

Titre : Troubles de l'oralité alimentaire et symptomatologie du retard de parole : Quel lien ?

Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

présenté par *Sophie CABARET* et *Claire CHAPPON*

dirigé par :

Mme Emeline Lesecq-Lambre, orthophoniste en libéral à Hem et chargée d'enseignement au département d'orthophonie de Lille

Mme Camille Maiffret, orthophoniste au CAMSP d'Armentières et en service de néonatalogie

soutenu publiquement en *Juin 2015*

RÉSUMÉ

Les liens étroits qu'entretiennent oralités alimentaire et verbale sont au cœur de nos pratiques orthophoniques. Chez l'homme, alimentation, langage et parole sont des fonctions orales fondamentales. La sphère oro-faciale en est l'élément clé et se développe dès la vie intra-utérine, pour être pleinement mature et fonctionnelle à la naissance. Oralités alimentaire et verbale peuvent alors se développer harmonieusement et conjointement, suivant deux stades : primaire et secondaire. On sait d'après la littérature qu'un trouble de l'oralité alimentaire peut entraîner un trouble de l'oralité verbale. Les enfants prématurés représentent d'ailleurs une population à risque de dysoralité. Oralité alimentaire et parole sont donc intimement liées dans leur développement chez l'enfant mais le sont-elles également en pathologie ? Existe-t-il donc un lien entre les troubles de l'oralité alimentaire et le retard de parole ? Un questionnaire a ainsi été diffusé aux orthophonistes prenant en charge des enfants présentant un retard de parole, associé ou non à des troubles de l'oralité alimentaire. Le traitement statistique des 50 réponses recueillies met en évidence deux associations significatives : l'une entre troubles de l'oralité alimentaire et élisions de syllabes et l'autre entre trouble de l'oralité alimentaire et prématurité. Aucune donnée de la littérature, ni aucune hypothèse explicative n'ont pu venir appuyer la significativité entre la dysoralité et les processus d'élisions de syllabes. Par ailleurs, devant le faible effectif de notre échantillon, ce résultat n'est nullement généralisable à la population cible. Nous espérons cependant avoir pu sensibiliser les orthophonistes à la nécessité d'investiguer conjointement alimentation et parole.

Mots-clés :

Oralité alimentaire Oralité verbale Dysoralité Retard de parole

ABSTRACT

The close links on which eating and verbal orality are based, are at the heart of speech therapy practices. For humans, food, language and speech are the fundamental oral functions and the key element to these is the oro-facial sphere. Its development starts in the uterus and it is fully functional at birth. Eating and verbal oralities develop in perfect harmony simultaneously in two stages : primary and secondary. Based upon the available literature, we know that eating disorders can bring about speech and language disorders. Moreover, premature infants risk having such disorders. Thus, in a child's development, eating orality and speech are very closely linked but is it also the case for their pathologies? So is there also a link between eating orality disorders and speech delay? A questionnaire was circulated to speech therapists treating children for a speech delay problem, linked or not to an eating orality disorder. The data in the 50 replies received were statistically processed and the results highlighted two significant associations: firstly between eating orality disorders and syllable elisions and secondly between eating orality disorders and premature birth. No written data or hypotheses were found to support the significance between the eating disorder and the process of elision of syllables. Furthermore, our study suffers from a small sample size so it is impossible to extrapolate to the target population. We hope, however, to have been able to raise speech therapists' awareness to the need to examine food and speech together.

Keywords :

Eating orality Verbal orality Eating disorders Speech delay

INTRODUCTION

« L'oralité verbale se construit pour le jeune enfant conjointement à son oralité alimentaire » (Thibault, 2012). La bouche est un véritable carrefour anatomique car elle est le lieu des deux fonctions orales majeures de l'homme : l'alimentation et l'expression.

L'intérêt des auteurs concernant les liens entre troubles de l'oralité alimentaire et verbale reste récent, toutefois, la littérature fait état d'études suggérant l'existence d'un lien entre ces troubles. L'orthophoniste joue un rôle essentiel dans la prévention et la prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire et verbale, notamment auprès d'enfants prématurés.

