

# Objectif Prévention...

Juillet 2022

ufsbd  www.ufsbd.fr  
UNION FRANÇAISE POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

“ Osons la santé bucco-dentaire pour tous ! ”

➤ Document à destination des médecins et chirurgiens-dentistes

## Prise en charge des patients présentant des troubles de l'oralité

### SOMMAIRE

#### L'oralité : qu'est-ce que c'est ?

Définition des troubles de l'oralité .....	p.3
Quels sont les signaux d'appel ? .....	p.4
Étiologie : y a-t-il des enfants à risque ? .....	p.4
Une prise en charge multiprofessionnelle .....	p.5
Intervention de l'orthophoniste/ du kinésithérapeute .....	p.5

#### Repérage des troubles de l'oralité : la place du chirurgien-dentiste

Prévenir par le dépistage .....	p.6
Conseiller - orienter .....	p.6
Prendre en charge .....	p.7-8
• Règles générales pour les séances	
• Préparation/approche du patient	
• Consultation primaire	
• Séances suivantes	
• Place des accompagnants	
Conclusion .....	p.9

#### Fiches pratiques

Les professionnels de santé associés à la prise en charge .....	p.10
La consultation primaire .....	p.11
Dysoralité, troubles alimentaires pédiatriques .....	p.12
• Définition	
• Drapeaux rouges des troubles alimentaires, quand adresser un enfant ?	
• Boîte à outils	
• Où trouver un thérapeute ?	

## Édito...

« Tout praticien peut être confronté à des patients qui ne supportent pas un instrument ou une brosse à dents dans leur cavité buccale. Parfois, le contact cutané est difficile, voire impossible, surtout au niveau du visage, du pourtour de la bouche, voire de la paume des mains ou la plante des pieds. Et il ne s'agit pas toujours de patients avec une pathologie associée. Adultes ou enfants, ils peuvent parfois mener parallèlement des études, avoir une vie professionnelle ou sociale, malgré leurs difficultés d'interaction alimentaire et sensorielle. **On parle de troubles de l'oralité ou de troubles sensoriels oro-faciaux** (sensory processing disorders pour les Anglo-saxons). L'objectif de ce travail est de permettre au chirurgien-dentiste de connaître ces pathologies, savoir les détecter et prendre en charge ces patients en collaborant avec les autres professionnels de santé ».

**Dr Benoît PERRIER - Président du l'UFSBD**

## TÉMOIGNAGE

« **Troubles de l'oralité, certains de nos patients adultes en souffrent sans le savoir.** Nous avons tous le souvenir d'un patient adulte qui arrive, un peu tendu sur notre fauteuil, et qui nous dit « Vous savez docteur, le dentiste, pour moi, c'est très difficile. Je ne supporte pas vos instruments dans ma bouche ! Je suis désolé, docteur, ce n'est pas vous ! Mais je ne peux pas ! ». Et quand vous le questionnez, les difficultés remontent à loin... il a même des difficultés à se brosser les dents. Cela lui provoque des sensations difficiles, parfois il pense qu'il pourrait même vomir. Connaître ces troubles et leurs conséquences m'a permis de mettre des mots sur ses difficultés, de ne plus penser que ce patient « exagère ». S'il ne fait pas d'effort, ce n'est pas mon problème. L'approche progressive, le dialogue, les explications préalables à chacun de nos gestes nous permettront souvent de réaliser les soins. Nous constaterons une sensibilité exacerbée, une intolérance au goût, et seule notre capacité à temporiser et réduire le stress donnera la possibilité de mener nos soins à terme ».

**Dr Anne ABBE-DENIZOT**

➤ **L'UFSBD tient à remercier pour leur contribution majeure dans l'élaboration de ce document de référence :**

- le Dr Anne ABBE DENIZOT, Chirurgien-dentiste, Vice-Présidente Santé Publique de l'UFSBD ;
- le Pr Jean-Louis SIXOU, Chirurgien-dentiste, Professeur (Université de Rennes 1) et Praticien Hospitalier (CHU de Rennes) ;
- le Dr Benoît CHEVALIER, Kinésithérapeute pédiatrique, Doctorant SIEB - EPHE.

Pour en savoir plus,  
rendez-vous sur  
la 4<sup>ème</sup> de couverture

Sous le patronage du ministère  
des Solidarités et de la Santé



## LE GRAND DÉFI DES 1 000 PREMIERS JOURS

Construisons le parcours bucco-dentaire  
de la mère à l'enfant



## XXII<sup>e</sup> Colloque National de Santé Publique

Pour découvrir les actes  
du colloque, flashez-moi



Juillet 2022



En collaboration avec



# L'oralité : qu'est-ce que c'est ?

## Définition des troubles de l'oralité

Le terme « oralité » désigne l'**ensemble des fonctions de la bouche**. Les trois fonctions majeures sont le langage, la ventilation et l'alimentation. L'enfant, en grandissant, explore sa bouche, essaye de nouveaux goûts et odeurs, de nouvelles textures, de nouveaux aliments. Il découvre son environnement aussi avec sa bouche.

