

Synthèse sur les troubles de l'oralité chez les enfants d'après la formation de Catherine SENEZ aux CAMSP « Les Boutons d'Or »

Nous avons fait une formation les 3 CAMSP réunis, avec Madame Senez, spécialiste des troubles de l'oralité car nous rencontrons beaucoup d'enfants ayant des troubles de la déglutition et d'autres qui ont beaucoup de difficultés à s'alimenter, avec des parents qui n'en peuvent plus des heures passées à nourrir leurs enfants qui refusent les morceaux, qui mettent beaucoup de temps à manger.

Un certain nombre d'entre eux sont par ailleurs nourris soit par sonde ou bien qui ont une gastrostomie durant x mois pour parer à l'alimentation et aux problèmes de dénutrition.

Or nous le verrons la nutrition entérale n'est pas sans poser problèmes.

Dans le développement normal de l'enfant :

Dès la 12^{ème} semaine de vie intra utérine, le fœtus mémorise les goûts et odeurs variables du Liquide Amniotique (LA) qu'il déglutit régulièrement

A la naissance le cordon ombilical est coupé mais il existe un autre cordon reliant l'enfant à la mère qui est le cordon sensoriel olfactif et gustatif. L'enfant posé sur sa mère sera donc immédiatement plongé dans une ambiance familière et rassurante. Les odeurs orientent le nouveau né vers le mamelon pour sa 1^{ère} tétée. Le colostrum puis le lait sont très proches en odeur et en température du LA qu'il a dégluti et mémorisé pendant sa vie intra utérine.

La relation de la mère et de l'enfant, après la naissance et avant le langage, passe aussi par cette sensorialité avec une intense mémorisation de toutes les expériences sensorielles et motrices.

Les temps de repas sont des moments d'intenses stimulations sensorielles.

L'équilibre des sensorialités varie d'un enfant à un autre, selon le type et le degré de handicap et des variations interindividuelles qui sont très grandes. Certains apprécient d'être touchés mais d'autres s'en défendent.

Les symptômes tels que manque d'appétit, refus des nouveautés, sélectivité alimentaires, nausées, vomissements et problèmes de comportements aux repas, débutent dès la 1^{ère} année de vie, majoritairement à la période où les mères commencent à diversifier l'alimentation.

Certains facteurs associés vont aggraver les troubles de l'alimentation tels que des facteurs organiques ou psychosociaux comme les allergies, les intolérances alimentaires, le Reflux Gastro Oesophagien (RGO), la constipation ou les problèmes relationnels. Ces facteurs vont influencer sur l'appétit de l'enfant mais n'en sont pas la cause première pour Mme Senez.

Les observations d'un certain nombres de chercheurs (travaux de Schaal, Fung, Bartoshuk) et les observations cliniques de Mme Senez durant des années, montrent qu'il existe une cause commune à ces troubles alimentaires à savoir que les organes des sens que sont le goût, le toucher et l'odorat et même la vue, très sollicités lors des repas, jouent un rôle essentiel dans l'alimentation. Leurs dysfonctions sont le dénominateur commun des troubles chez des enfants aussi différents que ceux atteints d'autisme, d'IMOC ou d'un polyhandicap ainsi que ceux à développement normal ou privés d'alimentation orale depuis la naissance pour des causes médicales ou chirurgicales diverses.

L'importance des troubles alimentaires est corrélée à la fréquence des nausées pendant un repas.

Pour la majorité de la population, le rôle physiologique du réflexe nauséux est d'inverser brutalement le processus de déglutition au moment où les organes du goût et/ou de l'odorat ont perçu une substance nocive (aliment ou odeur dangereuse) pour ne pas l'avaler ou ne pas l'inhaler. L'organisme bloque alors la respiration. C'est une réponse à une stimulation nociceptive.

L'hyper nauséux : est une réponse anormale et exagérée de rejet provoquée par une stimulation olfactive et gustative donnée par certains aliments normalement comestibles. Cet hyper nauséux s'accompagne d'autres symptômes tels que : appétit médiocre et irrégulier, lenteur pour s'alimenter, sélectivité, refus des aliments nouveaux, très souvent refus des morceaux et pas ou peu de mastication même si elle est possible, vomissements si forçage lors des repas, nausées au brossage des dents. Le tout s'accompagnant dans bien des cas d'un développement pondéral médiocre pouvant aller jusqu'à un état de dénutrition. Cet hyper nauséux peut toucher tout le monde c'est l'hyper nauséux familial mais qu'est-ce que l'hyper nauséux familial ?

Pour répondre à cette question il faut revenir sur le développement et tout particulièrement sur le développement du goût et de l'odorat chez le fœtus et le jeune enfant.

