

ACCOMPAGNEMENT PRÉCOCE DE L'ORALITÉ : PROPOSITION D'UN GROUPE PLURIDISCIPLINAIRE

Nolwenn MADEC , orthophoniste

Adeline MINZIERE, psychomotricienne



Plan

Des appuis théoriques...

- ❑ L'oralité et ses différentes formes
- ❑ L'oralité alimentaire et l'oralité verbale
- ❑ L'oralité au cœur du développement psychomoteur

Vers une mise en pratique...

- ❑ Pourquoi ce groupe?
- ❑ Présentation du groupe (objectifs/enfants)
- ❑ Evaluation initiale: orthophonique, psychomotrice et sensorielle
- ❑ Progression des séances

En constante évolution...

- ❑ Perspectives envisagées
- ❑ Nos limites actuelles et le lien avec l'EBP

L'oralité

L'oralité regroupe toutes les fonctions dévolues à la sphère orale sur le plan :

- **fonctionnel** (*ventilation, phonation et déglutition*)
- **sensoriel** (*sentir, toucher, goûter*)
- **psycho affectif** (*communication verbale/non verbale, plaisir oral*)
- **cognitif** (*explorer le monde*)
- **psychique** (*discrimination dedans/dehors*)

Elle constitue le 1^{er} lien social et fonde les premiers échanges tonico-émotionnels entre le nourrisson et ses parents.

Ainsi, le stade oral est celui sur lequel tous les autres stades vont s'étayer (FREUD S.).

Plusieurs formes d'oralité

Oralité verbale

Oralité alimentaire

Oralité primaire

= oralité réflexe
Gestationnelle et post-natale jusqu'à 6 mois

Cri
Sons végétatifs

Succion involontaire

Oralité secondaire

=oralité praxique
A partir de 6 mois

Langage
Communication verbale
Articulation

Succion volontaire
Mastication
Manger à la cuillère

« Sucrer et crier puis manger et parler » G.Couly

Oralités verbales et alimentaires

- Elles constituent les deux fonctions orales majeures de l'homme: **l'alimentation et le langage.**
- Deux oralités **intriquées**:
 - Localisation commune, organes communs
 - Liaisons neurologiques semblables
 - « les praxies de déglutition, mastication, de ventilation buccale, de propreté orale et celles du langage naissent, se mettent en place en même temps, en utilisant les mêmes organes et les mêmes voies neurologiques (zones frontales et pariétales). » (C. Thibault, 2007)
 - Mise en place conjointe des praxies de mastication et de babillage
- Elles relèvent de **modifications anatomiques**

