



HAL
open science

Mise en place d'ateliers multi-sensoriels pour la prise en charge des troubles de l'oralité chez des enfants accueillis en IME

Meghane Guesnon

► **To cite this version:**

Meghane Guesnon. Mise en place d'ateliers multi-sensoriels pour la prise en charge des troubles de l'oralité chez des enfants accueillis en IME. Sciences cognitives. 2019. dumas-02278552

HAL Id: dumas-02278552

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02278552>

Submitted on 4 Sep 2019

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.



UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE

Université de Caen Normandie
UFR de Médecine
Département d'Orthophonie

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité
d'Orthophonie

**MISE EN PLACE D'ATELIERS MULTI-
SENSORIELS POUR LA PRISE EN CHARGE DES
TROUBLES DE L'ORALITÉ CHEZ DES ENFANTS
ACCUEILLIS EN IME**

Par :

Méghane GUESNON

Née le 21/04/1995

Sous la direction de : **Marine CHESNAIS**, orthophoniste.

Année universitaire 2018/2019

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Marine Chesnais, orthophoniste à l'IME Elie de Beaumont de Caen, pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire.

Merci à Lucile Monchau-Echerbault, orthophoniste à l'IME Corentin Donnard de Caen, de m'avoir également accompagnée dans ce projet.

Je remercie l'équipe de l'IME Elie de Beaumont pour leur accueil et leur disponibilité.

Un grand merci aux enfants, sans qui ce projet n'aurait pas pu avoir lieu, et aux parents de ces enfants pour avoir accepté qu'ils y participent.

Je remercie également la direction et toute l'équipe pédagogique du département d'orthophonie pour la qualité de la formation dispensée pendant ces cinq années.

Un remerciement plus personnel à ma famille, qui m'aura toujours soutenue et qui aura toujours cru en moi lors de ces longues années d'étude.

Merci à mes supers copines de Caen : Constance, Elise, Julie, Marianne, Suzy, et à celles de Chartres, pour tous les extraordinaires moments passés avec elles, qui ont participé à devenir ce que je suis.

Merci à Antoine, pour tout ce qu'il m'apporte.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
ASSISES THÉORIQUES	2
1. Lien entre Oralité et Sensorialité.....	2
1.1 L’Oralité : définition et développement.....	2
1.1.1 L’oralité primaire.....	3
1.1.2 L’oralité secondaire	4
1.1.3 L’oralité tertiaire	5
1.2 Les différents sens : rappels théoriques et lien avec l’oralité	5
1.2.1 Le toucher	5
1.2.2 L’olfaction	6
1.2.3 Le goût	6
1.2.4 L’ouïe.....	7
1.2.5 La vision	7
2. La dysoralité et ses méthodes de prise en charge.....	8
2.1 Les troubles de l’oralité ou « dysoralité » : définition classique	8
2.2 Le Syndrome de Dysoralité Sensorielle (SDS).....	9
2.3 La prise en charge des troubles de l’oralité	11
PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES.....	12
MÉTHODOLOGIE	14
1. Participants.....	14
2. Matériel et Méthode.....	20
3. Déroulement.....	21
4. Plan de la recherche	25
RÉSULTATS	26
DISCUSSION.....	31

1. Interprétation des résultats	31
2. Limites méthodologiques.....	32
3. Perspectives	33
CONCLUSION	34
BIBLIOGRAPHIE	35
GLOSSAIRE	38
ANNEXES	39

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Données recueillies à partir de la « Grille d'évaluation orthophonique des troubles de déglutition et d'alimentation d'origine neurologique » de Dominique Crunelle, avant le protocole (T1).

Tableau 2 : Objets et aliments présentés lors des séances, en fonction des textures.

Tableau 3 : Données recueillies à partir de la « Grille d'évaluation orthophonique des troubles de déglutition et d'alimentation d'origine neurologique » de Dominique Crunelle après le protocole (T2).

INDEX DES ANNEXES

Annexe 1 : 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, 2004, cités par Thibault, 2017).

Annexe 2 : Grille d'analyse des vidéos.

Annexe 3 : La comptine du « Petit Pouce » qui dit bonjour.

Annexe 4 : La comptine du « Petit Pouce » qui dit au revoir.

Annexe 5 : La comptine du Tour de la Maison.

Annexe 6 : Tableau récapitulatif des comportements des enfants en fonction des aliments.

Annexe 7 : Lettre d'informations et consentement donnés aux parents.

INTRODUCTION

La prise en charge des troubles de l'oralité, qu'elle soit verbale ou alimentaire, a beaucoup évolué grâce aux apports des professionnels de différentes spécialités qui ont permis de considérer l'oralité dans sa globalité (C. Thibault, 2017). De plus en plus d'orthophonistes cherchent à se former dans ce domaine en pleine expansion mais peu de protocoles de prise en charge précis existent. Pourtant, une prise en charge précoce est essentielle (C. Senez, 2015).

Perske et al. (1977) rapportent que les troubles de l'oralité alimentaire toucheraient jusqu'à 80% des personnes institutionnalisées souffrant de déficience intellectuelle. Des méthodes de prise en charge doivent être données aux orthophonistes travaillant en institution et faisant face à de telles situations.

L'acte de manger est un acte complexe (Bellis et al. 2009). Tous nos sens sont en jeu lorsque nous mangeons : la vue, qui permet d'apprécier la forme, la taille et la couleur d'un aliment, l'olfaction qui permet de découvrir l'aliment avant l'entrée dans la bouche mais aussi une fois en bouche, le goût capté par les papilles gustatives, mais aussi le toucher qui permet d'apprécier la texture et la température, et l'ouïe, qui est le sens le moins utilisé lors de l'exploration de l'aliment mais qui participe à la découverte de sa texture une fois en bouche.

Nous avons donc comme objectif pour ce mémoire d'étudier l'impact de la mise en place d'ateliers multi-sensoriels sur l'oralité alimentaire et verbale d'enfants de cinq à onze ans accueillis en IME, et présentant une déficience intellectuelle. Dans un premier temps, nous présenterons les assises théoriques dans lesquelles nous établirons un lien entre oralité et sensorialité et nous définirons les troubles de l'oralité tout en présentant les prises en charge déjà connues dans ce domaine. Puis, nous exposerons la méthodologie de notre protocole. Ensuite nous présenterons nos résultats, qui seront, enfin, discutés.

ASSISES THÉORIQUES

1. Lien entre Oralité et Sensorialité

1.1 L'Oralité : définition et développement

Le terme « oralité », initialement emprunté au vocabulaire de la psychanalyse, renvoie à l'ensemble des fonctions orales. L'être vivant se construit autour de cette oralité. C'est pourquoi Catherine Thibault dit d'elle qu'elle est « fondatrice de l'être ». Les fonctions orales, liées à la bouche, constituent un élément essentiel dans le développement car elles se situent au « carrefour du dedans et du dehors » (Simas, 2008). Elles ne se résument donc pas à des actes fonctionnels mais elles englobent également des notions psychologiques, comportementales ou encore sociales.

Catherine Thibault (2017) évoque deux oralités : l'oralité verbale et l'oralité alimentaire.

L'oralité verbale regroupe l'ensemble des activités de communication orale : cris, babillages, sons, etc...

L'oralité alimentaire regroupe l'ensemble des activités liées à l'alimentation : lécher, sucer, mastiquer, etc...

Ces deux oralités sont intimement liées et se construisent conjointement. Ainsi, d'après le tableau présentant l'« évolution motrice et fonctionnelle pour l'alimentation, la déglutition, le langage et la motricité entre 0 et 24 mois » (Tapin, 2001 et Puech, 2005), le babillage rudimentaire apparaît aux mêmes âges que les débuts de la prise de la cuillère (entre quatre et six mois), et le babillage canonique ainsi que le début de la mastication apparaissent de manière conjointe (entre six et neuf mois), par exemple.

Ceci s'explique, en partie, d'un point de vue anatomique : les deux oralités alimentaire et verbale disposent de « programmeurs, centres et voies neurologiques, ainsi que nerfs effecteurs communs » (le nerf trijumeau (V), le nerf facial (VII), le nerf glosso-pharyngien (IX), le nerf vague (X), le nerf spinal (XI) et le nerf hypoglosse (XII)) (Couly, 2017).

Il est classiquement admis que le développement de l'oralité s'effectue en deux étapes : l'oralité primaire et l'oralité secondaire.

1.1.1 L'oralité primaire

L'oralité primaire débute in utero et se poursuit jusqu'au passage à la cuillère, qui s'effectue entre quatre et sept mois chez l'enfant typique. Durant la période embryonnaire, la zone oro-pharyngée envoie des afférences sensorielles au tronc cérébral dès la septième semaine. A la dixième semaine gestationnelle, la succion apparaît avec le réflexe de Hooker : la langue, initialement présente dans la fosse nasale, descend. La déflexion céphalique s'effectue et le palais se forme. La main touche alors les lèvres, la bouche s'ouvre et la langue sort pour toucher la main. Après la succion, la déglutition apparaît entre la douzième et la quinzième semaine. La succion et la déglutition deviennent alors indissociables et ne cesseront d'être expérimentées durant tout le reste de la grossesse (Goulet, Turck, et Vidailhet, 2012).

A la naissance, le réflexe de déglutition du nourrisson est en place : il est déclenché lors de stimulations sensorielles, telles que des stimulations labiales, prémaxillaires ou linguales. La succion s'effectue par protrusion de la langue et avancée des lèvres. Puis, la langue se remet en place et les lèvres se referment autour du sein ou de la tétine. La langue se creuse et effectue des petits mouvements rapides, en même temps que ceux du maxillaire inférieur. A ce moment-là, la respiration est uniquement nasale. Le rythme succion-déglutition est, généralement, le suivant : deux ou trois mouvements de succion puis une déglutition puis une respiration (Thibault, 2017).

Au-delà de l'aspect nutritif, l'allaitement (au sein comme au biberon) favorise la création du lien mère-bébé, comme le décrit Bowlby (1978 et 1984), dans sa théorie de l'attachement, qui définit la bouche comme un élément majeur de la construction de ce lien (Golse et Guinot, 2004). Le bébé alterne entre des phases de plaisir et de déplaisir et la mère apporte une satisfaction lors du remplissage alimentaire. La sphère oro-digestive du bébé devient donc un lieu de « plaisir, de découverte multi-sensorielle et progressivement, d'échanges » (Abadie, 2004).

La bouche est aussi un lieu d'expression. Celle-ci se manifeste, chez le nourrisson, par le cri, qui peut avoir différentes fonctions : douleur, appel, faim, joie ou détresse (Thibault, 2015). Elle se manifeste également par d'autres émissions vocales : rire, mais aussi vocalisations qui apparaissent entre deux et cinq mois (De Boysson-Bardies, 1996).