- L'oralité primaire se met en place à partir de huit semaines de grossesse lorsque le fœtus découvre le goût et les odeurs, explore sa bouche avec ses doigts ou ses orteils et qu'il déglutit le liquide amniotique. Ces premiers gestes entraînent le réflexe de succion-déglution, respiration, première étape de l'oralité. Voir encadré « pour aller plus loin ».
- Cette oralité primaire se poursuit après la naissance lorsque le nourrisson tète le sein ou le biberon, lorsqu'il suce son pouce ou toute source de succion non nutritive (jouet, doigts des parents et babillage).
- Petit à petit, l'enfant va tenir sa tête avant 4 mois puis tenir assis avant 10 mois. Le contrôle de sa posture va lui permettre de commencer à se nourrir à la cuillère avec une alimentation de plus en plus complexe en termes de goûts, odeurs et surtout textures.
- La mastication va progressivement se mettre en place à partir du troisième mois par tous ces contacts entre sa bouche et l'environnement, ses mains et les aliments. La morsure du sixième mois et la mastication favorisent la croissance des maxillaires en particulier avec les aliments durs qui facilitent la structuration des mouvements hélicoïdaux qui apparaissent à partir de 18 mois.
- À partir du sixième mois, le babillage devient aussi volontaire et l'enfant peut produire un langage oral et non verbal (gestes) qui, comme la mastication, va se complexifier avec la maturation de la sphère orale des mots, faisant naître des phrases et l'explosion lexicale à 2 ans.

**Pour aller plus loin**

Cette organisation neuro-sensorielle est sous contrôle d'une catégorie de gènes dont l'altération est responsable de la séquence de Pierre Robin caractérisée par une rétrognathie, une glossoptose et parfois une fente vélo-palatine. L'atteinte de ces gènes sont souvent à l'origine de troubles précoces de la succion et de micrognathies.

Les troubles alimentaires pédiatriques ou les troubles de l'oralité concerneraient 25 % à 50 % des enfants vulnérables (troubles du neurodéveloppement, pathologies cardiorespiratoires, troubles digestifs), entre 5 et 16 % des enfants à développement classique. Ils sont le résultat de l'impact d'un développement appauvri à cause d'une pathologie préexistante, d'une prédisposition génétique ou d'une pauvreté ou absence de propositions variées en termes d'expériences alimentaires et non alimentaires de la bouche. Ils se traduisent par une absence de réponse aux stimuli ou, au contraire, par une réponse exacerbée à ceux-ci souvent exprimée par un réflexe nauséux invalidant.

Ils sont caractérisés le plus souvent par une **hypersensibilité concernant les goûts et les odeurs**.

À 2 ans, la sélectivité s'aggrave nettement à cause d'une période naturelle de néophobie plus sévère chez les enfants ayant eu des propositions alimentaires peu variées avant 2 ans. Ils peuvent avoir des répercussions psychologiques, sociales, avec un impact sur le développement de l'enfant, sur sa vie quotidienne et celle de sa famille.



# Quels sont les signaux d'appel ?

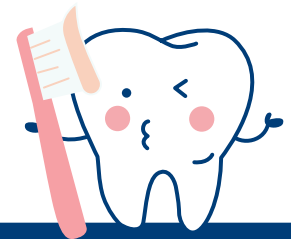
## Quels sont les signaux d'appel ?

- Difficultés à téter le sein ou le biberon.
- Passage difficile, parfois impossible, à l'alimentation mixée puis aux morceaux.
- Difficulté au moment des repas/sélectivité et rigidité sur les aliments.
- Refus de goûter les aliments nouveaux.
- Rejet de certaines textures.
- Nausées et vomissements fréquents.
- Rejet du brossage des dents.
- Manque d'exploration de la bouche.
- Refus des contacts sur le corps.

Parfois, l'enfant reconnaît difficilement les aliments qu'il met en bouche. Il ne mâche pas, avale tout rond. Parfois, il bourre la nourriture dans sa bouche. Il avale tout, très vite. Ces enfants ont un faible processus masticatoire et sont très limités dans leur déglutition secondaire qui nettoie naturellement la bouche après les prises alimentaires. **Après chaque repas, un brossage des dents est essentiel pour pallier ce déficit sensorimoteur.**

Le plus souvent, l'enfant est très sélectif ou refuse de s'alimenter. Contrairement aux idées reçues, l'anorexie du nourrisson n'est jamais psychique mais le résultat d'une adaptation. Certains enfants n'ont même pas constitué les réseaux neuronaux de la faim et de la satiété et ne réclament jamais à manger.

La prématurité, les troubles du neurodéveloppement, le reflux gastro-œsophagien, les troubles respiratoires et les troubles cognitifs peuvent être des grands pourvoyeurs de troubles alimentaires. L'adaptation psychosociale est toujours secondaire à ces troubles.



## Étiologie : y a-t-il des enfants à risque ?

> Les étiologies peuvent être très nombreuses et multifactorielles. Les troubles alimentaires pédiatriques peuvent être associés à d'autres pathologies. Ils sont en particulier retrouvés chez les enfants présentant un trouble du spectre autistique (TSA), un syndrome de Prader-Willi, en cas de maladies neurologiques, métaboliques, gastro-entérologiques. La dysoralité est aussi présente chez les enfants nés prématurés. Elle peut cependant apparaître en dehors de toute autre manifestation.



## QUELQUES DONNÉES

**56 à 87% des enfants avec TSA présentent un trouble de l'alimentation<sup>5</sup>.**

Les problèmes d'alimentation concernent 25 à 35 % des jeunes enfants<sup>10</sup>.

1 à 5 % seulement présenteraient un réel trouble alimentaire avec répercussions sur la croissance de l'enfant et/ou malnutrition<sup>6</sup>.

80 % des enfants avec retard de développement présentent des troubles alimentaires et la plupart de ceux-ci ont des causes organiques sous-jacentes<sup>12</sup> :

- 26 à 90 % dans les malformations oro-faciales (par ex. fentes labio-palatines), les malformations digestives, les pathologies digestives, les cardiopathies malformatives, les pathologies respiratoires, métaboliques et/ou rénales, les syndromes génétiques et des syndromes neurologiques ;
- 23 à 43 % si l'enfant a un retard mental, un déficit psychomoteur, un retard de développement ;
- 10 à 49 % des cas sont les conséquences d'une prématurité.