Les papilles gustatives et le système olfactif sont matures chez le fœtus dès les 1ères déglutitions du Liquide Amniotique (LA) dès la 11^{ème} semaine. Le LA est à température constante, il est visqueux et il va varier de goût en fonction de ce que la mère a ingéré.

A terme, le fœtus déglutit 1 litre à 3 litre par 24h de liquide amniotique et les fœtus adorent les saveurs sucrées. Le fœtus lape par des mouvements linguaux antéro-postérieurs. Ce n'est qu'à 37 semaines que le fœtus peut avoir le réflexe de succion.

Le système olfactif permet de percevoir les substances odorantes volatiles et environnementales.

La langue est l'organe du goût, elle perçoit les 4 saveurs : sucré, salé, acide, amer. Elle est aussi organe du toucher (mécanorécepteurs), elle a surtout une perception très fine des températures, des formes et des consistances. Par contre la langue ne perçoit pas les odeurs. Ce sont les organes de l'olfaction (chimiorécepteurs) dont l'épithélium et le bulbe olfactif qui perçoivent les odeurs. Donc chez le fœtus ces 2 organes des sens sont très développés. Le fœtus perçoit également les phéromones maternelles.

Le nourrisson aime de façon innée le goût sucré. Il faut savoir que le goût du lait maternel varie en fonction du temps de la tétée : au début de la tétée il a un goût sucré, par contre à la fin de la tétée le lait est plus gras et plus épais. D'où l'importance de l'allaitement qui permet à l'enfant d'engrammer des goûts et des saveurs très différents alors que le lait artificiel a toujours le même goût.

En référence à Proust :

« ...quand d'un passé ancien rien ne subsiste, après la mort des êtres..., seules, plus frêles et plus vivaces, plus immatérielles, plus fidèles, l'odeur et la saveur restent encore longtemps... » in « du côté de chez Swann » Ed. La Pléiade p. 45-47

Chez le nourrisson, durant la tétée, les 2 phases que sont aspiration du lait et déglutition s'enchaînent très rapidement. Une aide à la succion peut être exercée en pressant le menton du bébé.

Beaucoup de parents ont peur des fausses routes et de ce fait nombreux sont ceux qui ralentissent le rythme par peur de cette fausse route et qui arrêtent en cours de biberon, or pour Mme Senez, il faut maintenir le rythme, en fonction de l'enfant bien entendu, mais une

tétée ne devrait pas dépasser 10 à 15 mn. Il faut respecter une bonne tenue de tête, les lèvres doivent bien enserrer la tétine qui va ramollir à l'usage. Les trous ne doivent pas être agrandis. Après il y a le temps relationnel et affectif de la tétée qui représente un moment privilégié entre l'enfant et sa mère.

Il faut un Système Nerveux Central en très bon état dès la naissance. L'enfant va faire des expériences sensori-motrices tout le temps en tétant, en babillant... il enregistre dans son cerveau et il y a répétitions (6 tétées par jour au début). L'information est traitée au niveau sensori-moteur. Les sensations vont venir se stocker dans l'aire corticale sensori-motrice, c'est ainsi que va s'instaurer la mémoire, ça se fait au prix d'une répétition pluri-quotidienne et c'est un apprentissage.

Les problèmes commencent donc, ou se poursuivent, avec la diversification de la nourriture et le passage à la cuillère. Il ne faut pas diversifier trop tôt et surtout ne pas forcer les enfants.

Les troubles alimentaires : inappétence, lenteur, aversions et peu de plaisir oral doivent alerter.

Petit, l'enfant hyper nauséux va réagir par un refus à l'introduction de toute substance différente du lait en température, en consistance et ou en goût comme par exemple une substance froide sortant du réfrigérateur, les morceaux ou grumeaux, ou bien des goûts salés, acides, trop différents du sucré. Les refus alimentaires peuvent prendre une forme minime comme le simple refus des morceaux ou, dans la forme extrême un état proche de l'anorexie. Les formes les plus courantes sont le dégoût pour la viande. Ces enfants passent énormément de temps à manger et font le hamster en gardant les boulettes sur les côtés de la bouche. La lenteur est une autre caractéristique. Si on les force, ces enfants sont secoués de hauts le cœur qui vont de régurgitations jusqu'aux vomissements.

Il est donc important de donner des textures adaptées (aliment bien mixé et lisse), de bien hydrater et ne pas hésiter à donner des boissons à températures tièdes car l'enfant tolère mal le froid, de veiller à donner suffisamment d'écarts entre les repas pour que l'enfant ait la sensation de faim car il faut respecter la question de la vidange gastrique.