La relation entre l'oralité primaire et l'oralité secondaire va être d'autant plus prégnante lors du passage à l'oralité secondaire, avec l'introduction de l'alimentation à la cuillère, la mise en place de la mastication et le babillage qui l'accompagne.

1.1.2 L'oralité secondaire

L'oralité secondaire débute lors du passage à la cuillère qui s'effectue entre cinq et six mois (Guillerme, 2014). L'oralité primaire et secondaire, c'est-à-dire respectivement la phase de succion et la phase de mastication continuent à coexister pendant un à deux ans, faisant office de période de transition. Catherine Thibault (2015) l'appelle la phase de « double stratégie alimentaire ». Pendant cette période de transition, une phase de « diversification alimentaire » est possible, qui consiste à passer d'une alimentation exclusivement lactée à d'autres aliments, donnés au biberon ou à la cuillère (Arsan, Mosser, Dartois, et du Frayssex, 2011).

Le passage à l'alimentation solide (appelé « sevrage alimentaire ») est aussi une période durant laquelle le bébé doit « se détacher alimentaires » de sa mère (Thibault, 2015). Grâce à la corticalisation des structures, l'alimentation, auparavant simplement réflexe, devient volontaire (Senez, 2002). L'allongement du cou et la descente du larynx permettent la croissance de la cavité buccale qui laisse davantage d'espace à la langue. L'enfant commence par téter les aliments solides proposés (vers quatre-cinq mois), puis les malaxe pour enfin réussir à les mastiquer. La mise en place de cette praxie alimentaire (la mastication) ne sera totale qu'à l'âge de trois ans, lorsque les premières dents de lait seront apparues et que les structures neuro-motrices seront matures (Goulet, Turck, et Vidailhet, 2012). Elle nécessitera cependant un long apprentissage, qui se poursuivra jusqu'à l'âge de six ans.

Sur le plan verbal, le bébé met en place des mécanismes respiratoires et phonatoires qui lui permettent de produire des émissions vocales de plus en plus longues, compréhensibles et interprétables (Thibault, 2017). Le babillage rudimentaire, mis en place entre trois et huit mois, laisse progressivement la place au babillage canonique (entre cinq et dix mois), qui sera suivi du babillage mixte (entre neuf et dix-huit mois). Le babillage rudimentaire correspond à des jeux vocaux de l'enfant, qui cherche à imiter la mélodie ou les sons émis par l'adulte. Les premières combinaisons de sons types consonnes et voyelles apparaissent. Le babillage canonique correspond à la succession de syllabes de type consonnes/voyelles (pa/pa/pa, par exemple). Le babillage mixte correspond à l'apparition de mots à l'intérieur du babillage. C'est le protolangage.

L'apparition des premiers mots s'effectuera conjointement avec l'apprentissage de la mastication.

1.1.3 L'oralité tertiaire

Par ailleurs, Elisa Levavasseur (2017) évoque une oralité « tertiaire » chez l'enfant, qui serait une oralité « cognitive ». D'après elle, « ce ne sont plus seulement sa sensorialité [...] ou ses compétences motrices qui vont l'orienter vers le plaisir ou le déplaisir, mais aussi la représentation qu'il va avoir construite de l'alimentation ». Cette représentation dépend de toutes les expériences positives ou négatives vécues par l'enfant avec un aliment mais aussi de l'étayage offert par les parents autour de cet aliment.

1.2 Les différents sens : rappels théoriques et lien avec l'oralité

Les cinq sens humains sont le fruit d'un long développement qui commence in utero.

1.2.1 Le toucher

C'est le premier sens à se développer in utero (Boudou, & Lecoufle, 2015). Dès la quatrième semaine de grossesse, des récepteurs tactiles apparaissent. A la septième semaine, ces récepteurs tactiles sont présents dans la bouche du bébé. Quand le bébé se déplace dans le liquide amniotique, il ressent des effleurements, des caresses...

A la naissance, le bébé recherche ces sensations tactiles qui le rassurent. Le toucher permet à l'enfant d'explorer le monde qui l'entoure, notamment grâce à la somesthésie buccale : l'enfant porte un objet à la bouche pour en explorer les propriétés.

On différencie deux systèmes sensoriels :

- La sensibilité élémentaire, qui regroupe la sensibilité profonde (sensibilité proprioceptive) et la sensibilité superficielle, thermique, douloureuse. Celle-ci traite des aspects qualitatifs de la perception, et elle est liée aux émotions.
- La sensibilité élaborée, qui fait référence aux gnosies. Elle permet la perception puis la reconnaissance d'un objet touché.

Toucher un aliment permet d'en apprécier la texture. Celle-ci peut également être perçue par la cavité buccale, une fois l'aliment en bouche. Le simple contact renseigne sur ses modalités tactiles et thermiques, puis la mastication permet d'affiner le type de texture allant du dur ou mou : le friable, le granuleux, l'élastique, le croquant, le croustillant, etc... (Rigal,

2000). La texture d'un aliment peut avoir un impact important sur le refus ou l'acceptation de celui-ci. Ainsi, selon une étude rapportée par Natalie Rigal, 49% des enfants aiment le chou-fleur lorsqu'il est préparé en béchamel, contre seulement 34% lorsqu'il est préparé en salade. Dans le premier cas, il est plus mou, alors que dans le deuxième cas, il se présente plus croquant.

1.2.2 L'olfaction

Le sens de l'odorat commence également à se développer dès la vie utérine. Entre la huitième et la onzième semaine de grossesse, la fosse nasale se tapisse de cellules réceptrices des odeurs (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009). Au quatrième mois de grossesse, le fœtus sent l'odeur du liquide amniotique et peut le garder en mémoire, mais c'est à la 25^{ème} semaine que son système olfactif sera totalement fonctionnel (Boudou & Lecoufle, 2015). A la naissance, le bébé est capable de reconnaître l'odeur de sa mère. Les odeurs permettent, d'ailleurs, au bébé de se sentir contenu (Bullinger, 2006).

Les sensations olfactives se développent avant et pendant la dégustation d'un aliment. Respirer un aliment peut avoir deux fonctions : se protéger pour éviter d'ingérer des aliments périmés, ou rechercher du plaisir en éveillant l'appétit. L'odeur d'un aliment senti de l'extérieur peut ne pas correspondre à celle qui s'en dégage dans la bouche. Cela s'explique par le fait que, lorsque l'on met un aliment en bouche, celui-ci voit sa température changer, ce qui modifie la proportion des constituants d'une odeur, et donc sa perception finale (Rigal, 2000). L'odeur d'un aliment peut donc également être perçue une fois dans la bouche, grâce à un conduit qui relie la cavité buccale et la cavité nasale. Les sensations olfactives entreraient dans 90% de la perception du goût (Rigal, 2002).

1.2.3 Le goût

Le sens gustatif se développe en même temps que le sens olfactif, avec lequel il est étroitement lié. Au quatrième mois gestationnel, les papilles gustatives de la langue sont en place. Le fœtus déglutit jusqu'à trois litres de liquide amniotique en fin de grossesse et peut déjà distinguer les quatre saveurs de base : le sucré, le salé, l'amer et l'acide (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009). A la naissance, le bébé continuera à développer ce sens à travers les différents laits, puis lorsqu'il passera à l'alimentation solide.

La sensation du goût, appelée la saveur, est perçue par les papilles gustatives, qui sont des récepteurs linguaux, et qui reçoivent les informations des molécules sapides. La séparation des saveurs en quatre catégories n'est, dans les faits, pas aussi stricte. Chaque

aliment se trouve, en réalité, à l'intersection de plusieurs saveurs. Plusieurs saveurs sont, d'ailleurs, difficiles voire impossibles à nommer, comme celle de la réglisse par exemple. Les japonais ont, par ailleurs, introduit une cinquième saveur : l'umami. Celle-ci traduirait le goût spécifique du glutamate et se situerait entre le sucré, le salé et l'acide. Natalie Rigal (2002) cite deux études (Fischler et Chiva, 1986, et Chiva et Baudier, 1990) portant sur les préférences gustatives des enfants et des adolescents. Celles-ci mettent en lumière l'existence d'un « goût infantin », c'est-à-dire un goût commun à une majorité d'enfants et d'adolescents. Les aliments préférés sont principalement les aliments sucrés (fruits, pâtisseries, glaces), mais aussi certains aliments salés et simples (frites, pâtes, riz, pain et pizza), certaines viandes (bifteck, poulet) et laitage. Ces aliments ont tous en commun d'être gras ou riches en sucres lents, avec un goût et une odeur peu développés et une texture molle.

1.2.4 L'ouïe

Dans le ventre de sa mère, le bébé perçoit certains sons provenant du corps de la mère, comme les battements de son cœur, mais aussi de l'environnement extérieur (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009). Ses tympanes sont formés à six mois de gestation et il peut percevoir les sons aigus. Il peut aussi reconnaître certaines voix. A la naissance, il est parfaitement capable de distinguer la voix de sa mère parmi d'autres (Boudou, & Lecoufle, 2015). Il peut sursauter en entendant certains bruits inconnus, et les rituels avec des bruits connus le rassurent (l'eau qui coule avant le bain par exemple).

Lorsqu'un aliment est présenté, l'ouïe participe à sa découverte avant qu'il n'entre en bouche et une fois en bouche. A l'intérieur de la bouche, les bruits de l'aliment participent à la perception de sa texture, lorsqu'il est mastiqué. L'ouïe reste malgré tout le sens le moins utilisé lors de la découverte de la sensorialité alimentaire (Rigal, 2000).

1.2.5 La vision

C'est le dernier sens à se mettre en place. Les paupières du bébé s'ouvrent et ses yeux deviennent sensibles à la lumière au septième mois de grossesse environ (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009). A la naissance, sa vision n'est pas tout à fait mature car elle n'a pas été très stimulée durant la vie utérine (Boudou, & Lecoufle, 2015). Son champ visuel est limité à 30 cm. Puis, sa vision se précise et, à trois mois, il est capable de distinguer ses proches.

Même si la vision est le dernier sens à se développer, c'est le premier qui participe à l'approche d'un aliment : « L'aliment se consomme tout d'abord avec les yeux » (Rigal, 2000). Il permet d'en apprécier l'aspect, l'état (solide ou liquide), la couleur ou la forme.

D'ailleurs, un aliment est facilement descriptible visuellement par un enfant, ce qui n'est pas toujours le cas pour les autres sens. Cependant, Natalie Rigal (2000) rappelle que les indices visuels ne sont pas toujours fiables : la couleur ou la forme d'un aliment ne permet pas de prédire son goût. Pourtant, c'est en se basant sur l'aspect visuel que l'enfant va décider ou non de goûter l'aliment présenté. Soigner la présentation d'un aliment est donc primordial chez les enfants souffrant de troubles de l'oralité : un aliment « beau » sera plus facilement goûté.

