

Catherine Senez

# Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition

Préface :  
Dr Monique Martinet

3<sup>e</sup>  
édition



**Rééducation des troubles  
de l'oralité  
et de la déglutition**

De Boeck Supérieur

5, allée de la Deuxième Division blindée

75015 Paris

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web :

**[www.deboecksuperieur.com](http://www.deboecksuperieur.com)**

© De Boeck Supérieur SA, 2020

Rue du Bosquet, 7, B1348 Louvain-la-Neuve, Belgique

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme ou de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale, Paris : septembre 2020

Bibliothèque royale de Belgique : 2020/13647/144

ISBN : 978-2-8073-2886-0



Catherine Senez

# Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition



*À Gérard Saut, mon mari, qui m'a tant aidée et accompagnée lors de l'écriture de mes deux livres, et ce, jusqu'à ses derniers jours.*

*À Geneviève Heuillet-Martin, médecin phoniatre. Son amitié, sa patience et son exigence ont été pour moi un soutien très précieux.*

*À tous les enfants, adultes et parents rencontrés au cours de ces années. Ils m'ont énormément appris et j'espère leur avoir apporté autant qu'ils m'ont apporté.*



« Boire ou parler alors que la bouche est pleine  
n'est ny honeste ny exempt de danger. »

Érasme, *Civilités morales des enfants*,  
Paris, 1613

« La personne qui donne à manger  
tient le confort ultérieur de l'enfant  
au bout de sa cuillère. »

Dr. Finn-Alain Svendsen,  
médecin au CESAP  
(Centré d'études et de soins aux polyhandicapés),  
préface de la première édition de cet ouvrage (2002)



.....

# Sommaire

Préface.....	XI
Introduction.....	1
<b>Chapitre 1.</b> Développement et physiologie de la déglutition .....	5
<b>Chapitre 2.</b> La déglutition adulte.....	29
<b>Chapitre 3.</b> Pathologies entraînant des troubles de l'alimentation et de la déglutition .....	39
<b>Chapitre 4.</b> Aversions alimentaires d'origine sensorielle .....	55
<b>Chapitre 5.</b> Évaluation, classification et traitement des dysoralités sensorielles .....	81
<b>Chapitre 6.</b> Les troubles de la succion .....	97
<b>Chapitre 7.</b> La nutrition entérale et le développement de l'oralité ...	119
<b>Chapitre 8.</b> Évaluation clinique des troubles de l'alimentation et de la déglutition chez les sujets IMC et polyhandicapés .....	153
<b>Chapitre 9.</b> Éducation précoce IMC et polyhandicap de 0 à 6 ans ...	171
<b>Chapitre 10.</b> Rééducation chez les grands enfants et adultes IMC et polyhandicapés .....	177
<b>Chapitre 11.</b> Les troubles associés et leur prise en charge.....	199
<b>Chapitre 12.</b> La rééducation de la langue en orthodontie .....	209
<b>Chapitre 13.</b> Une petite contribution à la rééducation du schlintement sur /ch-j/.....	219
Conclusion.....	221
Annexes.....	223
Table des matières.....	237



.....

# Préface

Merci Catherine, d'offrir aux parents et aux professionnels le fruit de ton expérience prolongée auprès de ces enfants, petits et grands, ayant des difficultés alimentaires. Celles-ci, durables ou non, aux multiples causes, vont de la malformation oro-buccale à une atteinte neurologique génétique ou acquise, et concernent un grand nombre de sujets, du nourrisson prématuré à la personne polyhandicapée.

La lecture de ton ouvrage met bien en évidence le chemin parcouru depuis les années 1980-1990, tant en terme de réflexion sur les pathologies observées et leurs traitements que de diffusion des connaissances acquises. Ce livre résulte de nombreux travaux cliniques et scientifiques, menés souvent au sein d'une communauté de chercheurs dans laquelle tu as eu une part active.

Merci d'avoir réuni en un seul document autant de données, et d'avoir su les rendre compréhensibles notamment par les figures et vignettes cliniques jointes, permettant aux non initiés de s'informer précisément sur la bonne durée d'une tétée, les positionnements et textures à proposer pour favoriser la prise des aliments et la déglutition, les conditions d'une hydratation correcte, le rôle de la salive, les prérequis d'un bon fonctionnement gastrique - et tout autant sur les gestes à proposer pour détendre une lèvre supérieure, traiter un réflexe nauséeux, garder genives et dents en bon état.

