



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ NANCY I FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

ECOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE

DIRECTEUR : PROFESSEUR C. SIMON

**Troubles du comportement
alimentaire et troubles d'articulation
chez l'enfant : quelles relations ?**

MEMOIRE

Présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

Marie-Sophie PRETAGUT

Juin 2010

Jury :

Président : Monsieur le Professeur VERT

Directrice de mémoire : Madame GENDRE-GRENIER, Orthophoniste

Assesseur : Madame SIBIRIL, Pédiopsychiatre

Je remercie :

Monsieur le Professeur P. VERT,

Pour sa disponibilité et ses conseils avisés.

Pour l'intérêt qu'il a manifesté envers ma démarche et pour m'avoir suivie au cours de ce travail.

Madame L. GENDRE-GRENIER,

Pour sa disponibilité et son enthousiasme.

Pour m'avoir guidée tout au long de ma démarche en me faisant partager son expérience.

Madame V. SIBIRIL,

Pour son intérêt et sa collaboration au cours de mon travail.

A deux mamans fantastiques qui m'ont été d'une aide et d'un soutien incroyable depuis le début...

Sommaire

Introduction.....	8
--------------------------	----------

ANCRAGE THEORIQUE.....	10
-------------------------------	-----------

1. DEVELOPPEMENT NORMAL DES FONCTIONS ALIMENTAIRE ET VERBALE

11

1.1. Rappels sur le développement du comportement alimentaire physiologique 11

1.1.1. Développement des différentes stratégies alimentaires	11
1.1.2. Aspects nutritionnels	15
1.1.2.1. De la naissance à 4 mois : alimentation lactée exclusive	15
1.1.2.2. De 4-6 mois à 1 an : diversification alimentaire	16
1.1.2.3. De 1 an à 3 ans : alimentation variée	17

1.1.3. Aspects qualitatifs..... 18

1.1.3.1. Définition du goût	18
1.1.3.2. Réflexe gusto-facial.....	18
1.1.3.3. Sensations et préférences gustatives	19
1.1.3.4. Le réflexe nauséeux	19
1.1.3.5. Néophobie alimentaire	19
1.1.3.6. Sensibilité individuelle et environnement social	20
1.1.3.7. Le moment du repas et la symbolique alimentaire	20

1.2. Rappels sur le développement physiologique du langage 21

1.2.1. La première année : les stades prélinguistiques	21
1.2.1.1. Les vocalisations : 0-2 mois.....	21
1.2.1.2. Les syllabes archaïques : 1-4 mois	22
1.2.1.3. Le babillage rudimentaire : 3-8 mois	22
1.2.1.4. Le babillage canonique : 5-10 mois	23
1.2.1.5. L'allongement final : 12-13 mois	23
1.2.1.6. Le babillage mixte : 9-18 mois	23
1.2.2. La deuxième année : le développement linguistique	23
1.2.3. Le cap de la troisième année	24
1.2.4. Après trois ans.....	26

1.3. Liens dans le développement normal de l'alimentation et du langage 26

1.3.1. Les premiers mois	27
1.3.2. De 4-6 mois à 12 mois	28
1.3.3. La deuxième année	29

2. TROUBLES DES FONCTIONS ALIMENTAIRE ET VERBALE CHEZ L'ENFANT.30

2.1. Les troubles du comportement alimentaire 30

2.1.1. L'anorexie néonatale.....	31
2.1.2. L'anorexie du deuxième semestre	32
2.1.3. L'anorexie précoce sévère	32
2.1.4. L'anorexie de la seconde enfance ou anorexie phobique.....	33
2.1.5. Les agressions orales post-traumatiques	34
2.2. Le trouble d'articulation, le retard de parole et le retard simple de langage.....	35
2.2.1. Le trouble d'articulation.....	35
2.2.2. Le retard de parole.....	38
2.2.3. Le retard simple de langage	39
DISPOSITIF EXPERIMENTAL.....	41
1. PROBLEMATIQUE, HYPOTHESES ET OBJECTIFS DE RECHERCHE	42
2. METHODOLOGIE.....	43
2.1. Sélection de la population.....	43
2.1.1. Critères d'inclusion.....	43
2.1.2. Critères d'exclusion	44
2.2. Outil de recherche	44
2.2.1. Matériel.....	44
2.2.2. Présentation du questionnaire et des objectifs	48
2.2.2.1. Partie du questionnaire destinée aux orthophonistes	48
2.2.2.2. Partie du questionnaire destinée aux parents.....	48
2.2.3. Modalités de passation	48
2.2.3.1. Test et validation du questionnaire	48
2.2.3.2. Procédures de passation.....	49
PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	50
1. DONNEES GENERALES	51
1.1. Sexe de l'enfant	51
1.2. Age de l'enfant	51
2. QUESTIONNAIRE DESTINE AUX ORTHOPHONISTES	51
2.1. Question 1 : Pour quel type de trouble d'articulation l'enfant est-il pris en charge ?	51
2.2. Question 2 : A quel âge a-t-il été diagnostiqué ?.....	51

2.3. Question 3 : L'enfant a-t-il déjà présenté ou présente-t-il un retard simple de langage ?	52
2.4. Question 4 : Si oui, a-t-il été pris en charge ou est-il pris en charge pour ce retard simple de langage ?	52
2.5. Question 5 : L'enfant a-t-il déjà présenté ou présente-t-il un retard de parole ?....	52
2.6. Question 6 : Si oui, a-t-il été pris en charge ou est-il pris en charge pour ce retard de parole ?	52
2.7. Question 7 : Observations	52
3. QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PARENTS.....	53
3.1. Question 8 : Votre enfant a-t-il déjà présenté des difficultés d'alimentation entre 0 et 5 ans ?	53
3.2. Question 9 : Si oui, quel âge avait votre enfant et jusqu'à quel âge cela a-t-il duré ?	53
3.3. Question 10 : Si oui à la question 8, quelles étaient les difficultés présentées par votre enfant ?.....	55
3.4. Question 11 : Quelles raisons ont été évoquées pour expliquer ces difficultés à s'alimenter ?	57
3.5 Question 12 : Observations	59
4. MISE EN RELATION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET DES TROUBLES D'ARTICULATION, RETARDS DE PAROLE ET RETARDS SIMPLES DE LANGAGE	59
DISCUSSION.....	62
Conclusion.....	67
Repères bibliographiques.....	69
Annexes	

Introduction

La prévention des troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant nourri artificiellement a fait l'objet de plusieurs études. D'autres travaux ont tenté de mettre en lien la conséquence de ces troubles de l'oralité alimentaire sur le développement du langage. Au final, la relation entre l'oralité alimentaire et l'oralité verbale semble exister. Il y a peu de temps que le sujet suscite l'intérêt des auteurs.

La sphère oro-faciale, carrefour de cette double oralité, est une source constante d'informations sensorielles. En conséquence, l'alimentation, comme le langage, est toujours reliée à la notion de plaisir ou de déplaisir. De ce fait, nous aimerions mettre en évidence l'existence d'un trouble sensoriel commun à des troubles du comportement alimentaire et d'articulation. Un trouble sensoriel pourrait-il être à l'origine de ces troubles de l'oralité alimentaire et verbale ?

Dans cette perspective, nous souhaiterions analyser les relations qu'entretiennent les troubles du comportement alimentaire chez l'enfant et les troubles d'articulation.

Notre travail se présente de la façon suivante :

- Un ancrage théorique qui vise à présenter le cadre des troubles qui nous intéressent. Pour ce faire, nous aborderons dans un premier temps, le développement normal de l'alimentation et du langage, ainsi que les liens entre ces deux domaines. Nous présenterons ensuite les troubles du comportement alimentaire et les troubles d'articulation, les retards de parole et les retards simples de langage.
- Un exposé de notre démarche clinique qui permet d'en présenter le cadre (problématique, hypothèses et objectifs) et les modalités d'application (terrain expérimental, population ciblée et méthode d'investigation).
- Une présentation et une analyse des résultats obtenus par le biais de notre questionnaire.
- Une discussion des résultats de notre analyse qui en extrait les grandes lignes afin de dégager des attitudes préventives et une guidance parentale possibles.

Ancrage théorique

1. Développement normal des fonctions alimentaire et verbale

1.1. Rappels sur le développement du comportement alimentaire physiologique

Selon Thibault (2007)¹, lors de l'oralité primaire (lorsque la séquence succion-déglutition est réflexe), le lait donné par la mère à son enfant est le nutriment d'une relation fusionnelle basée sur la confiance. L'enfant peut soit accepter l'aliment et l'ingérer, soit le refuser. L'acte de manger n'est donc pas seulement un besoin physiologique, c'est aussi un acte social qui peut être un plaisir comme une angoisse donnant lieu à un conflit.

Ainsi, nous nous attacherons à décrire les divers aspects qui participent au développement de l'alimentation.

1.1.1. Développement des différentes stratégies alimentaires

- L'oralité primaire : la déglutition fœtale et la succion-déglutition-ventilation néonatale

Selon Senez (2002)² et Thibault (2006)³, la déglutition fœtale est une fonction réflexe qui apparaît vers la 12^{ème} semaine de gestation. Par son activité motrice, elle assure la déglutition du liquide amniotique grâce aux lapements du nouveau-né et contribue à la croissance de sa cavité buccale par la succion de ses doigts ou de ses orteils. Elle sert également à préparer à la reconnaissance gustative et olfactive du lait, et à la succion mature dès la naissance.

En plus de la motricité oro-pharyngée, Thibault *op. cit.* (2006) explique que d'autres fonctions telles que le toucher, l'olfaction et le goût sont également matures avant la naissance et interviennent dans le processus de succion-déglutition fœtale.

A la naissance, le nourrisson doit adapter sa stratégie pour déglutir le lait. En effet, les mouvements de « lapements » ne suffisent plus dans le milieu atmosphérique. On

¹ Thibault C. (2007), *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux : Masson.

² Senez C. (2002), *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*, Marseille : Solal.

³ Thibault C. (juin 2006), « La langue, organe clé des oralités » *in* : Leloup G., Eyoum I. dir., *Rééducation orthophonique n°226, La déglutition dysfonctionnelle*, Paris : Fédération nationale des orthophonistes, 115-124.

distingue alors deux types de succion nécessitant un équipement neurologique intact : la succion non nutritive n'impliquant pas la déglutition et la succion nutritive assurant la déglutition du lait.

La succion non nutritive apparaît la première. Elle est composée de mouvements deux fois plus nombreux que lors de la succion nutritive car ni l'alimentation ni la satiété n'entrent en jeu dans ce processus. D'après Thibault (2006)¹, il semble que son rôle, surtout lorsqu'elle apparaît à la fin d'une tétée, est de contribuer à l'interaction de l'enfant avec sa mère : la stimulation de la bouche et des lèvres à travers la succion de son pouce, de sa langue, du mamelon ou de la tétine, constitue un plaisir, indépendamment du besoin alimentaire.

Quant à la succion nutritive, Abadie (2004)² nous explique qu'elle requiert une organisation parfaite avec la déglutition et la ventilation.

Abadie (2002)³ décrit ainsi la succion-déglutition primaire comme un geste réflexe, déclenché « par des récepteurs cutanés péribuccaux (réflexe de fuissement), étayé par des afférences sensorielles gustatives et olfactives, et par les stimuli neurohormonaux de la faim. » (Abadie, 2002, 3).

Elle est réalisée par « [l'] occlusion de l'orbiculaire des lèvres autour du mamelon [...], [les]contractions des muscles des joues réalisant une pression puis une dépression grâce aux mouvements de reptation antéropostérieurs de la langue. » (Abadie, 2002, 3).

Le bol lacté parvenant ainsi au niveau pharyngien provoque l'occlusion des voies aériennes, et suit la phase œsophagienne automatique.

De plus, selon Thibault (2007)⁴ et Senez (2002)⁵, une succion-déglutition nutritive efficace requiert, outre un équipement neurologique mature et intact, des expériences sensori-motrices répétées. Si bien qu'au bout de quelques jours, une tétée ne dure pas plus de 15 minutes environ, les quatre premières minutes correspondant à la prise essentielle du lait

¹ Thibault C. (juin 2006), « La langue, organe clé des oralités » in : Leloup G., Eyoun I. dir., *Rééducation orthophonique n°226, La déglutition dysfonctionnelle*, Paris : Fédération nationale des orthophonistes, 115-124.

² Abadie V. (décembre 2004), « Troubles de l'oralité du jeune enfant » in : Roustit J. dir., *Rééducation orthophonique n°220, Les troubles de l'oralité chez l'enfant*, Paris : Fédération nationale des orthophonistes, 55-68.

³ Abadie V. (2002), « Développement de l'oralité » in : Goulet O., Vidailhet M. coordinateurs, *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*, Rueil-Malmaison : Doin, 2-6.

⁴ Thibault C. (2007), *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux : Masson.

⁵ Senez C. (2002), *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*, Marseille : Solal.

grâce à la succion nutritive, le reste du temps étant composé de pauses, d'endormissements et de succion non nutritive contribuant aux interactions mère-enfant.

D'un point de vue psychologique, Abadie (2002)¹ décrit que l'expérience de la tétée, au sein comme au biberon, organise les premiers échanges mère-enfant. « Si la mère répond au besoin de « remplissage » de son enfant, l'enfant, en se faisant nourrir, lui apporte également une compensation de la sensation de vide maternel, secondaire à l'accouchement qui fait suite à un long moment de « remplissage » de la mère par son enfant. » (Abadie, 2002, 4).

De plus, Thibault (2006)² explique l'importance des différents rythmes liés à l'alimentation. Les séquences faim-satiété qui engendrent successivement des sensations de plaisir ou de déplaisir permettent la construction de la personnalité et l'organisation des rythmes circadiens du nourrisson.

- Vers l'oralité secondaire : le passage à la cuillère et à la mastication

Selon Arsan *et al.* (2003)³, cette nouvelle stratégie alimentaire se met en place entre 4 et 7 mois grâce à la maturation corticale, et précède l'apparition des premières dents de lait.

Le moment du sevrage constitue une transition entre le stade oral primaire succionnel et le stade secondaire, phase volontaire de mastication.

En effet, le processus consistant à introduire les aliments au niveau de la partie antérieure de la bouche vers le carrefour aérodigestif est bien distinct de celui qui dirige le lait aspiré presque directement vers le pharynx. Un certain stade du développement neuromusculaire est donc nécessaire pour que le nourrisson soit capable de déglutir volontairement les aliments. Les suggestions, les observations ainsi que les tentatives d'introduction de nouveaux aliments semi-solides par la mère sont nécessaires pour attendre le bon moment lorsque les structures corticales seront prêtes pour un nouveau mode d'alimentation.

D'après Thibault *op. cit.* (2006), le sevrage est souvent vécu par l'enfant comme une frustration, voire un traumatisme car le passage à la cuillère exclusif crée un conflit relationnel avec sa mère. L'enfant va devoir s'adapter à un nouveau mode d'alimentation, et par conséquent, à un nouveau mode de relation.

¹ Abadie V. (2002), « Développement de l'oralité » in : Goulet O., Vidailhet M. coordinateurs, *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*, Rueil-Malmaison : Doin, 2-6.

² Thibault C. (juin 2006), « La langue, organe clé des oralités » in : Leloup G., Eyoum I. dir., *Rééducation orthophonique n°226, La déglutition dysfonctionnelle*, Paris : Fédération nationale des orthophonistes, 115-124.

³ Arsan A., Vermeil G., Dartois A.-M., Du Fraysseix M. (2003), *Alimentation de l'enfant de la naissance à 3 ans*, Rueil-Malmaison : Doin.

C'est pourquoi Arsan *et al. op. cit.* (2003) expliquent que cette transition doit se passer dans un climat d'échange favorable entre la mère et son enfant.

Ainsi, au départ, l'enfant suce la cuillère comme il le fait pour prendre la tétine ou le mamelon, puis son geste s'affine pour devenir progressivement volontaire : il peut choisir de déglutir ou de cracher. « Il s'agit en fait d'une praxie complexe nécessitant l'efficacité des afférences visuelles, l'ouverture appropriée de la bouche et la mise en œuvre des structures neurologiques de l'apprentissage. L'enfant apprend par imitation à saisir entre les lèvres et les dents l'alimentation à la cuillère. » (Thibault, 2007, 44)¹.

L'alimentation à la cuillère coexiste avec la succion-déglutition primaire et dure de un à deux ans dans la culture occidentale.

Elle est progressivement remplacée au cours de la deuxième année par la stratégie de mastication qui nécessite elle-aussi un apprentissage. Les incisives sectionnent les aliments tandis que les prémolaires de lait sont utilisées dans des mouvements rotatoires de la mâchoire. La mastication ne sera parfaitement contrôlée que vers 6 ans.

Abadie (2002)² ajoute que « la mise en place de la praxie alimentaire volontaire dépend de fonctions cognitives, affectives et sociales. » (Abadie, 2002, 5). La mère nourrit son enfant tout en l'éduquant. Elle lui fait découvrir la diversité de l'alimentation tout en introduisant la notion d'interdits ou de préférences en fonction de sa culture. Le repas est un moment de partage et d'apprentissages sociaux, pendant lequel l'enfant prend conscience que son comportement alimentaire a une valeur importante pour son entourage, en particulier sa mère.

- La déglutition adulte

Selon Senez (2002)³, la déglutition adulte s'installe vers 7 mois, bien que l'enfant ne commence à mastiquer les aliments que vers deux ans. La déglutition est composée de trois temps, seul le premier est volontaire.

Le temps buccal consiste, pour les solides, à mastiquer le bol alimentaire jusqu'à ce qu'il forme une masse homogène, lubrifiée par la salive. Pour les liquides, tout se passe comme lors de la déglutition du nouveau-né, à la seule différence qu'il n'y a plus de pression alternative. Le bol est rassemblé sur le dos de la langue qui va le plaquer contre le palais.

Le temps pharyngien, réflexe, dure environ une seconde. Il consiste en une élévation du voile du palais qui obture la partie nasale du pharynx. L'épiglotte bascule pour assurer la

¹ Thibault C. (2007), *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux : Masson.

² Abadie V. (2002), « Développement de l'oralité » in : Goulet O., Vidailhet M. coordinateurs, *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*, Rueil-Malmaison : Doin, 2-6.

³ Senez C. (2002), *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*, Marseille : Solal.

fermeture laryngée. La base de langue recule afin de protéger le larynx et de propulser le bol alimentaire vers le pharynx. En parallèle, le larynx s'élève, permettant ainsi l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage. La respiration est alors inhibée automatiquement. Le bol alimentaire est entraîné vers l'œsophage par le péristaltisme pharyngé. La langue et le pharynx redescendent alors et la respiration reprend.

Le temps œsophagien, réflexe lui-aussi, permet la progression du bol alimentaire vers l'estomac. Sa durée varie entre huit et vingt secondes en fonction de la consistance et de la quantité des aliments ingérés.

1.1.2. Aspects nutritionnels

Avant de décrire les apports nutritionnels recommandés chez l'enfant de la naissance jusqu'à 3 ans (âge à partir duquel l'enfant adoptera les mêmes habitudes alimentaires que l'adulte), commençons par définir leur rôle :

« Les apports nutritionnels chez l'enfant doivent assurer le maintien d'un état de santé normal et permettre une croissance optimale, ce qui suppose de « couvrir » les besoins liés à la maintenance, à l'activité physique et à la croissance » (Ghisolfi *et al.*, 1996, 361)¹.

Il faut également tenir compte de la grande variabilité d'un enfant à l'autre, tant au niveau de son âge, de sa vitesse de croissance, de son activité physique, de ses habitudes alimentaires, que des facteurs génétiques et environnementaux.

1.1.2.1. De la naissance à 4 mois : alimentation lactée exclusive

◊ Le lait maternel

Selon André (1983)², le lait maternel est l'aliment idéal pour la croissance du nourrisson né à terme car les molécules qui le composent s'adaptent aux besoins nutritionnels de l'enfant durant toute la période de l'allaitement, tout en le protégeant contre les infections et les risques allergiques :

- de la naissance au 5^{ème} jour : le lait maternel s'appelle le colostrum
- du 6^{ème} jour au 15^{ème} jour : lait de transition
- à partir du 15^{ème} jour : lait dit mature

De plus, au cours de la tétée, le lait s'enrichit en lipides, ce qui règle la satiété du nourrisson.

¹ Ghisolfi J., Ricour C., Putet G., Goulet O., (1996), « Apports nutritionnels conseillés en France chez le nourrisson et l'enfant » in : Ricour C., Ghisolfi J., Putet G., Goulet O., *Traité de nutrition pédiatrique*, Paris : Maloine, 361-372.

² André G. (1983), *Diététique de l'enfant*, Paris : Masson.