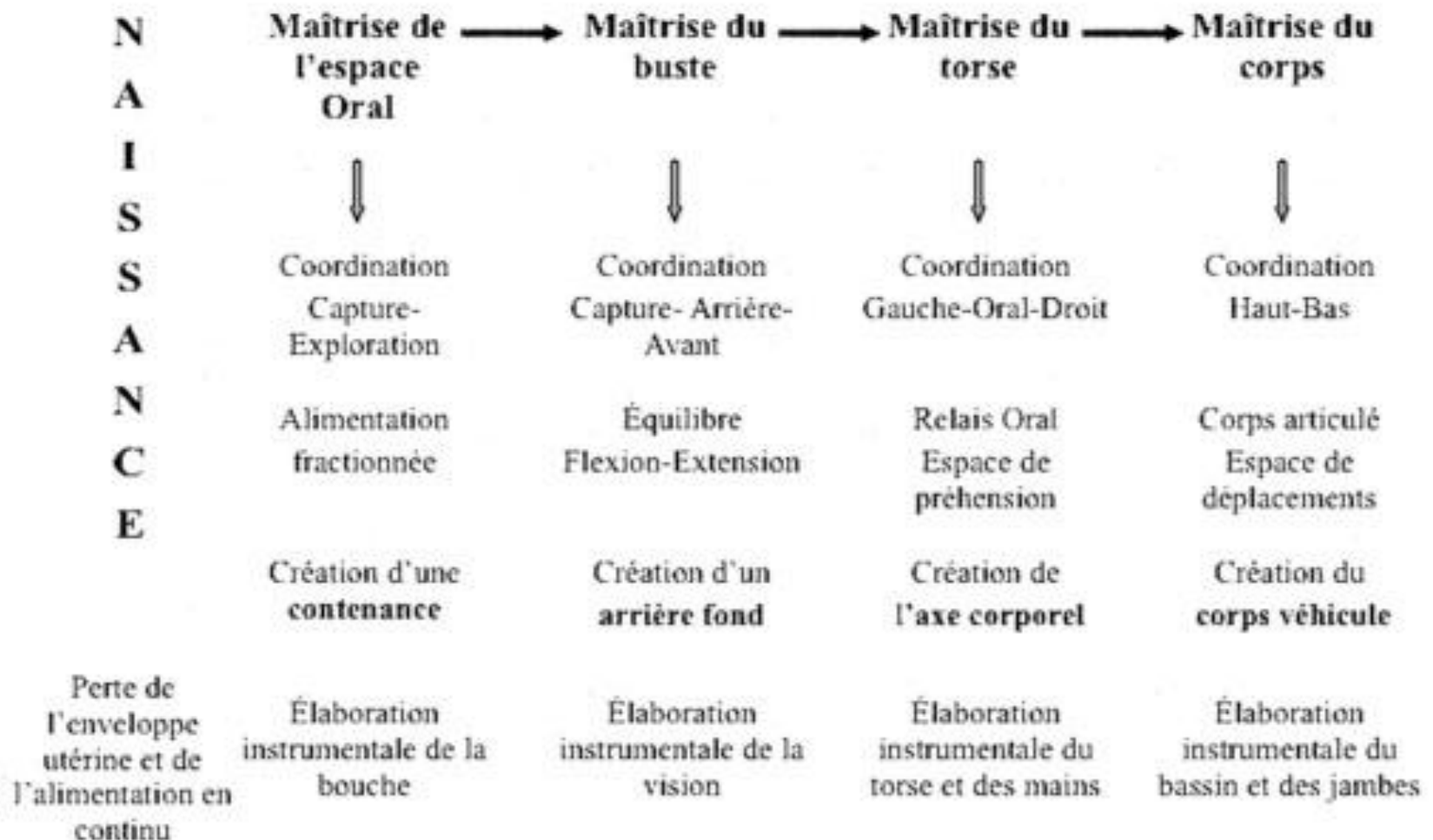
L'oralité au cœur du développement psychomoteur

L'oralité ne se limite pas à la bouche, la globalité du corps est mise en jeu...

- **La peau et les expériences tactiles:** concept du « Moi-Peau » développé par D. Anzieu, 1985.
- **Le tonus:** dialogue tonique du bébé avec son entourage décrit par Wallon puis Ajuriaguerra, 1977.
- **Le regard:** rôle essentiel dans les interactions (Winnicott, 1970).
- **Les expériences sensorimotrices**