Dans ce deuxième livre, tu fais une large place aux perceptions sensorielles, au goût et à l'odorat, et aux conséquences de leurs perturbations en terme de fonctionnement neurologique : les dysoralités sensorielles et leurs retentissements sur les actes moteurs oro-buccaux. Et là nous voyons que les observations fines réalisées auprès de certains enfants handicapés ont permis d'expliquer et traiter des difficultés semblables observées chez des enfants ayant des difficultés

alimentaires isolées. Ce second ouvrage traite également de la nutrition entérale et de sa complexité, en termes d'indications, de mise en place et de fonctionnalité.

Ce livre montre que bien se nourrir peut être complexe et touche à beaucoup de notions : le désir de nourrir au plus près de la normale, le plaisir de manger, la mécanique de la déglutition, la prévention des douleurs digestives, mais aussi l'attachement mère-enfant, le rôle synchronisateur des rythmes biologiques, la mobilité de la bouche en lien avec le langage - et comment il est indispensable d'envisager cette question et ses approches spécifiques en prenant en compte toute leur dimension humaine.

Monique Martinet  
Médecin Neuropsychiatre, Pédiatre  
Présidente – Conseiller scientifique  
AIR – AIRMES  
Besançon



# Introduction

Lorsque j'ai écrit mon premier livre en 2001, la prise en compte des difficultés alimentaires des enfants IMC ou polyhandicapés en était encore à ses balbutiements, en contraste avec la prise en charge médicale et orthopédique qui, elle, avait débuté dans les années 1950. L'organisation des établissements n'avait pas prévu la prise en charge de ces troubles restés longtemps méconnus. Tous les équipements, salles à manger, cuisines et recettes de cuisine avaient été calqués sur les besoins des enfants et adultes bien portants. Et nous en étions à ce point de méconnaissance que l'on demandait à l'enfant ou à la personne handicapée de s'adapter à nos modes alimentaires, avec les problèmes que leur échec posait à tous, soignés et soignants.

Une prise de conscience a eu lieu dans ces dernières décennies pour reconsidérer la situation et l'améliorer. Ce qui ne se fait toujours pas sans difficultés. Rappelons combien les avancées en matière orthopédique et neurologique ont été longues à passer dans la vie quotidienne de ces enfants.

Les neurologues au début se sont heurtés à des résistances de la part des parents et des professionnels. Tous ces appareils, coquilles moulées, plâtres de verticalisation, attelles, et autres, si indispensables pour éviter les déformations du squelette dues à des troubles du tonus sur des corps en pleine croissance, étaient considérés comme des « instruments de torture ». Les résistances venaient du sentiment que l'on imposait toutes ces choses « pénibles » à des enfants déjà si lourdement handicapés. Il a fallu de nombreuses publications et journées d'études pour que les neurologues arrivent à convaincre les personnes concernées du bien-fondé de ces prises en charge. Puis le temps leur a donné raison. Ainsi traités, les enfants ont eu une espérance de vie bien supérieure et surtout beaucoup plus confortable et avec moins de souffrance.

Depuis le début des années 1990, de nombreux colloques et écrits ont porté sur les problèmes de déglutition. Mais dans la réalité, la prise en charge au quotidien dans les familles ou les IME (Instituts médico-éducatifs) et les MAS (Maisons d'accueil spécialisées) se heurte toujours à des difficultés parfois insurmontables entraînant de part et d'autre tensions et échecs.

Dans la pratique, deux types de situations se présentent :

- quand, dès la naissance, on aide le nourrisson malade encore en milieu hospitalier, à se nourrir par la bouche, on lui évite de pénibles périodes d'alimentation par sonde naso-gastrique et ce travail préventif oriente favorablement la future vie alimentaire de l'enfant qu'il soit handicapé ou non. Quand l'intervention est faite dès le début, nous parlons d'éducation précoce ;
- mais un trop grand nombre encore n'a pu en bénéficier. Aussi, s'alimenter, cette activité vitale qui pour nous « bien portants » est conviviale et source de plaisir, est trop souvent un moment pénible dans le quotidien d'une institution accueillant enfants ou adultes polyhandicapés. À ce moment-là c'est un travail de rééducation qui devra être mis en place en tenant compte de la diversité et de la complexité des situations et des cas cliniques.