Par ailleurs, l'appareil vestibulaire (et la sensibilité vestibulaire) joue également un rôle important dans l'appréhension et la compréhension de l'environnement puisqu'il renseigne sur l'orientation spatiale du corps (Boudou, & Lecoufle, 2015).

2. La dysoralité et ses méthodes de prise en charge

2.1 Les troubles de l'oralité ou « dysoralité » : définition classique

Pour Catherine Thibault (2017), la dysoralité renvoie à « 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, et de troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant ».

Elle parle de « troubles du comportement alimentaire » (TCA). Voici ceux qu'elle distingue :

- Les TCA secondaires à une pathologie digestive
- Les TCA secondaires à une pathologie extradiigestive
- Les anomalies congénitales de la déglutition

En plus de ces pathologies et anomalies d'origine organique, certains troubles du comportement peuvent revêtir un aspect plus psychologique. Catherine Thibault cite deux types d'anorexie chez l'enfant :

- Les anorexies psychogènes du jeune enfant, qui sont la conséquence de désorganisations des échanges dans les interactions mère-enfant.
- Les anorexies post-traumatiques, qui peuvent être la conséquence d'un manque d'expérimentation orale, d'un investissement négatif de la sphère orale, de perturbations du rythme faim/satiété (à cause de la nutrition artificielle, notamment),

ou de perturbations du lien mère-enfant provoquées par des pathologies précoces graves.

Lorsque l'alimentation de l'enfant est perturbée, sa croissance et son développement sont menacés. Les troubles alimentaires constituent donc un problème familial par l'inquiétude grandissante des parents. De par la multitude d'étiologies présentées, le diagnostic et le traitement des troubles alimentaires de l'enfant relève d'une « procédure multidisciplinaire » engageant de multiples professionnels médicaux et paramédicaux. (Grevesse, 2017). Mais les dysoralités ne sont pas toujours la conséquence d'un trouble organique.

Elisa Levavasseur (2017) identifie quatre piliers développementaux sur lesquels peuvent reposer les troubles alimentaires :

- Les aspects sensoriels : modulation des seuils sensoriels et discrimination
- Les aspects moteurs et gnoso-praxiques
- Les aspects organiques : neurologiques, digestifs et respiratoires
- Les aspects environnementaux : terrain épigénétique, propositions familiales, étayage spécifique

Elle précise que chaque aspect peut présenter des dysfonctionnements dans les troubles de l'oralité alimentaire. Selon Elsa Bandelier (2015), ces quatre axes sont le plus souvent intriqués. Lorsqu'il s'agit uniquement d'un trouble d'origine sensorielle, celui-ci possède une terminologie différente.

2.2 Le Syndrome de Dysoralité Sensorielle (SDS)

C'est Catherine Senez qui, la première, a introduit la notion de « Syndrome de Dysoralité Sensorielle » (tirée de l'anglais : « Sensory Processing Disorder »). Elle le définit comme « une hyper réactivité génétique des organes du goût et de l'odorat ». Ce SDS est généralement associé à des particularités sensorielles touchant tous les sens. Senez souligne que le SDS touche environ 25% des enfants à développement normal, et jusqu'à 80% des enfants avec handicap. Elle a créé une échelle permettant la classification des SDS (Senez, 2015).

Les critères principaux d'un Syndrome de Dysoralité Sensorielle sont les suivants :

- Notion de transmission transgénérationnelle
- Début des troubles dans la première année de vie

- Appétit médiocre et irrégulier
- Lenteur pour s'alimenter
- Sélectivité sur la température des aliments
- Sélectivité sur les goûts
- Sélectivité sur les textures
- Refus des aliments nouveaux
- Peu ou pas de mastication même si elle est possible

A ceux-là, s'ajoutent des critères secondaires, qui peuvent être inconstants ou variables selon les individus : difficultés d'ouverture de la bouche pendant les repas, nausées pendant les repas, régurgitations, vomissements, vomissements si la personne est forcée pendant le repas, aliments gardés en bouche, nausées au brossage des dents, exacerbations olfactives. M.J. Tissier distingue les troubles alimentaires dans les cas de défense sensorielle (hypersensibilité), et les troubles alimentaires dans les cas de dormance sensorielle (hyposensibilité) (Prudhon Havard, Carreau & Tuffreau, 2009).

Parmi les critères principaux listés par Senez, on retrouve le refus des aliments nouveaux, aussi appelé « néophobie ». Cela se traduit par « une réticence à goûter un produit nouveau [...] et par une tendance à le trouver mauvais, dès lors que l'on accepte d'y goûter ». (Rigal, 2002). La néophobie est universelle et d'autant plus remarquable entre l'âge de deux et dix ans. Elle est considérée comme une période normale du développement de l'enfant (Rigal, 2004). Ce critère, seul, ne peut donc amener à poser le diagnostic de trouble de l'oralité alimentaire.

La dysoralité ou le Syndrome de dysoralité sensorielle se retrouve néanmoins presque systématiquement dans certaines pathologies. C'est le cas de la déficience intellectuelle. Ainsi, Perske et al. (1977) (cités par Prudhon Havard, Carreau, & Tuffreau, 2009) soulignent que 80% des personnes avec déficience intellectuelle et vivant en institution présentent des troubles de l'oralité alimentaire. Dans ce cas, les troubles ne sont pas seulement liés à des troubles sensoriels, mais aussi à des troubles praxiques. Heinrichs et Rokusek (1985) précisent que les enfants avec déficience intellectuelle sont fréquemment nourris avec des aliments mixés ou mous, ce qui nuit au bon développement de la bouche. Ces enfants deviennent donc très sélectifs. Une prise en charge de ces troubles semble donc nécessaire.

2.3 La prise en charge des troubles de l'oralité

Le type de prise en charge dépend principalement de l'origine du trouble (sensoriel, moteur, organique/gnoso-praxique ou environnemental) (Levavasseur, 2017).

Dans tous les cas, un accompagnement parental est primordial dans ce type de pathologie. Il consiste à rassurer les parents mais aussi à apporter des conseils sur l'installation de l'enfant, l'environnement pendant le repas, les attitudes à éviter (le forçage, par exemple) et les attitudes à adopter (Jaen Guillaume, 2014). Le thérapeute valorise les initiatives des parents « en respectant leurs coutumes et leurs règles de vie et surtout, en les dirigeant vers l'autonomie » (Barbier, 2004).

La rééducation des troubles de l'oralité d'origine sensorielle peut également s'effectuer en séances (en cabinet libéral ou en structure). Elsa Bandelier (2015) préconise une stimulation de l'ensemble des sens de manière ludique. Ce travail doit se faire de manière progressive avec des stimuli alimentaires mais aussi non alimentaires. Pour Cynthia Jaen Guillaume (2014) l'orthophoniste doit amener l'enfant à toucher différentes textures, et ceci dans le but de conduire à une exploration de la sphère orale par la suite (se lécher les doigts, etc...). Elsa Bandelier propose une exploration qui débiterait par une approche corporelle globale pour se rapprocher de la bouche. Elle évoque les ateliers « patouilles » au cours desquels différentes textures (alimentaires et non alimentaires) sont proposées à l'enfant, qui est incité à « patouiller ». Les groupes « Patouille » ont, initialement, été créés par le Groupe Miam-Miam, présidé par Véronique Leblanc, et ont pour but de faire découvrir aux enfants souffrant de troubles de l'oralité la « bouche-plaisir » en touchant et goûtant les aliments « du bout des doigts puis du bout de la langue » (Castelain-Levêque, Chancerelle, François, & Leblanc, 2004).

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

Dans son mémoire d'orthophonie, Hélène Maubant (2016) a mis en place des ateliers de type « Patouille » auprès de deux enfants présentant des troubles de l'oralité. Ces ateliers débutaient par des massages corporels, puis se poursuivaient par un temps de « Patouille » en suivant une progression de type solide / friable / mou / visqueux / collant. Ils s'achevaient par un temps de découverte alimentaire où chaque enfant pouvait se servir s'il le souhaitait. Les résultats ont été positifs. Sa première hypothèse qui était que « Le fonctionnement en groupe permet à chaque enfant de s'appuyer sur les avancées des autres pour avancer soi-même, par des attitudes d'imitation » a été validée, sa deuxième hypothèse qui était que « Le travail de « Patouille » permet de régulariser le seuil de la sensibilité tactile des enfants quand celui-ci est anormalement bas ou élevé » a été également validée et sa troisième hypothèse qui était que « La régularisation du seuil de la sensibilité tactile permet une diminution des troubles de l'oralité et une ouverture au monde alimentaire » a été partiellement validée.

En revanche, ce mémoire, comme de nombreux autres, met en avant essentiellement le sens du toucher et du goût puisqu'il est souvent question d'exploration tactile des matières et d'exploration gustative des aliments.

Peu d'études laissent place à l'exploration des textures et des aliments par les cinq sens. Or, comme le précise Véronique Leblanc (2009) : « L'action de manger implique la quasi-totalité des sens : vue, toucher, odorat, goût ».

Notre hypothèse principale est donc que proposer un atelier multi-sensoriel de façon hebdomadaire à des enfants de cinq à onze ans accueillis en IME permettrait de réduire les troubles de l'oralité alimentaire et verbale constatés chez ces enfants.

Les hypothèses secondaires sont les suivantes :

- Réguler la sensibilité des enfants avec la découverte et l'exploration de différentes textures alimentaires et non alimentaires à l'aide des cinq sens (la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat, et le goût) aurait pour conséquence une meilleure acceptation des morceaux et de différentes textures alimentaires, et donc de diminuer les troubles de l'oralité alimentaire.

- Diminuer les troubles de l'oralité alimentaire aurait un impact positif sur les troubles de l'oralité verbale, sous forme de diminution également.
- Etre intégré dans un groupe serait bénéfique pour chaque enfant, grâce à l'imitation des uns et des autres.

L'objectif sera d'observer si les hypothèses sont validées ou pas.

MÉTHODOLOGIE

1. Participants

Trois enfants ont été sélectionnés pour participer à ces ateliers de groupe. Ils ont été choisis car ils présentent tous les trois des troubles de l'oralité importants, tant sur le plan verbal que le plan alimentaire, et prennent leur repas en texture mixée. Ils sont tous les trois à temps plein à l'IME mais ne sont pas dans les mêmes groupes.