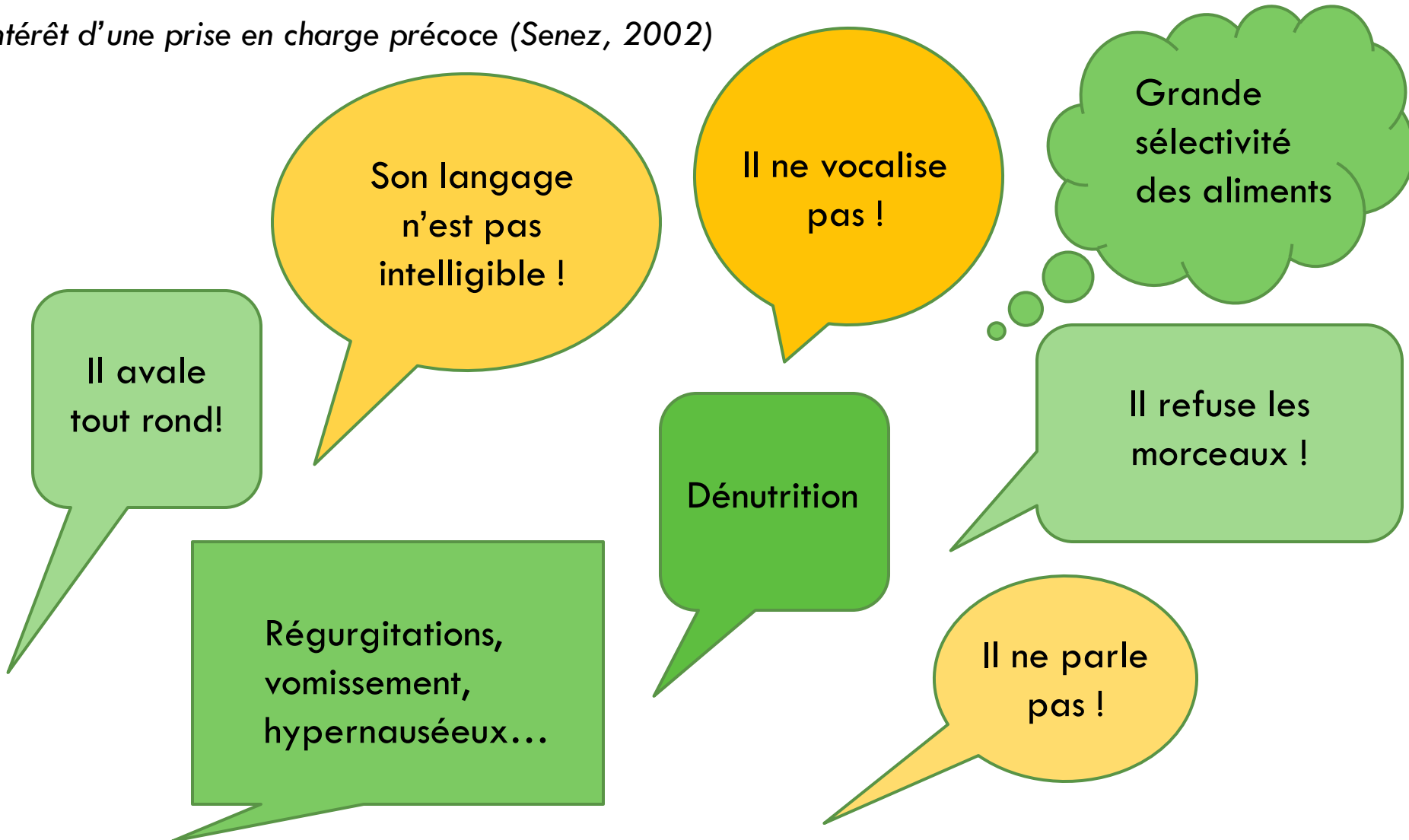
Les expériences sensori-motrices

A. Bullinger



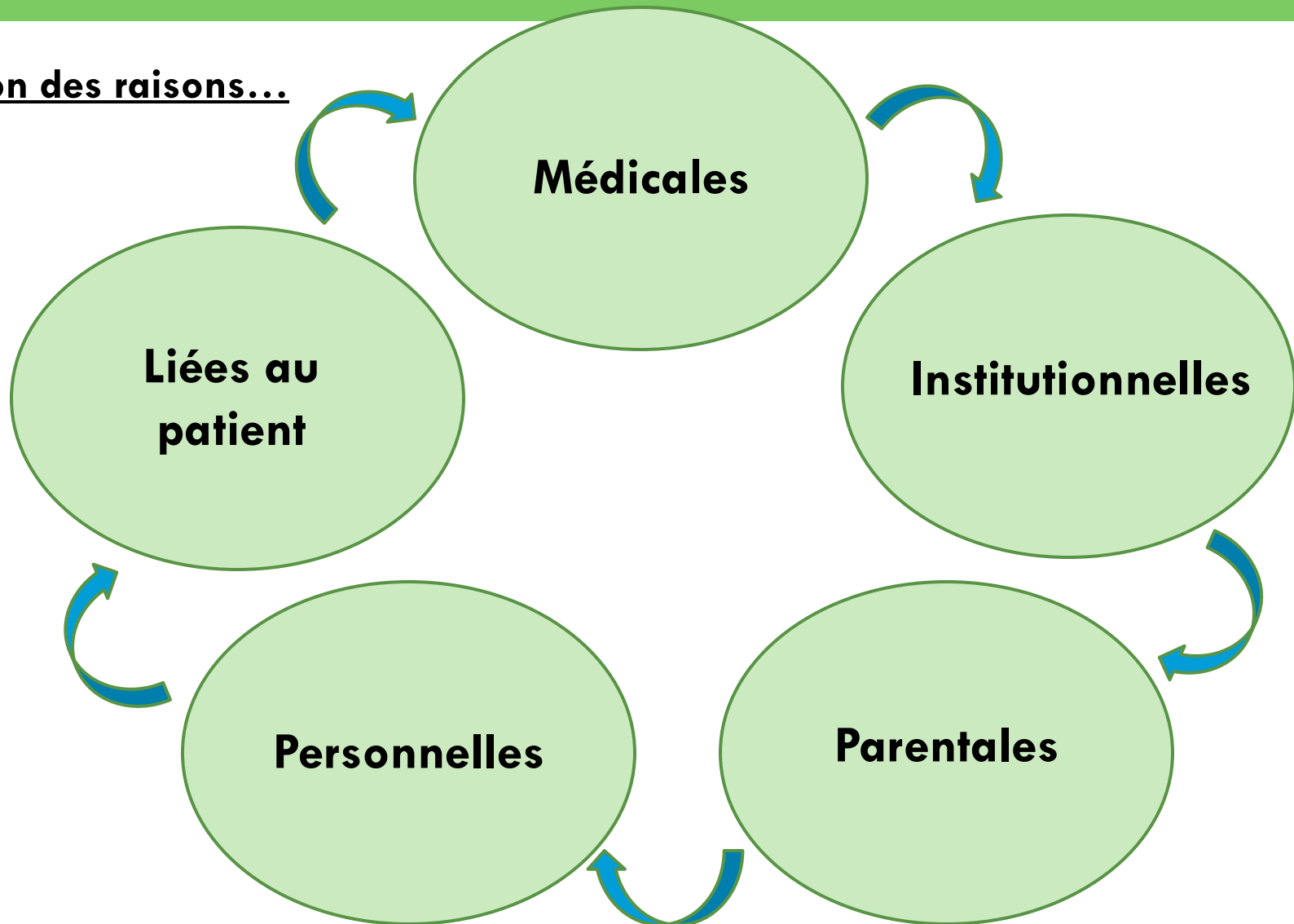
Troubles de l'oralité: des signes d'alerte

Intérêt d'une prise en charge précoce (Senez, 2002)



Pourquoi ce groupe?

Selon des raisons...



Selon des raisons...

□ Médicales

- Eviter la mise en place de nutrition artificielle
- Eviter les troubles consécutifs à des traitements invasifs
- Selon C. Thibault (2010), les enfants hospitalisés, quelle qu'en soit la raison, présentent plus de risques de trouble de l'oralité.
- 80% des enfants avec une atteinte neurologique ou sous nutrition artificielle dès la naissance développent des troubles de l'oralité.

Pediatric feeding disorders, Manikam & Perman, 2000

□ Institutionnelles

- Prescriptions de plus en plus nombreuses et précoces
- Interrogations pluridisciplinaires

□ Parentales

- Partage d'expériences
- L'accompagnement parental (étayage corporel, sensoriel et verbal)
- Culpabilité face un trouble de l'oralité alimentaire (C. Thibault, 2007)
- Frustration face un trouble de l'oralité verbale
- Renforce le lien parent-enfant

□ Liées au patient

- Pour resécuriser l'enfant dans un milieu sensoriel contenant (Bullinger, 2004)
- Pour répondre au besoin d'appartenance.