Au niveau psycho-affectif, le lait de femme présente aussi l'avantage de renforcer le lien mère-enfant. « La mère et l'enfant forment une véritable dyade, et l'allaitement maternel favorise une intimité plus étroite » (Arsan *et al.*, 2003, 35)¹.

Selon Arsan *et al. op. cit.* (2003), à partir de 2 ou 3 semaines, le nombre de tétées varie entre 5, 6 ou 7 tétées par 24 heures, voire plus, l'essentiel étant qu'une tétée ne dure pas plus de 15 minutes.

L'allaitement au sein peut durer jusqu'à 6 mois ou plus, avec en complément une diversification alimentaire.

◇ Les laits artificiels

Si l'allaitement maternel n'est pas possible ou qu'il est nécessaire de le compléter, des préparations lactées diététiques ou « laits infantiles » assurent les besoins nutritionnels du nourrisson. Elaborés à partir de lait de vache, ils tentent de se rapprocher au maximum de la composition du lait maternel.

- de la naissance à 4 mois : les laits de premier âge
- de 4 mois à 1 an : les préparations de suite
- de 1 an à 3 ans : les laits de croissance, quand la diversification est bien établie

Concernant le nombre de biberons par jour, c'est aussi variable que lors de l'allaitement maternel, tout dépend des demandes du nourrisson.

1.1.2.2. De 4-6 mois à 1 an : diversification alimentaire

D'après André (1983)², la diversification alimentaire est une période de transition entre une alimentation lactée liquide et une alimentation semi-solide variée puis solide. « C'est une phase d'adaptation-maturation : c'est l'adaptation du tube digestif qui doit assurer la digestion des nouveaux nutriments : amidon, polyholosides, cellulose, protéines non lactées. C'est aussi une maturation neuro-psychique : de la succion, le nourrisson passe à la capacité de déglutir des aliments semi-solides » (André, 1983, 67).

La diversification progressive complète ainsi l'alimentation lactée : elle inclut les céréales sous forme de farines infantiles, les légumes, les fruits, les viandes, les poissons et les œufs.

Selon Arsan *et al. op. cit.* (2003), la mastication dépend du développement neuromusculaire de l'enfant (comme nous l'avons abordé précédemment dans notre paragraphe consacré aux stratégies alimentaires).

¹ Arsan A., Vermeil G., Dartois A.-M., Du Fraysseix M. (2003), *Alimentation de l'enfant de la naissance à 3 ans*, Rueil-Malmaison : Doin.

² André G. (1983), *Diététique de l'enfant*, Paris : Masson.

Ainsi, d'après Thibault (2007)¹, le passage à la cuillère se fait entre 4 et 7 mois, selon le développement et l'adaptation de l'enfant.

1.1.2.3. De 1 an à 3 ans : alimentation variée

D'après Arsan *et al.* (2003)², l'âge de un an marque des acquisitions particulières au niveau psychomoteur et langagier : l'enfant commence à marcher, à acquérir la possibilité de tenir un objet entre son pouce et son index, à comprendre et à dire ses premiers mots. Ces nouvelles acquisitions s'accompagnent au niveau nutritionnel de l'équipement dentaire et enzymatique permettant à l'enfant de consommer les mêmes aliments que l'adulte.

C'est pourquoi, durant cette période, l'enfant va pouvoir commencer à utiliser et à se familiariser avec la cuillère et à avoir une alimentation de plus en plus variée.

Abadie (2002)³ précise que ce sont alors surtout les habitudes alimentaires familiales qui prédominent dans l'alimentation de l'enfant. Cela signifie qu'il peut manger de tout, avec des textures qui lui sont adaptées. Vers 18 mois - 2 ans, son alimentation sera progressivement la même que celle de son entourage familial.

D'après Arsan *et al. op. cit.* (2003), trois ans est une limite qui tient plus d'habitudes sociales que d'une raison physiologique : cet âge marque en général l'entrée à l'école, changement important à partir duquel l'enfant prendra son déjeuner à la cantine, chez une nourrice...

Cette période est aussi, du fait du développement de l'intelligence et de la motricité, celle des préférences alimentaires, des refus, des caprices, qui peuvent être à l'origine de difficultés pour l'enfant et son entourage (nous développerons ce point dans le paragraphe consacré aux sensations et aux préférences gustatives).

¹ Thibault C. (2007), *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux : Masson.

² Arsan A., Vermeil G., Dartois A.-M., Du Fraysseix M. (2003), *Alimentation de l'enfant de la naissance à 3 ans*, Rueil-Malmaison : Doin.

³ Abadie V. (2002), « Développement de l'oralité » *in* : Goulet O., Vidailhet M. coordinateurs, *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*, Rueil-Malmaison : Doin, 2-6.

1.1.3. Aspects qualitatifs

1.1.3.1. Définition du goût

Le goût, selon Fischler (1993)¹, désigne d'une part la perception des saveurs, et d'autre part les préférences et les aversions alimentaires d'une personne pour un aliment. En effet, la notion de goût est fortement empreinte d'affectivité car des liens existent dans le système nerveux central entre la gustation et le système de régulation de l'humeur.

De plus, le goût n'est pas simplement le résultat de récepteurs gustatifs. Il résulte en fait de la combinaison de récepteurs gustatifs, tactiles, thermiques et olfactifs.

Brillat-Savarin (1965)² explique ainsi que le goût sert à la fois, par le plaisir qu'il procure, à nous soulager des maux de la vie, et aussi à nous faire choisir les aliments dont on peut se nourrir.

Donc, comme le souligne Chiva (1985)³, le goût est une notion complexe, associée à un besoin et à une composante affective et donc à du plaisir ou du déplaisir : « L'aspect plaisant ou déplaisant de la sensation gustative est une tonalité affective, simultanée aux propriétés d'information du système sensoriel. En tant que telle, comme composante affective, elle s'inscrit dans les processus d'apprentissage, de conditionnement des comportements » (Chiva, 1985, 25).

1.1.3.2. Réflexe gusto-facial

Comme le montre Chiva *op. cit.* (1985) lorsqu'il analyse ses expérimentations sur la présence d'une mimique gusto-faciale chez le nourrisson, au départ, cette mimique est réflexe, identique pour tous les bébés, mais varie d'un stimulus à l'autre (salé, acide, sucré et amer). « Mais l'étude de son évolution fait apparaître que si la stimulation sensorielle déclenche toujours la mimique, celle-ci peut également s'en détacher, avoir une existence qui ne dépend plus du stimulus, et devenir ainsi langage. » (Chiva, 1985, 209).

Ainsi, cette mimique, qui est au départ un marqueur universel des émotions, peut alors rapidement devenir un moyen d'expression et d'action sur l'environnement, interprétable par les parents et contribuant aux interactions précoces avec leur enfant.

¹ Fischler C. (1993), *L'omnivore*, Paris : Odile Jacob.

² Brillat-Savarin J-A. (1965), *Physiologie du goût*, Paris : Julliard.

³ Chiva M. (1985), *Le doux et l'amer*, Paris : PUF.

1.1.3.3. Sensations et préférences gustatives

D'après Nathalie Rigale (2004)¹, l'étude des comportements alimentaires se doit de prendre en considération les sensations gustatives de l'enfant afin d'étudier la place du goût dans son comportement alimentaire et de replacer ce comportement dans la structure psychologique plus globale de l'individu.

Les enfants, quelque soit leur sexe, leur origine sociale ou géographique, ont des préférences pour certains aliments. On retrouve les aliments sucrés, les aliments salés et simples comme les féculents, certaines viandes et les laitages. Les rejets concernent surtout les abats, les légumes et certains aliments au goût prononcé. En grandissant, les enfants vont, pour la plupart d'entre eux, progressivement accepter et apprécier ces goûts différents.

1.1.3.4. Le réflexe nauséeux

Selon Senez (2002)², cet automatisme présent dès la naissance protège le nouveau-né. Il agit à l'inverse de la déglutition en empêchant l'absorption d'aliments autres que le lait : « Toute substance entrant en contact avec la bouche et différente du lait, en température, en consistance ou en goût, va immédiatement être repérée par les organes gustatifs et provoquer le déclenchement de cet automatisme, le but étant d'interdire la déglutition d'une substance étrangère au lait, seul nutriment adapté au développement du nouveau-né. » (Senez, 2002, 52).

Vers 6-8 mois, ce réflexe va être inhibé par la maturation du système neurologique comme d'autres réflexes, à condition que ce système ait été stimulé pendant des mois par des expériences sensori-motrices composées de tétées six à dix fois par jour. Lorsque le réflexe nauséeux est inhibé, il n'est plus présent sur la partie antérieure de la bouche, mais continue à exister au niveau des piliers du voile chez la plupart des individus.

« Donc, en temps normal, c'est une réponse à une stimulation nociceptive. » (Senez, 2002, 55).

1.1.3.5. Néophobie alimentaire

Bellisle (2002)³ explique qu'entre 2 et 10 ans, il existe un phénomène de néophobie alimentaire chez la plupart des enfants qui refusent de goûter les aliments qu'ils ne

¹ Rigale N. (décembre 2004), « La construction du goût chez l'enfant » in : Roustit J. dir., *Rééducation orthophonique n°220, Les troubles de l'oralité chez l'enfant*, Paris : Fédération nationale des orthophonistes, 9-13.

² Senez C. (2002), *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*, Marseille : Solal.

³ Bellisle F. (2002), « Les goûts alimentaires : l'inné et l'acquis » in : Goulet O., Vidailhet M. coordinateurs, *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*, Rueil-Malmaison : Doin, 8-17.

connaissent pas. Ces préférences pour les aliments connus et les refus alimentaires sont pour la plupart appris et non innés.

La néophobie alimentaire peut trouver comme explications une recherche de sécurité par l'enfant, une opposition à ses parents, ou l'expérience nouvelle de son autonomie.

Cette période plus ou moins durable prendra fin lorsque l'enfant acceptera de découvrir des aliments qui lui sont inconnus, que ses parents, ses frères et sœurs, ses pairs, apprécient.

L'enfant a donc besoin de se familiariser avec les aliments nouveaux. En lui présentant à plusieurs reprises l'aliment, ou en le faisant participer à la préparation des repas par exemple, l'enfant va apprendre à aimer le goût que provoque un aliment, tout comme il peut apprendre à ne pas l'aimer, ce qui pourra induire un malaise gastro-intestinal et des nausées.

1.1.3.6. Sensibilité individuelle et environnement social

Chiva (1985)¹ précise que, outre les apprentissages et les expériences qui sont faits par l'enfant, il n'en reste pas moins qu'on voit apparaître très tôt des sensibilités et des réactivités particulières chez chacun d'eux. « N'est-ce pas en tenant compte à la fois de l'importance de la réactivité de l'enfant, de la prise ou non en considération des signaux émis, de l'occurrence des modifications comportementales à son égard, que l'on dispose de quelques-uns des éléments définissant la relation de l'enfant avec son milieu ? On peut dès lors mieux comprendre ses réactions pour aboutir à sa manière d'être. » (Chiva, 1985, 192). L'inné, les préférences individuelles, et l'acquis, les apprentissages dans le cadre du milieu familial, se combinent et déterminent en partie le climat relationnel dans lequel l'enfant se développe.

1.1.3.7. Le moment du repas et la symbolique alimentaire

Ainsi, selon Bellisle (2002)², la culture dans laquelle l'enfant grandit va influencer ses goûts et ses habitudes alimentaires (plats plus ou moins épicés par exemple).

De même, l'enfant apprend très tôt que certains aliments ne se mangent pas parce que, culturellement, cela ne se fait pas (dans la culture française, il serait mal perçu de manger des limaces, alors que nous mangeons des escargots).

Ainsi, Bellisle *op. cit.* (2002) explique que : « La notion qu'un objet est "dégoûtant" est acquise par les enfants avant l'âge de 30 mois, alors que la notion qu'un objet "ne convient pas" à la consommation (de l'herbe par exemple) se manifeste plus tard (après 60 mois). » (Bellisle, 2002, 11).

¹ Chiva M. (1985), *Le doux et l'amer*, Paris : PUF.

² Bellisle F. (2002), « Les goûts alimentaires : l'inné et l'acquis » in : Goulet O., Vidailhet M. coordinateurs, *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*, Rueil-Malmaison : Doin, 8-17.

Par ailleurs, lors du repas, la façon dont les parents interagissent avec l'enfant quant à son alimentation est complexe et peut être à l'origine de conflits. Le cas de parents pensant bien faire avec leur enfant en l'obligeant à terminer ce qu'il a dans son assiette, en le récompensant, montre que la récompense aura plus de valeur pour l'enfant que l'aliment qu'il a dû manger.

Le comportement des parents peut alors modifier l'autorégulation des besoins et la satiété de l'enfant. Cela pourra avoir des conséquences tant au niveau du goût que l'enfant percevra des aliments, que de la régulation nutritionnelle et du poids de l'enfant.

Après avoir décrit le développement normal de l'alimentation chez l'enfant, dans ses aspects quantitatifs et qualitatifs, voyons à présent le développement de son langage.

1.2. Rappels sur le développement physiologique du langage

Nous nous attacherons essentiellement à décrire le versant expressif du langage car cet aspect est celui auquel nous ferons référence dans notre partie expérimentale.

Les stades que nous décrivons dans cette partie pourront paraître se chevaucher dans les âges d'acquisition car ils prennent en compte les variations individuelles de développement entre les enfants.

1.2.1. La première année : les stades prélinguistiques

Lors de la première année, Aimard (1996)¹ explique que l'enfant s'exprime en utilisant des capacités préverbales qu'on appelle le babil, et des capacités non verbales pour se faire comprendre par son entourage (le regard, les sourires, les ajustements posturaux, les gestes et les mimiques...).

D'après Le Normand (2007)², voici comment se déroule le babil de l'enfant :

1.2.1.1. Les vocalisations : 0-2 mois

Le nouveau-né commence par produire des vocalisations réflexes ou quasi-réflexes composées de cris et de sons végétatifs.

Ces sons végétatifs se situent dans des fréquences basses, « ce qui joue un rôle essentiel dans la formation des coordinations neuro-motrices de l'articulation. » (Le Normand, 2007, 38).

¹ Aimard P. (1996), *Les débuts du langage chez l'enfant*, Paris : Dunod.

² Le Normand M.-T. (2007), « Modèles psycholinguistiques du développement du langage » in : Chevrie-Muller C., Narbona J. dirs., *Le langage de l'enfant : aspects normaux et pathologiques*, Issy-les-Moulineaux : Masson, 35-56.

Quant aux cris, ils permettent au nourrisson d'appeler sa mère ou de lui signaler son inconfort.

1.2.1.2. Les syllabes archaïques : 1-4 mois

Les sons que produit l'enfant apparaissent avec l'émergence du sourire qui est le premier indice de la communication sociale.

L'entourage peut alors percevoir des sons primitifs qui pourraient être qualifiés de sons quasi vocaliques et de sons quasi consonantiques. Ces sons proviennent de l'arrière de la gorge, donc avec une qualité plutôt nasale.

Selon Aimard (1996)¹, les premières vocalises que l'enfant produit ressemblent à des voyelles (a, e, i, u), puis à des consonnes antérieures (p, b), et à des nasales (m, n). Ces vocalises s'affineront à force de tâtonnements pour devenir progressivement les phonèmes de la langue. Nous précisons dans le paragraphe consacré à la troisième année de l'enfant le déroulement de ces acquisitions phonémiques.

Dès le troisième mois, le nourrisson imite les sons que ses parents reproduisent s'ils font partie de son répertoire vocal. Les productions de l'enfant sont alors récompensées par ses parents, ce qui l'encourage à poursuivre.

1.2.1.3. Le babillage rudimentaire : 3-8 mois

D'après Le Normand (2007)², à ce stade, des sons pleinement résonants apparaissent. L'enfant joue avec sa voix en contrôlant les différents paramètres. Il est capable d'augmenter l'amplitude fréquentielle de ses productions en passant de sons très graves à des sons très aigus. Il fait de même au niveau de l'intensité en passant de hurlements à des murmures.

Il prend plaisir à répéter ses propres sons ainsi que ceux de son entourage, d'autant plus que son interlocuteur a naturellement tendance à le valoriser et à répéter les sons qu'il produit.

A partir du sixième mois environ, les premières combinaisons de type consonne-voyelle apparaissent (appelées proto-syllabes). Mais, du fait d'une articulation encore imprécise et de transitions lentes, il est encore difficile de les segmenter.

Ainsi, selon Aimard *op. cit.* (1996), le babil ne peut se réduire à une fonction d'imitation, c'est pour le bébé un plaisir que d'échanger avec l'adulte, un jeu consistant à moduler les sons.

¹ Aimard P. (1996), *Les débuts du langage chez l'enfant*, Paris : Dunod.

² Le Normand M.-T. (2007), « Modèles psycholinguistiques du développement du langage » *in* : Chevrie-Muller C., Narbona J. dirs., *Le langage de l'enfant : aspects normaux et pathologiques*, Issy-les-Moulineaux : Masson, 35-56.

Selon Le Normand (2007)¹, les différentes caractéristiques langagières mises en place par l'enfant lors de ces premières étapes vont permettre au babillage canonique d'émerger, ce qui constituera l'étape clé du développement prélinguistique.

1.2.1.4. Le babillage canonique : 5-10 mois

Les combinaisons de type consonne-voyelle sont bien formées par l'enfant qui reproduit la même combinaison plusieurs fois (par exemple [papapa]) et diversifie progressivement cette combinaison en changeant soit la consonne, soit la voyelle, soit les deux (par exemple [papatata]).

1.2.1.5. L'allongement final : 12-13 mois

A partir de 12-13 mois, les bébés français allongent les syllabes finales, en raison à la fois de facteurs internes, et de facteurs externes liés au bain linguistique environnant.

1.2.1.6. Le babillage mixte : 9-18 mois

A ce stade, des mots commencent à apparaître dans le babillage de l'enfant. Ce babillage contient à la fois des éléments significatifs (des mots identifiables en tant que tels) et des syllabes non identifiables comme des mots.

1.2.2. La deuxième année : le développement linguistique

Nous allons décrire la construction du langage en nous attachant au domaine lexical et morphosyntaxique.

Selon Aguado (2007)², sur le plan lexical, les premiers mots produits par l'enfant lui servent à désigner et à catégoriser les choses ou les personnes.

Certains de ces mots peuvent échapper à la compréhension de son entourage. Lorsqu'ils sont compris, ils ne sont interprétables que parce que les parents tiennent compte du contexte dans lequel ils ont été produits. En effet, ces mots simples et concrets sont

¹ Le Normand M.-T. (2007), « Modèles psycholinguistiques du développement du langage » in : Chevrier-Muller C., Narbona J. dirs., *Le langage de l'enfant, aspects normaux et pathologiques*, Issy-les-Moulineaux : Masson, 35-56.

² Aguado G., (2007), « Dimensions perceptives, sociales, fonctionnelles et communicatives du développement du langage » in : Chevrier-Muller C., Narbona J. dirs., *Le langage de l'enfant, aspects normaux et pathologiques*, Issy-les-Moulineaux : Masson, 57-73.

composés d'une ou de deux syllabes identiques constituées d'une consonne et d'une voyelle.

L'enfant utilise le même mot pour désigner plusieurs objets et ce mot aura une forme inconstante ou simplifiée pendant un certain temps. La généralisation se réduira en même temps que s'affinera sa discrimination.

Les mots qu'il utilise font partie de la vie du quotidien, ils se réfèrent le plus souvent aux personnes et aux objets qui lui sont très familiers (famille, nourriture, jouets...). Ces premiers mots lui permettent de s'exprimer sur des réalités essentielles dans sa vie d'enfant.

Pendant cette période d'acquisition de nouveaux mots, l'adulte a un rôle de modèle pour l'enfant. En répétant et en précisant ce que l'enfant dit, celui-ci répète le mot à nouveau, ce qui lui permettra de mémoriser sa forme.

Sur le plan morphosyntaxique, les premières phrases apparaissent. On désignera par mot-phrase les productions de l'enfant ne contenant qu'un seul mot mais exprimant bien plus. Ces productions ont de nombreuses fonctions : elles peuvent être l'expression de marques de satisfaction, la constatation d'une réalité importante pour l'enfant, l'expression d'un affect...

1.2.3. Le cap de la troisième année

Selon Aimard (1996)¹, c'est pendant cette troisième année que vont se mettre en place la plupart des structures de la langue.

Sur le plan phonétique, plus de deux années sont nécessaires pour que l'enfant puisse produire l'ensemble des consonnes et des voyelles. En effet, l'articulation est un schème moteur très complexe, qui nécessite la coordination fine de dizaines de muscles pour produire des cibles phonétiques. Ainsi, certaines imperfections phonétiques persisteront encore quelques années.