Ce livre est le fruit d'une expérience professionnelle de plus de 35 années auprès d'enfants, adolescents et adultes, porteurs de malformations congénitales, traumatisés crâniens, IMC et polyhandicapés. Cette nouvelle édition s'est élargie à la description des organes du goût et de l'odorat responsables des troubles de dysoralité sensorielle (DS) ; de même y figure une version plus détaillée de la prise en charge précoce des fentes vélo-palatines. Enfin, j'ai introduit une technique innovante de la rééducation linguale en orthodontie.

Ce manuel ne saurait être une revue exhaustive de tous les troubles de l'oralité et de la déglutition que l'on peut rencontrer en pathologie.

Afin d'alléger l'ouvrage, les descriptions anatomiques sont volontairement peu détaillées et données uniquement sous l'angle fonctionnel. Pour les lecteurs intéressés qui voudraient approfondir cet aspect des choses, à la fin de chaque chapitre, des références bibliographiques seront données. Il en est de même pour les quelques données neurologiques, très schématiques mais indispensables pour comprendre les difficultés sensorimotrices rencontrées par les enfants sous alimentation artificielle depuis la naissance ou atteints d'un polyhandicap ou d'une IMC.

## Avertissement

*J'ai choisi au cours de ce livre de parler de « polyhandicapés », alors que « personnes en situation de handicap » est désormais le terme consacré. Comme le lecteur pourra s'en rendre compte, le mot « polyhandicapés », fréquemment utilisé, n'est qu'une facilité d'écriture.*



.....

# Chapitre 1

## Développement et physiologie de la déglutition

### 1. Développement normal de la déglutition

---

Chez l'adulte bien portant, la déglutition est une fonction stable. Mais pendant le développement de l'enfant, les changements anatomiques, neurologiques et physiologiques s'accompagnent d'une succession de modifications fonctionnelles de la déglutition. La moindre atteinte neurologique durant cette période peut compromettre l'évolution vers la fonction adulte.

Dans le développement normal, et jusqu'à la vie adulte, l'enfant va connaître – et ce, dans un laps de temps très court – trois types de déglutition différents :

- déglutition fœtale de 12 à 40 semaines ;
- déglutition du nouveau-né et du nourrisson de 0 à 6-8 mois ;
- transition vers la déglutition adulte de 6-8 mois à 6 ans ;
- déglutition adulte.

En matière de vie intra-utérine, pédiatres et gynécologues comptent en semaines. Le moment de la naissance, appelé terme, intervient à la 40<sup>e</sup> ou 41<sup>e</sup> semaine. Tout au long de ce chapitre nous allons parler de la déglutition et de l'alimentation du nouveau-né (NN). Il est bien sûr question du NN à terme.

## 2. Déglutition fœtale

---

Lors de la 7<sup>e</sup> semaine embryonnaire, le tronc cérébral reçoit les premières afférences sensorielles en provenance de la zone oro-pharyngée (Couly, 1985). Vers la 9<sup>e</sup> semaine, les premiers automatismes oraux apparaissent alors que la tête amorce son redressement, suivie vers la 10<sup>e</sup> semaine par la descente de la langue de la fosse nasale primitive dans la bouche, permettant ainsi la fermeture de la voûte palatine. Vers la 11<sup>e</sup> semaine, les premières déglutitions apparaissent et vers la 12<sup>e</sup> semaine, les papilles gustatives sont formées, les mouvements de lapement de la langue et la déglutition sont efficaces. À partir de là, le fœtus va déglutir des quantités de plus en plus importantes de liquide amniotique (LA) et il est estimé qu'au moment du terme, il déglutit entre 1,5 à 3 litres de LA en 24 heures.

À quoi correspond toute cette activité de déglutition fœtale ? Plusieurs hypothèses peuvent être émises.

Tout d'abord, comme tout être vivant, le fœtus va entretenir le milieu dans lequel il baigne : il déglutit du LA, et les reins, qui se sont mis à fonctionner simultanément à l'apparition de la déglutition, filtrent, il urine, il déglutit, les reins filtrent, il urine... et ainsi, ce liquide est sans cesse régénéré par cette double activité. De plus, à partir de la 18-20<sup>e</sup> semaine, l'urine ainsi formée est la source principale de LA. Lors de ses déglutitions, le fœtus va ingérer toutes sortes de débris cellulaires, flottant dans le LA, ces déchets ingérés vont être stockés dans les intestins et le sphincter anal, lui, va rester étanche jusqu'au terme. C'est ainsi qu'après la naissance, le nouveau-né va émettre ce méconium qui est le produit de tout ce qu'il a ingéré pendant sa vie intra-utérine, et des sécrétions hépatiques.

