



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>

Magali CANOUE
16 septembre 1983

**Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de
capacité d'orthophoniste**

**Troubles de l'oralité : Elaboration d'une plaquette
d'information à destination des professionnels de la
petite enfance**

Année 2011

**Université Bordeaux Segalen
Département d'Orthophonie**

Mémoire d'Orthophonie

TITRE : Troubles de l'oralité : Elaboration d'une
plaquette d'information à destination des profession-
nels de la petite enfance
DATE DE PASSATION : 11 juillet 2011

NOM DE L'ETUDIANT : Magali CANOUET

MEMBRES DU JURY : - Directrice Adjointe : Anne LAMOTHE-CORNELOUP
- Directeur de Mémoire : Isabelle EYOUM
- Membres du Jury : - Karine DURDUX
- Céline LEHELLEY

APPRECIATION : Très Honorable - Honorable - Satisfaisant - Passable

COMMENTAIRES : Sujet original. La partie théorique est
bien rédigée, avec de nombreuses références bibliogra-
phiques variées. L'analyse des réponses aux question-
naires aurait mérité d'être approfondie mais la
réalisation de la plaquette témoigne d'une bonne
appropriation du sujet et débouche sur un document
de qualité qui doit pousser les orthophonistes à
s'investir dans la formation des personnels de la
petite enfance.

Signature de la Directrice Adjointe

A. Lamothe-Corneiloup

Signatures des membres du jury

Isabelle Eyoum Karine Durdux
Céline Lehelley

Remerciements

J'adresse mes remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui m'ont soutenue et aidée dans la réalisation de ce travail.

Plus particulièrement, je tiens à remercier :

Mme Eyoum, directrice de ce mémoire, pour m'avoir guidée et encouragée tout au long de cette étude. Sa disponibilité, ses conseils, tout comme son expérience m'ont apporté une aide précieuse.

Mme Durdux et Mme Lehelley pour avoir accepté de faire partie de mon jury de soutenance.

Mme Lamothe-Corneloup, directrice de la formation d'orthophonie, pour ses précieux conseils.

Le personnel des crèches et les assistants maternels qui ont accepté de participer à mon étude. Je remercie particulièrement Mme Brun, assistante maternelle présidente de l'association « Les diabolins », pour son investissement ainsi que Mme Roger, responsable du Relais d'Assistantes Maternelles de Villenave-d'Ornon pour son accueil.

Le Réseau Santé Langage et les orthophonistes qui m'ont permis d'interroger les assistants maternels en formation. J'exprime ma reconnaissance toute particulière à Mme Cossard, qui m'a aidée à mettre en place mon projet.

Mme Lété, ma maître de stage, pour ses précieux encouragements, son aide et son écoute.

Benoit, pour son soutien inconditionnel et sa patience dans les moments difficiles.

Arnaud, Cécilia et Marjorie pour leur aide, leurs conseils et leur relecture.

Ma tante, pour le temps qu'elle m'a consacrée en tant que lectrice ainsi que pour son expérience avisée.

Ma famille et mes amies pour leurs encouragements.

Sommaire

INTRODUCTION.....	5
PARTIE THEORIQUE	7
I. <u>L'ORALITE : GENERALITES</u>.....	8
1. <u>DEFINITION</u>	8
1.1 Origine psychanalytique du terme	8
1.2 Approche transdisciplinaire de l'oralité.....	9
2. <u>DEVELOPPEMENT DE L'ORALITE</u>	10
2.1 L'attachement mère-enfant	11
2.2 Les interactions précoces	12
2.2.1 <i>Les interactions comportementales</i>	12
2.2.2 <i>Les interactions affectives</i>	14
2.2.3 <i>Les interactions fantasmatiques</i>	14
2.3 L'oralité débutante in-utero	14
2.3.1 <i>Embryogenèse cranio-faciale</i>	14
2.3.2 <i>Passage de l'embryon au fœtus</i>	16
2.4 La succion-déglutition-ventilation néo-natale	16
2.4.1 <i>Coordination de la séquence succion-déglutition-ventilation</i>	16
2.4.2 <i>Les réflexes oraux du nouveau-né</i>	18
2.4.3 <i>Structures impliquées lors de la succion-déglutition-ventilation</i>	19
3. <u>ORALITE ALIMENTAIRE ET ORALITE VERBALE</u>	20
3.1 L'oralité primaire	20
3.1.1 <i>L'oralité primaire succionnelle</i>	20
3.1.2 <i>L'oralité primaire verbale</i>	21
3.2 Le passage à la cuillère : période mixte	22
3.2.1 <i>La double stratégie alimentaire</i>	22
3.2.2 <i>Le babillage</i>	23
3.3 L'oralité secondaire.....	25
3.3.1 <i>La praxie de mastication</i>	25
3.3.2 <i>L'apparition des premiers mots</i>	26
3.4 Les enjeux de l'alimentation	26

II. LES TROUBLES DE L'ORALITE	28
1. <u>DEFINITION</u>	28
2. <u>CAUSES DES TROUBLES DE L'ORALITE</u>	28
2.1 Contextes médicaux d'apparition des troubles	28
2.1.1 <i>Atteintes organiques</i>	29
2.1.2 <i>Atteintes neurologiques</i>	30
2.1.3 <i>Causes psychogènes</i>	30
2.2 Mécanismes.....	32
2.2.1 <i>Les différents types de nutrition artificielle</i>	32
2.2.2 <i>Conséquences de la nutrition artificielle sur l'oralité</i>	33
3. <u>MANIFESTATIONS DES TROUBLES DE L'ORALITE</u>	35
3.1 Dysfonctionnements de la sphère oro-faciale	35
3.2 Perturbations des différentes étapes de la déglutition.....	36
3.3 Le refus alimentaire	36
3.4 Les manifestations corporelles.....	37
3.5 La néophobie alimentaire.....	37
3.6 Le réflexe hyper-nauséux.....	38
3.6.1 <i>Hyper-nauséux et troubles alimentaires</i>	38
3.6.2 <i>Hyper-nauséux et troubles du langage</i>	39
4. <u>EVALUATIONS DES TROUBLES DE L'ORALITE</u>	39
4.1 Consultation pédiatrique pluri-disciplinaire	39
4.1.1 <i>Examen clinique</i>	39
4.1.2 <i>Investigations complémentaires</i>	40
4.2 Spécificités de l'évaluation orthophonique.....	41
4.2.1 <i>Evaluation de la sphère oro-faciale</i>	41
4.2.2 <i>Echelles d'évaluation de l'oralité</i>	43
4.2.3 <i>Batteries d'évaluation des troubles de l'oralité chez l'enfant de moins de 4 ans</i>	43
5. <u>PRISE EN CHARGE ET EDUCATION PRECOCE</u>	45
5.1 Prévention des troubles de l'oralité chez les enfants à risque.....	45
5.1.1 <i>Echanges relationnels</i>	45
5.1.2 <i>Stimulations orales</i>	45
5.1.3 <i>Stimulations kinesthésiques</i>	46
5.1.4 <i>Stimulations multi-sensorielles</i>	46
5.2 Prise en charge orthophonique.....	47
5.2.1 <i>Désensibilisation</i>	47
5.2.2 <i>Rééducation orthophonique</i>	47
5.2.3 <i>Accompagnement parental</i>	48
5.3 Prise en charge pluri-disciplinaire.....	50
5.4 Les obstacles à une bonne prise en charge.....	50

III. PREVENTION EN ORTHOPHONIE ET PETITE ENFANCE	52
1. <u>LA PREVENTION EN ORTHOPHONIE</u>.....	52
1.1 Origines.....	52
1.2 Les trois stades de la prévention en orthophonie.....	53
1.2.1 <i>Stade primaire</i>	53
1.2.2 <i>Stade secondaire</i>	53
1.2.3 <i>Stade tertiaire</i>	54
1.3 Pourquoi prévenir les troubles du langage oral et de la communication.....	54
1.3.1 <i>Conséquences des troubles de l'oralité sur le développement du langage</i>	54
1.3.2 <i>Conséquences des troubles du langage sur la vie du sujet</i>	55
1.4 Les différents moyens de prévention.....	55
1.4.1 <i>Les outils d'information</i>	55
1.4.2 <i>La formation</i>	58
1.4.3 <i>L'accompagnement parental</i>	58
1.5 Le partenariat dans la prévention en orthophonie.....	58
2. <u>LA PETITE ENFANCE : LES DIFFERENTS MODES D'ACCUEIL</u>.....	59
2.1 La garde au domicile des parents.....	59
2.2 Les établissements d'accueil des jeunes enfants.....	60
2.3 Les assistants maternels agréés.....	61
2.3.1 <i>L'évolution de la profession</i>	61
2.3.2 <i>La formation des assistants maternels</i>	62
2.3.3 <i>Le rôle des assistants maternels</i>	62
2.3.4 <i>Les relais assistantes maternelles (RAM)</i>	63
 PARTIE PRATIQUE	 64
I. <u>LA DEMARCHE EXPERIMENTALE</u>.....	65
1. <u>PROBLEMATIQUE</u>	65
2. <u>HYPOTHESE</u>	65
3. <u>METHODOLOGIE</u>	66
 II. <u>LE TERRAIN EXPERIMENTAL</u>.....	 67
1. <u>LA POPULATION</u>	67
1.1 Les services d'accueil de jeunes enfants.....	67
1.2 Les assistants maternels.....	67
2. <u>LE CADRE DE L'EXPERIMENTATION</u>	68
2.1 Mode d'administration.....	68
2.2 Période.....	68

III. <u>LE QUESTIONNAIRE</u>	69
1. <u>FORME ET CONTENU</u>	69
1.1 Les types de questions	69
1.2 L'organisation des questions.....	70
2. <u>RECUEIL DES DONNEES</u>	71
2.1 Le codage des questionnaires.....	71
2.2 Le codage des questions.....	71
2.3 Le codage des réponses.....	71
3. <u>LES RESULTATS</u>	76
3.1 Présentation et interprétation des résultats.....	76
3.2 Conclusion	109
3.2.1 <i>Synthèse des résultats obtenus</i>	109
3.2.2 <i>Difficultés rencontrées</i>	110
IV. <u>L'ELABORATION DE LA PLAQUETTE D'INFORMATION</u>	111
1. <u>SUPPORT ET FORME</u>	111
1.1 Choix du support.....	111
1.2 Mise en forme	111
2. <u>CONTENU</u>	112
2.1 Les textes et illustrations.....	112
2.2 Structure de la plaquette.....	113
3. <u>UTILISATION</u>	114
DISCUSSION	116
I. <u>LE QUESTIONNAIRE</u>	117
II. <u>LA POPULATION D'ETUDE</u>	118
III. <u>LA PLAQUETTE</u>	118
CONCLUSION	121
BIBLIOGRAPHIE	124
ANNEXES	130

Introduction

L'oralité est au cœur du développement de l'être humain. Elle prend en compte de multiples fonctions vitales telles que la respiration, la déglutition et l'alimentation, mais aussi des fonctions plus sociales comme la phonation et la communication. La bouche tient alors une place essentielle : seul organe concerné dans tous ces domaines, elle permet de faire le lien entre l'homme et l'extérieur. Mais le concept d'oralité recouvre des aspects relationnel et psychologique qui rentrent également en ligne de compte.

Pour que l'oralité se développe de façon harmonieuse, il faut que toutes ces fonctions atteignent un équilibre. Suite à des pathologies organiques ou neurologiques, l'oralité de l'enfant peut ne pas se mettre en place, et ce, dès la naissance. Il arrive aussi qu'elle soit perturbée par un événement traumatique, d'origine physiologique ou psychologique.

Ces difficultés font de la bouche une région sensible, poussant le tout-petit à délaisser cet organe. Il en découle alors des conséquences sur l'alimentation ainsi que sur l'articulation et la parole. L'orthophoniste peut intervenir à travers un accompagnement parental ou une prise en charge précoce des troubles. Mais qu'en est-il des enfants dont les difficultés liées à l'oralité n'ont pas été repérées et comprises ?

Nous pensons que l'orthophoniste a un rôle à jouer dans la prévention des troubles de l'oralité verbale et alimentaire. Les assistants maternels et le personnel de crèches, qui entourent le tout-petit au quotidien, peuvent être des partenaires de cette action préventive. Le but de notre mémoire est donc de réunir, au sein d'une plaquette, des informations et des conseils afin d'aider les professionnels de la petite enfance à comprendre, repérer et accompagner les enfants présentant des difficultés liées à l'oralité.

Pour cela, nous étudierons sous un abord théorique ce que recouvre la notion d'oralité avant de s'intéresser à son développement. Les troubles qui peuvent apparaître, leurs origines et les possibilités de prise en charge feront ensuite l'objet de toute notre attention. Puis nous présenterons les deux principaux modes de garde des jeunes enfants et verrons comment les professionnels de la petite enfance peuvent être des partenaires privilégiés dans la prévention en orthophonie. Nous détaillerons alors notre expérimentation dont le but était de réaliser une plaquette d'information sur les troubles de l'oralité verbale et alimentaire. Nous analyserons donc les réponses des professionnels de la petite enfance à un questionnaire rédigé par nos

soins. L'élaboration de la plaquette, prenant appui sur les réflexions théoriques et sur les propositions des professionnels, sera ensuite décrite. Enfin, des pistes de discussion et d'ouvertures viendront clore cette étude.

PARTIE THEORIQUE

I. L'oralité : généralités

1. Définition

Le terme « oralité » ne possède aucune correspondance dans le dictionnaire. La notion d'oralité nous vient de la psychanalyse. Issue du latin « os, oris », « la bouche », l'oralité se rapporte à la sphère buccale et à toutes les fonctions qui l'entourent (ventilation, alimentation, communication...). On comprend alors l'étendue de la notion d'oralité et nous avons choisi pour tenter de la définir de nous intéresser à l'approche psychanalytique puis à l'approche transdisciplinaire de ce concept.

1.1 Origine psychanalytique du terme

C'est Sigmund FREUD (1856-1939), médecin spécialisé dans la pathologie des nerfs et considéré comme le fondateur de la psychanalyse, qui va être le premier à employer le terme d'oralité.

Dans « *Trois essais sur la théorie sexuelle* » (1905), FREUD décrit les formes de la vie sexuelle de l'enfant. Pour l'auteur, tout mouvement de recherche de plaisir est sexuel. Le père de la psychanalyse présente l'évolution libidinale de l'enfant en trois stades, chacun caractérisé par une zone érogène :

- Le stade oral, qui a pour zone érogène la sphère buccale, s'observe entre la naissance et la première année de l'enfant. Ce stade nous intéresse plus particulièrement puisqu'il est à l'origine de l'oralité. C'est le moment de la relation symbiotique mère-enfant, dont le médiateur principal est la fonction alimentaire et le contact physique. Selon FREUD (1905), le stade oral se caractérise par le « suçotement ». L'enfant trouve dans cette activité un plaisir qui lui rappellerait le contentement qu'il connaît lorsqu'il tète le sein maternel ou le biberon. FREUD dira que « *les lèvres de l'enfant ont tenu le rôle d'une zone érogène* ». Selon lui, c'est « *l'afflux de lait chaud* » qui est à l'origine du plaisir éprouvé autour de cette zone, ce qui l'amène à penser que ce plaisir est, au début, en lien avec la satisfaction du besoin alimentaire. L'ingestion d'aliments et l'activité sexuelle ne sont pas encore séparées. L'objet de la pulsion (ici, le lait maternel) est incorporé et devient source de satisfaction. La bouche est donc le premier organisateur

psychique de l'enfant puisque c'est le lieu d'attachement entre le bébé et sa mère. Selon GOLSE et GUINOT (2004), cet organe permet aussi la différenciation entre le soi et le non-soi et contribue ainsi à la construction de la personnalité du nourrisson. Il va alors pouvoir contrôler ce qui rentre dans sa bouche et s'opposer à l'autre, en l'occurrence la mère nourricière. Le sevrage, conflit inévitable achevant ce stade, marque un début de séparation entre l'enfant et sa mère. C'est le temps des premières oppositions mais aussi des premières découvertes et expérimentations : l'enfant va mettre à la bouche un objet, en deviner sa consistance... De nombreux plaisirs connexes tels que l'odorat ou le toucher vont faire de la bouche non plus un organe lambda mais bien une zone érogène.

- Le stade anal recouvre la deuxième année de vie de l'enfant. La source pulsionnelle ne se situe plus exclusivement au niveau buccal mais aussi au niveau des sphincters et des parois digestives.
- Le stade phallique, dont la zone érogène est l'appareil génital, a lieu vers l'âge de 3 ans.

1.2 Approche transdisciplinaire de l'oralité

Le terme d'oralité s'étend aujourd'hui bien au-delà de la théorie freudienne. De nombreux professionnels médicaux et paramédicaux l'utilisent, notamment les orthophonistes.

Selon ABADIE (2003), l'oralité regroupe « *l'ensemble des fonctions orales c'est-à-dire dévolues à la bouche* ». En plus de l'alimentation que FREUD nous a déjà décrite comme étant liée aux notions de plaisir et de satisfaction, la bouche est le lieu d'autres fonctions vitales, à savoir : la respiration, la succion et bien sûr, la déglutition. Les activités orales d'un individu, bien que multiples, intéressent également la fonction de communication à travers le langage. L'aspect fonctionnel de ces activités buccales peut donc être relié à l'aspect pulsionnel décrit par FREUD et à la notion de plaisir. Ces deux aspects font partie intégrante de la définition de l'oralité.

Grâce aux diverses fonctions orales et aux structures impliquées dans l'oralité, le bébé va pouvoir expérimenter tout ce qui se trouve dans son environnement et ce, dès la vie in-utéro. L'oralité va donner lieu à de nombreux plaisirs sensoriels comme le toucher ou l'odorat et va ainsi permettre à l'enfant de découvrir et d'explorer le monde qui l'entoure.

Fonction fondamentale et « *fondatrice de l'être* » comme le dit THIBAUT (2007), l'oralité n'en reste pas moins complexe. De nombreuses disciplines sont concernées par ce concept :

- La psychologie qui cherche à comprendre la construction du psychisme du sujet ;
- La médecine et ses spécialités (embryologie, pédiatrie, pédopsychiatrie, oto-rhino-laryngologie, etc.) ;
- L'orthophonie, bien sûr, qui s'intéresse à toutes les fonctions orales, qu'elles soient déterminées par un besoin vital comme l'alimentation ou la ventilation (fonctions de survie), ou qu'elles soient liées à l'échange social à travers la communication ;
- La philosophie, la sociologie, l'ethnologie et bien d'autres disciplines qui s'intéressent à l'homme et qui sont d'ailleurs regroupées sous l'appellation « sciences humaines ».

L'oralité est donc un concept transdisciplinaire et on comprend alors mieux qu'il soit si difficile de lui attribuer une définition précise.

Dans une des préfaces de l'ouvrage de THIBAUT (2007), GOLSE dit de la bouche, organe clé de l'oralité, qu'elle s'inscrit dans de multiples perspectives qu'il faut prendre en considération. Pour lui, la bouche recouvre plusieurs facettes. Il donnera comme exemples : la bouche du fœtus, la bouche de l'attachement, la bouche de l'étayage pulsionnel, la bouche de l'alimentation et la bouche du langage.

Il est donc essentiel de prendre en compte tous ces points de vue lorsqu'on s'intéresse à l'oralité. GOLSE ajoute, en parlant des nombreuses disciplines concernées, que « *chacune d'entre elles a quelque chose d'important et de vrai à dire sur la bouche, sur l'oralité et sur le langage, mais aucune d'entre elles ne peut prétendre au monopole d'une vision d'ensemble* ».

2. Développement de l'oralité

Pour ABADIE (2004a), « *l'oralité implique des notions aussi variées et indissociables que les fonctions sensori-motrices fœtales, l'adaptation à la vie extra-utérine, la fondation du lien mère-enfant, l'adaptation de l'enfant à ses besoins nutritionnels, donc sa croissance, son organisation psycho-sociale : appétit, plaisir, hygiène, éducation et sa construction cognitive, relationnelle et culturelle* ».

2.1 L'attachement mère-enfant

John BOWLBY (1907-1990), pédiatre anglais, s'intéresse de près au rapport qu'entretient la mère avec son enfant. Il est convaincu que la qualité de cette relation a un impact sur la santé, aussi bien physique que mentale, des enfants. BOWLBY montre que, dès sa naissance, l'enfant est habité par un besoin primaire de contact. Ce besoin social est aussi important pour lui que celui de s'alimenter. Le bébé qui en sera privé manifesterà des signes d'angoisse. On comprend alors que l'activité de nourrir son enfant ne suffit pas à elle seule pour que s'instaure ce lien d'attachement entre le bébé et sa mère. C'est la façon dont la mère alimente son enfant, ce qu'elle lui dit en lui donnant le sein ou le biberon, les caresses qui accompagnent ce moment, qui vont permettre l'attachement. La mère joue donc un rôle essentiel dans l'instauration de cette relation particulière qui va se nouer à jamais entre elle et son bébé.

La qualité de ces premiers liens d'attachement permet la construction d'un sentiment de sécurité chez l'enfant. C'est ce que Mary AINSWORTH, psychologue du développement, se propose de prouver à travers ses observations auprès de mères et de leurs enfants dans des conditions normales où s'établit la relation d'attachement (activités de jeux, bain donné au bébé, alimentation de l'enfant). Elle distingue alors trois types d'attachement :

- L'attachement sécurisant, soit le type d'attachement idéal : la mère subvient aux besoins de contacts physiques, de chaleur ou de nourriture de son enfant. Il existe une flexibilité et une souplesse dans la relation entre les deux protagonistes. Le tout-petit est autorisé à découvrir son environnement tout en étant rassuré car sa mère est présente dès qu'il rencontre un problème. Cette forme de dépendance « sécurisée » permet au bébé d'avoir pleinement confiance en sa mère.
- L'attachement ambivalent : le bébé va alterner des moments où il cherche le contact avec sa mère et d'autres où il préfère garder ses distances. Il n'est pas sûr des réactions de cette dernière et va développer une certaine méfiance dans le but de se protéger.
- L'attachement évitant : le bébé va résister au contact et va même chercher à le fuir. Dès l'âge de 3 mois, il évite le regard et reste à l'écart de sa mère car il y a quelque chose dans l'interaction qui est douloureux, difficile. Le bébé se replie sur lui-même.

Comme BOWLBY, AINSWORTH émet des réserves quant aux théories de FREUD pour qui l'affectif ne dépend que du biologique et du psycho-sexuel. Ces premiers démontrent à travers leurs observations que l'environnement et la nourriture ne sont pas suffisants pour créer un lien d'attachement de qualité. Le comportement de la mère envers son enfant tient aussi une place prépondérante. De la qualité de cet attachement précoce dépendent par la suite les capacités de détachement et de prise d'autonomie du jeune enfant.

2.2 Les interactions précoces

Les interactions précoces permettent à la mère et à son bébé de se découvrir, de rentrer en communication tout en ajustant leurs réactions à celles de l'autre. CRUNELLE (2010) distingue ces interactions en trois modes : comportementales, affectives et fantasmatiques.

2.2.1 *Les interactions comportementales*

COULY (2010) rappelle que « *la qualité de l'alimentation post-natale par succion, ou oralité première et primaire, est au mieux atteinte quand le bébé intègre simultanément d'autres stimulations exogènes comme le portage, la chaleur du corps maternel, ses odeurs, le regard, et ce de façon pluri-quotidienne* ».

- Interactions corporelles :

DOLTO (1984) considère le « corps à corps » que connaissent la mère et son enfant lors de l'allaitement comme une fonction essentielle. Ce contact physique permet de réparer la séparation qui s'est opérée lors de l'accouchement et durant lequel le lien fœto-maternel a été rompu au sens propre comme au sens figuré. MORISSEAU (2002) explique que le cordon ombilical qui représentait le lien maternel fait place au sein ou au biberon qui en assure la continuité.

WINNICOTT décrit les ajustements posturaux qu'adopte la mère lorsqu'elle porte son enfant : « le handling », façon adéquate de manipuler et de soigner corporellement le bébé, naît de l'identification de la mère à son nouveau-né. La jeune maman se sent alors capable de s'adapter aux premiers besoins de son enfant. Le « holding », autre concept de WINNICOTT, se définit comme « *la façon qu'a la mère, de porter et de maintenir physiquement et psychologiquement son nourrisson en état de dépendance absolue. Elle procure ainsi à l'enfant un sentiment de sécurité* » (BLOCH et coll., 2002). Le « handling » et le « holding »

permettent donc à l'enfant de construire son moi. Le bébé profite de la douceur des bras de sa mère et de la chaleur de sa peau. En retour, il manifeste lui aussi son attachement à la mère par des mouvements d'agrippement : l'enfant se saisit de la main posée dans sa paume ou malaxe le sein de sa mère au moment de la tétée. On remarque d'ailleurs que lorsque le nourrisson tète, le rythme de cet agrippement et le rythme de succion vont s'accorder.

Le bébé et sa mère s'adaptent mutuellement aux manifestations corporelles de l'un et de l'autre. Les interactions corporelles sont donc essentielles et participent au lien qui réunit la dyade mère-bébé.

- Interactions visuelles :

Le regard occupe une place de taille dans le développement du lien mère-enfant. Dès la naissance, le regard du bébé semble attiré par le visage de sa mère, qui ne manque pas de le solliciter en lui parlant. La voix, mais aussi les mimiques de la maman, stimulent le nouveau-né qui tente de répondre en imitant ses expressions. Selon MORISSEAU (2002), ces échanges sont précieux car ils permettent au bébé et à sa mère de renforcer mutuellement leur sentiment subjectif de compétence. Le regard engage donc un lien de communication très fort. A partir de situations de jeux et de routines interactives, l'adulte va attirer l'attention de l'enfant sur un objet qu'il va lui aussi regarder et commenter. Cette phase d'attention conjointe permet de réguler les échanges et constitue une conduite interactionnelle précoce indispensable à la mise en place du langage.

- Interactions verbales :

Dès la naissance du bébé, des échanges vocaux peuvent s'observer entre ce dernier et sa mère. Ces interactions dyadiques sont une composante essentielle dans l'acquisition du langage. La mère accompagne tous ses gestes de paroles. Les soins qu'elle prodigue à son enfant sont le plus souvent l'occasion de s'adresser à lui en tant qu'interlocuteur privilégié. Tout naturellement, elle va verbaliser ce qu'elle est en train de faire tout en mettant du sens sur les conduites du bébé. La façon dont elle va s'adresser à lui est caractéristique : l'intonation est chantante, le débit est ralenti, les phrases sont courtes avec peu de complexité syntaxique. L'adulte opère spontanément un ajustement qu'on appelle « motherese ». De son côté, le nourrisson signale ses besoins, sa douleur ou son inconfort grâce à ses cris ou ses pleurs. Dès le premier trimestre, le bébé peut accompagner ses regards et gestes de productions vocales. Les échanges précoces entre l'enfant et les membres de sa famille permettent l'appropriation des règles de communication comme le « turn-taking » qui désigne le caractère cyclique de l'interaction : enfant et adultes parlent chacun à leur tour.

Ces interactions précoces entre le bébé et sa mère, ou plus généralement entre l'enfant et les adultes, sont les prémices du bain de langage dont l'enfant devra bénéficier pour pouvoir comprendre et être compris.

2.2.2 Les interactions affectives

Selon CRUNELLE (2010), « *les interactions affectives correspondent à l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de la mère* ». Peu à peu, le bébé va être capable d'identifier l'état émotionnel de l'autre par la mise en place d'un « *processus de transposition intermodale* ». L'état affectif de l'enfant va donc être dépendant de celui de sa mère. Si cette dernière se sent bien, le bébé sera calme et apaisé ; à l'inverse, si la mère est anxieuse ou déprimée, le nourrisson manifesterà des signes de mal-être en pleurant ou en se repliant sur lui-même. Ces conduites d'accordage affectif sont observables dès les premières interactions mère-bébé.

2.2.3 Les interactions fantasmatiques

Les interactions fantasmatiques correspondent aux fantasmes parentaux c'est-à-dire à la place qu'occupe le bébé dans le psychisme de la mère. Pendant la grossesse, le bébé est fantasmé et la mère projette sur lui ses désirs non réalisés. Cela fait référence au désir inconscient de grossesse depuis l'enfance ou encore aux relations que la mère a eues avec ses propres parents.

2.3 L'oralité débutante in-utero

2.3.1 Embryogenèse cranio-faciale

Chez l'être humain, l'oralité débute pendant la période utérine embryo-fœtale. Durant cette période, on assiste à une organisation neuro-fonctionnelle au cours de laquelle le squelette, les muscles, les nerfs et le système nerveux participent, pour permettre la construction anatomique de la bouche. COULY (2010) appelle cette phase « *l'oralité primaire juvénile* ».

Les structures orales se développent pendant le deuxième mois embryonnaire. Les données embryologiques actuelles nous permettent d'affirmer que la plaque neurale céphalique, ou crête neurale, est à l'origine des tissus constituant le massif facial (peau, muqueuse buccale, cartilage, dents) mais aussi à l'origine du cerveau. La face et le cerveau ont donc une origine commune. On verra d'abord apparaître le développement neuromusculaire qui sera suivi du développement osseux.

C'est au cours des deux premiers mois de l'embryon que la cavité bucco-nasale se forme. Des cellules de la crête neurale migrent du système nerveux central (le futur cerveau) et vont se diviser pour permettre la formation des bourgeons faciaux (le lecteur intéressé pourra se reporter à la figure 1, annexe 1). A la fin du premier mois de l'embryogenèse, ces cinq renflements (un bourgeon frontal, deux bourgeons maxillaires et deux bourgeons mandibulaires) entourent une cavité : le stomodéum ou bouche primitive, provisoirement obturée par la membrane pharyngienne. La bouche et les fosses nasales se construiront à partir de cette cavité commune. L'embryon mesure moins d'un centimètre mais on peut déjà distinguer la tête. Au cours du deuxième mois, des épaissements apparaissent sur certaines parties des bourgeons qui se modifient en forme et en volume et s'organisent autour du stomodéum. Ces bourgeons sont recouverts de peau qui va se retourner et devenir l'intérieur de la cavité buccale. Ils tendent à fusionner par des phénomènes de confluence et de soudure jusqu'au troisième mois :

- Le bourgeon frontal donne les bourgeons nasaux internes et les bourgeons nasaux externes droits et gauches, séparés par le processus naso-frontal. C'est la naissance de la bouche, du nez et des yeux ;
- La fusion des deux bourgeons mandibulaires laisse apparaître le menton, la lèvre inférieure et une partie des joues ;
- Les deux bourgeons nasaux internes fusionnent avec les bourgeons maxillaires supérieurs et donnent le massif médian qui formera, à la partie antérieure de la bouche primitive, le palais primaire. En même temps, se développent une lame médiane (la cloison nasale) et deux lames latérales (les processus palatins) qui fusionnent pour donner le palais secondaire après abaissement de la langue entre la septième et la dixième semaine. La cavité bucco-nasale (ou stomodéum) se cloisonne donc chez l'embryon grâce au palais.

Vers la fin du deuxième mois de vie embryonnaire, les bourgeons faciaux ont fusionné et laissent place à la cavité buccale et aux fosses nasales. L'oralité buccale et gustative d'un côté, et la nasalité ventilatoire et olfactive de l'autre, ont donc une origine commune.

2.3.2 *Passage de l'embryon au fœtus*

Lors de la septième semaine embryonnaire, le tronc cérébral reçoit les premières afférences sensorielles de toute la sphère oro-pharyngée et c'est au cours de la neuvième semaine que la tête se redresse et que l'embryon réalise ses premières séquences motrices. Lorsqu'il a environ 60 jours, on peut identifier le réflexe de Hooker : au cours de la déflexion céphalique, la formation du palais et la descente de la langue vont permettre à l'embryon de toucher ses lèvres avec sa main. Cette séquence marque le début du stade fœtal. Vers la dixième semaine, on peut apercevoir les premiers mouvements de la langue qui se déplace d'avant en arrière : le réflexe de succion se met en place. SENEZ (2002) compare plutôt ces mouvements de propulsion et de rétropulsion de la langue à des lapements. La déglutition, quant à elle, apparaîtra deux à cinq semaines plus tard et sera tributaire de la succion. « *La succion est ainsi la plus ancienne et la plus précoce fonction qui se met en place, qui s'organise et qui se manifeste dans le genre humain* » (THIBAUT, 2007). Pour que l'automatisme de succion-déglutition soit le plus efficace possible à la naissance, le fœtus va devoir in-utero faire fonctionner cette coordination succion-déglutition. Il va alors s'entraîner en suçant ses doigts, ses orteils ou en déglutissant le liquide amniotique (au moment du terme, les quantités de liquide amniotique dégluties varient entre 1,5 et 3 litres par 24 heures). Ce liquide amniotique est à température constante (37°) et peut varier de goût selon ce que la mère a ingéré, ce qui entraîne le fœtus à la discrimination gustative et olfactive. A la naissance, cette sensorialité semble être mémorisée et permet au nouveau-né de se repérer dans son environnement post-natal.

2.4 La succion-déglutition-ventilation néo-natale

L'oralité, par la séquence succion-déglutition-ventilation, est un marqueur qualitatif de maturation corticale de la fonction respiratoire, digestive et cardiaque.

2.4.1 *Coordination de la séquence succion-déglutition-ventilation*

A la naissance, la fonction de ventilation s'ajoute au couple succion-déglutition déjà en place. En poussant son premier cri, le nouveau-né remplit d'air ses poumons et se met à respirer.

Selon LAU (2007), l'alimentation du bébé par voie orale nécessite une coordination de la séquence succion-déglutition-ventilation. Afin qu'elles n'interfèrent pas l'une avec l'autre, ces trois fonctions doivent être en synchronisation rythmique. Ainsi, elles peuvent interagir de manière organisée afin d'éviter tout risque de fausse-route, désaturation, bradycardie et/ou apnée. Le ratio 1-1-1 définit une séquence coordonnée : le bébé effectue une succion pour une déglutition, suivie d'une respiration, le tout en une seconde.

Lors de la tétée, le nouveau-né respecte de façon ordonnée différentes étapes. Le bébé cherche d'abord le sein de sa mère à l'aide du réflexe de foussement, puis la tétée se met en place grâce à la contraction des lèvres autour du mamelon ou de la tétine. Il s'en suit une dépression buccale associée à une compression linguale contre le palais qui permet au lait de jaillir dans la bouche du nouveau-né. Une fois les premiers jours de vie passés, le bébé doit pouvoir téter vigoureusement son biberon en quinze minutes environ.

Le réflexe de succion-déglutition permet aussi la protection des voies aériennes. Durant la tétée, le bébé respire seulement par le nez, l'occlusion labiale sur la tétine étant constante. Il exerce deux ou trois mouvements de succion d'affilée, puis s'arrête pour déglutir et respirer. La ventilation est donc stimulée par la succion. Jusqu'au deuxième mois, la filière nasale est la seule à être utilisée, puis l'enfant va découvrir (après un épisode d'obstruction nasale par exemple) que la bouche peut remplir elle aussi une fonction respiratoire. On comprend donc le lien étroit qui unit succion et ventilation puisque la succion permet de stimuler voire même d'améliorer la respiration.

Notons que cet automatisme de succion-déglutition ne peut se faire correctement que si les noyaux moteurs du tronc cérébral sont intègres. Pour COULY (2010), *« la succion-déglutition néonatale constitue un marqueur qualitatif de maturation des autres fonctions du tronc cérébral : la ventilation et sa régulation, le contrôle parasympathique de la motricité cardiaque et intestinale ainsi que le sommeil »*.

La succion non nutritive (succion d'une tétine) se distingue de la succion nutritive par ses trains plus courts et plus rapides. Pour SENEZ (2002), elle est plus superficielle et comporte des mouvements de pression alternative deux fois plus nombreux que dans une succion nutritive. Selon LAU (2007) : *« La succion non nutritive offre certains avantages qui ne sont pas impliqués directement dans l'oralité. Par exemple, elle favorise le gain pondéral, produit un effet analgésique, réduit le stress, stabilise le comportement de l'enfant et accélère la progression de la nutrition par voie orale »*. Bien qu'elle indique un bon niveau de maturation, l'auteur fait remarquer que la succion non nutritive n'est pas forcément prédictive de la coordination succion-déglutition-respiration.

2.4.2 Les réflexes oraux du nouveau-né

Les réflexes oraux, dits aussi réflexes archaïques, sont présents dès la naissance. Ce sont des automatismes qui interviennent suite à une excitation donnée et qui se déroulent toujours de la même manière.

- Le réflexe des points cardinaux : il apparaît lors de la stimulation des commissures des lèvres, de leur partie médiane, ou suite au frottement des joues. Le nouveau-né oriente la langue, les lèvres puis la tête vers le stimulus dans le but d'aller chercher le mamelon pour le mettre en bouche. Présent dès la 32^{ème} semaine de gestation, ce réflexe disparaît aux alentours de 4 mois.

- Le réflexe nauséeux : c'est un réflexe de protection présent à 32 semaines de gestation. Comme nous l'avons déjà vu, le nouveau-né possède des capacités discriminatoires au niveau olfactif et gustatif, ces aptitudes s'étant développées in-utero grâce à la déglutition du liquide amniotique. Toute substance entrant dans la bouche du bébé et présentant des caractéristiques différentes du lait (température, viscosité, goût) est susceptible de déclencher un réflexe nauséeux. Il va alors s'en suivre une contraction de la paroi pharyngée du voile, une protrusion de la langue et l'ouverture de la bouche. Le nouveau-né sera pris d'un mouvement contractant pouvant aller jusqu'au vomissement. C'est le processus inverse d'une déglutition. La maturation neurologique et l'entraînement à la succion doivent permettre la diminution du réflexe. Si ce n'est pas le cas, il est nécessaire d'inhiber le réflexe avant les 7 mois du bébé (SENEZ, 2002). Passé ce délai, aucune évolution n'est possible et l'enfant risque d'être gêné dans son alimentation.

- L'automatisme d'orientation de la langue : aussi appelé « aptitude de rotation latérale de la langue », ce réflexe est présent dès la naissance. Il se déclenche en réponse à une stimulation du bord latéral de la langue proche de la pointe. Le bébé dirige alors la masse linguale du côté de la stimulation. Alors que lors de la succion, la langue n'adopte qu'une position symétrique, elle est capable au cours de cet automatisme de travailler latéralement.

- Le réflexe de pression alternative : également appelé réflexe de morsure ou de jaillissement, SENEZ (2002) le considère comme une composante de la succion. Lors de la tétée, le bébé adopte une alternance d'ouverture et de fermeture verticale de la mandibule permettant de faire pression sur le mamelon pour faire sortir le lait. Lorsqu'il n'est pas inhibé, ce réflexe signe souvent un trouble neurologique sévère et peut empêcher l'alimentation à la cuillère ou l'hydratation au verre.

- Le réflexe de succion : déclenché par toute stimulation orale, c'est le plus important des réflexes puisqu'il permet au bébé de s'alimenter, il est donc signe de normalité. La succion est de qualité lorsque le doigt introduit dans la bouche du nouveau-né est fortement comprimé par une aspiration.

- Le réflexe de toux : seul réflexe qui ne sera pas inhibé par la maturation neurologique, ce réflexe de protection des voies aériennes sera présent tout au long de la vie de l'individu.

- Le réflexe gusto-facial de Steiner : Selon COULY (2010), ce réflexe objective la réaction mimique du nouveau-né en réponse au contact lingual des quatre saveurs gustatives alimentaires que sont le sucré, le salé, l'acide et l'amer. Le bébé paraît capable de discriminer avant toute expérience ces saveurs de base qui déclenchent des attitudes différentes selon le goût présenté : mimique de plaisir pour le sucré, indifférente pour le salé, grimaçante pour l'amer et l'acide.

A l'exception du réflexe de toux qui assure la sécurité de l'appareil respiratoire, les réflexes oraux tendent à disparaître à partir du troisième mois de vie de l'enfant.

2.4.3 Structures impliquées lors de la succion-déglutition-ventilation

L'aptitude qu'a acquis le bébé à sucer et à déglutir, c'est-à-dire à faire transiter le liquide de la bouche vers le pharynx, demande la mise en jeu des structures musculo-squelettiques de l'appareil masticateur. La séquence automatique succion-déglutition-respiration fait intervenir plus de vingt-cinq muscles de la cavité buccale, du pharynx et du larynx, qui sont sous la dépendance du centre bulbaire.

La succion puis la déglutition font donc partie intégrante de l'oralité alimentaire. Elles nécessitent la commande et la coordination neurologique de cinq nerfs du tronc cérébral :

- Le nerf facial (VII) qui permet la contraction de l'orbiculaire des lèvres et des buccinateurs ;
- Le nerf hypoglosse (XII) qui contrôle la motricité de la langue ;
- le nerf trijumeau (V) qui est chargé d'assurer les mouvements de translation de la mandibule ;
- Les nerfs glosso-pharyngien (IX) et pneumogastrique (X) qui commandent la déglutition et sa coordination avec la respiration, lors des réflexes de protection des voies aériennes.

La succion-déglutition du nouveau-né reflète la maturation neurologique prénatale et est contrôlée par le centre bulbo-protubérantiel.

3. Oralité alimentaire et oralité verbale

L'oralité alimentaire de l'enfant se construit parallèlement à son oralité verbale. Plusieurs étapes successives sont nécessaires au bon déroulement de ces oralités qui ont comme dénominateur commun la sphère oro-faciale dans laquelle la langue, organe-clé, joue un rôle prépondérant tant dans l'alimentation que dans la production du langage.