Nous rappellerons ici l'ordre d'acquisition des phonèmes chez la majorité des enfants, bien que ces acquisitions ne se fassent pas seulement durant la troisième année. En effet, certains phonèmes seront maîtrisés avant l'âge de trois ans, tandis que d'autres ne seront acquis que vers cinq ou six ans.

Les sons de la langue apparaissent aussi dans un ordre variable d'un enfant à l'autre. Cette variabilité dépend à la fois de leur capacité de discrimination auditive et de leur capacité à les articuler.

Selon Rondal (2001)², nous pouvons noter certaines acquisitions quasi-constantes :

¹ Aimard P. (1996), *Les débuts du langage chez l'enfant*, Paris : Dunod.

² Rondal J-A. (2001), *Votre enfant apprend à parler*, Bruxelles : Mardaga.

Le (a) est la première voyelle à apparaître, de même que le (b), (p), ou (m) pour les consonnes.

Puis viennent les voyelles (i), (ou), (o), (é) et (u). Quant aux voyelles (an), (ein) et (on), leur caractère nasal implique un passage de l'air par la bouche et par le nez, ce qui explique qu'elles apparaissent plus tard.

En ce qui concerne les autres consonnes, (t), (k), (d), et (g) arrivent à peu près en même temps.

Puis les consonnes (f), (v), (l) et (r) apparaissent, suivies de (ch), (j), (s), et (z).

La précision que nécessite l'articulation des phonèmes (ch), (j), (s) et (z) explique que, bien que pouvant être acquis à l'âge de quatre ans pour certains enfants, pour d'autres enfants, une ou deux années supplémentaires seront nécessaires à la maîtrise de ces sons complexes, sans que l'on parle de retard d'articulation.

Selon Le Normand (2007)¹, en ce qui concerne la morphosyntaxe, les premières phrases apparaissent. Les marques grammaticales sont le plus souvent absentes, et l'ordre des mots aléatoire. Ainsi, le verbe est souvent à l'infinitif ([papa partir]). Puis l'enfant surgénéralise les règles grammaticales (par exemple, tous les verbes sont conjugués au participe passé).

A partir de 3 ans et demi, les productions de l'enfant sont en général intelligibles, avec une syntaxe et une morphologie de mieux en mieux maîtrisées. Progressivement, l'enfant construit les catégories grammaticales.

Selon Aimard (1996)², deux étapes clés sont à noter durant cette période : l'acquisition du pronom « je » et les questions.

L'utilisation du pronom « je » marque l'entrée dans les règles grammaticales et la prise de conscience de soi. Cette acquisition va progressivement amener l'enfant à utiliser les autres marques grammaticales.

Quant aux questions, l'enfant les utilisait avant l'âge de trois ans. Cependant, il va maintenant en produire en quantité, ce qui marque à la fois l'enrichissement de ses productions en termes de vocabulaire, de syntaxe, mais aussi le développement de sa curiosité intellectuelle.

Certains enfants vont également commencer à se poser des questions sur la langue elle-même. Mais la curiosité sur cette activité métalinguistique sera très variable selon les enfants.

¹ Le Normand M.-T. (2007), « Modèles psycholinguistiques du développement du langage » in : Chevrie-Muller C., Narbona J. dirs., *Le langage de l'enfant, aspects normaux et pathologiques*, Issy-les-Moulineaux : Masson, 35-56.

² Aimard P. (1996), *Les débuts du langage chez l'enfant*, Paris : Dunod.

Ainsi, d'après Aimard (1996)¹, à trois ans, l'enfant peut normalement exprimer tout ce qu'il veut car il possède de plus en plus de mots, utilise des phrases construites, et peut produire des questions de différentes manières. Il comprend à peu près tous les échanges de la vie quotidienne.

1.2.4. Après trois ans

Selon Aimard *op. cit.* (1996), le système phonétique de l'enfant est toujours en cours de perfectionnement et le sera jusque vers l'âge de cinq ou six ans.

Au niveau morphosyntaxique, certains pronoms peuvent être omis. Certaines marques de possession apparaissent (« le mien »), les prépositions et les marques de négation s'enrichissent (« ne...pas », « ne...plus »).

Les marques spatio-temporelles sont complexes et difficiles à acquérir par l'enfant, tant au niveau de leur compréhension que de leur usage. Ce sera seulement vers cinq ou six ans que l'enfant les utilisera à bon escient.

Les formes verbales vont se préciser et l'enfant va pouvoir accéder aux temps du passé et du futur. Avant trois ans, les marques de temps utilisées par l'enfant ne se réfèrent qu'à la situation présente.

L'enfant comprend de mieux en mieux les mécanismes qui régissent la langue et il va parfois généraliser ces principes en créant des mots qui n'existent pas.

Sur le plan pragmatique enfin, l'enfant éprouve plus de difficultés que l'adulte à utiliser les fonctions de communication. En effet, la position de l'interlocuteur est difficilement concevable par l'enfant. Son langage ne dispose donc pas de toutes les informations nécessaires pour être bien compris par l'auditeur. Cette capacité à utiliser la pragmatique ne s'établira que vers 6-7 ans.

Nous venons de développer successivement le développement de l'alimentation puis celui du langage chez l'enfant. A présent, voyons quelles relations ils peuvent entretenir.

1.3. Liens dans le développement normal de l'alimentation et du langage

Simas et Golse (2008)² parlent d'« oralité » pour décrire ces deux fonctions : « Pour la pédopsychiatrie ainsi que pour tous ceux qui interviennent, à un titre ou à un autre, en

¹ Aimard P. (1996), *Les débuts du langage chez l'enfant*, Paris : Dunod.

² Simas R., Golse B (2008), « La bouche et l'oralité dans le développement : entre explorations et ressenti, entre cognition et émotions » in : Golse B. dir., *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, Compléments sur l'émergence du langage*, Issy-les-Moulineaux : Masson, 247-256.

tant que soignants de la psyché et du corps de l'enfant, la bouche ne peut être réduite à sa dimension corporelle. » (Simas, Golse, 2008, 247)¹.

Nous allons voir, au travers de l'anatomie et de la sensorialité de la bouche, quels peuvent être les points communs au niveau des fonctions alimentaire et langagière.

1.3.1. Les premiers mois

Selon Thibault (2006)², la cavité buccale du nourrisson est, de par les terminaisons sensibles de son revêtement muqueux, une zone sensible au niveau du tact et du goût.

Simas et Golse *op. cit.* (2008) précisent que les perceptions au niveau du voile du palais, de la langue, des joues et des lèvres vont permettre au nourrisson d'explorer le monde.

Or, à la naissance, la bouche est soumise à de nouveaux stimuli issus du milieu aérien. Au départ, ces perceptions sont essentiellement tactiles, notamment lorsque la bouche de l'enfant est en contact avec le sein de sa mère, la tétine du biberon ou ses propres doigts.

Puis ces perceptions seront également visuelles : « Cela se passe pendant la tétée, quand le nourrisson, qui perd et retrouve le contact gratifiant et répétitif de sa bouche avec le mamelon, maintient le contact visuel avec le visage de sa mère de façon continue. Les tétées se succèdent durant le jour et la nuit, et la répétition des expériences amène, petit à petit, l'enfant à compter de plus en plus sur son expérience visuelle, qui sera l'objet d'un investissement affectif et attentionnel de plus en plus important. » (Simas, Golse, 2008, 249).

Ainsi, lorsque le nourrisson éprouve une sensation de déplaisir et d'inconfort lorsqu'il a faim, il le fait savoir à sa mère et se nourrit afin de retrouver un état de quiétude, à travers l'apport de ses besoins nutritionnels.

Pendant ces moments de nourrissage, l'enfant ne tarde pas à découvrir l'ensemble des plaisirs liés à la tétée : le contact physique avec sa mère, les échanges de regards, la voix de sa mère, son odeur... La bouche du nouveau-né est donc à la fois un lieu de besoins, de sensorialité et d'affectivité.

Par ailleurs, d'après Thibault (2007)³, la bouche, lieu de la première tétée est aussi celui du premier cri, mécanisme de survie associé à la première respiration.

¹ Simas R., Golse B (2008), « La bouche et l'oralité dans le développement : entre explorations et ressenti, entre cognition et émotions » in : Golse B. dir., *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, Compléments sur l'émergence du langage*, Issy-les-Moulineaux : Masson, 247-256.

² Thibault C. (juin 2006), « La langue, organe clé des oralités » in : Leloup G., Eyoum I. dir., *Rééducation orthophonique n°226, La déglutition dysfonctionnelle*, Paris : Fédération nationale des orthophonistes, 115-124.

³ Thibault C. (2007), *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux : Masson.

Comme nous l'avons décrit dans le développement normal du langage, le nouveau-né s'exprime avant même le langage. Les cris peuvent alors signaler l'inconfort (notamment lorsqu'il a faim), la douleur, la joie, la détresse. Selon Thibault (2007)¹, « en favorisant la proximité avec les parents, le cri procure au nouveau-né d'une part un équilibre émotionnel, et d'autre part un équilibre alimentaire, et par conséquent lui assure une croissance optimale. » (Thibault, 2007, 42).

Le nourrisson utilisera ainsi sa voix différemment pour signifier plusieurs choses : en général, une attaque vocale dure signalera qu'il a faim, tandis que les attaques vocales douces, accompagnées de modulations, seront plutôt des appels.

Ces vocalisations sont, lors des premiers mois, réflexes ou quasi-réflexes, tout comme la succion-déglutition du lait est réflexe, basée sur la confiance entre le nourrisson et sa mère.

Par ailleurs, lorsque l'enfant joue avec sa voix en la modulant, en passant de sons très aigus à des sons très graves, de cris à des murmures, cette production de sons végétatifs provient de l'action du larynx, contrôlé par le noyau du nerf pneumogastrique situé dans le tronc cérébral.

Or, le geste de succion-déglutition est lui aussi commandé par cette zone.

Selon Thibault *op. cit.* (2007), le fait que l'oralité alimentaire et l'oralité verbale primitive aient toutes deux pour origine les mêmes localisations neuro-anatomiques témoigne de leur étroite relation.

1.3.2. De 4-6 mois à 12 mois

D'après Thibault *op. cit.* (2007), lors du sevrage alimentaire, lorsque l'enfant passe d'une alimentation lactée exclusive à une alimentation mixte, lactée et semi-solide, l'enfant se voit séparé physiquement de sa mère pour devoir s'adapter progressivement à une nouvelle autonomie et découvrir un nouveau mode d'alimentation.

Le passage à la cuillère constitue ainsi une transition entre le stade succionnel et le stade de la mastication.

Parallèlement à cette découverte alimentaire, le langage va permettre à l'enfant de se détacher progressivement de sa mère tout en comblant le vide physique induit par cette nouvelle façon de s'alimenter.

L'acte de manger, comme celui de parler, est donc un échange avec l'entourage.

Ceci explique que la bouche pourra alors également devenir un lieu plus complexe d'enjeux et de conflits structurant le choix de l'enfant d'avaler ou recracher la nourriture (comme nous l'avons décrit dans notre partie concernant le développement normal de l'alimentation).

¹ Thibault C. (2007), *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux : Masson.

De plus, durant cette double stratégie alimentaire (suction-déglutition du lait et alimentation à la cuillère), l'anatomie buccale évolue : le larynx de l'enfant descend, ce qui libère un espace de résonateur pour les productions vocales, de même que la nouvelle mobilité de la partie postérieure de la langue permet la production de nouveaux sons.

Sur le plan perceptif, le babillage canonique de l'enfant associe donc sensorialité et motricité des productions et les premiers mots commencent à apparaître.

De même, au niveau de l'alimentation, alors que le lait reçu par l'enfant était un symbole de fusion et de confiance avec sa mère, les nouveaux aliments semi-solides qui lui sont proposés vont être une découverte, à la fois gustative et sensorielle.

1.3.3. La deuxième année

Thibault (2007)¹ souligne que les praxies masticatoires et articulatoires se développent en parallèle : « Les régions du cortex cérébral impliquées dans cette construction sont représentées par les zones frontale et pariétale : les centres de mastication, de déglutition, de propreté orale, se situent dans le pied des circonvolutions frontales ascendantes et pariétales, ceux de l'oralité verbale se situent à proximité de celles-ci. » (Thibault, 2007, 47).

Ainsi, ces différentes praxies se développent en même temps, utilisent des voies neurologiques proches et les mêmes organes mais dans un sens inverse (mise en jeu de la langue, des lèvres, des joues, des dents, et du voile du palais).

La stratégie de mastication se consolide donc avec la complexification des gnosies et des praxies linguales qui ne seront fines et efficaces qu'entre 5 et 7 ans. Elle va ainsi progressivement remplacer l'alimentation à la cuillère et constitue un bon repère de socialisation.

Parallèlement, l'articulation de l'enfant de plus en plus précise vers 5-6 ans lui permet de combiner de nombreux sons pour produire ses premières phrases.

Remarquons également que le vocabulaire qui prédomine est celui de l'alimentation.

Ainsi, par son anatomie, sa position, et ses diverses fonctions, la bouche permet les explorations cognitives de l'enfant, tout autant que ses expériences sensorielles, émotionnelles et relationnelles : « Entre cognition et affect, la bouche se trouve ainsi au carrefour de ces deux registres, et elle emblématise de la sorte l'ensemble du

¹ Thibault C. (2007), *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux : Masson.

développement psychique du bébé qui ne peut lui-même se concevoir qu'à l'interface de ces deux dimensions. » (Simas, Golse, 2008, 255)¹.

Nous venons de décrire successivement le développement de l'alimentation et du langage chez l'enfant ainsi que les similitudes existantes entre ces deux fonctions, tant au niveau de leur position anatomique, de leur fonctionnement, que de leurs aspects sensoriels. Décrivons à présent leurs formes pathologiques.

2. Troubles des fonctions alimentaire et verbale chez l'enfant

2.1. Les troubles du comportement alimentaire

Nous ferons le choix de ne décrire que certains troubles du comportement alimentaire. En effet, notre étude expérimentale s'intéressera aux dysfonctionnements moteurs ou psychogènes qui provoquent un désordre dans la façon dont s'alimente l'enfant, qu'il s'agisse d'un refus de s'alimenter, d'un refus de la nouveauté, d'une sélectivité alimentaire (textures), de problèmes de comportement aux repas, de nausées, de vomissements. C'est pourquoi nous ne décrivons pas la boulimie, l'hyperphagie et les troubles du comportement alimentaires plus ou moins rares (mérycisme, pica, potomanie et coprophagie).

Commençons par cette citation de Vidailhet (2002)² : « Manger est un besoin instinctuel, qui obéit aux sensations de faim et de satiété dont les mécanismes régulateurs sont complexes. Manger est aussi un plaisir et là où il y a plaisir, il peut y avoir culpabilité. Manger obéit à des habitudes, à des conventions familiales, sociales, culturelles, religieuses. Quand une mère donne à manger à son enfant, non seulement elle lui apporte des nutriments, mais aussi elle lui « transmet » ce que représentent, pour elle, sur le plan imaginaire, symbolique, affectif, ces aliments. En les incorporant, l'enfant accepte ce don, s'unit aux aliments. L'incorporation orale participe à l'introjection des sentiments (bons ou mauvais), des significations multiples, dont ces aliments sont porteurs, donc participe à la construction de l'identité et de la personnalité de l'enfant.

¹ Simas R., Golse B (2008), « La bouche et l'oralité dans le développement : entre explorations et ressenti, entre cognition et émotions » in : Golse B. dir., *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, Compléments sur l'émergence du langage*, Issy-les-Moulineaux : Masson, 247-256.

² Vidailhet C. (2002), « Troubles du comportement alimentaire » in : Goulet O., Vidailhet M. coordinateurs, *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*, Rueil-Malmaison : Doin, 216-224.

Tout trouble du comportement alimentaire se situe à cet entrecroisement de facteurs et de sens. » (Vidailhet, 2002, 215-216)¹.

Voyons ainsi de quelles manières le comportement alimentaire, pour des raisons diverses, peut ne pas se développer de manière harmonieuse et sous quelles formes il peut se manifester.

Selon Vidailhet (1996)², le terme d' « anorexie » désigne un refus partiel ou total de la nourriture, parfois associé à des vomissements.

Avant de parler d'anorexie, les fausses anorexies devront être éliminées. Il s'agira d'un enfant pour qui des parents souvent inquiets pensent qu'il ne s'alimente pas assez. L'appétit de l'enfant ne correspond pas aux normes qu'ils se sont fixés et ils ne s'adaptent donc pas à l'appétit de l'enfant et à ses variations. L'enfant est en bonne santé. Mais la nourriture risque de le dégoûter et de devenir source de conflits s'il continue à être forcé à s'alimenter plus qu'il n'en a besoin.

Une pathologie organique devra également être recherchée (cardiaque, pulmonaire, rénale, hépatique, digestive...). Le pédiatre et le psychologue analyseront ce qui est de l'ordre de l'organique, du psychologique et les liens éventuels entre ces deux aspects pour proposer une prise en charge adaptée.

2.1.1. L'anorexie néonatale

Selon Vidailhet *op. cit.* (1996), cette forme rare d'anorexie survient durant les premiers jours de vie du nourrisson. Le tableau clinique ressemble fortement à celui d'une dépression car le nouveau-né est le plus souvent passif, indifférent à la nourriture : il se laisse « remplir » comme si les mécanismes de la faim étaient touchés.

Cette anorexie, qui peut être accentuée aussi par des vomissements, peut entraîner une diminution rapide de la courbe de poids, une dégradation de l'état général du nourrisson et de son développement psychomoteur.

Une hospitalisation est souvent nécessaire pour réalimenter l'enfant de manière artificielle, en parallèle avec une prise en charge pédiatrique et pédopsychiatrique du nourrisson et de ses parents.

¹ Vidailhet C. (2002), « Troubles du comportement alimentaire » *in* : Goulet O., Vidailhet M. coordinateurs, *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*, Rueil-Malmaison : Doin, 216-224.

² Vidailhet C. (1996), « L'anorexie du jeune enfant. Le point de vue du pédo-psychiatre » *in* : Ricour C., Ghisolfi J., Putet G., Goulet O., *Traité de nutrition pédiatrique*, Paris : Maloine, 665-668.

2.1.2. L'anorexie du deuxième semestre

D'après De Ajuriaguerra (1974)¹, ce type d'anorexie est plus fréquent et apparaît plus ou moins rapidement, en général entre le cinquième et le huitième mois, suite à un changement dans la vie de l'enfant, notamment lors du passage progressif du lait à une alimentation diversifiée.

Deux comportements sont décrits face à la nourriture : soit l'enfant est passif en n'avalant pas la nourriture ou en la vomissant, soit il s'oppose. L'opposition de l'enfant peut alors prendre la forme de cris, de refus de prendre la nourriture, de rejets ou de vomissements.

Vidailhet (1996)² ajoute que la soif est conservée, le développement psychomoteur n'est pas perturbé et son état nutritionnel n'est pas inquiétant.

Cependant, les parents ressentent en général un sentiment de culpabilité, d'angoisse et s'épuisent à faire manger leur enfant. Le repas devient ainsi une source de conflits et le refus de l'enfant s'accroît, créant un cercle vicieux.

L'évolution de ce type d'anorexie est variable. La plupart du temps, elle est favorable. Mais dans certains cas, le trouble peut perdurer plusieurs mois, voire quelques années, et le symptôme s'accompagne de colères, spasmes du sanglot et troubles du sommeil. Ce refus de la nourriture confère à l'enfant une toute-puissance et les parents peuvent être tyrannisés ou au contraire réagir par de l'hostilité.

La prise en charge consistera pour le pédiatre à rassurer la famille et en particulier, à aider la mère à laisser l'enfant dans une position de demandeur, afin que tout rentre dans l'ordre. Dans le cas où les troubles persistent et s'amplifient, le pédopsychiatre sera associé au traitement.

2.1.3. L'anorexie précoce sévère

Arsan *et al.* (2003)³ expliquent qu'il s'agit ici d'un refus global de s'alimenter et de s'hydrater. L'état général de l'enfant se dégrade rapidement, tant au niveau psychomoteur et affectif qu'au niveau de son sommeil et de sa relation aux autres, ce qui nécessite une hospitalisation.

¹ De Ajuriaguerra J. (1974), « La sphère oro-alimentaire (son organisation et ses désordres) » in : De Ajuriaguerra J., *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris : Masson, 199-236.

² Vidailhet C. (1996), « L'anorexie du jeune enfant. Le point de vue du pédo-psychiatre » in : Ricour C., Ghisolfi J., Putet G., Goulet O., *Traité de nutrition pédiatrique*, Paris : Maloine, 665-668.

³ Arsan A., Vermeil G., Dartois A.-M., Du Fraysseix M. (2003), *Alimentation de l'enfant de la naissance à 3 ans*, Rueil-Malmaison : Doin.