## Une prise en charge multiprofessionnelle : prévenir/détecter/intercepter

Médecins et chirurgiens-dentistes en particulier, peuvent observer et repérer certains signes. La prise en charge préventive et interceptive est **multidisciplinaire**. Elle passe par une information des parents et une détection précoce.

Pendant la grossesse et après l'accouchement, l'information doit être portée par les professionnels de santé qui accompagnent les parents. Ils sont également ceux qui vont détecter les premiers signes. Il existe des périodes clés :

- **de 0-7 mois**, période essentielle pour préparer et commencer la diversification alimentaire à partir de 4 mois ;
- **de 7 mois à 16 mois**, pour apprendre à manger seul, multiplier les essais alimentaires et apprendre à manger comme le reste de la famille ;
- **de 16 mois à 6 ans**, pour apprendre à mastiquer avec ses « grosses dents » des aliments compliqués ;
- au sein de ces périodes clés, **les âges 5-12 mois et 18-30 mois** correspondent aussi aux principales phases d'éruption des dents temporaires.

Certains symptômes demanderont l'intervention d'un professionnel ayant les connaissances et les compétences requises.



## Intervention de l'orthophoniste/du kinésithérapeute (voir fiche pratique 1)

### > Les symptômes suivants orientent vers la consultation de ces professionnels

- Lorsque l'enfant n'explore pas sa bouche avec ses doigts ou des objets. On parle aussi de self-feeding (0-24 mois).
- Lorsqu'il refuse les premiers aliments mixés (purées) au-delà de 7 mois.
- Lorsqu'il refuse les premiers aliments solides (gâteaux, pain, etc.) au-delà de 12 mois.
- Lorsqu'il refuse de mettre la cuillère à la bouche au-delà de 7 mois.
- Si des nausées ou des vomissements sont fréquents dès que l'enfant est en contact avec des aliments, des soins oro-faciaux ou des jouets.
- Si l'enfant évite constamment certaines textures ou certains aliments avec sa bouche, ses mains ou ses pieds.
- Si l'enfant ne prend aucun plaisir à manger, qu'il pleure ou évite les moments de repas.
- Lorsque l'enfant perd ou ne prend pas de poids.



Le rééducateur va observer et évaluer l'enfant : ses habitudes alimentaires, sa motricité globale, son langage, son audition, sa déglutition et son comportement face à l'alimentation.

### > Les objectifs de la prise en charge sont...

- Faire évoluer ses connaissances alimentaires et permettre d'améliorer les expériences avec les aliments au niveau de la bouche.
- Apprendre à tolérer, interagir, toucher, sentir, goûter et mâcher progressivement en fonction des compétences sensorimotrices et cognitives.
- Sécuriser la prise alimentaire en cas de dysphagies sévères de la déglutition grâce à un travail d'adaptation des textures, l'installation, la posture du patient.

### > Actions des rééducateurs

- Effectuer un travail autour de la sensorialité et de la connaissance des aliments : sentir des odeurs, écouter les bruits des aliments, prendre une bonne posture pour manger, etc.
- Proposer une prise en charge cognitive et comportementale aux parents et à la famille en les associant à la prise en charge, en les guidant sur les attitudes et les postures à prendre. Une approche globale systémique est préconisée pour modifier les adaptations mises en place par la famille.
- Rééduquer en parallèle un retard de parole/langage, un bavage.

# Repérage des troubles de l'oralité : la place du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste fait partie de l'équipe soignante. Sa prise en charge sera adaptée au patient, dans le cadre d'une équipe de soin.

## Prévenir par le dépistage

La première visite est souvent trop tardive pour permettre le dépistage : M'T dents débute à 3 ans, soit après les périodes clés précoces, les plus importantes pour prévenir et intercepter. Un rôle dans le dépistage n'est cependant pas à exclure lorsque les signes sont discrets. Identifier et mettre des mots sur un problème récurrent, perçu par les parents bien que personne n'ait pris en compte leurs difficultés, va ouvrir des portes et aider l'enfant à progresser en étant bien accompagné par des professionnels.

Les conseils de prévention (diversification alimentaire, stimulation de la cavité buccale) sont toujours utiles pour les jeunes patients car ils sont aussi positifs pour la prévention de la carie et des dysmorphoses oro-faciales.

Face aux difficultés rencontrées pour l'hygiène bucco-dentaire, le chirurgien-dentiste doit mettre en place des solutions de brossage/nettoyage des dents adaptées au patient. La fréquence des actes professionnels de prévention (vernis fluoré, détartrage) sera adaptée aux besoins du patient, de façon à ne pas avoir de séance trop longue.

Communiquer vers les futurs parents pour les inciter à une consultation à 1 an pour le futur bébé (6 mois après l'éruption de la première dent).

## Conseiller - orienter

Contacté avec l'équipe soignante, médecin ou pédiatre en particulier, peut permettre de savoir si cela s'inscrit dans un tableau plus général.

### > En fonction de la réponse

#### Règles générales professionnelles

- Contact avec les autres soignants (pédiatres, rééducateurs...).
- Dossier médical complet.