3.1 L'oralité primaire

3.1.1 L'oralité primaire succionnelle

Cette période commence, nous l'avons vu, dès la vie intra-utérine, alors que le fœtus entre dans son troisième mois de vie et que sa langue sort pour sucer ses doigts : c'est la mise en place du réflexe de Hooker. Le fœtus acquiert alors la succion qu'il coordonne peu de temps après avec la déglutition. Cette activité réflexe est mise en jeu de la 14^{ème} semaine à la 40^{ème} semaine, date du terme, et permet l'entraînement de cet automatisme de succion-déglutition à travers la déglutition du liquide amniotique.

Cette oralité primitive se prolonge au-delà de la naissance : le nouveau-né ne déglutit plus le liquide amniotique mais le lait afin d'assouvir sa faim. Le couple succion-déglutition répond alors aux besoins énergétiques de l'enfant afin d'assurer sa croissance et est commandé par le tronc cérébral qui gouverne également l'agrippement réflexe du nourrisson.

Les mouvements antéro-postérieurs de la langue appelés « suckling » représentent les premiers schémas moteurs. Ils sont en rapport avec la posture de décubitus et de flexion du nourrisson (PUECH et VERGEAU, 2004). Le tableau 1 (annexe 2) montre l'évolution de l'alimentation de l'enfant en fonction de son développement neurologique et sensori-moteur. Lors de la période d'oralité primaire, la langue occupe tout l'espace oral : elle se positionne horizontalement, l'apex lingual entre les crêtes gingivales voire même entre les lèvres. Durant la succion, les mouvements spécifiques de la langue entraînent l'introduction du lait dans le pharynx puis dans l'œsophage avant sa propulsion dans l'estomac. Les particularités physiologiques de l'enfant à sa naissance lui permettent de déglutir et de respirer en même

temps. En effet, le larynx est en position haute et placé pratiquement en arrière des fosses nasales. Le voile du palais peut donc s'accoler à l'épiglotte durant la déglutition, ce qui constitue une barrière permettant la protection des voies aériennes. SENEZ (2002) nuance toutefois cette théorie en précisant que le bébé peut certes respirer durant la séquence d'accumulation du lait dans la cavité buccale (« *temps de préparation buccale* ») mais que cette respiration s'arrête lorsque la langue propulse le lait vers l'oropharynx (« *temps buccal proprement dit* »). Le lait est transporté de chaque côté du larynx où se situent les sinus piriformes, servant, durant cette période, de gouttières alimentaires. Lorsque le liquide lacté arrive à l'isthme du gosier, le réflexe de déglutition se déclenche. La ventilation ne reprend que lorsque le lait a pénétré l'œsophage. L'auteur précise que c'est la rapidité avec laquelle cette séquence se déroule qui fait penser que le bébé respire tout en déglutissant.

3.1.2 *L'oralité primaire verbale*

Le nourrisson a des besoins alimentaires fréquents et va donc alerter sa mère par des cris qui sont, pour THIBAUT (2010), les premiers mécanismes de survie, associés dès l'origine à la respiration. La mère va alors décrypter les cris de son enfant et comprendre si celui-ci est en souffrance, a besoin d'être changé, couvert ou s'il signale seulement qu'il a faim. COULY (2010) explique que les cris de faim sont assez reconnaissables car leur rythme est similaire au rythme des trains de succion du bébé lors de la tétée. En effet, il existe plusieurs types de cris selon que l'enfant exprime douleur, joie, détresse ou encore sensation de faim. L'émission des cris tout comme le couple moteur succion-déglutition ont une localisation neuro-anatomique commune : le tronc cérébral. En plus de commander les fonctions de succion et de déglutition, ce dernier abrite le nerf pneumogastrique, responsable de la mise en jeu du larynx lorsque l'enfant crie.

Le cri est la première expression du nouveau-né qui va y associer des sons végétatifs tels que les gémissements, raclements, bâillements et soupirs. Ces deux types d'expressions seront appelés vocalisations réflexes ou quasi-réflexes. Ces vocalisations vont se faire en position couchée et peu à peu le bébé va prendre conscience de ses productions. Il va de plus en plus solliciter son voile du palais et son pharynx afin de moduler la durée, la hauteur et l'intensité de ses vocalises. A la différence des cris, ces vocalisations n'auront pas forcément fonction d'appel : le bébé découvre ses possibilités vocales et y prend du plaisir.

L'oralité primaire juvénile, à travers l'émission des cris du nouveau-né qui alerte sa mère et entraîne la satisfaction d'assouvissement de la faim, permet un échange exceptionnel entre les deux protagonistes. Cette oralité favorise ainsi la construction et le renforcement de la dyade mère-bébé. Le cri assure donc à l'enfant un équilibre tant émotionnel qu'alimentaire.

3.2 Le passage à la cuillère : période mixte

3.2.1 *La double stratégie alimentaire*

Entre le quatrième et le septième mois de l'enfant, la mère va peu à peu diversifier ses modes alimentaires et utiliser un nouvel outil : la cuillère. Le couple succion-déglutition avait sa localisation dans le tronc cérébral mais le passage à la cuillère va nécessiter une nouvelle aptitude neurologique. Les aires pariétales et frontales du cortex vont être impliquées et devront donc être matures pour permettre la construction de la sensibilité orale et praxique nécessaire pour s'alimenter à la cuillère. D'autres aires comme les aires limbiques vont également jouer un rôle dans cette oralité de capture alimentaire à la cuillère. En effet, les aires limbiques assurent la reproduction des comportements par imitation : « *l'enfant mime alors sa mère en ouvrant la bouche afin d'accepter la cuillère chargée d'un nutriment nouveau, de consistance nouvelle, de rhéologie différente de celle du lait du biberon* » (COULY, 2010). Selon ce même auteur, cette période mixte nécessite l'apprentissage d'une séquence de gestes : l'enfant doit ouvrir la bouche, accepter la cuillère qu'on y introduit ainsi que l'aliment qui s'y trouve, pour enfin l'avalier. Le passage à la cuillère représente donc une praxie complexe qui requiert des afférences visuelles intègres : le bébé doit avoir de bonnes capacités de poursuite oculaire pour pouvoir utiliser ses yeux en même temps que ses deux mains. L'enfant apprend à manger avec ce nouvel outil comme il apprendra plus tard à faire ses lacets. Mais cet apprentissage va se faire progressivement. Durant cette période qui peut parfois durer deux années dans les pays occidentaux, l'enfant sera nourri à la cuillère une à deux fois par jour, tout en continuant à être alimenté au biberon pour les autres repas. Le passage à la cuillère se fait donc en même temps que perdure l'oralité succionnelle primitive. C'est ce qui explique l'appellation « double stratégie alimentaire » ou « période mixte » pour désigner cette étape intermédiaire qui prépare l'oralité secondaire de mastication.

Cette période mixte voit également des changements anatomiques importants au niveau de la sphère buccale de l'enfant. On assiste à un allongement du cou qui a pour conséquence

la descente du larynx. La cavité buccale s'agrandit pour laisser plus de place à la langue. Quant au voile du palais, il abandonne son rôle de barrière de protection des voies aériennes lors de la déglutition puisqu'il monte et ferme le nasopharynx. Dès 6 mois, on assiste à la mise en place de la denture lactéale chez l'enfant. L'éruption des premières dents constitue une importante transformation dans la cavité buccale. L'organe lingual ne peut plus occuper l'espace oral librement. Alors qu'au cours des premiers mois de cette période mixte, l'enfant tâte les aliments en utilisant la séquence motrice « succion-déglutition », il apprend peu à peu à mieux maîtriser la nourriture avec sa langue capable de nouvelles gestuelles. Entre 6 et 12 mois, deux types de mouvements peuvent s'observer dans la cavité buccale : le « suckling », désignant les mouvements antéro-postérieurs de la langue, cohabite avec le « sucking », caractérisé par des mouvements linguaux allant du haut vers le bas. Ce dernier, considéré par THIBAUT (2007) comme la « vraie » succion, ne peut s'observer que lorsque la musculature est assez développée. L'enfant doit être capable de se tenir debout ce qui permet à la mandibule de se mouvoir plus efficacement pour la prise alimentaire. L'auteur souligne l'importance de ces deux types de mouvements qui sont « *une étape vers la manipulation et la préparation du bol alimentaire* ». A mesure que l'enfant grandit, acquiert la marche et passe par les différents stades sensori-moteurs, le « suckling » est de moins en moins présent, cédant sa place au « sucking ».

3.2.2 Le babillage

Avec la mise en place de la double stratégie alimentaire, on voit apparaître de nouvelles émissions sonores produites par l'enfant : c'est le début du babillage. La maîtrise respiratoire et phonatoire lui permet d'émettre des sons plus longs, qui ressemblent à la langue maternelle même s'ils ne sont toujours pas articulés. Grâce à la descente du larynx qui laisse un espace buccal plus important pouvant servir de résonateur, et à la mobilité de la partie postérieure de la langue, l'enfant peut produire des proto-syllabes pour réclamer l'attention de sa mère.

- De 3 et 8 mois : le babillage rudimentaire

A l'âge de 3 mois, le bébé est capable, dans la mesure de ses possibilités, d'imiter la mélodie ou les sons humains. Les parents répondent à ces productions vocales et incitent l'enfant à continuer. Vers 6 mois, une combinaison entre les consonnes et les voyelles est possible. C'est l'apparition des proto-syllabes, construites par des assemblages difficilement

segmentables. Le bébé commence à produire des gammes de sons vocaliques qui ne nécessitent pas une grande mobilité de l'appareil bucco-phonatoire. En effet, il emploie encore une articulation très lâche qui rend la reproduction de ces proto-syllabes difficile pour les adultes. La mère et l'entourage vont donc réinvestir ces productions en les interprétant et ainsi donner un modèle de langage à l'enfant. Le bébé tient en position assise. Sa langue n'est plus en-dehors de la bouche et recule pour progressivement s'accoler au palais. « *Le bébé commence à acquérir l'agilité motrice nécessaire à la parole.* » (THIBAUT, 2007). L'auteur rajoute que cette période marque la construction conjointe de la posture, de la vision et de la position de la langue, autant d'aptitudes qui, secondées par le pouvoir de préhension des mains, sont indispensables au développement du langage.

- De 5 à 10 mois : le babillage canonique

C'est le stade des syllabes dupliquées (« bababa », « papapa »...). Les consonnes sont le plus souvent des occlusives ([t], [d], [p], [b]) ou des nasales ([m], [n]). Pour les voyelles, on retrouve des voyelles centrales ([a], [è]). La production d'autres voyelles est assez rare avant 10 mois. On observe également, dans les productions vocales de l'enfant, des variations d'intonation. COULY (2010) qualifie ce babillage d'un « *proto-langage accompagné de vocalises* ». L'auteur rajoute : « *Cette mélodie sans véritable prosodie, qui perdure de 1 an à 3 ans, est le prélude de son futur langage qui comportera aussi une musicalité associée* ». Ce babillage présente déjà des caractéristiques mélodiques de la langue maternelle.

D'après THIBAUT (2007), le babillage canonique est la période où le développement des vocalisations pré-linguistiques est à son apogée. Pour MAC NEILAGE et DAVIS (1998), ce serait l'alimentation à la cuillère entre 6 et 8 mois qui permettrait le babillage canonique. Les auteurs expliquent que les activités de préhension seraient en cause et que les mouvements verticaux qui y sont associés entraîneraient la production des syllabes.

- De 9 à 18 mois : le babillage mixte

A partir de 9 mois, on voit apparaître à l'intérieur du babillage les premiers mots. On parle alors de proto-langage. Pour l'acquérir, l'enfant doit s'ouvrir vers l'extérieur, il doit se décentrer de l'échange si particulier qu'il a construit avec sa mère. En verbalisant les actions ou les ressentis depuis la naissance de son enfant, la mère a permis à ce dernier d'accéder à la symbolique. Mais le symbole, à travers la parole, participe à la « *coupure du corps à corps mère-enfant* » pour reprendre l'expression de DOLTO (1984). Cette rupture entre la mère et son bébé est concomitante avec le passage à une alimentation plus solide donnée à la cuillère.

La mère a arrêté d'allaiter son enfant et le laisse découvrir le monde de façon de plus en plus autonome. On observe le développement du pointage qui est, pour ANZIEU (1986), un préalable indispensable pour accéder à la dénomination. Vers 1 an, l'enfant utilise de plus en plus de gestes et d'intonation pour donner du sens à son langage. Il fait le lien entre l'objet et sa signification grâce aux interprétations et interventions de sa mère. (THIBAUT, 2007).

Entre 9 et 12 mois, on assiste à l'accolement de la langue au palais ainsi qu'à une dissociation des mouvements de la langue et de la mandibule. Six mois plus tard, les déplacements linguaux se diversifient et les mouvements de diduction de la mandibule sont possibles et bien coordonnés. L'articulation se fait plus nette, les séquences sont plus longues. La structuration de l'espace visuel s'organise jusqu'à 18 mois, l'enfant part à sa conquête de manière physique : il ne se contente plus de regarder et de désigner mais veut aussi toucher.

3.3 L'oralité secondaire

3.3.1 *La praxie de mastication*

L'oralité secondaire, dite de mastication ou oralité praxique, se met en place tout au long des cinq premières années de l'enfant. C'est l'éruption des 20 dents de lait qui va rythmer le développement de la praxie de mastication. Dès la deuxième année, l'oralité dentée remplace l'alimentation à la cuillère. Dans le même temps, de plus en plus de praxies et de gnosies se développent. Pour avaler, l'enfant met fréquemment sa langue en position haute : on observe ainsi la mise en place de schèmes de déglutition adulte. Grâce aux mouvements de latéralité ou de diduction, le geste mandibulaire devient hélicoïdal lors de l'alimentation. Mais ce geste n'est stable qu'à partir de 6 ou 7 ans, précise THIBAUT (2007), ce qui explique la durée dans le temps que nécessite l'apprentissage de la mastication. Cependant, l'éruption des premières dents de lait va jouer un rôle important dans la vie de l'enfant qui va faire l'expérience de la morsure et du cisaillement, grâce aux incisives. On ne lui présente plus une nourriture prête à être déglutie après la succion. Il devient acteur de son alimentation puisqu'il exerce sur les aliments une force destructrice à l'aide de ses incisives. Puis les molaires apparaissent et lui permettent de triturer les morceaux avant même d'avoir totalement acquis la praxie de mastication.

Alors qu'à 2 ans, l'enfant se saisit encore de la nourriture avec les doigts, la troisième année va voir la propreté orale devenir opérationnelle. Il pourra utiliser de façon coordonnée

les outils du repas et garder ses lèvres fermées en mangeant. Pour COULY (2010), c'est la prise du repas à l'école maternelle qui va permettre d'éduquer certains enfants à une bonne praxie alimentaire à la fourchette et à la cuillère.

Ces gnosies et praxies linguales sont spécifiques à l'oralité secondaire corticale et se complexifient pour n'être réellement bien maîtrisées qu'à partir de 5-7 ans. A l'image de la praxie d'habillage, elles sont un bon repère de socialisation et nécessitent une bonne coordination œil-langue-main. Tout comme le couple succion-déglutition était un signe de maturité néo-natale du tronc cérébral, la capacité à mastiquer chez l'enfant de 2 à 3 ans constitue un excellent marqueur d'aptitude et de maturation neurologique.

3.3.2 *L'apparition des premiers mots*

Parallèlement à l'oralité de mastication, l'enfant construit son oralité verbale. Alors qu'il expérimente la destruction des aliments, il découvre aussi de nouvelles saveurs, consistances et flaveurs. Il va avoir envie de nommer les aliments qu'il ingère. C'est donc tout naturellement que les premiers mots de l'enfant désigneront la couleur, la chaleur, la forme ou le nom de l'aliment. Le lien entre oralité alimentaire et oralité verbale est ici évident. D'après THIBAUT (2007), c'est « *grâce à la complexification de ses gnosies et des praxies que l'enfant est à même de construire son oralité verbale conjointement à son oralité alimentaire* ». Le même auteur ajoute que l'élaboration du lexique se fait en même temps que la construction de l'articulation de l'enfant. A cette période, ce dernier n'est pas capable d'articuler l'intégrité des sons de la langue, on observe des processus de facilitation, normaux jusqu'à l'âge de 4 ans. L'acquisition du vocabulaire s'étend sur de nombreuses années mais « *les trois premières années de vie de l'enfant représentent la période cruciale de sa constitution* » (THIBAUT, 2010).

3.4 Les enjeux de l'alimentation

L'alimentation recouvre différents enjeux, le plus évident étant l'enjeu vital. Mais manger n'a pas pour seul but la satiété. Que ce soit sur le plan psychologique, social ou culturel, le repas peut revêtir de nombreux aspects.

Au niveau psychologique, l'alimentation permet l'établissement de l'interaction mère-enfant et donc le développement du processus d'attachement. Lorsque l'enfant est en âge de

manger tout seul, l'utilisation des outils tels que la cuillère ou la fourchette signe bien l'enjeu éducatif que prend l'alimentation. C'est souvent au moment d'entrer en maternelle qu'il acquiert une certaine autonomie dans l'acte de manger : le repas pris à la cantine permet de développer une bonne praxie alimentaire. Pour COULY (2010), le repas familial rajoute une composante socio-culturelle à l'aspect éducatif de l'acte alimentaire. En effet, c'est au sein de sa famille que le jeune enfant apprend le cérémonial qu'implique le repas (mettre le couvert, se laver les mains avant de passer à table, etc.). Ces règles participent à la construction d'un modèle de socialisation et d'éducation. Enfin, le repas est aussi un lieu de communication verbale où les différents protagonistes échangent autour de sujets variés. C'est un moment privilégié au cours duquel les liens entre les pairs se mettent en place. Il symbolise la convivialité mais aussi l'adhésion à un groupe social. L'alimentation fait intervenir divers aspects dont la communication verbale fait partie.

Les centres de mastication, de déglutition et de propreté orale ont une origine anatomique commune : le pied des circonvolutions frontales ascendantes et pariétales. Ceux de l'oralité verbale naissent au même endroit. De plus, toutes ces fonctions (mastication, déglutition, ventilation buccale, propreté orale et langage) se développent au même moment et mettent en jeu les mêmes organes. Le versant alimentaire et le versant verbal de l'oralité sont indissociables. On comprend alors fort bien qu'un dysfonctionnement apparaissant au cours du développement de l'alimentation aura des conséquences sur l'articulation.

II. Les troubles de l'oralité

1. Définition

Les troubles de l'oralité regroupent l'ensemble des dysfonctionnements de la sphère oro-faciale de l'enfant. Parce qu'ils sont d'une importance vitale, les troubles alimentaires vont être les premiers désordres qui inquièteront les parents. THIBAUT (2007) emploie le terme de « *dysoralité* » pour qualifier les difficultés que connaissent certains enfants pour s'alimenter. Les troubles de l'oralité du tout-petit font référence le plus souvent aux troubles alimentaires. Cependant, pour ABADIE (2004a), parler d'oralité plutôt que de comportement alimentaire permet de prendre en compte l'alimentation du point de vue de l'enfant mais aussi de considérer la place qu'elle tient chez la mère et dans l'environnement du bébé. Ces troubles sont un motif fréquent de consultation médicale et génèrent une grande anxiété chez les parents et plus encore chez la mère qui se sent alors incompetente, coupable de ne pas pouvoir subvenir aux besoins de son enfant. Selon ABADIE (2001), plusieurs facteurs sont à l'origine de l'inquiétude des parents et expliquent la fréquence de consultation :

- les retentissements d'une diminution des apports alimentaires sur la courbe staturo-pondérale ;
- le fait que le refus de s'alimenter soit un symptôme de nombreuses maladies organiques du nourrisson ;
- l'attitude normative de la société à l'égard de l'alimentation infantile générant une réelle angoisse chez les parents d'enfants sortant de la « norme ».

2. Causes des troubles de l'oralité

2.1 Contextes médicaux d'apparition des troubles

Il existe de multiples façons de classer les causes des troubles de l'oralité du jeune enfant. Nous avons choisi de distinguer trois groupes de pathologies : les causes organiques, neurologiques et psychogènes.

2.1.1 Atteintes organiques

THIBAULT (2007) et ABADIE (2004a) proposent des classifications intéressantes dont nous proposons ci-dessous la synthèse :

- Pathologies digestives :
 - Douleurs abdominales associées à un transit anormal (consécutives à une allergie aux protéines de lait de vache par exemple) ;
 - Altération de l'état général de l'enfant, ballonnement abdominal, ralentissement staturo-pondéral associés ou non à des diarrhées (signes d'une maladie cœliaque) ;
 - Troubles de la motricité œsophagienne (dans l'atrésie de l'œsophage) ;
 - Reflux gastro-œsophagien intense provoquant des douleurs au cours des repas ;
 - Douleurs coliques fonctionnelles du jeune enfant (elles n'ont généralement pas de retentissements sur la courbe staturo-pondérale et disparaissent entre 3 et 4 mois).
- Pathologies extra-digestives :
 - Altérations de l'équilibre faim-satiété ;
 - Grands syndromes inflammatoires et infectieux ;
 - Intolérances alimentaires d'origine métabolique ;
 - Cardiopathies congénitales ;
 - Pathologies pulmonaires ;
 - Pathologies congénitales de la succion/déglutition ;
 - Dysfonctionnement néonatal du tronc cérébral appelé aussi dyskinésie oro-œsophagienne du nourrisson (présent dans la séquence de Pierre Robin) ;
 - Pathologies constitutionnelles syndromiques (syndromes CHARGE, de Noonan, de Cornelia Delange, de Williams, de Prader-Willi, microdélétion 22q11...).
- Pathologies acquises de la déglutition :
 - Brûlures caustiques oro-pharyngées ;
 - Infections aiguës des voies aériennes supérieures ;
- Malformations congénitales :
 - Laryngomalacie, atrésie des choanes, laparoschisis, diastème laryngé... : nécessitent la mise en place d'une alimentation artificielle à la naissance ;
 - Fentes vélo-palatines : ces malformations ne requièrent pas d'alimentation entérale malgré les difficultés de succion qu'elles peuvent entraîner.

- **Prématurité** : D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on dit d'une naissance qu'elle est prématurée lorsqu'elle survient avant 37 semaines révolues d'aménorrhée (SA), définies par le premier jour des dernières règles. La limite de viabilité est de 22 SA avec un poids minimum de 500 g. Les enfants nés en-dessous de 34 semaines sont incapables de se nourrir par voie orale, le réflexe de succion nutritive n'étant pas encore mature. Ils sont donc alimentés artificiellement.

2.1.2 *Atteintes neurologiques*

De nombreuses pathologies neurologiques sont à l'origine de troubles de l'alimentation du jeune enfant. L'infirmité motrice cérébrale (IMC) ou encéphalopathie est l'une d'entre elles. SENEZ (2002) en propose une classification :

- **Encéphalopathies congénitales** : de causes anténatales (dues à des atteintes infectieuses donnant des embryopathies, des fœtopathies microbiennes, virales ou parasitaires), génétiques (trisomie 21, syndromes de Rett, d'Angelman...) ou néonatales (prématurité, traumatismes obstétricaux).
- **Encéphalopathies acquises** : anoxies par noyade, syndrome de l'enfant secoué, accidents de la voie publique, tumeurs, méningites, encéphalites herpétiques, etc.

D'autres atteintes neurologiques peuvent entraîner des troubles de la succion-déglutition (ABADIE, 2004b) :

- **Atteintes neuromusculaires congénitales** : syndrome de Steinert congénital, blocs neuromusculaires congénitaux et certaines dystrophies musculaires.
- **Pathologies neuromusculaires acquises** : tumeurs et compression du tronc cérébral, atteinte progressive myogène, accident vasculaire cérébral, encéphalite, etc.

2.1.3 *Causes psychogènes*

Pour THIBAUT (2007), l'enfant utilise l'alimentation pour exprimer des problèmes psychiques et relationnels. La classification française distingue quatre formes d'anorexie du jeune enfant :

- **L'anorexie commune d'opposition du deuxième semestre** :

Cette anorexie fréquente et souvent bénigne survient lors du passage à la cuillère (période intermédiaire entre l'oralité primaire et secondaire). Elle apparaît suite à un

événement ayant bouleversé la vie de l'enfant : un sevrage difficile, une diversification alimentaire mal acceptée ou encore un changement de mode de garde... Le bébé refuse la nourriture en détournant la tête et en serrant les dents. Le moment du repas est une vraie souffrance pour l'enfant qui pleure et ne semble pas avoir faim. La soif, quant à elle, est conservée et le bébé accepte le biberon. Cette anorexie intervient chez un enfant joueur et éveillé au niveau psychomoteur. L'évolution est plutôt favorable si le médecin parvient à rassurer les parents et à les amener à ne plus se focaliser sur l'alimentation. L'apaisement des tensions mère-enfant permet le plus souvent la disparition du trouble. A l'inverse, l'angoisse parentale associée à l'exaspération peut engendrer une situation de conflit qui ne fera qu'augmenter et pérenniser le symptôme.

- Les formes sévères d'anorexie mentale infantile :

Le refus de toute forme d'alimentation (solide et liquide) dans l'anorexie mentale infantile entraîne une altération rapide de l'état de l'enfant et nécessite donc une hospitalisation. Selon ABADIE (2001), ce comportement s'inscrit dans les névroses anxieuses et phobiques du jeune enfant qui refuse le passage à l'autonomie et à la nouveauté (néophobie poussée à l'extrême). Cette anorexie peut également survenir dans les dépressions du nourrisson en réponse à la dépression de la mère ou à une séparation, ou encore dans les cas d'hospitalisme. D'autres manifestations comportementales (crainte, évitement, apathie) et somatiques (troubles du sommeil, vomissements) accompagnent souvent cette anorexie, le bébé exprimant sa souffrance psychique par le corps.

- Les psychoses infantiles débutantes :

Un enfant chez qui le diagnostic de psychose infantile précoce est évoqué peut souffrir d'anorexie. Dans ce cas, le trouble du comportement alimentaire n'est jamais isolé mais s'associe à d'autres signes inquiétants : perturbations du développement psychomoteur, affectif, psychique...

- Les anorexies post-traumatiques :

Elles sont fréquentes chez les nourrissons ayant bénéficié d'une alimentation artificielle, d'autant plus si celle-ci a été relativement longue. D'après THIBAUT (2007), la prématurité, la réanimation, la bronchodysplasie pulmonaire et les anomalies congénitales du tube digestif sont les causes les plus fréquentes de traumatismes précoces à risque d'anorexie ultérieure.

2.2 Mécanismes

2.2.1 *Les différents types de nutrition artificielle*

On distingue la nutrition parentérale, administrée par voie veineuse, et la nutrition entérale, qui comprend plusieurs techniques d'alimentation par voie digestive.

- La nutrition entérale :

Selon COLOMB (2003), elle est à privilégier lorsque l'axe digestif est utilisable. Trois techniques permettent de l'administrer : la sonde naso-gastrique, la sonde bucco-gastrique et la gastrostomie (sonde implantée dans l'estomac avec abouchement à la paroi abdominale). On utilise cette dernière dans les cas de nutrition entérale de longue durée, notamment à domicile. Il existe différents modes d'infusion (SENEZ, 2002) :

- Par bolus : une seringue permet de pousser l'aliment dans la sonde ;
- Par gravité : une poche de nutriments reliée à la sonde (nasale ou de gastrostomie) est placée en hauteur. Le débit de passage des aliments est régulé par la distance en hauteur qui sépare la poche du sujet ;
- Par pompe : une machine à fonctionnement régulier est utilisée ;
- L'alimentation entérale continue, bien tolérée au niveau digestif, consiste à apporter une grosse quantité de calories sur vingt-quatre heures ;
- L'alimentation entérale cyclique permet de faire passer les nutriments en continu pendant la nuit.

- La nutrition parentérale :

Elle est mise en place lorsque le tube digestif n'est pas fonctionnel ou qu'il ne peut pas permettre des apports caloriques suffisants. Elle est très souvent utilisée chez les prématurés et les nouveau-nés en réanimation néonatale. Dans les cas d'amputation ou d'insuffisance fonctionnelle de l'intestin, une alimentation parentérale à long terme est utilisée. Les nutriments sont administrés par cathéter veineux central posé par voie chirurgicale ou percutanée. La perfusion peut être continue, discontinue ou cyclique.

2.2.2 *Conséquences de la nutrition artificielle sur l'oralité*

Les progrès dans le domaine de l'assistance alimentaire ont permis de garantir un état nutritionnel normal chez des enfants atteints de pathologies aiguës ou chroniques qui rendaient l'alimentation orale impossible. Cependant, les techniques d'alimentation artificielle mises en place au décours de ces pathologies ne sont pas sans conséquence sur le développement de l'oralité de l'enfant. L'assistance nutritionnelle est à l'origine d'un grand nombre de troubles alimentaires dont la genèse est multifactorielle (ABADIE, 2004b).

En effet, chaque technique d'alimentation artificielle peut entraîner des complications ayant des conséquences néfastes sur l'oralité :

- La nutrition entérale par sonde naso-gastrique entraîne fréquemment des traumatismes de la sphère oro-faciale tels qu'une irritation nasale et pharyngée ou un reflux gastro-œsophagien. Selon THIBAUT (2007), la sonde naso-gastrique met à mal l'acquisition des sensations proprioceptives (les seuils de sensibilité de la bouche et du rhinopharynx étant en baisse), des praxies de déglutition (du fait de l'insuffisance des pressions indispensables à l'accolement du voile du palais) et des praxies oro-bucco-faciales (à cause de l'inconfort généré par la sonde). Toutefois, ce mode d'alimentation permet la préservation du goût, de la chaleur, et de la consistance associés au passage du liquide tiède dans l'œsophage (MERCIER, 2004).
- L'alimentation entérale par gastrostomie laisse libres les voies aéro-digestives supérieures ce qui permet à l'enfant de faire des expériences sensorielles agréables et donc de développer son oralité. On peut cependant observer des refus d'origine psychologique pour les gastrostomies à long terme ou proposées de façon tardive.
- La nutrition entérale cyclique nocturne pose plusieurs problèmes. En effet, alimenté durant la nuit, l'enfant n'a pas faim la journée. Il ne connaît pas le rythme régulier des repas qui participent à la structuration de la notion de temps. De plus, ce mode d'alimentation provoque des troubles du sommeil ; quant au réveil, il est fréquemment ponctué de vomissements.
- L'alimentation entérale par bolus offre une rythmicité dans les horaires de repas mais aussi en termes d'alternance faim-satiété et vacuité-réplétion de l'estomac. Malheureusement, ce mode d'alimentation est souvent source de douleurs abdominales et de reflux gastro-œsophagien, le mélange nutritif étant administré trop vite. Il faut donc prendre garde à faire passer ce dernier très lentement. Il est aussi

conseillé de donner une tétine à l'enfant, la succion non nutritive ayant pour effet d'enclencher le péristaltisme des voies digestives (SENEZ, 2002).

- Enfin, la nutrition parentérale, bien qu'elle permette la mise au repos du tube digestif, n'en reste pas moins pourvoyeuse de troubles de l'oralité alimentaire. En effet, elle « *prive l'enfant des sensations digestives de remplissage et de vacuité, perturbe davantage les neuro-hormones de l'appétit, car elle est plus éloignée de la physiologie alimentaire* » (ABADIE, 2004a).

L'aspect relationnel et affectif accompagnant tout repas est absent de l'alimentation artificielle. Selon MERCIER (2004), le bébé sous assistance nutritionnelle est totalement passif. Parce qu'ils sont prodigués par les mêmes personnes, l'enfant ne distingue pas les moments d'alimentation des soins médicaux. L'acte de nourrissage qui permet la construction du lien mère-enfant est impossible. En cas de pathologie néonatale, la mère n'a pu à aucun moment remplir le rôle qui lui est normalement imparti. Elle se sent coupable de ne pouvoir subvenir aux besoins de son bébé. Pour ABADIE (2004a) « *le vécu psychique parental, en particulier maternel, joue un rôle majeur dans la survenue du trouble du comportement alimentaire au décours d'une nutrition artificielle* ». En effet, la peur que l'enfant ne parvienne pas à prendre du poids, et de ce fait, que la pathologie se chronicise, peut encourager les mères à adopter un comportement de forçage et de tension vis-à-vis de l'alimentation.

Le moment de la reprise d'une alimentation orale peut également faire l'objet de difficultés. Dans le cas d'une pathologie néonatale immédiate nécessitant une alimentation artificielle dès ses premières heures de vie, le nourrisson ne peut faire aucune expérience orale. Parce qu'il n'a pas pu entraîner la coordination des actes de succion et de déglutition comme il le faisait in utero, le bébé peut présenter une succion peu performante. Le manque d'expérimentations entraîne la persistance de réflexes oraux notamment du réflexe hyper-nauséux rendant impossible la prise d'aliments « per os » (MICHAUD et coll., 2008). SENEZ (2002) explique ce phénomène par « *la non-afférentation de toute la zone bucco-pharyngée au niveau des aires sensori-motrices* ». De par le désinvestissement de la région bucco-faciale durant la nutrition artificielle, l'enfant peut connaître des troubles praxiques (hypotonie des lèvres, apraxie relative des mouvements de la langue...). Quel que soit le type de nutrition artificielle, il a pour conséquence la réduction de la perception motrice et visuelle de l'alimentation. L'enfant n'est pas en contact avec les aliments, il ne les voit pas, ne les sent pas, n'en perçoit ni le goût, ni la texture. On comprend alors que le passage à une alimentation

normale puisse générer de l'angoisse chez le jeune enfant auquel on demande d'ingérer une nourriture qu'il ne connaît pas. Enfin, la mère qui doit procéder au sevrage de l'alimentation artificielle à domicile gère cette tâche difficilement. Au sentiment de culpabilité de ne pas avoir pu nourrir son enfant se mêle l'angoisse de ne pas réussir à le réalimenter par voie orale. La mère peut ainsi se sentir responsable de la pérennisation de la nutrition artificielle. Parfois, la tension relationnelle que provoque le moment du repas engendre elle-même une anorexie d'opposition chez l'enfant (ABADIE, 2004a).

3. Manifestations des troubles de l'oralité

3.1 Dysfonctionnements de la sphère oro-faciale

Les enfants atteints de troubles de l'oralité présentent des anomalies au niveau de la sphère oro-faciale qui peuvent se manifester de diverses façons (THIBAUT, 2007) :

- Hypersensibilité :
 - Refus de goûter certains aliments (selon leur odeur ou leur température) ;
 - Rejet des textures appropriées à l'âge (refus des morceaux) ;
 - Tri des aliments avant de les manger ;
 - Réponse exacerbée ou comportement de rejet lorsqu'on touche la région buccale de l'enfant ;
 - Augmentation du réflexe nauséeux ;
 - Reflux gastro-œsophagien (qui peut être dû à l'hyper-réactivité du nauséeux) ;
 - Refus du brossage des dents ;
- Hyposensibilité :
 - Peu ou pas de conscience des aliments dans la bouche, bourrage de nourriture ;
 - Déglutition des aliments tout ronds, sans les avoir mastiqués auparavant.
- Altération de la mobilité faciale :
 - Protrusion linguale persistante ;
 - Mouvements latéraux de la langue et de l'apex réduits et peu maîtrisés ;
 - Hypotonie des lèvres ;
 - Mauvaise coordination succion-déglutition ;
 - Absence de mastication des solides.

3.2 Perturbations des différentes étapes de la déglutition

Chaque étape de la déglutition peut également être perturbée. Selon le lieu d'atteinte, les manifestations observées peuvent être différentes.

- Dysfonctionnements du temps labio-buccal :
 - Difficultés à mastiquer et à mordre causées par une anomalie des mouvements des mâchoires ;
 - Succion faible due à un défaut de tonicité ou de motricité linguale ;
 - Fuites salivaires ou de nourriture liées à un défaut d'occlusion labiale ;
- Dysfonctionnements du temps pharyngien :
 - Mutisme brutal et perturbation du faciès ;
 - Augmentation du temps buccal et de la durée des repas ;
 - Plusieurs tentatives de déglutition avant d'avaler ;
 - Hyper-extension du cou et de la nuque ;
 - Reflux de nourriture par le nez causé par un défaut d'accolement du vélum ;
 - Présence de résidus alimentaires dans les récessus ;
 - Fausses-routes (augmentation du réflexe de toux, bronchites à répétition).
- Dysfonctionnements du temps œsophagien :
 - Vomissements, régurgitations, reflux gastro-œsophagien, toux après la déglutition, liés à une anomalie du sphincter inférieur de l'œsophage ;
 - Douleurs abdominales dues à un trouble du péristaltisme œsophagien ;
 - Perte ou non de poids.

3.3 Le refus alimentaire

PUECH et VERGEAU (2004) distinguent trois modes de refus possibles : le désintérêt, l'opposition active et l'opposition passive.

L'enfant qui manifeste du désintérêt face à la nourriture n'a pas d'appétit, il n'exprime aucune manifestation de faim, et même la mise en bouche ne parvient pas à initier une activité de succion ou de déglutition.

L'opposition active s'exprime par un refus du contact : l'enfant tourne la tête ou la met en hyper-extension. Il peut se mettre en colère et pleurer, voire crier, tout en se contorsionnant et en gesticulant. L'introduction de l'alimentation dans la cavité buccale est impossible du fait

de l'occlusion des mâchoires et des lèvres ou à cause de la position de la langue (reculée ou en dôme) qui pousse la nourriture hors de la bouche.

Enfin, l'opposition passive se manifeste par un refus catégorique d'ouvrir la bouche, un évitement du regard, une longueur des temps de repas avec des quantités minimales ingérées. L'enfant peut également se replier sur soi et se réfugier dans le sommeil.

3.4 Les manifestations corporelles

Pour MATAUSCH (2004), « *les troubles de l'oralité doivent être appréhendés comme un des symptômes de désinvestissement du corps* ». Le bébé hospitalisé en réanimation néonatale subit de nombreux soins qui peuvent le faire souffrir. Il ne connaît son corps que par la douleur qui morcelle son schéma corporel. Cette souffrance physique se répercute sur l'état émotionnel de l'enfant. Il n'est pas « sécurisé » et sa mère, dans l'incapacité de lui prodiguer suffisamment de contacts et de comportements de « holding » et « handling », ne peut pas le rassurer. Le bébé met alors en place des stratégies de défense : en désinvestissant son corps et son environnement, il peut se retirer de ce monde agressif. Il est perçu comme absent, dans un état de léthargie. Les rares moments où il n'est pas endormi, le nouveau-né présente une hypotonie majeure avec des mouvements moteurs spontanés très pauvres. Plus rarement, l'enfant peut exprimer sa souffrance en manifestant de l'agitation. « *Le corps dans son ensemble est entièrement sur la défensive* » (LEBLANC, 2008). Le bébé est alors hypertonique, irritable et pleure souvent sans que personne ne parvienne à le consoler.

3.5 La néophobie alimentaire

« *Ce phénomène concerne soit le refus d'aliments nouveaux, soit encore la restriction du registre alimentaire habituel et le refus d'aliments acceptés antérieurement.* » (CHIVA, 2003). La néophobie alimentaire, peur que provoque la nourriture nouvelle, est une manifestation banale et universelle. Pour mieux la comprendre il faut prendre en considération le modèle de Fischler appelé « le paradoxe de l'omnivore ». Pourtant attiré par la variété de l'alimentation et donc enclin à la recherche de nouveauté, l'omnivore s'oblige à la méfiance devant tout aliment inconnu qui pourrait s'avérer dangereux. L'enfant est donc tiraillé entre la curiosité que suscite la nourriture nouvelle et la crainte d'ingérer un produit nocif. Selon CHIVA (2003), « *la présence simultanée des deux tendances comportementales est*

inconfortable et génératrice de conflits cognitifs et d'anxiété ». A la peur de manger une alimentation inconnue, donc potentiellement nocive, s'ajoute l'angoisse d'incorporer ce nutriment dans son propre corps et de prendre le risque de « *subir des transformations physiques et identitaires* » (RIGAL, 2004). D'après ce même auteur, la néophobie alimentaire est un phénomène fréquent et normal dans le développement infantile puisque 77 % des enfants de 2 à 10 ans refusent de goûter spontanément une nourriture qu'ils ne connaissent pas. Bien qu'il puisse être exaspérant pour les parents d'entendre leur enfant dire ne pas aimer tel aliment alors qu'il n'y a jamais goûté, COULY (2010) rappelle que le forçage peut entraîner un refus définitif de manger l'aliment en question. L'auteur déplore toutefois l'appauvrissement de la variété gustative des produits spécialisés pour enfants (lait maternisé par exemple).

3.6 Le réflexe hyper-nauséux

Le réflexe nauséux fait partie des réflexes oraux physiologiques présents chez le nouveau-né. Dans le développement normal de l'enfant, ce réflexe doit peu à peu s'atténuer grâce aux expériences de succion. Le nourrisson qui naît avec un dysfonctionnement de la succion et/ou qui est nourri artificiellement ne peut donc pas inhiber le réflexe nauséux. L'enfant va alors présenter des haut-le-cœur allant même jusqu'à des vomissements si on le force à avaler des aliments qui ne lui conviennent pas, d'autant plus s'il y a des morceaux. L'hypostimulation n'est pas la seule cause de cette hypersensibilité. Pour SENEZ (2004), « *l'hyper-nauséux ne touche pas seulement les enfants présentant une atteinte neurologique mais il peut toucher tout le monde : c'est l'hyper-nauséux familial* ».