Cette forme d'anorexie apparaît lorsque la relation mère-enfant est fortement perturbée, soit à la suite d'une dépression de la mère, soit après une séparation de la mère et de son enfant.

La prise en charge concernant sa réalimentation est difficile car l'enfant est triste, apathique ou au contraire opposant, ce qui augmente l'angoisse de la mère, et par là, les difficultés relationnelles mère-enfant.

Cette anorexie peut aussi être le symptôme d'une psychose infantile débutante.

2.1.4. L'anorexie de la seconde enfance ou anorexie phobique

Il convient de la distinguer de la néophobie alimentaire normale chez l'enfant comme nous l'avons décrite dans le développement physiologique du goût. Cette étape normale du développement de l'enfant vers la deuxième et la troisième année se manifeste alors sous forme de caprices alimentaires ou de refus de certains aliments.

Selon De Ajuriaguerra (1974)¹, l'anorexie de la seconde enfance fait souvent suite à celle de la petite enfance, mais peut aussi survenir chez un enfant qui s'alimentait normalement jusque là.

Cette anorexie peut, soit prendre la forme d'une opposition de l'enfant face à la rigidité excessive de ses parents, soit se manifester sous la forme de comportements phobiques en sélectionnant les aliments.

L'anorexie de la seconde enfance n'est habituellement pas grave, mais organise souvent le comportement alimentaire ultérieur de l'enfant.

Vidailhet (1996)² ajoute que lorsque les refus alimentaires s'accompagnent de réactions d'angoisse, voire de terreur, et que l'enfant ne supporte pas les frustrations en voulant rester dans un comportement de toute-puissance (qu'il s'agisse de son comportement alimentaire ou sur les autres plans du comportement), l'hospitalisation est alors nécessaire dans un contexte anxio-phobique manifeste.

Par ailleurs, Vidhailet (2002)³ ajoute qu'il convient de repérer les dégoûts et les refus en relation avec des maladies organiques. C'est le cas par exemple, des intolérances

¹ De Ajuriaguerra J. (1974), « La sphère oro-alimentaire (son organisation et ses désordres) » in : De Ajuriaguerra J., *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris : Masson, 199-236.

² Vidailhet C. (1996), « L'anorexie du jeune enfant. Le point de vue du pédo-psychiatre » in : Ricour C., Ghisolfi J., Putet G., Goulet O., *Traité de nutrition pédiatrique*, Paris : Maloine, 665-668.

³ Vidailhet C. (2002), « Troubles du comportement alimentaire » in : Goulet O., Vidailhet M. coordinateurs, *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*, Rueil-Malmaison : Doin, 216-224.

alimentaires ou d'une hyper réactivité buccale chez certains enfants que Senez (2009)¹ nomme « syndrome de dysoralité sensorielle » (réflexe hypernauséeux). Ce syndrome entraîne une sélectivité au niveau du goût des aliments, de leur température et de leur texture.

2.1.5. Les agressions orales post-traumatiques

Tiano *et al.* (1996)² décrivent les troubles du comportement alimentaire pouvant se manifester lorsque l'enfant a subi un traumatisme au niveau facial, le plus fréquent étant l'alimentation artificielle de façon prolongée.

Tiano *et al. op. cit.* (1996) précisent qu'un enfant qui refuse de manger n'a pas forcément de troubles anorexiques. En revanche, l'anorexie peut compliquer les troubles.

Le refus de s'alimenter est lié soit à l'angoisse que génère la bouche, zone inconnue et non encore explorée à cause de soins, soit associé à des expériences douloureuses, elles aussi, sources d'angoisses.

Ainsi, les techniques d'alimentation artificielle chez l'enfant permettent de l'alimenter lorsqu'il ne peut se nourrir par voie orale (suite à une anorexie, à des troubles de la déglutition, à une malformation œsophagienne, à un reflux gastro-œsophagien...). Cependant, la sonde naso-gastrique représente toujours, au moins au début, une agression orale qui vient s'ajouter à la pathologie initiale.

Dans le cas d'une nutrition entérale de type gastrostomie (lorsqu'une sonde est reliée directement à l'estomac de l'enfant), ou d'une nutrition parentérale (par voie veineuse), on peut observer chez certains de ces enfants un désinvestissement de leur bouche car ils n'ont pas l'occasion de l'explorer, de la stimuler dans les premières semaines et mois. Par la privation de l'usage de leur bouche, et par conséquent par l'absence de plaisir oral, certains enfants refusent de reprendre une alimentation orale.

Cette nutrition artificielle, qu'elle soit entérale ou parentérale, peut ainsi entraîner des troubles du comportement alimentaire chez l'enfant. Il peut se manifester par un refus de s'alimenter par la bouche, alors même que les symptômes organiques ont disparu, ainsi que par un dysfonctionnement relationnel entre la mère et son enfant.

Ce refus peut être lié à l'angoisse que provoque la zone buccale, zone de soins douloureux et zone inconnue, à un désinvestissement complet avec une absence de plaisir, à une perturbation du rythme faim-satiété, ou encore à un dysfonctionnement relationnel entre la mère et l'enfant à la suite de la pathologie initiale.

¹ Senez (2009), Acte des journées médicales de formation, le point sur...LA NUTRITION ENTERALE, FIAP, Paris.

² Tiano F., Ginisty D., Couly G. (1996), « Dysoralité des enfants en nutrition artificielle. Prise en charge psychothérapeutique » in : Ricour C., Ghisolfi J., Putet G., Goulet O., *Traité de nutrition pédiatrique*, Paris : Maloine, 976-978.

Un accompagnement psychothérapeutique précoce est toujours indispensable pour la mère et l'enfant afin de rétablir ou de maintenir l'équilibre relationnel mère-enfant.

Par ailleurs, Tiano *et al.* (1996)¹ et Thibault (2007)² expliquent la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire (psychologique, orthophonique entre autres) permettant à l'enfant de découvrir le plaisir de manger, en veillant à réhabiliter l'image de son corps par des jeux (dessins, poupée, manipulation de nourriture) ainsi que par une stimulation orale lorsque cela est possible (que ce soit par des massages, une sucette, la prise de boisson...).

Deux années de prise en charge sont en moyenne nécessaires afin que l'enfant puisse s'alimenter normalement.

Les auteurs soulignent également l'importance de la prévention de ces troubles chez l'enfant par toute l'équipe soignante pour commencer la prise en charge le plus tôt possible car la réalimentation de l'enfant est encore le plus souvent confiée à la mère, sans aide extérieure.

Après avoir développé les comportements alimentaires pathologiques chez l'enfant, intéressons-nous maintenant aux troubles du langage oral.

2.2. Le trouble d'articulation, le retard de parole et le retard simple de langage

Nous choisirons de ne décrire que ces trois pathologies du langage oral en lien avec notre partie expérimentale. Nous ne développerons donc pas la dysphasie (trouble structurel du langage oral), l'aphasie de l'enfant (trouble du langage acquis), les troubles du langage oral induits par une pathologie initiale (déficit sensoriel, anomalies des organes phonatoires, trouble envahissant du développement...), le bégaiement, ainsi que les troubles de la compréhension du langage oral.

2.2.1. Le trouble d'articulation

Chevrie-Muller (2007)³ explique que les praxies buccales sont des gestes moteurs complexes organisés qui doivent être réalisés dans la perspective d'une finalité. Certaines

¹ Tiano F., Ginisty D., Couly G. (1996), « Dysoralité des enfants en nutrition artificielle. Prise en charge psychothérapeutique » *in* : Ricour C., Ghisolfi J., Putet G., Goulet O., *Traité de nutrition pédiatrique*, Paris : Maloine, 976-978.

² Thibault C. (2007), *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux : Masson.

³ Chevrie-Muller C. (2007), « Sémiologie des troubles du langage chez l'enfant » *in* : Chevrie-Muller C., Narbona J. directeurs, *Le langage de l'enfant, aspects normaux et pathologiques*, Issy-les-Moulineaux : Masson, 263-270.

de ces praxies sont liées au souffle, à la déglutition, à la production de bruits. D'autres sont uniquement liées à la phonation : ce sont les praxies articulatoires ou phonétiques.

L'acquisition des praxies articulatoires requiert des capacités neuro-motrices de l'appareil phonatoire. Lorsque l'enfant reconnaît et discrimine un son, il va tenter de l'articuler, soit de façon isolée, soit dans une syllabe ou dans un mot.

L'apprentissage des praxies phonétiques varie selon la complexité des gestes articulatoires qu'elles nécessitent. En effet, pour produire des phonèmes, et en particulier des consonnes, une grande précision est nécessaire.

Ainsi, Thibault (2004)¹ explique qu'un trouble d'articulation est une erreur au niveau phonétique, qu'elle soit vocalique ou consonantique, que l'enfant n'a pas corrigé spontanément et qui va persister au-delà de 5 ans.

Ce trouble peut s'expliquer par une cause organique (comme dans le cas d'une division palatine), fonctionnelle (lorsque l'enfant ne trouve pas le mouvement approprié pour réaliser le trait phonétique) ou perceptive (lorsque l'enfant n'apprécie pas de manière adéquate la structure du trait phonétique).

Un facteur psycho-affectif peut s'ajouter à ces causes. Bien qu'il soit rarement directement responsable du trouble articulatoire, il peut compliquer la prise en charge.

Enfin, un tic de succion ou la prise du biberon à un âge tardif peuvent aussi expliquer un trouble d'articulation (et par la même, un retard de parole).

Un trouble d'articulation consiste donc en une erreur de placement des organes impliqués dans la réalisation d'un trait phonétique, ce qui va produire une déformation (production d'un son qui n'existe pas dans notre langue), un remplacement (par exemple « l » devient « i ») ou une suppression de phonèmes.

Pour pouvoir parler de trouble d'articulation, l'erreur devra être produite de manière systématique à partir de 5 ans, quelque soit le contexte phonétique et quelque soit la modalité (en répétition ou en parole spontanée).

Quant à la prise en charge orthophonique de ce trouble, elle pourra débiter dès que l'enfant et ses parents seront dans une dynamique de changement. Elle n'est pas toujours aisée car l'enfant qui produit une erreur d'articulation s'y est habitué, cette production perturbant ainsi sa boucle audio-phonatoire. Le travail est donc à la fois celui d'un « déconditionnement » et de l'apprentissage de gestes praxiques articulatoires appropriés.

¹ Thibault C., (2004), « Rééducation des troubles d'articulation (isolés, d'origine perceptive et liés à des déficiences d'origine organique) » in : Rousseau T. dir., *Les approches thérapeutiques en orthophonie, Tome 1, Prise en charge orthophonique des troubles du langage oral*, Isbergues : Ortho-éditions, 9-28.

Les différents types d'altérations phonétiques décrites par Thibault (2004)¹ sont les suivants :

Concernant les voyelles :

- Les erreurs de nasalisation : les voyelles nasales sont oralisées.
- Les confusions : (o)-(oeu), (u)-(ou)

Concernant les consonnes constrictives : des altérations au niveau du point d'articulation de la langue (s, z, ch, j). (f) et (v) sont moins fréquemment altérées en raison de leur mouvement plus visible.

- Le sigmatisme interdental (aussi connu sous le nom de zozotement ou zézaïement) : la langue se place entre les deux arcades dentaires.
- Le sigmatisme addental, qui peut aussi porter sur les phonèmes (t, d, n, l) : la langue se place contre les incisives supérieures.
- Le sigmatisme latéral (ou chuintement) : l'air s'échappe sur les côtés.
- Le sigmatisme dorsal : le point d'articulation est trop en arrière.
- Le sigmatisme nasal : l'air ne s'écoule que par le nez.
- Le sigmatisme guttural : il est souvent lié à une insuffisance vélaire, ce qui crée une importante déperdition nasale.
- Le sigmatisme occlusif : les constrictives sont remplacées par des occlusives glottales.

Concernant les occlusives : il s'agira soit d'une altération du point d'articulation, soit des occlusives articulées avec un coup de glotte.

Concernant les autres consonnes : les consonnes (l), (i), (r) et (m) peuvent être altérées.

- La consonne (l) est en position dorsale avec le voile du palais abaissé.
- La consonne (i) peut être produite comme un (l).
- La consonne (r) peut être absente, trop gutturale ou trop en arrière.
- La consonne (m) est la moins altérée en l'absence de malformation ou de paralysie labiale.

On peut aussi observer un assourdissement des consonnes sonores : (b), (d), (g), (j), (z), (v).

¹ Thibault C., (2004), « Rééducation des troubles d'articulation (isolés, d'origine perceptive et liés à des déficiences d'origine organique) » in : Rousseau T. dir., *Les approches thérapeutiques en orthophonie, Tome 1, Prise en charge orthophonique des troubles du langage oral*, Isbergues : Ortho-éditions, 9-28.

Il peut enfin exister une altération au niveau de la déglutition, de la succion, de la ventilation en plus de l'articulation. Ces paramètres doivent donc être analysés ensemble pour une prise en charge orthophonique cohérente.

2.2.2. Le retard de parole

D'après Brin *et al.* (2004)¹, la parole se situe à un autre niveau d'organisation : elle concerne les phonèmes de la langue en tant qu'unités choisies et organisées entre elles pour constituer une syllabe ou un mot.

Ainsi, le choix des phonèmes à l'intérieur de ces syllabes ou de ces mots ainsi que l'ordre dans lequel ils sont séquencés peuvent être altérés.

Lors du développement normal de la parole, ces perturbations sont habituelles. Mais à partir de 4 ans, elles seront considérées comme pathologiques.

Brin *et al. op. cit.* (2004) nous proposent cette définition : ce trouble « recouvre toute altération de la chaîne parlée (parole) constatée dans les productions verbales de l'enfant à partir de 4 ans (âge vers lequel la plupart des structures phonologiques doivent être en place dans l'expression orale). Les retards de parole - qui ne sont pas d'origine neurologique [...], et ne concernent ni le rythme ni le débit - affectent donc la prononciation des mots, et renvoient au domaine de la phonologie. » (Brin *et al.*, 2004, 224).

Ce trouble sera variable d'un enfant à l'autre. Cependant, certaines caractéristiques sont constantes : des transformations au niveau de la production de phonèmes, des erreurs dans l'ordre des phonèmes ou des syllabes à l'intérieur des mots.

Ces perturbations se distinguent des troubles d'articulation par leur caractère non systématique. En effet, la production du phonème dépendra du contexte phonologique (un son dans un mot pourra être altéré alors qu'il ne le sera pas dans un autre mot, ou lors de la répétition d'une syllabe isolée). De plus, dans le retard de parole, l'altération augmentera avec la longueur du mot et un même mot pourra être altéré de façons différentes.

Ainsi, les altérations sont parfois si nombreuses que l'enfant n'est intelligible que par un de ses parents. On notera également que, pour suppléer à ses difficultés de parole, l'enfant utilisera souvent des moyens de communication non verbaux pour se faire comprendre.

Brin *et al. op. cit.* (2004) décrivent les troubles suivants :

- Des suppressions de phonèmes et/ou de syllabes
- Des substitutions de phonèmes et/ou de syllabes
- Des inversions de phonèmes et/ou de syllabes

¹ Brin F., Courrier C., Lederlé E., Masy V. (2004), *Dictionnaire d'orthophonie*, Isbergues : Ortho-éditions.

- Des ajouts de phonèmes et/ou de syllabes
- Des erreurs au niveau de la segmentation de la parole
- Des confusions entre des mots proches sur le plan morphologique

La prise en charge orthophonique de l'enfant devra alors tenir compte de son milieu socio-culturel et de la cause supposée (perception auditive, discrimination auditive, production).

2.2.3. Le retard simple de langage

Nous ne décrivons que le retard simple de langage, car cette pathologie sera utilisée dans notre partie pratique. Nous ne décrivons pas le retard de langage plus sévère (dû à des étiologies connues telles qu'une surdité néonatale, une trisomie 21, un trouble neurologique, un retard global, des carences affectives ou socio-culturelles importantes).

Le retard dit simple de langage est défini ainsi par Brin *et al.* (2004)¹ : cette pathologie du langage oral « se caractérise par un décalage, dans le temps, de l'apparition des premières productions verbales et de la réalisation des différentes étapes de développement du langage oral, sa structuration classique (« normale ») ultérieure n'étant cependant pas remise en cause. Le retard simple de langage existe en dehors d'une étiologie précise (les facteurs peuvent être héréditaires, affectifs, relationnels...) et n'est pas d'une gravité démesurée s'il n'entraîne pas de conséquences dans la communication que l'enfant cherche à établir avec autrui ni dans ses acquisitions scolaires. » (Brin *et al.*, 2004, 224).

Le langage, au sens du choix et de l'agencement des mots dans la phrase, se développe alors plus tardivement et plus lentement que lors du développement normal du langage.

Selon Brin *et al. op. cit.* (2004), le retard simple de langage est donc un trouble fonctionnel (contrairement à la dysphasie, trouble structurel et durable du langage), respectant les étapes normales du développement du langage mais ressemblant au langage d'un enfant plus jeune.

Les premiers signes qui peuvent être observés sont une absence de langage ou des premiers mots-phrases, des énoncés agrammaticaux, perturbés au niveau de la syntaxe, un stock de mots réduit.

La compréhension sera toujours meilleure que l'expression orale, bien que certaines difficultés soient souvent observées.

Le retard simple de langage est en général détecté vers 2 ans, 2 ans et demi chez un enfant qui ne dit pas ses premiers mots.

Les hypothèses émises par Aimard (1996)² pour tenter d'expliquer ce retard sont des différences individuelles, des antécédents d'otites fréquentes, un petit retard global

¹ Brin F., Courrier C., Lederlé E., Masy V. (2004), *Dictionnaire d'orthophonie*, Isbergues : Ortho-éditions.

² Aimard P. (1996), *Les débuts du langage chez l'enfant*, Paris : Dunod.

(lenteur dans tous les domaines), une santé fragile (par exemple des enfants prématurés chez qui le langage ne constituait pas une priorité), un bain linguistique pauvre, une surprotection des parents (induisant une immaturité chez l'enfant).

Selon Aimard (1988)¹, en général, le retard simple de langage évolue favorablement avec une prise en charge spécifique orthophonique, sans quoi il peut entraîner un langage restant pauvre par la suite, des troubles persistants au niveau du langage oral, voire des troubles du langage écrit. Dans certains cas, la prise en charge orthophonique peut être accompagnée d'une prise en charge psychomotrice et d'un accompagnement psychothérapeutique.

¹ Aimard P. (1988), *Les troubles du langage chez l'enfant*, Paris : PUF.

Dispositif expérimental

1. Problématique, hypothèses et objectifs de recherche

Comme nous l'avons décrit précédemment, le développement physiologique de l'alimentation se construit parallèlement à celui du langage, tant au niveau anatomique, fonctionnel, relationnel que sensoriel.

L'aspect sensoriel sera plus précisément développé dans notre travail.

Plusieurs études (Betting (1989)¹, Caron et Michon-Vedrenne (1993)², Thorr-Fixot (1998)³, Perrin et Faysse (2002)⁴, Senez (2007)⁵) ont montré qu'un trouble de l'oralité alimentaire chez le nouveau-né alimenté artificiellement entraîne le plus souvent un retard dans l'apparition du langage de l'enfant car sa bouche est investie de sensations négatives. Il existerait donc selon ces travaux une relation entre les troubles du comportement alimentaire et verbal.

Partant de ces considérations, nous nous sommes demandée quelles relations les troubles du comportement alimentaire* entretiennent avec les troubles d'articulation isolés ou non. Nous émettons l'hypothèse qu'un trouble sensoriel pourrait être, entre autres, à l'origine de troubles gnoso-praxiques, qui eux-mêmes pourraient entraîner ces troubles alimentaire et verbal.

*Nous précisons que dans le cadre de notre travail, nous entendons par le terme de « troubles du comportement alimentaire » les manifestations suivantes : manque d'appétit, refus de la nouveauté, sélectivité alimentaire (textures), problèmes de

¹ Betting S. (1989), *Troubles du comportement alimentaire au cours des nutriments artificielles chez l'enfant*, Thèse de médecine, Université Nancy 1.

² Caron C., Michon-Vedrenne B. (1993), *Etude de l'installation et du développement du langage chez des nourrissons et des enfants en assistance nutritionnelle*, Mémoire d'orthophonie, Université Paris 6.

³ Thorr-Fixot B. (1998), *Etude des troubles du comportement alimentaire au décours des nutriments artificielles de l'enfant*, Thèse de médecine, Université Nancy 1.

⁴ Perrin M., Faysse M-P., (2002), *Prévention des troubles du comportement alimentaire chez le nourrisson et le jeune enfant, bénéficiant d'une nutrition artificielle, en milieu hospitalier*, Mémoire d'orthophonie, Université de Nancy 1.

