



Handicap et oralité



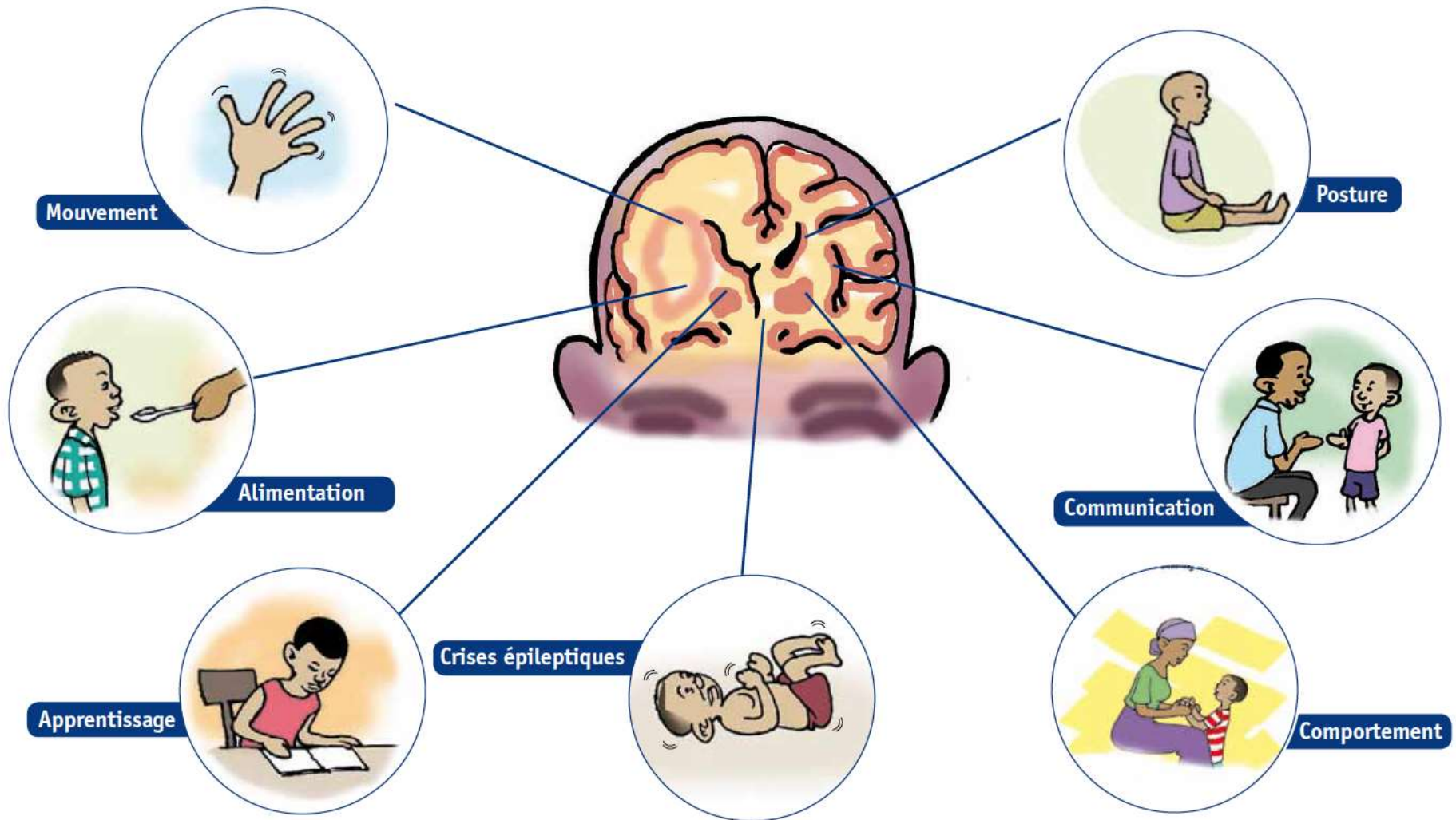
Mounir BOURROUS
Mohammed BOUSKRAOUI



INTRODUCTION

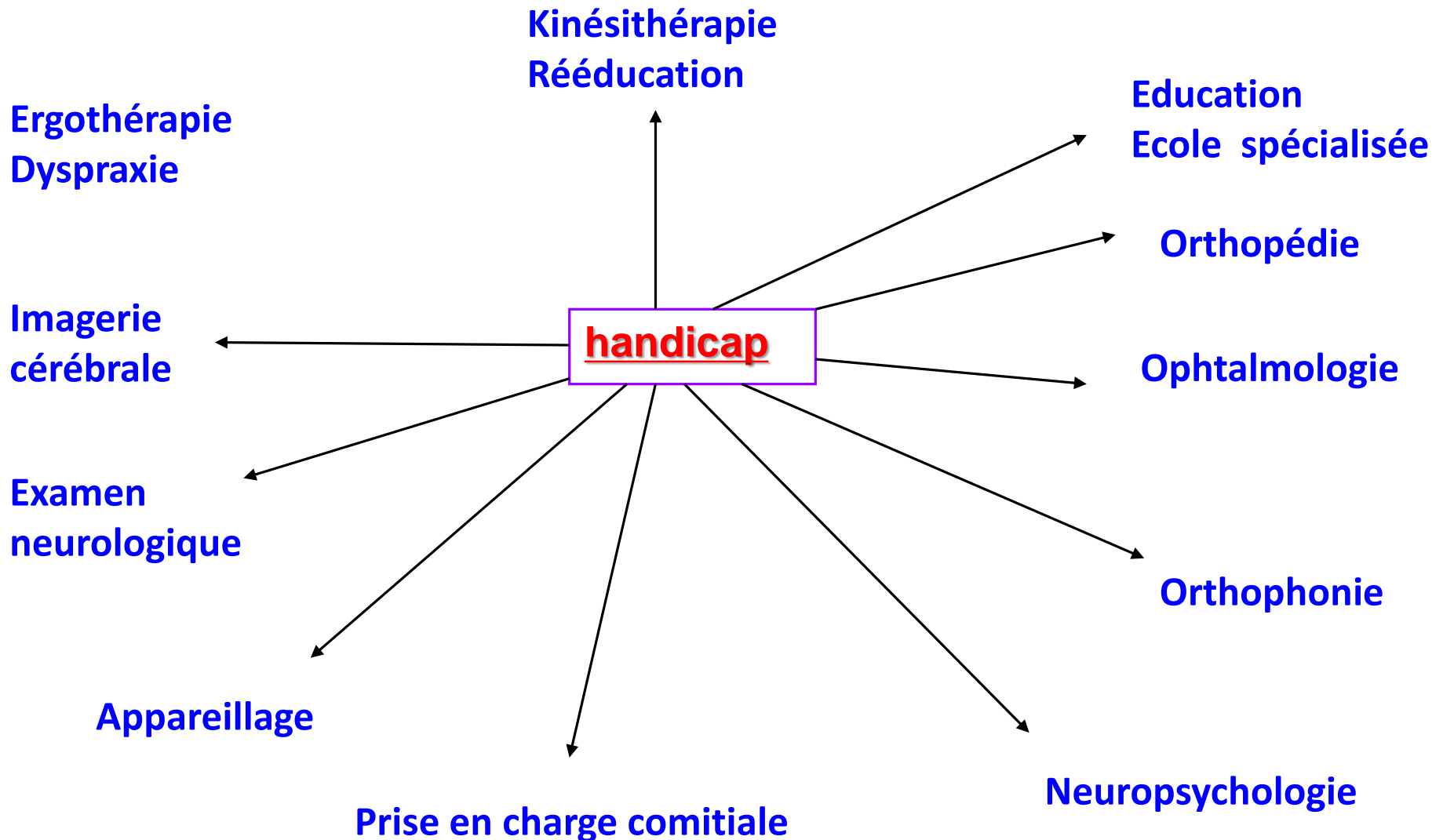
- **Problème complexe de santé publique**
- **Prise en charge globale**
- **L'oralité est fondatrice de l'être**
- **La bouche est le lieu du premier plaisir**