Les critères d'inclusion sont donc les suivants:

- Etre institutionnalisé en IME
- Présenter des troubles de l'oralité alimentaire et verbale
- Avoir entre cinq et onze ans
- Recevoir une alimentation orale mixée

○ Tom¹

Tom est né le 12/06/2012 et a donc six ans et un mois lors du bilan. Il est né avec une malformation des yeux (fentes palpébrales occluses). Une opération a été effectuée en février 2016 et désormais il possède des lunettes qui corrigent sa vue. Tom présente un retard global. Il est décrit comme un enfant agréable et en pleine évolution dans de nombreux domaines (langage, motricité, propreté, etc...).

○ Clémentine¹

Clémentine est une enfant née le 01/12/2012, et a donc cinq ans et sept mois lors du bilan. Aucune pathologie n'a été diagnostiquée mais elle présente un retard global de développement. Elle est arrivée à l'IME en juin 2018, et avait auparavant été scolarisée en moyenne section après un passage en crèche, dans laquelle la LSF lui avait été proposée. C'est une petite fille souriante, qui s'intéresse aux activités qui lui sont proposées.

○ Carl¹

Carl est un enfant né le 25/12/2007, qui a donc dix ans et sept mois au moment du bilan. Il présente une trisomie 14 partielle. Il est né avec une fente palatine qui a été rapidement

¹ Pour garantir l'anonymat, les prénoms des enfants ont été modifiés.

opérée, mais il n'a pas bénéficié d'un suivi orthophonique. Il présente un retard global (de croissance, psychomoteur...) et une déficience intellectuelle. On note également une hypotonie ainsi que des troubles du sommeil. Il porte des lunettes. Il est régulièrement touché par des infections de la sphère ORL (otites, rhumes, troubles respiratoires...).

Les bilans effectués avant le protocole (à T1) ont permis de mettre en lumière les informations suivantes :

COMMUNICATION :

- Expression non verbale :

Tom : Il peut solliciter des interactions avec les adultes et les enfants et il est adapté dans la communication. Les prérequis à la communication sont tous présents et sa communication est fonctionnelle. En effet, pour se faire comprendre, il utilise les mimiques, les gestes, les signes (qu'il connaît très bien), les photos et les pictogrammes.

Clémentine : Elle semble avoir une réelle appétence à la communication et est adaptée lors des interactions sociales. Cependant, elle ne cherche pas particulièrement l'interaction avec ses camarades. Les compétences socles et prérequis à la communication sont tous présents : mise en place du regard, poursuite visuelle, attention conjointe, imitation, tours de rôle, pointage, etc...

Pour communiquer, elle utilise les mimiques (surprise, joie, excitation), les gestes (oui et non de la tête, par exemple), les signes et, quelques fois, les photos et les pictogrammes.

Des stéréotypies gestuelles sont présentes chez Clémentine : elle agite les mains le long de son ventre lors d'émotions vives (joie, peur, etc...).

Carl : Il cherche régulièrement à entrer en communication avec autrui. Il est sociable, il va facilement vers les adultes, même ceux qu'il ne connaît pas. Il recherche beaucoup le contact avec l'adulte et peut avoir des difficultés à se décoller de lui.

Toutes les compétences socles qui constituent des prérequis au langage semblent présentes.

Il peut utiliser les mimiques, les gestes (de la tête, par exemple), les signes (qu'il a très bien investis), les photos et les pictogrammes.

Néanmoins, il reste difficile d'évaluer précisément le stock de signes que possède Carl.

- Expression verbale :

Tom : Il oralise quelques mots (« papa », « maman », /wi/ (pour Jean-Louis, son chauffeur de taxi), son prénom, « oui », « non », « pipi »...) et produit quelques syllabes, surtout des consonnes labiales et des voyelles.

Avant qu'un mot soit oralisé, Tom passe par plusieurs étapes : d'abord, il ébauche le mouvement des lèvres, ensuite, il le chuchote, puis, il le sonorise. Ces étapes peuvent durer plusieurs mois chacune. L'intensité de sa voix pour les mots sonorisés est très faible. L'oralisation des mots est récente : Tom ne disait aucun mot quelques mois avant le bilan.

Clémentine : Le langage oral de Clémentine se limite à quelques mots (« papa », « maman », « toi », « moi »...). Elle ne produit aucune phrase. Clémentine oralise très peu, toutes ses demandes sont effectuées par gestes ou par signes. On relève cependant des petites vocalises et syllabes non significatives.

Carl : Il émet des sons et quelques mots compréhensibles (« attends », « après ? »), qui sont la plupart du temps des mots phrases. Il peut enchaîner des sons avec une intonation qui ressemble à une phrase. Cependant, son articulation est très perturbée.

- Compréhension :

Tom : La compréhension de Tom est bonne. Il comprend les messages verbaux, les signes et les pictogrammes. Il a cependant besoin d'une consigne à la fois pour mieux comprendre, et parfois de répétitions.

Clémentine : Elle peut comprendre des phrases simples et des mots en contexte, et peut répondre aux questions fermées.

Elle comprend les signes et les pictogrammes qu'elle connaît ; elle s'en est d'ailleurs saisie rapidement.

Carl : Il comprend des mots et des phrases en contexte (ex : « va jouer avec tes camarades »), il répond à son prénom. Il comprend très bien les signes du Makaton ainsi que les pictogrammes.

COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Tom : Il mange en texture mixée, avec une petite cuillère. Il est autonome pendant le repas. On observe peu (voire pas) de mouvements masticatoires. Il boit au verre mais est très lent. Il peut manger des petits morceaux dans la nourriture mixée. Il est demandeur et essaye de goûter à tout. Parfois, il goûte des petits morceaux : pour cela, il les croque avec les incisives antérieures et garde les morceaux à l'avant de la bouche. Il est fier de montrer lorsqu'il croque un morceau, et ouvre grand la bouche devant les adultes. Comme il ne mastique pas, il laisse les aliments « fondre » sur sa langue. Cependant, il possède un réflexe nauséux important et très antérieur. Ainsi, lorsque le morceau glisse vers la base de langue, celui-ci lui déclenche un haut-le-cœur qui peut aller jusqu'à le faire régurgiter. Durant le bilan, il a tout de même pu avaler des morceaux d'omelette et de vache-qui-rit.

Il sélectionne beaucoup les aliments, il les sent avant de les mettre à la bouche mais n'aime pas beaucoup les toucher.

La quantité ainsi que la durée des repas sont normales. Il boit un biberon de lait tous les matins.

Clémentine : Elle mange principalement en texture mixée du fait de sa fatigabilité. En effet, il peut lui arriver de faire des fausses-routes au cours du repas, car mastiquer lui demande beaucoup d'efforts. Elle semble avoir des difficultés à propulser le bol alimentaire en arrière, durant le temps oral. Cependant, les mouvements masticatoires sont présents et elle peut manger des petits morceaux (tels que des crudités ou des céréales). Elle mange et boit des petites quantités. La durée des repas est normale. Clémentine est autonome lors des repas : elle mange seule avec une petite cuillère, et boit au verre avec encoche nasale. On remarque qu'elle prend plaisir à manger, elle demande à goûter les aliments. Elle pointe le pichet d'eau et les plats lorsqu'elle veut qu'on la resserve.

Carl : Il mange en texture mixée enrichie depuis 2013, auparavant il ne buvait qu'au biberon. Il peut également manger des gâteaux écrasés mais, hormis cela, il recrache dès lors qu'il sent un morceau. A l'IME, il dispose de deux cuillères avec manche épais et coudé ainsi que d'un verre à deux anses. Il n'est pas autonome à table : l'adulte doit accompagner son mouvement avec la cuillère, en lui tenant la main. Carl souffre d'allergies alimentaires : poisson, œuf, moutarde, chocolat et fruits à coque. Il connaît ses allergies et peut refuser un aliment s'il sait qu'il contient ces aliments allergènes. On observe peu de mouvements masticatoires, il semble « téter » les aliments car on observe une importante protrusion

linguale. On relève un bavage dû à la protrusion linguale et à l'absence de fermeture labiale. Une partie de la cuillère mise en bouche n'est donc pas récupérée. La respiration est buccale. Durant le repas, il ne regarde ni son assiette ni sa cuillère, son regard est constamment orienté vers les stimulations extérieures. Il boit très peu, et on doit lui rappeler régulièrement de le faire. Boire donne également lieu à un bavage. Le temps du repas est très long, nécessitant de nombreuses sollicitations de la part de l'adulte, et les quantités ingérées sont assez faibles. C'est pourquoi, des compléments alimentaires lui sont donnés.

PROFIL SENSORIEL :

Tom : Le score total du profil sensoriel de DUNN est de 155/190, ce qui est dans la norme.

En revanche, quelques sous-items présentent des scores très faibles. L'item « Sensibilité au mouvement » montre que Tom n'est pas à l'aise dans les activités où il doit se retrouver la tête en bas ou en hauteur. On retrouve également un score faible à l'item « Sensibilité visuelle », qui met en avant une forte sensibilité à la lumière (sans doute liée à sa cécité antérieure).

On relève d'autres particularités sensorielles chez Tom : il est souvent gêné par le bruit, il semble ne pas toujours entendre ce qu'on lui dit (comme s'il ne voulait pas entendre), il a du mal à fixer son attention sur une activité, et il n'aime pas avoir les mains sales. Il est hypotonique et semble souvent « affalé » sur sa chaise ou sur la table. Il peut adopter des postures particulières comme dormir les fesses en l'air. Au niveau de la sphère orale, le brossage des dents est compliqué : il ne brosse que les deux incisives du haut.

Clémentine : Le score obtenu est de 146/190, ce qui met en lumière une différence probable par rapport à la norme.

Le profil sensoriel de DUNN met en évidence quelques particularités sensorielles chez Clémentine. En effet, le score chuté à l'item « Manque d'énergie/faiblesse » montre que Clémentine est très fatigable et manque de forces par rapport aux enfants du même âge. De même, le score pathologique à l'item « Sensibilité visuelle/auditive » montre que Clémentine est très sensible aux bruits et à la lumière : elle a peur des bruits forts, sursaute, et n'aime pas quand il y a trop de bruit dans une salle ; elle est souvent très gênée par le soleil et est attirée par les personnes ou les objets en mouvement.

Hormis ces scores, d'autres particularités sont relevées : Clémentine cherche le contact, elle aime toucher les cheveux des autres, mettre son visage en contact avec le sol, être dans les bras de l'adulte et être contenue. Elle a un comportement anxieux face à l'eau froide. De plus, elle ne ressent pas le danger (elle peut se mettre au milieu des vélos dans la cour).

Au niveau tactile, elle aime jouer avec l'herbe, la terre ou le sable, elle est au stade du transvasement. Avoir les mains sales ne la dérange pas.

Carl : Le score obtenu est de 126/190, ce qui montre une différence probable à la norme.