3.6.1 *Hyper-nauséux et troubles alimentaires*

Cette hypersensibilité a des conséquences sur les habitudes alimentaires de l'enfant dès son plus jeune âge. Toute substance qui diffère du lait par son goût, sa température ou sa texture est refusée par le nouveau-né. En grandissant, ces enfants refusent la viande qu'ils mâchent longtemps pour en faire des boulettes stockées dans les sillons jugaux. Les préférences alimentaires varient selon les enfants mais en règle générale, ces derniers se tournent plus facilement vers les aliments sucrés, tièdes et mixés. Les sujets atteints de réflexe hyper-nauséux ont peu d'appétit et ne prennent aucun plaisir à manger. Ils trient leur assiette

pour mettre de côté les morceaux, ce qui accentue la lenteur à s'alimenter qui les caractérise. Il existe donc un lien entre la réactivité exagérée du nauséux et l'intensité des refus alimentaires.

3.6.2 Hyper-nauséux et troubles du langage

SENEZ (2002) remarque que de nombreux enfants souffrant d'hyper-nauséux rencontrent, en plus de leurs troubles alimentaires, un retard dans le développement du langage. En effet, l'hyper-nauséux pourrait empêcher des enfants de babiller ou de produire certains sons (notamment les consonnes postérieures qui font intervenir un recul de la langue, déclenchant du même coup un nauséux). Un trouble d'articulation ou retard de parole peut ainsi être dû à une hypersensibilité du réflexe. Il faudra donc penser à poser des questions sur l'alimentation devant un trouble articuloire.

4. Evaluations des troubles de l'oralité

4.1 Consultation pédiatrique pluri-disciplinaire

De par l'hétérogénéité des troubles et leur sémiologie, il est indispensable que l'approche des difficultés liées à l'oralité du jeune enfant soit pluri-disciplinaire. Le pédiatre peut donc être accompagné d'un psychologue, d'un orthophoniste et d'un psychomotricien. La première consultation est longue et consiste en une observation clinique de l'enfant mais aussi de l'interaction de ce dernier avec sa mère.

4.1.1 Examen clinique

La consultation débute toujours par un dialogue approfondi avec les parents afin de reconstituer l'anamnèse de l'enfant en y intégrant les problèmes médicaux et, bien sûr, les difficultés alimentaires. L'interrogatoire commence par des questions sur le déroulement de la grossesse en passant par l'allaitement éventuel et la qualité du sevrage, la prise du biberon, jusqu'au passage à la cuillère et la diversification alimentaire. Le lien mère-enfant fait également l'objet d'une fine observation. Il s'agit de comprendre comment le trouble s'est inscrit dans la dynamique familiale et comment il est vécu par les parents, notamment par la

mère. La présence du psychologue prend ici tout son sens : il est particulièrement attentif aux non-dits et aux réactions de l'enfant lorsqu'on évoque ses difficultés. Seule une attitude d'empathie et d'écoute active sans préjugé permet la mise en place d'une relation de confiance, indispensable pour encourager les parents à se confier librement. Si un psychomotricien est présent, il peut s'installer sur un tapis avec l'enfant et observer son comportement et ses aptitudes neuro-motrices. L'examen orthophonique consiste en une observation de la sphère oro-faciale et des capacités langagières du jeune enfant. Les spécificités de cette évaluation feront l'objet de la partie suivante.

Après avoir observé l'état général de l'enfant et constitué sa courbe staturale-pondérale ainsi que son périmètre crânien, le pédiatre procède à un examen neuro-développemental. Selon ABADIE (2004b), « *l'oralité étant un apprentissage, elle dépend de l'âge développemental et non de l'âge réel* ». Une évaluation somatique, digestive et nutritionnelle est également entreprise.

4.1.2 *Investigations complémentaires*

Pour confirmer ou infirmer une hypothèse somatique ou dysfonctionnelle, d'autres investigations peuvent être proposées. Les troubles de l'oralité alimentaire nécessitent le plus souvent de recourir à un bilan de déglutition comprenant un interrogatoire et des examens spécifiques. Chaque temps de la déglutition doit être analysé. La phase buccale peut faire l'objet d'une observation clinique en introduisant le doigt dans la bouche de l'enfant (LEROY-MALHERBE et coll., 2004). La nasofibroscopie et la vidéoradioscopie sont les investigations les plus fréquemment proposées quand on suspecte un dysfonctionnement au cours de la phase pharyngée ou laryngée. En effet, la position haute du larynx et la flexion antérieure de la tête chez le nourrisson rend l'observation clinique du temps pharyngé impossible (ROBERT et LAÏNES, 2004). La scintigraphie de déglutition, la manométrie pharyngo-œsophagienne et l'échographie sont d'autres examens d'indication plus rare. Ils permettent d'identifier une anomalie anatomique, structurelle, ou fonctionnelle, d'objectiver les fausses-routes et d'étudier la coordination succion-déglutition-respiration (LEROY-MALHERBE et LAIGLE, 2002). La sphère orale étant déjà sensible chez les enfants vus en consultation pédiatrique, il conviendra de ne faire passer que les investigations indispensables pour établir un diagnostic tout en privilégiant les examens les moins invasifs.

4.2 Spécificités de l'évaluation orthophonique

A travers l'évaluation de la sphère oro-faciale et des dysfonctions qui peuvent y être associées, l'examen orthophonique participe à l'établissement du diagnostic.

L'entretien permet de retracer l'histoire de l'enfant et de ses troubles. Les questions posées aux parents ciblent particulièrement le comportement alimentaire du jeune patient depuis sa naissance jusqu'au jour de la rencontre avec l'orthophoniste. On s'intéresse également au point de vue des parents sur l'origine des difficultés de leur enfant, ainsi qu'à leur vécu.

Une grande part du bilan orthophonique consiste en une observation clinique de l'enfant. L'orthophoniste porte son attention sur l'attitude du jeune patient au cours de l'entretien (inhibé, agité, intéressé par la discussion ou occupé à jouer...). Puis, à travers l'interaction avec l'enfant, le rééducateur évalue l'intérêt que ce dernier porte aux jeux proposés, son attention, sa motivation et son niveau de développement (capacités à construire ou à symboliser). La relation à l'autre et aux objets (investissement oral) tout comme l'attitude corporelle de l'enfant (tonus, posture) sont soumises à une observation attentive. Il s'agit ensuite d'évaluer le comportement global autour de l'alimentation en observant le déroulement de la prise alimentaire du côté de l'enfant mais aussi du côté de la mère nourricière. L'observation de l'interaction entre les deux protagonistes est très instructive. Il est donc conseillé de proposer aux parents de donner une partie du repas à l'enfant au cours de la consultation (LEROY-MALHERBE et LAIGLE, 2002). On peut alors déceler un éventuel manque d'adaptation alimentaire (texture inadaptée à l'âge de l'enfant, mauvaise posture de la mère et/ou de l'enfant, tétines ne convenant pas, etc.).

4.2.1 *Evaluation de la sphère oro-faciale*

Toucher à la région buccale n'est pas chose facile : cela peut être vécu pour certains comme intrusif. De plus, pour de nombreux enfants atteints de troubles de l'oralité, la bouche est synonyme de « lieu de douleurs ». MELLUL et THIBAUT (2004) préconisent donc de toujours mettre des mots sur ce qui est fait de façon à permettre au jeune patient de symboliser ce qu'il ressent au moment où on le touche. Les différentes zones bucco-faciales font l'objet d'une observation clinique rigoureuse.

- Structures anatomiques :
 - La morphologie du visage ;
 - La langue : sa taille, son frein, sa position (de repos, en déglutition et en phonation) ;
 - Les lèvres : leur forme, leur position de repos et la longueur des freins labiaux ;
 - Le voile du palais : sa forme, sa longueur, sa mobilité, sa sensibilité ;
 - Le palais dur : à palper pour éliminer une éventuelle division sous-muqueuse ;
 - Le nez : sa symétrie et sa perméabilité ;
 - L'articulé dentaire ;
 - L'état bucco-dentaire.
- Eléments musculaires :
 - La force musculaire de la langue, des joues et des lèvres ;
 - La mobilité et la tonicité de la langue, des joues et des lèvres à travers l'examen des praxies bucco-faciales (sur ordre, sur imitation ou en réponse à des stimulations tactiles, en fonction de l'âge de l'enfant).
- Fonctions orales :
 - La ventilation : buccale ou nasale ;
 - La déglutition (en fonction de l'âge) : déglutition des liquides (au biberon / à la cuillère, à la paille et au verre) ; déglutition des solides en essayant différentes textures (compote, petit suisse et biscuit) ;
 - La phonation (en fonction de l'âge) : examen des productions orales (présence de cris, vocalisations ou babillage rudimentaire, canonique ou mixte) / examen du phonétisme (répétition de phonèmes [pa, ta, ka...]), de la parole (dénomination d'images, répétition de mots et de phrases) et du langage (récit d'une histoire en images).
- Déclenchement de réactions automatiques :
 - Au toucher ou à l'effleurement du visage ;
 - A la percussion des lèvres ;
 - A la vue ou à l'odorat de l'alimentation.
- Capacités sensorielles et neuro-motrices :
 - La qualité d'analyse sensorielle (les préambules à la déglutition : la vision, le goût et l'olfaction, « *outil primordial chez le nourrisson pour le développement de la fonction de l'oralité alimentaire* », GORDON-POMARES, 2004) ;

- La sensibilité et les gnosies (reconnaissance de formes introduites dans la bouche de l'enfant, capacité à rattraper sa salive...);
- Les capacités de préhension (intégrité de l'axe œil-main-bouche).
- Aptitudes bucco-faciales innées :
 - La praxie volontaire de mastication ;
 - Le bâillement ;
 - Les réflexes oraux (réflexe de fouissement, de succion, de morsure, de toux, et réflexe nauséux qui fait l'objet d'une évaluation spécifique à laquelle la partie suivante sera consacrée).

4.2.2 Echelles d'évaluation de l'oralité

SENEZ (2002) a mis au point une classification des cinq différents niveaux de refus alimentaires qui permet de situer le stade alimentaire du sujet. Il est précisé que les manifestations peuvent être nuancées selon les individus. Le même auteur propose une échelle pour évaluer l'importance du nauséux en fonction de stimulations tactiles appliquées sur différentes zones linguales, palatales et labiales. Le lecteur intéressé retrouvera ces classifications en annexes 3 et 4.

LEBLANC et RUFFIER-BOURDET (2009) proposent d'évaluer l'hypersensitivité tactile de l'enfant grâce à une échelle (annexe 5) qui se décline en cinq stades. Ils suggèrent également une classification de l'hypersensibilité orale (annexe 6).

4.2.3 Batteries d'évaluation des troubles de l'oralité chez l'enfant de moins de 4 ans

Depuis quelques années, des chercheurs et professionnels se sont attachés à construire des outils permettant d'évaluer les compétences indispensables au développement de la communication et du langage des enfants de moins de 4 ans, tranche d'âge jusqu'alors peu traitée. Ces batteries aident le professionnel à réaliser un bilan orthophonique précoce, primordial dans le cas de troubles de l'oralité alimentaire.

- « Dialogoris 0-4 ans Orthophoniste » :

Cet outil de travail a été conçu pour faciliter le bilan orthophonique des enfants de 0 à 4 ans et des enfants sans langage afin de prévenir les développements déficitaires de la

communication et du langage. « Dialogoris 0-4 ans Orthophoniste » se définit comme une boîte à outils et non comme un test. Les compétences-socles de communication (non verbale, pré-linguistique, linguistique) sont énumérées. Les aptitudes motrices et cognitives à observer ainsi que leur âge d'apparition dans le développement normal sont aussi données. Cet outil permet également d'analyser les interactions parents-enfant et ainsi d'élaborer des projets thérapeutiques incluant l'accompagnement parental et la prévention.

- « Evalo BB » :

La batterie propose trois protocoles (anamnèse/observation de l'enfant de moins de 36 mois, protocole 20 mois et protocole 27 mois) permettant « *d'objectiver les acquisitions de l'enfant en situant son niveau par rapport à une moyenne en vue de prendre une décision d'orientation vers des examens complémentaires ou de suivi éventuel* » (COQUET, 2010). Le protocole retraçant les questions d'anamnèse et les éléments à observer chez l'enfant de moins de 36 mois contribue au repérage de troubles de l'oralité. Des âges repères sont proposés pour évaluer le développement du langage et du comportement alimentaire. Les principaux troubles d'alimentation sont énumérés. La batterie détaille les éléments de la sphère oro-faciale à observer et comprend l'examen de la motricité orale et l'observation des actes de langage.

Il existe bien d'autres batteries et échelles élaborées pour évaluer la sphère oro-faciale et l'oralité alimentaire mais rares sont celles publiées et commercialisées.

Face à un trouble de l'oralité qui se manifeste souvent par un trouble de déglutition, la consultation se doit d'être complète, ce que permet la pluridisciplinarité des intervenants. Pour comprendre le processus sensori-moteur mis en jeu chez l'enfant et afin de chercher l'origine du trouble, une analyse physiopathologique fine est essentielle. Cette dernière, basée sur l'interrogatoire, l'observation clinique et les différents examens, permet de définir le type d'alimentation à préférer, les aménagements, aides et rééducations à mettre en place. BARBIER (2004) rappelle qu'une ré-évaluation régulière est nécessaire afin d'appréhender l'évolution de l'enfant, d'objectiver ses progrès et ainsi d'ajuster le projet thérapeutique.

5. Prise en charge et éducation précoce

5.1 Prévention des troubles de l'oralité chez les enfants à risque

Les nouveau-nés atteints d'une pathologie organique, neurologique ou psychologique peuvent voir le développement de leur oralité perturbé. Des aménagements mis en place dès la naissance permettraient à ces enfants d'éviter l'installation de pathologies de l'alimentation orale et les troubles du langage qui souvent en découlent.

5.1.1 Echanges relationnels

Les temps d'alimentation artificielle doivent être associés à des moments de plaisir. Pour cela, MERCIER (2004) propose de favoriser les échanges relationnels (prise dans les bras, échanges de mimiques, accompagnement de paroles) durant le temps de « gavage » des enfants.

5.1.2 Stimulations orales

Pour susciter la sensorialité de la zone buccale, il est conseillé de maintenir, lorsque c'est médicalement envisageable, une prise orale même minime. SENEZ (2002) mentionne une technique d'alimentation convenant aux prématurés et qui leur permettrait de se passer de la nutrition artificielle. « L'alimentation à la tasse » s'appuierait sur le lapement, réflexe fœtal présent chez le prématuré.

Lorsque la prise orale, aussi infime soit-elle, n'est pas possible, on peut proposer à l'enfant une tétine non-nutritive pour entraîner sa succion-déglutition-ventilation. LAU (2007) a montré que « la stimulation orale non-nutritive de 15 minutes par jour pendant 10 jours consécutifs a accéléré d'une semaine la période requise par des prématurés pour passer de l'alimentation entérale à l'alimentation orale ». Même si avant 34 semaines d'aménorrhée, la succion nutritive n'est pas mature, il faut aider le prématuré à ne pas perdre ses acquis et continuer à le stimuler. Ainsi, la succion non-nutritive participe au développement d'une oralité fonctionnelle et harmonieuse.

SENEZ (2002) propose un protocole de stimulation du goût et de la succion pour des enfants nés à terme âgés de 0 à 2 mois, nourris artificiellement. Ce protocole consiste à

appliquer des pressions de l'auriculaire trempé dans le lait maternel sur la langue du nouveau-né et ce, toutes les trois heures. Ces stimulations tactiles et gustatives permettraient de passer plus rapidement à une alimentation « per os » et auraient aussi pour effet d'inhiber naturellement le réflexe nauséux.

5.1.3 *Stimulations kinesthésiques*

Pour HADDAD (2008), le toucher est un des moyens de rentrer en communication avec le bébé prématuré. Afin de déclencher des mouvements buccaux, de succion et de déglutition, l'auteur propose de procéder à des caresses soutenues sur le corps et sur le visage du nouveau-né. Ces exercices, réalisés par les soignants, sont montrés aux parents qui souhaitent participer. On suggère à ces derniers de rentrer en contact corporel avec leur enfant en privilégiant le peau à peau. Rassuré par l'odeur maternelle, le bébé peut alors s'autoriser à faire des expériences sensorielles qui s'avèreront indispensables lorsqu'il sera prêt à quitter la nutrition artificielle pour passer à l'allaitement. BARBIER (2008) suggère d'appliquer les stimulations tactiles d'abord sur les extrémités corporelles (pieds et mains) de l'enfant avant d'approcher son visage et sa bouche. L'auteur parle de « *toucher habituation* » : par cette procédure, le système nerveux central s'accoutume au stimulus. Le « *toucher initiation* », quant à lui, vise à solliciter les mouvements volontaires du tout-petit.

5.1.4 *Stimulations multi-sensorielles*

Aux stimulations kinesthésiques, bucco-faciales et des réflexes oraux, peuvent s'ajouter des stimulations multi-sensorielles. HADDAD (2007) cite notamment les stimulations auditives (voix humaine, musique écoutée régulièrement par les parents), olfactives (doudou, foulard ou mouchoir imprégné de l'odeur des parents ; odeurs sucrées qui stimuleraient la succion) et visuelles (peluches et mobiles aux couleurs vives).

Tous ces protocoles de stimulation en néonatalogie nécessitent une technique particulière et l'utilisation d'outils adaptés. Ils ne peuvent se mettre en place qu'après une observation attentive du bébé et l'assurance qu'il est suffisamment stable sur le plan médical pour en tirer tous les bénéfices. D'après MELLUL et coll. (2010), « *la stimulation du prématuré pour son oralité ne peut intervenir avant 28 à 30 semaines* ».

5.2 Prise en charge orthophonique

La prise en charge orthophonique des troubles de l'oralité comprend deux grands axes thérapeutiques. Il s'agit de stimuler la région buccale, organe défendu, souvent synonyme de souffrance pour l'enfant. L'orthophoniste doit alors pratiquer une désensibilisation de la bouche, souvent hypersensible, avant de travailler sur l'oralité alimentaire et verbale.

5.2.1 *Désensibilisation*

Avant d'apprendre à l'enfant à investir sa bouche, il faut l'aider à s'approprier son corps à travers des jeux de stimulations tactiles et corporelles. On peut commencer par des massages, des manipulations d'objets de textures différentes, puis on incite l'enfant à jouer avec des matières collantes (peinture au doigt, pâte à sel...). Lorsqu'il n'a plus de défenses tactiles, on sollicite le visage du tout-petit : les pressions sont exercées d'abord loin de la bouche (front, menton) puis de plus en plus près (joues, lèvres).

SENEZ (2002) propose des massages permettant d'inhiber l'hyper-réactivité du réflexe nauséux afin de rendre l'alimentation orale possible pour l'enfant. Ce protocole (disponible en annexe 7) consiste à appliquer des frictions brèves, appuyées et énergiques sur la gencive supérieure, la gencive inférieure, la région apicale et médiane du palais et enfin sur la pointe de la langue. La fréquence de ces massages (huit fois par jour sur une durée de sept mois) nécessite la participation active des parents qui doivent pratiquer ces stimulations de manière assidue s'ils veulent que l'inhibition du réflexe soit définitive.

5.2.2 *Rééducation orthophonique*

Une fois la sensibilité de la région buccale levée, on peut mettre en place des exercices qui permettront l'appropriation par l'enfant de cette zone encore méconnue. L'aspect ludique de ces activités est indispensable pour maintenir la motivation du jeune patient mais surtout pour que la bouche soit source de plaisir. Les exercices pratiques bucco-faciaux mettant en œuvre la langue, les lèvres, les joues et les mâchoires peuvent être présentés sous forme de jeux des grimaces. Des sifflets, plumes et jeux de bulles sont proposés pour travailler le souffle. Pour favoriser l'éclosion du langage, l'accent est mis sur l'écoute de bruits familiers puis sur la réalisation de bruits de bouche. Des exercices de relaxation et de respiration

permettent des productions vocales avec lesquelles l'enfant peut jouer (voix modulée, projetée, chantée). Ces exercices ont également pour effet la mise en détente de la globalité du corps. On profitera des nouvelles capacités motrices de l'enfant pour susciter la réalisation ou l'amélioration des phonèmes.

Pour dédramatiser les temps de repas et permettre à l'enfant d'y associer du plaisir et de la joie, on passera de longs moments à « jouer à manger pour de faux ». Jouer à la dînette est une étape essentielle dans la réappropriation de l'oralité. Cette activité peut servir de tremplin pour aborder l'alimentation. En intégrant progressivement de véritables aliments, on familiarise l'enfant avec la manipulation de la nourriture : il peut la regarder, la sentir, la toucher. Lorsqu'on le sent prêt, on peut lui proposer de goûter « pour de vrai » : d'abord du bout des lèvres puis la quantité augmentera peu à peu. On pourra alors s'autoriser à diversifier l'alimentation pour lui permettre d'expérimenter d'autres textures. Dans tous les cas, on privilégiera le plaisir de l'enfant, véritable clé pour accéder à une oralité harmonieuse.

5.2.3 *Accompagnement parental*

L'accompagnement parental consiste en la mise en place d'entretiens au cours desquels les parents peuvent exprimer leur souffrance et leur désarroi face aux difficultés de leur enfant. Le professionnel doit accueillir leur plainte avec toute l'empathie nécessaire. Il doit reprendre les explications qui leur ont été données sur l'origine des troubles. « *Ces informations permettront aux parents de mieux cerner les capacités et les difficultés de leur enfant* » (DENNI-KRICHEL, 2000). L'orthophoniste doit également les aider à retrouver confiance en eux et en leur aptitude à être de bons parents. THIBAUT (2007) parle de « *réhabilitation narcissique* » pour décrire les encouragements du professionnel. Celui-ci doit « *renforcer les tendances positives des parents et les inciter à produire certains comportements* ». En effet, on invite la famille à reproduire à la maison les stimulations proposées en séances. Le travail de l'orthophoniste peut s'apparenter à une « *guidance* » au sens où l'entend FRANCISCO-HARZALLAOUI (2010) : il arrive que le professionnel donne des conseils pratiques aux parents. C'est le cas lorsque des adaptations techniques ou que des stimulations pluri-quotidiennes sont à réaliser.

- Aménagements et facilitations :

Pour que les temps de repas deviennent agréables, il faut veiller au niveau d'éveil et de confort de l'enfant. Ce dernier doit être installé en position adaptée : il est préférable d'éviter la tête en extension qui favorise les fausses-routes et privilégier la position de flexion. Le parent qui nourrit son enfant doit également être dans une posture confortable. Il est parfois nécessaire d'adapter le matériel : trouver la forme de tétine qui convient le mieux au bébé permettra de l'aider lorsqu'il présente une succion faible. CASTELAIN (2008) propose des « supports oraux » comme l'appui latéral sur les joues ou sous le menton pour faciliter la succion au biberon. Pour les plus grands, les cuillères en plastique souple adaptées à la taille de la bouche sont à préférer aux cuillères en métal qui semblent provoquer plus de nausées chez les enfants sensibles (BAILEY et ANGELL, 2008). Les parents doivent également adapter la texture des aliments aux difficultés de leur enfant. Lorsque la coordination bucco-pharyngée pose problème, on évitera les morceaux et les aliments fragmentables (riz, semoule) pour favoriser les textures mixées ou celles qui apportent des informations tactiles (compote de poire). En ce qui concerne les liquides, ils pourront être épaissis si la rapidité de déglutition qu'ils nécessitent est trop grande.

- Développement de l'éducation sensorielle :

La familiarisation avec les aliments tient une place très importante dans la réappropriation de l'oralité alimentaire. Les parents doivent privilégier les moments de préparation de repas et toutes les activités qui permettent à l'enfant de s'approprier la nourriture avant de consentir à en mettre un bout dans sa bouche. Il s'agit de l'accompagner dans la découverte des goûts, odeurs, textures et manipulation tactile des aliments. D'après RIGAL (2004), répéter la présentation des aliments au cours des repas permettrait un phénomène d'habituation qui atténuerait la néophobie alimentaire. Toutes les situations quotidiennes (le change ou le bain) doivent faire l'objet de jeux autour de la sensorialité de l'enfant (comptines, jeux de doigts autour du visage).

La précocité et la répétition des stimulations est garante d'un développement harmonieux de l'oralité. L'accompagnement parental est indispensable puisque ce sont les comportements adaptés de l'entourage qui permettront à l'enfant d'évoluer favorablement. L'adhésion des parents permet aux situations journalières de faire écho à ce qui est proposé en

séance et participe à l'efficacité de la rééducation. Pour EYOUM (2010), « *ils nous apportent une mine de renseignements sur la vie au quotidien qui nous permettent de faire avancer la prise en charge* ». En cela, le travail entre le professionnel et la famille s'apparente à un partenariat, terme qui définit l'accompagnement parental.

5.3 Prise en charge pluri-disciplinaire

En plus de l'orthophonie, la prise en charge des troubles de l'oralité nécessite la mise en commun des compétences de différents professionnels :

- Kinésithérapeutes, pour travailler sur le tonus de l'enfant par exemple ;
- Ergothérapeutes, afin de mettre en place un matériel adapté ;
- Psychomotriciens, pour effectuer un programme de stimulations et de contacts physiques permettant l'investissement du corps (MELLIER, 1999) ;
- Psychologues, lorsque les troubles de l'oralité sont dus à des causes psychogènes.

CRUNELLE (2004) définit la transdisciplinarité comme « *la capacité d'un professionnel à enrichir sa pratique professionnelle de connaissances issues de disciplines qui ne sont pas les siennes sans perdre sa spécificité professionnelle* ». Les rééducateurs échangent sur les difficultés et les progrès de l'enfant dans les séances ce qui permet une prise en charge globale. En plus des aspects techniques rééducatifs, les aspects relationnels et développementaux sont également abordés. Une alliance entre chaque professionnel, l'enfant et sa famille se met alors en place. La communication au sein de l'équipe pluridisciplinaire est essentielle puisqu'elle contribue à l'instauration d'un climat de confiance et de sécurité entre les professionnels, ce qui a pour effet de rassurer les parents (LENEVEU-LUCAS, 2010). Même si leurs points de vue peuvent différer, les intervenants doivent partager la même approche du trouble. « *Le réel danger est que la famille qui rencontre une large fourchette de spécialistes dans son parcours se trouve parfois confrontée à des discours différents voire totalement opposés* » (BARBIER, 2010).

5.4 Les obstacles à une bonne prise en charge

Pour GOURRIER (2010), plusieurs difficultés peuvent mettre à mal la prise en charge des troubles de l'oralité.

Le premier obstacle concerne le financement des rééducations en psychomotricité et en ergothérapie. Les séances n'étant pas remboursées par la Sécurité Sociale, de nombreux parents ne peuvent assumer les frais. Bien que ces soins puissent être pris en charge par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), le dépôt de dossier peut comporter plusieurs difficultés pour les parents, à commencer par la mention « handicap » qui peut être mal comprise et mal vécue. Les troubles de l'oralité étant souvent initialement mineurs, le dossier peut être refusé. Si la demande d'aide est acceptée, les délais engendrent obligatoirement un retard de prise en charge. Les séances d'orthophonie, quant à elles, sont remboursées sur prescription médicale. Néanmoins, les parents doivent avancer les frais et seuls 60 % sont pris en charge par la Sécurité Sociale. Lorsque les familles n'ont pas de mutuelle, c'est à elles de payer les 40 % restants.

Le second obstacle réside dans la disponibilité des professionnels compétents pour prendre en charge les troubles de l'oralité. Les structures spécialisées (CAMSP, SESSAD) sont trop peu nombreuses et souvent débordées, elles ne peuvent répondre qu'aux demandes les plus urgentes. Les orthophonistes et psychomotriciens libéraux formés à l'évaluation et à la prise en charge des troubles de l'oralité sont également insuffisants en nombre.

Diverses pathologies peuvent être à l'origine des troubles de l'oralité. Dans tous les cas, l'enfant n'aura pas pu mettre en place certains schèmes sensori-moteurs lui permettant de s'alimenter normalement mais aussi de parler, les organes impliqués dans l'alimentation et l'articulation étant les mêmes.

Devant les conséquences que peuvent engendrer les troubles de l'oralité sur la santé de l'enfant mais aussi sur le développement de la parole, il est essentiel de mettre en place des moyens de prévention afin de rendre possible une prise en charge adaptée de manière précoce. Il convient donc de sensibiliser les professionnels de la petite enfance aux troubles de l'oralité afin qu'ils soient vigilants devant certains signes d'alerte.

III. Prévention en orthophonie et petite enfance

1. La prévention en orthophonie

1.1 Origines

La prévention n'est pas un concept nouveau. Dès l'Antiquité, des liens entre la médecine et la prévention existaient, notamment dans la mythologie grecque. Plus près de nous, en 1948, l'OMS définit la santé comme « *l'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi un état de complet bien-être physique, mental et social* ». En découle la définition de prévention sanitaire : cette dernière intègre, en plus du médecin, d'autres professionnels (travailleurs sociaux, éducateurs, auxiliaires médicaux) pour réunir leurs compétences autour d'un seul et même but.

L'orthophonie n'est pas en reste concernant l'importance de la prévention des troubles du langage. Dès les années « 50 », Suzanne BOREL-MAISONNY, une des fondatrices de l'orthophonie en France, tente d'intégrer la prévention des troubles de l'apprentissage de la lecture dans les missions de la discipline. L'auteur écrit en 1964 : « *Un autre but de la rééducation est un but préventif : la prévention des échecs en lecture, et plus largement, de tous les modes d'échecs que représente, à l'âge scolaire, le maniement imparfait du langage écrit* ». Mais il faudra attendre les années « 80 » pour que la prévention fasse réellement partie de l'intervention de l'orthophoniste. En 1981, le premier test de dépistage précoce des troubles instrumentaux de la parole et du langage oral chez l'enfant de 3 ans 6 mois à 5 ans 6 mois (TDP 81) voit le jour sous l'initiative de Pierre FERRAND. Dès lors, la profession n'a de cesse de réclamer l'extension de son champ d'activité à la prévention et au dépistage. Elle est entendue en 1992 puisque le nouveau décret de compétence inclut la participation aux actions de prévention. Le décret de 2002 réaffirme cette position en accordant plus de responsabilités à l'orthophoniste qui « *peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie* » (décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, article 4).

1.2 Les trois stades de la prévention en orthophonie

Les domaines de prévention indiqués par l'OMS visent à réduire voire à empêcher l'apparition d'une pathologie dans une population donnée, à mettre en œuvre une prise en charge thérapeutique et éventuellement la réinsertion sociale du patient. Selon cette définition, la prévention orthophonique peut être divisée en trois niveaux d'action.

1.2.1 *Stade primaire*

La prévention primaire concerne les interventions de l'orthophoniste auprès de la population. Elle touche toutes les activités d'information, d'éducation sanitaire et de guidance parentale visant à agir sur les comportements de santé. Pour BRIN et coll. (2004), ce stade comprend également « *l'information et la formation des professionnels du secteur médical, sanitaire, social et éducatif en contact avec le jeune enfant* ».

1.2.2 *Stade secondaire*

La prévention secondaire englobe le repérage et le dépistage précoces des troubles et des pathologies du langage et de la communication. Pour ce faire, des outils sont à la disposition des orthophonistes. Cependant, la mission de dépistage peut être confiée à d'autres professionnels :

- Les médecins (pédiatres, généralistes, ou de Protection Maternelle et Infantile) peuvent utiliser divers tests comme l'ERTL4 (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans) ou encore l'ERTLA6 (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages à 6 ans) ;
- Les enseignants ont à leur disposition des outils comme le DPL 3 (Dépistage et Prévention du Langage à 3 ans) ;
- Les professionnels de la petite enfance (puéricultrices, éducateurs de jeunes enfants, etc.) peuvent également jouer un rôle dans la prévention et le dépistage des enfants à risque, en se servant notamment de « Dialogoris 0-4 ans » et d'« Evalo BB ».

Ce dépistage n'est, bien sûr, pas synonyme de bilan orthophonique. Les enfants repérés comme étant à risque doivent être orientés vers un orthophoniste qui lui seul sera à même de

réaliser les tests spécifiques permettant d'objectiver des troubles du langage ou de la communication.

1.2.3 *Stade tertiaire*

Selon l'OMS, la prévention tertiaire vise à « *diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population, donc à réduire les modalités fonctionnelles consécutives à la maladie* ». Ce dernier niveau comprend l'action thérapeutique mise en place par l'orthophoniste dans les prises en charge rééducatives des patients atteints de troubles du langage et de la communication.

1.3 Pourquoi prévenir les troubles du langage oral et de la communication

1.3.1 *Conséquences des troubles de l'oralité sur le développement du langage*

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, les versants alimentaire et verbal de l'oralité sont intimement liés. Le désinvestissement de la région buccale présent dans les troubles de l'oralité alimentaire entraîne un appauvrissement de mimiques et de mouvements labiaux, linguaux, jugaux et vélares. Le développement de la parole s'en trouve forcément perturbé : le jeune enfant a du mal à mobiliser la région bucco-faciale et donc à produire des sons. L'étude de VANNIER (2008) consistant à évaluer la sphère oro-faciale de l'enfant de 5 à 6 ans montre que « *les enfants ayant un trouble touchant l'oralité alimentaire auraient ainsi plus de risques que les autres enfants de présenter un trouble relatif de l'oralité verbale* ». Les résultats de l'étude mettent en évidence un lien entre une mastication dysfonctionnelle et le trouble d'articulation. Ce dernier serait également en relation avec un trouble de la déglutition. BARBIER (2004) rajoute les troubles de l'intentionnalité communicative aux conséquences des troubles de l'oralité. Pour l'auteur, la famille s'adapte progressivement à la passivité de l'enfant et à son langage déficitaire. L'entourage devance les besoins du tout-petit qui n'a donc plus de réelles motivations à communiquer.

1.3.2 *Conséquences des troubles du langage sur la vie du sujet*

Les premières années de la vie tiennent une place importante dans la construction du langage. Bien qu'ils soient parfois considérés par les parents comme bénins voire même « mignons », les troubles du langage oral non traités peuvent entraîner des difficultés scolaires. Selon DELAHAIE (2004), « *il existe, en effet, un consensus sur le fait que les enfants présentant un trouble précoce du langage oral ont un risque plus élevé, par rapport aux enfants dont l'évolution langagière a été normale, de rencontrer des difficultés dans les acquisitions scolaires, en particulier dans l'apprentissage du langage écrit* ». Aussi, une intervention précoce sur les troubles du langage oral permettrait à l'enfant d'avoir plus de chances de réussir sa vie scolaire.

Au-delà de l'échec relatif à l'école, les troubles du langage oral et de la communication peuvent avoir des répercussions sur la vie sociale du sujet et être à l'origine d'exclusion. De plus, il est aujourd'hui très difficile de trouver un emploi quel qu'il soit sans maîtriser le langage oral et écrit. L'insertion professionnelle est donc, elle aussi, menacée.

1.4 Les différents moyens de prévention

Il existe en matière de prévention primaire en orthophonie, domaine qui nous intéresse plus particulièrement, plusieurs types de support. Certains s'adressent aux parents, d'autres aux médecins ou aux professionnels de la petite enfance... Tous ont pour objectif de sensibiliser leurs destinataires à l'importance du développement langagier du jeune enfant. Voici une liste non exhaustive des supports de prévention primaire en orthophonie disponibles actuellement.

1.4.1 *Les outils d'information*

Ils consistent à prévenir l'apparition des troubles en délivrant des informations sur le développement du langage à travers des âges repères, sur les attitudes langagières et éducatives à adopter et sur les signes d'alerte qui doivent inciter à consulter un professionnel qualifié.

- Les livrets et plaquettes :

Ils permettent à leurs destinataires d'emporter le support chez eux, de pouvoir le lire tranquillement et, si besoin, d'y revenir plus tard. Des images ou schémas permettent d'illustrer les propos et facilitent l'accès au support.

Concernant les troubles de l'oralité, sujet de notre étude, les supports suivants sont disponibles :

- Le livret « *Bon voyage au pays de la bouche* » (réalisé par le Groupe Miam-Miam : Groupe de parents-soignants sur les troubles de l'oralité alimentaire). Ce document explique avec des mots simples les conséquences de la nutrition artificielle sur l'oralité et la prise en charge de ses troubles (stimulations oro-faciales, aménagements de l'alimentation, etc.).
- La plaquette « *Eveillez l'oralité de votre enfant prématuré* » réalisée par Clémence Fel dans le cadre de son mémoire d'orthophonie. Cette brochure, destinée aux parents d'enfants prématurés hospitalisés en service de néonatalogie, a pour objectif d'aider les parents à exercer des stimulations oro-faciales sur leur bébé. Ce dépliant donne une définition de l'oralité et explique le bénéfice apporté par ces stimulations sur le développement du réflexe de succion-déglutition-ventilation. Il attire également l'attention des parents sur les compétences de leur enfant.
- La brochure « *La prématurité ou l'oralité troublée* » élaborée par Clémence Fel toujours dans le cadre de son travail de fin d'études. Destinée aux soignants, cette plaquette vise à la prise de conscience de la nécessité d'un travail en équipe afin que les stimulations soient pratiquées plusieurs fois par jour.
- Le livret « *Passeport pour l'oralité* » réalisé par Anne Carraretto et Elise Kokel pour leur mémoire d'orthophonie est destiné aux parents d'enfants porteurs de fente labio-alvéolo-palatine. Ce livret d'accompagnement parental précoce aborde la motricité, l'alimentation et la communication chez les enfants de 0 à 3 ans opérés d'une fente oro-faciale.

- Les affiches :

Les orthophonistes, les médecins et l'ensemble des structures qui accueillent des enfants peuvent mettre à disposition de tous des affiches, pour attirer l'attention des parents sur le langage et son développement. « En route pour le langage » est l'une d'entre elles. Elle a été

conçue par l'association PAROL (Prévention Action Recherche des Orthophonistes pour les Langages) en Lot-et-Garonne d'après Objectif Langage de Meurthe et Moselle.

- Les supports vidéo :

Différents films tels que « Les clés du langage » (produit par l'Association pour la Prévention en Orthophonie Dialogoris) présentent l'acte de communication de l'enfant et son évolution dans le temps. Ils peuvent comporter des informations théoriques toujours illustrées de productions d'enfants. Des conseils et attitudes à adopter peuvent être proposés. L'avantage de la vidéo réside dans le fait que c'est un support très « parlant » et accessible à tous. Malheureusement, son coût de production empêche sa diffusion massive.

- Les sites internet :

Ce support permet une information qui peut être très complète et à moindre coût. Elle cible un public très large puisque la recherche de documentation par internet est de plus en plus utilisée. C'est aussi un moyen d'information qui a l'avantage de ne pas être limité géographiquement. L'existence de forum, blog ou de système de messagerie donne aux personnes intéressées la possibilité d'échanger.

Plusieurs sites consacrés aux troubles de l'oralité sont accessibles sur internet :

- www.groupe-miam-miam.fr : Ce site permet entre autres de connaître les événements (rencontres, conférences, etc.) organisés par le groupe et d'obtenir les coordonnées des responsables régionaux ;
- www.eveildeloralite.blogspot.com : Ce blog créé par Clémence Fel, aujourd'hui orthophoniste, reprend les informations contenues dans les brochures citées plus haut. Le blog permet d'échanger autour des troubles de l'alimentation, de la déglutition et de l'oralité du jeune enfant ;
- www.oralite.fr : Réalisé par Sonia Garcia, infirmière puéricultrice, ce site comporte de nombreuses informations sur les troubles de l'oralité et leur prévention. Il inclut également un forum sur lequel le public intéressé peut laisser des messages et communiquer.

La distribution de ces différents supports d'information ne dispense pas les orthophonistes d'intervenir en personne pour présenter ces outils, y apporter des informations complémentaires et répondre aux questions formulées par le public concerné.

1.4.2 *La formation*

Les orthophonistes peuvent partager leurs connaissances, leur savoir-faire et leur expérience clinique avec les autres professionnels travaillant auprès de jeunes enfants. Il arrive donc qu'ils interviennent dans les formations initiales et continues des médecins, des enseignants ou éducateurs, des travailleurs sociaux, des professionnels de la santé et de la petite enfance (puéricultrices, éducateurs de jeunes enfants, assistants maternels...).

1.4.3 *L'accompagnement parental*

DENNI-KRICHEL (2004) cite les différentes composantes de l'accompagnement familial. L'orthophoniste doit informer, reprendre l'information sur les difficultés de l'enfant, former les parents afin de les rendre capables de repérer les compétences de leur enfant et d'utiliser les supports permettant de l'aider et enfin, prodiguer des conseils sur l'éveil de la communication.

L'accompagnement parental dans le cadre de la prise en charge des troubles de l'oralité a fait l'objet d'une partie dans le chapitre précédent ; c'est pourquoi nous ne l'aborderons pas plus ici.