Handicap de l'enfant



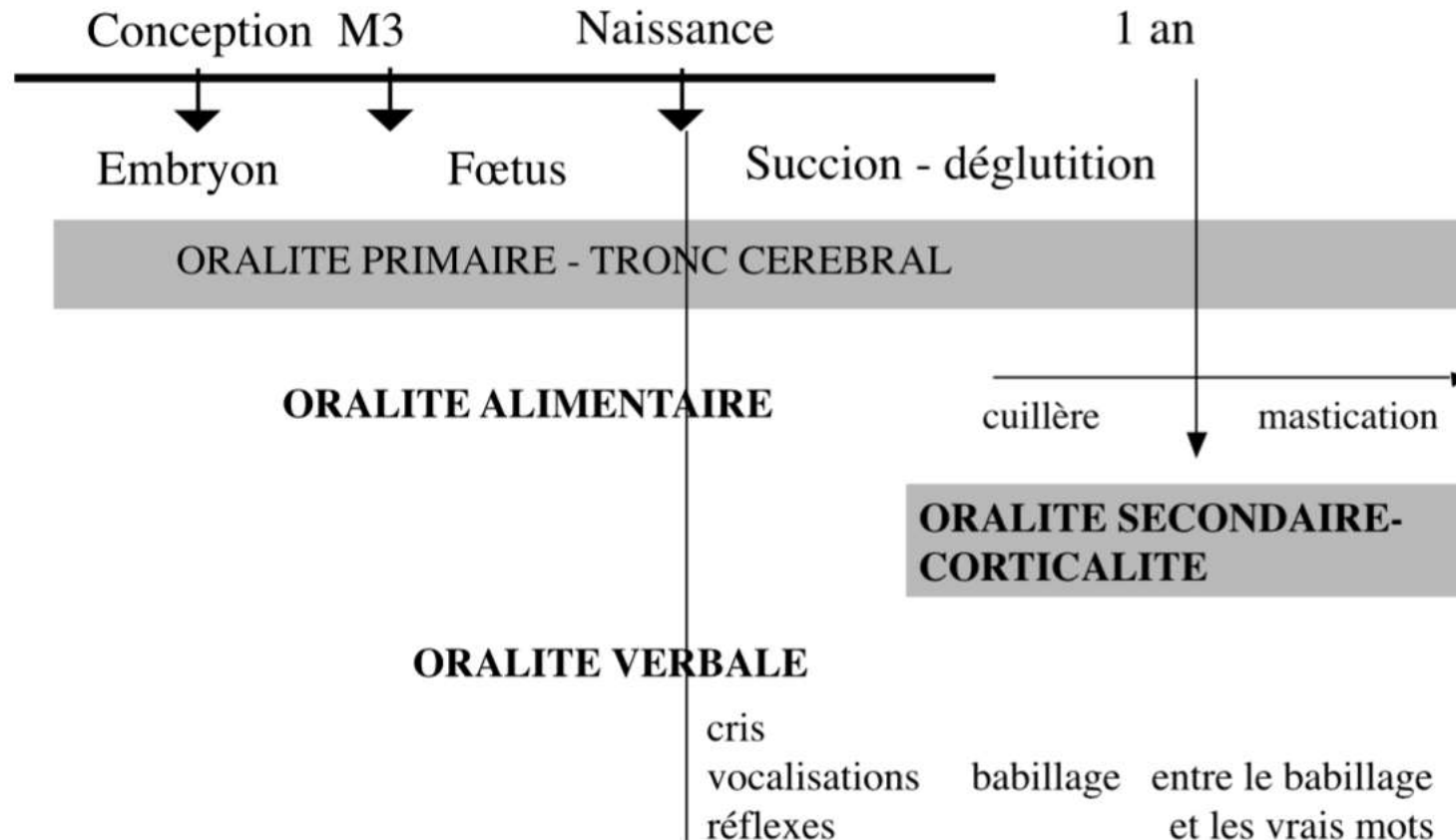
Approche de la prise en charge de l'handicap