□ Personnelles

- Intérêt individuel sur ce sujet
- Volonté de croiser les regards, d'étayer notre pratique, notre connaissance de l'enfant et de son environnement familial.
- Pour compléter nos prises en charge individuelles

Maslow (1954)



Présentation du groupe:

« les sens en éveil »

Qui?

- 2 orthophonistes
- 1 psychomotricienne
- 1 psychologue

Pour qui?

- 4 enfants
- Leurs parents associés à certaines séances (1 fois par mois)

Pourquoi?

- Développer l'investissement corporel global
- Diminuer l'hypersensibilité sensorielle
- Investir positivement son corps et les échanges dans le plaisir
- Utiliser le sensoriel comme support aux interactions
- Accompagnement parental

Présentation des enfants

K.

Âge: 2 ans et 3 mois

Histoire médicale: prématurité avec dysplasie bronchopulmonaire, trachéotomie et gastrostomie

Arrivée aux Capucins: 26/05/2015

H.

Âge: 2 ans et 4 mois

Histoire médicale : syndrome épileptique

Arrivée aux Capucins : 01/2016

A.

Âge: 2 ans et 11 mois

Histoire médicale : méningocèle coccygienne et AVC au cours de la chirurgie; trachéotomie et gastrostomie.

Arrivé aux Capucins: 17/07/2015

R.

Âge : 2 ans et 6 mois

Histoire médicale : épilepsie sévère avec hémisphérotomie gauche

Arrivée aux Capucins : 29/09/2015

Evaluation initiale

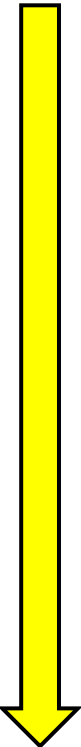
□ Orthophonie:

- **Pré-requis à la communication:** le regard, l'audition, l'intentionnalité de communication, l'attention conjointe ou dirigée, le tour de rôle, d'imitation, de jeu symbolique ...
- **Praxies Bucco-linguo-faciales**
- **Déglutition**
- **Observation clinique:** la communication non verbale (gestes à visée communicative, utilisation du pointage, ...), le mode respiratoire, présence de perte salivaire...
- **Evaluation langagière globale** sur les versants réceptifs et expressifs: stock lexical, syntaxe, incitation verbale et compréhension lexicale et syntaxique.

□ Psychomotricité :

- **Motricité globale** (coordination générale, équilibre) **et fine** (préhension, coordination main/bouche, coordination bimanuelle)
- **Construction du schéma corporel**
- **Construction de la notion d'espace et de temps**
- **Observations des interactions parent-enfant** (qualité du dialogue tonique, du regard)
- **Observation comportementale:** qualité de la relation aux autres, passivité, opposition, inhibition, instabilité...

Bilan sensoriel : Textures progressives



Stades tactiles (Textures et Matières)	Textures et matières Non alimentaires	Textures et matières alimentaires
Sèches et franches <i>Sèches et adhésives</i>	Balles plastiques dures, abeille vibrante matières rugueuses, brosse sensorielle, flocons de maïs	Chips, bretzel, gressini, petit beurre, pate et riz crus, gnocchi cru, fruits secs, légumes et fruits crus avec peau, sucettes, carambar, carrés de chocolat. <i>Tuc, Curly, mikado</i>
Fluides <i>Fluides et adhésives</i>	Balle pompon (jaune), plumes, coton, balle araignée, aglobilles, balle multicolore.	Pates étoiles crues, semoule, farine, sucre glace. <i>Sucre, chocolat en poudre, paillettes de chocolat</i>
Mouillées	Peinture	Ketchup, yaourt, compote, mousse au chocolat, légumes et fruits crus épluchés.
Collantes	Pate à modeler, flocons maïs mouillés.	Pate, riz et gnocchis cuits, semoule cuite, fruits et légumes cuits, chocolat en poudre, vermicelles en chocolat miel.
Oser les mélanges		

Evaluation initiale

□ Bilan sensoriel

Observation des réponses de l'enfant

- **Tonico-posturales** : hyper-extension, détournement tête...
- **Défenses tactiles** : toucher furtif, refus de toucher, écoëurement au toucher, besoin de s'essuyer les mains, nausées...
- **Défenses olfactives et orales** : détournement de tête, fermeture de bouche, ouverture des lèvres avec barrière des dents, nausées,
- **Défenses comportementales** : agitation, colère, pleurs....