1.5 Le partenariat dans la prévention en orthophonie

Une véritable politique de prévention ne peut être efficace que si elle englobe les acteurs indispensables à l'acte préventif : l'enfant et sa famille. Différents partenaires se regroupent autour d'eux pour mettre en commun leurs connaissances et leurs compétences grâce notamment aux supports permettant le partage d'informations. Pour DENNI-KRICHEL (2004), ces partenaires sont :

- Les médecins : médecin généraliste, pédiatre, psychiatre et autres médecins spécialistes, médecin de la PMI (Protection Maternelle Infantile) et du Service de promotion de la santé en faveur des élèves ;
- Les auxiliaires médicaux, dont les orthophonistes ;

- Les enseignants et le personnel spécialisé de l'Education nationale ;
- Les travailleurs sociaux ;
- Les services spécialisés publics ou du secteur privé médico-social ;
- L'Assurance maladie, qui devra prendre en compte les besoins spécifiques de soins dans ce domaine ;
- Les puéricultrices et tous les personnels de la petite enfance.

« *Le partenariat des orthophonistes avec les professionnels de la Petite Enfance apparaît comme une condition indispensable au déploiement d'une démarche de prévention globale, cohérente et humaine* » (GALVAN, 2010). Les orthophonistes doivent mener des actions de prévention, visant à informer les professionnels en contact avec le jeune enfant, des troubles de l'oralité verbale et alimentaire. Parce qu'ils accompagnent l'enfant dès son plus jeune âge, les assistants maternels et le personnel de crèches sont de véritables partenaires du développement de l'oralité des tout-petits dont ils ont la garde. Un outil d'information sur ce sujet leur permettrait de repérer les signes d'alerte. En adaptant leur comportement et en faisant part aux parents de leurs observations sur l'oralité de leur enfant, ces professionnels participeraient à limiter les conséquences des troubles de l'oralité sur le développement de la parole.

2. La petite enfance : les différents modes d'accueil

Le terme « petite enfance » désigne les actions politico-sociales à destination des familles pour la garde des enfants de 0 à 6 ans dans les établissements et services d'accueil ainsi que chez les assistants maternels. Ces dispositifs, présentés ci-dessous, ne sont ni familiaux ni scolaires.

2.1 La garde au domicile des parents

Les parents peuvent confier leur enfant à une personne qu'ils ont choisie selon différents critères personnels. Cette personne n'est pas tenue d'avoir une qualification particulière. Elle est employée dans le cadre des emplois familiaux et est obligatoirement déclarée à l'URSSAF. Les conditions d'emploi telles que les horaires, la rémunération et les

congés font l'objet d'un accord entre l'employeur et l'employé et sont reportées sur le contrat de travail.

2.2 Les établissements d'accueil des jeunes enfants

Différentes structures d'accueil de la petite enfance s'offrent aux parents en fonction de l'endroit où ils résident, de leur lieu d'exercice professionnel et du temps que leur enfant passera dans l'établissement. Quel qu'en soit le type, ces structures se doivent d'assurer un certain nombre de missions telles que veiller « *à la santé, à la sécurité et au bien-être des enfants qui leur sont confiés ainsi qu'à leur développement* » (décret n°2010-613 du 7 juin 2010 relatif aux missions des services d'accueil des jeunes enfants).

- Les crèches parentales :

Ce sont des établissements d'accueil collectif gérés par une association de parents. Ces derniers participent un à deux jours par semaine à l'accueil des enfants. Ces crèches parentales ne peuvent accueillir que dix-sept enfants au maximum encadrés par des professionnels tels que des éducateurs de jeunes enfants, des puéricultrices ou des auxiliaires de puériculture.

- Les crèches collectives :

Ces structures sont le plus souvent gérées par les municipalités. Elles assurent l'accueil régulier de quarante à quatre-vingts enfants âgés de 2 mois et demi à 3 ans. Elles peuvent accueillir des enfants porteurs de handicap. L'équipe, composée à 50 % de personnel qualifié, est dirigée le plus souvent par une infirmière puéricultrice. D'autres professionnels tels que des médecins, des psychologues ou des psychomotriciens peuvent intervenir dans ces établissements.

- Les haltes-garderies :

Elles assurent l'accueil régulier ou occasionnel d'enfants âgés de 3 mois à 6 ans. De gestion municipale ou associative, ces structures se destinent préférentiellement aux enfants dont les parents ne travaillent pas ou qui exercent une profession à temps partiel. Selon BIAVA et DASANLIS (2004), « *elles ont une fonction de socialisation pour l'enfant : cet accueil lui permet d'entrer en contact avec d'autres enfants, d'autres adultes et de s'ouvrir*

vers l'extérieur ». Les mêmes auteurs mentionnent l'aide à la parentalité comme faisant partie des missions des haltes-garderies.

- Les crèches familiales :

Gérées par une municipalité ou une association, elles sont composées d'un réseau d'assistants maternels agréés. Leur directrice, le plus souvent puéricultrice de formation, doit encadrer les assistants maternels en leur rendant visite à leur domicile durant les temps de garde des enfants. Elle organise également des activités d'éveil ainsi que des temps de formation avec d'autres professionnels.

- Les structures « multi-accueil » :

Ce sont des établissements importants qui associent plusieurs formules comme l'accueil collectif et l'accueil familial ainsi que l'accueil régulier ou occasionnel. Leur gestion est, la plupart du temps, municipale.

2.3 Les assistants maternels agréés

L'accueil au domicile d'un assistant maternel agréé recouvre une grande partie des différents modes de garde des enfants de moins de 3 ans. En 2009 et 2010, 21 300 enfants de plus ont bénéficié de ce type d'accueil (selon le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2011). Cette augmentation s'explique par la plus grande souplesse qu'offre ce mode de garde notamment au niveau des horaires, plus flexibles que dans les collectivités.

2.3.1 *L'évolution de la profession*

D'abord « nourrice », puis « gardienne d'enfants », le terme « assistante maternelle » marque, en 1977, un début d'institutionnalisation de ce mode de garde. La loi du 27 juin 2005 signe une avancée dans la professionnalisation. L'assistant maternel « *exerce sa profession comme salarié de particuliers employeurs ou de personnes morales de droit public ou de personnes morales de droit privé dans certaines conditions, après avoir été agréé à cet effet* » (loi n° 2005-706 du 27 juin 2005). L'agrément est une autorisation administrative du président du Conseil Général pour accueillir habituellement et de façon non permanente des

enfants à son domicile, moyennant rémunération. Il est interdit d'exercer la profession d'assistant maternel sans agrément, sous peine de sanction pénale. Cet agrément est soumis à renouvellement tous les cinq ans. Il permet de recevoir un à trois enfants à son domicile.

2.3.2 *La formation des assistants maternels*

D'abord facultatives en 1977, les 60 heures de formation initiale deviennent obligatoires en 1992. Depuis 2006, les exigences sont rehaussées : la formation comporte 120 heures. Les 60 premières heures doivent être assurées durant la période qui suit la demande d'agrément et avant l'accueil des enfants. Le deuxième temps de formation doit être suivi dès le début de l'accueil du premier enfant et dans un délai de deux ans. Grâce à l'accord collectif conclu le 21 septembre 2006, les assistants maternels peuvent bénéficier de la formation professionnelle continue. Une validation des acquis de l'expérience est également possible et permet, entre autres, d'obtenir le CAP petite enfance.

2.3.3 *Le rôle des assistants maternels*

Comme tous les professionnels de la petite enfance, les assistants maternels ont un rôle de prévention précoce puisque leur objectif est de construire l'adulte de demain. Ils doivent également fournir un travail de coéducation : il s'agit de fonder un lien de confiance avec les parents pour assurer une cohérence dans l'éducation de l'enfant.

DUPRAZ (2008) décrit trois principales fonctions autour desquelles s'organisent les compétences professionnelles des assistants maternels :

- La « *fonction maternante* » vise à « *assurer le développement de l'enfant au niveau psychomoteur, de son langage, de l'établissement des relations avec son milieu* ». Pour ce faire, les assistants maternels utilisent notamment les comptines, les contes, les chansons et les jeux de doigts.
- La « *fonction observante* » désigne l'aptitude à observer l'enfant et la façon dont il évolue. Il s'agit aussi d'en rendre compte aux parents par le biais de cahiers de bord où les observations sont consignées par écrit. Pour DUPRAZ (2008), « *ce travail d'observation concerne aussi les parents au niveau du décodage de leur situation émotionnelle et de celui du modèle éducatif dont ils sont porteurs* ».

- La « *fonction référente* » consiste à se situer par rapport aux parents. Il convient de trouver la juste place qui permet une certaine spontanéité et souplesse tout en gardant une relation professionnelle.

2.3.4 *Les relais assistantes maternelles (RAM)*

En 1989, la Caisse Nationale des Allocations Familiales met en place les RAM afin d'accompagner les assistants maternels, mais aussi les parents, dans l'accueil au domicile des professionnels. Il ne s'agit donc pas d'une nouvelle structure de garde mais bien d'un lien de rencontre, d'échanges et d'informations destiné aussi bien aux parents qu'aux assistants maternels. Les animateurs des RAM, de formations diverses (puéricultrices, éducateurs de jeunes enfants, assistants sociaux) ont pour mission d'organiser des temps d'activités d'éveil ouverts à tous les enfants. D'autres actions peuvent être proposées telles que des animations assistants maternels-parents ou encore des soirées thématiques.

Le personnel des établissements d'accueil des jeunes enfants et les assistants maternels ont un seul et même but : favoriser l'éveil, l'autonomie et la socialisation de l'enfant. Etant à ses côtés tout au long de la journée, ces professionnels partagent de nombreux moments propices au développement de l'oralité du tout-petit. Les repas mais aussi les promenades, les comptines et autres jeux langagiers sont quelques-unes des nombreuses situations qui lui permettent de s'éveiller à la sensorialité. Habités à observer le développement global de l'enfant, les professionnels de la petite enfance sont les plus à même de repérer des signes d'alerte pouvant faire penser à une oralité perturbée. De fait, un outil d'information sur ces troubles leur serait très utile et permettrait la mise en place d'aménagements (textures, positions...) et d'attitudes adaptées (activités ludiques autour de la sensorialité, dialogue avec les parents sur ce sujet...).

PARTIE PRATIQUE

I. La démarche expérimentale

1. Problématique

Certains enfants adressés chez l'orthophoniste pour des troubles du langage oral (trouble d'articulation, retard de parole) connaissent des difficultés liées au développement de leur oralité verbale et alimentaire. L'examen poussé des fonctions de la sphère oro-faciale pratiqué lors du bilan orthophonique révèle alors des troubles de succion-déglutition, d'alimentation, de mastication, de respiration, ainsi que des praxies bucco-faciales difficilement réalisables.

2. Hypothèse

Une prise en charge orthophonique précoce des troubles de l'oralité verbale et alimentaire devrait permettre un développement du langage oral harmonieux, sans trouble d'articulation, ni retard de parole. Pour cela, les difficultés liées à l'oralité doivent être identifiées le plus tôt possible.

Les professionnels de la petite enfance ont alors un rôle important à jouer. Nous avons vu précédemment que les troubles de l'oralité pouvaient se manifester dès la naissance. Or, les crèches et les assistants maternels accueillent les enfants à partir de l'âge de 2 mois. Le temps passé auprès des tout-petits et leur sens de l'observation sont des atouts qu'ils peuvent mettre à profit pour repérer un enfant dont l'oralité est perturbée dans son développement. Pour ce faire, ces professionnels doivent être informés sur l'oralité, les difficultés auxquelles un enfant peut être confronté si elle ne se développe pas normalement et ses conséquences sur le langage.

Une plaquette d'information sur les troubles de l'oralité verbale et alimentaire aiderait le personnel de crèches et les assistants maternels à comprendre et à repérer les manifestations

de ce trouble dès le plus jeune âge. Sensibilisés aux troubles de l'oralité, ils pourraient faire part de leurs inquiétudes aux parents des enfants concernés et les inciter à consulter leur médecin traitant afin qu'il prescrive un bilan orthophonique.

Informers les professionnels de la petite enfance constituerait ainsi un moyen de prévenir les troubles d'articulation et les retards de parole que l'on peut voir apparaître chez les enfants dont l'oralité a été perturbée.

Cette sensibilisation permettrait également à ces professionnels de mettre en place des activités autour de la sensorialité et d'adapter leurs comportements face à un tout-petit qui semble connaître des difficultés liées à l'oralité.

3. Méthodologie

Afin de concevoir la plaquette, il paraissait important dans un premier temps d'apprécier les connaissances du personnel de crèches et des assistants maternels sur l'oralité, ainsi que leurs pratiques professionnelles. Il s'agissait également de savoir s'ils étaient désireux de recevoir plus d'informations sur ce trouble et, le cas échéant, de cerner leurs attentes en matière de formation sur ce sujet.

Pour ce faire, nous avons choisi d'élaborer un questionnaire, support qui nous permettait d'interroger un grand nombre de professionnels sur des points précis sans leur prendre trop de temps. De plus, cet outil rendait possible la collecte de leurs demandes. Enfin, l'utilisation d'un questionnaire évitait d'influencer les personnes interrogées et permettait une analyse rigoureuse des réponses données. Ainsi, nous pourrions construire une plaquette qui correspondrait au mieux au public auquel elle est destinée et qui serait plus facilement utilisée.

II. Le terrain expérimental

1. La population

Notre plaquette d'information s'adressant au personnel de crèches (toutes formations confondues) ainsi qu'aux assistants maternels, nous avons logiquement choisi d'interroger ces mêmes professionnels.

1.1 Les services d'accueil de jeunes enfants

Avec l'aide du Réseau Santé Langage (Réseau de santé dont le but est de diminuer les troubles du langage et/ou de la communication chez les enfants âgés de 0 à 6 ans en Gironde), nous avons adressé une lettre (annexe 8) à l'ensemble des structures d'accueil du département afin de leur proposer de participer à notre étude. Nous avons précisé que les questionnaires devaient être remplis individuellement et qu'ils étaient anonymes. Sur 283 services contactés, 12 ont accepté de répondre à notre enquête. Nous avons ainsi recueilli 49 exemplaires remplis par le personnel de crèche.

1.2 Les assistants maternels

L'accueil au domicile des assistants maternels agréés constitue une part non négligeable des modes de garde des enfants de moins de 3 ans en Gironde. Afin d'assurer la représentativité du public visé, nous avons également souhaité adresser les questionnaires à ces professionnels.

Le Réseau Santé Langage nous a permis d'approcher les assistants maternels qui participaient au deuxième temps de formation nécessaire à leur agrément. Aux 120 questionnaires distribués par ce biais-là, nous avons recueilli 68 réponses. Ces professionnels ayant au maximum 2 ans d'expérience, nous avons cherché à contacter d'autres assistants maternels ayant travaillé plus longtemps. Nous avons ainsi recueilli 17 questionnaires supplémentaires. Notre étude s'est donc portée sur 85 questionnaires au total. Le lecteur intéressé pourra se reporter en annexe 9 pour lire la lettre explicative accompagnant le questionnaire adressé aux assistants maternels.

2. Le cadre de l'expérimentation

2.1 Mode d'administration

Les questionnaires ont été proposés selon la modalité dite « auto-administrée ». Le public visé répond aux questions de manière autonome, c'est-à-dire sans être interrogé par une autre personne. Outre la possibilité de prendre en compte un grand nombre d'individus, ce mode d'administration permet aux professionnels de répondre en toute franchise aux questions sans peur d'être jugés puisque les questionnaires sont anonymes. La personne interrogée peut également prendre le temps de lire les questions et revenir sur un item si elle en ressent le besoin.

2.2 Période

La distribution des questionnaires s'est faite au cours du mois d'octobre 2010. La date limite de retour a été fixée au 15 novembre 2010.

III. Le questionnaire

1. Forme et contenu

A l'exception du premier item qui porte sur la formation professionnelle, nous avons posé les mêmes questions dans le questionnaire destiné aux assistants maternels (annexe 10) que dans celui réservé au personnel de crèches (annexe 11).

1.1 Les types de questions

Pour aborder les thèmes que nous voulions explorer, nous avons rédigé 25 grands items, certains comportant des sous-questions (9 au total), nous permettant d'approfondir la question principale. Les questions sont de trois types :

- **Les questions fermées :**

Pour ce type de questions, des réponses sont proposées et alternent entre un choix unique (oui/non), un choix multiple ou un choix avec hiérarchisation des réponses (ex : très satisfait, satisfait, peu satisfait, pas du tout satisfait). Dans notre questionnaire, les questions fermées sont majoritaires. Elles permettent à la personne interrogée de répondre à l'enquête rapidement. Sachant que les professionnels de la petite enfance ne disposent que de très peu de temps libre, cette condition nous semblait essentielle. Cette forme de questions est intéressante pour l'enquêteur puisqu'elle est facile à coter et donc à analyser de manière chiffrée. Les questions fermées comportent cependant un inconvénient : les réponses proposées peuvent ne pas correspondre à ce que la personne interrogée veut dire. C'est pourquoi nous avons rajouté, lorsque cela nous semblait nécessaire, une rubrique « autre » où le professionnel peut écrire une réponse personnelle.

- **Les questions ouvertes :**

Elles ne proposent aucune réponse et laissent la personne sondée libre de donner son opinion. Les questions ouvertes ne sont pas majoritaires car elles demandent plus de temps aux participants, ce qui peut décourager certains à répondre. Elles sont également plus difficiles à comptabiliser et à analyser.

- **Les questions mixtes :**

Cette forme de questions combine les caractéristiques des questions fermées (proposition de réponses) et des questions ouvertes (la personne interrogée peut expliquer, détailler ou nuancer sa réponse).

1.2 L'organisation des questions

Nous avons organisé notre questionnaire en quatre grandes parties délimitant les sujets qu'il nous semblait important d'explorer. Dans un souci de clarté de présentation, les questions principales ont été numérotées et nous avons pris soin de laisser des espaces entre chacune d'elles de façon à ce que leur disposition apparaisse aérée.

- **Volet 1 : Renseignements administratifs**

Cette partie nous apporte des renseignements administratifs sur le nombre d'enfants accueillis et leur âge.

- **Volet 2 : Faisons connaissance...**

Afin de mieux connaître notre population d'étude, ce volet comporte des questions sur la situation professionnelle des personnes interrogées ainsi que sur les connaissances qu'elles pourraient avoir sur l'oralité. Il nous renseigne également sur leurs attentes par rapport à un outil d'information sur ce sujet.

- **Volet 3 : Déroulement des repas**

Cette partie s'intéresse aux pratiques professionnelles des personnes sondées en ce qui concerne les temps de repas des enfants dont elles ont la garde.

- **Volet 4 : Investissement de la sphère oro-faciale**

Ce dernier volet nous informe sur les éventuelles activités mises en place qui développent l'investissement de la sphère oro-faciale des enfants. Il permet aussi à la population interrogée de partager ses expériences professionnelles.

2. Recueil des données

Aux dates initialement prévues, nous avons recueilli 49 questionnaires remplis par le personnel de crèches sur les 65 initialement distribués, soit un taux de participation de 75 %. Quant aux exemplaires remplis par les assistants maternels, nous en avons récupéré 85 sur les 140 qui leur avaient été adressés, soit un taux de participation de 61 %.

Parce que leur formation et leur mode d'exercice sont différents, nous avons jugé préférable de traiter séparément les questionnaires du personnel de crèches et ceux des assistants maternels. De plus, bien que le thème de la première question soit le même pour tous (formation professionnelle), le type est différent (question ouverte pour les assistants maternels et fermée pour le personnel de crèches). Le codage n'étant pas le même, nous ne pouvions pas faire une seule et même analyse statistique de ces deux questions. Nous avons donc choisi de dépouiller, coder et analyser les exemplaires des deux types de professionnels séparément.

2.1 Le codage des questionnaires

Les questionnaires étant anonymes, nous les avons numérotés (de C1 à C49 pour les crèches et de AM1 à AM85 pour les assistants maternels).

2.2 Le codage des questions

Pour faciliter le dépouillement des réponses, nous avons codé chaque question et sous-question. Par exemple, le codage Q3B correspond à la deuxième sous-question (B) de la troisième question (Q3) : « *Si oui, avez-vous été satisfait de cet enseignement ?* ».

2.3 Le codage des réponses

Nous avons codé les réponses en fonction du type de questions.

- **Questions fermées :**

- *à choix unique :*

Lorsque la personne interrogée a répondu « oui » nous avons codé « 1 », si elle a répondu « non » nous avons codé « 2 ».

- *à choix multiple :*

Nous avons codé « 1 » pour la réponse cochée et « 0 » dans le cas contraire.

- *à choix multiple avec hiérarchisation des réponses :*

Si l'enquêté a coché la première case, nous avons codé « 1 » ; la deuxième case, nous avons codé « 2 », etc.

- **Questions ouvertes :**

Le codage varie en fonction des questions et parfois en fonction des destinataires du questionnaire.

La question Q1 (*questionnaire des assistants maternels seulement*) : Elle s'intéresse à leur formation professionnelle (autre que celle d'assistant maternel), c'est-à-dire à leur niveau d'études. En procédant au dépouillement des questionnaires, nous avons collecté des réponses récurrentes que nous avons classées en 7 catégories :

- 1 : CAP Petite enfance
- 2 : CAP (autres filières)
- 3 : Diplôme d'enseignement supérieur (BTS, DUT, licence...)
- 4 : BAC
- 5 : Autre
- 6 : BEP Sanitaire et social
- 7 : Formation spécialisée dans l'enfance accessible sur concours et nécessitant le BAC (éducateur spécialisé...).

La question Q2 (*questionnaire des assistants maternels et du personnel de crèches*) :

L'enquêté est interrogé sur le nombre d'années d'expérience. Certaines personnes étant professionnelles depuis quelques mois seulement, nous avons préféré codé nos réponses en mois et non en années. Ainsi, si l'enquêté a noté qu'il avait 2 ans d'expérience, nous avons codé « 24 ».

La question Q7 (*questionnaire des assistants maternels et du personnel de crèches*) :

Elle concerne le nombre d'enfants en charge au moment du repas. Le chiffre codé

correspond au nombre d'enfants donné. Par exemple, si l'enquêté dit nourrir 4 enfants, nous avons codé « 4 ».

La question Q8 (questionnaire des assistants maternels et du personnel de crèches) :

Elle s'intéresse au temps en minutes dont dispose le professionnel pour faire manger un enfant. Le chiffre codé correspond aux minutes inscrites par l'enquêté.

La question Q25 interroge l'enquêté sur l'âge auquel, selon lui, un enfant ne doit plus avoir de tétine. Compte-tenu de la diversité des réponses (âges ou commentaires), nous avons jugé utile de les répertorier en plusieurs catégories.

Questionnaire des assistants maternels :

- 1 : pas d'âge limite (quand l'enfant l'aura décidé)
- 1,5 : à 1 an et demi
- 2 : à 2 ans
- 2,5 : à 2 ans et demi
- 3 : à 3 ans
- 3,5 : à 3 ans et demi
- 4 : à 4 ans
- 4,5 : à 4 ans et demi
- 5 : à 5 ans
- 5,5 : à 5 ans et demi
- 6 : à 6 ans
- 9 : le plus tôt possible
- 10 : en dehors de la sieste ou de l'endormissement
- 11 : « je ne sais pas »
- 12 : lorsque les dents définitives commencent à pousser

Questionnaire du personnel de crèches :

- 1 : pas d'âge limite
- 1,5 : à 1 an et demi
- 3,5 : à 3 ans et demi
- 4 : à 4 ans
- 6 : à 6 ans
- 8 : lors de l'apparition de la parole
- 9 : ça dépend des enfants

- 10 : en dehors de la sieste ou de l'endormissement
- 11 : « je ne sais pas »

- **Questions mixtes :**

Les personnes interrogées doivent ici répondre à deux questions.

La question Q3E : Elle intéresse seulement les personnes qui ont répondu « oui » à la question Q3C : « *Si vous n'avez pas abordé le concept d'oralité lors de votre formation, en avez-vous entendu parler ailleurs ?* ». La question Q3E interroge les professionnels sur leurs connaissances en ce qui concerne l'oralité.

Questionnaire des assistants maternels : La collecte des réponses nous a permis de créer 4 catégories :

- 1 : « peu de choses » ou « rien »
- 2 : réponse qui a trait au langage oral ou plus particulièrement à l'articulation
- 3 : définition psychanalytique de l'oralité (stade oral...)
- 4 : hors sujet (réponse non adaptée)

Questionnaire du personnel de crèches : Nous avons classé les réponses en 3 catégories :

- 1 : « peu de choses » ou « rien »
- 2 : réponse qui concerne les stimulations orales pratiquées en service de néonatalogie
- 3 : définition psychanalytique de l'oralité

La question Q12B concerne uniquement les personnes ayant répondu « oui » à la question Q12A : « *Arrive-t-il que le passage du biberon à la cuillère soit difficile ?* ». Elle questionne le professionnel sur la manière dont il procède dans ce cas-là.

Questionnaire des assistants maternels : Nous avons classé les réponses recueillies en 5 catégories :

- 1 : opère de manière progressive
- 2 : diffère dans le temps le passage de l'alimentation à la cuillère (attend quelques semaines)
- 3 : complète avec un biberon de lait
- 4 : change la texture de la cuillère (choisit une cuillère en plastique souple)
- 5 : laisse le temps à l'enfant de se familiariser avec ce nouvel outil qu'est la cuillère (le laisse jouer avec, la téter...)

Questionnaire du personnel de crèches : La collecte des réponses nous a permis de faire 7 catégories :

- 1 : fait au cas par cas
- 2 : complète avec un biberon de lait
- 3 : opère de manière progressive
- 4 : change la texture de la cuillère (choisit une cuillère en plastique souple)
- 5 : en parle aux parents
- 6 : diffère dans le temps le passage de l'alimentation à la cuillère
- 7 : propose un biberon avec une soupe de légumes dedans

Notons que pour toutes les questions, lorsque l'interrogé n'a pas répondu, nous avons codé « 0 ».

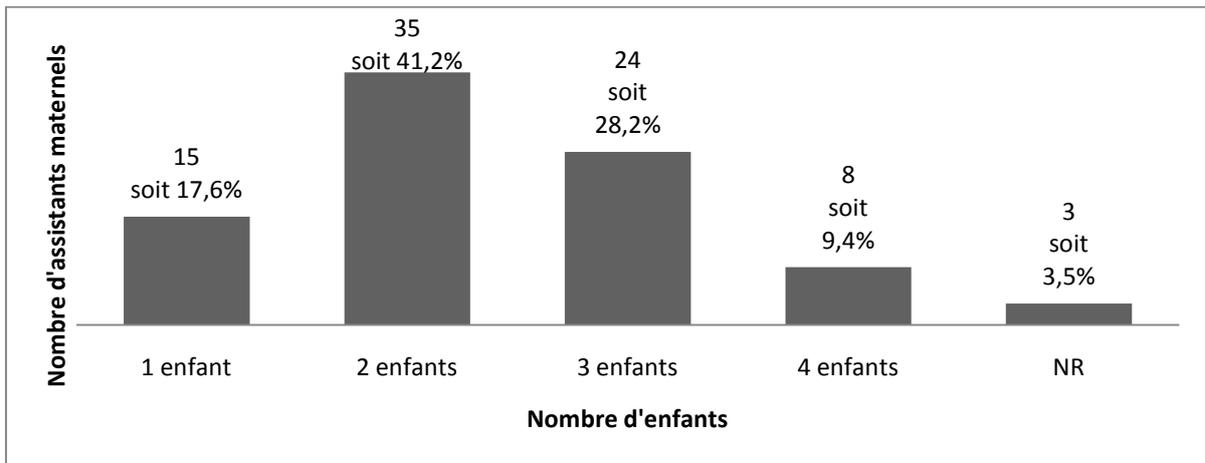
Après avoir codé toutes les réponses, nous les avons saisies sous forme de tableau EXCEL pour former une base de données en vue d'une analyse statistique descriptive.

3. Les résultats

3.1 Présentation et interprétation des résultats

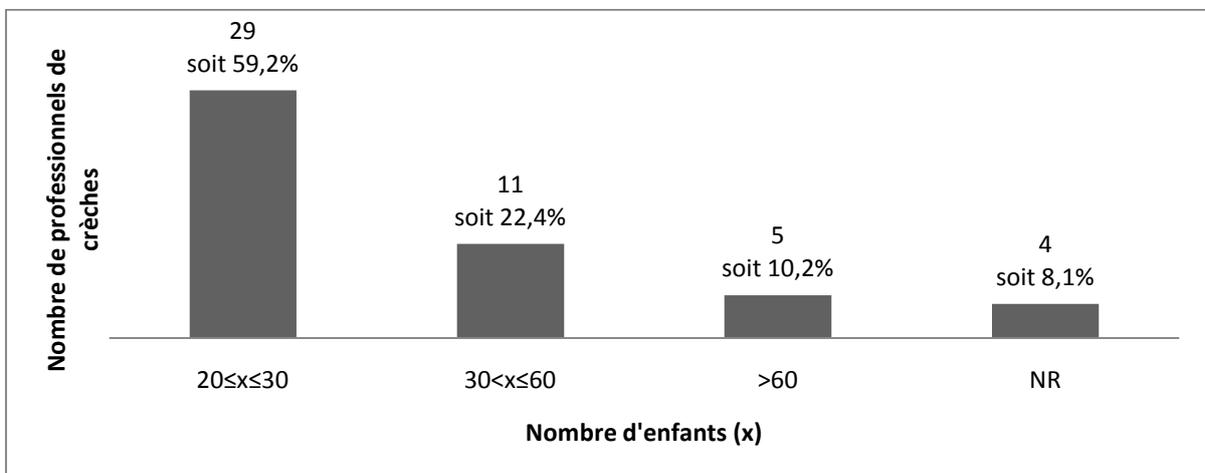
- *Volet 1 : Renseignements administratifs*

Nombre d'enfants accueillis



Graphique 1 : Nombre d'enfants accueillis par les assistants maternels

Une part importante des assistants maternels interrogés (41,2%) accueille 2 enfants. 28,2% d'entre eux en accueillent 3 alors que 17,6% seulement ne gardent qu'un seul enfant. Ceux qui en accueillent 4 sont une minorité (9,4%). La plupart des assistants maternels qui ont répondu au questionnaire ont donc en moyenne 2 voire 3 enfants en charge.



Graphique 2 : Nombre d'enfants accueillis par le personnel de crèches

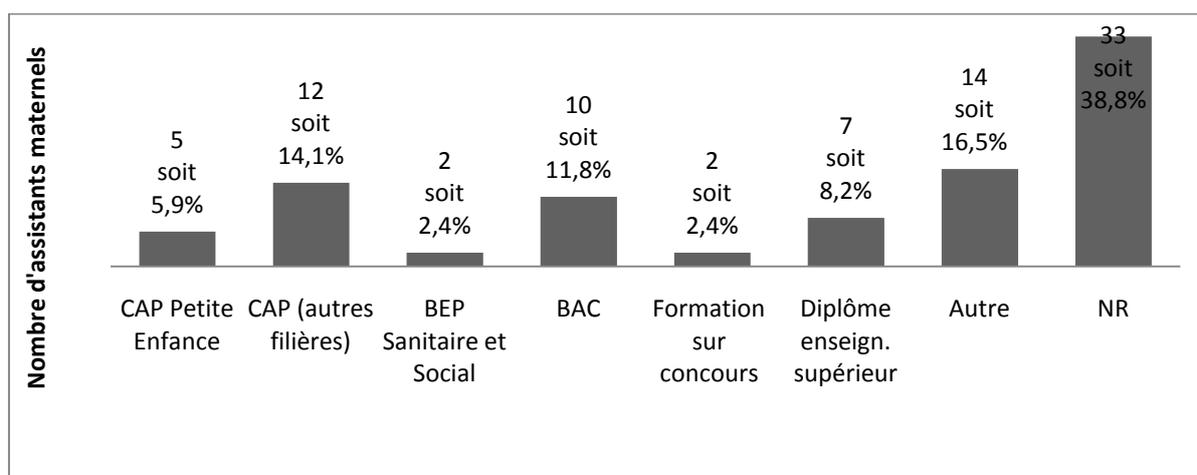
La majorité des professionnels de crèches interrogés (59,2%) travaille dans une structure qui accueille entre 20 et 30 enfants. Le personnel de crèches de plus de 60 enfants est minoritaire (10,2%). Nous avons donc affaire à des personnes exerçant plutôt en petites structures. On peut supposer que ces professionnels ont plus de temps pour pouvoir répondre aux questionnaires qui leur sont envoyés, mais également pour prendre le temps de lire des supports d'information.

Age des enfants

Les enfants accueillis en crèches sont âgés de 2 mois à 4 ans. Ceux gardés par les assistants maternels interrogés ont 3 mois pour les plus jeunes et peuvent aller jusqu'à 9 ans et demi (garde péri-scolaire). Tous les âges sont représentés et on ne décèle pas de variations caractéristiques dans les réponses. Nous n'avons donc pas jugé utile de mettre un graphique pour illustrer les résultats.

- *Volet 2 : Faisons connaissance...*

1) Quelle est votre formation professionnelle ? (niveau d'études)

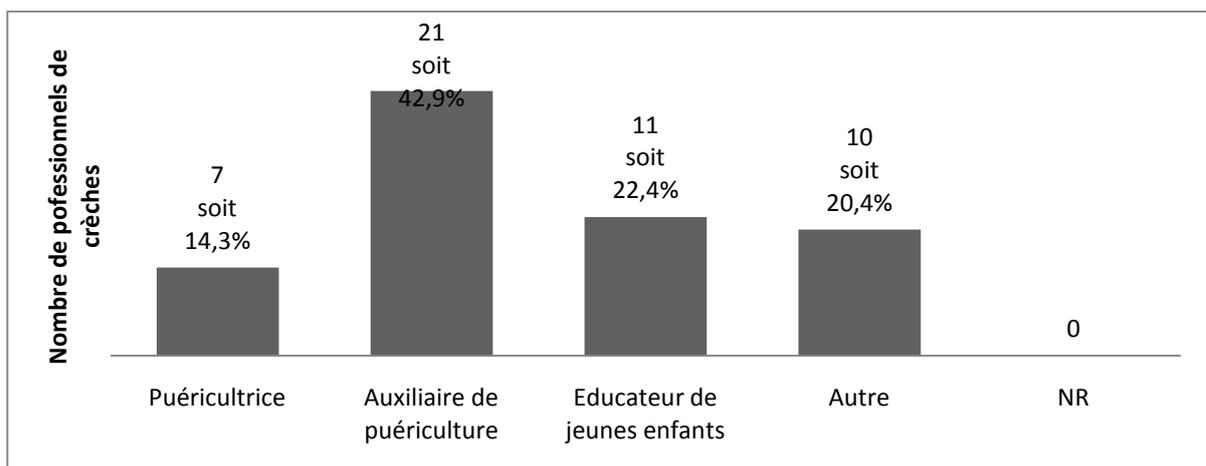


Graphique 3 : Formation des assistants maternels

Le niveau d'études des assistants maternels est très hétérogène. Les réponses les plus fréquemment données sont :

- « autre » avec 16,5%. Nous avons regroupé dans cette catégorie des diplômes tels que le Certificat d'Etudes ou des formations diverses (secrétariat-comptabilité, agent technique de collectivité, assistante familiale, etc.).
- « CAP (autres filières que le CAP Petite Enfance) » avec 14,1%.
- « BAC » avec 11,8%.

Notons que les pourcentages figurant dans le graphique sont loin d'être représentatifs de notre population d'étude puisque 38,8% des personnes interrogées n'ont pas répondu à cette question (« NR » sur le graphique). Il faut également préciser que celles qui n'ont obtenu aucun diplôme ou qui n'ont pas fait d'autre formation à part celle d'assistant maternel ont sûrement préféré passer à la question suivante.

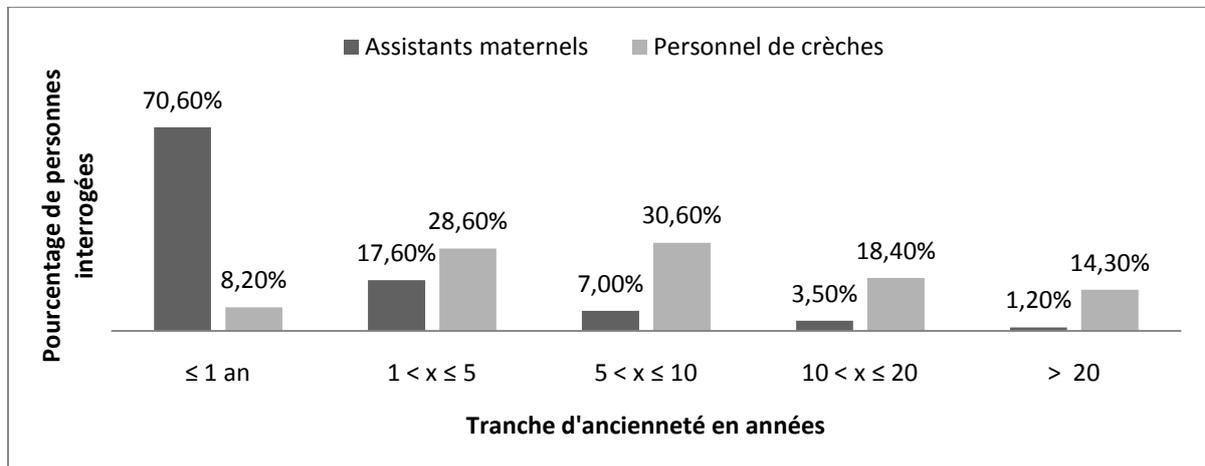


Graphique 4 : Formation des professionnels de crèches

La plus grande partie des professionnels de crèches interrogés (21 personnes sur 85 soit 42,9%) a une formation d'auxiliaire de puériculture. Les cases « éducateur de jeunes enfants » et « autre » ont été cochées de façon pratiquement égale (respectivement 11 et 10 personnes). La catégorie « autre » regroupe cinq agents de puériculture (formation BEP ou CAP Petite Enfance), une aide d'auxiliaire de puériculture, un animateur, un psychologue et une infirmière directrice d'établissement. Deux autres personnes ayant coché cette case n'ont pas précisé leur formation. Le personnel de crèches ayant une formation d'infirmière-puéricultrice est en minorité (7 soit 14,3%). Cela s'explique par le fait que les puéricultrices occupent généralement le poste de direction de l'établissement d'accueil. Qui plus est,

seules les structures de plus de 30 enfants ont l'obligation d'avoir une directrice puéricultrice de formation.

2) Combien d'années d'expérience professionnelle avez-vous ?



Graphique 5 : Ancienneté des assistants maternels et du personnel de crèches

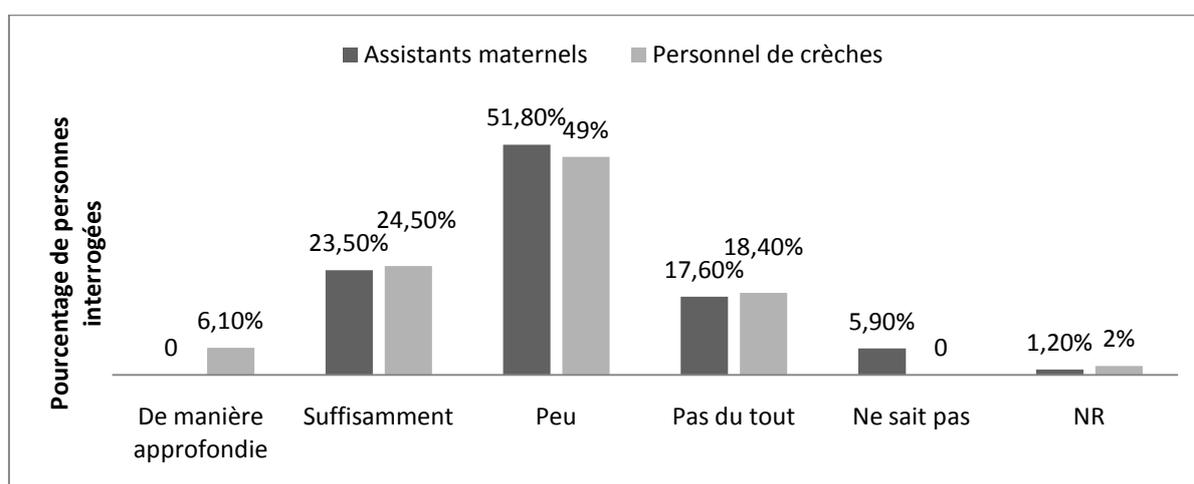
L'expérience professionnelle des personnes interrogées allant de moins d'1 an à plus de 20 ans, nous avons constitué 5 catégories selon des tranches d'ancienneté.

La moyenne du nombre d'années d'expérience professionnelle des assistants maternels sondés est de 2 ans. Rappelons qu'un nombre important de personnes interrogées (68 sur 85) était en formation pour l'obtention de leur agrément, il s'agissait donc de professionnels débutants. Cela explique le pourcentage très élevé (70,6%) de la tranche « inférieur ou égal à 1 an d'ancienneté ». Nous pouvons imaginer que leur jeune expérience les a poussés à répondre à ce questionnaire et les a motivés à s'informer sur les sujets qui concernent les enfants dont ils ont la garde. Nous tiendrons compte de cette variable et la mettrons en parallèle avec les résultats aux questions sur les connaissances sur l'oralité (Q3a, Q4a) et le besoin de formation sur ce sujet (Q6) que nous détaillerons plus bas.

