
Au multi-accueil de la **Lézardière**

Nous évoquerons :

- Les **difficultés** autour de l'alimentation, pendant et après la diversification alimentaire
- Leurs **causes**, leurs manifestations, leur retentissement dans la vie quotidienne
- Les **solutions** qui peuvent être envisagées

Nous discuterons autour de **vos expériences et vos questions**, et tenterons de vous apporter un éclairage sur ces difficultés.

Venez nombreux !

Annexe IX : Intervention de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire (version diaporama)



Quand l'alimentation pose problème, que faire ?

Intervention de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire

Apolline Delachery étudiante en 4^{ème} année à l'École d'Orthophonie de Nice (EON)

1. L'ORALITÉ



L'oralité

Qu'est-ce que l'oralité ?

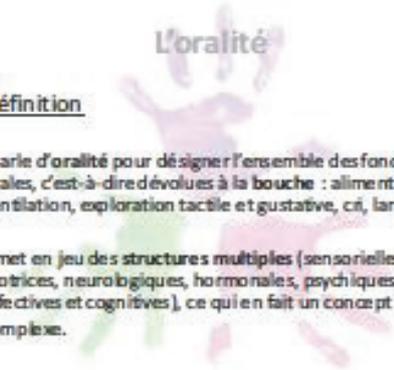


L'oralité

- Définition

On parle d'oralité pour désigner l'ensemble des fonctions orales, c'est-à-dire dévolues à la bouche : alimentation, ventilation, exploration tactile et gustative, cri, langage.

Elle met en jeu des structures multiples (sensorielles, motrices, neurologiques, hormonales, psychiques, affectives et cognitives), ce qui en fait un concept complexe.



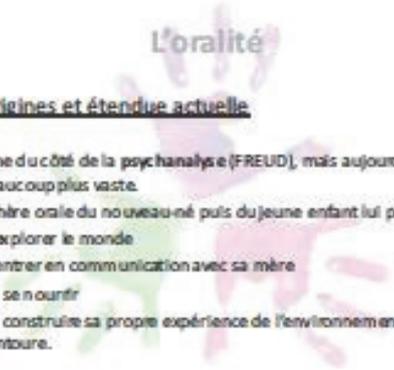
L'oralité

- Origines et étendue actuelle

Origine du côté de la psychanalyse (FREUD), mais aujourd'hui beaucoup plus vaste.

La sphère orale du nouveau-né puis du jeune enfant lui permet :

- o D'explorer le monde
- o D'entrer en communication avec sa mère
- o De se nourrir
- o De construire sa propre expérience de l'environnement qui l'entoure.



L'oralité

Développement de l'oralité



L'oralité

• Développement anatomique :

Massif facial → dès la 3^{ème} semaine de gestation.
 Cellules se divisent et forment des « bourgeons ».
 Fin 1^{er} mois de gestation : 5 bourgeons faciaux
 Langue → se forme à peu près au même moment.
 → Mise en place anatomique de la sphère orale.
 Dès la 8e semaine, le fœtus prend des allures typiquement humaines.

L'oralité

• Développement physiologique

Développement de l'oralité → se fait petit à petit, de puis la grossesse.
 On parle de l'oralité primaire et de l'oralité secondaire, qui se succèdent en se chevauchant.
 Durant chacune de ces périodes se développent une oralité alimentaire et une oralité verbale, de façon concomitante.

L'oralité

• Oralité primaire

Commence dès que le fœtus approche son pouce de sa bouche, et que la langue vient toucher la main.

Phase réflexe, qui se déroule du stade embryonnaire (jusqu'à 9 mois - 1 an de l'enfant).

Oralité alimentaire primaire : processus réflexe lié à l'alimentation du fœtus (reflexe de succion, de déglutition, la coordination entre succion/déglutition/expiration).

Oralité verbale primaire : vocalisations affines au quasi-rire : cri, vocalises, au pleurs, bâillements, gémissements...

• Oralité secondaire

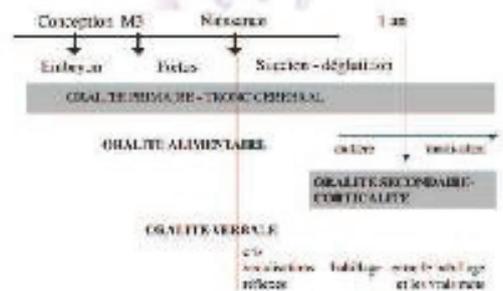
Débute aux 6 mois de l'enfant environ. Coïncide avec l'œil indépendant quelques mois pour assurer la transition.

Phase volontaire → signe digne de la cartilabilisation des structures.

Oralité alimentaire secondaire : « double stratégie d'incantation » coexistence de deux modes alimentaire : la succion (tétée au sein, tétée au biberon) et prise alimentaire à la cuillère.

Oralité verbale secondaire : mise en place d'articulation et de phonèmes au nourrisson de produits entendus et de plus en plus ressemblant à la langue maternelle, et de plus en plus compréhensibles (bâillements).