Alimentation et parole sont deux fonctions liées par des praxies communes, dont la langue est l'organe clé. Cette étude a donc pour objectif de déterminer s'il existe un lien entre les troubles de l'oralité alimentaire et certains éléments de la symptomatologie du retard de parole, grâce à un questionnaire destiné aux orthophonistes.

CONTEXTE THÉORIQUE

L'oralité désigne l'ensemble des fonctions orales dévolues à la bouche. Ces fonctions sont multiples et essentielles dans la vie de l'individu.

On distingue deux types d'oralité : l'oralité primaire et l'oralité secondaire. Au sein de chacune d'entre elles se développent une oralité alimentaire et une oralité verbale.

L'oralité primaire s'étend du stade embryonnaire à environ un an. L'oralité alimentaire se caractérise par la présence des réflexes archaïques oraux et de la coordination succion-déglutition-respiration. L'oralité verbale est quant à elle caractérisée par la présence de vocalisations réflexes et du cri.

L'oralité secondaire apparaît entre quatre et sept mois avec le passage à la cuillère et l'introduction des premiers aliments. L'oralité verbale secondaire correspond à l'émergence du babillage.

La parole appartient au domaine de la phonologie et concerne l'arrangement et le choix des phonèmes dans la chaîne parlée. Le développement de la parole requiert la présence de plusieurs compétences sous-jacentes.

Oralité alimentaire et parole sont liées par leur nécessité fonctionnelle au sein du développement de l'enfant.

I- Oralité du fœtus

La cavité bucco-nasale primitive se développe au cours des deux premiers mois de vie intra-utérine par la formation de 5 bourgeons faciaux, qui donneront naissance aux différents organes de la face. C'est au cours de l'embryogenèse que se construisent les prémices de l'oralité.

C'est au niveau de la sphère oro-faciale que l'on observe les premières séquences motrices de l'embryon avec le réflexe de Hooker : au cours du premier mois de vie intra-utérine, l'embryon touche ses lèvres, la bouche s'ouvre automatiquement et la langue sort pour toucher la main. L'apparition de ce réflexe signe le passage de l'embryon au fœtus.

Le réflexe de succion à la stimulation labiale apparaît au cours du troisième mois de gestation : le fœtus touche ses lèvres avec ses doigts et les premiers mouvements antéro-postérieurs de la langue apparaissent. C'est la succion non nutritive, fonction la plus précoce se manifestant dans le genre humain.

Les premières déglutitions fœtales sont efficaces à partir de la 12^{ème} semaine. Le couplage succion-déglutition ne se coordonne qu'à partir de 34 semaines de gestation.

La succion nutritive impose, à la naissance, la coordination entre la succion, la déglutition et la ventilation. Cette coordination apparaît vers 32 semaines, pour atteindre une efficacité optimale au moment du terme.

Les effecteurs sensoriels de l'oralité fœtale sont le toucher, l'olfaction et la gustation. Ils sont fonctionnels dès le deuxième trimestre de vie intra-utérine. Le fœtus explore sa sphère orale et découvre le goût du liquide amniotique.

Le développement harmonieux de la sphère orale et de l'oralité foetale permettront un bon investissement de l'oralité alimentaire et verbale.

II- Développement conjoint de l'oralité alimentaire et verbale

Oralité alimentaire et verbale se construisent conjointement et sont liées par leur localisation neuro-anatomique puisqu'elles utilisent les mêmes organes et les mêmes voies neurologiques.

À la naissance, l'oralité alimentaire primaire se caractérise par la présence des réflexes archaïques oraux, mouvements automatiques et involontaires contrôlés par le tronc cérébral. Leur présence est signe d'un bon développement nerveux. Ils disparaîtront une fois le système nerveux mature, vers quatre mois. La succion nutritive est rendue possible grâce à la coordination succion-déglutition-respiration. La première tétée est un moment particulier car elle nécessite la mise en jeu de nouvelles compétences. Elle est aussi essentielle dans l'instauration de la relation mère-enfant.