Cinq items sur sept sont chutés au profil de DUNN. L'item « Sensibilité au goût/à l'odorat » révèle une hyper-sélectivité au niveau des goûts et des textures. L'item « Sensibilité au mouvement » montre que Carl a souvent peur de tomber (manque de confiance en lui) et n'aime pas se retrouver la tête en bas. L'item « Filtrage auditif » montre une attention labile et des difficultés de concentration lorsqu'il y a du bruit. Carl a besoin d'étayages constants de l'adulte pour accomplir une activité. L'item « Manque d'énergie » met en avant une faiblesse musculaire chez Carl, avec un manque de force (il peut difficilement se lever seul quand il est assis) et une fatigabilité. Enfin, l'item « Sensibilité visuelle/auditive » montre que Carl est très sensible à la lumière du soleil. Il a d'ailleurs été diagnostiqué « photosensible » et n'a pu être confronté à la lumière du soleil qu'à l'âge de trois ans.

On relève d'autres particularités chez Carl : il agite régulièrement les bras et claque la langue lorsqu'il est statique, il agrippe le bras de l'adulte pour l'interpeller, il ne supporte pas d'avoir les mains sales mais le visage sale ne le dérange pas, il lui arrive de mâchonner sa serviette. Il panique lorsqu'il perd l'équilibre et, lorsqu'il tombe, il est raide.

Tableau 1 : Données recueillies à partir de la « Grille d'évaluation orthophonique des troubles de déglutition et d'alimentation d'origine neurologique » de Dominique Crunelle, avant le protocole (T1).

Enfants	Durée des repas	Quantité ingérée	Capacités d'autonomie	Mastication	Texture	Total
Tom	1	1	1	0	1	4
Clémentine	1	0	1	1	1	4
Carl	0	0	0	0	0	0

La durée des repas est cotée de 0 (longue) à 1 (normale). La quantité ingérée est cotée de 0 (insuffisante) à 1 (normale). Les capacités d'autonomie sont cotées de 0 (insuffisantes) à 1 (normales). La mastication est cotée 0 lorsqu'elle n'est pas présente, 1 lorsqu'elle est présente mais faible, et 2 lorsqu'elle est présente et normale. La texture est cotée 0 lorsque l'enfant mange uniquement en texture mixée, 1 lorsqu'il mange en majorité en texture mixée, 2 lorsqu'il mange en majorité en texture solide, et 3 lorsqu'il mange en texture solide uniquement.

2. Matériel et Méthode

Des évaluations pré-protocole (à T1) et post-protocole (à T2) ont été effectuées. Celles-ci se sont déroulées en plusieurs étapes.

Tout d'abord, nous avons réalisé une observation de chaque enfant pendant un temps de repas. Pour la deuxième évaluation, nous avons choisi de filmer pour pouvoir visionner les images. Nous proposons à chaque enfant une entrée, un plat et un dessert. Nous observons son comportement et les aliments mis en bouche. Puis, après le repas, nous faisons une synthèse (à l'aide de la vidéo pour la deuxième évaluation) et nous remplissons, pour chaque enfant, la « Grille d'évaluation orthophonique des troubles de déglutition et d'alimentation d'origine neurologique » de Dominique Crunelle. Cette grille permettait d'objectiver et synthétiser les troubles d'alimentation : durée des repas, quantités, position, tonicité bucco-faciale, mastication, sélection, troubles associés, etc...

Ensuite, nous remplissons, avec l'éducateur référent de chaque enfant, le profil sensoriel de DUNN (W. Dunn, 1957) qui permet de déterminer la présence ou non de troubles sensoriels ainsi que leurs impacts sur le quotidien de l'enfant. Celui-ci se présente sous forme de grille composée de 38 questions, regroupées en sept items :

- Sensibilité tactile
- Sensibilité au goût/à l'odorat
- Hyporéactivité/Recherche de sensations
- Filtrage auditif
- Manque d'énergie/Faible
- Sensibilité visuelle/Auditive

Les réponses vont de « Toujours » (1 point) à « Jamais » (5 points). Moins l'enfant a de points, plus on retrouve une « Différence avérée », c'est-à-dire qu'il présente des troubles sensoriels objectivés.

Enfin, nous établissons le profil langagier de l'enfant à l'aide d'une grille réalisée par l'orthophoniste de l'IME, et remis aux éducateurs référents à chaque nouvelle entrée. Cette grille est composée de cinq items portant sur le langage oral et ses prérequis :

- Le regard
- L'écoute
- Les signes
- Les pictogrammes
- Le langage oral

3. Déroulement

Avant de commencer les ateliers, une lettre d'information présentant le protocole ainsi qu'un consentement éclairé de participation ont été remis aux parents de chaque enfant (cf Annexe 7). Nous avons également présenté le projet à toute l'équipe afin que chacun comprenne en quoi les ateliers consistaient ainsi que les objectifs recherchés. Le protocole n'a démarré que lorsque nous avons récupéré tous les consentements signés.

Les ateliers se sont déroulés de septembre 2018 à mars 2019, tous les mardis matins, à l'IME Elie de Beaumont de Caen. Cette structure accueille des enfants entre cinq et douze ans, présentant une déficience intellectuelle. Les séances étaient filmées, les enfants ainsi que les parents avaient été prévenus au préalable. Les ateliers étaient constitués de trois enfants ainsi que de trois adultes : deux orthophonistes et moi-même. Chaque atelier durait 45 minutes et se découpait en plusieurs temps.

Tout d'abord, nous allions chercher chaque enfant sur son « groupe » respectif.

Ensuite, nous commençons les ateliers par des comptines. La première était la chanson du « Petit Pouce » qui dit bonjour (cf Annexe 3). Cette comptine est accompagnée de gestes avec les doigts : le pouce vient tapoter successivement tous les autres doigts de la main. Elle a été choisie car elle met les mains en mouvement et permet de délier les doigts. La deuxième était la comptine du « Tour de la Maison » (cf Annexe 5), lors de laquelle nous effectuions

des petits massages sur tout le visage de l'enfant. La troisième était celle du « Tour de la Maison » de Catherine Senez, avec des petites pressions sur le visage.

Puis, nous introduisons les objets et/ou textures non alimentaires. Nous les nommions et faisons le signe, quand cela était possible. Nous incitions les enfants à utiliser tous leurs sens pour les explorer, avec des petites phrases comme : « oh tu vois ? », « ça sent bon ? », « est-ce que ça fait du bruit ? », etc... Nous pouvions initier des jeux avec ces objets. Quand cela était possible, nous nous mettions sur les tapis pour ce temps-là, afin de séparer spatialement les différents temps au sein des ateliers.

Ensuite, nous nous mettions autour d'une table et nous introduisons les aliments, que nous nommions également systématiquement en faisant le signe. Les aliments étaient soit disposés dans des bacs, soit déposés à même la table ou sur une feuille de papier A3. En effet, nous avons fait le choix de ne pas introduire de couverts ni d'assiette, pour ne pas que cette activité soit associée à un temps de repas, qui peut être anxiogène chez ces enfants. De même qu'avec les objets non alimentaires, nous incitions les enfants à explorer chaque aliment avec tous leurs sens et nous initiions des jeux. L'objectif était également de favoriser l'imitation. Si l'enfant ne souhaitait pas mettre en bouche l'aliment, nous ne l'y forçons pas, mais nous demandions à chaque enfant de rester assis autour de la table.

Enfin, nous achevions les ateliers par la comptine de fin, qui était la chanson du « Petit Pouce » qui dit au revoir (cf Annexe 4), toujours associée à des gestes, puis nous ramenions chaque enfant sur son groupe.

Après chaque atelier, nous nous réunissions afin de remplir la grille d'analyse élaborée au préalable (cf Annexe 2). Cette grille permettait de synthétiser tout ce qui avait été observé chez chaque enfant pendant les séances. Elle nous a notamment permis d'effectuer des comparaisons intra-personnelles. Nous remplissions une grille par enfant, en nous appuyant sur le visionnage des vidéos ainsi que sur nos souvenirs.

Il est à noter que lors de chaque atelier, un(e) ou deux objet(s)/texture(s) non alimentaires ainsi que deux ou trois aliments étaient présentés aux enfants. Chaque objet et aliment était présenté sur deux séances consécutives, en alternance avec un autre, de sorte qu'à chaque séance, on présentait à l'enfant un objet et un aliment qu'il connaissait, et au moins un objet et un aliment inconnu pour lui.

La progression des textures était celle proposée par Véronique Leblanc, psychologue spécialisée dans les troubles de l'oralité (dans sa brochure « Boîte à idée pour oralité malmenée du jeune enfant », 2012) : d'abord les textures franches/sèches, puis les textures fluides, puis les textures mouillées et enfin les textures collantes.

Tableau 2 : Objets et aliments présentés lors des séances, en fonction des textures.

	OBJETS	ALIMENTS
SEANCE 1	Création sets de table : peinture, feutres, crayons de couleurs, gommettes...	
SEANCE 2	Instruments de musique	Pâtes sèches Carottes
SEANCE 3	Instruments de musique Balles sensorielles	Pâtes sèches Amandes/Noix
SEANCE 4	Balles sensorielles Chewy Tubes	Carottes Fromage sec (emmental) Pommes entières
SEANCE 5	Chewy tubes, Boules pompons Plumes	Fromage sec (emmental) Coquillettes Farine
SEANCE 6	Boules pompons Balles araignées	Coquillettes Sucre glace Semoule
SEANCE 7	Balles araignées Coton	Semoule Farine
SEANCE 8	Coton, paille	Farine Sucre
SEANCE 9	Paille Plumes	Sucre Riz
SEANCE 10	Plumes, Peinture	Riz Pommes coupées Compote
SEANCE 11	Eau savonneuse	Pommes coupées

		Crèmes dessert
SEANCE 12	Peinture	Crèmes dessert Tomates coupées
SEANCE 13	Eau savonneuse	Tomates coupées Oranges
SEANCE 14	Eau Flocons de maïs à jouer	Oranges Pâtes cuites
SEANCE 15	Flocons de maïs à jouer Pâte à modeler	Pâtes cuites Ketchup
SEANCE 16	Pâte à modeler Balles collantes	Ketchup Sucre + eau
SEANCE 17	Balles collantes Slime	Sucre + eau Miel

En **vert clair** : les séances portant sur les textures Franches/Sèches.

En **vert foncé** : les séances portant sur les textures Fluides.

En **bleu clair** : les séances portant sur les textures Mouillées.

En **bleu foncé** : les séances portant sur les textures Collantes.

Seize séances avaient été initialement prévues afin que quatre séances soient attribuées à chaque texture. Or, le taux d'absentéisme des enfants lors des séances portant sur les textures fluides ayant été jugé trop important, nous avons ajouté une cinquième séance pour cette texture.