Soignants

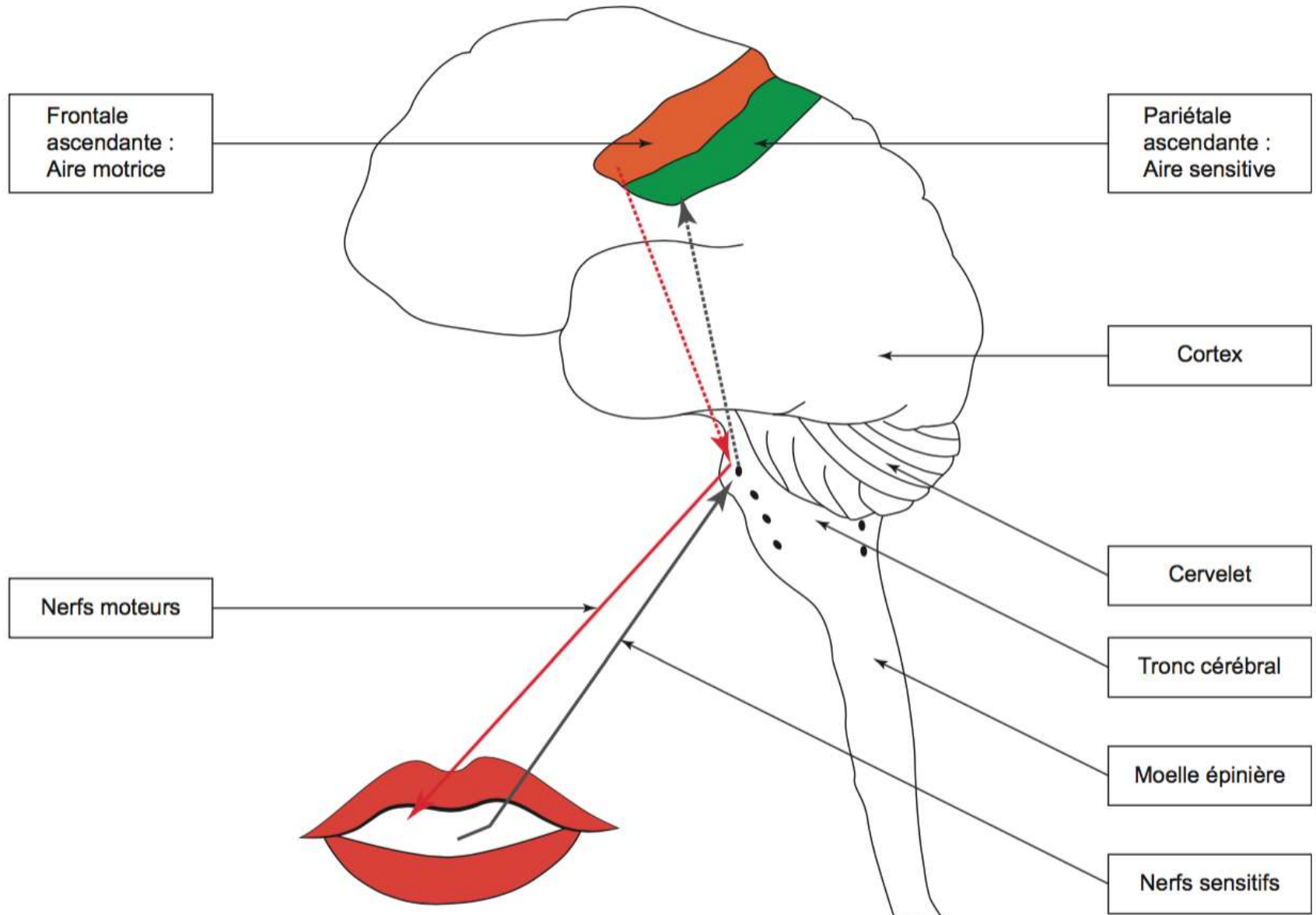


La bouche carrefour anatomique du verbe et de l'aliment

LES ORALITES



La bouche carrefour anatomique du verbe et de l'aliment



Le développement normal de l'oralité dépend de facteurs :

- Neurologiques**
- Proprioceptifs**
- Anatomiques**
- Psycho- affectifs**
- Culturels**

Le développement normal de l'oralité:

- **Succion nutritive et non nutritive**
- **Les réflexes oraux**
- **La sensorialité intra-buccale, le goût et**
- **l'odorat**
- **De la succion à la déglutition primaire et**
secondaire
- **Oralité et phonation**

Signes d'alertes d'une dysoralité

☒ **Problèmes bucco-dentaires ++**

☒ **Troubles de :**

- **la déglutition**
- **la salivation**
- **l'odorat**
- **Troubles digestifs :**
Constipation/diarrhées

Manifestations d'une dysoralité :

- Refus, Phobies, Lenteur alimentaires
- Nausées, vomissements
- Hypersensibilité intra-buccale
- Troubles des praxies bucco-faciales
- Conséquences articulaires, vocales et orthodontiques
- Conséquences psychiques

repas= un moment partagé de.....



ÉVOLUTION MOTRICE ET FONCTIONNELLE POUR L'ALIMENTATION, LA DÉGLUTITION, LE LANGAGE ET LA MOTRICITÉ ENTRE 0 ET 24 MOIS (tableau 5.1)

Tableau 5.1 – Évolution motrice et fonctionnelle pour l'alimentation, la déglutition, le langage et la motricité entre 0 et 24 mois (d'après Tapin, 2001 et Puech, 2005).