Evaluation initiale:

bilan sensoriel non alimentaire

« Avant d'être bien dans sa bouche l'enfant doit être bien dans son corps ».

Les stades	Sensibilité corporelle globale	Sensibilité oro-faciale
Stade 5	Aversion totale	Aucun accès au visage
Stade 4	Toucher du corps possible Matières franches tolérées	Toucher du menton et des joues possible A.
Stade 3	+ Matières sèches K. & A.	Toucher des zones exo-buccales
Stade 2	+ Matières molles non collantes	Petits massages endo-buccaux antérieurs (gencives/joues) K.
Stade 1	+ Matières molles collantes	Massages endo-buccaux plus larges (+palais, apex)
Stade 0	+ Matières aériennes → Aucune appréhension tactile	→ Aucune appréhension exo ou endo-buccale

Les séances

➡ Mise en place **d'un cadre** qui sécurise l'enfant (temps d'accueil, comptines ritualisées, permanence de lieu-personnes-horaire, déroulement...)

"La garantie du cadre est assurée par les thérapeutes, cela permet aux fonctions limitantes, contenant, symboligènes et transitionnelles du groupe de se développer. » Kaes (1976).

➡ **Thématique** par séance

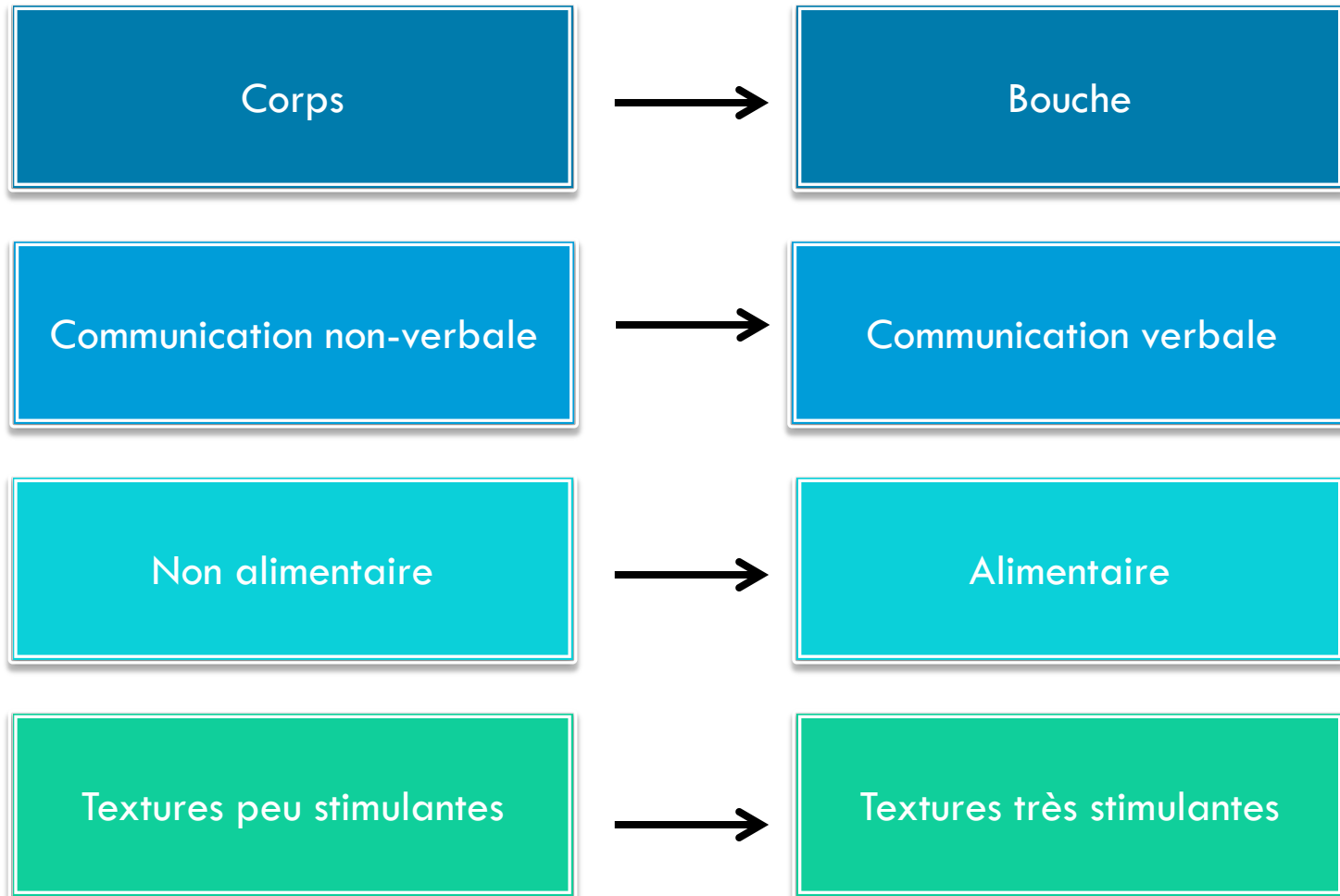
➡ **Présentation progressive** des textures