En ce qui concerne le personnel de crèches, le nombre moyen d'années d'expérience professionnelle est de 11 ans. L'ancienneté de ces professionnels est beaucoup plus hétérogène : la plus grande partie (30,6%) a entre 5 et 10 ans d'expérience, suivie de près par les individus ayant entre 1 an et 5 ans d'ancienneté. Les débutants (moins d'1 an d'ancienneté) sont minoritaires (8,2%) et les tranches des plus expérimentés (entre 10 et 20, et plus de 20 ans) regroupent sensiblement le même nombre de personnes (respectivement 9 et 7 professionnels). Nous croiserons également ces résultats avec les réponses aux questions Q3a,

Q4a et Q6. Il nous semble effectivement important de savoir quel type de professionnels (en terme d'ancienneté dans le métier) est en attente d'information sur l'oralité.

3) a/ Avez-vous abordé le concept d'oralité ou de troubles de l'oralité dans votre formation initiale ou au cours de différentes formations complémentaires ?



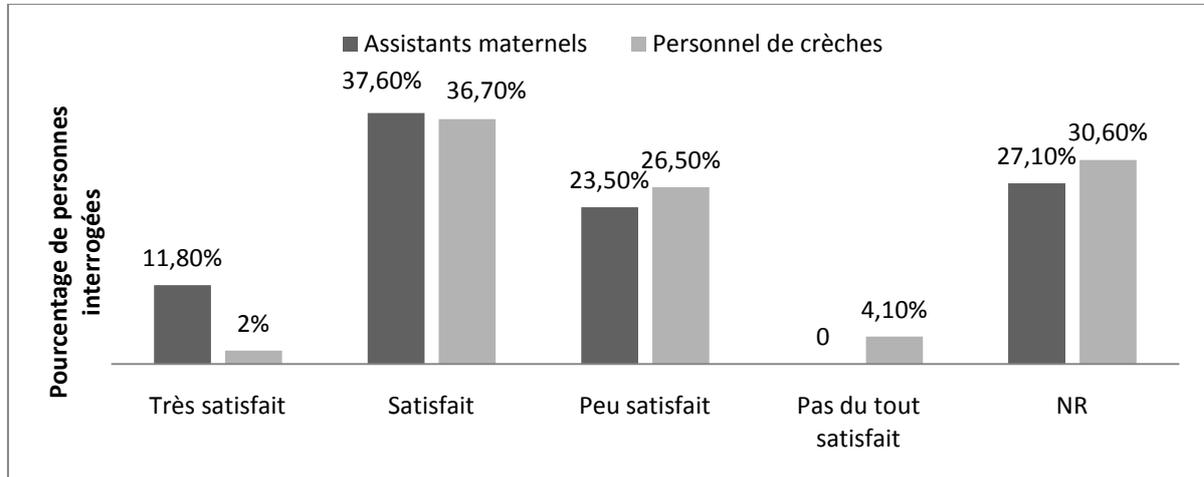
Graphique 6 : Formations suivies par les assistants maternels et le personnel de crèches sur l'oralité et/ou ses troubles

La majorité des personnes sondées a répondu avoir peu abordé le concept d'oralité en formation (44 assistants maternels soit 51,8 % et 24 personnes travaillant en crèches soit 49 %). Seules 3 personnes (6,1 %) disent avoir abordé ce concept de manière approfondie. Notons qu'elles font partie de structures d'accueil de jeunes enfants, on peut donc supposer que ce sont des directrices d'établissements ayant suivi une formation d'infirmière puéricultrice. Les propositions intermédiaires (« suffisamment » et « pas du tout ») ont sensiblement eu le même taux de réponses (respectivement 24,5 % et 18,4 % pour le personnel de crèches ; 23,5 % et 17,6 % pour les assistants maternels). Pour les 5 assistants maternels (5,9 %) qui ignorent si on leur a parlé d'oralité dans leur formation, on peut en déduire que si c'est le cas, ce sujet a seulement été évoqué puisqu'ils ne semblent pas s'en souvenir. Dans chaque profession, une personne n'a pas souhaité répondre à cette question.

On peut donc déduire de ces résultats que 23,5% des assistants maternels et 18,4% du personnel de crèches (somme des résultats aux propositions « pas du tout » et « ne sait pas ») n'ont aucunement abordé le concept d'oralité dans leur formation professionnelle. Concernant un éventuel lien entre la jeune expérience des assistants maternels interrogés et

leur connaissance sur l'oralité, on ne remarque pas de grandes variations de réponses entre les deux types de professionnels sondés.

3) b/ Si oui, avez-vous été satisfait de cet enseignement ?

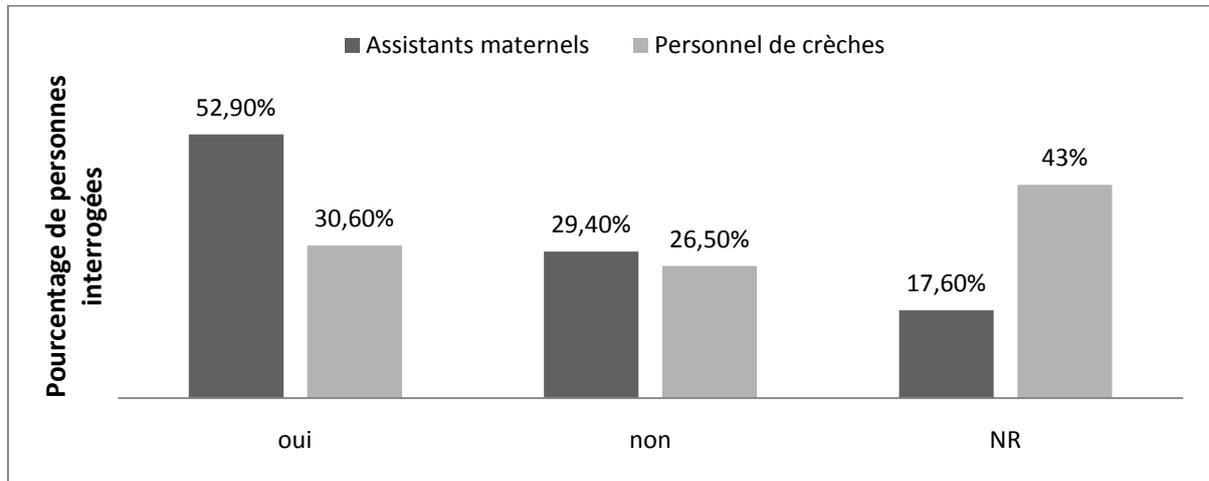


Graphique 7 : Satisfaction concernant l'enseignement reçu sur l'oralité et/ou ses troubles

Cette question ne concerne que les personnes ayant répondu avoir suivi un enseignement sur l'oralité durant leur formation professionnelle. Elle intéresse donc uniquement les interrogés qui ont coché, lors de la question précédente (Q3a), une des cases suivantes : « de manière approfondie », « suffisamment » ou « peu ». Cela explique le taux important de non-réponses (NR) que l'on peut voir sur le graphique 7.

Parmi les personnes ayant abordé le concept d'oralité au cours de leur formation, la plus grande partie (32 assistants maternels soit 37,6 % et 18 professionnels de crèches soit 36,7 %) dit être satisfaite de l'enseignement reçu. Toutefois, un certain nombre de personnes travaillant en structures d'accueil de jeunes enfants ne partage pas cet avis : 13 (soit 26,5 %) ont coché la case « peu satisfait » et 2 (soit 4,1 %), la case « pas du tout satisfait ». On peut supposer que ces professionnels, ayant un niveau de formation supérieur aux assistants maternels pour la plupart, sont plus exigeants en ce qui concerne l'enseignement. On note cependant qu'un taux non négligeable d'assistants maternels (23,5%) qualifie l'enseignement reçu sur l'oralité comme peu satisfaisant.

3) c/ Si vous n'avez pas abordé le concept d'oralité dans votre formation, en avez-vous entendu parler ailleurs ?

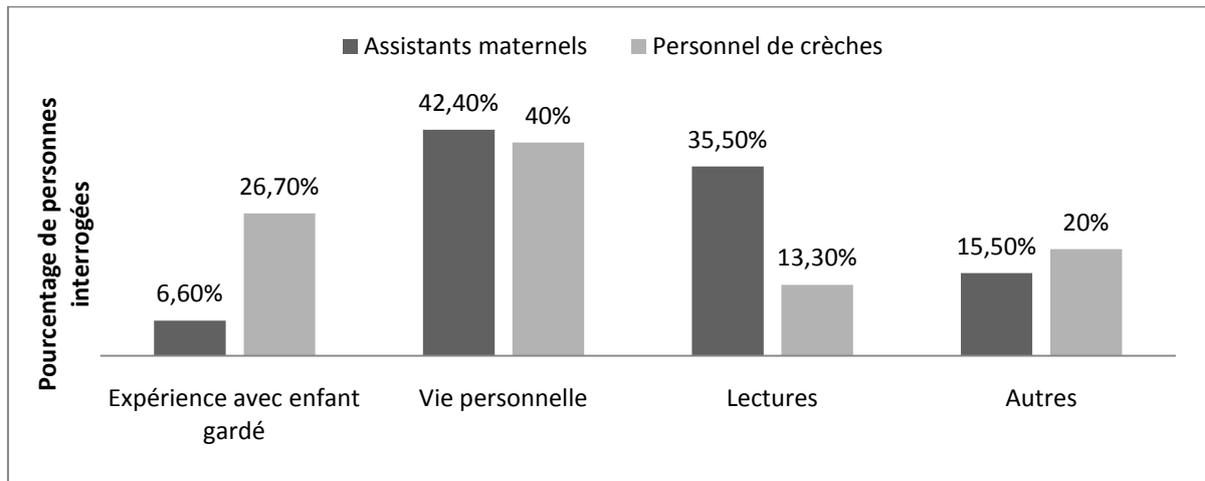


Graphique 8 : Concept d'oralité abordé ailleurs que dans la formation professionnelle

Parmi les personnes n'ayant pas entendu parler d'oralité dans leur formation, la majorité des assistantes maternelles (52,9%) en a eu connaissance par un autre moyen. Le personnel de crèches est bien plus partagé : 30,6% ont abordé le concept d'oralité ailleurs qu'en formation. En moyenne, 28% des personnes interrogées (assistants maternelles et professionnels de crèches confondus) ont répondu par la négative à cette question. On peut donc en déduire qu'elles ne connaissent pas les troubles de l'oralité. Ce pourcentage n'est pas négligeable et nous conforte dans l'idée qu'une plaquette d'information sur ce sujet serait la bienvenue.

Notons que le taux important de non-réponses est lié à la formulation de la question qui ne s'adresse qu'aux personnes n'ayant pas abordé l'oralité dans leur formation. On constate toutefois que ce taux est plus élevé chez le personnel de crèches (43%) que chez les assistantes maternelles (17%). Cela laisse penser que les professionnels des structures d'accueil sont finalement plus nombreux que les assistantes maternelles à avoir abordé le concept d'oralité dans leur formation.

3) d/ Si oui, dans quel contexte ?

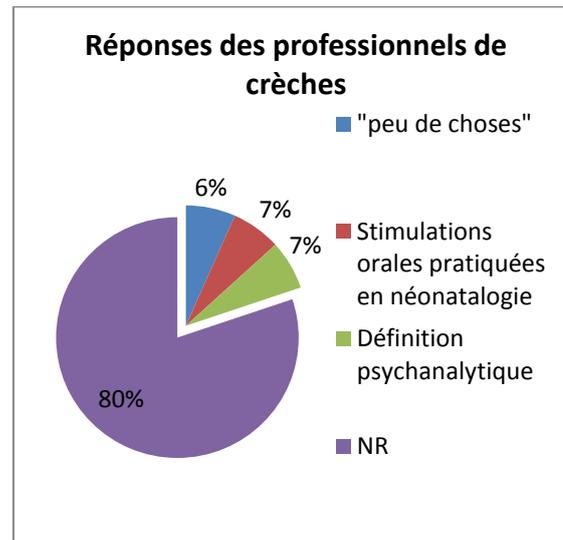
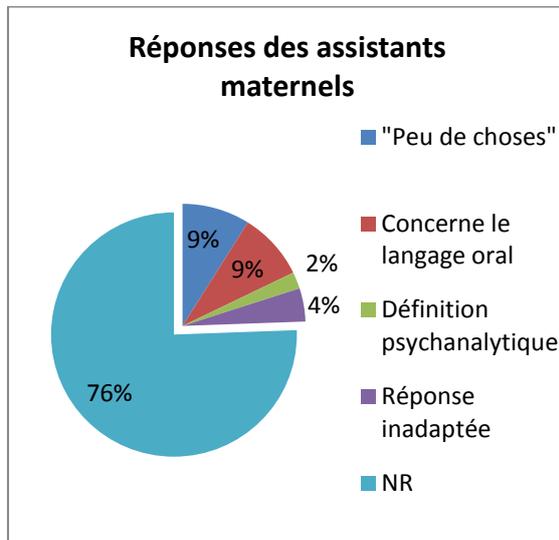


Graphique 9 : Contexte dans lequel les professionnels ont eu connaissance de l'oralité

Cette question ne s'adresse qu'aux 45 assistants maternels et aux 15 professionnels de crèches ayant répondu « oui » à la précédente (Q3c).

Il semble que ce soit dans leur vie personnelle que les personnes sondées (assistants maternels et professionnels de crèches confondus) ont le plus entendu parler de l'oralité et/ou de ses troubles. 35,5% des assistants maternels disent avoir également lu sur le sujet contre 13,3% pour les personnes travaillant en crèches. Pour ces dernières, c'est par le biais d'un enfant accueilli dans la structure que les troubles de l'oralité ont été abordés. Cela paraît logique puisque les professionnels de crèches voient plus d'enfants que les assistants maternels. Ils sont donc proportionnellement davantage en contact avec certains d'entre eux qui connaissent des difficultés. On peut également supposer que les parents de ces enfants sont peut-être plus enclins à se tourner vers une structure, lieu dans lequel ils ont l'assurance d'avoir plusieurs professionnels qualifiés (puéricultrice, auxiliaire de puériculture, etc.).

3) e/ Si oui, qu'en saviez-vous ?



Graphiques 10 et 11 : Connaissances des assistants maternels et des professionnels de crèches sur l'oralité

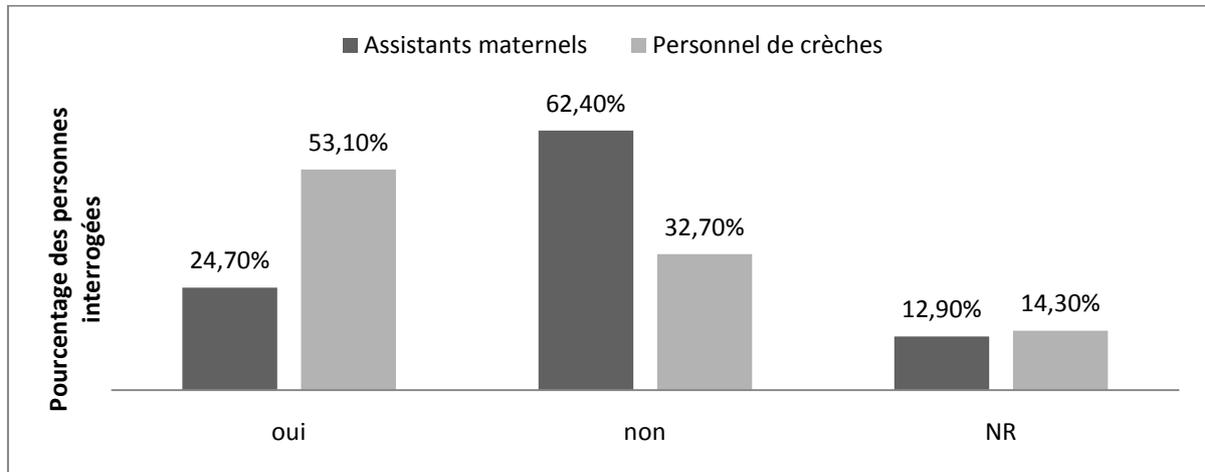
Là encore, cette question n'intéresse que les personnes ayant répondu « oui » à la question Q3c (soit 45 assistants maternels et 15 professionnels de crèches) ce qui explique une partie des non-réponses.

Les réponses n'étant pas les mêmes selon les deux types de professionnels, nous avons jugé nécessaire de créer un graphique pour chacun d'entre eux.

Quatre catégories ont été recensées à partir des réponses fournies par les assistants maternels et trois à partir de celles des professionnels de crèches. Quelques personnes ont donné des définitions adaptées (soit dans le versant psychanalytique, soit dans le versant des stimulations orales pratiquées en néonatalogie), d'autres ont avoué ne connaître que peu de choses sur le sujet bien qu'elles en aient entendu parler. On doit également prendre en compte le pourcentage élevé de non-réponses dans lequel se trouvent très certainement des individus ayant répondu « oui » à la question Q3c, mais qui n'ont pas souhaité répondre à la présente question (Q3e) peut-être par méconnaissance sur le sujet.

Ces résultats nous apprennent que même s'ils ont entendu parler du concept d'oralité, les professionnels de la petite enfance n'ont, pour la plupart, pas eu suffisamment d'informations sur le sujet pour pouvoir l'expliquer. Cela confirme la nécessité d'un support reprenant des explications sur l'oralité et sur ses troubles.

4) a/ Lorsque'on vous a parlé d'oralité (dans votre formation ou ailleurs), avez-vous cherché à vous documenter sur ce sujet ?

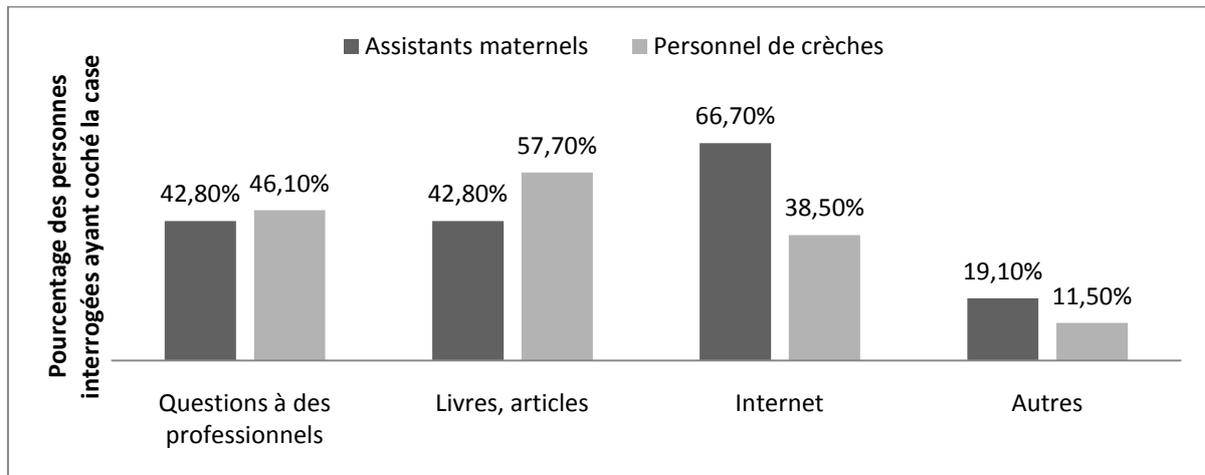


Graphique 12 : Recherche personnelle de documentation sur l'oralité

La majorité des assistants maternels sondés (62,4%) dit ne pas avoir cherché à se documenter sur l'oralité. Bien qu'ils soient pour la plupart débutants, un certain nombre ne voit pas l'intérêt de s'informer sur le sujet. A l'inverse, les professionnels de crèche ont majoritairement (53,1%) répondu « oui » à cette question. Il semble donc que l'ancienneté n'ait pas d'influence sur la recherche personnelle d'informations sur l'oralité.

Compte-tenu du pourcentage assez peu élevé de non-réponses, on peut supposer que les personnes n'ayant jamais eu connaissance de l'oralité ont coché la case « non ». Cela s'explique par la formulation de la question qui englobe tous les participants comme des individus ayant obligatoirement entendu parler de ce sujet. Il aurait fallu poser une conditionnelle excluant d'office ceux qui n'ont pas abordé l'oralité, du type : « Si vous avez entendu parler d'oralité, avez-vous cherché à vous documenter ? ». Les personnes ne connaissant pas l'oralité n'auraient alors pas répondu à cette question.

4) b/ Si oui, par quels moyens ?



Graphique 13 : Moyens d'information

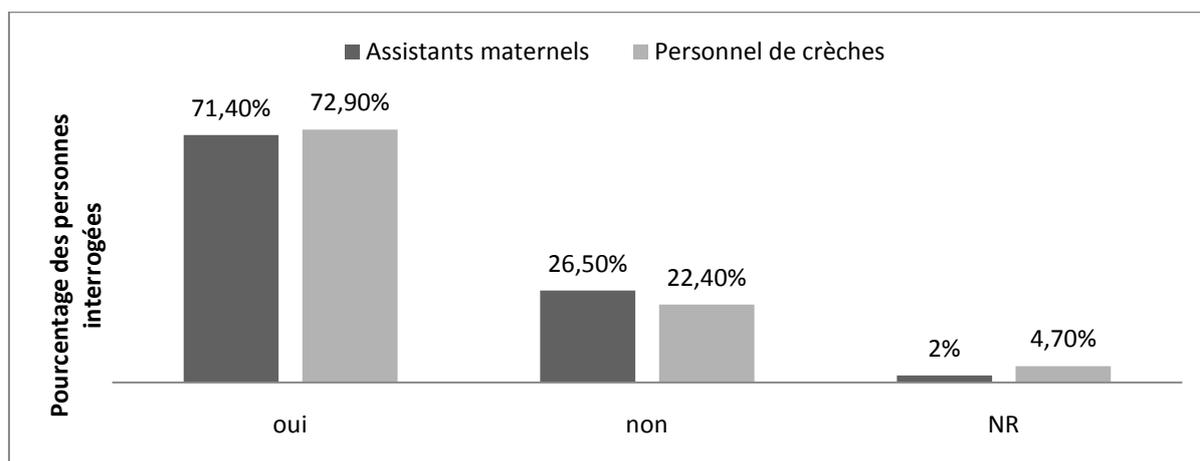
Cette question étant un QCM à complément multiple, les personnes sondées peuvent choisir plusieurs propositions. Elle concerne seulement les personnes ayant répondu « oui » à la question précédente (Q4a) soit 26 professionnels de crèches et 21 assistants maternels.

Internet est le moyen d'information préféré des assistants maternels puisque 66,7% d'entre eux ont coché cette case, contre 38,5% du personnel de crèches. La raison de cet écart réside probablement dans le mode d'exercice différent de ces professionnels : travaillant à leur domicile, les assistants maternels ont certainement plus la possibilité de consulter internet que les personnes exerçant en structures. Ces dernières se tournent davantage vers les livres et les articles (57,7%). Cela est peut-être à mettre en lien avec leur formation qui les a encouragées à s'informer par ce biais-là, plus fiable qu'internet. De plus, il arrive que des établissements d'accueil de jeunes enfants soient abonnés à des revues professionnelles, que le personnel peut consulter. La proposition « questions à des professionnels » est également choisie par un bon nombre d'assistants maternels (42,8%) et de personnel de crèches (46,1%). Les professionnels les plus souvent sollicités semblent être les mêmes pour l'ensemble des personnes interrogées : le médecin arrive en tête, suivi de près par l'orthophoniste, l'éducateur et le psychologue.

Les assistants maternels ont donc tendance à rechercher des informations sur internet contrairement au personnel de crèches qui semble préférer approfondir ses connaissances à travers la lecture de livres ou d'articles. Les deux professions n'hésitent cependant pas à demander conseil à d'autres professionnels. Cette information est intéressante et il nous faut

l'exploiter : les orthophonistes doivent se rendre disponibles et à l'écoute des interrogations des professionnels de la petite enfance.

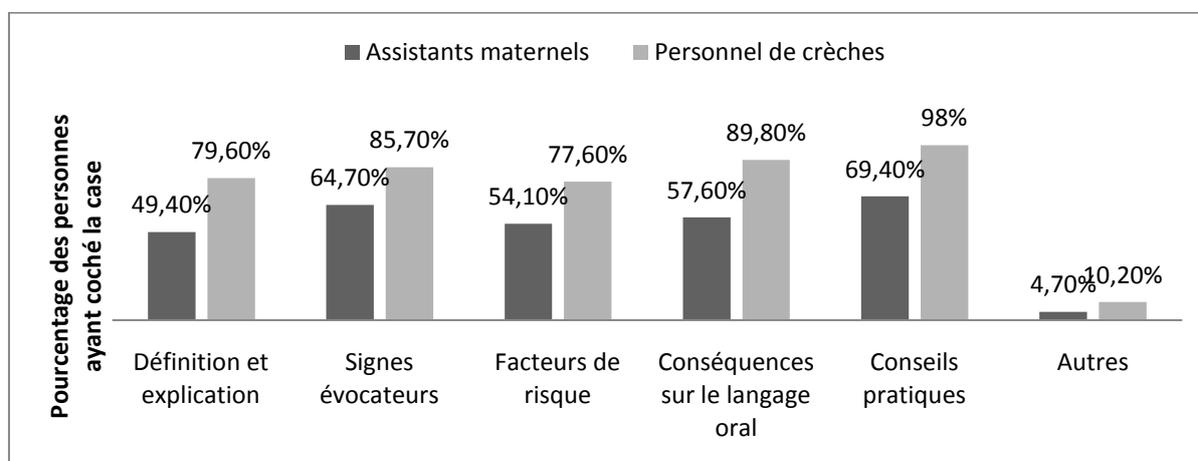
5) Saviez-vous que les difficultés liées au développement de l'oralité entraînent dans le champ d'intervention de l'orthophonie ?



Graphique 14 : Connaissance de l'oralité comme un des champs d'intervention de l'orthophonie

Une grande majorité des assistants maternels (71,4%) et professionnels de crèches (72,9%) affirme savoir que les troubles de l'oralité peuvent être pris en charge par les orthophonistes. Ces résultats paraissent assez étonnants puisque le concept d'oralité est relativement récent dans la profession tout comme l'intervention des orthophonistes dans l'accompagnement de ses troubles.

6) Pouvez-vous cocher les informations qui vous sembleraient les plus utiles concernant l'oralité et ses difficultés ?



Graphique 15 : Attentes des professionnels concernant l'information sur les troubles de l'oralité

Cette question étant un QCM à complément multiple, les personnes interrogées peuvent cocher plusieurs propositions.

On observe que les pourcentages sont plus élevés chez le personnel de crèches que chez les assistants maternels, et ce pour toutes les propositions. Ce phénomène s'explique par le fait que les non-réponses ne sont pas représentées sur le graphique 15. Les professionnels travaillant en structures ont été en réalité plus nombreux à répondre à cette question que les assistants maternels. Il semblerait donc que ces derniers soient peut-être moins intéressés par le sujet ou qu'ils ne sachent pas quel type d'information leur serait le plus utile. On peut y voir un lien avec la jeune expérience d'un grand nombre d'assistants maternels interrogés.

Malgré l'écart de participation à la question entre les deux professions, on remarque une homogénéité des pourcentages quel que soit le type de propositions (si l'on considère l'item « autres » séparément). Les besoins de conseils pratiques font l'unanimité puisque cette proposition arrive en tête pour toutes les personnes interrogées. Des éléments de définition, les signes évocateurs, les facteurs de risque et les conséquences sur le langage font également partie des attentes des professionnels. En définitive, tous les items proposés dans la question devront figurer dans la plaquette d'information sur les troubles de l'oralité. Les personnes ayant coché la réponse « autres » évoquent la nécessité d'inclure dans la plaquette :

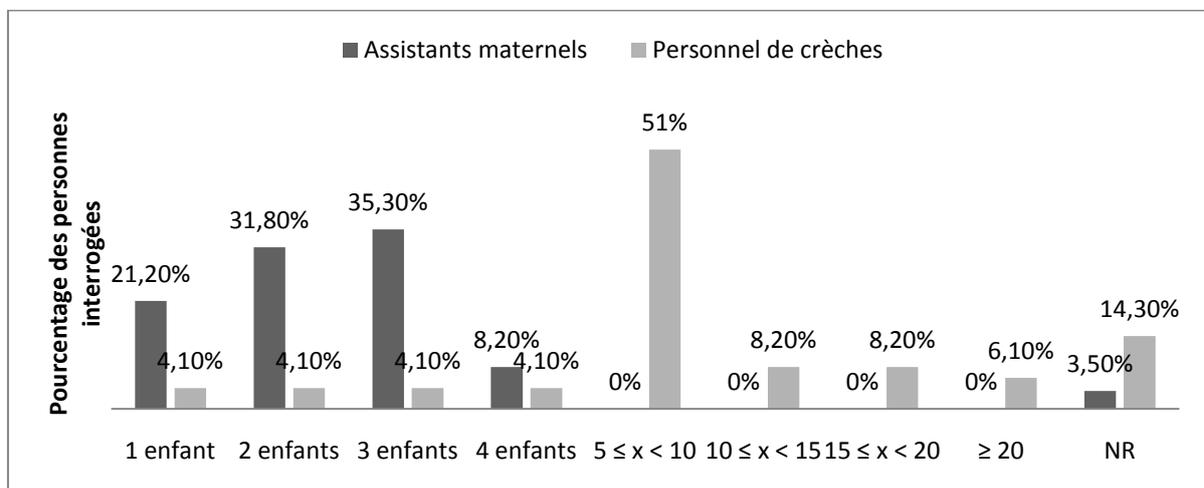
- « des références de documentation » ;

- « les différents stades avec des âges repères » ;
- « les actions professionnelles à mettre en place ».

Les différentes propositions faites dans le questionnaire correspondent à la trame de la plaquette d'information. Cette première version sera complétée en tenant compte des réponses fournies par les personnes interrogées.

• Volet 3 : Déroulement des repas

7) Combien d'enfants avez-vous en charge au moment du repas ?

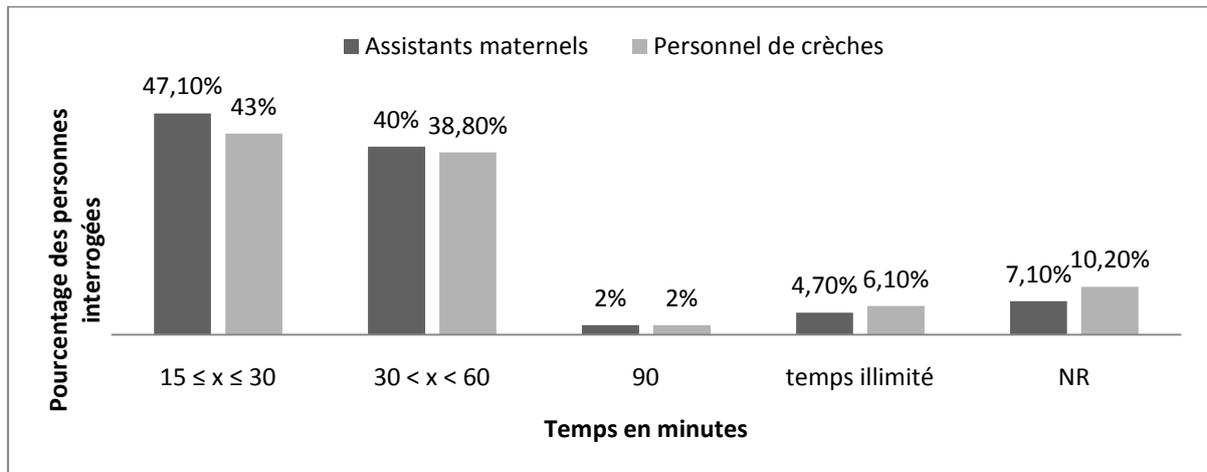


Graphique 16 : Nombre d'enfants pris en charge au moment du repas

Nous l'avons vu précédemment, les assistants maternels interrogés accueillent pour la plupart 2 voire 3 enfants. Cela concorde avec les résultats qu'illustre le graphique 16 puisque les pourcentages les plus élevés correspondent à la prise en charge de 3 enfants au moment du repas (35,3%) suivie de près par celle de 2 enfants (31,8%). Quant aux professionnels de crèches, nous avons vu qu'ils étaient nombreux à travailler en petites structures. Ils sont également une majorité (51%) à prendre en charge entre 5 et 10 enfants.

Ces résultats nous montrent que les assistants maternels ont moins d'enfants à nourrir simultanément que les professionnels de crèches. On peut donc supposer qu'ils sont plus à l'écoute des difficultés que peuvent rencontrer les enfants qu'ils accueillent et qu'ils peuvent plus facilement s'y adapter. Nous pourrions vérifier ces suppositions en mettant en parallèle ces résultats avec ceux des questions Q11 et Q12b.

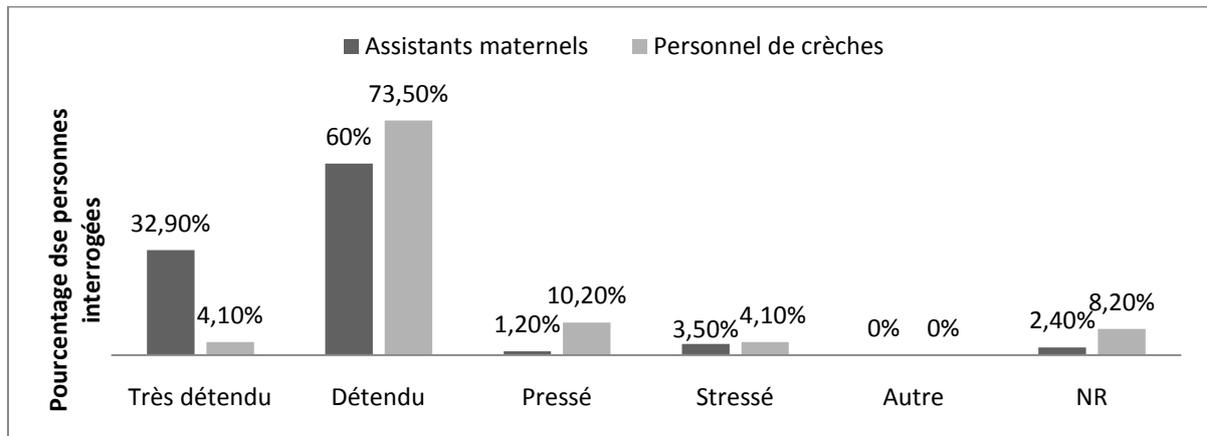
8) Quelle est la durée moyenne dont vous disposez pour faire manger un enfant ?



Graphique 17 : Durée moyenne de repas

Les réponses les plus fréquemment données situent entre 15 et 30 minutes le temps moyen dont disposent les professionnels pour donner le repas à un enfant (pour 47,1% des assistants maternels et 43% du personnel de crèches). Une deuxième proposition arrive tout de suite après : 40% des assistants maternels et 38,8% des professionnels travaillant en structures disent avoir entre 30 et 60 minutes pour faire manger un enfant. Le temps de repas s'avère donc très variable selon les assistants maternels et selon les établissements d'accueil de jeunes enfants. On peut toutefois affirmer qu'il dépasse rarement 60 minutes (2% des personnes sondées disent prendre 90 minutes ; quant à un temps de repas illimité, seulement 4,7% des assistants maternels et 6,1% du personnel de crèches semblent l'adopter). Notons que les pourcentages de professionnels n'ayant pas répondu à cette question ne sont pas négligeables : 10,2% pour les salariés des établissements d'accueil de jeunes enfants et 7,1% pour les assistants maternels. La variabilité du temps de repas a peut-être mis certaines personnes dans l'impossibilité de répondre et expliquerait alors le taux de non-réponses.

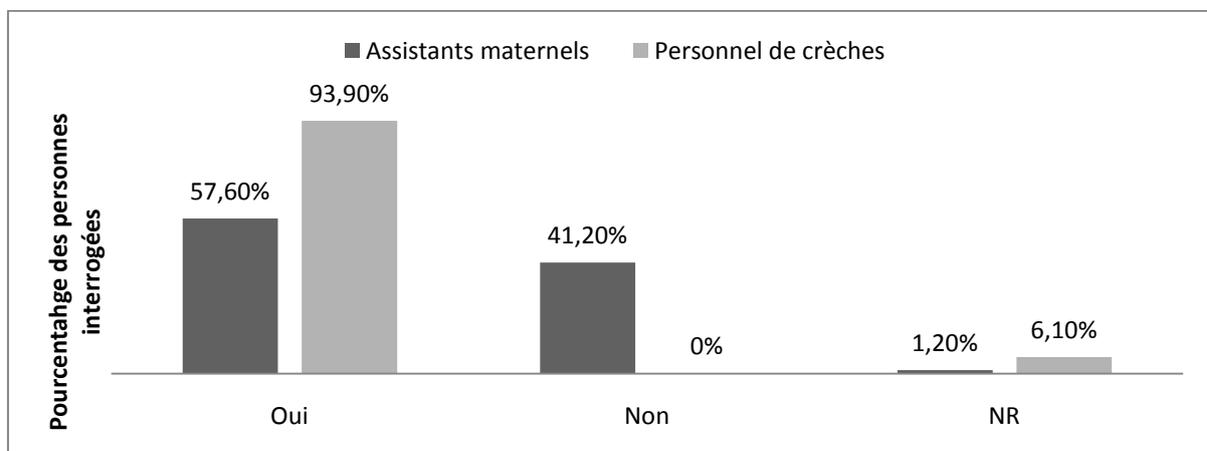
9) Pour vous, comment se passe le repas d'une manière générale ?



Graphique 18 : Etat émotionnel des professionnels au moment du repas

La majorité des personnes interrogées (73,5% du personnel de crèches et 60% des assistants maternels) se dit détendue au moment du repas. Ce temps est même vécu de façon très détendue par 32,9% des assistants maternels. Alors qu'une infime partie d'entre eux se sent pressée (1,2%), cette proposition concerne 10,2% des salariés de structures d'accueil. Ce dernier résultat peut être mis en lien avec la question Q7 qui nous apprenait que certains professionnels de crèches avaient plus de 10 enfants en charge au moment du repas. Il est alors compréhensible qu'ils se sentent pressés, voire stressés dans ces conditions.

10) a/ Au cours des repas, avez-vous déjà été en situation où un enfant rencontre des difficultés ?



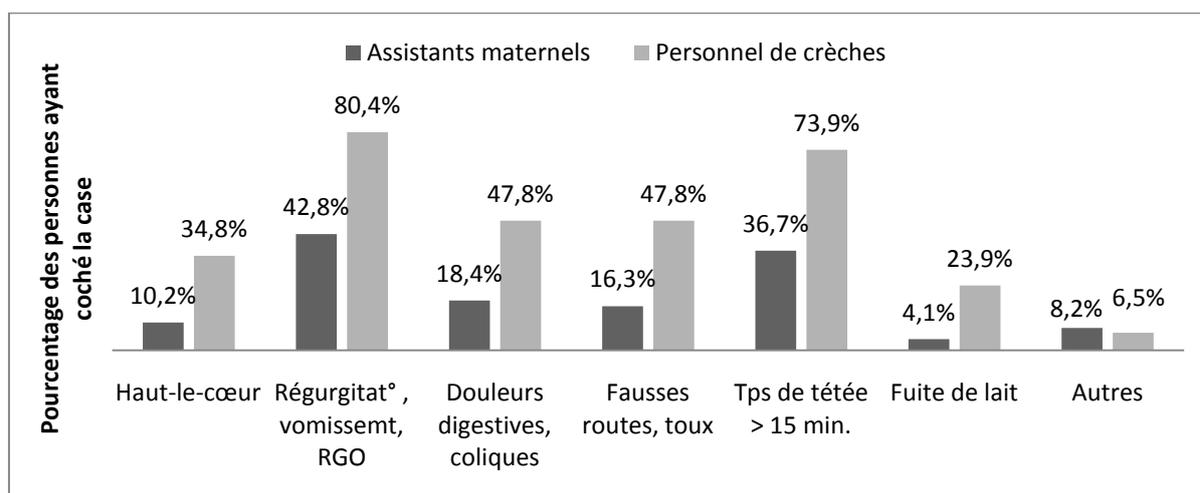
Graphique 19 : Confrontation des professionnels à un enfant en difficulté au cours des repas

Une écrasante majorité des professionnels de crèches (93,9%) dit avoir déjà accueilli un enfant rencontrant des difficultés au cours des repas. Mieux encore, aucun d'entre eux ne répond « non » à cette question. Les réponses des assistants maternels sont plus mitigées : la majorité (57,6%) affirme s'être chargée d'enfants qui avaient des problèmes pour s'alimenter, mais 41,2% d'entre eux disent ne pas avoir connu de situations similaires. Cet écart important dans le pourcentage de personnes ayant répondu « non » s'explique peut-être par la jeune expérience d'un grand nombre des assistants maternels interrogés. Le peu de recul (en terme d'ancienneté) qu'ils auraient ne leur permettrait pas de connaître des enfants présentant des difficultés au cours des repas.

Ces résultats nous permettent toutefois d'affirmer que la majorité des professionnels de la petite enfance s'est déjà retrouvée dans une situation où l'enfant accueilli rencontrait des difficultés pour s'alimenter. Ces problèmes font donc bien partie du quotidien du personnel de crèches et des assistants maternels et il convient d'en parler.

10) b/ Si oui, de quel type ?