L'un des enfants (Carl) présentait plusieurs allergies alimentaires. Lorsqu'un aliment allergène était proposé (les amandes et les noix, par exemple), nous le mettions du côté des deux autres enfants, et nous proposons à Carl de manipuler les autres aliments, non allergènes pour lui, toujours dans la même texture.

A la fin des dix-sept séances, et après avoir effectué les évaluations post-protocole, un retour a été fait aux parents des trois enfants, sous forme de synthèse écrite, ainsi qu'aux éducateurs référents des enfants.

4. Plan de la recherche

La méthode utilisée pour ce protocole est une étude de cas multiples : trois enfants ont été comparés à eux-mêmes avant (à T1) et après (à T2) la mise en place des ateliers afin d'évaluer l'impact du protocole.

La variable indépendante est la mise en place des ateliers multi-sensoriels (protocole).

La variable dépendante correspond donc aux troubles de l'oralité des enfants, évalués avant et après le protocole.

Les hypothèses opérationnelles sont les suivantes :

- On retrouvera une meilleure acceptation des morceaux ainsi qu'une diversification des textures et des goûts chez les enfants du groupe après le protocole (à T2).
- On retrouvera une diversification des productions verbales chez ces enfants après le protocole (à T2).

RÉSULTATS

Les « Grilles d'analyse des vidéos » remplies après chaque atelier ont permis de faire une synthèse des séances pour chaque enfant. Ainsi, nous avons pu établir un tableau récapitulant les objets et les aliments présentés, ainsi que les comportements de chaque enfant vis-à-vis de ces textures (cf Annexe 6).

Des bilans ont été réalisés après le protocole (à T2). Ils ont mis en lumière les informations suivantes :

COMMUNICATION

- Expression non verbale :

Tom : Il est toujours aussi adapté dans la communication. Pour communiquer, il continue d'utiliser les gestes, les mimiques, les signes, et parfois les photos et les pictogrammes. Les mimiques sont très présentes chez lui : il sourit beaucoup et fait régulièrement une mimique fatiguée.

Clémentine : L'appétence à la communication est toujours présente chez Clémentine. Elle ne recherche toujours pas particulièrement à communiquer avec ses pairs. Elle continue d'utiliser les mimiques et les signes pour communiquer, et, quelques fois, les photos et les pictogrammes. Les stéréotypies gestuelles sont toujours présentes mais semblent moins fréquentes.

Carl : Il recherche toujours le contact avec l'adulte et entre facilement en communication. Pour communiquer, il utilise toujours les mimiques, les gestes, les signes (qu'il continue toujours à très bien investir), les photos et les pictogrammes.

- Expression verbale :

Tom : Les mêmes mots qu'au bilan précédant sont oralisés par Tom. Il oralise la fin de certains mots, surtout ceux qu'il connaît bien (« bébé », par exemple). Il passe toujours par les mêmes étapes avant d'oraliser les mots : mouvement des lèvres, chuchotement puis sonorisation. Son éducatrice référente remarque qu'il essaye davantage d'oraliser, qu'il est plus sûr de lui. Elle relève, cependant, que lorsqu'un adulte ne le comprend pas, il peut lui arriver de se bloquer et de refuser de répéter.

Clémentine : La plupart de ses demandes sont effectuées par gestes ou signes, comme au bilan précédant. Cependant, son éducatrice référente relève qu'elle produit davantage de sons et de mots compréhensibles : /e/ (pour « IME »), /ya/ (pour « Yann », son chauffeur de taxi), et « Tom » (un enfant de son groupe). Ces mots ou syllabes n'étaient pas produits auparavant. Durant les séances, nous l'avons entendu sonoriser « babapapa » (pour « Barbapapa », le personnage de dessin animé). Elle fait parfois des bruits de gorge pour interpeller l'adulte.

Carl : Son articulation reste très perturbée. Il émet toujours des sons et des mots parfois compréhensibles. Il couple souvent son langage oral aux signes, pour mieux se faire comprendre.

- Compréhension :

Tom : La compréhension de Tom est toujours bonne, mais il a toujours besoin d'une consigne à la fois pour mieux comprendre, ainsi que de répétitions.

Clémentine : Elle comprend toujours les phrases simples et les mots en contexte. Elle n'est pas toujours capable de déterminer si l'on s'adresse à elle, ou non.

Carl : Il comprend toujours les mots et les phrases en contexte, ainsi que les signes et les pictogrammes.

COMPORTEMENT ALIMENTAIRE :

Tom : Il mange désormais principalement en texture solide. Son éducatrice référente rapporte qu'environ un mois avant le bilan de fin de protocole, Tom a commencé à repousser son bol de nourriture mixée. Une assiette de nourriture solide lui était d'ailleurs systématiquement proposée quelques mois avant le bilan. Tom goûte donc, désormais, toujours l'assiette avec la nourriture solide en premier lieu. Si la texture est trop dure (comme la viande, par exemple), il peut la refuser et manger son bol de nourriture mixée. Parfois, on lui écrase les aliments lorsqu'ils ne sont pas assez tendres. Il réclame des céréales le matin, ce qu'il ne faisait pas avant. Les aliments qu'il accepte sont diversifiés : gâteaux, tartes, salade, crudités, frites, fromages, bonbons mous, poisson, viande molle, légumes, etc... La mastication est désormais présente, et de bonne qualité. Il commence toujours, néanmoins, à croquer avec les incisives antérieures. Lors de l'observation au repas, il parvient à mâcher tous les aliments qu'on lui propose (il goûte à tout, hormis aux fruits) : tomate, salade,

artichaut froid, fromage, légumes, calamar. Pour le dessert, il préfère un yaourt blanc. Il refuse, d'emblée, son bol d'entrée en texture mixée en faisant une mimique de dégoût et en sonorisant « non ». Il finit par manger son bol de plat mixé, après avoir « trempé » la nourriture solide dedans (les légumes).

Le réflexe nauséeux, qui était très antérieur, semble avoir reculé : en effet, Tom ne manifeste quasiment plus de haut-le-cœur.

Sa mère rapporte qu'il boit toujours un biberon de lait le matin. Elle ajoute également que Tom demande désormais presque systématiquement à participer à la cuisine avec elle.

Au niveau de l'autonomie, Tom ne bénéficie de presque aucune aide ni adaptation à table, hormis le fait que l'adulte lui coupe certains aliments en petits morceaux, et qu'il a besoin d'un bavoir pour ne pas se tacher.

Clémentine : Elle mange désormais principalement en texture solide. Depuis septembre, une assiette de nourriture solide lui est systématiquement proposée à côté de son bol de nourriture mixée. Elle commence toujours par la manger, et finit par sa nourriture mixée si elle a encore faim. Elle demande beaucoup à boire, ce qu'elle ne faisait pas avant. Son éducatrice référente rapporte qu'elle a davantage envie de goûter et qu'il peut lui arriver de mettre des gros morceaux en bouche. Elle sait recracher et ne fait jamais de fausse route. Elle continue, cependant, d'ingérer de petites quantités.

Elle accepte de goûter à tout, sans distinction de texture : fruits, bonbons mous, céréales, fruits secs, falafels, etc...

Carl : Il continue de prendre ses repas uniquement en texture mixée. A Pâques, il a pu goûter un morceau de chocolat avec son père. Les mouvements masticatoires ne sont toujours pas observés, et la protrusion linguale est toujours présente. Il boit toujours très peu et a des difficultés à fixer son attention sur son assiette. Il a cependant progressé au niveau de l'autonomie à table : il tient désormais sa cuillère plus fermement et peut manger tout seul, sans que l'adulte accompagne son geste.

PROFIL SENSORIEL

Tom : Le score total du profil sensoriel de DUNN est de 158/190, ce qui le situe toujours dans la norme.

Dans l'ensemble, on retrouve les mêmes particularités sensorielles qu'au premier bilan.

Un point a cependant évolué : le brossage des dents. Tom accepte désormais qu'on lui brosse les dents du fond, ce qu'il refusait auparavant. Pour cela, on utilise une chanson qui détourne son attention. Le recul du réflexe nauséux permet l'introduction plus profonde de la brosse à dents dans la bouche.

Clémentine : Le score obtenu au profil sensoriel de DUNN est inchangé : 146/190, ce qui montre toujours une différence probable par rapport à la norme.

Les particularités sensorielles relevées précédemment restent inchangées. Clémentine continue à chercher le contact avec les enfants et les adultes en les touchant beaucoup, notamment les cheveux. Elle manque toujours de force et n'appuie pas beaucoup sur ses feutres. Elle aime beaucoup marcher pieds nus.

Carl : Le score obtenu au profil sensoriel de DUNN est de 127/190, ce qui est presque inchangé et montre toujours une différence probable à la norme.

Les particularités sensorielles sont les mêmes que celles relevées lors du premier bilan. L'éducatrice référente note tout de même une moindre réticence à toucher certaines textures avec les doigts, comme la peinture.

Tableau 3 : Données recueillies à partir de la « Grille d'évaluation orthophonique des troubles de déglutition et d'alimentation d'origine neurologique » de Dominique Crunelle après le protocole (T2).

Enfants	Durée des repas	Quantité ingérée	Capacités d'autonomie	Mastication	Texture	Total
Tom	1	1	1	2	2	7
Clémentine	1	0	1	2	2	6
Carl	0	0	1	0	0	1

La durée des repas est cotée de 0 (longue) à 1 (normale). La quantité ingérée est cotée de 0 (insuffisante) à 1 (normale). Les capacités d'autonomie sont cotées de 0 (insuffisantes) à 1 (normales). La mastication est cotée 0 lorsqu'elle n'est pas présente, 1 lorsqu'elle est présente mais faible, et 2 lorsqu'elle est présente et normale. La texture est cotée 0 lorsque l'enfant mange uniquement en texture mixée, 1 lorsqu'il mange en majorité en texture mixée,

2 lorsqu'il mange en majorité en texture solide, et 3 lorsqu'il mange en texture solide uniquement. En rouge, sont notées les données qui ont évolué.

DISCUSSION

1. Interprétation des résultats

Les évaluations réalisées étant transcrites de manière qualitative, nous sommes conscients qu'il existe une subjectivité dans l'interprétation des résultats. Cependant, rappelons qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de bilan évaluant les troubles de l'oralité qui soit coté de manière quantitative.