### > Préparation/approche du patient

- Désensibilisation par rapport aux soins dentaires (ex. : hypnothérapeute) si besoin.
- Utilisation de méthodes cognitivo-comportementales.
- Former l'enfant à l'autohypnose.
- Préparation possible par une histoire sociale (surtout si association à TSA).  
Ex. : utilisation SantéBD pour préparer la visite en amont, ou programme PASO (TSA).
- Contacter l'orthophoniste/le kinésithérapeute.
- Envisager une prémédication sédatrice.
- Questionnaire préalable pour connaître : goûts, aversions, comportement ...
- Préparer un cahier avec objectifs à atteindre entre deux séances (objectifs SMART : Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et Temporellement défini).

## Une histoire sociale

C'est un outil visuel qui permet à l'enfant de s'adapter à une attente sociale ou de faire face à une situation spécifique efficacement. Le plus souvent, on utilise une séquence d'images (photos ou dessins) dans le but de favoriser un apprentissage social. On décortique une attitude ou un comportement souhaité à travers une histoire, afin de rendre l'acte très concret pour l'enfant.

## SantéBD, c'est quoi ?



Pour le découvrir,  
flashez-moi !



SantéBD est une boîte à outils pédagogiques pour comprendre et expliquer la santé avec des images et des mots simples. Bandes dessinées personnalisables pour enfants et adultes, posters, vidéos et banque d'images : SantéBD facilite la préparation des rendez-vous médicaux, l'acceptation des soins, la compréhension des messages de prévention et le dialogue entre le patient et le soignant.

## Prendre en charge : comment soigner ces patients particuliers

### RÈGLES GÉNÉRALES POUR LES SÉANCES

#### Régularité des rendez-vous

- Séances courtes.
- Éviter les couleurs vives/lumières agressives dans l'environnement :
  - éteindre/diminuer les éclairages non utiles ;
  - faire porter des lunettes de soleil ?
- Éviter les produits avec goût et/ou odeur forte.
- Préférer les contacts fermes à des touches plus légers.
- Éviter les sons/bruits trop agressifs ! Isoler les surfaces avec des serviettes jetables pour éviter les bruits de choc ?
- Éventuellement, utiliser une tablette avec son spot préféré, ou bien donner des écouteurs pour isoler ? (Mais le contact des écouteurs peut gêner l'enfant). Attention à garder le contact par la parole lorsque c'est nécessaire.

### PRÉPARATION/APPROCHE DU PATIENT



- Approche progressive avant d'entrer dans la cavité buccale.
- Massages du corps, du visage au départ et progression vers la bouche.
- Utilisation de techniques de distraction pour gérer l'angoisse du patient.
- Utilisation d'outils de CAA (communication alternative et améliorée) si besoin, exemples : TD SNAP®, Tobii® (commande oculaire).
- Pausés durant le soin dans de nombreux cas, complément de patience et empathie.
- Favoriser les soins d'attente (fluorure diamine d'argent, CVI...).
- Lorsque nécessaire :
  - soins sous MEOPA ;
  - soins sous sédation profonde, en milieu médicalisé ;
  - soins sous anesthésie générale.

### LA CONSULTATION PRIMAIRE (VOIR FICHE PRATIQUE 2)

Elle a pour objectif d'établir un premier contact pour évaluer les capacités de communication du patient et les besoins de soins.

Son déroulement doit être maîtrisé et suivre un minimum de règles. Les méthodes et les thérapeutiques choisies permettront de faire les soins nécessaires. Par la suite, on mettra en place une dynamique de suivi qui fera progresser le patient.

#### Quelques règles de bases...

- S'adresser à l'enfant directement, la conversation va permettre de voir s'il veut bien communiquer avec nous.
- **Obtenir son accord pour chaque action est primordial.**
- Mettre en place les premières étapes d'un rituel, c'est cela, qui apportera la confiance.
- **Respecter sa demande d'arrêt est primordial.**
- **Identifier le temps qui passe va nous aider à mener nos soins.**
- Expérimenter chaque nouvel instrument, chaque nouveau bruit.
- **Féliciter, encourager pour chaque action.**

Cette approche progressive, très répétitive et très normée est rassurante pour le patient. Pas de surprise, on agit toujours dans le même ordre.

À la fin de cette séance, on établit les objectifs de la séance suivante.

Tout ce travail d'approche progressive permettra de mettre en place les bases des séances de soins suivantes. Il faudra utiliser la même démarche progressive à chaque séance.

### LES SÉANCES SUIVANTES



**À chaque séance ses objectifs !** La séance suivante débute toujours de la même façon. On explique, on montre, on approche avec l'accord du patient à toutes les étapes. Avant de terminer la séance, on explique ce que l'on fera la prochaine fois.

# Prendre en charge : comment soigner ces patients particuliers

## LA PLACE DES ACCOMPAGNANTS

Le chirurgien-dentiste doit se préoccuper de l'accompagnant. Les parents se sentent souvent responsables de l'attitude de l'enfant. Le chirurgien-dentiste doit rassurer la famille et décider de la place à leur donner pendant la séance de soins. Le chirurgien-dentiste peut orienter les parents vers une prise en charge spécifique si le diagnostic n'a pas encore été posé. Il doit alors expliquer que le patient souffre d'une hypersensibilité réelle que nous allons prendre en charge, ce qui permettra à terme de faire les soins.

## LES MESURES DE PRÉVENTION À LA MAISON

Le chirurgien-dentiste mettra en place des mesures de prévention qui tiendra compte des spécificités du patient.