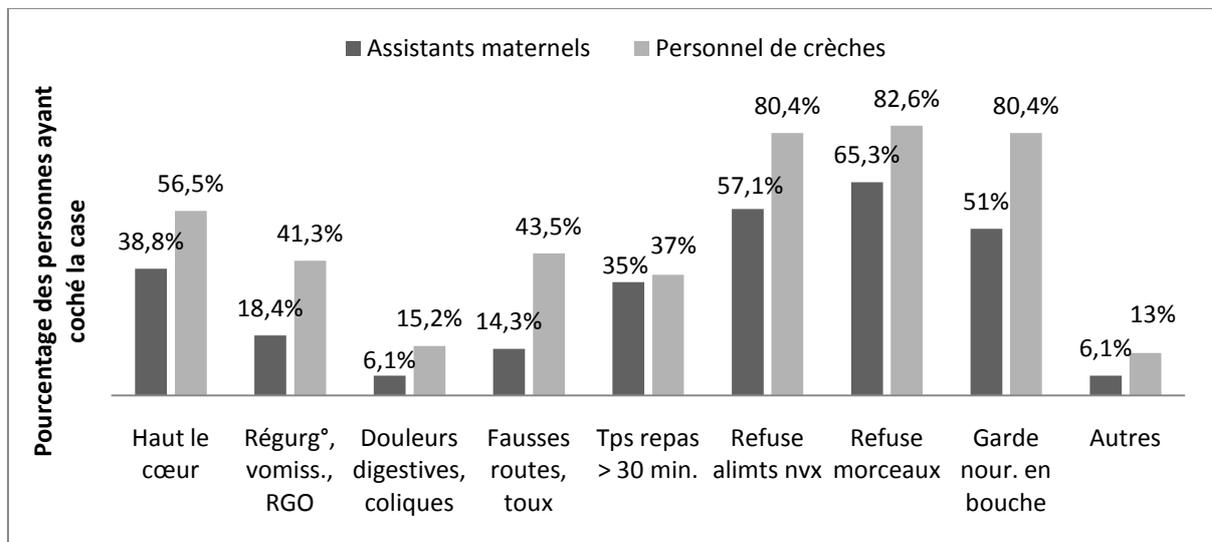
Cette question étant un QCM à complément multiple, les personnes interrogées peuvent cocher plusieurs propositions. Elle concerne seulement les 49 assistants maternels et les 46 professionnels de crèches ayant répondu « oui » à la question précédente (Q10a).



Graphique 20 : Type de difficultés rencontrées par les enfants nourris au biberon

En ce qui concerne les enfants nourris au biberon, les difficultés les plus souvent constatées par les professionnels de crèches sont les régurgitations, vomissements et reflux

gastro-œsophagiens (RGO) avec 80,4% de personnes ayant coché cette case. Un temps de tétée supérieur à 15 minutes est également souvent remarqué (73,9%). On doit aussi prendre en compte les douleurs digestives et les coliques, ainsi que les fausses routes et la toux, chacune de ces deux propositions comptabilisant 47,8%. Bien que moins nombreux à avoir répondu à cette question, les assistants maternels constatent le même type de difficultés (42,8% cochent la proposition « régurgitations, vomissements, RGO » et 36,7% la case « temps de tétée supérieur à 15 minutes »). Les haut-le-cœur et les fuites de lait semblent moins concerner les enfants accueillis par l'ensemble des personnes interrogées.



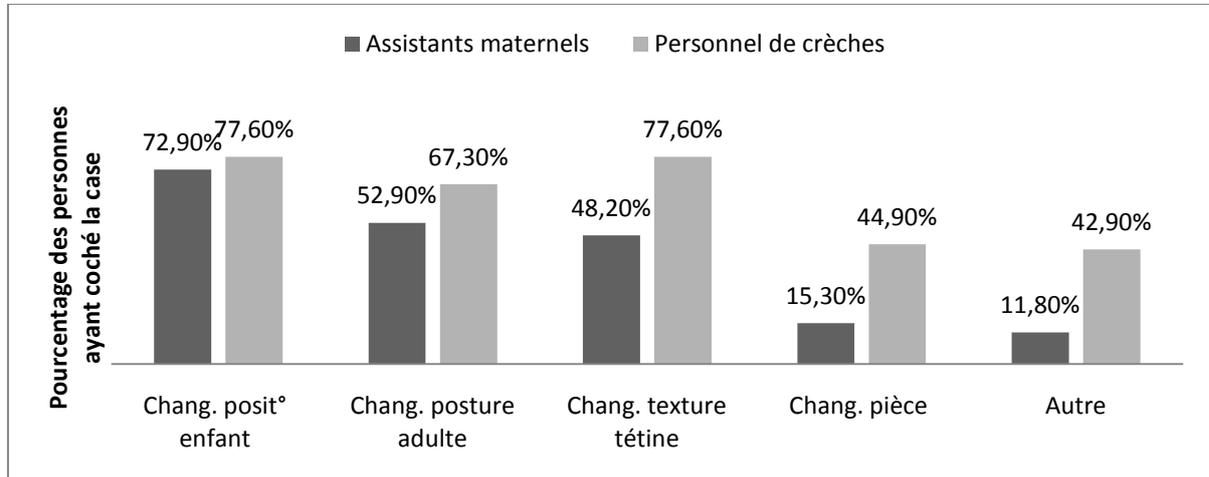
Graphique 21 : Type de difficultés rencontrées par les enfants passés à l'alimentation solide

Concernant les enfants en âge de manger solide, une majorité des professionnels de crèches et des assistants maternels sondés remarque des difficultés telles que le refus des morceaux (respectivement 82,6% et 65,3%) ou des aliments nouveaux (respectivement 80,4% et 57,1%). Une tendance des enfants à garder la nourriture en bouche (pour 80,4% du personnel de crèches et 51% des assistants maternels) est également constatée tout comme les haut-le-cœur (respectivement 56,5% et 38,8%). Ici encore, les assistants maternels sont moins nombreux à avoir répondu, comparativement aux professionnels exerçant en structures. Peut-être ont-ils eu des difficultés à identifier les troubles que connaissaient les enfants qu'ils accueillaient ? Il est aussi possible que certains n'aient pas pu prendre le temps de répondre à cette question qui nécessitait de lire toutes les propositions.

Ces résultats nous apportent des informations intéressantes sur le type de difficultés que rencontrent les enfants accueillis par les personnes interrogées. Un certain nombre peut faire penser à des troubles de l'oralité alimentaire. Cela confirme notre hypothèse selon

laquelle les professionnels de la petite enfance peuvent être confrontés à des enfants dont l'oralité est perturbée. Une plaquette d'information sur ces troubles a donc ici toute sa place.

11) Quand un enfant a souvent des difficultés à boire son biberon, que faites-vous ?

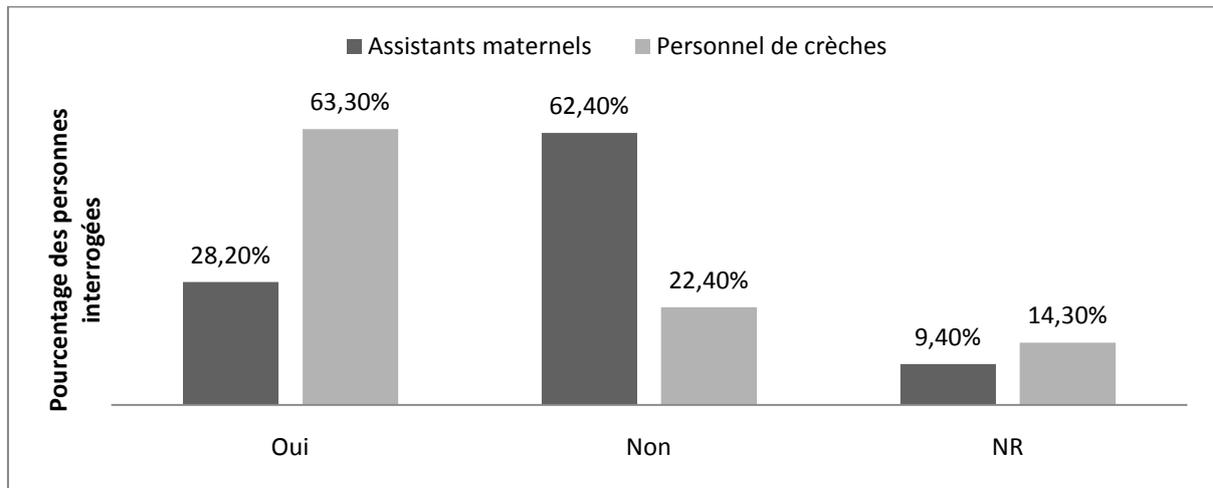


Graphique 22 : Attitude adoptée par les professionnels face à un enfant en difficulté pour boire son biberon

Cette question étant un QCM à complément multiple, les personnes interrogées peuvent cocher plusieurs propositions.

Face à un enfant qui se retrouve souvent en difficulté pour boire son biberon, les professionnels de la petite enfance peuvent adopter plusieurs comportements. La majorité d'entre eux change l'enfant de position. Une grande partie modifie également leur posture ainsi que la texture de la tétine. Le changement de pièce est une pratique assez courante chez le personnel exerçant en structures (44,9%) alors que cette solution n'est adoptée que par 15,3% des assistants maternels. Cet écart s'explique aisément : alors que les professionnels de crèches sont toujours plusieurs pour surveiller les enfants, les assistants maternels sont seuls. Il est donc plus difficile pour ces derniers de s'absenter de la pièce où se trouvent les autres enfants. On note un pourcentage assez important de professionnels de crèches ayant coché la case « autre » (42,9%). Parmi leurs différentes propositions, un certain nombre suggère de faire une pause ou encore de changer la température ou la marque du lait.

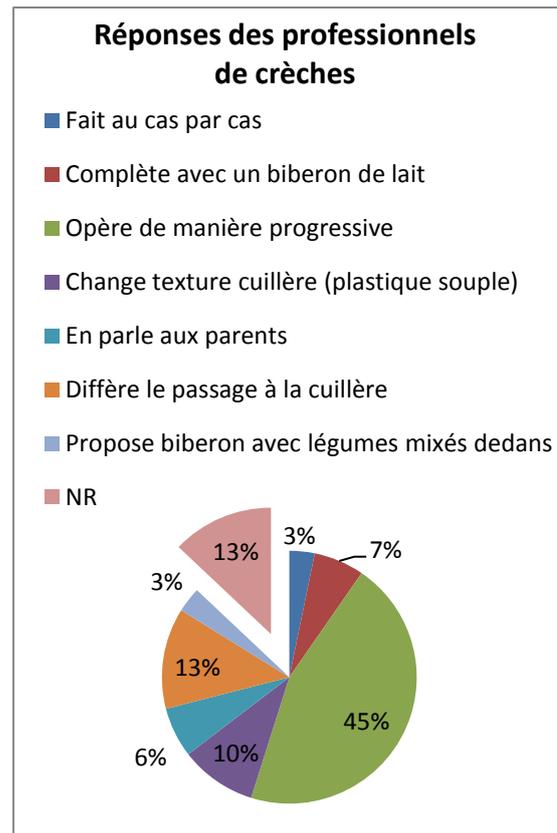
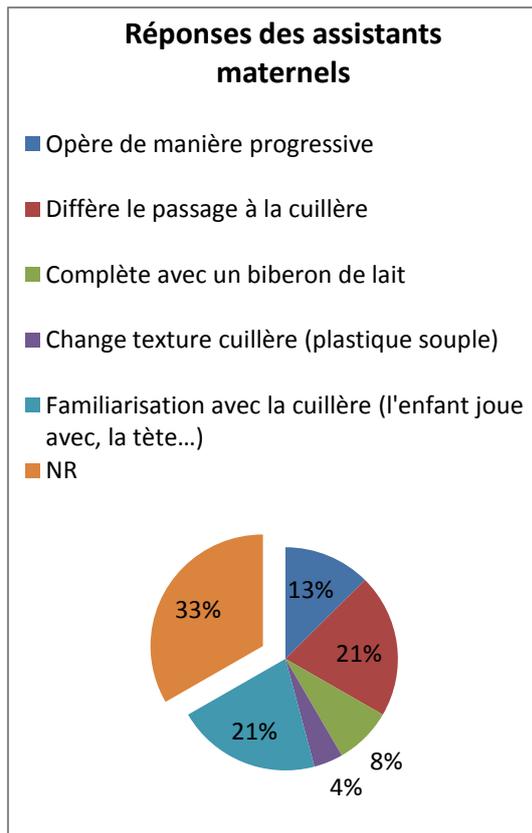
12) a/ Arrive-t-il que le passage du biberon à la cuillère soit difficile ?



Graphique 23 : Vécu de l'enfant concernant le passage du biberon à la cuillère

Les réponses à cette question sont très contrastées selon les deux types de professionnels interrogés : 63,3% du personnel de crèches répondent par l'affirmative alors qu'un pourcentage pratiquement équivalent d'assistants maternels (62,4%) répond le contraire. Il n'est pas facile d'interpréter cette différence de points de vue. Encore une fois, la seule raison qui nous paraisse l'expliquer peut être le manque d'ancienneté d'un grand nombre des assistants maternels interrogés. Même si certains professionnels de crèches sondés sont récemment diplômés, le fait de travailler en structures leur permet de voir bien plus d'enfants que les assistants maternels débutants et ainsi de constater chez quelques-uns d'entre eux des difficultés pour passer à l'alimentation à la cuillère.

12) b/ Si oui, comment procédez-vous ?



Graphiques 24 et 25 : Comportement adopté par les assistants maternels et les professionnels de crèches lorsque le passage à la cuillère s'avère difficile pour l'enfant

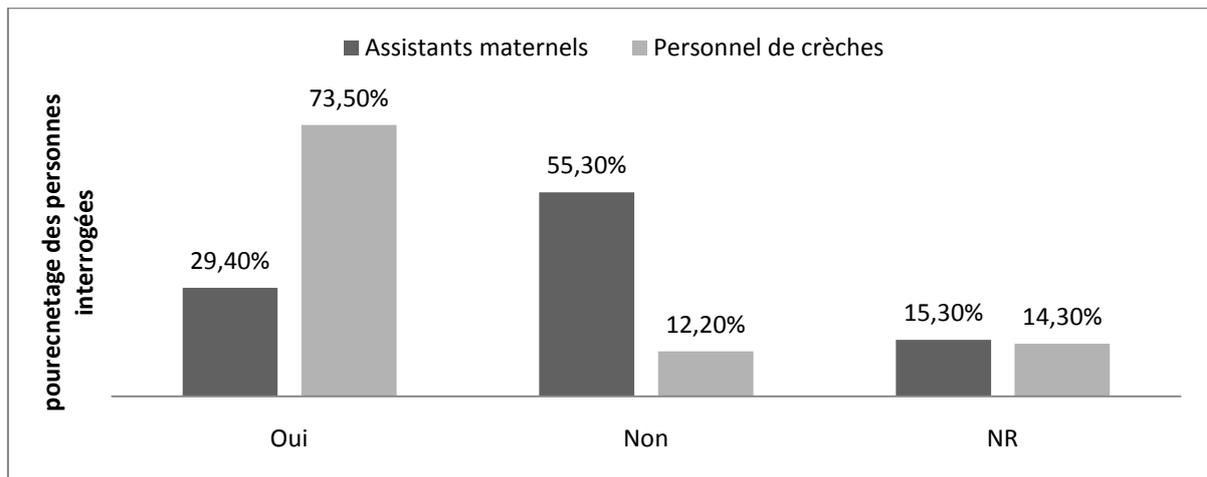
Cette question ne s'adresse qu'aux 24 assistants maternels et aux 31 professionnels de crèches ayant répondu « oui » à la précédente (Q12a).

Les réponses n'étant pas les mêmes selon les deux types de professionnels, nous avons jugé nécessaire de créer un graphique pour chacun d'entre eux. Les propositions données à cette question ouverte nous ont permis de les classer en 5 catégories pour les assistants maternels et en 7 catégories pour les professionnels de crèches.

Une grande partie du personnel de structures d'accueil (45%) propose l'alimentation à la cuillère de façon progressive. Cette réponse est également donnée par 13% des assistants maternels. Mais chez ces derniers, deux comportements sont plus largement pratiqués : le passage à la cuillère peut être différé (21%) ou facilité par une période de familiarisation au cours de laquelle l'enfant manipule, tête et joue avec ce nouvel objet (21%). La mise en place de ces attitudes par les assistants maternels est peut-être en lien avec le nombre réduit d'enfants accueillis, il leur est alors plus facile de s'adapter aux difficultés rencontrées lors du passage à la cuillère (comparativement au professionnels exerçant en structures). D'autres solutions telles que le complément par un biberon de lait (8% des assistants maternels et 7% du personnel de crèches) ou encore le changement de texture de la cuillère

(4% des assistants maternels et 10% du personnel de crèches) sont proposées. On note un taux non négligeable de personnes n'ayant pas répondu, notamment chez les assistants maternels (33%), mais aussi chez les professionnels exerçant en établissements (13%).

13) a/ Arrive-t-il qu'un enfant refuse à plusieurs reprises le moment du repas ?

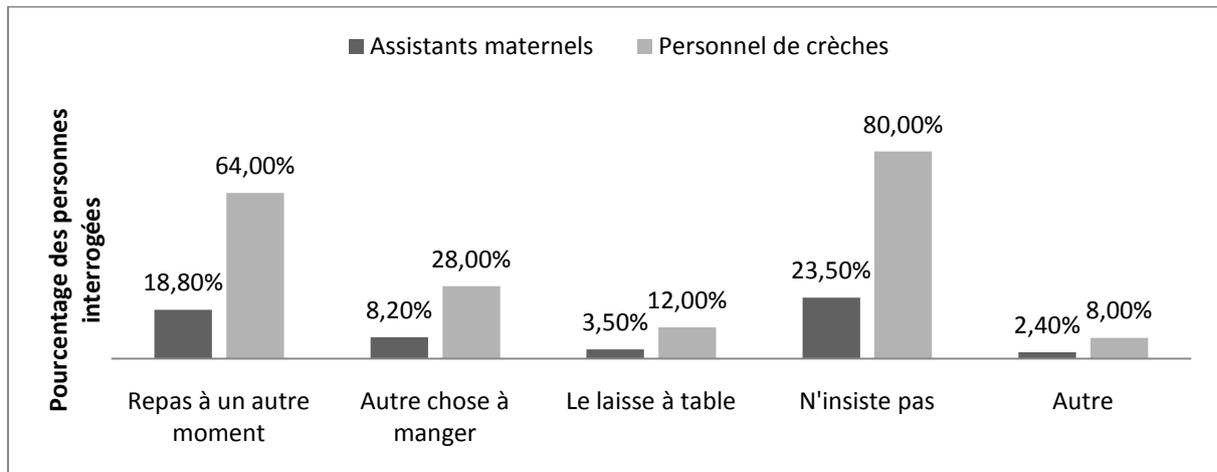


Graphique 26 : Refus répété du repas par l'enfant

Là encore, les réponses à cette question diffèrent selon les professionnels interrogés. Une grande majorité du personnel de crèches (73,5%) affirme connaître un ou des enfants qui refusent à plusieurs reprises le moment du repas alors que 29,4% des assistants maternels seulement sont dans une situation similaire. Ces derniers sont majoritaires à répondre par la négative à cette question (55,3%). Notons que le taux de non-réponses est pratiquement équivalent pour les deux types de professionnels.

Même si les personnes interrogées ne vivent pas toutes cette situation, on constate qu'un certain nombre d'entre elles a déjà été confronté à un refus répété du repas par au moins un des enfants accueillis.

13) b/ Si oui, que faites-vous ?



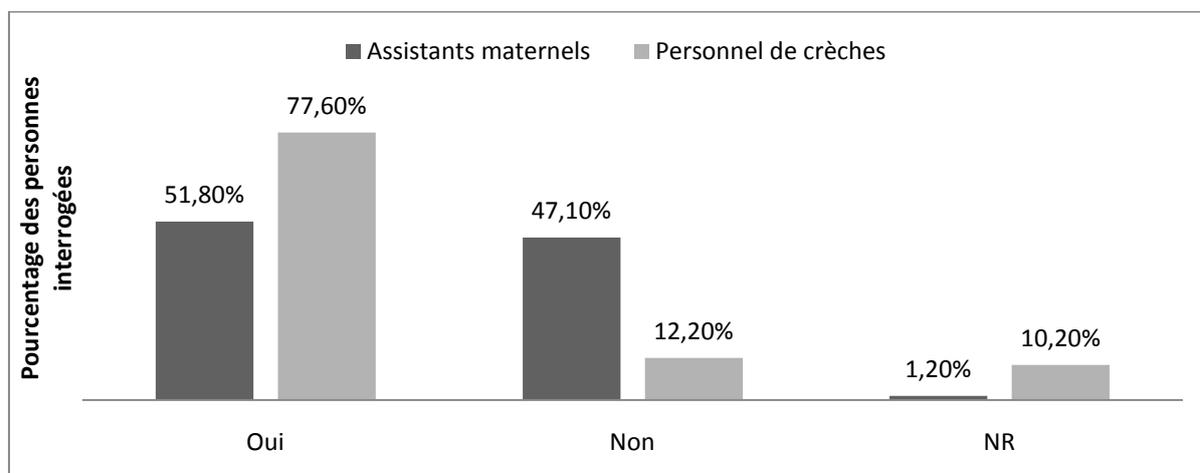
Graphique 27 : Comportement adopté par les professionnels en cas de refus du repas par l'enfant

Cette question étant un QCM à complément multiple, les personnes interrogées peuvent cocher plusieurs propositions. Elle ne concerne que les 25 assistants maternels et les 36 professionnels de crèches ayant répondu « oui » à la question précédente (Q13a).

Lorsqu'un enfant refuse à plusieurs reprises le repas, le comportement adopté le plus souvent par les deux types de professionnels réside dans le fait de ne pas insister (80% du personnel de crèches et 23,5% des assistants maternels). Le repas peut également être proposé à un autre moment (pour 64% du personnel de crèches et 18,8% des assistants maternels) ou être modifié (menu différent pour 28% des professionnels exerçant en structures et 8,2% des assistants maternels). On remarque que 12% du personnel de crèches et 3,5% des assistants maternels disent laisser l'enfant à table.

Bien que les assistants maternels aient peu répondu à cette question, il semble que leurs réponses soient en adéquation avec celles des professionnels de crèche.

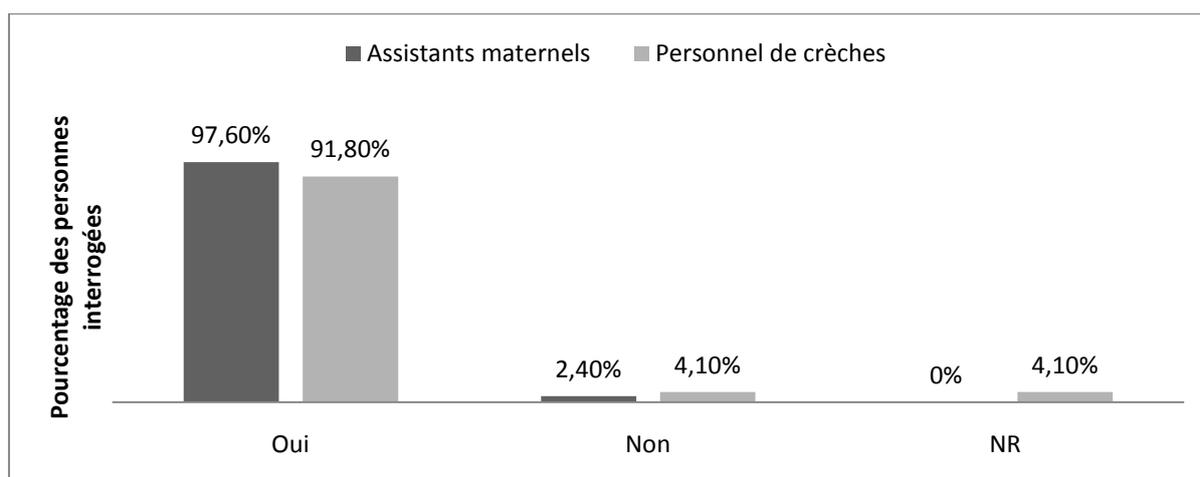
14) Avez-vous déjà remarqué qu'un enfant se fatigue au cours du repas ?



Graphique 28 : Etat de fatigue de l'enfant au cours du repas

La majorité des professionnels de crèches (77,6%) et des assistants maternels (51,8%) affirme accueillir des enfants qui se fatiguent au moment du repas. Toutefois une part importante des assistants maternels (47,1%) dit ne pas connaître de situations similaires. Notons que ces derniers ont été nombreux à répondre à cette question (seulement 1,2% de non-réponses contre 10,2% pour le personnel de crèches).

15) a/ Utilisez-vous des couverts spécifiquement adaptés aux très jeunes enfants ?

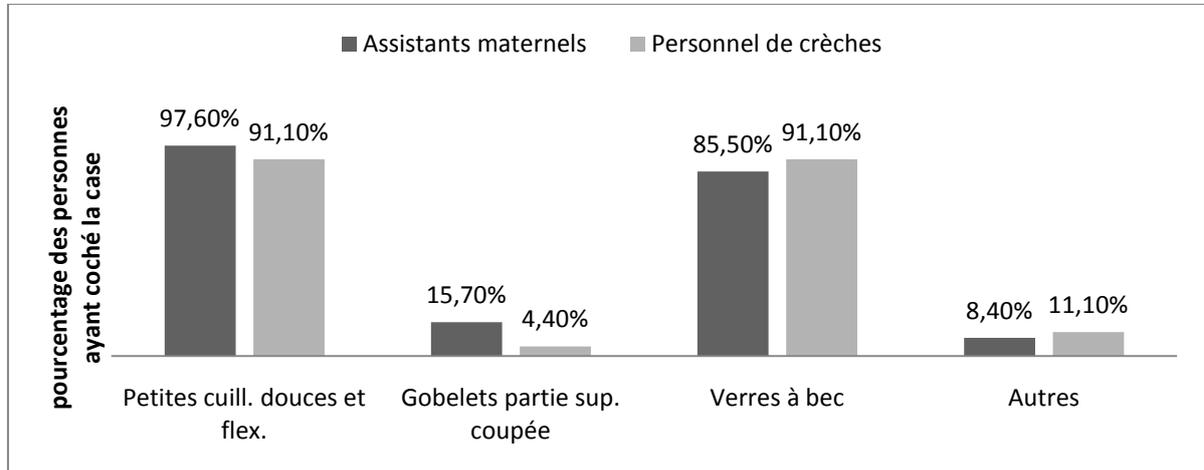


Graphique 29 : Utilisation de couverts spécifiques

Les résultats à cette question sont sans équivoque puisque les réponses affirmatives dépassent les 90% pour les deux types de professions (97,6% pour les assistants maternels et

91,8% pour le personnel de crèches). La plupart des professionnels de la petite enfance utilise des couverts spécifiquement adaptés aux très jeunes enfants.

15) b/ Si oui, lesquels ?

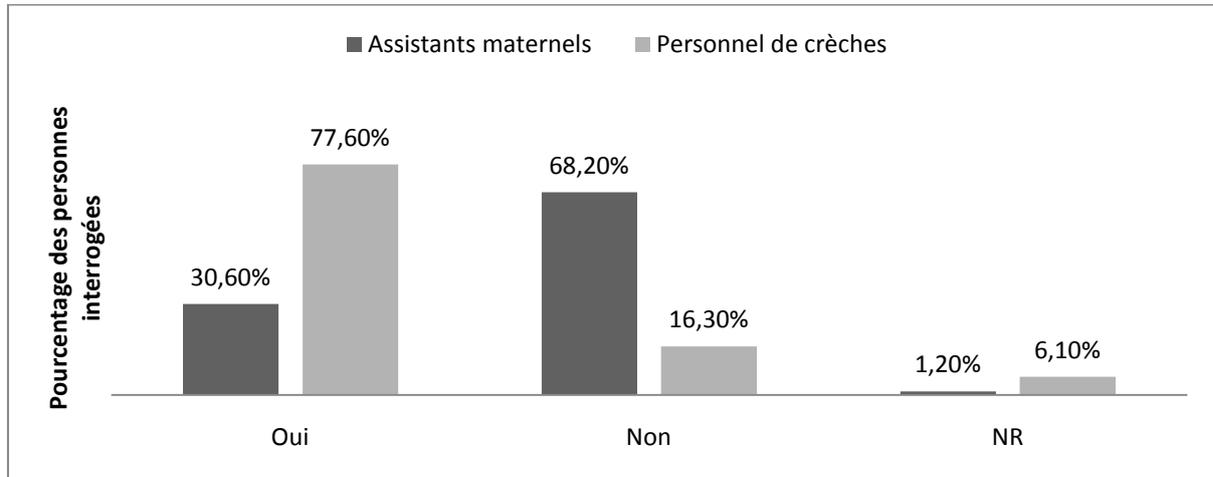


Graphique 30 : Type de couverts spécifiques utilisés

Cette question étant un QCM à complément multiple, les personnes interrogées peuvent cocher plusieurs propositions. Elle s'adresse uniquement aux 83 assistants maternels et aux 45 professionnels de crèches ayant répondu « oui » à la question précédente (Q15a).

Les couverts les plus fréquemment utilisés par les professionnels de la petite enfance (toutes formations confondues) sont les petites cuillères douces et flexibles (pour 94% de personnes en moyenne) ainsi que les verres à bec (pour 88% de personnes en moyenne). Les gobelets à la partie supérieure coupée (incision nasale) semblent être moins connus.

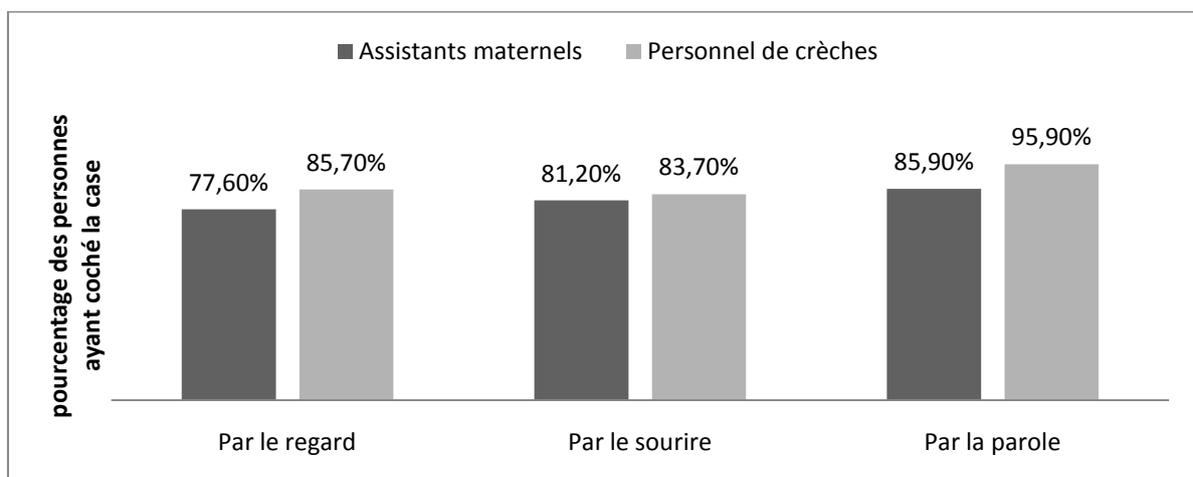
16) Arrive-t-il qu'un enfant ne semble pas éprouver du plaisir lors de l'alimentation ?



Graphique 31 : Etat de plaisir de l'enfant face à l'alimentation

Cette question fait ressortir des divergences d'expériences entre les deux types de professionnels interrogés. Une large majorité de personnes exerçant en structures (77,6%) dit avoir déjà constaté un manque de plaisir lors de l'alimentation chez au moins un des enfants accueillis contre 30,6% seulement des assistants maternels. Ces derniers sont nombreux (68,2%) à répondre « non » à cette question.

17) Comment se manifeste l'interaction au moment du repas entre vous et l'enfant que vous nourrissez ?



Graphique 32 : Manifestations de l'interaction entre l'enfant et le professionnel au moment du repas

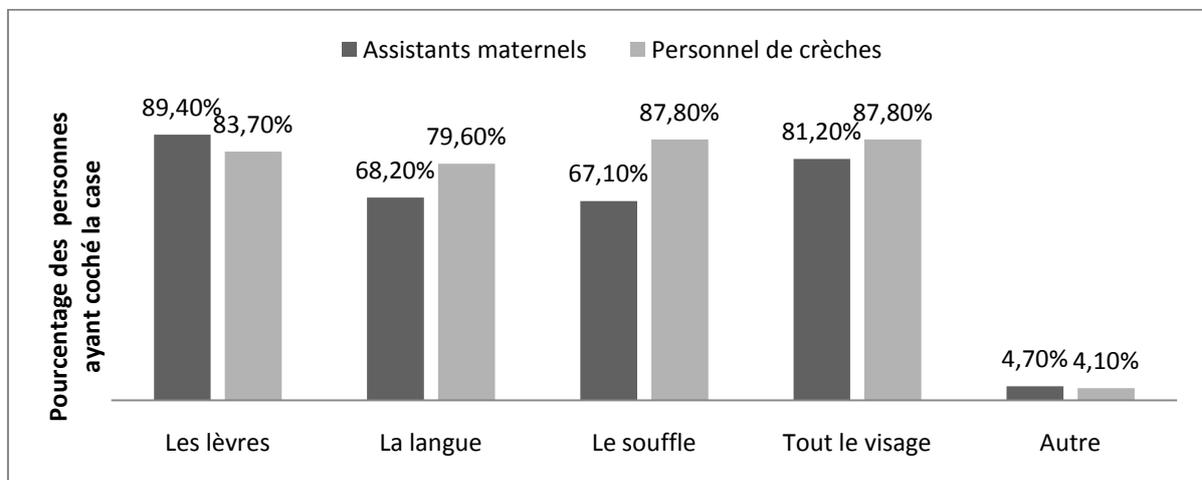
Cette question étant un QCM à complément multiple, les personnes interrogées peuvent cocher plusieurs propositions.

Les trois types de manifestations proposés (regard, sourire, parole) semblent correspondre à la relation qui se met en place entre les personnes interrogées et l'enfant qu'elles nourrissent. En effet, tous bénéficient d'un taux élevé de réponses. Bien qu'il n'existe que peu d'écart de résultats entre les trois propositions, la parole semble être un des moyens d'interaction le plus souvent reconnu (à 95,9% pour le personnel de crèches et à 85,9% pour les assistants maternels).

Nous pouvons apprécier au travers de cette question que les professionnels de la petite enfance observent et prennent en considération l'ensemble des moyens de communication des jeunes enfants au moment du repas.

- ***Volet 4 : Investissement de la sphère oro-faciale***

18) Les jeux bucco-faciaux que vous proposez aux enfants font intervenir...



Graphique 33 : Type de jeux bucco-faciaux proposés par les professionnels

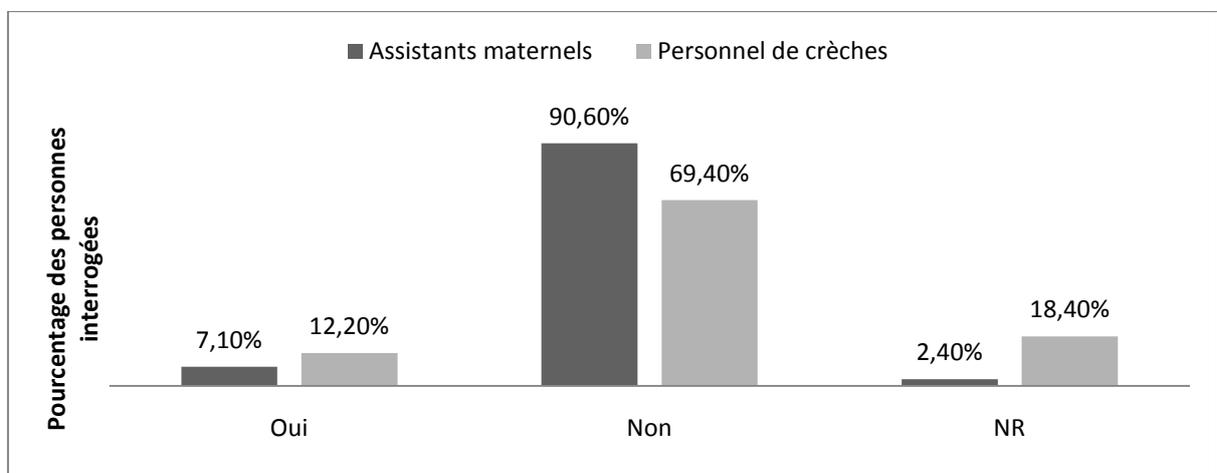
Cette question étant un QCM à complément multiple, les personnes interrogées peuvent cocher plusieurs propositions.

Pour un grand nombre d'assistants maternels (89,4%), les jeux bucco-faciaux proposés concernent les lèvres alors qu'ils font davantage participer le souffle ou tout le visage pour le personnel de crèches (87,8%). La langue est un peu moins sollicitée mais recouvre quand

même 79,6% des réponses pour les professionnels exerçant en structures et 68,2% pour les assistants maternels.

Ces résultats confirment le rôle important que tiennent les professionnels de la petite enfance dans la découverte de la sphère oro-faciale de l'enfant. Il semble que cette mission soit importante pour les assistants maternels et le personnel de crèches qui ont été nombreux à répondre à cette question.

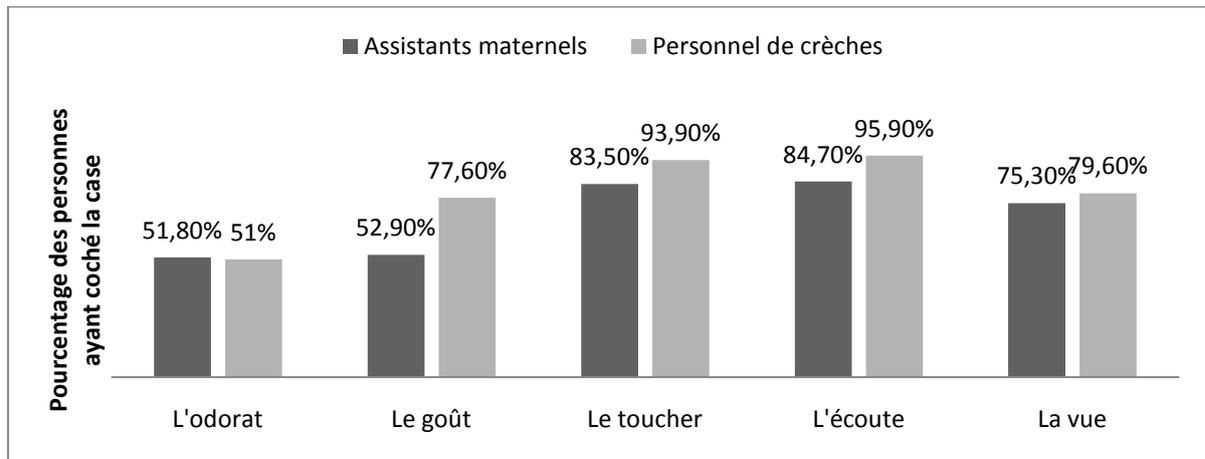
19) Arrive-t-il qu'un enfant refuse systématiquement les jeux bucco-faciaux ou qu'il détourne toujours la tête lorsque vous voulez lui toucher la bouche ?



Graphique 34 : Refus des jeux bucco-faciaux par un enfant

Les résultats à cette question sont explicites : la quasi-totalité des assistants maternels (90,6%) et une majorité des professionnels de crèches (69,4%) disent ne pas avoir connu d'enfant refusant les jeux bucco-faciaux proposés ou détournant la tête lorsqu'on lui touche la bouche. Notons qu'un nombre non négligeable de personnes exerçant en structures n'a pas répondu à cette question (18,4%).

20) Les jeux d'éveil à la sensorialité que vous proposez sont tournés vers...



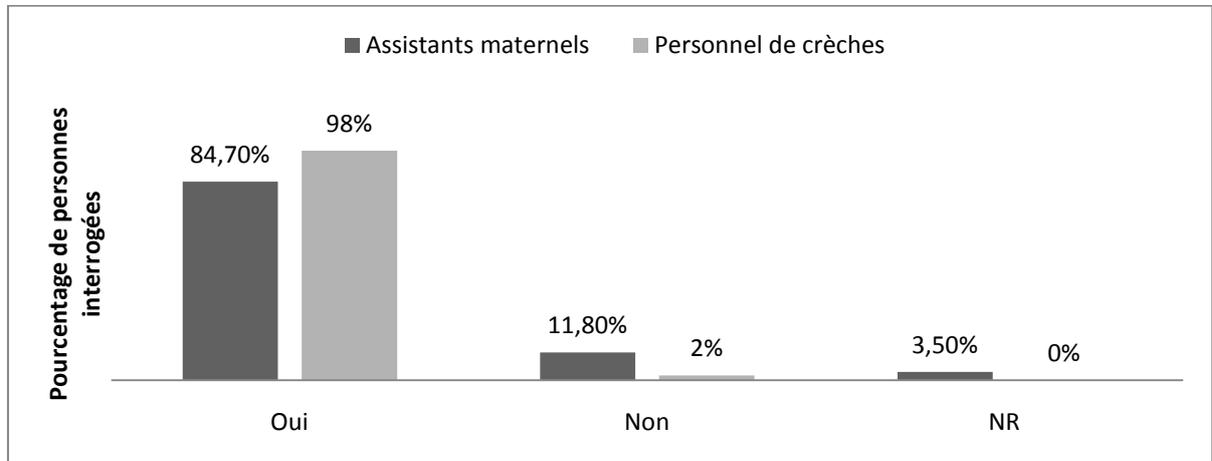
Graphique 35 : Type de jeux d'éveil à la sensorialité proposés par les professionnels

Cette question étant un QCM à complément multiple, les personnes interrogées peuvent cocher plusieurs propositions.