Parallèlement, la naissance représente également le moment du premier cri, fonction de survie. L'oralité verbale primaire se caractérise par la production de sons végétatifs réflexes : le nourrisson ne contrôle pas encore ses vocalisations.

Le passage à la cuillère et l'apparition de la déglutition adulte marquent le passage à l'oralité alimentaire secondaire. L'enfant découvre de nouvelles saveurs, son alimentation se diversifie. Par ailleurs, la succion-déglutition devient volontaire et non plus réflexe, le nourrisson est capable de la contrôler. Oralités alimentaires primaire et secondaire coexistent pendant plusieurs mois : c'est « la double stratégie alimentaire » (Thibault, 2010). Parallèlement, le babillage se développe et se complexifie progressivement.

Au cours de la deuxième année, l'enfant commence à mastiquer grâce à une meilleure mobilité et une meilleure tonicité des muscles de la sphère buccale. Cependant, le geste masticatoire n'est réellement maîtrisé que vers 6-7 ans.

Le développement des organes liés à la bouche, ainsi que la complexification des gnosies et des praxies, vont permettre à la fois une mastication efficiente, mais aussi l'apparition des premiers mots et de la bonne coordination des sons entre eux.

Oralités alimentaire et verbale sont donc intimement liées au cours du développement de l'enfant. Des difficultés peuvent survenir et entraver le bon déroulement de l'alimentation et de l'acquisition de la parole et du langage.

III- Troubles de l'oralité alimentaire

Le terme de «dysoralité» désigne «l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale, pouvant affecter l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant» (Thibault, 2012). Les étiologies des troubles de l'oralité alimentaire sont multiples. Elles peuvent être d'origine organique, neurologique, psychogène et post-traumatique, dans le cadre d'une nutrition artificielle mise en place pour des impératifs médicaux. Une nutrition artificielle prolongée peut avoir une incidence sur la capacité de l'enfant à s'alimenter par voie orale. La prématurité est une cause fréquente de nutrition artificielle.

Par ailleurs, Senez décrit une étiologie neurosensorielle, le Syndrome de Dysoralité Sensorielle (SDS), qui se manifeste par un hyper-nauséux.

On observe bien souvent une intrication de diverses étiologies, notamment organiques et psychogènes (Abadie, 2004).

Les manifestations cliniques des troubles de l'oralité alimentaire sont également multiples. Ils se manifestent principalement par une dysphagie, le refus de s'alimenter, l'absence d'autonomie pendant les repas, une sélectivité des aliments et des textures, une durée très longue des repas (Manikam, 2000). On observe également des troubles de la motricité oro-faciale, de la déglutition, de la sensibilité et de la succion.

Les enfants prématurés sont une population particulièrement à risque de développer des troubles de l'oralité alimentaire. En effet, la succion-déglutition-respiration ne se coordonne qu'à partir de 32 semaines de gestation et atteint sa maturité à la naissance. Tout enfant né avant 32 semaines est donc dans l'incapacité de se nourrir seul, la nutrition par voie entérale ou parentérale est alors nécessaire. L'immatunité de la sphère orale et l'éventuelle nutrition artificielle prolongée empêchent l'enfant d'investir l'alimentation orale. De plus, l'enfant prématuré va être privé d'une période de maturation sensorielle et d'expériences in-utero : dès sa naissance, il est confronté à un milieu dystimulant qui l'empêche d'investir sa sphère orale et son alimentation. Selon Burklow (1998), un nombre important d'enfants prématurés garderont des difficultés alimentaires à long terme.

Les enjeux d'un trouble de l'oralité alimentaire sont importants, notamment parce qu'ils peuvent avoir un impact sur le déroulement futur de l'alimentation de l'enfant. Par ailleurs, certains auteurs postulent que ces troubles peuvent également avoir des conséquences sur le développement de l'oralité verbale.

IV- Le retard de parole

La parole appartient au domaine de la phonologie. Le retard de parole est «l'altération des phonèmes, de groupes de phonèmes et de leur mise en ordre séquentiel à l'intérieur d'un même mot» (Thibault, Pitrou, 2012). Les erreurs commises dans la symptomatologie rappellent les simplifications rencontrées au cours du développement de la parole et peuvent rendre la parole inintelligible. Selon Coquet (2004), on parle de retard de parole lorsque ces erreurs persistent au-delà de l'âge de quatre ans. Elle définit le retard de parole comme une immaturité du système phonologique.