Âges (mois)	Motricité	Langage	Préhension des aliments	Évolution des schémas de succion-déglutition		Texture
				Suckling	Succion-déglutition	
0-4	Asym + flex tête médiane	Production de vocalisation, de syllabes archaïques	Aspiration sein ou biberon	Suckling téter	Succion-déglutition réflexe	Liquide
4-6	Tenu assis Contrôle de la tête	Babillage rudimentaire	Tétine + débuts à la cuillère + apprentissage boisson au verre Malaxage	Suckling téter	Diminution du réflexe de succion-déglutition	Liquide + semi-liquide/lisse
6-9	Rotation 4 pattes debout	Babillage canonique	Tétine + cuillère + verre Malaxage + début de mastication	Suckling + début sucking Mouvements linguaux latéraux	Début de dissociation entre succion et déglutition	Semi-liquide + mixé
9-12	Marche de côté	Babillage mixte	Cuillère + verre Malaxage > mastication	Suckling > sucking	Diduction mandibulaire Mouvements linguaux dans l'espace	Mixé + solide mou
12-18	Marche	Proto-langage entre le babillage et les vrais mots	Cuillère + verre Malaxage < mastication	Suckling < sucking	Dissociation langue-mandibule	Solide mou + solide dur
18-24	Marche +++	Les premières phrases	Cuillère + verre Mastication + sucking	Succion-déglutition indépendantes	Stabilité de la mandibule	Solide dur

Nutrition et handicap



DÉGLUTITION/handicap

- **trois temps : buccal, pharyngé (carrefour aérodigestif +++), oesophagien**
- **la réduction du réflexe de coordination vélo-épiglottique expose au risque de fausse route**
- **répétition des fausses routes entraîne la baisse de ce réflexe progressivement et la zone de son déclenchement migre vers le bas**
- **un risque de plus en plus important de pneumopathie.**

Symptomatologie du temps buccal et du temps pharyngé

- Difficultés à mastiquer, à mordre ; succion faible
- Refus d'alimentation ; exclusion de certains aliments
- Reflux nasal ; vomissements
- Incontinence salivaire ; encombrement rhinopharyngé
- Guidage du mouvement (utilisation du doigt pour pousser les aliments)

Symptomatologie du temps buccal et du temps pharyngé

- Enchaînement de plusieurs tentatives de déglutition
- Mouvements de facilitation : projection antérieure, hyperextension de nuque
- Augmentation de la durée des repas
- Présence de résidus alimentaires dans les récessus
- Réflexe de toux exacerbé ; bronchites à répétition ; malaises ; troubles du sommeil

Causes de fausses routes/handicap

- **Positionnement de la nuque en hyperextension**
- **Absence de fermeture labiale (co-contractions bucco-faciales, tonus trop faible du sphincter labial, trouble de l'articulation temporo-mandibulaire, rétraction de la lèvre supérieure)**
- **Co-contractions avec protraction linguale**

Relation entre motricité buccale et motricité globale

A gauche : L'extension entraîne l'ouverture de la bouche.

A droite : La flexion entraîne la fermeture de la bouche.



Complications d'un trouble de l'alimentation

- **Malaises**
- **Trouble articulé dentaire**
- **Trouble du sommeil**
- **Troubles de la relation**
- **Comportement particulier vis-à-vis de la nourriture**
- **Posture particulière**

Contre-indications à l'alimentation per os

- **Trouble sensitif pharyngé**
- **Insuffisance de réflexe de toux**
- **Trouble de la vigilance**
- **Déglutitions rares (moins de 3 par minute)**

PRISE EN CHARGE

- **Prendre en charge un enfant présentant un trouble de l'oralité =**
- **prendre en charge toutes les fonctions appartenant au monde de l'oralité:**
- **respiration,**
- **relation,**
- **nutrition (déglutition, mastication) et**
- **d'expression (mimique, phonation)**

PRISE EN CHARGE

- **Evaluation orthophonique**
- **Evaluations paracliniques: imagerie,,,,,**
- **Autres évaluations : nutritionniste,
diététicienne,
ORL,....**

