

# Fiche sortie de maternité :

## Prévention et repérage des troubles nécessitant une indication orthophonique.

### 1. Sphère ORL et intégrité sensorielle de l'enfant

Rappel : Tout déficit sensoriel est un obstacle au développement normal du petit enfant qui risque de retentir sur son développement social et scolaire.

--**Audition** :

#### Dépistage de la surdité

En France, l'Assemblée Nationale a enregistré une proposition de loi le **13 Juillet 2010 visant à généraliser le dépistage précoce** des troubles de l'audition après publication de la recommandation de l'HAS en 2007.

*Dépistage* : PEA (potentiel évoqué auditif)/OEAP (otoémissions acoustiques provoquées)

Un enfant né dans une maternité qui dépiste précocement la surdité dispose de 2,6 fois plus de chance d'avoir un développement du langage proche de la normale, grâce à un appareillage ou pose d'implants cochléaires et une prise en charge orthophonique (rééducation, oralisme, langue des signes française) dans les premiers mois de vie.

*Ressources* : CAMSP, CDOS (Centre de diagnostic et d'orientation de la surdité)

**Orthophonie** : intervention précoce s'adresse à l'enfant et à ses parents afin de mettre en place des stratégies adaptées. Il est de l'intérêt de l'enfant d'explorer les deux dimensions de la communication (langue des signes et langage oral).

#### Otites à répétition

En particulier, l'otite séro-muqueuse due à un dysfonctionnement tubaire. Elle engendre un épanchement séro-muqueux au niveau de la caisse du tympan et peut provoquer une perte auditive partielle : hypoacousie gênante et invalidante au-delà de 30dB.

*Signes alertes* : comportement agité, instable, intensité vocale, attention labile.  
-> peut entraver l'acquisition correcte du langage ou un retard scolaire (acquisition du langage écrit)

*Ressource* : Audiogramme complet ORL, pose d'aérateurs tympaniques, PEC ortho si RP/RL

## 2. Malformations congénitales et maladies génétiques

### Fentes oro-faciales

Sur le plan pédiatrique :

- Accueil pour tenter d'éviter de séparer l'enfant de sa famille.
- Analyse du retentissement sur la vie extra utérine et plus particulièrement la qualité de l'oralité alimentaire précoce qui conditionne l'attachement mère bébé.
- Dessiner un projet thérapeutique : correspondance médico-chirurgicale.

Dissociation entre :

Fente antérieure : repérées en anté- natale, problème d'attachement précoce (modification profonde de l'image de l'enfant) mais peu de problème fonctionnel et thérapeutique. Peu de gêne au niveau de la succion pas d'entrave de la ventilation ni de la déglutition

Seul obstacle : moins bonne dépression intra buccale autour du mamelon ou de la tétine.

Fente postérieures (vélaire ou vélo palatine) : rarement repérées en anté natale + association avec autre malformation pas d'altération du visage mais plus de problème fonctionnel trouble succion-déglutition-ventilation : trouble de la coordination des étapes.

Si diagnostic anténatal n'a pas été fait : traumatisme++peau à peau réparateur et allaitement maternel favorisé et consultation chir néonatale proposée afin de mettre un place un projet réparateur.

Prise en charge pluridisciplinaire : chirurgien, orthophoniste, ORL, orthodontiste.

PEC orthophonique : conseil, prévention, accompagnement familial.

- Surveillance et évaluation du développement langage.
- Guidance éducative,
- Information et soutien dans la fonction de parents.
- Surveillance d'un nasonnement éventuel.
- Exercice de souffle, pour améliorer la ventilation nasale, relaxation et respiration, amélioration de la voix.
- Praxies et perception de la zone oro faciale.