### > Pour le brossage

La brosse à dents est souvent difficile à utiliser. Le geste du brossage est un bon moyen de rééducation. Il faut encourager l'entourage à mettre en place l'hygiène dès le plus jeune âge. Une compresse sur les surfaces externes chez le nourrisson, puis les doigtiers silicones peuvent être une bonne alternative chez le très jeune enfant quand le brossage est réalisé par les parents. Mais dès que possible, on introduira le brossage avec une brosse à dents à petite tête et très douce qui sera mieux supportée. La brosse à dents électrique est également une ressource possible. Elle fait le mouvement et l'enfant n'a plus qu'à se concentrer sur la position de la brosse. De plus, elle indique toutes les trente secondes.

Quand l'enfant grandit, on pourra l'encourager avec la technique de la récompense.

**Proposition :** faire un tableau pour noter par jour le temps de brossage le soir. Fixer des objectifs atteignables par le patient et prévoir des petits challenges et des récompenses lorsque les objectifs sont atteints.

**Exemple :** un enfant a du mal à garder la brosse à dents dans la bouche. Il tient dix secondes et pas plus. On lui a donné un chronomètre et on lui a demandé de tenir seize secondes la première semaine. La première fois qu'il l'a fait, il a eu le droit de coller une gommette sur son calendrier (il avait choisi des animaux). La semaine suivante, il était très fier d'apporter son tableau avec les sept jours et les sept gommettes. Au bout d'un mois, il est passé à trente secondes de brossage tous les soirs !

### > Le dentifrice










Il peut poser problème à cause du goût. Proposer de mettre très peu de dentifrice sur la brosse à dents sèche. Ce sera très efficace pour moins de gêne car c'est l'eau sur la brosse qui répand le goût.


### > L'alimentation

- Éviter les boissons sucrées et le grignotage.
- Vérifier les apports en calcium.
- Manger équilibré (matin, midi, goûter, soir).

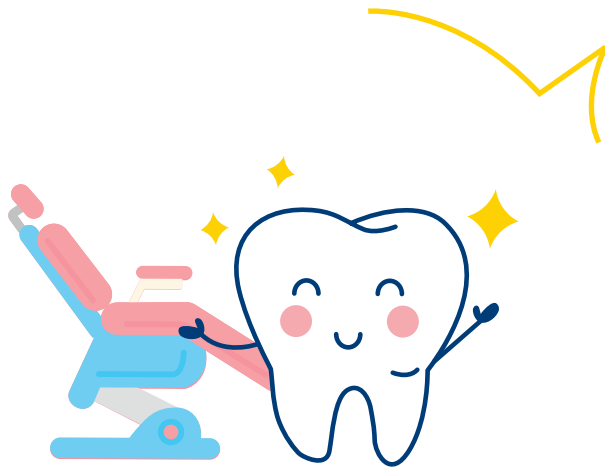
Ces principes sont bien connus mais souvent très difficiles à appliquer car les contraintes alimentaires induites par le trouble de l'oralité peuvent être très importantes. Il faudra s'adapter à cette situation spécifique en se rapprochant au mieux de ces principes.

### Les recommandations de l'UFSBD en matière de fluor dans les dentifrices

 <p><b>Brossage des dents</b> 2 fois/jour</p>	 <p><b>Recracher l'excès</b> de dentifrice sans rincer</p>	 <p><b>Brossage réalisé par un adulte</b> jusqu'à 5 ans et supervisé par un adulte jusqu'à 7-8 ans</p>	
 <p><b>6 mois-2 ans</b></p>	 <p><b>2-3 ans</b></p>	 <p><b>3-6 ans</b></p>	 <p><b>à partir de 6 ans et</b> jusqu'à l'âge adulte</p>
 <p><b>Risque carieux faible</b></p>	<p>Trace de dentifrice <b>1000 ppm</b> dans la largeur de la brosse à dents</p>	<p>Petit pois de dentifrice <b>1000 ppm</b></p>	<p>Dentifrice <b>1000-1450 ppm</b></p>
 <p><b>Risque carieux élevé</b></p>	<p>Trace de dentifrice <b>1000 ppm</b> dans la largeur de la brosse à dents</p>	<p>Petit pois de dentifrice <b>1000 ppm</b></p>	<p>Petit pois de dentifrice <b>1450 ppm</b></p>


[www.ufsbd.fr](http://www.ufsbd.fr)



**CONCLUSION**

Le dépistage précoce des troubles de la sphère oro-faciale, que ce soit un retard de mise en place des compétences alimentaires ou des troubles sensoriels limitant les soins dentaires, reste essentiel pour le chirurgien-dentiste. L'absence de mastication et de découverte orale impacte la croissance de la mâchoire avec des risques de malposition mais également une diminution de la mobilité la langue. Cette langue active et ajustée sur le plan sensoriel par les déglutitions secondaires permet un nettoyage constant de la bouche et limite le risque carieux. Un dépistage précoce des troubles aide à mettre en place le geste du brossage. Un brossage efficace sera un moyen quotidien, simple et répétitif d'accès à la bouche. L'hygiène bucco-dentaire offre un moyen efficace d'apprentissage s'il est mis en place très tôt, même avant l'éruption dentaire. Il facilite l'exploration de sa bouche et développe une sensibilité oro-faciale propice au développement de la sphère orale.



FREIN DE LA LANGUE LIMITANT

# Les professionnels de santé associés à la prise en charge des troubles de l'oralité

Le pédiatre ou/et le médecin généraliste et le pédopsychiatre doivent être associés à la prise en charge et travailler de concert pour établir le bilan avec l'orthophoniste ou/et le kinésithérapeute. D'autres spécialistes comme l'ergothérapeute et le psychomotricien peuvent compléter le dispositif si c'est nécessaire.