⁵ Senez C. (07/11/2007), « Passage de la nutrition entérale à l'oralité chez l'enfant », Communication présentée lors du Congrès annuel de la Société Française de Phoniatrie à Paris.

comportement aux repas, nausées, vomissements, comme cela a été décrit par Manikam et Perman (2000)¹. Cette précision sera rappelée tout au long de notre étude.

2. Méthodologie

2.1. Sélection de la population

2.1.1. Critères d'inclusion

Quatre critères d'inclusion sont retenus :

- l'âge
- la pathologie présentée par l'enfant
- le mode d'exercice de l'orthophoniste qui le prend en charge
- le lieu géographique

La population cible doit être composée d'enfants de 5 ans ou plus, présentant un trouble d'articulation isolé ou associé à un retard de parole, à un retard simple de langage. L'enfant doit être pris en charge chez une orthophoniste travaillant en libéral en Meurthe-et-Moselle.

Les troubles d'articulation ont été choisis car ils représentent des marqueurs intéressants de l'évolution du langage de l'enfant, comme l'ont montré Brison et Gautier (2007)², et Vannier (2008)³. Nous avons également ajouté les critères de retard de parole et de retard simple de langage car les troubles d'articulation sont fréquemment associés à ces deux autres pathologies du langage oral.

Donc, un âge minimum de 5 ans a été choisi car les troubles d'articulation ne peuvent être diagnostiqués avant cet âge.

En ce qui concerne le mode d'exercice de l'orthophoniste, la prise en charge en libéral a été retenue car c'est là où l'on rencontre le plus d'enfants présentant des troubles d'articulation isolés ou associés à des retards de parole et/ou à des retards simples de langage.

¹ Manikam R. et Perman J-A. (2000), "Current Literature: Pediatric Feeding Disorders" in : Nutrition in Clinical Practice, Vol. 15, No. 6, 312-314 [consulté le 12/04/10: <http://ncp.sagepub.com/cgi/content/abstract/15/6/312-a>].

² Brison A., Gautier M. (2007), *Oralité alimentaire-orale verbale : un lien ?*, Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.

³ Vannier S. (2008), *Evaluation de la sphère oro-faciale chez l'enfant âgé de 5 à 6 ans*, Mémoire d'orthophonie, Université de Montpellier.

Le choix du lieu géographique facilitait les relations avec les orthophonistes et les parents.

2.1.2. Critères d'exclusion

Comme nous l'avons précisé dans les critères d'inclusion, il a été convenu avec les orthophonistes que seuls les enfants présentant des troubles d'articulation isolés ou associés à des retards de parole et/ou à des retards simples de langage seraient retenus.

Les critères d'exclusion visent à rendre la population homogène en excluant toutes les autres pathologies.

Les critères d'exclusion sont donc : toutes les autres pathologies associées à l'exclusion des retards de parole et des retards simples de langage.

2.2. Outil de recherche

2.2.1. Matériel

Nous avons élaboré un questionnaire afin de mener une étude sur une population d'enfants présentant des troubles d'articulation isolés ou associés à des retards de parole et/ou à des retards simples de langage. Le questionnaire a pour objectif de savoir si ces enfants ont présenté ou présentent des troubles du comportement alimentaire (selon Manikam et Perman).

Le questionnaire (Cf. pages 45-47) comporte deux parties :

- La première partie est destinée aux orthophonistes.
- La deuxième partie est destinée aux parents d'enfants pris en charge pour des troubles d'articulation isolés ou associés à un retard de parole et/ou à un retard simple de langage.

Questionnaire à l'attention des orthophonistes exerçant en libéral et des parents d'enfants pris en charge pour un trouble d'articulation.

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante en quatrième année d'orthophonie à l'école de Nancy. Je réalise actuellement un mémoire sur les troubles articulatoires et alimentaires des enfants.

Dans le cadre de la réalisation de ce travail, j'ai élaboré un questionnaire que je ferai passer aux orthophonistes et aux parents d'enfants suivis en orthophonie pour un trouble d'articulation.

Votre accord écrit est nécessaire pour permettre le recueil de ces informations. Vous pouvez tout à fait choisir de ne pas répondre à une question.

Ce questionnaire restera anonyme et si vous souhaitez consulter les résultats de ce travail, je reste à votre disposition.

En vous remerciant de votre participation, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Marie-Sophie PRETAGUT
10 rue Oudinot - 54000 NANCY
Tél : 06 18 39 19 78
mariesophiep@hotmail.fr

L'orthophoniste :

Madame, Monsieur.....accepte l'utilisation des informations fournies par l'intermédiaire de ce questionnaire uniquement dans le cadre de mon projet de mémoire.

Date :

Lieu :

« Lu et approuvé »

Signature

Le ou les parents :

Madame, Monsieur....., parents de l'enfant.....
accepte l'utilisation des informations fournies par l'intermédiaire de ce questionnaire uniquement dans le cadre de mon projet de mémoire.

Date :

Lieu :

« Lu et approuvé »

Signature

Questionnaire n°....

Nom de l'orthophoniste :

L'orthophoniste :

- 1- Pour quel type de trouble d'articulation l'enfant est-il pris en charge ?
.....
- 2- A quel âge a-t-il été diagnostiqué ?
.....
- 3- L'enfant a-t-il déjà présenté ou présente-t-il un retard de langage ?
oui non ne sais pas
- 4- Si oui, a-t-il été pris en charge ou est-il pris en charge pour ce retard de langage ?
oui non ne sais pas
- 5- L'enfant a-t-il déjà présenté ou présente-t-il un retard de parole ?
oui non ne sais pas
- 6- Si oui, a-t-il été pris en charge ou est-il pris en charge pour ce retard de parole ?
oui non ne sais pas
- 7- Observations

Questionnaire n°....

Les parents :

Sexe de l'enfant : F M

Age de l'enfant :

8- Votre enfant a-t-il déjà présenté des difficultés d'alimentation entre 0 et 5 ans ?
oui non ne sais pas

9- Si oui, quel âge avait votre enfant et jusqu'à quel âge cela a-t-il duré ?
De à ne sais pas

10- Si oui à la question 8, quelles étaient les difficultés présentées par votre enfant ?

- Difficultés lors de l'allaitement oui non
Si oui, lesquelles ? ... ne sais pas
- Refus du biberon oui non
- Bavage pendant le repas au-delà de 15 mois oui non
- Difficultés de mastication oui non
- Absence de mastication oui non
- Refus de la cuillère oui non
- Refus de certains aliments oui non
Si oui, lesquels ? ne sais pas
- Toux pendant ou après les repas oui non
- Refus de s'alimenter oui non
- Haut-le-cœur oui non
- Vomissements oui non
- Autre
- Ne sais pas

11- Quelles raisons ont été évoquées pour expliquer ces difficultés à s'alimenter ?

- Origine non connue oui non
- Prématuration oui non
- Alimentation artificielle par sonde oui non
- Difficultés à la naissance oui non
Si oui, de quel type ? ne sais pas
- Hyper-nauséux oui non
- Allergies alimentaires oui non
- Reflux gastro-oesophagien oui non
- Tonus insuffisant des lèvres oui non
- Troubles de la déglutition oui non
- Autre pathologie
- Ne sais pas

12- Observations

2.2.2. Présentation du questionnaire et des objectifs

2.2.2.1. Partie du questionnaire destinée aux orthophonistes

Cette partie vise à s'assurer que l'enfant répond aux critères d'inclusion et d'exclusion fixés.

Ces questions fermées à réponse unique (« oui, non, ne sais pas ») visent à recueillir des informations précises sur les pathologies du langage oral présentées par l'enfant.

Afin de laisser l'orthophoniste s'exprimer sur les questions auxquelles il vient de répondre, nous lui proposons également une question semi-ouverte (« observations »).

2.2.2.2. Partie du questionnaire destinée aux parents

Précisons que les troubles du comportement alimentaire (selon Manikam et Perman) pouvant être un terme délicat pour les parents, il nous a paru préférable d'utiliser l'expression : difficultés d'alimentation.

Introduction : profil de l'enfant (sexe et âge)

- Les questions 8 et 9 nous renseignent sur l'existence antérieure ou actuelle des troubles du comportement alimentaire et sur la durée de ces troubles.
- La question 10 vise à confirmer qu'il s'agit de troubles du comportement alimentaire, en faisant préciser de quel type de troubles il s'agit.
- Quant à la question 11, elle permet de connaître l'origine des troubles du comportement alimentaire.

Ces questions fermées à choix multiples permettent de déterminer différents types de troubles du comportement alimentaire et différentes étiologies. Dans chaque question, il existe des questions semi-ouvertes afin que tout autre type de troubles du comportement alimentaire et toute autre étiologie puissent être pris en considération.

- La question 12 vise à permettre aux parents de s'exprimer et/ou d'ajouter des informations.

2.2.3. Modalités de passation

2.2.3.1. Test et validation du questionnaire

Avant de commencer la passation du questionnaire, nous souhaitons tester notre outil. Nous l'avons fait passer à cinq orthophonistes et à cinq parents afin de nous assurer que

les modalités de passation étaient adaptées et que les questions étaient claires pour les personnes interrogées.

Ces premiers entretiens nous ont permis de réajuster les critères d'inclusion de la population recherchée. Au départ, les enfants retenus devaient présenter uniquement un trouble d'articulation. Cependant, plusieurs orthophonistes nous ont fait remarquer que les patients présentant un trouble d'articulation isolé étaient peu nombreux. Nous avons alors modifié nos critères : trouble d'articulation isolé ou associé à un retard de parole et/ou à un retard simple de langage.

Par ailleurs, nous souhaitions nous rendre au cabinet de l'orthophoniste pour nous entretenir avec les parents durant la séance d'orthophonie de leur enfant. Cependant, après la phase de test, nous avons décidé que le mode de passation serait un entretien téléphonique. En effet, la rencontre avec les parents était trop contraignante d'un point de vue matériel (temps, local attendant, ainsi que la distance géographique pour nous rendre au rendez-vous).

2.2.3.2. Procédures de passation

Une fois la validation de notre outil effectuée :

Nous avons répertorié les orthophonistes travaillant en libéral.

Nous avons téléphoné à ces orthophonistes afin de savoir s'ils avaient des enfants répondant aux critères d'inclusion dans leur clientèle.

Nous avons envoyé par email les documents nécessaires au déroulement de l'étude, à savoir :

- Un document destiné à l'orthophoniste attestant de son consentement à participer à l'étude et du respect de l'anonymat des informations fournies.
- Un document destiné aux parents attestant de leur consentement à participer à l'étude et à utiliser les informations concernant leur enfant, ceci dans le respect du plus strict anonymat.

Cette autorisation avait pour but de présenter aux orthophonistes et aux parents les objectifs de notre travail et les informait que les réponses données resteraient anonymes. En effet, nous n'avons utilisé ni les noms des orthophonistes, ni celui des parents et de leurs enfants lors de la présentation des résultats. Chaque questionnaire a été numéroté pour l'analyse.

L'étude n'a commencé qu'au retour des autorisations signées par les professionnels et les parents.

Les autorisations signées :

- Les orthophonistes remplissaient seuls la partie qui leur était destinée et qu'ils avaient reçue par mail, puis ils nous la renvoyaient par courrier.

- En ce qui concerne les parents, nous avons choisi l'entretien téléphonique pour des raisons de faisabilité sus citées.

Présentation et analyse des résultats

1. Données générales

Nous trouverons en annexes :

- La liste des graphiques présentés dans l'analyse (Cf. annexe 1)
- Le tableau du dépouillement des 50 questionnaires (Cf. annexe 2)
- Le tableau présentant plus particulièrement les questionnaires des enfants avec des troubles du comportement alimentaire (Cf. annexe 3)

1.1. Sexe de l'enfant

Nous avons une population de 50 enfants, dont 17 filles (34%) et 33 garçons (66%). Cela correspond à une répartition d'environ 1/3 de filles et 2/3 de garçons.

1.2. Age de l'enfant

Les 50 enfants ont tous un âge supérieur ou égal à 5 ans au moment de la passation du questionnaire, comme cela a été fixé dans les critères d'inclusion.

2. Questionnaire destiné aux orthophonistes

2.1. Question 1 : Pour quel type de trouble d'articulation l'enfant est-il pris en charge ?

Les 50 enfants présentent au moins un trouble d'articulation, comme cela est fixé dans les critères d'inclusion.

Notre objectif étant d'établir une relation globale entre les troubles d'articulation et les troubles du comportement alimentaire d'origine essentiellement sensorielle, nous n'étudierons pas individuellement chaque type de trouble d'articulation pouvant être en relation avec un type spécifique du comportement alimentaire.

2.2. Question 2 : A quel âge a-t-il été diagnostiqué ?

Sur la population des 50 enfants étudiés, nous remarquons que :

- Pour 22 enfants, l'âge du diagnostic a été posé à 5 ans ou plus (44%)
- Pour 22, il a été posé entre 4 et 5 ans (44%)
- Pour 6, il a été posé à un âge égal ou inférieur à 4 ans (12%)

Nous constatons que le diagnostic a été posé avant l'âge de 5 ans chez 28 enfants (56%) bien qu'en théorie, les troubles d'articulation ne peuvent être diagnostiqués avant cet âge.

2.3. Question 3 : L'enfant a-t-il déjà présenté ou présente-t-il un retard simple de langage ?

Sur la population des 50 enfants qui présentent des troubles d'articulation, 1 seul enfant présente ou a présenté aussi un retard simple de langage (2%).

2.4. Question 4 : Si oui, a-t-il été pris en charge ou est-il pris en charge pour ce retard simple de langage ?

L'enfant qui présente ou a présenté un retard simple de langage a été pris en charge pour ce retard, ce qui confirme sa prise en charge.

2.5. Question 5 : L'enfant a-t-il déjà présenté ou présente-t-il un retard de parole ?

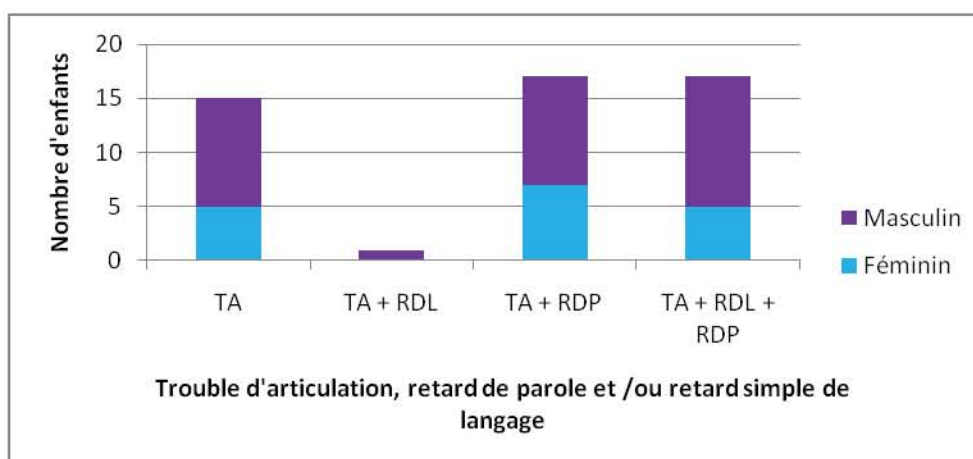
Sur la population des 50 enfants qui présentent des troubles d'articulation, 17 présentent ou ont présenté aussi un retard de parole (34%).

2.6. Question 6 : Si oui, a-t-il été pris en charge ou est-il pris en charge pour ce retard de parole ?

Les 17 enfants qui présentent ou ont présenté un retard de parole ont tous été pris en charge pour ce retard. De la même façon, ceci confirme la régularité du suivi orthophonique des enfants.

2.7. Question 7 : Observations

Cette question n'est pas exploitable (Cf. annexe 2) car certains orthophonistes ont décrit la cause des troubles d'articulation. Or, cette question n'a pas été posée. Nous ne pourrions donc pas les prendre en considération dans notre étude.



Graphique 1 : Répartition des retards simples de langage et des retards de parole dans la population étudiée, enrichie des données du sexe de l'enfant.

TA : Trouble d'articulation
 RDL : Retard simple de langage
 RDP : Retard de parole

Au total, sur la population des 50 enfants présentant des troubles d'articulation :

- 15 enfants (30%) présentent des troubles d'articulation isolés
- 1 enfant (2%) présente des troubles d'articulation et un retard simple de langage
- 17 enfants (34%) présentent des troubles d'articulation et un retard de parole
- 17 enfants (34%) présentent des troubles d'articulation, un retard simple de langage et un retard de parole

3. Questionnaire destiné aux parents

3.1. Question 8 : Votre enfant a-t-il déjà présenté des difficultés d'alimentation entre 0 et 5 ans ?

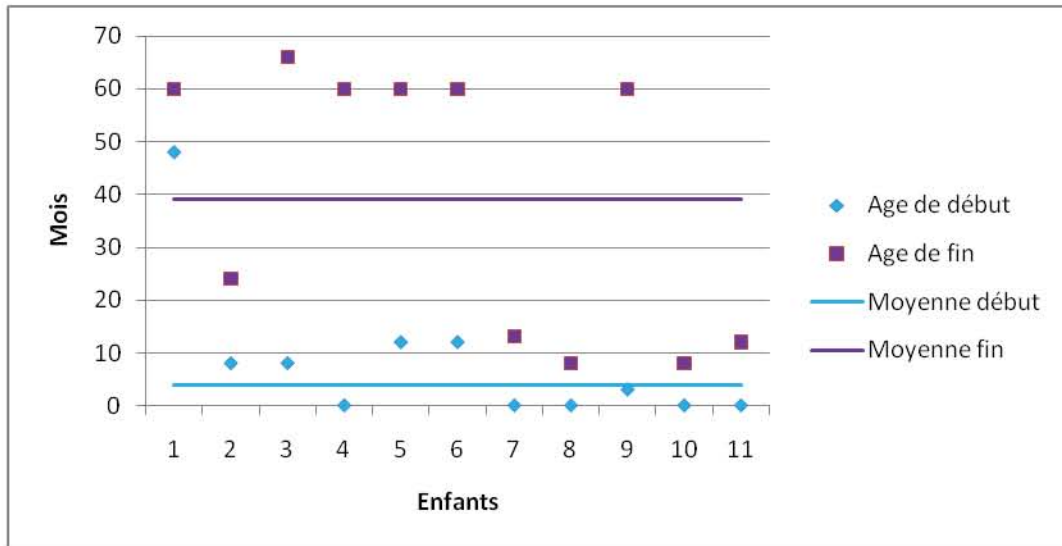
Dans la population des 50 enfants, 11 (soit 22%) présentent des troubles du comportement alimentaire (selon Manikam et Perman).

3.2. Question 9 : Si oui, quel âge avait votre enfant et jusqu'à quel âge cela a-t-il duré ?

Nous choisissons d'exclure l'âge d'apparition des troubles du comportement alimentaire présentés par le premier enfant pour le calcul de cette moyenne. En effet, cet âge d'apparition (48 mois) fait augmenter la moyenne de 4 mois.

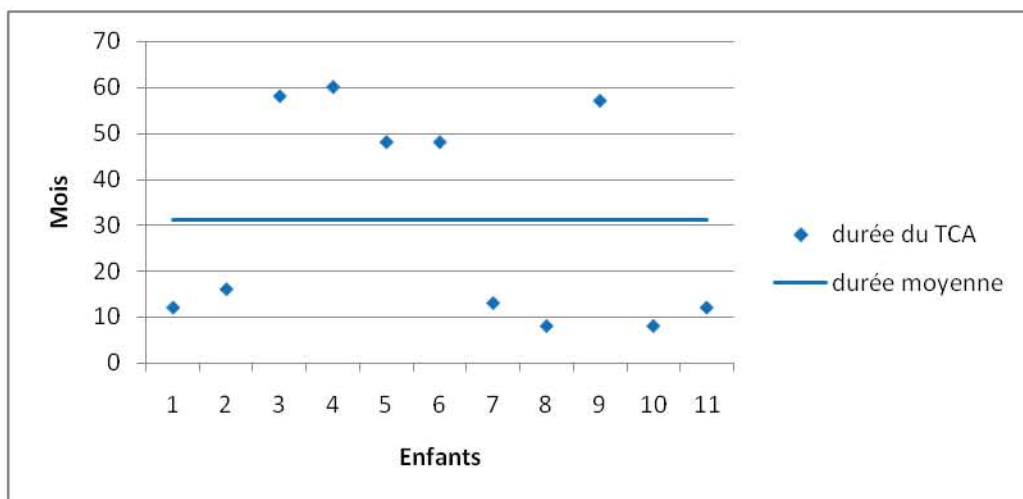
Donc, sur les 10 enfants (20%) présentant des troubles du comportement alimentaire, l'âge moyen d'apparition des troubles est d'environ 4 mois.