L'oralité



Mise en place conjointe de la mastication et des premiers mots lorsque :

- Les structures anatomiques se développent
- La maturation corticale se développe

Enjeux de l'oralité

L'oralité

Fonction alimentaire indispensable sur le plan :

- Social
- Psychologique
- Culturel
- Relationnel
- Identitaire

L'oralité

La construction du goût :

Progressive, se met en place dès 10^{ème} semaine de gestation.

Rentre nt en compte : flaveur (le plus souvent), mais aussi odeur, texture, température et apparence.

2. L'ALIMENTATION

L'alimentation

Les recommandations

L'alimentation

Les 3 types d'allaitement :

- Allaitement au sein
- Allaitement au biberon
- Allaitement mixte (alternance du sein et du biberon)

L'alimentation

La diversification alimentaire :

Elle correspond à l'**introduction d'aliments solides autres que le lait** (maternel ou matémisé).

Ne pas confondre avec le sevrage !

Diversification alimentaire conseillée autour de **6 mois et pas avant 4 mois révolus** (source : INPES).

L'alimentation

4 grandes étapes dans la diversification alimentaire :

- Phase d'initiation (dès le début du 5^{ème} mois)
- Phase de familiarisation (autour des 6-7 mois)
- Vers la variété des aliments (entre 8-12 mois)
- Alimentation de plus en plus proche de l'adulte (après 12 mois)

L'alimentation

Aujourd'hui on parle de fenêtre d'introduction dès les 4 mois révolus de l'enfant (début du 5^{ème} mois) jusqu'à environ 12 mois, période pendant laquelle on introduit petit à petit tous les groupes d'aliment.

L'alimentation

La diversification menée par l'enfant (DME) :
Respecter l'autonomie de l'enfant pour sa diversification en suivant plusieurs principes

L'alimentation

(Source : ANSES)

AGE	1 ^{er} semestre	2 ^e semestre	3 ^e semestre	4 ^e semestre	5 ^e semestre
Aliments	lait maternel ou lait infantile				
Produits laitiers		yaourt nature	yaourt nature	yaourt nature	yaourt nature
Poissons					
Viandes					
Oufs					
Plantes					
Autres					

L'alimentation

Les enjeux

L'alimentation

La diversification alimentaire correspond à :

- Une phase d'adaptation physiologique
- L'évolution des besoins nutritifs de l'enfant
- Une étape dans la socialisation de l'enfant

3. LES TROUBLES DE L'ORALITÉ

Les troubles de l'oralité

Définition : on parle aussi de « dysoralité »

Terme qui recouvre l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale.

Il peut s'agir de troubles par absence de comportement spontané d'alimentation, ou par refus d'alimentation.

Troubles qui affectent l'ensemble du développement de l'enfant.

Les troubles de l'oralité

Etiologies

Les troubles de l'oralité

• Causes organiques

- Secondaires à une pathologie digestive
- Secondaires à une pathologie extra-digestive
- Malformations congénitales
- Anomalies acquises de la déglutition

Les troubles de l'oralité

• Causes neurologiques

- Encéphalopathies congénitales
- Encéphalopathies acquises

• Causes psychogènes : anorexies psychogènes du jeune enfant

- Anorexie commune d'opposition du 2^{ème} semestre de vie
- Forme sévère d'anorexie mentale infantile (rarissime)
- Psychoses infantile débutive (rarissime)

Les troubles de l'oralité

• Causes post-traumatiques : après nutrition artificielle

• Causes sensorielles : le Syndrome de Dysoralité Sensorielle

→ « Hyper réactivité génétique des organes du goût et de l'odorat »

Toucherait 25% des enfants à développement normal.

Les troubles de l'oralité

Manifestations, symptômes

Les troubles de l'oralité

- Anomalies de la sphère orale
- Anomalies de la déglutition
- Anomalies de la sensibilité :
 - Hypersensibilité
 - Hypersensitivité tactile
 - Hypersensitivité orale
 - Hyposensibilité

Les troubles de l'oralité

- Réflexe hypemauseux
- Anomalies comportementales
 - Désintérêt
 - Opposition active
 - Opposition passive
- Comportements parentaux parfois inadaptés

Les troubles de l'oralité

Quand s'inquiéter ?

Les troubles de l'oralité

- Déglutition orale est peu importante
- Introduction des premiers aliments difficile (peu vite au-delà de 8 mois)
- Enfants n'accepte que des textures lisses (au-delà de 16 mois)
- Fréquents haut-le-cœur/vomissements
- Réflexe nasal important, avencé sur la langue
- Répertoire alimentaire < 20 aliments (à 18 mois)
- Enfants ne prend aucun plaisir à s'alimenter
- Temps de repas anormalement long (> 1 heure)
- Enfants stocke la nourriture (longs repas dans la bouche sans l'avaler)
- Enfants présente des « aversions sélectives » (aliment, texture, odeur, température...)
- Enfants ne couvre pas ses besoins nutritionnels et prend du poids
- Le repas est devenu un moment de conflit et de négociations permanentes

Les troubles de l'oralité

Ces éléments ne permettent pas à eux seuls un diagnostic.