### Maladies génétiques

T21, non étiquetées , x fra, autres

Exemple : **Trisomie 21**

Prévalence 1/700

- Spécificité bucco faciales
  - Palais vouté, étroit, plat, cavité buccale rétrécie.
  - Hypotonie muscles masticatoires et labiaux/ langue hypotonique et protrusive entraîne respiration buccale et difficultés articulatoires pour certaines consonnes et pour mots longs et complexes.
  - Innocclusion labiales
- Souvent déficit auditif léger à moyen

D'où travail autour de l'alimentation, des praxies, de l'articulation, du souffle et de tous les moyens pour aider l'enfant à devenir un être communicant.

### **3. Prématurité et ORALITE**

Définition ORALITE :

Fonctions dévolues à la sphère oro faciales dont la bouche est l'organe clé : ventilation, alimentation, expression et sensorialité.

Fonction orale permet exploration du monde et premières sensations de plaisir avec la succion et d'apaisement de la tension de la faim.

Avant **37 semaines** pas de reflexe de succion déglutition ventilation possible suffisamment développé d'où une alimentation artificielle.

Avant 34 semaines pas d'alimentation orale possible seule la salive est présente dans la bouche.

Conséquences : privation d'expérience sensorielles.

- Manque d'entraînement à la succion.
- Perturbation du rythme faim/ satiété /satiété.
- Vécu oral traumatique avec investissement négatif de la sphère oro-faciale.

PEC par une équipe pluridisciplinaire : Oralité troublée : trouble de la succion déglutition et troubles du comportement alimentaire. Lien entre oralité alimentaire et oralité verbale.

(cf mémoire de fin d'étude « évaluation de la sphère oro faciale de l'enfant de 5 à 6 ans » école d'orthophonie de Montpellier.)

#### ***Orthophoniste :***

Rôle dans le domaine de la prévention de la dysoralité et des troubles de la communication et plus particulièrement sur la PEC des stimulations oro faciales chez l'enfant prématuré.

#### **Les objectifs**

- Aide à la maturation du réflexe de succion déglutition- ventilation afin d'aider au sevrage de la sonde et limiter ainsi conséquences néfastes de l'alimentation artificielle

- Meilleure entrée dans la parole et le langage puisque les muscles sollicités pour l'alimentation sont les mêmes que pour la phonation.
- Aide à la maman dans son projet d'allaitement et dans son projet de maternage.

### Qui peut le faire ?

Monique Haddad orthophoniste au centre Victor Dupouy d'Argenteuil initie une PEC orthophonique précoce inédite en service de néonatalogie. (2005)

### Les méthodes

- Stimulations *kinesthésiques* du corps dans sa globalité : Enveloppement, massage, fermeture buccale.
- Stimulations *péribuccales* : du réflexe de survie ou tonus du cou dont il aura besoin pour chercher le sein/du réflexe de fouissement par des caresses jugales/du nerf facial par des caresses allant de la tempe à la bouche provoque un afflux de salive et donc une envie d'avaler/
- Stimulations *intra-buccales* : à l'aide d'un guide langue :
  - De l'Apex lingual ou bord inférieur de la gencive ou la lèvre pour déclencher réflexe de Hooker (C'est au cours du troisième mois de l'embryogenèse que l'on peut identifier le réflexe de Hooker : au cours de la déflexion céphalique, le palais se forme, la langue descend, la main touche les lèvres, la bouche s'ouvre et la langue sort pour toucher la main)
  - Des gencives pour que le bébé sente les limites de sa cavité buccale et effectue des mouvements antéro-postérieurs avec sa langue
  - De l'intérieur des joues pour déclencher des trains de succion un doigt ou une tétine peut être introduit dans la bouche de bébé.
- Stimulations *multi sensorielles* :
  - auditive (voix des parents, musique)
  - olfactives (doudou imprégné de l'odeur des parents)
  - visuelle (drap de couleur, marionnettes au bout des doigts)
  - motrices (grasping réflexe, attention conjointe, coordination oculomotrice)

Ressources :

Site : <http://eveildeloralite.blogspot.com/>

Groupe miam miam /Genif

Orthophonie et Oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant /Catherine Thibault/  
Masson

Véronique Abadie pédiatre Necker