La terminologie de «retard de parole» est purement française et n'est donc pas consensuelle. La littérature anglo-saxonne et nord-américaine utilisent le terme de « Speech and/or Language Impairment » pour qualifier globalement les erreurs de l'enfant, quelle que soit l'articulation du langage touchée.

Les manifestations du retard de parole sont diverses. Coquet (2004) définit le tableau clinique suivant :

- Processus qui affectent la structure de la syllabe et/ou du mot
- Processus qui assimilent une classe de sons à une autre
- Processus qui substituent une classe de sons à une autre

Le retard de parole est principalement imputé à des difficultés perceptives et/ou motrices. En effet, bien qu'un de ces versants puisse être plus sévèrement altéré, les deux troubles, perceptif et moteur, coexistent chez la plupart des enfants présentant un retard de parole.

Parmi les troubles d'ordre perceptif, on observe des difficultés de discrimination auditive ainsi que des représentations phonologiques imprécises.

Dans les difficultés motrices, on observe des difficultés de planification motrice et de coordination des différents mouvements articulatoires nécessaires, l'enfant ne parvenant pas à enchaîner les phonèmes de manière correcte.

Aimard (1984) précise que des difficultés psychoaffectives peuvent également être à l'origine de difficultés de parole, l'enfant présentant une «immaturité linguistique et comportementale».

V- Liens entre alimentation et parole

Les domaines de l'alimentation et de la parole sont bien souvent étudiés de manière dissociée, pourtant «la réalité physique nous rappelle qu'il n'y a qu'une bouche» (Vannier, 2008).

Les enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire auraient plus de risques que les autres enfants de présenter un trouble relatif à l'oralité verbale. Par ailleurs, les enfants prématurés étant particulièrement à risque de présenter une dysoralité, il est nécessaire de veiller au bon développement de leur parole. Les praxies alimentaires et les praxies de parole se mettent en place conjointement et il est possible d'établir des parallèles entre certains actes d'alimentation et la production de certains phonèmes (Delaoutre-Longuet, 2007). Lorsqu'un enfant rencontre ou a rencontré des difficultés alimentaires, celles-ci peuvent donc retentir sur la production de la parole.

Par ailleurs, une prise en charge précoce des troubles alimentaires permettrait de prévenir des difficultés de parole (Thibault, 2010).

Bien comprendre les enjeux de l'oralité est essentiel : des notions sur le développement sain permettront de mieux cerner les difficultés de l'enfant et de lui proposer une prise en charge adaptée.

BUTS ET HYPOTHÈSES

La revue littéraire a donc amené la problématique suivante: existe-t-il un lien entre les troubles de l'oralité alimentaire et la symptomatologie du retard de parole?

Deux hypothèses ont été formulées :

- Il existe une association entre troubles de l'oralité alimentaire et certains éléments de la symptomatologie du retard de parole
- Il y a significativement plus d'enfants prématurés avec des troubles de l'oralité alimentaire que d'enfants nés à terme.

Le but de ce travail consiste donc à comparer la symptomatologie du retard de parole d'enfants avec et sans troubles de l'oralité alimentaire grâce à une enquête par questionnaire destiné aux orthophonistes.

MÉTHODOLOGIE

Afin de recueillir les données, un questionnaire auto-administré par les orthophonistes français a été élaboré. Deux critères d'inclusion ont été retenus dans cette étude : l'âge et la pathologie. Le patient concerné doit donc avoir entre quatre ans et six ans et présenter un retard de parole, associé ou non à un trouble de l'oralité alimentaire. Dans un souci d'homogénéité de la population d'étude, les pathologies d'origine sensorielle, motrice, neurologique, organique ou intellectuelle ont été exclues.