D'un point de vue qualitatif, on observe que Tom et Clémentine sont désormais passés d'une alimentation principalement mixée à une alimentation principalement solide. Ceux-ci repoussent, par eux-mêmes, leur bol de nourriture mixée et réclament, en premier lieu, la nourriture solide, ce qui montre une forte appétence à la nourriture en morceaux. La plupart des textures sont désormais acceptées par Tom et Clémentine, ce qui n'était pas le cas avant la mise en place des ateliers. La mastication est passée de « non présente » pour Tom avant les ateliers, à « présente et normale » après les ateliers. Pour Clémentine, elle est passée de « présente mais faible » avant les ateliers, à « présente et normale » après les ateliers. Cela montre que l'introduction de l'alimentation en morceaux a permis de développer une mastication efficace. En revanche, on ne remarque que peu d'évolution concernant la mastication et les textures acceptées par Carl. Seules les capacités d'autonomie pendant le repas ont évolué positivement. Notre hypothèse qui était que « réguler la sensibilité des enfants avec la découverte et l'exploration de différentes textures alimentaires et non alimentaires à l'aide des cinq sens (la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat, et le goût) aurait pour conséquence une meilleure acceptation des morceaux et de différentes textures alimentaires, et donc de diminuer les troubles de l'oralité » n'est donc que partiellement validée. Ces résultats confirment ceux de mémoires d'orthophonie antérieurs, comme celui de Maëva Larreguy (2011) ou d'Hélène Maubant (2016). Après avoir mis en place des ateliers types « Patouille » dans lesquels les enfants étaient incités à explorer différentes textures, les étudiantes avaient fait une synthèse de l'évolution des troubles de l'oralité alimentaire de ces enfants. Elles observaient, chez la plupart des enfants suivis, une régression des troubles de l'oralité alimentaire, qui se traduisait sous forme d'une moins grande sélection des textures et d'un élargissement de la palette d'aliments acceptés.

Si on s'intéresse à l'oralité verbale de ces enfants, on remarque que Tom et Clémentine sonorisent davantage après la mise en place des ateliers. L'éducatrice de Clémentine relève même des sons qui n'étaient pas du tout produits avant les ateliers. En revanche, on observe peu d'évolution à ce niveau chez Carl. Notre hypothèse qui était que « diminuer les troubles de l'oralité alimentaire aurait un impact positif sur les troubles de l'oralité verbale, sous forme de diminution également » n'est donc que partiellement validée. Ceci confirme, en partie, les propos de Catherine Thibault (2017) pour qui les deux oralités sont étroitement liées et s'influencent mutuellement.

Durant les ateliers, les enfants ont pu s'imiter les uns les autres, tenter de nouvelles actions ou explorations en observant les autres faire. Tom a notamment, à de nombreuses reprises, accepté de toucher un aliment parce qu'il avait vu un autre enfant le faire devant lui. Le groupe a été l'occasion de faire des jeux collectifs. Certains initiaient des jeux que d'autres reprenaient. Même si elle reste difficilement évaluable, notre hypothèse qui était que « l'effet de groupe serait bénéfique pour chaque enfant, grâce à l'imitation des uns et des autres » semble validée.

2. Limites méthodologiques

Tous ces résultats sont, bien évidemment, à lire avec toute la retenue qu'impose un si petit échantillon.

De plus, il n'est pas aisé de déterminer ce qui relève de l'évolution naturelle de l'enfant et ce qui est une conséquence directe de la mise en place des ateliers. L'introduction d'un groupe contrôle aurait sans doute pu, davantage, permettre cette distinction ; même si, dans la déficience intellectuelle, l'évolution de chaque enfant reste unique.

Un autre biais se trouve dans les personnes interrogées pour les bilans. Nous avons tenu à remplir les grilles de bilan avec les éducateurs référents des enfants. Or, au cours de l'année, Tom a changé d'éducateur référent. La personne interrogée lors du deuxième bilan (à T2) n'était donc pas la même que lors du premier bilan (à T1). Les grilles étant remplies en fonction du jugement de l'éducateur, elles restent subjectives. Chacun a pu établir une comparaison entre ce qu'il a rempli lors du premier bilan et lors du deuxième bilan, hormis l'éducatrice référente de Tom, qui ne le voyait que depuis quelques mois seulement.

3. Perspectives

Même si ce protocole possède quelques limites, nous pensons qu'il est facilement applicable en pratique par les orthophonistes, que ce soit en structure ou en libéral. En effet, il ne nécessite que très peu de matériel, et la population de ce mémoire (des enfants avec déficience intellectuelle) est largement accueillie par les orthophonistes. Il est certes long, puisque il dure plusieurs mois, mais il peut aisément être condensé : l'orthophoniste peut choisir de recevoir les enfants plusieurs fois par semaine au lieu d'une seule.

Nous pensons également que manipuler les paramètres de température pourrait être intéressant. En effet, dans notre protocole, nous n'avons proposé que des aliments froids (hormis les pâtes cuites). Or, Natalie Rigal (2000) rappelle que le sens du toucher (l'un des premiers sens en jeu lors de nos ateliers) renseigne en partie sur la température des aliments, et que cette température a un impact sur notre envie de goûter à un aliment ou non.

CONCLUSION

Dans ce travail de recherche, nous avons tenté de proposer un protocole de prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire et verbale chez les enfants présentant une déficience intellectuelle accueillis en IME. Nous nous sommes principalement axés sur les troubles de l'oralité alimentaire, partant du postulat qu'en agissant sur l'oralité alimentaire, nous agissons également sur l'oralité verbale. Dans nos ateliers, nous incitions les enfants à utiliser leurs cinq sens car ce sont bel et bien par eux que nous passons lorsque nous mangeons.

Nous avons pu démontrer qu'au terme de la mise en place de ces ateliers, une diminution des troubles de l'oralité alimentaire et verbale a été observée chez deux enfants du groupe sur trois.

L'exploration sensorielle de différentes textures au long cours (environ six mois) aurait donc un impact positif sur les troubles de l'oralité. La progression structurée des textures nous a semblée primordiale : en effet, certaines textures, comme le mouillé ou le collant, sont plus difficiles à accepter et ne peuvent être proposées d'emblée, au risque de créer des expériences négatives pour l'enfant.

Nous pensons que ce protocole peut aisément être repris par les orthophonistes recherchant des méthodes de prise en charge des troubles de l'oralité, qu'ils exercent en structure ou en libéral. Il peut être appliqué à des enfants présentant tous niveaux de déficience intellectuelle mais aussi à des enfants tout-venants, ne présentant que les troubles de l'oralité alimentaire comme symptôme.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

Arsan, A., Mosser, F., Dartois, A. M., & du Frayssex, M. (2011). *Alimentation de l'enfant de la naissance à 3 ans*. Doin

Bandelier, E. (2015). *Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant : pistes de prise en charge*. Ortho Edition.

De Boysson-Bardies, B. (1996). *Comment la parole vient aux enfants*. Odile Jacob.

Goulet, O., Turck, D., & Vidailhet, M. (2012). *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*. Doin.

Rigal, N. (2000). *La naissance du goût. Comment donner aux enfants le plaisir de manger*. Noesis.

Senez, C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Solal.

Senez, C. (2015). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition*. De Boeck Supérieur.

Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité: la sphère oro-faciale de l'enfant*. Elsevier Health Sciences.

Articles :

Abadie, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, n°220, 55-68.

Barbier, I. (2004). Les troubles de l'oralité du tout-petit et le rôle de l'accompagnement parental. *Rééducation orthophonique*, n°220, 139-151.

Bellis, F., Buchs-Renner, I., & Vernet, M. (2009). De l'oralité heureuse à l'oralité difficile. Prévention et prise en charge dans un pôle de pédiatrie. *Spirale*, (3), 55-61.

- Boudou, M., & Lecoufle, A. (2015). Les troubles de l'oralité alimentaire: quand les sens s'en mêlent !
- Bullinger, A. (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. *Contraste*, (2), 125-139.
- Castelain-Lévêque, V., Chancerelle, O., François, A. T., & Leblanc, V. (2004). Parents-soignants, une alliance originale: le groupe MIAM MIAM. *Rééducation orthophonique*, n°220, 191-194.
- Crunelle, D. (2004). Les troubles de déglutition et d'alimentation de l'enfant cérébrolésé. *Rééducation orthophonique*, n°220, 83-89.
- Couly, G. (2017). L'oralité fœtale, fondement du langage. *Rééducation orthophonique*, n°271, 13-27.
- Golse, B., & Guinot, M. (2004). La bouche et l'oralité. *Rééducation orthophonique*, n°220, 23-30.
- Granier-Deferre, C., & Schaal, B. (2005). Aux sources fœtales des réponses sensorielles et émotionnelles du nouveau-né. *Spirale*, (1), 21-40.
- Grevesse, P. (2017). Evaluation de la sensorialité orale et des conduites alimentaires du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, n°271, 125-149.
- Guillerme, C. J. (2014). L'oralité troublée: regard orthophonique. *Spirale*, (4), 25-38.
- Heinrichs, E., & Rokusek, C. (1985). Nutrition and feeding for the developmentally disabled.
- Leblanc, V., & Ruffier-Bourdet, M. (2009). Trouble de l'oralité: tous les sens à l'appel. *Spirale*, (3), 47-54.
- Levasseur, E. (2017). Prise en charge précoce des difficultés alimentaires chez l'enfant dit « tout-venant » ou « vulnérable ». *Rééducation orthophonique*, n°271, 151-169.
- Prudhon Havard, E., Carreau, M., & Tuffreau, R. (2009). Les troubles sensoriels : impact sur les troubles alimentaires.
- Rigal, N. (2002). La naissance du goût. *Objectif Nutrition, Institut Danone*, 64(3).
- Rigal, N. (2004). La construction du goût chez l'enfant. *Rééducation orthophonique* n°220, 9-13.

Thibault, C. (2015). L'oralité positive. *Dialogue*, (3), 35-48.

○ Brochure :

Leblanc V., Bourgeois C., Hardy E., Lecoufle A., Ruffier M. (2012). Boîte à idées pour oralité malmenée du jeune enfant. n.d. : Nutricia.

○ Mémoires :

Delplancq, G. (2012). L'orthophoniste face aux troubles de l'oralité alimentaire des adolescents porteurs de troubles envahissants du développement (TED): propositions de prises en charge (Mémoire d'orthophonie).

Larreguy, M. (2011). La prise en charge orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire en cabinet libéral (Mémoire d'orthophonie).

Maubant, H. (2016). Les mains à la bouche : Intervention orthophonique de type «Patouille» en vue de régulariser la sensibilité tactile d'enfants entre 2 et 3 ans ayant des troubles de l'oralité alimentaire (Mémoire d'orthophonie).

Zieba, A. C. (2008). Les troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants déficients: élaboration d'un livret afin d'aider au repérage et à la prise en charge de ces troubles (Mémoire d'orthophonie).

○ Sites internet :

www.groupe-miam-miam.fr

www.oralite-alimentaire.fr

<https://www.parents.fr/bebe/eveil-et-developpement/leveil-des-sens-de-bebe-78053>

GLOSSAIRE

IME : Institut Médico-Educatif

LSF : Langue des Signes Française

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

ANNEXES

Annexe 1 : 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, 2004, cités par Thibault, 2017).