Plusieurs de ces éléments peuvent se retrouver dans différents tableaux cliniques, et seul un avis médical vous éclairera.

Seul un médecin/pédiatre est en mesure de faire une ordonnance afin de demander l'avis d'un orthophoniste et un bilan orthophonique.



4. EVALUATION ET PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE

Évaluation et prise en charge orthophonique

Le bilan orthophonique

Évaluation et prise en charge orthophonique

Temps d'écoute, partenariat qui se construit avec la famille, relation de confiance.

Double fonction :

- Recueil de la plainte des parents, des antécédents de l'enfant
- Évaluation du trouble de l'enfant

Évaluation et prise en charge orthophonique

La prise en charge

Évaluation et prise en charge orthophonique

Double fonction également :

- Une guidance parentale solide, un accompagnement et une implication des parents dans la rééducation
- Un réinvestissement de la sphère orale de l'enfant, des expériences sensorielles, une désensibilisation du réflexe nauséeux



QUELLE ATTITUDE ADOPTER ?

Quelle attitude adopter ?

Si vous reconnaissez votre enfant dans certains de ces symptômes :

- Ne le forcez pas à manger
- Prenez rendez-vous avec votre pédiatre ou votre médecin traitant, afin de lui faire part de vos difficultés
- Prenez rendez-vous avec un orthophoniste qui saura, avec l'aide du médecin, vous guider de la meilleure façon possible

POUR ALLER PLUS LOIN

Pour aller plus loin

Livres :

- Le bébé gourmand, de Sandrine Mornery-Paris (éditions Philippe Duval)
- Rééducation des troubles de l'alimentation et de la digestion, Catherine Semar, (éditions SOLAL, 2002)
- Le guide nutrition de la naissance à trois ans - La santé vient en mangeant - Brochure éditée par l'INPES (disponible sur leur site internet en téléchargement légal).

Associations :

- Groupe Miam-Miam
- Gourmandys

Pour aller plus loin

Sites internet :

- www.diversificationalimentaire.com (à propos de la diversification menée par l'enfant)
- www.groupe-miam-miam.fr (site de l'association autour des troubles de l'oralité alimentaire)
- <http://gourmandys-monsite.com/> (site de l'association autour des troubles de l'oralité alimentaire)
- www.oralite.net (site créé par une infirmière puéricultrice travaillant en néonatalogie)
- www.mangerbouger.fr (site officiel autour de la nutrition)

Merci de votre attention

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 - Correspondance entre les semaines de grossesse et les semaines d'aménorrhées	10
Figure 2 - Vue frontale d'un embryon de 4 semaines et demi.....	13
Figure 3 - Les oralités	37
Figure 4 - Evolution motrice et fonctionnelle pour l'alimentation, la déglutition, le langage et la motricité entre 0 et 24 mois (d'après TAPIN, 2001 et PUECH, 2005).....	42
Figure 5 - La répartition des goûts que perçoit la langue.....	44
Figure 6 - Succion au sein.....	50
Figure 7 - Succion au biberon	50
Figure 8 - Besoins énergétiques des enfants de 1 à 12 mois	51
Figure 9 - Nutrition artificielle (Dessins extraits de la bande-dessinée Narcisse : de l'hôpital à la maison sous nutrition parentérale, réalisée par l'association « La vie par un fil ». Service de gastro-entérologie pédiatrique de l'hôpital Necker-Enfants Malades	69
Figure 10 - Différence entre nauséux et hypernauséux	74
Figure 11 - Courbe de Gauss présentant la répartition des variations de sensibilités olfactives et gustatives dans la population	75
Figure 12 - Repères d'introduction des aliments chez l'enfant de 0 à 3 ans, Spécimen de Carnet de Santé.....	94

Apolline Deluchey

QUAND L'ALIMENTATION POSE PROBLEME, QUE FAIRE ? Etat des lieux et mise en place d'un outil de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant tout venant.

185 pages, 46 références bibliographiques

Mémoire d'orthophonie – UNS / Faculté de Médecine - Nice 2014

RESUME

L'alimentation est au cœur de toutes les préoccupations des parents : un enfant qui mange « mal » est un enfant pour lequel on s'inquiète. La diversification alimentaire est une période charnière, où les nouveautés s'enchaînent et sont parfois sources de difficultés et d'angoisse. Qui sont ces enfants au développement « normal », souffrant de ces troubles alimentaires ? Comment les parents réagissent-ils ? Peut-on les aider en leur apportant des informations à propos de ces troubles ?

Ce mémoire a pour objectifs de présenter une revue de la littérature consacrée aux troubles de l'oralité alimentaire, de connaître la prévalence de ces troubles dans une population d'enfants tout-venants et de soumettre un outil de sensibilisation à ces troubles, sous forme de présentation orale, à destination des parents et des professionnels, au sein de deux crèches municipales.

MOTS-CLES

O.R.L. – Oralité – Prévention – Enquête – Jeune enfant – Diversification alimentaire –

Troubles de l'oralité – Sensibilisation

Directeur DE MEMOIRE

Clémence FEL