Concernant l'âge moyen de la fin des troubles du comportement alimentaire chez les 11 enfants (22%), il est d'environ 3 ans 3 mois.



Graphique 2 : Age moyen d'apparition et de fin des troubles du comportement alimentaire et leur moyenne.

Quant à la durée moyenne des troubles du comportement alimentaire, elle est de 31 mois, soit 2 ans 7 mois.



Graphique 3 : Durée moyenne des troubles du comportement alimentaire.

TCA : Troubles du comportement alimentaire

3.3. Question 10 : Si oui à la question 8, quelles étaient les difficultés présentées par votre enfant ?

Nous précisons que 3 items ne sont pas pris en compte et ne sont pas analysés car nous prendrons finalement en considération dans cette étude uniquement les troubles du comportement alimentaire selon la définition de Manikam et Perman comprenant : le manque d'appétit, le refus de la nouveauté, la sélectivité alimentaire (textures), les problèmes de comportement aux repas, les nausées et les vomissements.

Ces trois items ne seront donc pas analysés :

Difficultés lors de l'allaitement

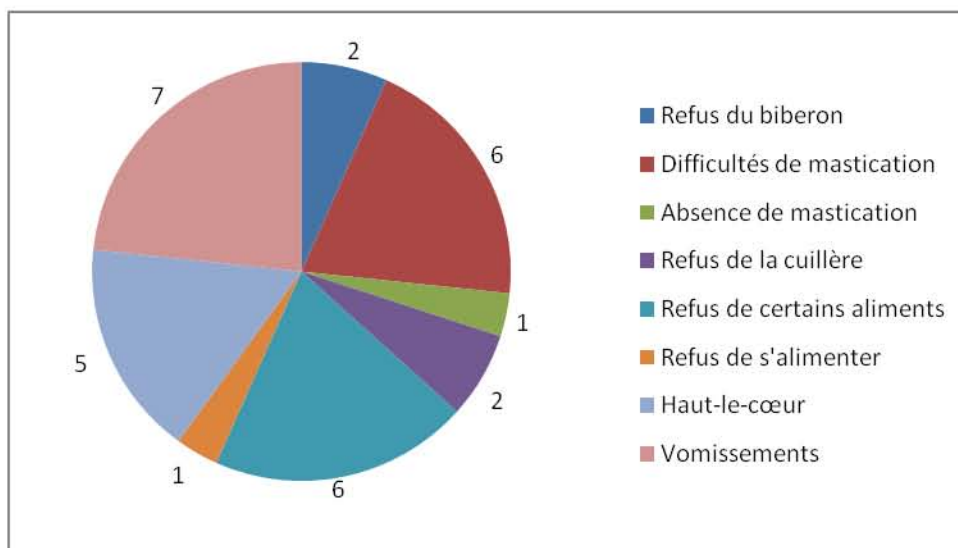
Bavage pendant le repas au-delà de 15 mois

Toux pendant ou après les repas

Dans notre questionnaire, le manque d'appétit et les problèmes de comportement lors des repas décrits par Manikam et Perman ne faisaient pas partie des items proposés aux parents. En effet, il nous semble que le manque d'appétit et les problèmes de comportement aux repas sont des sujets subjectifs pour des questions fermées. Nous n'avons par ailleurs recueilli aucune remarque des parents sur ces sujets dans l'item « observations » du questionnaire.

Types de troubles du comportement alimentaire observés, isolés ou associés, chez les 11 enfants présentant des troubles du comportement alimentaire :

- 2 refus du biberon
- 6 difficultés de mastication
- 1 absence de mastication
- 2 refus de la cuillère
- 6 refus de certains aliments : les refus concernent les morceaux, et en particulier les morceaux de viande
- 1 refus de s'alimenter
- 5 haut-le-cœur (décrits par Manikam et Perman comme des nausées)
- 7 vomissements



Graphique 4 : Types de troubles du comportement alimentaire, isolés ou associés, présentés par les 11 enfants.

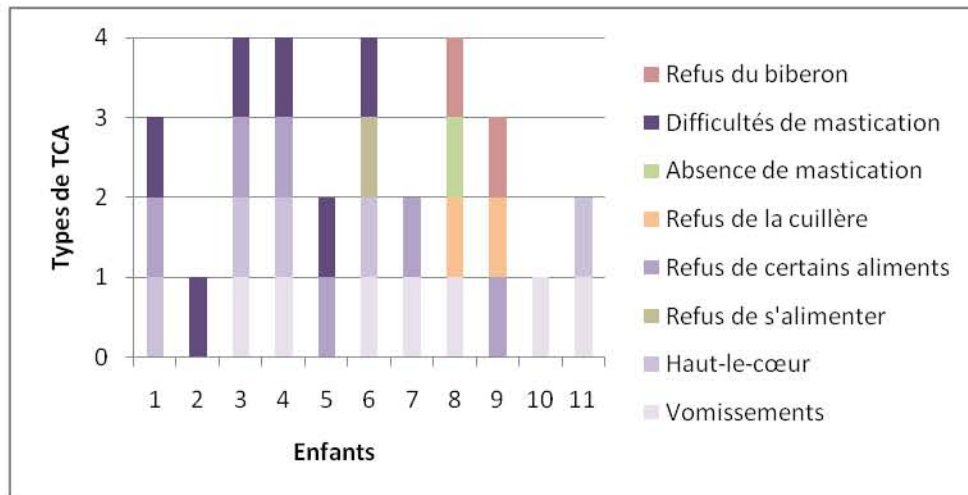
Nous remarquons que les troubles du comportement alimentaire les plus fréquents retrouvés chez les 11 enfants sont :

- Les vomissements (7 enfants)
- Les difficultés de mastication (6 enfants)
- Les refus de certains aliments (6 enfants)
- Les haut-le-cœur (5 enfants)

Après avoir décrit les types de troubles du comportement alimentaire, isolés ou associés, présentés par les 11 enfants, voyons quelles relations ces troubles entretiennent entre eux.

Pour croiser ces données, nous prendrons comme référence les difficultés de mastication car l'activité masticatoire est un reflet de la sensorialité buccale, comme l'ont décrit Brison et Gautier (2007)¹.

¹ Brison A., Gautier M. (2007), *Oralité alimentaire-oralité verbale : un lien ?*, Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.



Graphique 5 : Types de troubles du comportement alimentaire présentés par chaque enfant.

TCA : Troubles du comportement alimentaire

Parmi les 6 enfants présentant des difficultés de mastication, nous constatons aussi ces troubles du comportement alimentaire, isolés ou associés (Cf. leur mise en évidence sur le graphique par le dégradé de couleur mauve) :

- 4 refus de certains aliments, et particulièrement les morceaux
- 4 haut-le-cœur
- 3 vomissements

3.4. Question 11 : Quelles raisons ont été évoquées pour expliquer ces difficultés à s'alimenter ?

Nous précisons que 5 items ne sont pas pris en compte et analysés car ayant réduit les types de troubles du comportement alimentaire présentés par les enfants (selon la définition de Manikam et Perman), nous ne considérerons que les étiologies en lien avec ces troubles.

Ces 4 items ne seront donc pas analysés :

Difficultés à la naissance

Allergies alimentaires

Tonus insuffisant des lèvres

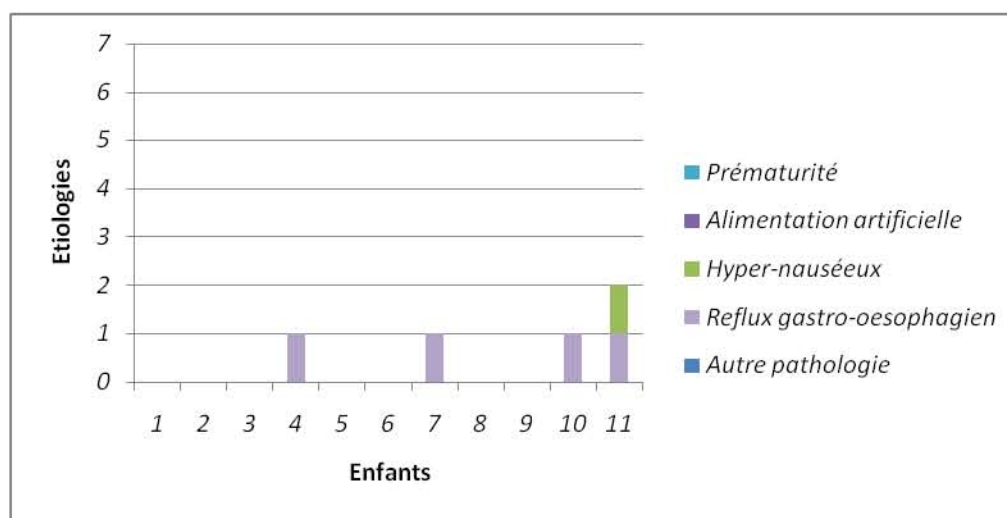
Troubles de la déglutition

Par ailleurs, pour faciliter le recueil et l'analyse des résultats, nous reformulons l'item « origine non connue » en affirmative « origine connue ».

Parmi les 5 étiologies proposées, seuls le reflux gastro-œsophagien et le syndrome de dysoralité sensorielle (« hypernauséux ») ont été évoqués, tandis que la prématurité, l'alimentation artificielle ou d'autres pathologies ne l'ont pas été.

Donc, sur les 11 enfants ayant présenté des troubles du comportement alimentaire :

- Pour 7, aucune étiologie n'est évoquée par les parents.
- Pour les 4 autres (36%), nous retrouvons pour chacun d'entre eux un reflux gastro-œsophagien, dont un associé à un syndrome de dysoralité sensorielle.



Graphique 6 : Etiologies des troubles du comportement alimentaire.

Lorsque nous mettons en relation les étiologies évoquées par les parents et les types de troubles du comportement alimentaire, nous constatons chez les 4 enfants ces différents symptômes, isolés ou associés :

- 4 enfants présentent des vomissements
- 2 enfants présentent des haut-le-cœur
- 2 enfants présentent des refus de certains aliments
- 1 enfant présente des difficultés de mastication
- 1 enfant présente un refus de s'alimenter

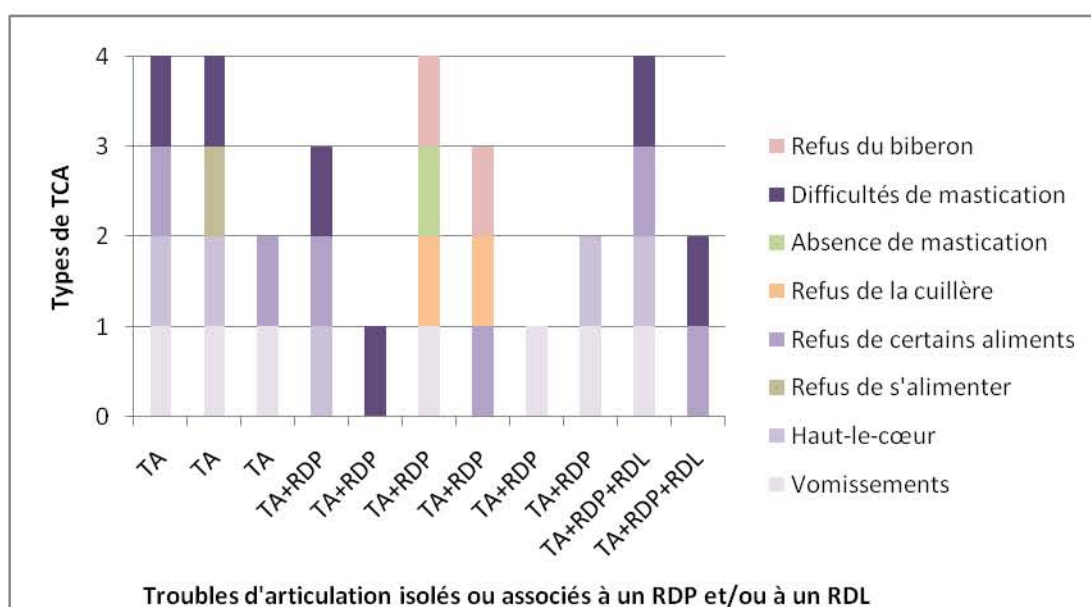
3.5 Question 12 : Observations

Cet item ne sera pas analysé car les remarques formulées n'auraient pas d'intérêt dans le strict cadre de notre problématique (Cf. annexe 2).

4. Mise en relation des troubles du comportement alimentaire et des troubles d'articulation, retards de parole et retards simples de langage

Sur les 11 enfants présentant des troubles du comportement alimentaire :

- 3 enfants (27%) présentent des troubles d'articulation isolés
- 6 enfants (55%) présentent des troubles d'articulation et un retard de parole
- 2 enfants (18%) présentent des troubles d'articulation, un retard de parole et un retard simple de langage



Graphique 7 : Troubles d'articulation, retards simples de langage et retards de parole en lien avec les troubles du comportement alimentaire chez l'enfant.

TCA : troubles du comportement alimentaire

TA : trouble d'articulation

RDP : retard de parole

RDL : retard simple de langage

Pour une meilleure lisibilité du graphique, nous avons repris les mêmes couleurs que le graphique 5 page 57.

Parmi les 11 enfants présentant des troubles du comportement alimentaire, nous choisissons d'analyser la relation des 4 troubles les plus fréquents (difficultés de

mastication, refus de certains aliments, haut-le-cœur, vomissements) avec les troubles d'articulation, retards de parole et/ou retards simples de langage, associés.

Nous pouvons noter ces 4 troubles associés peuvent se retrouver dans un syndrome de dysoralité sensorielle (« hyper-nauséux ») comme décrit par Senez (2009)¹.

Sur les 6 enfants présentant des difficultés de mastication :

- 2 présentent des troubles d'articulation isolés
- 2 présentent des troubles d'articulation associés à un retard de parole
- 2 présentent des troubles d'articulation associés à un retard de parole et à un retard simple de langage

De plus, sur les 6 enfants présentant des refus de certains aliments (morceaux) :

- 2 présentent des troubles d'articulation isolés
- 2 présentent des troubles d'articulation associés à un retard de parole
- 2 présentent des troubles d'articulation associés à un retard de parole et à un retard simple de langage

Parmi les 5 enfants présentant un haut-le-cœur :

- 2 présentent des troubles d'articulation isolés
- 2 présentent des troubles d'articulation associés à un retard de parole
- 1 présente des troubles d'articulation associés à un retard de parole et à un retard simple de langage

Parmi les 6 enfants présentant des vomissements :

- 2 présentent des troubles d'articulation isolés
- 3 présentent des troubles d'articulation associés à un retard de parole
- 1 présente des troubles d'articulation associés à un retard de parole et à un retard simple de langage

¹ Senez C. (2009), Acte des journées médicales de formation, le point sur...LA NUTRITION ENTERALE, FIAP, Paris.

Au total, nous constatons une proportion à peu près égale de ces 4 troubles du comportement alimentaire chez les 11 enfants, associés en quantités à peu près équivalentes aux troubles d'articulation, retards de parole et/ou retards simples de langage.

Discussion

Au terme de l'analyse et des résultats, nous sommes à même de dégager des pistes de réflexion.

Notre objectif est d'étudier les relations entre les troubles du comportement alimentaire (selon Manikam et Perman (2000)¹) et les troubles d'articulation isolés ou associés à des retards de parole et/ou à des retards simples de langage, afin de mettre en évidence une origine sensorielle.

Pour ce faire, nous avons utilisé les fonctions de la mastication et de l'articulation utilisées dans le mémoire de Brison et Gautier². Ce mémoire étudie le lien entre le développement de l'alimentation et du langage à travers les relations entre un trouble de mastication et un trouble d'articulation et de parole, entre autres d'origine gnoso-praxique.

Les résultats de notre étude semblent être similaires à ceux du mémoire de Brison et Gautier, mais en ce qui nous concerne, nous prenons en considération les troubles de façon plus globale. En effet, le but de notre étude est d'étudier la relation sensorielle entre des troubles du comportement alimentaire et des troubles d'articulation isolés ou associés à des retards de parole et/ou à des retards simples de langage de façon globale.

Les troubles de la sensorialité buccale seraient un indicateur de l'apparition de troubles gnoso-praxiques, pouvant eux-mêmes engendrer des troubles tant sur le versant de l'articulation et de la parole, que sur le versant alimentaire.

En effet, l'articulation, comme la parole est un schème moteur très complexe, qui nécessite la coordination fine de dizaines de muscles pour produire des cibles phonétiques et phonologiques. Les troubles d'articulation, ainsi que les retards de parole, traduisent donc un dysfonctionnement praxique.

Dans la population de notre étude, nous notons une proportion à peu près égale de troubles d'articulation isolés (30%), de troubles d'articulation associés à un retard de parole (34%), et de troubles d'articulation associés à un retard de parole et à un retard simple de langage (34%).

¹ Manikam R., Perman J-A. (2000), "Current Literature: Pediatric Feeding Disorders" in : Nutrition in Clinical Practice, Vol. 15, No. 6, 312-314 [consulté le 12/04/10 :

<http://ncp.sagepub.com/cgi/content/abstract/15/6/312-a>

² Brison A., Gautier M. (2007), *Oralité alimentaire-oralité verbale : un lien ?*, Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.

Cette répartition des troubles rejoint l'étude de Brison et Gautier (2007)¹, qui montre une association fréquente de troubles d'articulation et de retards de parole. L'articulation faisant appel à la phonétique, la parole requérant une maîtrise phonétique et phonologique, ces deux domaines de l'expression orale sont très proches au niveau praxique.

Bien que le langage soit un domaine plus large ne se limitant pas aux domaines phonétique et phonologique, nous retrouvons une proportion importante de retards simples de langage associés à des troubles d'articulation et à des retards de parole (34%).

En ce qui concerne les troubles du comportement alimentaire, nous choisissons dans la discussion d'analyser plus particulièrement les difficultés de mastication et les refus de certains aliments car l'activité masticatoire semble être le reflet de la sensorialité buccale, comme le décrivent Brison et Gautier *op. cit.* (2007).

Comme nous l'avons décrit dans l'analyse des résultats, les difficultés de mastication et les refus de certains aliments (refus des morceaux) sont fréquemment associés à des haut-le-cœur et à des vomissements. Ces quatre troubles semblent intimement liés.

En effet, les types de troubles présentés par ces enfants paraissent être en relation avec un changement de textures au moment de la diversification alimentaire.

Selon Arsan *et al.* (2003)², entre 4 et 7 mois, l'enfant passe d'une alimentation lactée exclusive à une alimentation à la cuillère traduisant une diversification alimentaire et des changements de textures. Puis, à partir d'environ 8 mois, la stratégie de mastication se met en place et coexiste avec l'alimentation à la cuillère. Ce passage à la cuillère est, selon Thibault (2007)³, une stratégie alimentaire nouvelle, passerelle entre l'oralité primaire et l'oralité secondaire ou de mastication.

S'il existe un trouble sensoriel, quelle qu'en soit l'origine, le passage à de nouvelles textures est rendu difficile. De ce fait, la stratégie de mastication ne peut se mettre en place car les gnosies et les praxies de mastication nécessitent un entraînement quotidien, comme cela est décrit dans le mémoire de Brison et Gautier *op. cit.* (2007).

En ce qui concerne les 6 enfants de notre étude, il semble donc que les difficultés de mastication et les refus de certains aliments (morceaux) présentés aient comme origine

¹ Brison A., Gautier M. (2007), *Oralité alimentaire-oralité verbale : un lien ?*, Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.

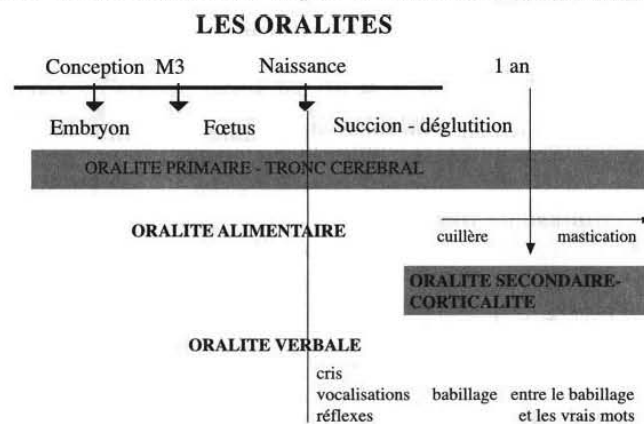
² Arsan A., Vermeil G., Dartois A.-M., Du Fraysseix M. (2003), *Alimentation de l'enfant de la naissance à 3 ans*, Rueil-Malmaison : Doin.

³ Thibault C. (2007), *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux : Masson.

des troubles gnoso-praxiques liés à un trouble possible de la sensorialité, comme le décrivent Manikam et Perman (2000)¹.