Parmi les jeux d'éveil à la sensorialité proposés par les professionnels de la petite enfance, l'écoute et le toucher sont particulièrement sollicités (en moyenne, 90% des personnes interrogées ont coché ces deux cases). Il était demandé dans le questionnaire de donner un exemple d'activité faisant intervenir le sens proposé. De nombreux professionnels ont répondu à cette demande. Les comptines, musiques, instruments et bruits de la vie courante ont été largement nommés pour illustrer les jeux d'écoute. Le toucher est appréhendé par la pâte à modeler, la manipulation d'aliments ou d'objets de textures différentes (lentilles, farine, glaçon, coton, feuilles, aluminium...) ainsi que les livres composés de matières diverses (doux, rugueux...). Les jeux visuels arrivent en troisième position, suivis de ceux tournés vers l'éveil gustatif à travers les ateliers cuisine ou encore la participation du personnel de crèches à la « Semaine du goût ».

Tout comme les jeux bucco-faciaux, les activités d'éveil à la sensorialité semblent très investies par les professionnels de la petite enfance.

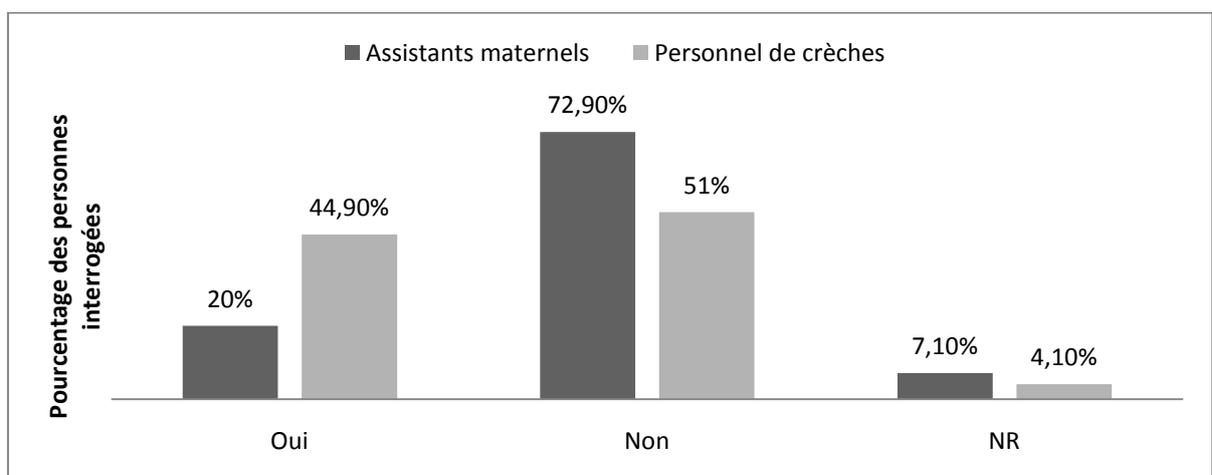
21) Parmi les jeux d'imitation présentés aux enfants, proposez-vous des jeux de dînette où l'enfant peut faire semblant de donner à manger à une poupée ou à l'adulte ?



Graphique 36 : Proposition de jeux de dînette à l'enfant

La quasi-totalité des professionnels de crèches (98%) et une grande majorité des assistants maternels (84,7%) proposent des jeux de dînette aux enfants dont ils ont la garde. Cette information est importante car l'imitation du repas permet aux enfants présentant des difficultés d'oralité alimentaire d'associer cette activité tant redoutée à un acte ludique donc positif.

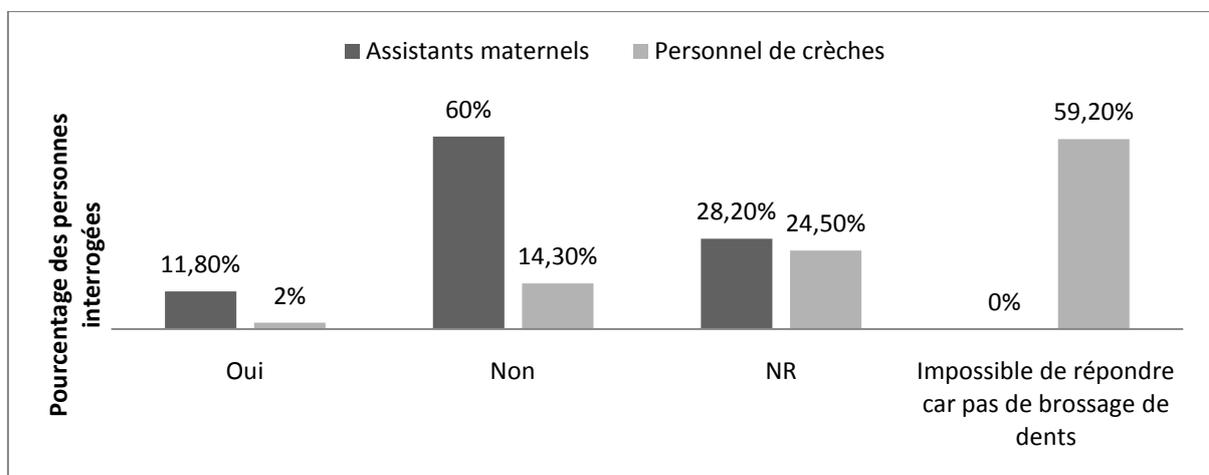
22) Arrive-t-il qu'un enfant ait un haut-le-cœur lorsqu'il porte des jouets (anneaux par exemple) ou sa main à sa bouche ?



Graphique 37 : Haut-le-cœur d'un enfant en situation de jeux de bouche

La majorité des professionnels de la petite enfance répond par la négative à cette question. Cependant, un pourcentage non négligeable de personnes exerçant en crèches (44,9%) et 20% d'assistants maternels reconnaissent avoir connu au moins un enfant présentant un haut-le-cœur en situation de jeux de bouche. Ces résultats sont à mettre en relation avec ceux de la question Q10b et confirment la présence de difficultés liées à l'oralité chez certains enfants accueillis par les professionnels de la petite enfance.

23) Lors du brossage des dents, arrive-t-il qu'un enfant ne supporte pas la présence de la brosse dans sa bouche ?

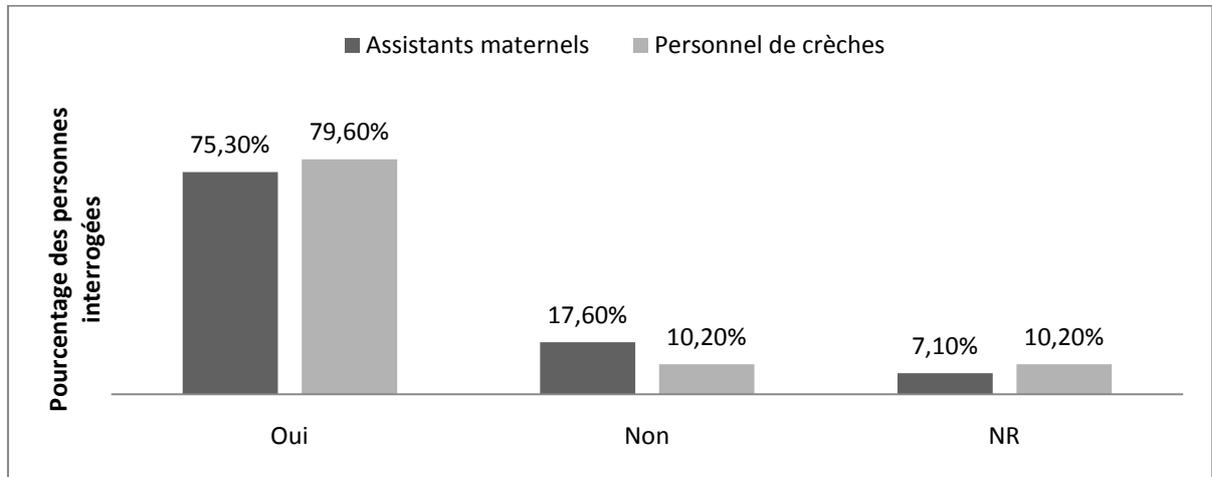


Graphique 38 : Refus de la présence de la brosse à dents dans la bouche

Les assistants maternels sont majoritaires à répondre par la négative à cette question (60%). Toutefois, 11,8% d'entre eux disent avoir été dans la situation où un enfant refusait le brossage des dents alors que les professionnels de crèches ne sont que 2% dans ce cas. On note cependant que 59,2% des personnes travaillant en structures ont précisé ne pas pouvoir répondre à cette question, le brossage des dents n'étant pas pratiqué dans l'établissement. Il est possible que le taux élevé de non-réponses soient également lié à cet élément.

Le refus du brossage des dents est une des manifestations d'une hyper-sensibilité orale. Néanmoins, cette activité n'étant pas systématiquement pratiquée dans les crèches ni chez les assistants maternels, nous ne pouvons pas tenir compte des résultats à cette question.

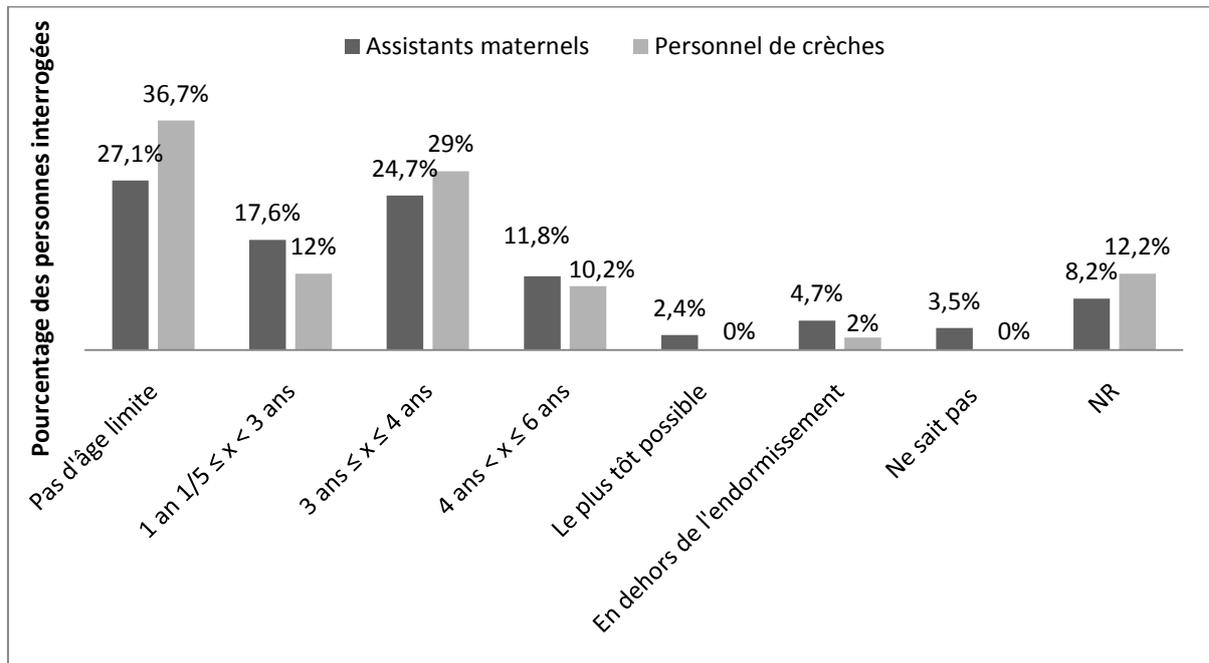
24) Lors du nettoyage du nez des enfants, arrive-t-il que vous vous chargiez de l'apprentissage du mouchage ou que vous le préconisiez aux parents ?



Graphique 39 : Apprentissage du mouchage

La grande majorité des personnes exerçant en crèches (79,6%) et des assistants maternels (75,3%) se charge de l'apprentissage du mouchage ou le préconise aux parents. Il semble donc que les professionnels de la petite enfance soient sensibles au nettoyage du nez, élément important car il favorise la ventilation nasale, absente chez de nombreux enfants dont l'oralité verbale est perturbée.

25) *A quel âge pensez-vous qu'un enfant ne doit plus avoir de sucette ?*



Graphique 40 : Age de l'abandon de la tétine selon les professionnels

La variété des réponses données par les professionnels de la petite enfance nous a conduites à les regrouper en 7 catégories.

La réponse « pas d'âge limite » a été la plus fréquemment proposée par le personnel de crèches (36,7%) et les assistants maternels (27,1%). Les réponses situant l'âge d'abandon de la tétine entre 3 et 4 ans arrivent en deuxième position puis suivent « entre 1 an et demi et 3 ans » et « entre 4 et 6 ans ». Notons que 3,5% des assistants maternels avouent ne pas savoir répondre à cette question. Enfin, les non-réponses atteignent 8,2% pour les assistants maternels et 12,2% pour le personnel de crèches. On peut légitimement penser que ces pourcentages recouvrent également des personnes qui ignoraient la réponse.

On remarque que les professionnels de la petite enfance ont des opinions très diverses sur l'âge auquel un enfant ne devrait plus avoir de tétine. Pourtant, bien qu'elle soit utile pour de nombreux bébés (source d'apaisement, procuration d'un sentiment de sécurité), elle peut, si elle persiste dans le temps, modifier la motricité bucco-pharyngée. Ainsi la prise tardive de la sucette peut empêcher un développement harmonieux de l'oralité verbale (troubles fonctionnels d'articulation et de parole). Il paraît donc important d'informer les professionnels de la petite enfance sur les inconvénients de la tétine passé un certain âge.

3.2 Conclusion

3.2.1 *Synthèse des résultats obtenus*

Les deux premiers volets du questionnaire nous ont permis de définir plus précisément la population interrogée :

- Concernant les assistants maternels :
 - ils sont une majorité à accueillir 2 ou 3 enfants ;
 - ils reçoivent des enfants âgés de 2 mois à 9 ans et demi (garde péri-scolaire) ;
 - leurs formations ou niveaux d'études est très hétérogène ;
 - ils sont nombreux (70,6%) à débiter dans la profession (moins d'1 an d'expérience) : la moyenne d'ancienneté se situe à 2 ans.
- Concernant les professionnels de crèches :
 - ils travaillent dans de petites structures (entre 20 et 30 enfants) pour la majorité d'entre eux (59,2%) ;
 - ils accueillent des enfants âgés de 2 mois à 4 ans ;
 - une grande partie d'entre eux sont auxiliaires de puériculture ;
 - leur nombre d'années d'expérience professionnelle est hétérogène, la moyenne d'ancienneté est de 11 ans.

L'objectif du questionnaire était de mettre en évidence un besoin d'information sur les troubles de l'oralité chez les professionnels de la petite enfance et d'en spécifier la nature.

Les questions du deuxième volet nous ont permis d'apprécier les connaissances des personnes interrogées au sujet de l'oralité. Nous avons ainsi appris qu'un certain nombre de ces professionnels n'avait pas abordé cette notion au cours de leur formation. Pour ceux qui connaissaient le concept d'oralité, peu d'entre eux étaient capables de restituer ce qu'ils en savaient. Cette enquête confirme la nécessité de reprendre les explications sur l'oralité et ses troubles. Nous avons également pu réunir un aperçu des besoins et attentes des professionnels de la petite enfance sur ce sujet.

Le troisième et le quatrième volet nous ont renseignées sur l'expérience et la pratique professionnelles des personnes sondées. L'alimentation et l'investissement de la sphère oro-faciale des enfants accueillis étaient au cœur des questions proposées. Les réponses données

nous ont confirmé l'hypothèse qu'un document portant sur les troubles de l'oralité alimentaire et verbale pouvait répondre à un besoin d'information.

3.2.2 *Difficultés rencontrées*

En règle générale, les questions ouvertes ont connu un taux d'abstention plus élevé que les questions fermées. Ceci s'explique par la nécessité de prendre plus de temps pour rédiger et étoffer les réponses mais aussi parce que certaines des questions ouvertes peuvent être difficiles : en effet, la notion d'oralité est complexe à expliquer. D'autres questions, qu'elles soient ouvertes ou fermées, demandent davantage d'investissement personnel. Qui plus est, le questionnaire est relativement long (25 questions et 9 sous-questions). Ces éléments peuvent avoir amené des personnes à le remplir rapidement et avec légèreté.

Pour certaines questions, nous avons pu constater des réponses radicalement opposées entre les assistants maternels et le personnel de crèches. Nous avons supposé que ces différences de points de vue venaient du fait que les assistants maternels étaient pour la plupart « jeunes expérimentés ». Il se peut que leur manque de pratique professionnelle se soit ressenti dans les réponses. On peut également envisager que quelques-uns d'entre eux aient « idéalisé » le métier. Nous émettons toutefois des réserves sur la pertinence de certaines réponses données. Rappelons que les assistants maternels débutants interrogés étaient en formation sur le langage lorsque nous leur avons proposé le questionnaire. Le fait de savoir que les résultats allaient figurer dans un mémoire d'orthophonie les a peut-être influencés dans le choix des réponses. De plus, il leur a été précisé que l'enquête avait pour but d'apprécier leurs connaissances, leur expérience et leur pratique professionnelles. Il est possible que les assistants maternels « jeunes expérimentés » se soient sentis évalués et que ce sentiment ait influencé leurs réponses à certaines questions. Il aurait donc été préférable d'interroger un panel plus hétérogène d'assistants maternels concernant leur expérience professionnelle.

Les éléments recueillis par l'intermédiaire du questionnaire ont donc servi de base à l'élaboration de la plaquette d'information.

IV. L'élaboration de la plaquette d'information

Les réponses données par les professionnels de la petite enfance au questionnaire nous ont confirmé la nécessité de réaliser un outil d'information sur l'oralité et ses troubles. Nous avons alors réfléchi aux critères de conception qui permettraient de faire une plaquette d'information adaptée à ses destinataires et à leurs attentes.

1. Support et forme

1.1 Choix du support

Parce qu'il est facile d'accès et permet une relecture rapide, nous avons opté pour un support papier. A l'inverse des supports électroniques, ce dernier ne nécessite aucune installation ni connaissances informatiques, il convient donc à un large public. Il peut également être dupliqué et distribué à volonté.

Nous avons préféré réaliser un outil relativement concis car nous savions que la population à laquelle il est destiné ne dispose que de peu de temps pour se documenter. Qui plus est, le but de ce support étant simplement de sensibiliser les professionnels de la petite enfance aux troubles de l'oralité, il nous semblait disproportionné de proposer un livret d'information certes complet, mais risquant de rebuter les lecteurs par sa longueur. Nous avons donc décidé qu'une plaquette d'information de format A4 serait la plus adaptée aux professionnels auxquels elle sera proposée. Ce type de support nous paraissait également le plus approprié, l'objectif du document étant d'informer ou de clarifier certaines connaissances et non de former les professionnels de la petite enfance au dépistage systématique des troubles de l'oralité.

1.2 Mise en forme

Nous avons utilisé le logiciel Microsoft Word qui nous a permis de choisir une mise en page horizontale, ou format paysage. Les textes et photos ont été disposés en trois colonnes de façon à ce que le document puisse se plier en trois volets verticaux. La plaquette est donc

constituée de six pages. Les intitulés de parties et de paragraphes, ainsi que les éléments qui nous semblaient importants (âges repères et mots-clés) ont été volontairement mis en gras et/ou en couleurs de façon à ce qu'ils soient facilement repérables. Enfin, pour guider les professionnels de la petite enfance dans la lecture du document, nous avons inséré trois icônes (carrés de couleur verte, rose saumon et bleue) au début et à la fin de la plaquette. Le lecteur peut, bien sûr, choisir de lire cet outil dans un ordre différent ou décider de ne lire que certaines informations. Les titres permettent alors de le guider dans cette sélection.

2. Contenu

Le contenu de notre plaquette regroupe diverses informations basées sur nos nombreuses lectures portant sur l'oralité et ses troubles, mais aussi sur les réponses des professionnels de la petite enfance au questionnaire. Ce dernier nous a permis de recueillir les demandes et les besoins de notre échantillon de population. Nous avons ainsi pu créer un support qui, nous l'espérons, correspond aux attentes et aux préoccupations des assistants maternels et du personnel de crèches.

2.1 Les textes et illustrations

Nous avons donc choisi de faire figurer dans la plaquette différentes informations concernant l'oralité, certaines d'entre elles faisant l'objet d'une partie annoncée par un titre. Notre souhait étant de créer un support accessible à tous les professionnels de la petite enfance, nous avons dû adapter le vocabulaire afin qu'il soit compris aisément quel que soit le niveau de formation des lecteurs.

Pour illustrer nos propos et rendre la plaquette plus attrayante, nous avons intégré des dessins et des photos. Notons que toutes les illustrations ont été téléchargées légalement via un site spécialisé en banque d'images et sont libres de droit d'auteur.

2.2 Structure de la plaquette

- La première page contient le titre de la plaquette ainsi que le public auquel elle est destinée. Des éléments de définition et d'explication de l'oralité tiennent ensuite lieu d'introduction.
- La deuxième partie s'intitule « Développement de l'oralité ». Elle reprend les grandes étapes de l'oralité alimentaire et verbale chez l'enfant en y intégrant des âges repères. Ces informations nous avaient été réclamées par les professionnels de la petite enfance dans le questionnaire.
- Le titre de la troisième partie « Comment se manifestent les troubles de l'oralité ? » annonce l'énumération des signes évocateurs d'un trouble de l'oralité verbale ou alimentaire.
- Le premier paragraphe de la 4^{ème} page s'intitule « A quoi est-ce dû ? ». Il aborde les causes les plus fréquentes d'un trouble de l'oralité. Nous avons également choisi de consacrer quelques lignes à la tétine et aux risques que peut entraîner son utilisation excessive et tardive. En effet, les réponses à la dernière question de l'enquête nous ont appris que les professionnels de la petite enfance avaient des croyances très diverses concernant l'âge conseillé d'abandon de la sucette. Il nous a donc semblé important de parler des effets de la tétine sur le développement oro-facial et sur la parole, ainsi que de donner un âge repère auquel l'enfant ne devrait plus avoir de sucette. Le second paragraphe est consacré aux conséquences d'un trouble de l'oralité alimentaire et/ou verbale.
- La cinquième page s'intitule : « Quelle attitude dois-je adopter ? ». Cette partie dresse une liste non exhaustive de conseils pratiques lorsqu'on s'occupe d'un enfant présentant des manifestations de troubles de l'oralité. Un autre paragraphe donne des exemples d'activités basées sur des stimulations tactiles, olfactives et gustatives développant les aptitudes sensorielles de l'enfant.
- Enfin, la sixième et dernière page du document constitue le dos de la plaquette. Il s'agit d'un bref récapitulatif des actions professionnelles à mettre en place lorsque le

travailleur de la petite enfance est confronté à un enfant qui semble connaître des difficultés liées à l'oralité. Cette dernière page se termine par une partie consacrée aux références utiles qui nous avaient été demandées par les professionnels de la petite enfance dans le questionnaire. Intitulé « Pour aller plus loin », ce paragraphe permet de rendre le lecteur actif puisqu'il liste deux références bibliographiques et trois sites internet. Ayant appris, grâce à l'enquête, que les assistants maternels préféraient rechercher des informations par le biais d'internet alors que les professionnels de crèche privilégiaient la documentation classique (livres, articles), nous avons choisi de proposer les deux types de références. Ainsi, nous espérons inciter les professionnels de la petite enfance à s'informer davantage sur les troubles de l'oralité et sur les moyens de s'y adapter.

3. Utilisation

Bien qu'il soit voué à sensibiliser les professionnels de la petite enfance sur les troubles de l'oralité, cet outil a également pour ambition d'aider ces mêmes professionnels dans leur pratique. En énumérant les signes d'alerte faisant penser à des difficultés liées à l'oralité, nous espérons inciter les lecteurs à être encore plus observateurs et vigilants concernant le comportement des enfants sur ce sujet. Les parties consacrées aux conseils pratiques et aux actions professionnelles à adopter face à un enfant dont l'oralité est perturbée s'inscrivent également dans une démarche de guidance.

Les troubles de l'oralité sont complexes et la brochure ne participe qu'à un étayage sur ce vaste sujet. Il nous semble donc souhaitable d'accompagner la diffusion de la plaquette d'une information orale. C'est pourquoi nous avons choisi de la présenter lors d'une réunion rassemblant les assistants maternels du « RAM » (Relais d'Assistants Maternelles) de Villenave-d'Ornon (33), afin de leur exposer cet outil. Cette intervention sera l'occasion d'explicitier et d'assurer la pertinence des informations sur les troubles de l'oralité alimentaire et verbale transmises dans la brochure. Elle pourra également faire l'objet d'un échange entre et avec les professionnels de la petite enfance sur ce sujet. Toutefois, même accompagné d'explications orales, il est important de rappeler que ce support ne remplace en aucun cas une formation spécifique sur l'oralité et ses troubles.

N'étant pas à l'origine destiné aux parents, cet outil peut toutefois leur être transmis lorsque les professionnels le jugent utile. La plaquette pourra alors servir de base au dialogue sur les possibles difficultés que rencontre leur enfant. Il est certain que cette initiative doit être

faite avec toute la finesse qu'elle exige. Bien sûr, un accompagnement s'avère ici plus que jamais nécessaire.

DISCUSSION

Discussion

Notre travail a abouti à la réalisation d'une plaquette d'information sur les troubles de l'oralité alimentaire et verbale, à destination des professionnels de la petite enfance. Pour y parvenir, nous avons dû nous confronter à un certain nombre d'interrogations. Nous aborderons donc nos réflexions sur des éléments de notre travail, ainsi que les difficultés rencontrées et leurs éventuelles influences sur le résultat de notre étude. Nous nous questionnerons alors sur les limites de notre mémoire et les perspectives qui en découlent.

I. Le questionnaire

La création du questionnaire nous a d'abord demandé de réfléchir à toutes les activités quotidiennes du jeune enfant qui mettaient en jeu son oralité et que les professionnels de la petite enfance accompagnaient. Les réponses nous ont ensuite permis de mieux connaître les assistants maternels et les professionnels de crèches concernant leur formation mais aussi leurs pratiques professionnelles. Bien qu'il ne nous ait pas été possible d'exploiter en détail toutes les informations recueillies dans l'enquête, nous avons tâché de tenir compte des plus importantes dans la plaquette.

Comme nous l'avons vu dans la partie consacrée à l'interprétation des résultats, les réponses des assistants maternels au questionnaire n'étaient pas toujours en adéquation avec celles des personnes exerçant en structures. Bien que notre échantillon de population fût assez important (49 professionnels de crèches et 85 assistants maternels), il n'était malheureusement pas représentatif. En effet, la majorité des assistants maternels interrogés débutait dans la profession. De plus, les conditions de passation étant particulières (lors d'une formation sur le langage), il est possible que le désir de démontrer leurs compétences professionnelles ait inconsciemment poussé ces personnes à valoriser leur pratique à travers leurs réponses. Il serait donc opportun de mener une autre étude en veillant à interroger des professionnels de la petite enfance aux profils hétérogènes. Enfin, on peut légitimement supposer que les individus qui n'ont pas souhaité répondre aux questions ouvertes étaient, soit hermétiques au sujet, soit en difficulté lors du passage à l'écrit. Proposer un nouveau mode

d'enquête (entretiens semi-dirigés par exemple) permettrait peut-être d'approfondir certaines questions chez des personnes qui, sur un questionnaire, les auraient délaissées.

II. La population d'étude

Le public visé par notre plaquette a également fait l'objet d'interrogations au cours de notre travail. Il nous semblait important de prendre en compte les deux principaux modes de garde des jeunes enfants : les assistants maternels et les crèches. Au fil de nos recherches, de nos rencontres mais aussi grâce aux réponses au questionnaire, nous avons pris conscience de la grande diversité de ces deux types de professionnels. Nous avons donc affaire à des personnes dont les formations, les pratiques et l'expérience professionnelles étaient totalement différentes mais qui partageaient le même objectif : veiller au bien-être, à l'éveil et au développement harmonieux de l'enfant. En gardant à l'esprit cette idée, nous avons tenté de construire un outil qui contribuait à l'épanouissement de l'oralité du jeune enfant tout en étant adapté aux deux types de professionnels visés.

Les assistants maternels et le personnel de crèches pouvaient également utiliser la plaquette comme un support et une aide au dialogue avec les parents. Il leur était alors possible, dans cette situation seulement, de la transmettre à des personnes autres que des professionnels de la petite enfance. En aucun cas elle ne pouvait être délivrée aux parents sans être accompagnée d'explications orales sur le sujet. Cependant, un support d'information sur les troubles de l'oralité destiné spécifiquement aux parents pourrait faire l'objet d'une nouvelle étude.

III. La plaquette

A notre connaissance, aucune plaquette d'information sur l'oralité et ses troubles à destination des professionnels de la petite enfance n'existait. Plus qu'intéressante, la réalisation d'un tel outil nous semblait nécessaire. D'une part parce que les assistants maternels et le personnel de crèches sont, après les parents, les plus à même de repérer un enfant dont le développement de l'oralité est perturbé, d'autre part parce que les réponses au

questionnaire ont confirmé le manque d'information à ce sujet. Qui plus est, l'enquête nous a aussi appris que de nombreux professionnels avaient déjà été confrontés à des enfants en difficultés concernant l'oralité. La plaquette se proposait donc de répondre à leurs interrogations en fournissant des éléments de définition mais aussi des informations pouvant être utiles dans leur pratique professionnelle (âges repères, manifestations des troubles, comportements à adopter...).

Délimiter le sujet de la plaquette a été une des tâches complexes auxquelles nous avons été confrontées. L'objectif du document étant de sensibiliser les professionnels aux troubles de l'oralité, nous nous devions de donner des informations générales sur ce sujet. Conscientes que certaines personnes n'avaient jamais abordé le concept d'oralité auparavant, nous avons décidé d'expliquer tout d'abord l'oralité alimentaire et verbale ainsi que les étapes de son développement, avant d'aborder les troubles qui y sont liés. Pour tenter de correspondre au quotidien du plus grand nombre, nous avons choisi d'évoquer les troubles de l'oralité concernant aussi bien les bébés nourris au biberon, que les enfants plus âgés passés à l'alimentation solide. Nous nous sommes alors aperçues que ces informations générales étaient très nombreuses et qu'il était difficile de les contenir dans une plaquette format A4. Il nous a fallu choisir les éléments qui nous semblaient capitaux tout en gardant à l'esprit les demandes faites par les professionnels de la petite enfance à travers le questionnaire. Nous avons ainsi tenté d'allier théorie et conseils pratiques tout en faisant un effort de concision. Le document étant destiné à des professionnels non médicaux, nous avons dû nous plier à un exercice de vulgarisation. L'hétérogénéité du public visé nous a obligées à adapter le lexique et les termes spécifiques, mais aussi à utiliser des tournures de phrases simples, accessibles à tous. Bien que rédiger une plaquette en tenant compte de tous ces critères ait été difficile, nous restons convaincues qu'il fallait d'abord passer par cette étape de familiarisation avec l'oralité pour ensuite pouvoir l'aborder en détails. Un livret d'information plus complet pourrait alors voir le jour dans le cadre d'un autre mémoire d'orthophonie.

La diffusion de la plaquette a également rencontré des complications. Nous avons convenu que des explications orales devaient idéalement accompagner la distribution du document. Malheureusement, le nombre important de personnes ayant répondu au questionnaire et qui méritait de recevoir un exemplaire de la brochure nous a mises dans l'impossibilité temporelle et spatiale de toutes les rencontrer afin de la leur présenter oralement. Seule une intervention dans un RAM (Relais d'Assistantes Maternelles) a pu être

organisée. Néanmoins, il serait intéressant de mettre en place des actions de prévention alliant une large diffusion de la plaquette et des rencontres avec ses destinataires. Des tables-rondes réunissant orthophonistes et professionnels de la petite enfance permettraient de créer un véritable partenariat visant à prévenir les troubles de la parole. Les conditions seraient alors réunies pour permettre une intervention préventive globale et cohérente telle qu'elle est évoquée dans le troisième chapitre de la partie théorique de notre étude.

Par manque de temps, nous n'avons pu effectuer d'analyse statistique des retours qualitatifs des professionnels ayant pris connaissance de la plaquette. Cependant, les témoignages que nous avons pu récolter confirment l'utilité d'un tel support d'information. Toutes les personnes interrogées nous ont affirmé en savoir plus sur l'oralité après avoir lu la brochure et pensent que certains conseils pratiques leur seront profitables au quotidien. Les appréciations majoritairement données furent la clarté, la concision ainsi que le caractère facilement compréhensible du document. Evaluer l'impact de l'utilisation prolongée de la plaquette sur la pratique professionnelle des assistants maternels et du personnel de crèches permettrait d'enrichir les réflexions sur les modifications à y apporter.

CONCLUSION

Conclusion

L'oralité est un concept relativement nouveau en orthophonie. Après l'avoir défini et abordé son développement, nous avons étudié les liens qu'entretenaient l'oralité verbale et l'oralité alimentaire à travers les étapes successives amenant l'enfant à s'alimenter proprement et à parler en étant compris de tous. Puis, notre intérêt s'est porté sur les troubles de l'oralité. Nous avons ainsi vu qu'ils pouvaient entraîner des conséquences sur le développement du langage oral (troubles d'articulation, retards de parole). Notre partie théorique nous a également beaucoup appris sur la prévention en orthophonie ainsi que sur les acteurs de la petite enfance. Nous avons alors pris conscience de l'importance d'un partenariat entre les orthophonistes et ces professionnels, qui côtoient l'enfant dès son plus jeune âge, pour mener à bien une politique de prévention globale. Conscientes que les troubles de l'oralité pouvaient être pris en charge précocement, nous avons alors émis l'hypothèse qu'informer les professionnels de la petite enfance sur ce sujet leur permettrait d'être plus vigilants et mieux armés devant un tout-petit rencontrant ces difficultés.

L'expérimentation nous a offert de mieux connaître le public auquel l'outil d'information était destiné. A travers une enquête par questionnaires, nous avons apprécié les connaissances des assistants maternels et du personnel de crèches sur l'oralité, ainsi que leurs pratiques professionnelles. Nous avons alors découvert le rôle important qu'ils jouaient dans l'investissement de la sphère oro-faciale du tout-petit (jeux bucco-faciaux, d'éveil à la sensorialité...). Leurs réponses nous ont aussi appris qu'un certain nombre d'entre eux avait été confronté à des enfants semblant manifester des difficultés liées à l'oralité. Nous avons donc entrepris la création d'une plaquette qui fournirait des explications sur l'oralité et ses troubles ainsi que des conseils pratiques, tout en tenant compte des demandes formulées par les professionnels dans le questionnaire. La fonction première du document étant la sensibilisation des professionnels de la petite enfance aux troubles de l'oralité, il n'a bien sûr pas été possible d'aborder ce vaste thème de manière exhaustive. Nous avons cependant tenu à donner quelques références (bibliographiques et informatiques) qui feront peut-être naître chez les lecteurs un besoin accru d'information voire de formation sur le sujet.

Nous espérons que cette plaquette a contribué à une meilleure connaissance des troubles de l'oralité par les acteurs de la petite enfance et plus largement, à la prévention des troubles du développement de la parole. Cette étude nous a permis de prendre conscience de l'intérêt et de la possibilité d'un réel partenariat entre les professionnels de la petite enfance et les orthophonistes en matière de prévention. Elle confirme la pertinence d'interventions sur ce terrain, en gardant toujours à l'esprit qu'informer les professionnels ne dispense pas de mener des actions similaires auprès des parents.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

1. ABADIE, V. (2001), Troubles du comportement alimentaire du nourrisson : aspects somatiques et psychiques, *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 14, 399-401.
2. ABADIE V. (2003), Développement de l'oralité, *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique* (O. Goulet & M. Vidailhet Eds), 2-5. Rueil-Malmaison : Douin.
3. ABADIE V. (2004a), Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 55-68
4. ABADIE, V. (2004b), L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant, *Archives de pédiatrie*, 11, 603-605.
5. ANZIEU, D. (1986), *Le moi-peau*, Paris : Dunod.
6. Association pour la Prévention en Orthophonie Dialogoris, *Les clés du langage*. (Film video).
7. BAILEY, R. et ANGELL, M., (2008), The ABC's of dysphagia management in schools : an overview of practical strategies, *ASHA leader*, 22, 8-10.
8. BARBIER, I. (2004), Les troubles de l'oralité du tout-petit et le rôle de l'accompagnement parental, *Rééducation orthophonique*, 220, 139-151.
9. BARBIER, I. (2008), Le toucher et la prise en charge précoce, *Rééducation orthophonique*, 236, 25-32.
10. BARBIER, I. (2010), Une cuillerée pour Papa... Une cuillerée pour Maman... Mais bébé, lui, ne mange pas... Comment accompagner le refus alimentaire de l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 242, 67-78.
11. BIAVA, M. et DESANLIS, A. (2004), Quels accueils pour la petite enfance ?, *Spirales*, 30, 29-49.
12. BLOCH, H. et coll. (2002), *Dictionnaire fondamental de la psychologie*, Larousse.
13. BOREL-MAISONNY, S. et LAUNAY, C. (1964), *Les troubles du langage, de la parole et de la voix chez l'enfant*, Paris : Masson.
14. BRIN, F. (2004), *Dictionnaire d'orthophonie*, Isbergues : Orthoédition
15. CARRARETTO, A. et KOKEL, E., *Passeport pour l'oralité*. (Livret d'accompagnement parental)

16. CASTELAIN, V. (2008), Troubles de l'oralité chez l'enfant en nutrition entérale, *Archives de pédiatrie*, 15, 18-22.
17. CHIVA, M. (2003), Aspects psychologiques et socioculturels des pratiques alimentaires, *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique* (O. Goulet & M. Vidailhet Eds), 19-27. Rueil-Malmaison : Douin.
18. COLOMB, V. (2003), Alimentation artificielle, *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique* (O. Goulet & M. Vidailhet Eds), 319-329. Rueil-Malmaison : Douin.
19. COQUET, F. (2010), Observation/évaluation du jeune enfant avec les protocoles 20 et 27 mois d'ÉVALO BB, *Rééducation orthophonique*, 244, 191-207.
20. COULY, G. (2010), *Les oralités humaines, Avaler et crier : le geste et son sens*. Rueil-Malmaison : Douin.
21. CRUNELLE, D. (2004), Les troubles de déglutition et d'alimentation de l'enfant cérébrolésé, *Rééducation orthophonique*, 220, 83-89.
22. CRUNELLE, D. (2010). S'attacher pour mieux se détacher : l'impact des interactions précoces sur l'émergence du langage. *Rééducation orthophonique*. 244, 13-19
23. DECRET n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, article 4
24. DELAHAIE, M. (2004), *L'évolution du langage de l'enfant : de la difficulté au trouble*, INPES éditions.
25. DENNI-KRICHEL, N. (2000), Le partenariat parents/orthophoniste dans l'éducation langagière d'un enfant porteur d'un handicap, *Rééducation orthophonique*, 202, 77-87.
26. DENNI-KRICHEL, N. (2004), La place de l'orthophoniste dans la prise en charge multidisciplinaire, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 471-477.
27. DIALOGORIS 0-4ans
28. DOLTO, F. (1984), *L'image inconsciente du corps*. Paris, Seuil.
29. DPL 3 (Dépistage et Prévention du Langage à 3 ans)
30. DUPRAZ, L. (2008), Nounou d'hier, assistante maternelle d'aujourd'hui : l'évolution d'une véritable profession, *Spirales*, 48, 57-73.
31. ERTL4 (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans)
32. ERTLA6 (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages à 6 ans)
33. ÉVALO BB (Méthodologie d'observation/évaluation du jeune enfant âgé de moins de 36 mois)

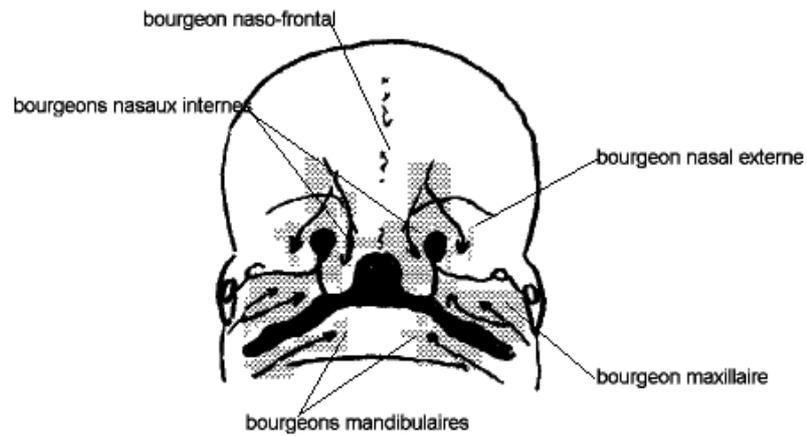
34. EYOUM, I. (2010), L'accompagnement parental de l'enfant handicapé, *Rééducation orthophonique*, 242, 111-118.
35. FEL, C., *Eveillez l'oralité de votre enfant prématuré*. (Plaquette d'information)
36. FEL, C., *La prématurité ou l'oralité troublée*. (Plaquette d'information)
37. FRANCISCO-HARZALLAOUI, M. (2010), La guidance/accompagnement familial auprès des enfants handicapés, *Rééducation orthophonique*, 242, 3-5.
38. FREUD, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Gallimard.
39. GALVAN, N. (2010), Entre prévention et soins : quels repères pour une action d'information prévenante sur le terrain de la Petite Enfance ?, *Rééducation orthophonique*, 241, 171-178.
40. GOLSE, B. et GUINOT, M. (2004), La bouche et l'oralité, *Rééducation orthophonique*, 220, 23-30.
41. GORDON-POMARES, C. (2004), La neurobiologie des troubles de l'oralité alimentaire, *Rééducation orthophonique*, 220, 15-21.
42. GOURRIER, E. (2010), Devenir des grands prématurés, *Rééducation orthophonique*, 241, 83-90.
43. GROUPE MIAM-MIAM, *Bon voyage au pays de la bouche*. Ecully : Ecully Graphic
44. HADDAD, M. (2007), La prise en charge orthophonique du bébé prématuré en néonatalogie, *Orthomagazine*, 68, 33-37.
45. HADDAD, M. (2008), Le rôle du toucher dans la prise en charge orthophonique du bébé prématuré en service de néonatalogie, *Rééducation orthophonique*, 236, 17-23.
46. LAU, C. (2007), Développement de l'oralité chez le nouveau-né prématuré, *Archives de pédiatrie*, 14, S35-S41.
47. LEBLANC, V. (2008), Nutrition artificielle et troubles de l'oralité alimentaire, *Archives de pédiatrie*, 15, 842
48. LEBLANC, V. et RUFFIER-BOURDET, M. (2009), Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel, *Spirale « Le bébé à l'hôpital »*, 51, 47-54.
49. LENEVEU-LUCAS, S. (2010), Reprise alimentaire après gastrostomie : si on parlait de la relation ? *Rééducation orthophonique*, 241, 131-140.
50. LEROY-MALHERBE, V. et LAIGLE, P. (2002), Modalités d'approche des troubles de la déglutition chez le nourrisson et l'enfant, *Médecine et enfance*, 325-334.
51. LEROY-MALHERBE, V. et coll. (2004), Consultation autour des troubles de la déglutition de l'enfant : de l'analyse physiopathologique au diagnostic, *Rééducation orthophonique*, 220, 69-82.