Il faut aussi tempérer les mamans qui ont le désir de normaliser leur enfant. Or la mastication n'est véritablement mature qu'à l'âge de 6 ans. Les lères molaires n'apparaissent que vers 2 ans. Or la mastication est une motricité fine au même titre que la main et le pouce. Il faut que la langue soit capable de faire un travail sinusoïdal pour la mastication (aller à droite, au fond de la bouche, puis aller à gauche, au fond puis revenir au milieu ...).

Il faut s'interroger pour tout repas supérieur à 30 mn, la normale se situant autour de 15 mn.

Les signes constituant un trouble alimentaire pris isolément ne sont pas ou peu spécifiques mais quand plusieurs signes sont associés, le terme de Syndrome de Dysoralité Sensorielle (SDS) est proposé pour désigner les troubles affectant le temps buccal de l'alimentation, qui résultent d'une réactivité sensorielle exacerbée et non d'une incapacité motrice car certaines fois il peut ne pas y avoir de nausées. D'où la nuance avec l'hyper nauséux.

Ce tableau de SDS s'accompagne souvent d'un retard de parole plus ou moins important. Il a été démontré une hiérarchie des fonctions à savoir que la succion précède l'articulation des consonnes bilabiales de « m-p-b-« et les mouvements masticatoires précèdent l'articulation de « t-d-n ».

Quand ce SDS est repéré chez des enfants ou adultes qu'ils aient un développement normal (25%) ou un handicap voire un polyhandicap, un programme de désensibilisation peut être proposé, 80% des personnes autistes ou avec TED auraient un SDS

La désensibilisation est effectuée par des orthophonistes formées à ces techniques, elle consiste en des massages à l'intérieur de la bouche, très rapides, appuyés, comme le geste d'un gommage énergique sur une feuille de papier. Ces massages sont pluriquotidiens, pendant plusieurs mois (7 mois) afin de permettre une résolution définitive du problème et ce, bien que les progrès soient visibles dès les 2 premiers mois de la mise en route de la désensibilisation.

Les orthophonistes ont une place privilégiée dans cette prise en charge car elles assurent une guidance parentale afin que l'entourage de l'enfant apprenne à effectuer ces massages et les gestes adéquats. Au début les massages ont peu d'amplitude et ce n'est que progressivement, en surveillant bien les réactions de l'enfant, que semaine après semaine, l'amplitude sera augmentée. Cette méthode, basée sur la répétition (7 à 8 fois par jour) en veillant à ne pas dépasser le seuil de tolérance de l'enfant c'est-à-dire à ne pas déclencher un réflexe nauséux en faisant les massages, conduit à une habitude et donc une désensibilisation du nerf sensitif en question.

Elle entraîne une diminution de la réactivité défensive aux touchers buccaux. Après la désensibilisation, les enfants ou adultes élargissent leurs choix alimentaires, mangent plus facilement, plus vite et avec plaisir.

Si l'enfant est hypersensible au niveau tactile, il ne se laissera pas aborder pour une désensibilisation dans la bouche. Il faudra alors faire une désensibilisation faciale « le tour de la maison » avant de pouvoir aborder la bouche.

Une orthophoniste du CAMSP a fait cette formation et commence à voir des résultats chez des enfants qui présentaient ce SDS.

Pour Catherine Senez, quand les parents n'en peuvent plus et que l'enfant ne veut pas manger, il ne faut pas forcer l'enfant et ne pas hésiter à mettre en place une nourriture mixte, soit une Nutrition Entérale (NE) où l'enfant va être nourri par sonde pour assurer un bon état nutritionnel et tout en permettant de travailler l'oralité en parallèle.

La NE n'est pas sans avoir des avantages (elle permet une vie sociale, une prise de poids et est très utile dans le cas de problèmes médicaux) mais aussi des inconvénients (réveils nocturnes, une agitation, des rythmes cardiaques plus élevés de même qu'une augmentation des urines, des selles, les réveils peuvent être nauséux, pas de sensation de faim la journée).

La gastrostomie est une autre alternative à la sonde, elle a souvent été repoussée par les familles mais est plus fréquente aujourd'hui.

Pour Mme Senez, l'alimentation entérale pose le problème des cycles circadiens qui ne sont pas respectés quand on alimente la nuit un enfant durant plusieurs heures car pour un repas de 300 ml il faut 2h alors que lors d'un repas au biberon il suffit de moins de 15 minutes.

On peut réduire le temps en faisant déglutir les enfants en même temps qu'on branche la machine pour mettre en action le péristaltisme (exemple des fusées d'eau dans la bouche toutes les 10 mn au départ) pour déclencher une déglutition réflexe.

Arlette Mourin-Allély
Directrice des CAMSP « Les Boutons d'or »