PRISE EN CHARGE

➤ **Rééducation orthophonique +++++**

➤ **Aider l'alimentation**

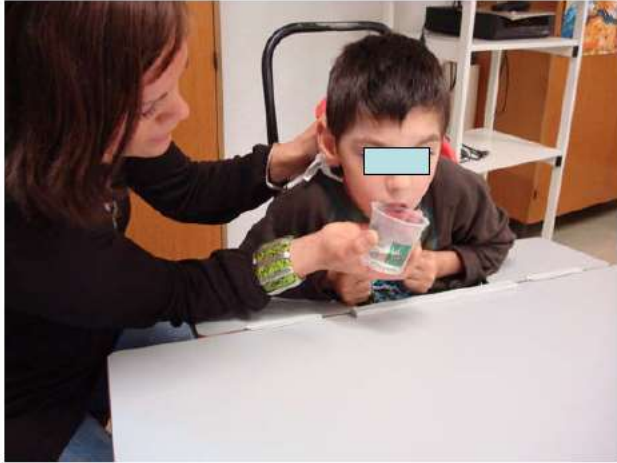
➤ **Traiter le bavage**

➤ **Travail hors repas**

- fermeture buccale, motricité linguale, respiration nasale, sensibilité intra-buccale...

- **praxies bucco-faciales**

➤ **L'accompagnement parental et familial +++++**



PRISE EN CHARGE



Etat buccodentaire+++





ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

 ScienceDirect

Motricité cérébrale 31 (2010) 91–99

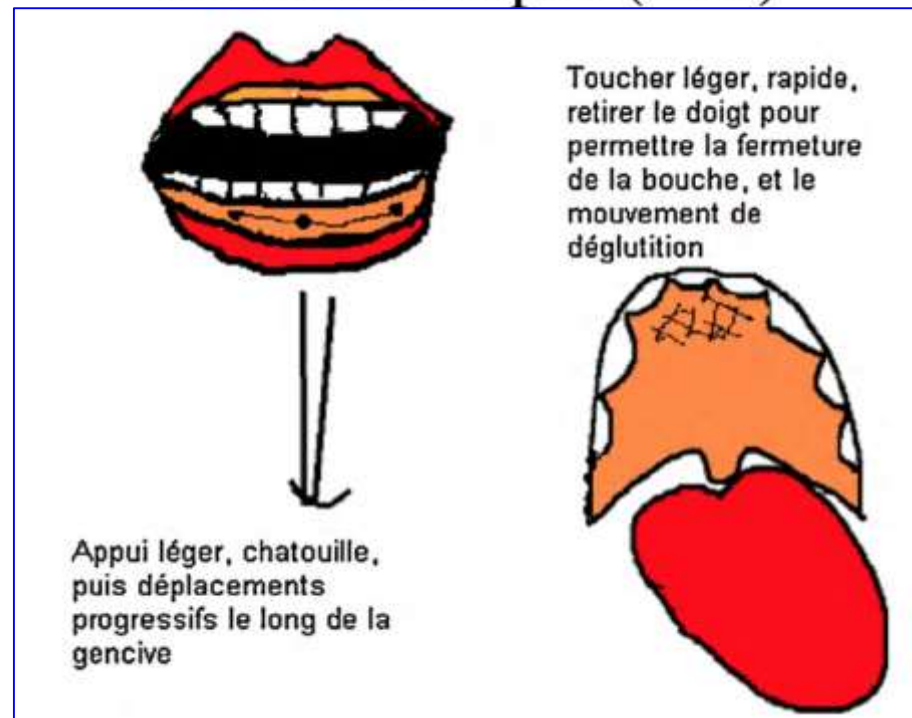
Motricité
Réadaptation **cérébrale**
Neurologie du développement

www.em-consulte.com



Sphère buccofaciale

La prise en charge du bavage chez l'enfant en situation de handicap :
recommandations de la commission « Pratiques professionnelles »
du Réseau régional de rééducation et réadaptation pédiatrique
en Rhône-Alpes (R4P)