L'élaboration du questionnaire nécessite une méthodologie rigoureuse tant sur le fond que sur la forme. Le questionnaire est composé de différents types de questions. Les questions fermées (à choix unique et multiples) ont été privilégiées dans un souci de rapidité de remplissage pour les orthophonistes participants. Les questions fermées à choix unique permettent de collecter des informations générales sur l'enfant et sa pathologie. Les questions fermées à choix multiples, quant à elles, renseignent sur la symptomatologie du retard de parole de l'enfant. Afin d'obtenir plus d'informations sur cette symptomatologie, des questions semi-ouvertes ont été proposées pour préciser les sons les plus fréquemment concernés par les processus simplificateurs. Les questions ouvertes sont facultatives et permettent aux orthophonistes de donner leur avis et/ou leur courriel afin de connaître les résultats de l'étude.

Le questionnaire a été réalisé au format internet. Il a été diffusé via les syndicats régionaux d'orthophonistes et les réseaux sociaux. Les données ont été directement retranscrites sur la plateforme internet.

Pour les besoins de l'analyse statistique, des regroupements ont été effectués afin de réduire le nombre de variables à croiser. Une perte de précision est donc la conséquence directe de ces modifications.

L'analyse statistique a pour objectif de déterminer s'il existe ou non un lien entre les troubles de l'oralité alimentaire et certains processus de la symptomatologie du retard de parole. Cette étude exploratoire ne permettra pas d'établir de lien causal, seules des associations pourront être mises en évidence.

L'analyse inférentielle des données recueillies consiste donc à croiser la variable «troubles de l'oralité alimentaire» avec les variables «prématurité», «élisions syllabiques», «élisions phonémiques», «assimilations», «antériorisations», «postériorisations», «changements de famille», «changements de modalité» et «changements de sonorité». Le Test de Fisher ainsi que le Test du Chi 2 ont permis l'analyse statistique.

RÉSULTATS

L'analyse statistiques des 50 réponses recueillies a ainsi permis l'obtention de résultats descriptifs et inférentiels, permettant de répondre aux hypothèses.

L'analyse descriptive met en évidence que **34%** des enfants de la population d'étude présentent des troubles de l'oralité alimentaire associés à un retard de parole. Concernant la prématurité, elle concerne 14 des enfants de la population, avec une prédominance de la prématurité moyenne (**57%**).

L'analyse inférentielle permet de mettre en évidence deux associations statistiquement significatives au risque de 5%. D'une part, les enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire produisent significativement plus d'élisions de syllabes que les enfants sans troubles de l'oralité alimentaire (**p= 0,021**) D'autre part, il y a significativement plus d'enfants prématurés avec des troubles de l'oralité alimentaire que d'enfants nés à terme (**p= 0,047**).

Les autres processus simplificateurs ne se révèlent donc pas significatifs chez les enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire.

DISCUSSION

I- Interprétation des résultats

Les résultats obtenus permettent donc de répondre aux hypothèses. D'une part, il semblerait qu'il existe dans cette étude un lien entre la production d'élisions de syllabes et la présence d'un trouble de l'oralité alimentaire. D'après l'analyse descriptive des données, il s'agit à 89% d'élisions de syllabes finales. La littérature ne comporte que très peu de données à ce sujet, ce résultat ne peut donc être appuyé théoriquement. Cliniquement, les élisions de syllabes finales sont des processus très fréquents chez les enfants présentant un retard de parole, aucune hypothèse explicative ne peut être formulée.

D'autre part, les résultats obtenus concernant la prématurité permettent la validation de l'hypothèse selon laquelle il y a significativement plus d'enfants prématurés présentant des troubles de l'oralité alimentaire. Ces résultats sont donc en accord avec les données de la littérature.

Les seules données de la littérature que nous avons pu collecter concernent les antériorisations. En effet, dans son ouvrage, Senez (2002) présente les antériorisations comme une caractéristique souvent rencontrée chez des enfants présentant un retard de parole associé à des troubles de l'oralité alimentaire. Les résultats de cette étude ne tendent pas à confirmer cette observation clinique. Cependant, le faible effectif de l'échantillon ne permet pas de généraliser l'ensemble des résultats à la population cible.