L'autre rôle de cette activité de déglutition est un rôle morpho-génétique décrit par Couly. Ce que Couly appelle un travail de « came » de la langue est en fait un mouvement de propulsion et de rétropropulsion de la langue semblable à un mouvement de lapement. En effet, le fœtus lape son LA. La succion est absolument inutile car le fœtus baignant dans le liquide amniotique, il n'y a pas de différence de pression dedans-dehors et il lui suffit de laper pour déglutir. La langue, comme nous le verrons plus loin, est insérée en grande partie sur la mâchoire inférieure appelée aussi mandibule et ce sont ces nombreux mouvements de propulsion et rétropropulsion

de la langue qui vont entraîner la croissance de la mandibule. Des anomalies comme la rétrognathie ou la micrognathie ne sont donc pas des malformations mais des marqueurs de la défaillance de cet automatisme fœtal comme le précise bien Couly. C'est ce que nous rencontrons chez des nouveau-nés atteints d'une **séquence de Pierre Robin** qui l'a décrit avec deux signes prédominants : la micrognathie et la glossoptôse. La fente palatine est alors inconstante. Ces enfants, comme nous le verrons par la suite, ont d'énormes difficultés de succion à la naissance.

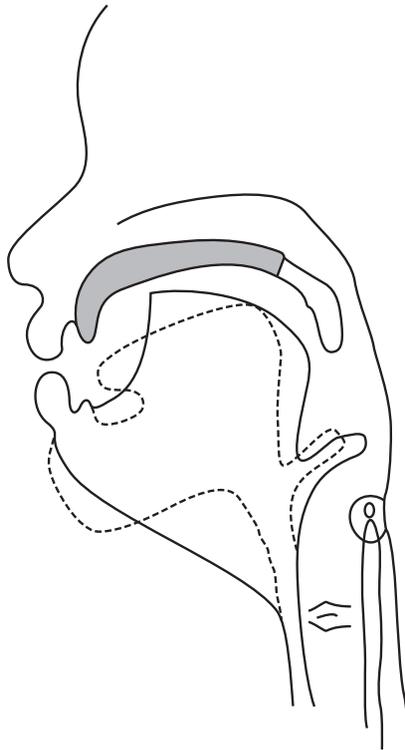


Figure 1. Glossoptose et rétrognathie dans la séquence de Pierre Robin

Enfin cet automatisme fœtal est une préparation à la reconnaissance olfactive et gustative du lait et à la succion dès les premières heures de vie atmosphérique.

Le fœtus lape et déglutit un liquide à température constante : 36,5 à 37 °C ; cette notion de température est importante, nous le verrons plus loin. Ce liquide est de consistance visqueuse et son goût varie en fonction de ce que la mère a ingéré ; plus on approche du terme et plus cela

se vérifie, car plus la perméabilité placentaire augmente. De nombreux travaux récents, comme ceux de Schaal (1998), Marlier et Lecanuet (1996), ont montré chez le rat ou le lapin que le fœtus était capable de discriminations olfactives et gustatives. Des sages-femmes et puéricultrices parties dans des actions humanitaires en Inde ou au Pakistan ont toutes témoigné de la forte odeur de curry qui envahit la salle d'accouchement au moment de la rupture des eaux, et elles ont même retrouvé cette forte odeur de curry chez les nouveau-nés en les lavant. Ces discriminations olfactives et gustatives que fait le fœtus semblent bien être mémorisées chez le nouveau-né. Là encore, les expériences tout à fait intéressantes de Schaal sur des nouveau-nés humains de 1 à 3 jours de vie montrent que jusqu'à 2 jours, si l'on présente deux tampons de chaque côté du nouveau-né, l'un imbibé de son propre liquide amniotique et l'autre imbibé du lait maternel, l'enfant va de préférence tourner sa tête de façon significative vers son liquide amniotique. À trois jours par contre, c'est l'odeur du lait maternel qui l'emporte. Tout ceci montre qu'entre la vie intra-utérine et la vie néonatale une continuité s'établit par les canaux sensoriels olfactifs et gustatifs où l'enfant est imprégné des odeurs émises par la mère lui permettant de se repérer dans son environnement post-natal. Il est utile de préciser ici que l'organe voméro-nasal de l'olfaction est très développé chez le nouveau-né, et lui donne des capacités discriminatoires bien supérieures à celles dont disposent les adultes. Nous verrons l'ampleur que peut prendre une rupture brutale de ces liens sensoriels lorsque l'enfant présente une grosse « catastrophe » digestive ou neurologique à la naissance nécessitant son transfert en unité de soins intensifs et impliquant une séparation brutale et parfois longue d'avec sa mère.