52. MAC NEILAGE, P. et DAVIS, B., (1998), The frame/content theory of evolution of speech production. *Behavioral and Brain sciences*, 21, 499-549.
53. MATAUSCH, C. (2004), Psychomotricité et oralité : une approche spécifique en réanimation néonatale, *Rééducation orthophonique*, 220, 102-112.
54. MELLIER, D. (1999), Les programmes de stimulations adressés aux bébés prématurés, *La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant*, p.21-36, Solal.
55. MELLUL, N. et THIBAUT, C. (2004), L'éducation orale précoce, *Rééducation orthophonique*, 220, 113-121.
56. MELLUL, N. et coll. (2010), Stimulation de l'oralité et grande prématurité, *Rééducation orthophonique*, 241, 91-102.
57. MERCIER, A. (2004), La nutrition entérale ou l'oralité troublée, *Rééducation orthophonique*, 220, 31-44
58. MICHAUD, L. et coll. (2008), Troubles de l'oralité après chirurgie digestive néonatale, *Archives de pédiatrie*, 15, 840-841.
59. MORISSEAU L. (2002), Relation de nourriture, relation à la mère, *Archives de pédiatrie*, 9, supplément 4, 456s-458s.
60. PAROL (Prévention Action Recherche des Orthophonistes pour les Langages), *En route pour le langage...*
61. PUECH, M., VERGEAU, D. (2004), Dysoralité : du refus à l'envie. *Rééducation orthophonique*. 220, 123-137.
62. RIGAL, N. (2004), La construction du goût chez l'enfant, *Rééducation orthophonique*, 220, 9-13.
63. ROBERT, D. et LAÏNES, G. (2004), L'examen instrumental de la déglutition chez l'enfant, *Rééducation orthophonique*, 220, 45-53.
64. 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
65. SENEZ, C. (2004), Hyper-nauséeux et troubles de l'oralité chez l'enfant, *Rééducation orthophonique*, 220, 91-101.
66. THIBAUT, C. (2007). *Orthophonie et oralité, La sphère oro-faciale de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
67. THIBAUT, C. (2010), Oralité et maladies rares, Pour une intervention orthophonique précoce. *Orthomagazine*. 91, 18-24

68. VANNIER, S. (2008), Quand l'enfant ne mâche pas ses mots, *Orthomagazine*, 79, 22-24.
69. www.eveildeloralite.blogspot.com
70. www.groupe-miam-miam.fr
71. www.oralite.fr

ANNEXES

Annexe 1



■ Migration des cellules de la crête neurale

Figure 1 : La face embryonnaire vers le 42^{ème} jour (adaptée de THIBAUT, 2007)

Annexe 2

Âges Mois	Motricité Globale	Préhension	Temps de préparation	Temps de transport oral	Temps pharyngé	Progression
0-4	asym + flex tête médiane	Aspiration à la tétine : sein ou biberon		Sucking*	Succion-déglutition réflexe	Liquide
4-6	Tenu assis Contrôle de tête	Tétine+ débuts à la cuillère+ apprentis- sage de la boisson au verre	Malaxage	Sucking	Diminution du réflexe de succion- déglutition	Liquide + Semi- liquide
6-9	Rotation 4 pattes Debout	Tétine + cuillère + verre	Malaxage + début de mastication	Sucking** + début sucking	Début de dissociation entre succion et déglutition	Semi-liquide + Mixé
9-12	Marche de côté	Cuillère + verre	Malaxage > mastication	Sucking > sucking		Mixé + Solide mou
12-18	Marche + Différents stades	Cuillère + verre	Malaxage < mastication	Sucking < sucking		Solide mou + Solide dur
18-24	Sensori Moteurs	Cuillère + verre	Mastication Sucking		Succion et déglutition indépendantes	Solide dur

Tableau 1: Evolution de la déglutition en fonction du développement neuro-moteur (PUECH et VERGEAU, 2004)

Annexe 3

Classification des refus alimentaires (SENEZ, 2002) :

- Niveau N (normal) : Le sujet accepte les morceaux. Pas de sélection particulière pour les aliments. Prend plaisir à s'alimenter.
- Niveau 1 : Refus des morceaux consistants. Certains petits morceaux non fibreux acceptés, mais propension fréquente à stocker les fibres alimentaires, surtout d'origine animale, dans les sillons jugaux sans les déglutir. Ces boules de fibres peuvent être recrachées longtemps après la fin du repas. Pas de préférence exagérée pour les aliments sucrés. Pas de susceptibilité particulière aux aliments froids. Prend plaisir à s'alimenter. A bon appétit.
- Niveau 2 : Refus de tout morceau. Alimentation mixée grossièrement acceptée avec des fibres alimentaires tendres et accompagnées d'un liant de type sauce blanche. Petite préférence pour le sucré. Petite réaction aux aliments froids. Prend plaisir à s'alimenter avec les aliments qu'il a sélectionnés. A bon appétit.
- Niveau 3 : Refus des morceaux et des moindres petites particules. Alimentation mixée fin homogène, de la consistance d'une pommade. Nette préférence pour le sucré. Réaction d'aversion aux aliments froids. Seuls les aliments tièdes sont acceptés. N'a aucun plaisir à s'alimenter. Lenteur pour s'alimenter. A peu d'appétit.
- Niveau 4 : Refus du passage à une alimentation variée à la cuillère, quel que soit l'âge. Seule l'alimentation au biberon contenant du lait tiède est acceptée. Aucun plaisir en dehors du lait.
- Niveau 5 : Refus total d'une alimentation orale. Le seul contact tactile sur les lèvres déclenche une réaction nauséuse exacerbée. Alimentation entérale par sonde de gastrostomie. Aucun plaisir oral.

Annexe 4

Classification et signes cliniques du nauséux (SENEZ, 2002) :

- Stade 0 : Aucun nauséux déclenché en allant toucher les piliers du voile et la base de langue. En revanche une contraction vélaire est observée. Cette absence de réaction est normale chez 13 % des sujets bien portants étudiés par Leder.
- Stade N : La zone de déclenchement est située au niveau des piliers du voile et de la base de langue. C'est la zone normale de déclenchement d'un nauséux chez la grande majorité des adultes bien portants.
- Stade 1 : La zone de déclenchement est située postérieurement après le creux du palais et dans la partie postérieure du dos de la langue. L'intensité de la réaction peut être vive à modérée. Vomissements ou régurgitations récurrents (VRR) ne sont jamais observés à ce stade.
- Stade 2 : La zone de déclenchement est située postérieurement après le creux du palais et dans la partie postérieure du dos de la langue. L'intensité de la réaction peut être vive à modérée. VRR associés dans un cas sur trois.
- Stade 3 : La zone de déclenchement est située dans le creux du palais. L'intensité de la réaction est vive et peut entraîner une toux et une rougeur de la face. VRR associés dans un cas sur deux.
- Stade 4 : La zone de déclenchement est située dans la partie antérieure entre la zone apicale et le creux du palais. L'intensité de la réaction est très vive comme dans le stade 3. VRR associés dans un cas et demi sur deux.
- Stade 5 : La zone de déclenchement est située au niveau des lèvres. L'intensité de la réaction est très vive. VRR associés dans presque tous les cas.

Annexe 5

Echelle d'évaluation de l'hypersensitivité tactile (LEBLANC et RUFFIER-BOURDET, 2009) :

- Stade 5 : Aversion pour le contact corporel et pour le toucher de tout type de matière : matières franches (bois, plastique, tissus) mais aussi matières/textures molles, aériennes (plumes, coton, pâte à modeler, peintures ; pâtes et riz cuit, fruits et légumes crus, épluchés). Il arrive que le toucher de ces matières entraîne une nausée.
- Stade 4 : Toucher possible du corps et des matières franches. Toucher difficile des textures sèches (pâtes et riz crus, semoule, légumes et fruits secs non épluchés), des textures molles (pâte à modeler, pâtes et riz cuits) et des textures aériennes (plumes, coton, farine).
- Stade 3 : Toucher possible du corps, des matières franches et sèches. Toucher difficile des matières molles et gélatineuses. Les matières et textures aériennes restent impossibles à toucher (coton, plume, farine).
- Stade 2 : Toucher possible du corps, des matières franches, sèches et molles. Aversion pour les matières collantes au doigt et les textures aériennes.
- Stade 1 : Toucher possible jusqu'aux matières et textures collantes.
- Stade 0 : L'enfant n'a plus d'appréhension tactile.

Annexe 6

Echelle d'évaluation de l'hypersensibilité orale (LEBLANC et RUFFIER-BOURDET, 2009) :

- Stade 5 : L'enfant ne laisse aucun accès au visage, plus il y a de tentatives, plus il met en place des défenses.
- Stade 4 : Il est possible de toucher le menton et les joues mais les autres zones sont défendues.
- Stade 3 : L'enfant nous laisse toucher les zones exo-buccales (joues, menton, lèvres) mais les zones endo-buccales sont encore défendues.
- Stade 2 : Le toucher des zones exo-buccales est possible. De petits massages sur les gencives et les joues en restant en antérieur sont réalisables.
- Stade 1 : Les massages sont appréciés sur les gencives, les joues, partie antérieure du palais et la pointe de la langue.
- Stade 0 : Toutes les zones endo- et exo-buccales ainsi que les parties postérieures des gencives, de la langue, et du palais peuvent être sollicitées.

Annexe 7

Protocole de massages visant à désensibiliser l'hyper-réactivité du réflexe nauséux (SENEZ, 2002) :

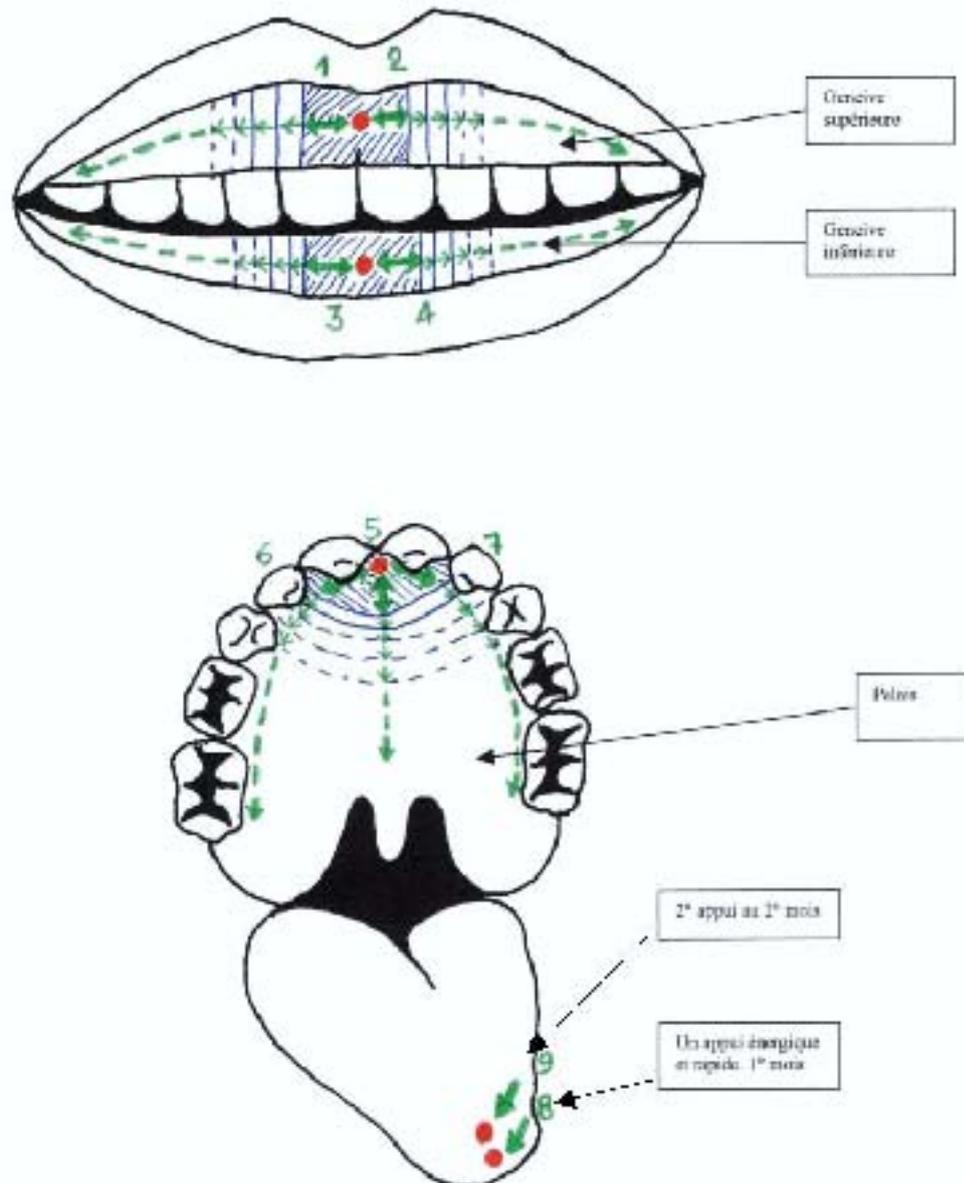


Figure : Les massages de désensibilisation de l'hyper nauséux.

Les points rouges indiquent les points de repère d'où partent et reviennent les 3 passages aller-retour.
 Les flèches  indiquent les 3 aller-retour
 Les chiffres verts donnent l'ordre dans lequel les massages sont faits.
 La zone hachurée en bleu indique l'amplitude du mouvement la première semaine
 Les traits bleus indiquent l'amplitude à atteindre chaque semaine
 Le pointillé vert indique le trajet et l'amplitude des massages au cours du traitement.

Annexe 8

Lettre de demande de participation adressée aux professionnels de crèches

Magali Canouet
36 rue Pontet Lamartine
33600 Pessac

Tél : 06.77.13.43.96
e-mail : canouetmagali@yahoo.fr

Bordeaux, le 9/09/10

Objet : Participation à un mémoire d'orthophonie : élaboration d'une plaquette sur les troubles de l'oralité

A l'attention du responsable et du médecin de la structure,

Etudiante en 4^{ème} année à l'école d'orthophonie de Bordeaux, je réalise mon mémoire de fin d'études sur les difficultés d'oralité du jeune enfant. L'oralité est un concept qui rassemble toutes les fonctions liées à la bouche, organe qui occupe une place aussi importante dans les fonctions vitales - l'alimentation et la déglutition - que dans le développement du langage oral. L'oralité concerne donc l'alimentation et l'émergence du langage. Il arrive parfois que les difficultés d'oralité engendrent des troubles du langage oral (troubles d'articulation, retard de parole).

Il me paraît donc intéressant de sensibiliser les professionnels de la petite enfance aux troubles de l'oralité et ses conséquences. Mon projet est d'élaborer une **plaquette d'information** afin d'aider le personnel des structures multi-accueil et les assistants maternels à mieux connaître les difficultés de l'oralité. Ce support permettra d'apporter une information globale sur ces troubles. Pour cela, je me permets de vous solliciter pour que la plaquette d'informations soit la plus pertinente possible et corresponde à vos attentes, vos questionnements et votre expérience.

Dans un premier temps, j'aurais besoin que vous répondiez en quelques minutes à un **questionnaire** individuel que je vous enverrai. Vos réponses, traitées de manière anonyme, m'aideront alors à construire la **plaquette** qui vous sera distribuée dans un deuxième temps. Ensuite, afin d'évaluer les informations apportées par cette dernière, je vous demanderai de répondre par e-mail à un deuxième questionnaire pour connaître les manques et changements à apporter la plaquette.

Si des professionnels de votre structure sont intéressés pour participer à cette étude, merci de me renvoyer le bulletin réponse ci-joint par courrier ou par e-mail aux coordonnées inscrites en en-tête avant le 10 octobre 2010. Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à me contacter par e-mail ou par téléphone.

En vous remerciant par avance de votre participation, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de mes sincères salutations.

Magali Canouet

Annexe 9

Lettre de demande de participation adressée aux assistants maternels

Magali Canouet
36 rue Pontet Lamartine
33600 Pessac

Tél : 06.77.13.43.96
e-mail : canouetmagali@yahoo.fr

Bordeaux, le 1/10/10

Objet : Participation à un mémoire d'orthophonie : élaboration d'une plaquette sur les troubles de l'oralité

Mesdames, Messieurs,

Etudiante en 4^{ème} année à l'école d'orthophonie de Bordeaux, je réalise mon mémoire de fin d'études sur les difficultés d'oralité du jeune enfant. L'oralité est un concept qui rassemble toutes les fonctions liées à la bouche, organe qui occupe une place aussi importante dans les fonctions vitales - l'alimentation et la déglutition - que dans le développement du langage oral. L'oralité concerne donc l'alimentation et l'émergence du langage. Il arrive parfois que les difficultés d'oralité engendrent des troubles du langage oral (troubles d'articulation, retard de parole).

Il me paraît donc intéressant de sensibiliser les professionnels de la petite enfance aux troubles de l'oralité et ses conséquences. Mon projet est d'élaborer une **plaquette d'information** afin d'aider les assistants maternels et le personnel de crèches à mieux connaître les difficultés de l'oralité. Ce support permettra d'apporter une information globale sur ces troubles. Pour cela, je me permets de vous solliciter pour que la plaquette d'informations soit la plus pertinente possible et corresponde à vos attentes, vos questionnements et votre expérience.

Dans un premier temps, j'aurais besoin que vous répondiez en quelques minutes à un **questionnaire** individuel (joint à cette lettre). Vos réponses, traitées de manière anonyme, m'aideront alors à construire la **plaquette** qui vous sera distribuée dans un deuxième temps. Ensuite, afin d'évaluer les informations apportées par cette dernière, je vous demanderai de répondre par e-mail à un deuxième questionnaire pour connaître les manques et changements à apporter la plaquette.

Si vous êtes intéressés pour participer à cette étude, merci de me renvoyer le questionnaire ci-joint par courrier aux coordonnées inscrites en en-tête avant le 15 novembre 2010 ou de le faire passer à la personne qui vous l'aura distribué. Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à me contacter par e-mail ou par téléphone.

En vous remerciant par avance de votre participation, je vous prie de croire, Mesdames, Messieurs, en l'expression de mes sincères salutations.

Magali Canouet

Annexe 10

QUESTIONNAIRE

Assistants maternels

Volet 1 : Renseignements administratifs :

Nom :

Nombre d'enfants accueillis :

Age des enfants :

Volet 2 : Faisons connaissance...1) *Quelle est votre formation professionnelle ? (niveau d'études)*

.....

2) *Combien d'années d'expérience professionnelle en tant qu'assistant maternel avez-vous ?*

.....

3) *a/ Avez-vous abordé le concept d'oralité ou de troubles de l'oralité dans votre formation initiale ou au cours de différentes formations complémentaires ?*

- de manière approfondie
- suffisamment
- peu
- pas du tout
- ne sais pas

b/ Si oui, avez-vous été satisfait de cet enseignement ?

- très satisfait
- satisfait
- peu satisfait
- pas du tout satisfait

c/ Si vous n'avez pas abordé le concept d'oralité lors de votre formation, en avez-vous entendu parler ailleurs ?

- oui
- non

d/ Si oui, dans quel contexte :

- expérience avec un enfant dont vous aviez la garde
- dans votre vie personnelle
- au cours de lectures
- autres, précisez :

e/ Si oui, qu'en saviez-vous ?

.....

4) a/ Lorsqu'on vous a parlé d'oralité (dans votre formation ou ailleurs), avez-vous cherché à vous documenter?

- oui
- non

b/ Si oui, par quels moyens :

- questions à des professionnels (précisez quels professionnels)
- lectures de livres, d'articles
- internet
- autres, précisez :

5) Saviez-vous que les difficultés liées au développement de l'oralité entraînent dans le champ d'intervention de l'orthophonie ?

- oui
- non

6) Pouvez-vous cocher les informations qui vous sembleraient les plus utiles concernant l'oralité et ses difficultés ?

- définition et explication du concept d'oralité
- signes évocateurs d'un trouble de l'oralité
- facteurs de risque pouvant entraîner un trouble de l'oralité
- conséquences des difficultés de développement de l'oralité sur le langage oral
- conseils possibles face à un enfant présentant des difficultés liées à l'oralité
- autres, précisez :

Volet 3 : Déroulement des repas :

7) Combien d'enfants avez-vous en charge au moment du repas ?

8) Quelle est la durée moyenne dont vous disposez pour faire manger un enfant ? minutes.

9) Pour vous, comment se passe le repas d'une manière générale ?

- moment très détendu
- détendu
- pressé
- stressé
- autre, précisez :

10) a/ Au cours des repas, avez-vous déjà été dans une situation où un enfant rencontre des difficultés ?

- oui
- non

b/ Si oui, de quel type ?

➤ Pour les enfants nourris au biberon :

- hauts le cœur
- régurgitations, vomissements, reflux gastro-œsophagien (RGO)
- douleurs d'origine digestive, coliques
- fausses routes, toux
- temps de tétée supérieur à 15 minutes
- fuite de lait

- autres, précisez :
- Pour les enfants étant passés à l'alimentation solide :
- hauts le cœur
 - régurgitations, vomissements, reflux gastro-œsophagien (RGO)
 - douleurs d'origine digestive, coliques
 - fausses routes, toux
 - temps de repas supérieur à 30 min
 - refuse les aliments nouveaux
 - refuse les morceaux dans les purées et aliments mixés et peut aller jusqu'à les recracher
 - garde la nourriture en bouche très longtemps avant de l'avaler
 - autres, précisez :

11) *Quand un enfant a souvent des difficultés à boire son biberon, que faites-vous ?*

- changement de position de l'enfant
- changement de votre posture vis-à-vis de l'enfant
- changement de texture de la tétine (silicone, caoutchouc, débit variable)
- changement de pièce
- autres, précisez :

12) *a/ Arrive-t-il que le passage du biberon à la cuillère soit difficile ?*

- oui
- non

b/ Si oui, comment procédez-vous ?

13) *a/ Arrive-t-il qu'un enfant refuse à plusieurs reprises le moment du repas ?*

- oui
- non

b/ Si oui, que faites-vous ?

- vous lui proposez le repas à un autre moment
- vous lui proposez autre chose à manger
- vous le laissez à table
- vous n'insistez pas
- autres, précisez :

14) *Avez-vous déjà remarqué qu'un enfant se fatigue au cours du repas ?*

- oui
- non

15) *a/ Utilisez-vous des couverts spécifiquement adaptés aux très jeunes enfants ?*

- oui
- non

b/ Si oui, lesquels ?

- petites cuillères douces et flexibles
- gobelets avec partie supérieure coupée (incision nasale)
- verres avec bec
- autres, précisez.....

16) *Arrive-t-il qu'un enfant ne semble pas éprouver de plaisir lors de l'alimentation ?*

- oui
 non

17) *Comment se manifeste l'interaction au moment du repas entre vous et l'enfant que vous nourrissez ?*

- par le regard
 par le sourire
 par la parole

Volet 4 : Investissement de la sphère oro-faciale :

18) *Les jeux bucco-faciaux que vous proposez aux enfants font intervenir :*

- les lèvres (grimaces, baisers...)
 la langue (claquer la langue...)
 le souffle (par le nez et la bouche : jouets sonores, bulles de savon...)
 tout le visage (comptine qui nécessite de toucher les parties du visage...)
 autre, précisez :

19) *Arrive-t-il qu'un enfant refuse systématiquement les jeux bucco-faciaux ou qu'il détourne toujours la tête lorsque vous voulez lui toucher la bouche?*

- oui
 non

20) *Les jeux d'éveil à la sensorialité que vous proposez sont tournés vers :*

- l'odorat, donnez un exemple :
 le goût, donnez un exemple :
 le toucher, donnez un exemple :
 l'écoute, donnez un exemple :
 la vue, donnez un exemple :

21) *Parmi les jeux d'imitation présentés aux enfants, proposez-vous des jeux de dinette où l'enfant peut faire semblant de donner à manger à une poupée ou à l'adulte ?*

- oui
 non

22) *Arrive-t-il qu'un enfant ait un haut le cœur lorsqu'il porte des jouets (anneaux par exemple) ou sa main à sa bouche ?*

- oui
 non

23) *Lors du brossage des dents, arrive-t-il qu'un enfant ne supporte pas la présence de la brosse dans sa bouche ?*

- oui
 non

24) *Lors du nettoyage du nez des enfants, arrive-t-il que vous vous chargiez de l'apprentissage du mouchage ou que vous le préconisiez aux parents ?*

- oui
 non

25) *A quel âge pensez-vous qu'un enfant ne doit plus avoir de sucette ?.....*

Annexe 11

QUESTIONNAIRE crèches

Volet 1 : Renseignements administratifs :

Nom de la crèche :

Nombre d'enfants accueillis dans la structure :

Age des enfants :

Volet 2 : Faisons connaissance...

1) *Quelle est votre profession ?*

- puéricultrice
- auxiliaire de puériculture
- éducatrice de jeunes enfants
- autre, précisez :

2) *Combien d'années d'expérience professionnelle avez-vous ?*

3) *a/ Avez-vous abordé le concept d'oralité ou de troubles de l'oralité dans votre formation initiale ou au cours de différentes formations complémentaires ?*

- de manière approfondie
- suffisamment
- peu
- pas du tout
- je ne sais pas

b/ Si oui, avez-vous été satisfait de cet enseignement ?

- très satisfait
- satisfait
- peu satisfait
- pas du tout satisfait

c/ Si vous n'avez pas abordé le concept d'oralité lors de votre formation, en avez-vous entendu parler ailleurs ?

- oui
- non

d/ Si oui, dans quel contexte :

- expérience avec un enfant accueilli dans la structure
- dans votre vie personnelle
- au cours de lectures
- autres, précisez :

e/ Si oui, qu'en savez-vous ?

4) *a/ Lorsqu'on vous a parlé d'oralité (dans votre formation ou ailleurs), avez-vous cherché à vous documenter?*

- oui
 non

b/ Si oui, par quels moyens :

- questions à des professionnels (précisez quels professionnels)
 lectures de livres, d'articles
 internet
 autres, précisez :

5) *Saviez-vous que les difficultés liées au développement de l'oralité entraînent dans le champs d'intervention de l'orthophonie ?*

- oui
 non

6) *Pouvez-vous cocher les informations qui vous sembleraient les plus utiles concernant l'oralité et ses difficultés ?*

- définition et explication du concept d'oralité
 signes évocateurs d'un trouble de l'oralité
 facteurs de risque pouvant entraîner un trouble de l'oralité
 conséquences des difficultés de développement de l'oralité sur le langage oral
 conseils possibles face à un enfant présentant des difficultés liées à l'oralité
 autres, précisez :

Volet 3 : Déroulement des repas :

7) *Combien d'enfants avez-vous en charge au moment du repas ?.....*

8) *Quelle est la durée moyenne dont vous disposez pour faire manger un enfant ?..... minutes.*

9) *Pour vous, comment se passe le repas d'une manière générale ?*

- moment très détendu
 détendu
 pressé
 stressé
 autre, précisez :

10) *Au cours des repas, avez-vous déjà été dans une situation où un enfant rencontre des difficultés ?*

- oui
 non

a/ Si oui, de quel type ?

➤ *Pour les enfants nourris au biberon :*

- hauts le cœur
 régurgitations, vomissements, reflux gastro-œsophagien (RGO)
 douleurs d'origine digestive, coliques
 fausses routes, toux
 temps de tétée supérieur à 15 minutes / temps de repas (solide) supérieur à 30 min
 fuite de lait

- autres, précisez :
- Pour les enfants étant passés à l'alimentation solide :
- hauts le cœur
 - régurgitations, vomissements, reflux gastro-œsophagien (RGO)
 - douleurs d'origine digestive, coliques
 - fausses routes, toux
 - temps de repas supérieur à 30 min
 - refuse les aliments nouveaux
 - refuse les morceaux dans les purées et aliments mixés et peut aller jusqu'à les recracher
 - garde la nourriture en bouche très longtemps avant de l'avaler
 - autres, précisez :

11) *Quand un enfant a souvent des difficultés à boire son biberon, que faites-vous ?*

- changement de position de l'enfant
- changement de votre posture vis-à-vis de l'enfant
- changement de texture de la tétine (silicone, caoutchouc, débit variable)
- changement de pièce
- autres, précisez :

12) *Arrive-t-il que le passage du biberon à la cuillère soit difficile ?*

- oui
- non

Si oui, comment procédez-vous ?

13) a/ *Arrive-t-il qu'un enfant refuse à plusieurs reprises le moment du repas ?*

- oui
- non

b/ *Si oui, que faites-vous ?*

- vous lui proposez le repas à un autre moment
- vous lui proposez autre chose à manger
- vous le laissez à table
- vous n'insistez pas
- autres, précisez :

14) *Avez-vous déjà remarqué qu'un enfant se fatigue au cours du repas ?*

- oui
- non

15) a/ *Utilisez-vous des couverts spécifiquement adaptés aux très jeunes enfants ?*

- oui
- non

b/ *Si oui, lesquels ?*

- petites cuillères douces et flexibles
- gobelets avec partie supérieure coupée (incision nasale)
- verres avec bec
- autres, précisez :

16) *Arrive-t-il qu'un enfant ne semble pas éprouver de plaisir lors de l'alimentation ?*

- oui
- non

17) *Comment se manifeste l'interaction au moment du repas entre vous et l'enfant que vous nourrissez ?*

- par le regard
- par le sourire
- par la parole

Volet 4 : Investissement de la sphère oro-faciale :

18) *Les jeux bucco-faciaux que vous proposez aux enfants font intervenir :*

- les lèvres (grimaces, baisers...)
- la langue (claquer la langue...)
- le souffle (par le nez et la bouche : jouets sonores, bulles de savon...)
- tout le visage (comptine qui nécessite de toucher les parties du visage...)
- autre, précisez :

19) *Arrive-t-il qu'un enfant refuse systématiquement les jeux bucco-faciaux ou qu'il détourne toujours la tête lorsque vous voulez lui toucher la bouche?*

- oui
- non

20) *Les jeux d'éveil à la sensorialité que vous proposez sont tournés vers :*

- l'odorat, donnez un exemple :
- le goût, donnez un exemple :
- le toucher, donnez un exemple :
- l'écoute, donnez un exemple :
- la vue, donnez un exemple :

21) *Parmi les jeux d'imitation présentés aux enfants, proposez-vous des jeux de dinette où l'enfant peut faire semblant de donner à manger à une poupée ou à l'adulte ?*

- oui
- non

22) *Arrive-t-il qu'un enfant ait un haut le cœur lorsqu'il porte des jouets (anneaux par exemple) ou sa main à sa bouche ?*

- oui
- non

23) *Lors du brossage des dents, arrive-t-il qu'un enfant ne supporte pas la présence de la brosse dans sa bouche ?*

- oui
- non

24) *Lors du nettoyage du nez des enfants, arrive-t-il que vous vous chargiez de l'apprentissage du mouchage ou que vous le préconisiez aux parents ?*

- oui
- non

25) *A quel âge pensez-vous qu'un enfant ne doit plus avoir de sucette ?.....*

Annexe 12

Plaquette d'information sur les troubles de l'oralité à destination des assistants maternels et des professionnels de crèches

Quelle attitude dois-je adopter ?

Face à un enfant présentant des manifestations de troubles de l'oralité :

- Ne forcez pas l'enfant !
- Veillez à bien l'installer et adoptez une position confortable lorsque vous le nourrissez
- Adaptez les textures et les quantités
- Adaptez les tétines (faites-les ramollir) et les couverts
- Privilégiez un endroit calme et agréable pour les moments de repas

Pour développer la sensorialité: stimulations tactiles, olfactives et gustatives

- Ateliers de découverte (des goûts, des odeurs, des textures)
- Privilégiez les manipulations diverses (manipulation tactile, alimentaire ou non : « ateliers touche à tout... »)
- Ateliers cuisine (permet à l'enfant de s'impliquer dans la réalisation du repas, ce qui pourrait le motiver à goûter ce qu'il a fait)
- Proposez des aliments ludiques (confettis en sucre, en chocolat)
- Proposez des jouets à mâcher, des hochets et brosses à dents de dentition pour développer l'exploration buccale
- Jeux de mimiques, de bruits de bouche, de répétitions d'onomatopées, activités faisant intervenir le souffle
- Comptines rituelles (avant d'aller à la sieste par exemple) pouvant servir de prétexte à approcher le visage de l'enfant en passant par le jeu (utilisation de marionnettes...)
- Développez les jeux symboliques de la dinette où l'enfant donne à manger à sa poupée ou à l'adulte.



Si un enfant semble rencontrer des difficultés liées à l'oralité :

- N'hésitez pas à en parler aux parents à qui vous pourrez faire passer cette plaquette
- Incitez-les à consulter le médecin-traitant de l'enfant. Seul un médecin peut faire une ordonnance permettant aux parents de demander l'avis d'une orthophoniste. Celle-ci fera préalablement un bilan orthophonique suivi, si nécessaire, d'une prise en charge adaptée. Il est important de rappeler que ce travail se fera en partenariat avec les parents bien-sûr, mais aussi avec vous qui êtes souvent aux côtés de l'enfant.

Selon l'orientation de la prise en charge orthophonique, un *travail pluri-disciplinaire* peut être entrepris : avec un psychomotricien par exemple ou autour d'activités faisant intervenir l'oralité et réunissant parents et enfants ...

Pour aller plus loin :

- « **Comment éveiller votre bébé de 0 à 3 ans** » d'I. Barbier (Flammarion)
- « **Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition** » de C. Senez (Solal)
- www.groupe-miam-miam.fr : groupe de travail parents-soignants sur les troubles de l'oralité alimentaire
- www.oralite.fr : site créé par une infirmière puéricultrice exerçant en service de néonatalogie
- www.hoptoys.fr : matériel et jeux adaptés aux enfants en difficultés



Cette plaquette a été réalisée dans le cadre du mémoire présenté par Magali Canouet en vue de l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste (2011).

Présentation des troubles de l'oralité alimentaire et verbale

A l'attention des Professionnels de la Petite Enfance



L'oralité est un terme issu du vocabulaire psychanalytique, qui regroupe toutes les fonctions orales c'est-à-dire liées à la sphère oro-faciale. La bouche est donc au premier plan lorsqu'on parle d'oralité puisqu'elle sert à :

- **respirer** (fonction de ventilation)
- **se nourrir** (fonctions d'alimentation et de déglutition)
- **s'exprimer** (fonction de communication)
- **explorer le monde qui nous entoure** (grâce à la sensorialité)

Chez le bébé, l'oralité va concerner son investissement pendant l'alimentation et son investissement pour le langage oral. Le développement de l'oralité alimentaire est en effet indissociable du développement de l'oralité verbale. Que ce soit dans l'alimentation ou dans l'articulation, les mêmes organes sont impliqués.



Développement de l'oralité

- la succion-déglutition foetale :

Au cours du **3^{ème} mois in utero**, le fœtus peut déplacer sa langue d'avant en arrière : le réflexe de succion se met en place. **2 à 5 semaines plus tard**, la déglutition est possible. Pour que la succion-déglutition soit efficace à la naissance, bébé va devoir s'entraîner in utero en suçant ses doigts, ses orteils, ou en avalant le liquide amniotique.

- L'oralité primaire :

Bébé est né ! Il est capable de sucer, déglutir mais aussi respirer ! Toutes ces compétences lui permettent de téter plusieurs fois par jour. Bébé est petit mais il sait se faire comprendre : ses cris alertent les adultes lorsqu'il a faim.

- La période mixte :

Déjà **4 mois** que bébé est venu au monde ! On peut lui proposer les petits pots : la texture semi-liquide est adaptée à son âge. C'est aussi le moment d'expérimenter ce nouvel outil qu'est la cuillère. A cette période, bébé commence à produire des « areuh » et des sons ressemblant de plus en plus à ceux de notre langue. Aïe ! Voilà les 1^{ères} dents qui percent ! Bébé a entre **6 et 8 mois** . Il peut maintenant manger des textures mixées et des morceaux fondants... miam ! Il commence à produire des consonnes et des voyelles et répète des syllabes : bébé babille.

- L'oralité secondaire ou de mastication :

Dès **9 mois**, la mastication se met doucement en place. Bébé imite toujours plus les sons, il lui arrive même d'utiliser de vrais mots dans son babillage. A **1 an**, alors que les 1^{ers} mots font leur apparition, il peut déjà manger certains aliments durs. Mais attention, l'apprentissage de la mastication prend plusieurs années (elle n'est définitive qu'à 6 ans !). Entre-temps, bébé apprend à utiliser les couverts et à manger proprement (**entre 2 et 3 ans**).

Mais pour certains enfants l'oralité ne se développe pas de manière aussi fluide et naturelle ...

Comment se manifestent les troubles de l'oralité ?

• Troubles de l'oralité verbale :

- apparition du langage ou du babillage retardée.

• Troubles de l'oralité alimentaire :

Pour les enfants nourris au biberon :

- hauts-le-cœur durant la prise du biberon
- régurgitations, vomissements, reflux gastro-œsophagien (RGO)
- fausses-routes, toux
- réflexe hyper-nauséeux
- temps de tétée anormalement long (supérieur à 15 minutes)
- fuite de lait par la commissure des lèvres.

Pour les enfants passés à l'alimentation solide :

- hauts-le-cœur à la vue de la nourriture ou pendant le repas
- régurgitations, vomissements, RGO
- fausses-routes, toux
- lenteur pour s'alimenter
- refus total ou sélectif de la nourriture
- refus des morceaux, des aliments nouveaux, de la petite cuillère
- nourriture gardée en bouche sans être avalée
- sélectivité sur la température des aliments
- refus de la petite cuillère
- vomissements provoqués (à la vue de l'alimentation ou immédiatement après les repas) notamment si la prise de repas a été forcée.

Pour tous :

- refus de la relation avec l'adulte durant le repas (refuse de sourire, se cache pour échapper au repas).

A quoi est-ce dû ?

Les troubles de l'oralité peuvent avoir différentes origines.

Elles peuvent être **organiques** : la prématurité, les pathologies digestives, pulmonaires ou encore les malformations congénitales comme les fentes vélo-palatines, sont les plus connues. Elles peuvent aussi être **neurologiques** (infirmité motrice cérébrale) ou **psychogènes** (anorexie d'opposition du 2^{ème} semestre ou post-traumatique suite à une alimentation artificielle prolongée...).

Bien qu'elle offre de nombreux avantages (apaise et rassure), l'utilisation excessive de la tétine peut empêcher l'enfant d'explorer le monde avec sa bouche et ainsi modifier sa motricité bucco-pharyngée. Passé 3 ans, il est préférable d'abandonner la sucette qui peut avoir des répercussions négatives sur le développement de la parole.



Quelles en sont les conséquences ?

Dans tous les cas, une rupture dans le développement harmonieux de l'oralité de l'enfant peut entraîner une **dénutrition** et une **chute de la courbe staturo-pondérale**. Le versant verbal de l'oralité peut lui aussi être malmené. Il en résulte des **troubles langagiers** tels qu'un trouble d'articulation ou un retard de parole.