Cette étude est fondée sur l'existence d'un lien praxique entre alimentation et parole. Bien que les versants perceptif et praxique coexistent dans la production de la parole, un versant prédomine pour chacun des processus simplificateurs. L'hypothèse de l'implication prédominante du versant perceptif dans les élisions de phonèmes et les changements de sonorité pourrait expliquer la non-significativité des résultats. L'hypothèse de l'implication prédominante du versant moteur dans les postériorisations, les assimilations, les changements de modalité et de famille ne permettent pas d'expliquer la non-significativité de ces résultats puisqu'ils ne tendent pas à appuyer l'existence d'un lien praxique.

II- Difficultés et limites méthodologiques

Certaines difficultés concernant les terminologies de trouble de l'oralité alimentaire et de retard de parole ont été rencontrées.

Le terme de trouble de l'oralité alimentaire n'est pas consensuel, l'avis des auteurs variant sur la définition.

La terminologie de retard de parole est purement française et n'est donc pas consensuelle. Par conséquent, la revue bibliographique autour du retard de parole n'a donc pas pu être élargie aux écrits internationaux.

L'élaboration du questionnaire a été réalisée trop en amont des recherches bibliographiques. Des erreurs ont donc été commises sur le fond, avec des oublis dans la symptomatologie et l'inclusion des enfants dysphasiques, ainsi que sur la forme, avec un manque de clarté dans la présentation ainsi que des questions qui auraient dû être regroupées.

Cette étude exploratoire comporte des limites méthodologiques. Dans un premier temps, aucun pré-test du questionnaire n'a été effectué ce qui aurait pu permettre de rectifier certaines erreurs afin la diffusion définitive. De plus, l'échantillon étant très faible, il n'est pas représentatif de la population cible. Par conséquent, les résultats obtenus ne peuvent être généralisables.

Pour recueillir les données, la méthode a été basée sur le volontariat, puisque les orthophonistes ayant accès au questionnaire étaient libres de répondre ou non. Par ailleurs, le tirage au sort de patients n'a pas été possible, ce qui constitue un biais important.

Les réponses recueillies présentent un biais puisqu'elles ne sont pas uniformisées. Il y a donc un manque d'objectivité dans les réponses obtenues, puisque chaque orthophoniste a répondu pour son patient.

Bien que peu d'associations aient été mises en évidence, cette étude aura pu permettre de sensibiliser les orthophonistes à la prévention de difficultés de parole chez un enfant présentant une dysoralité ainsi qu'à l'intérêt de l'investigation de l'alimentation chez un enfant ayant un retard de parole.

CONCLUSION

De nombreux auteurs s'accordent aujourd'hui à dire qu'il existe un lien étroit en oralité alimentaire et verbale, tant dans le développement sain qu'en pathologie. Cependant, en ciblant le retard de parole, cette étude s'est inscrite dans un domaine encore peu exploré. L'analyse des données recueillies a permis de mettre en lien deux associations significatives. Des études confirmatoires sont néanmoins essentielles pour pouvoir généraliser les résultats.

Alimentation, langage et parole sont des domaines importants dans l'évolution de l'enfant et la prise en charge orthophonique de leurs éventuels troubles nécessite une prise en compte du milieu de vie de l'enfant ainsi qu'une collaboration avec les parents.

RÉFÉRENCES correspondant aux auteurs cités dans le document.

ABADIE V (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*, 220 : 55-68.

AIMARD P, (1984). *Les troubles du langage chez l'enfant*. Que sais-je, Presses universitaires de France.

DELAOUTRE-LONGUET C (2007). Prématurité et succion. *Glossa*, 99 : 48-63.

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.

THIBAUT C (2010). Pour une intervention orthophonique précoce. *Orthomagazine*, 91 : 18-24.

THIBAUT C (2012). Les enjeux de l'oralité. *Les entretiens de bichat* : 115-136.

THIBAUT C, PITROU M (2012). *L'aide mémoire des troubles du langage et de la communication*. Paris : Dunod.

VANNIER S (2008). Quand l'enfant ne mâche pas ses mots. *Orthomagazine*, 79 :22-24