	SPÉCIFICITÉS	DIPLÔMES COMPLÉMENTAIRES SPÉCIFIQUES
<b>ORTHOPHONISTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Troubles de la déglutition</li> <li>Troubles du langage</li> <li>Troubles des apprentissages alimentaires</li> <li>Troubles sensoriels spécifiques aux troubles alimentaires</li> <li>Troubles maxillo-faciaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DIU troubles de l'oralité alimentaire</li> <li>DIU maxillo-faciale</li> </ul>
<b>KINÉSITHÉRAPEUTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Troubles de la déglutition</li> <li>Troubles sensoriel et moteur dans les troubles alimentaires</li> <li>Troubles maxillo-faciaux</li> <li>Soins de développement</li> <li>Troubles de la déglutition associés aux troubles respiratoires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DIU maxillo-faciale</li> <li>DIU troubles de l'oralité alimentaire</li> <li>DIU paralysie cérébrale</li> <li>DIU kinésithérapie respiratoire</li> </ul>
<b>ERGOTHÉRAPEUTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégration sensorielle</li> <li>Posture installation</li> <li>Autonomie pendant les repas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formation en intégration sensorielle</li> <li>DIU paralysie cérébrale</li> </ul>
<b>PSYCHOMOTRICIEN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensorialité et alimentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DIU troubles de l'oralité alimentaire</li> </ul>

# La consultation primaire

## > Objectif

Établir un premier contact pour évaluer les capacités de communication du patient et les besoins de soins.

## > Déroulement

- S'adresser à l'enfant directement, la conversation va permettre de voir s'il veut bien communiquer avec nous. On va lui demander son nom, son âge, les sujets simples du quotidien comme l'école, les frères et sœurs ou les « chouettes » chaussures, le joli pull... ce qui aide à établir une relation simple.  
Si l'enfant a son doudou, on peut dire : « Tu amènes ton doudou chez le dentiste ? C'est bien ! Tu prends bien soin de lui, nous allons voir s'il a de belles dents ». Dans la suite de l'examen de doudou, vous profitez de la dynamique en disant « Maintenant c'est à toi. On va regarder tes dents. Est-ce que tu veux bien ? ». **Obtenir son accord pour introduire notre miroir est primordial.**
- Vous allez commencer à mettre en place les premières étapes d'un rituel qui, autant que possible, doit toujours être le même. C'est cela, qui apportera la confiance. L'approche sera toujours progressive. On touche doudou, on touche la main avec le miroir. On peut continuer sur l'avant-bras. Après, on propose de toucher la joue. Tout cela sous le contrôle de l'enfant en vision direct d'abord puis avec l'aide d'un miroir qu'on lui donne pour qu'il puisse toujours regarder ce que l'on fait. On pourra également convenir d'un signe pour qu'il puisse nous dire quand il veut arrêter. **Respecter sa demande d'arrêt est primordial.**
- **De même identifier le temps qui passe va nous aider à mener nos soins.** On peut proposer de compter par exemple : « Je compte jusqu'à un et je touche la dent de devant avec le miroir, est-ce que tu es d'accord ? Super ! Tu as bien ouvert la bouche ! Je te félicite ! ». « Et maintenant, on va regarder les dents du bas, là je compte jusqu'à 2 et tu regardes avec moi », et on regarde les dents du bas : « Très bien ! Tu as vu comme tu te débrouilles bien ! C'est super. Et maintenant, on regarde les dents du haut, je vais compter jusqu'à 3 et je m'arrête. Tu sais, je ne compte jamais plus de trois car je sais que tu as besoin de respirer, alors on fait une pause ».
- Au cours de cette séance, on explique, on montre les instruments, on fait tourner la turbine sur sa main sans eau, puis avec eau, puis avec l'aspirateur. Avec le microtour, on fait toucher, on lui met dans la main pour qu'il sente la vibration. On fait un essai sur la main : « Cela chatouille ». Puis l'ongle : « Ça tremble ». La dent, c'est dur donc cela va chatouiller ou trembler ? », et l'enfant vous répond. C'est très bon signe. Vous le félicitez pour avoir bien répondu.  
« Je vais toucher une de tes dents avec ma machine. On va aller très vite. Je compte jusqu'à un seulement. Je le fais une fois avec la turbine sans l'eau et sans l'aspirateur. »  
Chaque nouvel instrument et chaque nouveau bruit doivent être expérimentés d'abord en dehors, tout seul, puis sur la main, puis sur la joue et après seulement dans la bouche.

**Et à chaque étape, on l'encourage et on le félicite pour chaque action. La voix doit être posée, calme et montrer que l'on maîtrise. Ne jamais hausser le ton. Dès que l'on sent que l'on perd le contact, s'arrêter, faire une pause pour reprendre en douceur.**

C'est cette approche progressive, très répétitive et très normée qui est rassurante pour le patient. Pas de surprise, on agit toujours dans le même ordre.

- À la fin de cette séance, on établit les objectifs de la séance suivante. Il faudra parfois plusieurs séances pour obtenir ce résultat. Il ne faut pas se décourager dès la première séance. Tout ce travail d'approche progressive permettra de mettre en place les bases des séances de soins suivantes. Il faudra utiliser la même démarche progressive à chaque séance.



# Dysoralité, troubles alimentaires pédiatriques

## > Définition

La dysoralité sensorielle (sensory processing disorders) est l'incapacité ou la difficulté majeure à accepter dans la cavité buccale ou autour de celle-ci (lèvres, tête) des stimuli divers tant olfactifs, que gustatifs ou au niveau de la texture. On peut aussi parler de « troubles alimentaires pédiatriques ». Elle se manifeste par des difficultés d'alimentation et autres fonctions ou activités intéressant la cavité buccale, conduisant à des attitudes de rejet et des mécanismes de défense (bavage après 2 ans, réflexe nauséeux invalidant, sélectivité alimentaire, fausses routes, pneumopathie par inhalation...).