Alimentation/PARENTS

Non



Oui



A

B

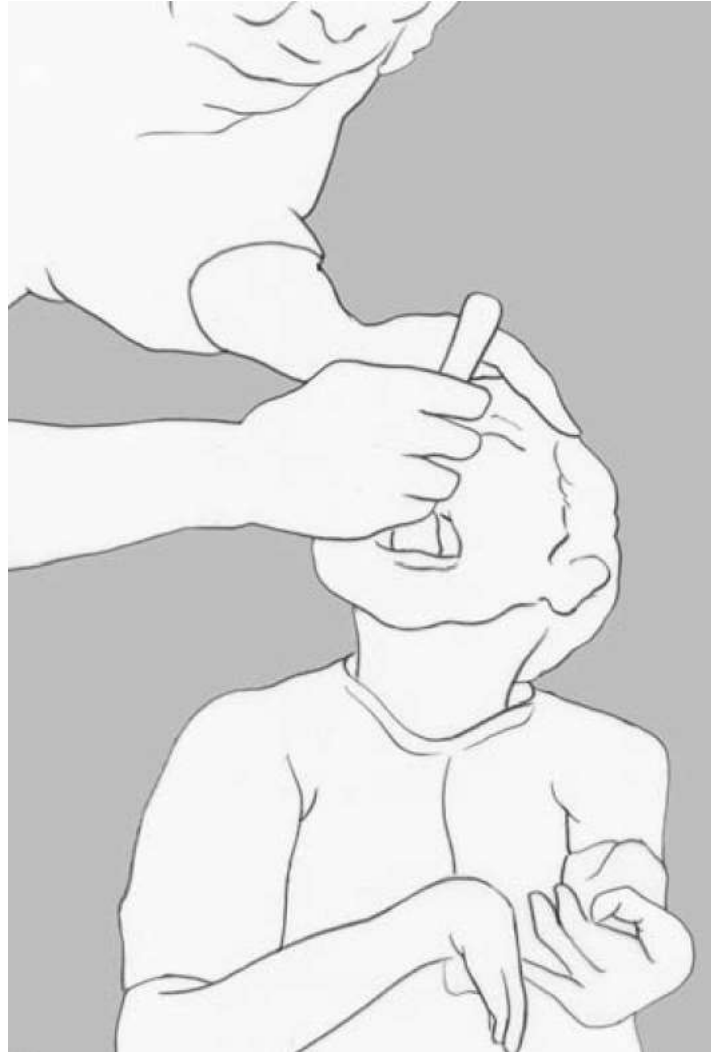
C



Alimentation/PARENTS

- **Positionnement :**
 - Tenez votre enfant en position verticale.
 - Tournez le corps de votre enfant vers vous autant que possible.
 - Stabilisez la tête de l'enfant dans une position neutre.
 - Soutenez la mâchoire.
- **Présentez des aliments de différentes consistances :**
 - Les enfants qui ont des difficultés de déglutition peuvent avoir besoin de nourriture plus consistante.
 - Donnez de petites bouchées de nourriture ayant une valeur nutritive élevée.
- **Encouragez votre enfant à s'alimenter lui-même.**

Mauvaise position de la tête et introduction d'une trop grande cuillère.



Technique manuelle incorrecte



Technique manuelle correcte



Posture correcte et bonne présentation du verre



Mode d'alimentation incorrect



Le pédiatre et l'enfant handicapé

- **Réelle démarche éthique:**
 - reconnaissance de la personne handicapée et de ses besoins
 - notion de **qualité** de vie et moyens mis en œuvre
 - recherche d'une autonomie et d'une insertion sociale
- **Connaissance des différentes structures :**
 - prise en charge en ambulatoire de l'enfant en situation de handicap
 - le « médecin pilote » et organise l'accompagnement de l'enfant et de sa famille :
 - en fonction des besoins de l'enfant
 - en tenant compte de son évolution
 - assure le lien avec l'école
- **Réseau ville ou ville/hôpital**

Organisation du suivi

- **La consultation spécifique handicap :**
 - Apprécie l'état clinique de l'enfant et les bilans à envisager
- **La réunion de synthèse :**
 - Présente les comptes-rendus des bilans
 - Décide de la stratégie thérapeutique
- **Les réunions de suivi :**
 - Adaptent le projet thérapeutique en fonction de l'évolution de l'enfant

Parcours de santé de l'enfant polyhandicapé

- **Interactions :**
 - Soins à domicile
 - Accompagnements des structures médico-sociales
 - Hospitalisations :
 - Pathologie intercurrente
 - Aggravation : épilepsie...
 - Décompensation viscérale surajoutée...
- **Nécessité d'un projet global**
- **Développer un réseau**

CONCLUSION

- **APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE**
- **COMMUNICATION**
- **CIRCUIT DU MALADE**
- **CONTEXTUALISATION**