Une observation fortuite a été faite dans les années 1980 par l'équipe de l'Institut de puériculture à Paris (aujourd'hui fermé) (Daffos, 1997). Cette équipe procédait à des amnio-infusions chez les femmes enceintes présentant un oligoamnios. Cette pratique n'est pas sans danger pour le fœtus et a été partiellement abandonnée depuis. Cependant dans ces années-là elle était assez courante. Pour ces infusions, étaient utilisés indifféremment du sérum physiologique ou une solution glucosée. Quelle ne fut la grande surprise de l'équipe de constater que lorsque du liquide sucré était injecté, les fœtus se « mettaient à boire comme des fous » (*sic*) alors qu'ils boudaient le sérum salé. De même, les amnio-infusions sont maintenant faites avec des sérums à température corporelle (37 °C) car à température ambiante (19-20 °C) les fœtus montraient leur désaccord (Daffos, 1997) !

Pour conclure sur la vie fœtale, les travaux de Benoist Schaal (1997) ont mis en évidence une « attente » sensorielle des nouveau-nés en fonction des sensations thermo-tactiles et olfactives acquises durant la vie intra-utérine. Schaal émet l'hypothèse d'une continuité des propriétés chimio-sensorielles des substrats biologiques qui composent l'environnement de fin de gestation et celui qui suit la naissance.

### 3. La déglutition du nouveau-né

---

À la naissance, dès les premiers instants de la vie atmosphérique, le cordon ombilical est coupé mais **un autre cordon va continuer à relier la mère et l'enfant** dans les premiers mois, voire les premières années de vie. **Cet autre cordon est un cordon sensoriel** : olfactif, gustatif, tactile et auditif. Bien qu'invisible, ce cordon n'en est pas moins réel pour le nouveau-né. Sa vision étant encore peu développée, ses repères vont être l'odeur de sa mère, le goût de son lait, la chaleur de sa peau et les battements de son cœur. Dès qu'il est contre sa mère il sait aussitôt se situer et il est rassuré. Ceci échappe aux adultes qui entourent le nouveau-né qui, eux, ne sont plus essentiellement dans le réel, dans le sensoriel, mais dans le symbolique. D'où la tendance à ignorer ce que l'on ne perçoit pas ! Ce qui amène à des scènes fréquentes lors des visites des familles et amis à la maternité autour de la mère et de l'enfant. Lorsqu'il se met à pleurer dans son berceau, la mère le prend aux bras et aussitôt les pleurs cessent. Il y a toujours à ce moment-là un membre de la famille en visite qui va faire la réflexion suivante : « Si tu le prends aux bras dès qu'il pleure, tu n'as pas fini ! Tu vas en faire un capricieux ! » ; et ainsi, dès que l'enfant pointe le bout de son nez, le voilà affublé d'une étiquette péjorative... et la mère culpabilisée !

Dès les premières heures de vie, l'enfant va être mis au sein et goûtera le lait maternel qui lors des premières sécrétions s'appelle le colostrum. Ce colostrum est plus proche du LA que du futur lait et il est essentiel car il apporte les éléments de défenses immunitaires nécessaires au nouveau-né. Ce lait maternel, qu'il est capable à l'odeur et au goût de reconnaître entre mille, n'est pas très éloigné du LA. Il est lui aussi à température constante, mais un peu moins chaud que le LA, puisqu'à 36,5 °C il est visqueux et, en début de tétée, il est composé presque exclusivement de sucre et d'eau et de graisses en fin de tétée. Et bien sûr il va varier de goût en fonction de ce que la mère a ingéré.