➡ **Objets rassurants** (matières franches) à disposition

➡ **Stimulations sensorielles:**

- ❑ **Sollicitations corporelles et vestibulaires:** toucher thérapeutique, portage, bercements
- ❑ **Stimulations visuelles:** objets contrastés, fluorescents, images...
- ❑ **Sollicitations olfactives et gustatives:** loto des odeurs, arômes naturels
- ❑ **Sollicitations auditives et vibratoires:** instruments de musique, jeux à l'aide de clochettes/grelots, jeux vibrants
- ❑ **Sollicitation tactiles:** non alimentaire/alimentaire

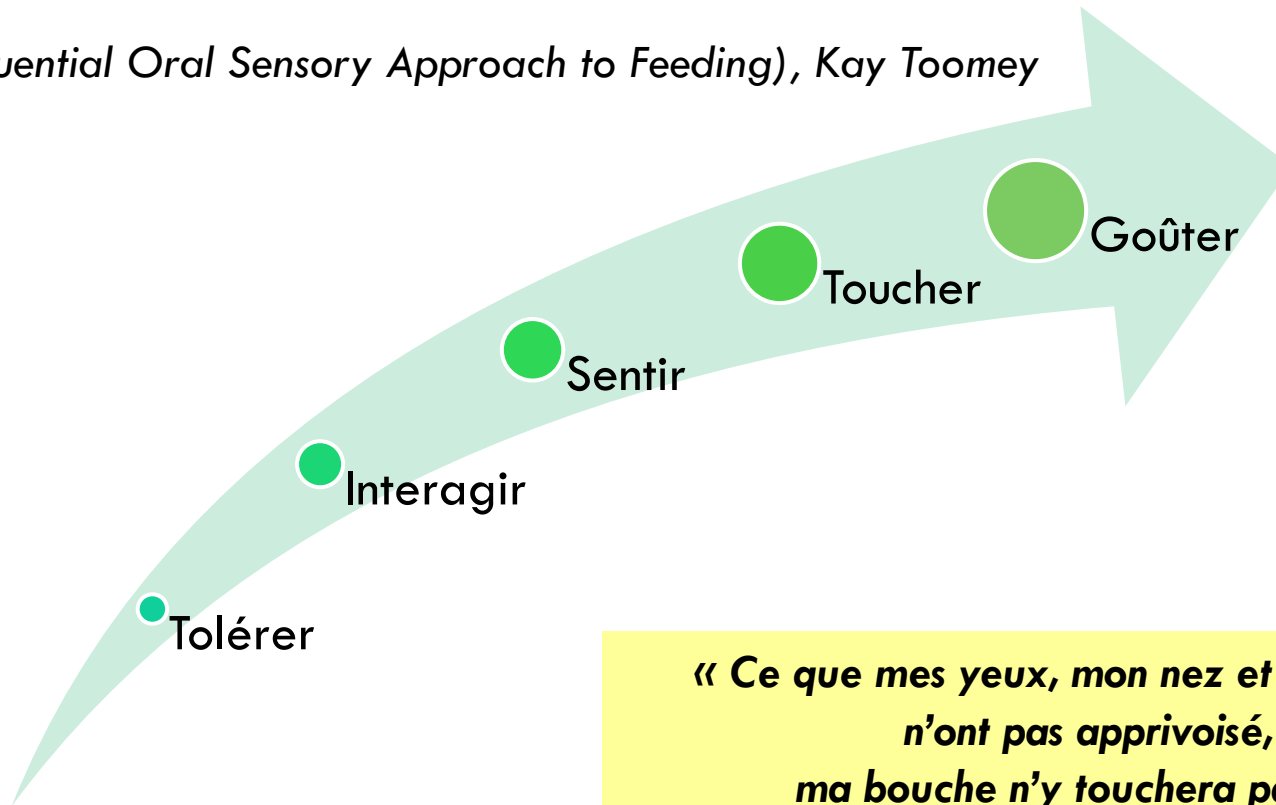
Progression des séances



Sollicitations sensorielles

- Approche SOS en alimentation

(Sequential Oral Sensory Approach to Feeding), Kay Toomey



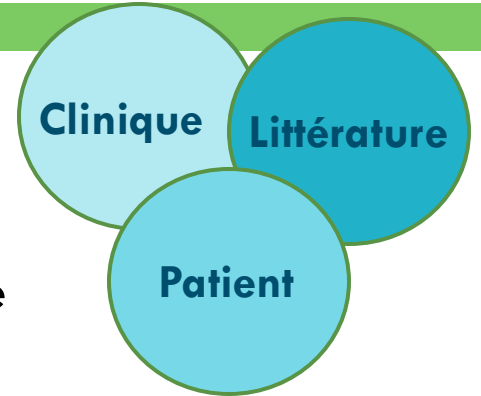
**« Ce que mes yeux, mon nez et mes mains
n'ont pas apprivoisé,
ma bouche n'y touchera pas ! »**

*Véronique Leblanc, psychologue clinicienne
(hôpital Robert-Debré, Paris)*

Perspectives d'évolution du groupe

- ❑ Renforcer l'évaluation: point de vue des parents (profil sensoriel de Dunn)
- ❑ **Rythme plus soutenu**
- ❑ **Film mensuel**
- ❑ Poursuite du **partenariat** avec les parents et de **l'analyse de la pratique** avec la psychologue.
- ❑ **Remaniement du groupe** selon l'arrivée de nouveaux patients

L'EBP et nous : questionnements et limites



□ L'EBP

- ▣ Actualisation de nos connaissances
- ▣ Alimente notre pratique et affine nos conduites de réhabilitation
- ▣ Justifier la pertinence de nos décisions thérapeutiques et actes professionnels.
- ▣ Importance du patient et prise en compte de ses attentes

□ Les limites

- ▣ Manque d'accessibilité
- ▣ Manque de temps
- ▣ Le sujet

Rééducateurs en mouvement :

*« Tout mouvement de quelque nature qu'il soit est créateur »
Edgar Allan Poe*

*Merci pour cette journée mettant en avant la pluridisciplinarité qui est
pour nous primordiale dans la rééducation pédiatrique.*

1 Octobre 2016

Merci de votre attention !