## > Drapeaux rouges de troubles alimentaires, quand adresser un enfant ?

Un seul drapeau justifie une évaluation (avec ou sans prise en charge).

### • Troubles morphologiques et développement sensorimoteur

Rétrognathie, retard de tenue de tête, absence de jeux autour de la bouche avec difficultés alimentaires retrouvés dans le premier semestre de vie.

### • Troubles de l'oralité primaire (suction)

- Troubles de la suction, difficultés à choisir un biberon, difficultés de mise en place de l'allaitement, avec démarrage de la diversification alimentaire difficile.
- Nourrisson qui pleure et/ou se cambre à la plupart des repas.

### • Troubles du développement des compétences alimentaires

- Les parents signalent que l'enfant est « difficile » à deux ou plus d'éléments sensoriels communs.
- Incapacité à la transition aux purées pour bébés avant l'âge de 10 mois.
- Incapacité d'accepter les aliments solides avant l'âge de 12 mois.
- Incapacité de passer du sein/biberon au verre avant l'âge de 16 mois.
- Impossibilité d'être sevré des aliments pour bébés avant l'âge de 16 mois.
- Aversion ou évitement de tous les aliments de texture ou de groupe nutritionnel spécifique.
- Gamme alimentaire de moins de 20 aliments, surtout si les aliments sont abandonnés au fil du temps sans nouvel aliment remplaçant ceux perdus.
- La famille se bat au sujet de l'alimentation (les repas sont des batailles).
- Le parent rapporte à plusieurs reprises que l'enfant est difficile à nourrir pour tout le monde.
- Antécédents parentaux d'un trouble de l'alimentation, avec un enfant n'atteignant pas les objectifs de poids (parents ne posant pas de problème, mais peuvent être plus stressés et avoir besoin d'un soutien supplémentaire).

### • Troubles de la déglutition

- Pneumopathies par inhalation (poumon droit).
- Fausse route, réflexe nauséeux ou toux pendant les repas.
- Antécédents d'un étouffement traumatique.
- Problèmes continus de vomissements.
- Plus d'un incident de reflux nasal.
- Antécédents de problèmes de coordination orale alimentaire et respiratoire, avec des problèmes respiratoires chroniques.

### • Troubles nutritionnels

- Faible prise de poids continue ou perte de poids.



## Dysoralité, troubles alimentaires pédiatriques

### > Boîte à outils

Le repas est le lieu d'apprentissage privilégié. Il est essentiel de rester à table tout le temps du repas. Même si l'enfant ne mange pas, il observe les autres manger. L'adulte crée un cadre chaleureux de repas. L'enfant goûte de manière autonome son alimentation, il peut recracher si l'expérience est difficile. Chaque expérience où il goûte reste une expérience,

Il faut l'encourager à répéter la situation. Cela va permettre de sécuriser progressivement son alimentation. La grimace n'est pas un échec mais une réponse gustative. L'enfant peut recommencer. Le réflexe nauséux marque l'impossibilité de gérer l'aliment en bouche.

**Un outil simple à mettre en place est un cahier des chemins de la bouche**, une sorte de livret d'apprentissage. À chaque repas, l'enfant doit faire des essais avec la progression suivante.

- **S'il ne les mange pas et ne peut pas les toucher directement**
  - Tolérer l'aliment devant lui.
  - Interagir avec l'aliment (manipulation avec des outils, transvasement).
- **S'il peut les toucher**
  - Les toucher avec les mains (du bout des doigts, les déplacer dans l'assiette, les mettre dans une petite poubelle de table, par exemple, avec les mains).
  - Toucher l'aliment avec ses lèvres.
  - Toucher avec ses dents.
  - Toucher avec sa langue (proposer des jeux avec une comptine numérique pour prolonger la situation).
  - Les mettre dans sa bouche et cracher.
  - Les mettre dans sa bouche, mâcher et cracher.
  - Les mettre dans sa bouche, mâcher, avaler et cracher ce qui est difficile.

### > Où trouver un thérapeute ?

Annuaire des professionnels diplômés du DIU troubles de l'oralité alimentaire.

Pour en savoir plus, un livre : *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder - Children, Adolescents, and Adults* - Jennifer J. Thomas. Kamryn T. Edd



On utilise des renforçateurs d'expérience du type : « J'ai goûté, je le note et colle une petite gommette de dinosaure ; j'ai avalé, je colle une grosse gommette de dinosaure ». Après 10 grandes gommettes, l'enfant gagne un morceau d'un jeu de construction. Chaque repas devient un temps ludique d'apprentissage pour les nouveaux aliments. Il faut souvent plusieurs mois d'essais quotidiens pour améliorer la situation et améliorer le spectre d'expériences alimentaires. Soutenir les parents est important face à la difficulté de la tâche les premières semaines.

Dans la boîte à outils, il est essentiel que l'enfant apprenne à découvrir les aliments par les courses, la cuisine, le tri des épluchures, la cantine avec les copains qui est un lieu formidable d'apprentissage même s'il ne mange pas.

Le brossage des dents reste une expérience formidable et surtout quotidienne, répétitive, d'exploration buccale. La brosse à dents électrique améliore toujours les troubles sensoriels.

L'aide par un rééducateur bien formé est essentielle pour aider la famille au quotidien en particulier pour les familles les plus vulnérables.