Âge	Motricité	Langage	Préhension des aliments	Évolution des schémas de succion-déglutition		Texture
0-4	Asymétrie + flexion tête médiane	Vocalisations, syllabes archaïques	Aspiration au sein ou au biberon	Suckling, téter	Succion-déglutition réflexe	Liquide
4-5	Tenue assis, contrôle de tête	Babillage rudimentaire	Tétine + début à la cuillère et au verre, malaxage	Suckling, téter	Diminution du réflexe de succion-déglutition	Liquide + semi-liquide/lisse
6-9	Rotation, quatre pattes, debout	Babillage canonique	Tétine + cuillère + verre, malaxage, début de mastication	Suckling et début sucking, mouvements linguaux latéraux	Début de dissociation entre la succion et la déglutition	Semi-liquide + mixé
9-12	Marche de côté	Babillage mixte	cuillère + verre, malaxage > mastication	Suckling > sucking	Diductions mandibulaires, mouvements linguaux dans l'espace	Mixé + solide mou
12-18	Marche	Proto-langage, entre le babillage et les vrais mots	cuillère + verre, mastication > malaxage	Sucking > suckling	Dissociation langue-mandibule	Solide dur + solide mou
18-24	Marche +++	Premières phrases	cuillère + verre + mastication + sucking	Succion et déglutition indépendantes	Stabilité de la mandibule	Solide dur

Annexe 2 : Grille d'analyse des vidéos.

GRILLE ANALYSE VIDEO

Jour :

Séance :

Prénom de l'enfant :

RITUELS DE DEBUT/FIN :

	OUI	NON	Observations qualitatives
Dit bonjour (LSF)			
Ecoute la comptine			
Regarde l'adulte			
Fait les gestes de la comptine			
Dit au revoir (LSF)			

ACTIVITE AVEC OBJETS :

	OUI	NON	Observations qualitatives
Participe à l'activité			
Participe à l'activité en entier			
Arrive à rester concentré sur l'activité, ne fait pas autre chose (ne se lève pas, ne remarque pas un autre jeu, etc...)			
Comprend et respecte les consignes			

Utilise au moins un objet présenté			
Utilise l'objet de façon adéquate			
Explore les propriétés sensorielles de l'objet			
Inclut les autres camarades et/ou un adulte dans son jeu			
Imite l'adulte et/ou un autre enfant			
Reproduit au moins un geste LSF initié par l'adulte			

ACTIVITE AVEC ALIMENTS :

	OUI	NON	Observations qualitatives
Participe à l'activité			
Participe à l'activité en entier			
Arrive à rester concentré sur l'activité, ne fait pas autre chose (ne se lève pas, ne remarque pas un autre jeu, etc...)			
Comprend et respecte les consignes			
Sait le reconnaître visuellement			
Ecoute le bruit de l'aliment			
Sent l'aliment			

Touche l'aliment			
Goûte l'aliment			
Imite l'adulte et/ou un camarade			
Reproduit le geste LSF initié par l'adulte			
Entre en interaction avec un camarade et/ou un adulte (jeu...)			

COMPORTEMENT :

	OUI	NON	Observations qualitatives
Exprime un dégoût lors de l'activité (grimace, pleure, refuse...)			
Exprime un plaisir lors de l'activité (sourire, mots, rire...)			
Communique pendant l'activité (bruits de bouche, sons, mots, phrases, communication non verbale...)			

Remarques :

Annexe 3 : La comptine du « Petit Pouce » qui dit bonjour.

Le petit pouce dit
Bonjour à son papa,
Bonjour à sa maman,
Bonjour à son grand frère,
Bonjour au petit bébé.

Annexe 4 : La comptine du « Petit Pouce » qui dit au revoir.

Le petit pouce dit
Au revoir à son papa,
Au revoir à sa maman,
Au revoir à son grand frère,
Au revoir au petit bébé.

Annexe 5 : La comptine du Tour de la Maison.

Je fais le tour de la maison,
Je descends les escaliers,
Je m'essuie les pieds,
Je ferme la porte à clé,
Je ferme les volets,
Je dis bonne nuit papa, bonne nuit maman,
J'éteins la lumière,
Et je me mets sous la couette.

Annexe 6 : Tableau récapitulatif des comportements des enfants en fonction des aliments.

Aliments proposés	Enfants	Regardé	Écouté	Touché	Senti	Goûté/Mis à la bouche
Pâtes sèches	Tom	Oui	Oui	Oui	Non	Non
	Clémentine	Oui	Oui	Oui	Non	Non
	Carl	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Carottes	Tom	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
	Clémentine	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Carl	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Amandes/Noix	Tom	Oui	Non	Oui	Oui	Non
	Clémentine	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
	Carl	Allergie	Allergie	Allergie	Allergie	Allergie
Fromage sec	Tom	Oui	Non	Oui	Non	Oui
	Clémentine	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Carl	Oui	Non	Non	Non	Non
Pommes	Tom	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
	Clémentine	Absente	Absente	Absente	Absente	Absente
	Carl	Oui	Non	Oui	Non	Non
Coquillettes	Tom	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
	Clémentine	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
	Carl	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Farine	Tom	Oui	Oui	Oui	Non	Non
	Clémentine	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Carl	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Sucre glace	Tom	Absent	Absent	Absent	Absent	Absent
	Clémentine	Oui	Non	Oui	Non	Non
	Carl	Oui	Non	Oui	Non	Non
Semoule	Tom	Absent	Absent	Absent	Absent	Absent
	Clémentine	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
	Carl	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Sucre	Tom	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

	Clémentine	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Carl	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Riz	Tom	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
	Clémentine	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Carl	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Pommes coupées	Tom	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Clémentine	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Carl	Oui	oui	Non	Non	Non
Compote	Tom	Oui	Non	Oui	Oui	Non
	Clémentine	Absente	Absente	Absente	Absente	Absente
	Carl	Oui	Non	Non	Non	Oui
Crème dessert	Tom	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
	Clémentine	Oui	Non	Oui	Non	Oui
	Carl	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Tomates coupées	Tom	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Clémentine	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
	Carl	Oui	Non	Oui	Non	Non
Oranges	Tom	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
	Clémentine	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
	Carl	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Pâtes cuites	Tom	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
	Clémentine	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
	Carl	Oui	Non	Oui	Non	Non
Ketchup	Tom	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
	Clémentine	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Carl	Oui	Non	Non	Non	Non
Sucre + eau	Tom	Oui	Non	Oui	Non	Oui
	Clémentine	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
	Carl	Oui	Non	Oui	Non	Non
Miel	Tom	Oui	Non	Oui	Non	Oui
	Clémentine	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
	Carl	Oui	Non	Non	Non	Non

Annexe 7 : Lettre d'informations et consentement donnés aux parents.

Département d'orthophonie
UFR Santé
Pôle des Formations et de Recherche en Santé (PFRS)
2, rue des Rochambelles
F-14032 Caen Cedex CS 14032

Lettre d'information relative à la recherche intitulée :

« IMPACT D'UN ATELIER MULTI-SENSORIEL SUR L'ORALITE D'ENFANTS DE 5 A 11
ANS ACCUEILLIS EN IME »

L'objectif de la recherche à laquelle nous vous proposons de participer est d'étudier les effets d'un atelier multi-sensoriel réalisé de façon hebdomadaire au sein de l'IME Elie de Beaumont, chez des enfants souffrant de troubles de l'oralité verbale et alimentaire.

Plus précisément, elle consiste à présenter des aliments et des objets non alimentaires à des enfants de 5 à 11 ans lors d'un atelier, de les inciter à utiliser leurs cinq sens, et d'observer leur comportement. Deux évaluations réalisées avant et après le protocole, permettront d'objectiver une potentielle évolution.

Les enfants participant à ce protocole de recherche ont été sélectionnés en fonction de leur projet d'accompagnement personnalisé et ces choix ont été établis en concertation avec l'équipe d'établissement d'accueil.

Les données recueillies dans cette recherche sont anonymes. Toutes les informations récoltées au cours de cette recherche seront utilisées dans la plus stricte confidentialité. S'il est nécessaire de faire référence à un enfant en particulier, ce ne sera qu'en utilisant des codes.

Si vous acceptez de participer à la recherche, vous signerez un consentement éclairé avant de prendre part à cette recherche et vous conserverez cette lettre d'information. Vous conservez le droit de refuser de participer à la recherche ou d'interrompre votre participation sans donner de justification, et ce à tout moment.

Pour toute question ou insatisfaction relative à cette recherche, vous pouvez contacter Marine CHESNAIS qui m'encadre dans la réalisation de ce travail universitaire, par téléphone au ...

**Consentement éclairé de participation à une recherche
impliquant des sujets humains**

Titre de la recherche	Impact d'un atelier multi-sensoriel sur l'oralité d'enfants de 5 à 11 ans institutionnalisés en IME
Responsable(s)	Marine CHESNAIS
Adresse et numéro de téléphone de contact	IME Apaei de Caen 02.31....
Etudiant	Méghane GUESNON

Je, soussigné(e) déclare :

- *avoir reçu, lu et compris la présentation écrite de la recherche dont le titre et le responsable figurent ci-dessus ;*
- *avoir pu poser des questions sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaitais.*

Je sais que :

- *je peux à tout moment mettre un terme à la participation de la personne dont je suis le représentant légal à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit ;*
- *je peux contacter le ou les responsable de la recherche pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation ;*
- *les données recueillies seront strictement confidentielles et anonymes.*

J'accepte le traitement informatisé des données personnelles qui seront anonymées.

Je donne mon consentement libre et éclairé pour que mon enfant (Nom, Prénom).....participe en tant que volontaire à cette recherche.

Date et signature du représentant légal

Date et signature de l'enfant

RÉSUMÉ

Titre : Mise en place d'ateliers multi-sensoriels pour la prise en charge des troubles de l'oralité chez des enfants accueillis en IME.

Peu de données sur la prise en charge des troubles de l'oralité existent actuellement : c'est un domaine inscrit dans la nomenclature orthophonique seulement depuis le mois d'avril 2018. Les deux oralités (alimentaire et verbale) sont fortement liées. On sait que l'oralité alimentaire est influencée par la sensorialité : en effet, manger implique l'ensemble de nos sens. Notre étude porte sur la mise en place d'ateliers multi-sensoriels au sein d'un IME. Nos résultats montrent un impact positif sur les troubles de l'oralité de ces enfants. Ces ateliers peuvent apporter des éléments de réponse dans la prise en charge de l'oralité.

Mots clés : oralité alimentaire, oralité verbale, sensorialité, institution, déficience intellectuelle.

Keywords : Eating orality, verbal orality, sensoriality, institution, intellectual disability.

53 pages – 32 références bibliographiques