La notion de température est primordiale. Voici un témoignage donné par des stagiaires sages-femmes lors d'une formation.

*Il est une nouvelle mode qui nous vient des États-Unis d'Amérique qui consiste dans les maternités à ne plus chauffer les biberons. Le prétexte, à mon avis fallacieux, est une meilleure lutte contre les infections microbiennes. Les biberons sont donc donnés à température ambiante, voire même sortant du réfrigérateur. Ces sages-femmes ont constaté, depuis que ce fonctionnement a été instauré, qu'un certain nombre de nouveau-nés présentaient des problèmes de régurgitation. Ce fait nouveau les a assez intriguées, et elles ont fini par trouver empiriquement une solution au problème. Il leur suffit de chauffer les biberons sans même à avoir à épaissir le lait et... les régurgitations cessent comme par miracle.*

Cette réaction des nouveau-nés peut s'expliquer de deux façons :

- comme nous l'avons vu plus haut, les travaux de **Schaal** (1998) ont mis en évidence une mémoire foetale et quelques années après (2007) il complétait ses travaux en décrivant une « **attente sensorielle** » **du nouveau-né** induite par les expériences olfactives et gustatives faites dans sa vie intra-utérine avec un liquide amniotique à température corporelle ;
- la physiologie de la digestion, ainsi qu'il en sera question plus loin, nous montre que les intestins ne tolèrent que des liquides nutritionnels à température corporelle. Un liquide froid ou à température ambiante (18-19 °C) va être brassé plus longuement dans l'estomac jusqu'à obtention de la bonne température, et comme les pédiatres le savent, une vidange gastrique ralentie favorise un reflux gastro-œsophagien (RGO).

Depuis que les formules lactées existent, il y a de moins en moins de mères qui allaitent leurs enfants, notamment aux États-Unis. Il convient de s'interroger sur la conséquence que peut avoir sur les futurs goûts alimentaires le fait de boire un lait qui va avoir le même goût à chaque tétée, tous les jours, pendant des semaines et des mois.

Le passage d'un milieu aqueux à un milieu atmosphérique nécessite un changement de stratégie pour déglutir le lait. En effet, il ne suffit plus de faire quelques mouvements de lapement de langue pour pouvoir déglutir le liquide qui est à disposition en permanence, mais il s'agit de mettre en bouche un mamelon, d'aspirer le lait et de le propulser vers l'estomac, ce qui est une entreprise beaucoup plus complexe.

L'observation des prématurés de moins de 34 semaines qui n'ont pas encore la succion nous montre que cette maturation intervient vers les dernières semaines de vie intra-utérine. La succion est un acte complexe qui demande un équipement neurologique et anatomique intact. Elle est amorcée ou inhibée par une série de réflexes oraux dits « archaïques ».

### **3.1. Les réflexes oraux du nouveau-né**

Il est commun, au sujet de ces automatismes du nouveau-né, de parler de réflexe. En réalité, ce ne sont pas des réflexes au sens strict. Les automatismes, définis par S. Saint-Anne Dargassies (1979) sont « des réactions motrices qui, pour une excitation donnée, se déroulent nettement de façon déterminée et strictement identique dans le temps ». Et, suivant son état neurophysiologique et le moment où on les recherche chez lui, l'enfant peut ne pas répondre. Le seul qui mérite le nom de réflexe est le réflexe de toux, cité plus bas.

Tous ces automatismes oraux décrits ici seront plus facilement retrouvés chez le nouveau-né dans la période précédant une tétée.

#### **3.1.1. Les points cardinaux**

Ils sont déclenchés par un frottement sur la joue, et l'enfant tourne sa tête du côté de la stimulation. Cet automatisme est une réponse à une stimulation tactile pour aller chercher le mamelon. Mais il ne faut pas oublier que l'odorat joue aussi un rôle essentiel dans son déclenchement. Quand l'examineur touche la lèvre supérieure de l'enfant, cela va entraîner une légère ouverture de la bouche et une propulsion des lèvres et de la langue. Cette réponse consiste à se préparer à mettre le mamelon en bouche. Nous reviendrons plus tard sur cet automatisme que nous allons utiliser et inciter avec des enfants polyhandicapés afin de les préparer à boire au verre.