## RÉFÉRENCES

1. Ben-Sasson A, Hen L, Fluss R, Cermak SA, Engel-Yeger B, Gal E. A Meta-Analysis of Sensory Modulation Symptoms in Individuals with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2008;39(1):1.
2. Little LM, Dean E, Tomchek SD, Dunn W. Classifying sensory profiles of children in the general population. *Child: Care, Health and Development*. 2017;43(1):81-8.
3. Abadie V. L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de Pédiatrie*. 2004;11(6):603-5.
4. Grevesse P, Van Wingham J, Franck L, Dassy M, Cormann N, Charlier D, et al. Le trouble alimentaire pédiatrique. *Percentile : la revue des pédiatres*. 2020;25:12.
5. Jamkotchian H, Courson F, Smail – Faugeron V, Hamdan S. oralité - du repas à la consultation dentaire avec plaisir ! - 1982\_CDF.pdf. *CDF Mag du chirurgien dentiste*. 5 mai 2022;(1982):37-43.
6. Lefton-Greif MA, Arvedson JC. *Pediatric Feeding and Swallowing Disorders: State of Health, Population Trends, and Application of the International Classification of Functioning, Disability, and Health*. *Semin Speech Lang*. août 2007;28(3):161-5.
7. Stein LI, Lane CJ, Williams ME, Dawson ME, Polido JC, Cermak SA. Physiological and Behavioral Stress and Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorders during Routine Oral Care. *Biomed Res Int*. 2014;2014:694876.
8. Ahn RR, Miller LJ, Milberger S, McIntosh DN. Prevalence of Parents' Perceptions of Sensory Processing Disorders Among Kindergarten Children. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1 mai 2004;58(3):287-93.
9. Erez ABH, Gal E. Quality of life: A universal or a disability specific concept? *Can J Occup Ther*. 1 févr 2020;87(1):4-11.
10. Quand l'oralité se construit | Les CDF. *Le CDF Mag du chirurgien dentiste*. 11 février 2021;(1923):scientifique.
11. Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition [Internet]. *De Boeck Supérieur*. 2022 [cité 25 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.deboecksupérieur.com/ouvrage/9782807328860-reeducation-des-troubles-de-l-oralite-et-de-la-deglutition>
12. Tomchek SD, Dunn W. Sensory Processing in Children With and Without Autism: A Comparative Study Using the Short Sensory Profile. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1 mars 2007;61(2):190-200.
13. Treating Children With Sensory Processing Disorders [Internet]. *Decisions in Dentistry*. [cité 25 juin 2022]. Disponible sur : <https://decisionsindentistry.com/article/treating-children-sensory-processing-disorders/>
14. CASCALES (T.), CASCALES (T.), OLIVES (J.P.). Troubles alimentaires restrictifs du nourrisson et du jeune enfant : avantages d'une consultation conjointe entre pédiatre et psychologue. *Troubles alimentaires restrictifs du nourrisson et du jeune enfant : avantages d'une consultation conjointe entre pédiatre et psychologue*. 2013;
15. Abadie V. Troubles de l'oralité d'allure isolée : « Isolée ne veut pas dire psy ». *Archives de Pédiatrie*. juin 2008;15(5):837-9.

# Retour en images sur notre XXII<sup>e</sup> Colloque National de Santé Publique

## LE GRAND DÉFI DES 1 000 PREMIERS JOURS

Retrouvez les actes  
du Colloque, la feuille  
de route pour agir ensemble,  
les vidéos des intervenants



**Ouverture et Introduction du Colloque :  
1000 premiers jours : quelle politique  
adopter ?**

Dr Benoît PERRIER – Président de l'UFSBD, chirurgien-  
dentiste



**Obtenir un engagement cohérent de  
tous les acteurs de la société autour de  
ces 1000 jours**

Dr Thierry CARDOSO – Médecin de santé publique,  
responsable de l'Unité périnatalité et petite enfance à la  
Direction de la prévention et promotion de la santé, Santé  
publique France



**Les enjeux de l'oralité pendant les 1000  
premiers jours de vie**

Dr Benoît CHEVALIER – Kinésithérapeute pédiatrique,  
doctorant SIEB EPHE, cofondateur du cabinet de  
rééducation pédiatrique Luciole & Compagnie à Angers.



**Connaître les pathologies bucco-  
dentaires pour agir au mieux – Évaluer  
les risques, prévenir et détecter  
précocement**

Pr Jean-Louis SIXOU – Professeur des universités,  
praticien hospitalier, responsable de l'odontologie  
pédiatrique (Université de Rennes 1 et CHU de Rennes),  
responsable du centre de compétences maladies rares  
orales et dentaires (CHU de Rennes).

**1000 premiers jours  
et santé bucco-dentaire**

**une feuille de route  
pour agir ensemble**

**Car il ne peut  
y avoir de santé  
sans santé  
bucco-dentaire**

**Découvrez les Actes du XXII<sup>e</sup> Colloque  
de l'UFSBD ainsi que les captures vidéos  
des différents intervenants**

**L'UFSBD est prête à s'engager aux côtés de tous !**

XXII<sup>e</sup> Colloque National de Santé Publique

**LE GRAND DÉFI  
DES 1 000 PREMIERS JOURS**  
Construisons le parcours bucco-dentaire  
de la mère à l'enfant

Sous le patronage du Ministère  
des Solidarités et de la Santé

En collaboration avec Santé  
publique  
France

**Le vendredi 29 octobre 2021**

**LES ACTES DU COLLOQUE**

**Découvrez à la fin du document  
la FEUILLE DE ROUTE  
pensée par l'UFSBD,  
pour agir ensemble !**