Les résultats de l'étude vont dans le sens d'une oralité alimentaire primaire et secondaire et d'une oralité verbale intimement liées à leur nécessité fonctionnelle, comme le souligne Thibault (2007)². Elle souligne que les praxies de déglutition, de mastication, de ventilation buccale, de propreté orale et celles de l'articulation et de la parole naissent et se mettent en place en même temps, en utilisant les mêmes organes et les mêmes voies neurologiques.

La bouche carrefour anatomique du verbe et de l'aliment. (*)



* « Les fentes faciales, embryologie, rééducation, accompagnement parental ». Masson. 1999.

Quant aux gnoses buccales, elles nécessitent une bonne sensorialité et constituent un pré-requis pour la mise en place des praxies masticatoires et articulatoires.

Les 6 enfants de notre étude qui présentent des difficultés de mastication et des refus des morceaux ont tous des troubles d'articulation isolés ou associés à un retard de parole. Ces types de troubles, selon Thibault *op. cit.* (2007) pourraient s'expliquer par l'existence de troubles gnoso-praxiques, ce qui irait dans le sens d'une cause sensorielle.

Cette étude est une observation sur un nombre réduit d'enfants. De plus, un trouble relationnel, au même titre qu'un trouble sensoriel, pourrait être à l'origine de troubles

¹ Manikam R., Perman J-A. (2000), "Current Literature: Pediatric Feeding Disorders" in : Nutrition in Clinical Practice, Vol. 15, No. 6, 312-314 [consulté le 12/04/10 :

<http://ncp.sagepub.com/cgi/content/abstract/15/6/312-a>].

² Thibault C. (2007), *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux : Masson.

d'articulation, de retards de parole et de difficultés de mastication, de refus de morceaux. En conséquence, les résultats devront être interprétés avec réserve.

Un trouble sensoriel à l'origine de troubles du comportement alimentaire et de troubles d'articulation, de retards de parole et/ou de retards simples de langage nous conduirait à proposer une démarche préventive.

En effet, les enfants qui viennent consulter pour un trouble de l'oralité alimentaire et/ou verbale doivent faire l'objet d'une attention particulière afin de repérer les dysfonctionnements précoces gnoso-praxiques. S'il existe des troubles gnosisques et praxiques, un bilan plus ciblé de l'aspect alimentaire devrait être mené par l'orthophoniste. Nous pouvons également envisager dans un second temps une guidance parentale.

Ce bilan spécifique peut alors déboucher sur une prise en charge basée sur une approche polysensorielle. Elle favoriserait les expériences de l'enfant, participerait à son éveil psychomoteur, à la construction de son schéma corporel et en particulier au repérage de sa sphère oro-faciale. Cette démarche polysensorielle favoriserait les pré-requis d'une bonne oralité, verbale et alimentaire.

Cette prévention nécessiterait une formation spécifique des orthophonistes exerçant en libéral dans le domaine de l'oralité alimentaire et verbale.

En ce qui concerne la guidance parentale, la qualité relationnelle parents-enfant-thérapeute est essentielle. Elle permet un travail en partenariat.

La prise en charge de l'oralité alimentaire et verbale permet une action rééducative mais aussi préventive. Il est important de sensibiliser parents et enfant aux qualités sensorielles des aliments par une approche d'éducation alimentaire.

Au-delà des conseils techniques concernant les aliments, il faudra replacer le temps du repas dans un contexte d'échanges : le repas ne sert pas seulement à satisfaire les besoins nutritionnels de l'enfant, ce doit être une partie de plaisir !

Conclusion

Notre hypothèse de départ suggérait une relation sensorielle entre des troubles du comportement alimentaire et des troubles d'articulation. Pour étudier cette hypothèse, nous avons fait passer un questionnaire à des orthophonistes et à des parents afin de savoir si des enfants présentant des troubles d'articulation isolés ou associés à un retard de parole et/ou à un retard simple de langage avaient présenté également des troubles du comportement alimentaire. Notre objectif était de dégager une origine commune à ces deux troubles.

Notre analyse a isolé, en particulier, des difficultés de mastication, des refus de certains aliments (morceaux) associés soit à des troubles d'articulation isolés, soit à des troubles d'articulation et à des retards de parole, soit enfin à des troubles d'articulation, des retards de parole et à des retards simples de langage. L'objectif était de dégager une cause gnoso-praxique en lien avec, entre autres, un trouble sensoriel.

Au vu de ces résultats qui tendent vers cette explication gnoso-praxique et vers une origine sensorielle, nous avons dégagé des pistes de réflexion concernant le dépistage et la prise en charge de ces troubles de l'oralité alimentaire et verbale. Nous proposons dans ce cadre, une formation des orthophonistes concernant le dépistage de ces troubles de l'oralité alimentaire et verbale ainsi qu'une guidance parentale permettant de participer à l'élaboration et au développement de la personnalité de l'enfant, l'inscrivant dans une dynamique de changement en replaçant la parole et l'alimentation dans un contexte de plaisir partagé.

Repères bibliographiques

Ouvrages

Abadie V. (2002), « Développement de l'oralité » *in* : Goulet O., Vidailhet M. coordinateurs, *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*, Rueil-Malmaison : Doin, 2-6.

Aguado G., (2007), « Dimensions perceptives, sociales, fonctionnelles et communicatives du développement du langage » *in* : Chevrie-Muller C., Narbona J. directeurs, *Le langage de l'enfant, aspects normaux et pathologiques*, Issy-les-Moulineaux : Masson, 57-73.

Aimard P. (1988), *Les troubles du langage chez l'enfant*, Paris : PUF.

Aimard P. (1996), *Les débuts du langage chez l'enfant*, Paris : Dunod.

André G. (1983), *Diététique de l'enfant*, Paris : Masson.

Arsan A., Vermeil G., Dartois A.-M., Du Fraysseix M. (2003), *Alimentation de l'enfant de la naissance à 3 ans*, Rueil-Malmaison : Doin.

Bellisle F. (2002), « Les goûts alimentaires : l'inné et l'acquis » *in* : Goulet O., Vidailhet M. coordinateurs, *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*, Rueil-Malmaison : Doin, 8-17.

Bleeckx D. (2001), *Dysphagie, évaluation et rééducation des troubles de la déglutition*, Bruxelles : De Boeck Université.

Bowlby J. (2008), *Attachement et perte : 1. « L'attachement »*, Paris : Presses Universitaires de France.

Bowlby J. (2008), *Attachement et perte : 2. « La séparation, angoisse et colère »*, Paris : Presses Universitaires de France.

Brillat-Savarin J.-A. (1965), *Physiologie du goût*, Paris : Julliard.

Brin F., Courrier C., Lederlé E., Masy V. (2004), *Dictionnaire d'orthophonie*, Isbergues : Ortho-éditions.

Chevrie-Muller C. (2007), « Sémiologie des troubles du langage chez l'enfant » *in* : Chevrie-Muller C., Narbona J. directeurs, *Le langage de l'enfant : aspects normaux et pathologiques*, Issy-les-Moulineaux : Masson, 263-270.

Chiva M. (1985), *Le doux et l'amer*, Paris : PUF.

Coquet F., Ferrand P. (2004), « Rééducation des retards de parole, des retards de langage » in : Rousseau T. dir., *Les approches thérapeutiques en orthophonie, Tome 1, Prise en charge orthophonique des troubles du langage oral*, Isbergues : Ortho-éditions, 67-117.

De Ajuriaguerra J. (1974), « La sphère oro-alimentaire (son organisation et ses désordres) » in : De Ajuriaguerra J., *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris : Masson, 199-236.

De Sécheltes S. (1993), *L'articulation et la parole*, Paris : Masson

Fischler C. (1993), *L'omnivore*, Paris : Odile Jacob.

Ghisolfi J., Ricour C., Putet G., Goulet O., (1996), « Apports nutritionnels conseillés en France chez le nourrisson et l'enfant » in : Ricour C., Ghisolfi J., Putet G., Goulet O., *Traité de nutrition pédiatrique*, Paris : Maloine, 361-372.

Golse B. (2008), « Développement affectif » in : Golse B. dir., *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, Compléments sur l'émergence du langage*, Issy-les-Moulineaux : Masson, 9-41.

Illingworth, R.S. (1990), *Développement psychomoteur de l'enfant*, Paris : Masson.

Le Normand M.-T. (2007), « Modèles psycholinguistiques du développement du langage » in : Chevrie-Muller C., Narbona J. dirs., *Le langage de l'enfant, aspects normaux et pathologiques*, Issy-les-Moulineaux : Masson, 35-56.

Rondal J-A. (2001), *Votre enfant apprend à parler*, Bruxelles : Mardaga.

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

Simas R., Golse B (2008), « La bouche et l'oralité dans le développement : entre explorations et ressenti, entre cognition et émotions » in : Golse B. dir., *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, Compléments sur l'émergence du langage*, Issy-les-Moulineaux : Masson, 247-256.

Thibault C., (2004), « Rééducation des troubles d'articulation (isolés, d'origine perceptive et liés à des déficiences d'origine organique) » in : Rousseau T. dir., *Les approches thérapeutiques en orthophonie, Tome 1, Prise en charge orthophonique des troubles du langage oral*, Isbergues : Ortho-éditions, 9-28.

Thibault C. (2007), *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux : Masson.

Tiano F., Ginisty D., Couly G. (1996), « Dysoralité des enfants en nutrition artificielle. Prise en charge psychothérapeutique » *in* : Ricour C., Ghisolfi J., Putet G., Goulet O., *Traité de nutrition pédiatrique*, Paris : Maloine, 976-978.

Vernel-Bonneau F., Thibault C. (1999), *Les fentes faciales, embryologie, rééducation, accompagnement parental*, Paris : Masson.

Vidailhet C. (1996), « L'anorexie du jeune enfant. Le point de vue du pédo-psychiatre » *in* : Ricour C., Ghisolfi J., Putet G., Goulet O., *Traité de nutrition pédiatrique*, Paris : Maloine, 665-668.

Vidailhet C. (2002), « Troubles du comportement alimentaire » *in* : Goulet O., Vidailhet M. coordinateurs, *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*, Rueil-Malmaison : Doin, 216-224.

Viterbo E., Renault M. (2008) « Développement affectif » *in* : Golse B. dir., *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, Compléments sur l'émergence du langage*, Issy-les-Moulineaux : Masson, 133-141.

Winnicott D. W. (1974), *Processus de maturation chez l'enfant*, Saint-Amand : Payot.

Périodiques

Abadie V. (décembre 2004), « Troubles de l'oralité du jeune enfant » *in* : Roustit J. dir., *Rééducation orthophonique n°220, Les troubles de l'oralité chez l'enfant*, Paris : Fédération nationale des orthophonistes, 55-68.

Golse B., Guinot M. (décembre 2004), « La bouche et l'oralité » *in* : Roustit J. dir., *Rééducation orthophonique n°220, Les troubles de l'oralité chez l'enfant*, Paris : Fédération nationale des orthophonistes, 23-30.

Rigale N. (décembre 2004), « La construction du goût chez l'enfant » *in* : Roustit J. dir., *Rééducation orthophonique n°220, Les troubles de l'oralité chez l'enfant*, Paris : Fédération nationale des orthophonistes, 9-13.

Thibault C. (juin 2006), « La langue, organe clé des oralités » *in* : Leloup G., Eyoum I. dir., *Rééducation orthophonique n°226, La déglutition dysfonctionnelle*, Paris : Fédération nationale des orthophonistes, 115-124.

Documents distribués lors de congrès

Senez C. (2009), Acte des journées médicales de formation, le point sur...LA NUTRITION ENTERALE, FIAP, Paris.

Senez C. (07/11/2007), « Passage de la nutrition entérale à l'oralité chez l'enfant », Communication présentée lors du Congrès annuel de la Société Française de Phoniatrie à Paris.

Thèses et mémoires

Betting S. (1989), *Troubles du comportement alimentaire au cours des nutritons artificielles chez l'enfant*, Thèse de médecine, Université Nancy 1.

Brison A., Gautier M. (2007), *Oralité alimentaire-orale verbale : un lien ?*, Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.

Caron C., Michon-Vedrenne B. (1993), *Etude de l'installation et du développement du langage chez des nourrissons et des enfants en assistance nutritionnelle*, Mémoire d'orthophonie, Université Paris 6.

Flottes N. (2008) *La prise en charge de l'oralité chez les enfants alimentés par gastrostomie : proposition d'un protocole de stimulation*, Mémoire d'orthophonie, Université de Toulouse.

Gourg K. (2008), *Prise en charge orthophonique de l'enfant présentant une malformation oro-faciale en cabinet*, Mémoire d'orthophonie, Université de Montpellier.

Martin S. (1999), *Troubles du comportement alimentaire et nutrition artificielle chez l'enfant*, Mémoire d'orthophonie, Université de Nancy.

Perrin M., Faysse M-P., (2002), *Prévention des troubles du comportement alimentaire chez le nourrisson et le jeune enfant, bénéficiant d'une nutrition artificielle, en milieu hospitalier*, Mémoire d'orthophonie, Université de Nancy 1.

Tapin F. (2001), *D'une gastrostomie à la gastronomie... La gastronomie d'alimentation chez l'enfant*, Mémoire d'orthophonie, Université de Toulouse.

Thorr-Fixot B. (1998), *Etude des troubles du comportement alimentaire au décours des nutritons artificielles de l'enfant*, Thèse de médecine, Université Nancy 1.

Vannier S. (2008), *Evaluation de la sphère oro-faciale chez l'enfant âgé de 5 à 6 ans*, Mémoire d'orthophonie, Université de Montpellier.

Sites Internet

Douglas J.-E., Bryon M. (1996), "Interview data on severe behavioural eating difficulties in young children" *in* : Archives of Disease in Childhood, n°75, p. 304-308 [consulté le 08/04/2010 : Base de données du site UHP de l'Université de Nancy 2, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8984915>]

Manikam R., Perman J-A. (2000), "Current Literature: Pediatric Feeding Disorders" *in* : Nutrition in Clinical Practice, Vol. 15, No. 6, 312-314 [consulté le 12/04/10 : <http://ncp.sagepub.com/cgi/content/abstract/15/6/312-a>]

Ramalho Ruivo Palladino R., Cunha M-C., Paula Souza L-A (April-June 2007), "Language and eating problems in children: co-occurrences or coincidences?" *in* : *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, n°2, vol.19 [consulté le 23/11/2009 : Base de données du site UHP de l'Université de Nancy 2, [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17710347?ordinalpos=&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.SmartSearch&log\\$=citationensor](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17710347?ordinalpos=&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.SmartSearch&log$=citationensor)]

Soussignan R., Schaal B. (2001), « Les systèmes émotionnels chez le nouveau-né humain : invariance et malléabilité des réponses aux odeurs », *in* : *Enfance 2001/3*, Volume 53, p. 236-246 [consulté le 11/03/10 : Base de données du site Cairn info, <http://www.cairn.info/revue-enfance-2001-3.htm>]

Annexes

Annexe 1 - Liste des graphiques

Graphique 1 : Répartition des retards simples de langage et des retards de parole dans la population étudiée, enrichie des données du sexe de l'enfant.....	55
Graphique 2 : Age moyen d'apparition et de fin des troubles du comportement alimentaire et leur moyenne.....	56
Graphique 3 : Durée moyenne des troubles du comportement alimentaire.....	56
Graphique 4 : Types de troubles du comportement alimentaire, isolés ou associés, présentés par les 11 enfants.....	58
Graphique 5 : Types de troubles du comportement alimentaire présentés par chaque enfant.....	59
Graphique 6 : Etiologies des troubles du comportement alimentaire.....	60
Graphique 7 : Troubles d'articulation, retards simples de langage et retards de parole en lien avec les troubles du comportement alimentaire chez l'enfant.....	61

Annexe 2 - Le tableau du dépouillement des 50 questionnaires

Annexe 2.1 Le tableau du dépouillement des 50 questionnaires

L'ORTHOPHONISTE

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1- Pour quel type de trouble d'articulation l'enfant est-t-il pris en charge ?	[l] → [j]	[s] → [z]	[f] → [s]; [s] → [z]; oralisation des sons nasaux	[f] → [s]; [s] → [z]; [k]/[g] → [t] assourdissement des occlusives et des fricatives	[f] → [s]; [s] → [z]	[k] → [t]; [g] → [d]; [f] → [s]; [s] → [z]; omission de [r]	[s] → [z]; [t] → [k]	[s] → [z]; omission de [r]	absence de fricatives, de nasales, de di-consonantiques	omission de [r], [l], [s], [l] et des di-consonantiques	[f] → [s]; absence des di-consonantiques	omission de [f], [s], [r], [l]	chuintement, totalement	[f], [s], [s], [z] transformés en [t]	chuintement; [r] → [l], [k] → [g], [t] → [d], [f] → [s], [s] → [z]	assourdissement de toutes les consonnes
2- A quel âge a-t-il été diagnostiqué ?	5a6m	9a	5a8m	4a 6m	5a 3m	4a 1m	3a 6m	3a	4a	4a	4a 8m	4a	4a 2m	4a	5a	3a 5m
3- L'enfant a-t-il déjà présenté ou présente-t-il un retard de langage ?	non	non	non	non	non	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non
	Oui	Non	Ne sais pas													
4- Si oui, a-t-il été pris en charge ou est-il pris en charge pour ce retard de langage ?	.	.	.	.	.	.	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	.	.
	Oui	Non	Ne sais pas													
5- L'enfant a-t-il déjà présenté ou présente-t-il un retard de parole ?	oui	non	non	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
	Oui	Non	Ne sais pas													
6- Si oui, a-t-il été pris en charge ou est-il pris en charge pour ce retard de parole ?	oui	non	non	oui	oui	oui	oui	.	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
	Oui	Non	Ne sais pas													
7- Observations	.	(2)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	(16)

LES PARENTS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Sexe de l'enfant :	F	M	M	M	F	M	F	M	M	M	M	F	F	F	M	M	F
Age de l'enfant :	5a 6m	10a	5a 9m	6a	5a 6m	5a	5a	5a	5a	6a	5a 6m	6a	5a	5a 6m	6a	5a 6m	
9- Votre enfant a-t-il déjà présenté des difficultés d'alimentation entre 0 et 5 ans ?	oui	non	non	oui	non	non	oui	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	oui
oui	non	Ne sais pas															
9- Si oui, quel âge avait votre enfant et jusqu'à quel âge cela a-t-il duré ?	0 et 24 m	-	-	4 et 5 a	-	-	3m à 5a	0 à 5 m	-	-	-	-	-	-	-	-	8m à 2a
De	à	Ne sais pas															
10- Si oui à la question 8, quelles étaient les difficultés présentées par votre enfant ?																	
Difficultés lors de l'allaitement	oui	non	oui	-	-	non	-	-	oui	oui	-	-	-	-	-	-	non
Si oui, lesquelles ?	Ne sais pas		refus de lait	-	-	-	-	-	refus du lait	difficulté à allaiter	-	-	-	-	-	-	-
Refus du biberon	oui	non	non	-	-	non	-	-	oui	non	-	-	-	-	-	-	non
Bavage pendant le repas au-delà de 15 mois	oui	non	non	-	-	non	-	-	non	non	-	-	-	-	-	-	non
Difficultés de mastication	oui	non	non	-	-	oui	-	-	non	non	-	-	-	-	-	-	oui
Absence de mastication	oui	non	non	-	-	non	-	-	non	non	-	-	-	-	-	-	non
Refus de la cuillère	oui	non	non	-	-	non	-	-	non	non	-	-	-	-	-	-	non
Refus de certains aliments	oui	non	non	-	-	oui	-	-	oui	non	-	-	-	-	-	-	non
Si oui, lesquels?	Ne sais pas		lait	-	-	viande	-	-	lait	-	-	-	-	-	-	-	-
Toux pendant ou après les repas	oui	non	non	-	-	non	-	-	non	non	-	-	-	-	-	-	non
Refus de s'alimenter	oui	non	non	-	-	non	-	-	non	non	-	-	-	-	-	-	non
Haut-le-cœur	oui	non	non	-	-	oui	-	-	oui	non	-	-	-	-	-	-	non
Vomissements	oui	non	oui	-	-	non	-	-	oui	oui	-	-	-	-	-	-	non
Autre			-	-	-	refus des morceaux de viande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(16 ²)
Ne sais pas			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11- Quelles raisons ont été évoquées pour expliquer ces difficultés à s'alimenter ?																	
Origine non connue	oui	non	oui	-	-	oui	-	-	oui	oui	-	-	-	-	-	-	oui
Prématurité	oui	non	non	-	-	non	-	-	non	non	-	-	-	-	-	-	-
Alimentation artificielle par sonde	oui	non	non	-	-	non	-	-	non	non	-	-	-	-	-	-	-
Difficultés à la naissance	oui	non	non	-	-	non	-	-	non	non	-	-	-	-	-	-	-
Si oui, de quel type ?	Ne sais pas		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hyper-nauséux	oui	non	non	-	-	non	-	-	non	non	-	-	-	-	-	-	-
Allergies alimentaires	oui	non	non	-	-	non	-	-	non	non	-	-	-	-	-	-	-
Reflux gastro-oesophagien	oui	non	oui	-	-	non	-	-	non	non	-	-	-	-	-	-	-
Tonus insuffisant des lèvres	oui	non	non	-	-	non	-	-	non	non	-	-	-	-	-	-	-
Troubles de la déglutition	oui	non	non	-	-	non	-	-	non	non	-	-	-	-	-	-	-
Autre pathologie			non	-	-	non	-	-	non	non	-	-	-	-	-	-	-
Ne sais pas			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12- Observations																	
(7)																	
(13)																	