#### **3.1.2. Le nauséux**

C'est un automatisme de protection consistant à inhiber, inverser le réflexe de déglutition dès que le système sensoriel gustatif a identifié une substance différente du lait, que ce soit en température, en consistance ou en goût. Il est un symptôme important orientant vers l'origine sensorielle des refus alimentaires.

**3.1.3. L'automatisme d'orientation de la langue**

Lorsqu'une stimulation tactile vient exciter le bord droit ou gauche de la langue proche de la pointe, la masse linguale se dirige du côté de la stimulation. Bien que la langue ne travaille qu'en position symétrique lors des succions, elle a déjà cette capacité à faire ce travail de mobilité latérale chez le nouveau-né. Cette capacité a d'ailleurs une valeur prédictive pour la future mastication.

**3.1.4. La pression alternative**

C'est une composante de la succion, mais qui sera isolée ici pour la facilité de la description. C'est un geste qui consiste en une alternance d'ouverture et fermeture verticale bien rythmée de la mandibule lors des succions. Ce geste, au moment de la fermeture de la mandibule, sert à faire pression sur le mamelon pour faire jaillir le lait. Certains auteurs l'appellent aussi réflexe de mordre ou de morsure ou réflexe de jaillissement. Cet automatisme, s'il n'est pas inhibé, sera retrouvé chez les enfants polyhandicapés et constituera une gêne terrible pour l'alimentation à la cuillère ou pour l'hydratation au verre, et nous verrons comment les aider à l'inhiber.

**3.1.5. Le réflexe de succion**

Il sera déclenché par l'introduction d'un doigt dans la bouche. Le doigt est vigoureusement comprimé par une aspiration.

**3.1.6. Le réflexe de toux**

Seul vrai réflexe au sens strict, qui est un réflexe de protection contre les fausses routes laryngées. Ce réflexe ne sera pas inhibé par la maturation neurologique. L'individu le gardera toute son existence. Nous verrons que dans la pathologie, les troubles de la sensibilité peuvent l'abolir, mettant le sujet en grande difficulté.

**3.2. Description de la succion nutritive**

N'ayant pas été en contact avec des enfants nourris au sein, et donc n'ayant pas eu l'occasion de l'observer suffisamment, je ne décrirai ici que la succion au biberon qui est différente de la succion au sein. Ce que la pratique m'a appris, c'est qu'il suffit d'une difficulté neurologique ou anatomique, même minime, pour que la succion au sein devienne très problématique. Il



# Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition

Cet ouvrage explique en détail la physiologie et la physiopathologie de l'oralité et de la déglutition, et permet de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les personnes souffrant de troubles de l'oralité.

L'auteur revient sur les causes de ces difficultés (malformation oro-buccale, atteinte neurologique génétique ou acquise, aversion alimentaire ou olfactive...) et explique comment apporter aux enfants, aux adolescents et aux adultes des soins adaptés et efficaces pour qu'ils aient plus de confort et de plaisir à s'alimenter.

Afin de guider au mieux les praticiens et l'entourage des personnes souffrant de troubles de l'oralité, cet ouvrage vous donne accès à des vidéos des gestes pratiques thérapeutiques.

## L'auteur

**Catherine Senez** est orthophoniste spécialisée dans la déglutition. Elle travaille auprès d'enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale (IMC) et de polyhandicaps depuis plus de 30 ans. En 1982, elle s'est formée au concept et aux techniques Bobath.

Pendant plus de 15 ans, elle a exercé sa spécialité au Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) polyvalent ainsi qu'à l'hôpital d'enfants de la Timone à Marseille. Attachée aux consultations pédiatriques de chirurgie plastique et réparatrice à Marseille, elle a mis au point l'accompagnement des parents et la prise en charge précoce d'enfants porteurs de fentes maxillo-faciales.

Ex-chargée de cours à l'école de puériculture de l'Assistance publique de Marseille et de Toulouse, elle est formatrice à l'Association-Information-Recherche (AIR) à Besançon depuis 1990, ainsi qu'à l'Association Oralité Déglutition (AOD) qu'elle a créée en 2008.

## Publics :

- Orthophonistes
- Ergothérapeutes
- Aides médico-psychologiques
- Puéricultrices
- Pédiatres
- Éducateurs
- Kinésithérapeutes
- Parents d'enfants handicapés
- Consultantes en lactation

ISBN : 978-2-8073-2886-0