(2) La mère présente aussi un sigmatisme interdentaire

(7) Le père et le grand-père ne boivent pas de lait

(13) Prise du biberon jusque 2a 6m

(16) Nombreux épisodes d'otites séro-muqueuses et opérée d'un frein de langue trop court à 3 semaines

(16²) lentement lors de la mastication

Annexe 2.2 Le tableau du dépouillement des 50 questionnaires

L'ORTHOPHONISTE

	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1- Pour quel type de trouble d'articulation l'enfant est-t-il pris en charge ?	sigmatisme interdental; désonorisation	chuintement sur [s], [z], [ʃ], [ʒ]	[k]→ [t], [g]→ [d], omission de [r]	sigmatisme interdental	sigmatisme interdental	sigmatisme interdental, simplification de presque tous les phonèmes consonantiques	[l]→ [ʃ], [k]→ [t], [g]→ [d]	[k]→ [t], [g]→ [d], [l]→ [ʃ]	sigmatisme interdental	sigmatisme interdental	omission de [r] et [ʃ], [ʒ]→[s] et [ʒ]→[z]	sigmatisme interdental, [g]→ [k], [ʃ]→ [s] et [ʒ]→ [z]	[t]→ [k], [ʃ]→ [s], [ʒ]→ [z]	sigmatisme interdental sur [s], omission de [r], antériorisation des phonèmes [ʃ] et [ʒ]	sigmatisme interdental	[ʃ]→ [s], [ʒ]→ [z]; sigmatisme interdental
2- A quel âge a-t-il été diagnostiqué ?	4a 6m	5a 2m	4a	5a	6a	4a	4a 6m	5a 9m	6a 1m	6a 1m	4a	4a	4a	4a	6a	5a
3- L'enfant a-t-il déjà présenté ou présente-t-il un retard de langage ?	non	non	non	non	non	oui	non	non	non	non	oui	oui	oui	oui	non	non
Oui Non Ne sais pas																
4- Si oui, a-t-il été pris en charge ou est-il pris en charge pour ce retard de langage ?	-	-	-	-	-	oui	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	-	-
Oui Non Ne sais pas																
5- L'enfant a-t-il déjà présenté ou présente-t-il un retard de parole ?	oui	non	non	oui	oui	oui	non	oui	non	non	oui	oui	oui	oui	non	non
Oui Non Ne sais pas																
6- Si oui, a-t-il été pris en charge ou est-il pris en charge pour ce retard de parole ?	oui	-	-	oui	oui	oui	-	oui	-	-	oui	oui	oui	oui	-	-
Oui Non Ne sais pas																
7- Observations							(23)							-	-	

LES PARENTS

	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	
Sexe de l'enfant :	F	M	M	M	M	F	M	F	F	M	M	M	M	M	M	F	M
Age de l'enfant :	5a 6m	8a	5a	5a 6m	6a	5a 6m	5a 2m	6a	6a 6m	6a 6m	5a	5a 6m	6a	6a	6a 6m	5a	
8- Votre enfant a-t-il déjà présenté des difficultés d'alimentation entre 0 et 5 ans ?	oui	non	Ne sais pas														
9- Si oui, quel âge avait votre enfant et jusqu'à quel âge cela a-t-il duré ?	De	à	Ne sais pas				8m à 5a 6m	0 à 3a	-	-	0 à 5a	-	1a à 5a	-	-	1a à 5a	-
10- Si oui à la question 8, quelles étaient les difficultés présentées par votre enfant ?																	
8 Difficultés lors de l'allaitement	oui	non	-	-	-	-	non	oui	-	-	non	-	non	-	-	non	-
Si oui, lesquelles ?	Ne sais pas		-	-	-	-	-	ne prenait pas assez à chaque tétée	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 Refus du biberon	oui	non	-	-	-	-	non	oui	-	-	non	-	non	-	-	non	-
8 Bavage pendant le repas au-delà de 15 mois	oui	non	-	-	-	-	non	non	-	-	non	-	non	-	-	non	-
8 Difficultés de mastication	oui	non	-	-	-	-	oui	non	-	-	oui	-	oui	-	-	oui	-
8 Absence de mastication	oui	non	-	-	-	-	non	non	-	-	non	-	non	-	-	non	-
8 Refus de la cuillère	oui	non	-	-	-	-	non	non	-	-	non	-	non	-	-	non	-
8 Refus de certains aliments	oui	non	-	-	-	-	oui	oui	-	-	oui	-	non	-	-	non	-
Si oui, lesquels ?	Ne sais pas		-	-	-	-	les morceaux	presque tous les aliments	-	-	morceaux de viande non hachée	-	-	-	-	-	-
8 Toux pendant ou après les repas	oui	non	-	-	-	-	non	non	-	-	non	-	non	-	-	non	-
8 Refus de s'alimenter	oui	non	-	-	-	-	non	oui	-	-	non	-	non	-	-	oui	-
8 Haut-le-cœur	oui	non	-	-	-	-	oui	oui	-	-	oui	-	non	-	-	oui	-
8 Vomissements	oui	non	-	-	-	-	oui	oui	-	-	oui	-	non	-	-	oui	-
8 Autre							(22)	hernie hiatale					difficultés à mastiquer les morceaux de viande				
8 Ne sais pas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11- Quelles raisons ont été évoquées pour expliquer ces difficultés à s'alimenter ?																	
8 Origine non connue	oui	non	-	-	-	-	oui	non	-	-	non	-	oui	-	-	oui	-
8 Prématurité	oui	non	-	-	-	-	-	non	-	-	non	-	-	-	-	-	-
8 Alimentation artificielle par sonde	oui	non	-	-	-	-	-	non	-	-	non	-	-	-	-	-	-
8 Difficultés à la naissance	oui	non	-	-	-	-	-	non	-	-	non	-	-	-	-	-	-
Si oui, de quel type ?	Ne sais pas		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 Hyper-nauséux	oui	non	-	-	-	-	-	oui	-	-	non	-	-	-	-	-	-
8 Allergies alimentaires	oui	non	-	-	-	-	-	non	-	-	non	-	-	-	-	-	-
8 Reflux gastro-oesophagien	oui	non	-	-	-	-	-	oui	-	-	oui	-	-	-	-	-	-
8 Tonus insuffisant des lèvres	oui	non	-	-	-	-	-	non	-	-	non	-	-	-	-	-	-
8 Troubles de la déglutition	oui	non	-	-	-	-	-	non	-	-	non	-	-	-	-	-	-
8 Autre pathologie	oui	non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 Ne sais pas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12- Observations																	

(22) En raison de son refus des morceaux, repas moulinsés
 (23) Sucette gardée en bouche même en parlant

Annexe 2.3 Le tableau du dépouillement des 50 questionnaires

L'ORTHOPHONISTE

	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
1- Pour quel type de trouble d'articulation l'enfant est-t-il pris en charge ?	sigmatisme interdental	sigmatisme interdental	chuintement	chuintement	sigmatisme interdental sur [s], [z]	substitution et inversion de certains phonèmes	[l] → [j]	sigmatisme sur [l], [s]	sigmatisme sur [l], [s], omission de [r] et des constrictives [f] et [v]	sigmatisme sur [l], [s], [z]	sigmatisme sur [l], [s], [s], [z]	amérionisation de [l] → [s], [s] → [z] et sigmatisme interdental sur [s] et [z]	chuintement sur [l], [s] et [s]	[f] et [s] → [p], [t] ou [d]	sigmatisme interdental sur [s] et [z]	[l] → [s], [s] → [z], [tj] → [kr], [dr] → [gr]	[l] → [s], [s] → [z]	chuintement
2- A quel âge a-t-il été diagnostiqué ?	10a	5a	5a	5a	4a 3m	3a 11m	4a 11m	6a	4a	4a 9m	5a	4a 6m	5a 6m	3a 8m	4a	5a	6a	4a 4m
3- L'enfant a-t-il déjà présenté ou présente-t-il un retard de langage ?	non Oui	non Non	non Ne sais pas	non	non	oui	non	non	non	oui	non	oui	non	non	non	oui	oui	non
4- Si oui, a-t-il été pris en charge ou est-il pris en charge pour ce retard de langage ?	- Oui	- Non	- Ne sais pas	-	-	oui	-	-	-	oui	-	oui	-	-	-	oui	oui	-
5- L'enfant a-t-il déjà présenté ou présente-t-il un retard de parole ?	non Oui	non Non	non Ne sais pas	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	non
6- Si oui, a-t-il été pris en charge ou est-il pris en charge pour ce retard de parole ?	- Oui	- Non	- Ne sais pas	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	-	oui	oui	oui	oui	-
7- Observations	(33)							(40)					(45)					

LES PARENTS

	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50		
Sexe de l'enfant :	F	M	M	M	M	M	M	M	F	M	M	M	F	M	F	F	F	F	M	F
Age de l'enfant :	10a 6m	7a	5a	5a6m	5a	5a	5a	6a 6m	5a	5a	7a	5a	8a	5a	5a	5a	6a	5a 6m		
8- Votre enfant a-t-il déjà présenté des difficultés d'alimentation entre 0 et 5 ans ? oui non Ne sais pas	non	oui	non	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	non	non	oui	non	non	non	non	oui
9- Si oui, quel âge avait votre enfant et jusqu'à quel âge cela a-t-il duré ? De à Ne sais pas	-	0 à 13m	-	-	0 à 8m	-	3m à 5a	-	0 à 8m	-	-	-	-	0 à 1a	-	-	-	-	0 à 5a 6m	
10- Si oui à la question 8, quelles étaient les difficultés présentées par votre enfant ?																				
# Difficultés lors de l'allaitement Si oui, lesquelles ?	oui Ne sais pas	non	-	oui	-	-	non	-	non	-	non	-	-	-	-	non	-	-	-	non
# Refus du biberon	oui	non	-	non	-	-	oui	-	oui	-	non	-	-	-	-	non	-	-	-	non
# Bavage pendant le repas au-delà de 15 mois	oui	non	-	non	-	-	non	-	non	-	non	-	-	-	-	non	-	-	-	oui
# Difficultés de mastication	oui	non	-	non	-	-	non	-	non	-	non	-	-	-	-	non	-	-	-	oui
# Absence de mastication	oui	non	-	non	-	-	oui	-	non	-	non	-	-	-	-	non	-	-	-	non
# Refus de la cuillère	oui	non	-	non	-	-	oui	-	oui	-	non	-	-	-	-	non	-	-	-	non
# Refus de certains aliments Si oui, lesquels ?	oui Ne sais pas	non	-	oui	-	-	non	-	oui	-	non	-	-	-	-	non	-	-	-	oui
				les morceaux	-	-	-	autres que le lait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	œufs - légumes verts - bonbons - gâteaux
# Toux pendant ou après les repas	oui	non	-	non	-	-	non	-	non	-	non	-	-	-	-	non	-	-	-	non
# Refus de s'alimenter	oui	non	-	non	-	-	non	-	non	-	non	-	-	-	-	non	-	-	-	oui
# Haut-le-cœur	oui	non	-	non	-	-	non	-	non	-	non	-	-	-	-	oui	-	-	-	oui
# Vomissements	oui	non	-	oui	-	-	oui	-	non	-	oui	-	-	-	-	oui	-	-	-	oui
# Autre							chg lait et tétine				vomissement si non épaissi									
# Ne sais pas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11- Quelles raisons ont été évoquées pour expliquer ces difficultés à s'alimenter ?																				
# Origine non connue	oui	non	-	non	-	-	oui	-	oui	-	non	-	-	-	-	non	-	-	-	non
# Prématurité	oui	non	-	non	-	-	-	-	non	-	non	-	-	-	-	non	-	-	-	non
# Alimentation artificielle par sonde	oui	non	-	non	-	-	-	-	non	-	non	-	-	-	-	non	-	-	-	non
# Difficultés à la naissance Si oui, de quel type ?	oui Ne sais pas	non	-	non	-	-	-	-	non	-	non	-	-	-	-	non	-	-	-	non
# Hyper-nauséux	oui	non	-	non	-	-	-	-	non	-	non	-	-	-	-	oui	-	-	-	non
# Allergies alimentaires	oui	non	-	non	-	-	-	-	non	-	non	-	-	-	-	non	-	-	-	oui
# Reflux gastro-oesophagien	oui	non	-	oui	-	-	-	-	oui	-	oui	-	-	-	-	oui	-	-	-	non
# Tonus insuffisant des lèvres	oui	non	-	non	-	-	-	-	non	-	non	-	-	-	-	non	-	-	-	non
# Troubles de la déglutition	oui	non	-	non	-	-	-	-	non	-	non	-	-	-	-	non	-	-	-	non
# Autre pathologie	-	-	-	-	-	-	-	-	non	-	non	-	-	-	-	-	-	-	-	-
# Ne sais pas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12- Observations																				
																				(50)

(33) Dents surnuméraires au palais

(40) Dû à une béance entre les arcades dentaires

(45) L'enfant a toujours une tétine, a la bouche ouverte en permanence et une hypotonie buccale

(50) Allergie au jambon fumé

Annexe 3 - Tableau des questionnaires des 11 enfants présentant des troubles du comportement alimentaire

L'ORTHOPHONISTE

4	16	22	26	28	31	34	37	39	41	46
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

1- Pour quel type de trouble d'articulation l'enfant est-t-il pris en charge ?	[ʃ]→ [s] ; [ʒ]→ [z] ; [k]/[g]→ [t] assourdissement des occlusives et des fricatives	assourdissement de toutes les consonnes	sigmatisme interdental, simplification de presque tous les phonèmes consonantiques	sigmatisme interdental	sigmatisme interdental, [g] → [k], [ʃ]→ [s] et [ʒ]→ [z]	sigmatisme interdental	sigmatisme interdental	sigmatisme interdental sur [s], [z]	[j] → [i]	sigmatisme sur [ʃ], [ʒ], omission de [r] et des constrictives [f] et [v]	[f] et [s] → [p], [t] ou [d]
--	---	---	--	------------------------	---	------------------------	------------------------	-------------------------------------	-----------	--	------------------------------

2- A quel âge a-t-il été diagnostiqué ?	4a 6m	3a 5m	4a	6a 1m	4a	6a	5a	4a 3m	4a 11m	4a	3a 8m
---	-------	-------	----	-------	----	----	----	-------	--------	----	-------

3- L'enfant a-t-il déjà présenté ou présente-t-il un retard de langage ?	non	non	oui	non	oui	non	non	non	non	non	non
	Oui	Non	Ne sais pas								

4- Si oui, a-t-il été pris en charge ou est-il pris en charge pour ce retard de langage ?	-	-	oui	-	oui	-	-	-	-	-	-
	Oui	Non	Ne sais pas								

5- L'enfant a-t-il déjà présenté ou présente-t-il un retard de parole ?	oui	oui	oui	non	oui	non	non	oui	oui	oui	oui
	Oui	Non	Ne sais pas								

6- Si oui, a-t-il été pris en charge ou est-il pris en charge pour ce retard de parole ?	oui	oui	oui	-	oui	-	-	oui	oui	oui	oui
	Oui	Non	Ne sais pas								

7- Observations	-	(16)									
-----------------	---	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LES PARENTS

4	16	22	26	28	31	34	37	39	41	46
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Sexe de l'enfant :	F	M	M	F	F	M	M	F	M	M	F	M	F
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Age de l'enfant :	6a	5a 6m	5a 6m	6a 6m	5a 6m	6a 6m	7a	5a	5a	5a	5a
-------------------	----	-------	-------	-------	-------	-------	----	----	----	----	----

8- Votre enfant a-t-il déjà présenté des difficultés d'alimentation entre 0 et 5 ans ?	oui	non	Ne sais pas	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
--	-----	-----	-------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

9- Si oui, quel âge avait votre enfant et jusqu'à quel âge cela a-t-il duré ?	4 et 5 a	8m à 2a	8m à 5a 6m	0 à 5a	1a à 5a	1a à 5a	0 à 13m	0 à 8m	3m à 5a	0 à 8m	0 à 1a
De	à	Ne sais pas									

10- Si oui à la question 8, quelles étaient les difficultés présentées par votre enfant ?

+ Refus du biberon	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	oui	oui	non	non
+ Difficultés de mastication	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non
+ Absence de mastication	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	oui	non	non	non
+ Refus de la cuillère	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	oui	oui	non	non
+ Refus de certains aliments	oui	non	oui	non	oui	oui	non	non	non	oui	non	oui	non	non
Si oui, lesquels?	Ne sais pas		viande	-	les morceaux	morceaux de viande non hachée	-	-	les morceaux	viande non hachée	autres que le lait			
+ Refus de s'alimenter	oui	non	non	non	non	non	non	oui	non	non	non	non	non	non
+ Haut-le-cœur	oui	non	oui	non	oui	oui	non	oui	non	non	non	non	non	oui
+ Vomissements	oui	non	non	non	oui	oui	non	oui	oui	oui	non	non	oui	oui
+ Autre			refus des morceaux de viande	(16 ²)	(22)		difficultés à mastiquer les morceaux de viande			chg lait et tétine			vomissement si lait non épaissi	
+ Ne sais pas			-											

11- Quelles raisons ont été évoquées pour expliquer ces difficultés à s'alimenter ?	3	1	4	4	1	4	3	4	3	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

+ Origine connue	oui	non	non	non	non	oui	non	non	oui	non	non	oui	oui
+ Prématurité	oui	non	-	-	-	non	-	-	non	-	-	non	non
+ Alimentation artificielle par sonde	oui	non	-	-	-	non	-	-	non	-	-	non	non
+ Hyper-nauséux	oui	non	-	-	-	non	-	-	non	-	-	non	oui
+ Reflux gastro-oesophagien	oui	non	-	-	-	oui	-	-	oui	-	-	oui	oui
+ Tonus insuffisant des lèvres	oui	non	-	-	-	non	-	-	non	-	-	non	non
+ Troubles de la déglutition	oui	non	-	-	-	non	-	-	non	-	-	non	non
+ Autres pathologie			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

12- Observations

(16) Nombreux épisodes d'otites séro-muqueuses et opérée d'un frein de langue trop court à 3 semaines

(16²) Lenteur lors de la mastication

(22) En raison de son refus des morceaux, repas moulinsés

<p>PRETAGUT Marie-Sophie</p>	<p>Troubles du comportement alimentaire et troubles d'articulation : quelles relations ? Mémoire d'orthophonie - Nancy 2010</p>
<p><u>RESUME</u></p>	<p>Certaines études ont montré un lien entre des troubles de l'oralité alimentaire et verbale. Dans cette perspective, nous avons cherché à établir quelle était la nature de ce lien. Notre hypothèse est qu'il existe une origine sensorielle commune aux troubles du comportement alimentaire et aux troubles d'articulation. Ce lien serait donc sensoriel. Pour ce faire, nous avons utilisé un questionnaire en direction d'orthophonistes exerçant en libéral et de parents d'enfants présentant des troubles d'articulation et suivis par ces orthophonistes. Tous les enfants de l'étude avaient un âge supérieur ou égal à 5 ans et étaient au moins pris en charge pour un trouble d'articulation.</p> <p>Il en ressort que les difficultés de mastication et les refus de certains aliments sont fréquents chez les enfants présentant des troubles d'articulation soit isolés, soit associés à un retard de parole, soit associés à un retard de parole et de langage. Ceci va dans le sens de l'existence de troubles gnoso-praxiques que nous présumons être la conséquence d'un trouble sensoriel.</p> <p>Nous suggérons une attitude préventive pour ces enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire et verbale et la mise en place d'une guidance parentale.</p>
<p><u>MOTS CLES</u></p>	<p>Articulation Retard de parole Retard de langage Guidance Prévention</p>
<p><u>JURY</u></p>	<p>Président : Monsieur le Professeur VERT Directrice de mémoire : Madame GENDRE-GRENIER Assesseur : Madame SIBIRIL</p>
<p><u>DATE DE SOUTENANCE</u></p>	<p>Vendredi 04 juin 2010</p>