



A table... pas facile... ni pour les petits, ni pour les grands

Nicole de Ruymaeker - Dumont et Carine Boute
Logopèdes et thérapeutes Bobath et Mueller – ABBV

L'appétit est un critère important de bonne santé d'un nourrisson. Que demande-t-on à une jeune maman fière de présenter son petit dernier ? « Tout s'est bien passé ? Bébé mange bien ? Il grossit bien ? »

Mais si tout ne s'est pas « bien passé », cette question banale peut renvoyer à un vécu très difficile pour bébé et ses parents, toucher à la question de la survie, dans un contexte très médicalisé où chaque repas qui aurait dû être « nourrissant », pour la croissance et la relation, la communication, devient un souci plusieurs fois par jour.

L'intérêt porté à comment se passe l'alimentation est pourtant fondamental pour aider très précocement un enfant porteur d'une lésion cérébrale, non seulement pour le temps des repas, mais en lien avec les autres fonctions de son développement global. Il faut savoir que les difficultés respiratoires et alimentaires sont bien souvent les premiers signes d'une atteinte cérébrale.

L'enfant porteur d'une infirmité motrice cérébrale verra toujours sa posture et ses mouvements affectés dans leur organisation et coordination, l'ensemble de son développement en sera influencé. Une approche globale envisageant les liens entre les différentes fonctions facilitera des progrès et des pistes pour l'autonomie, en tenant compte des possibilités de chaque enfant, dans un souci de cohérence des multiples intervenants dont les parents sont les acteurs les plus importants. L'approche logopédique selon le concept Bobath s'inscrit dans cette prise en charge pluridisciplinaire, en ayant le souci du respect de l'enfant, de ses besoins à court terme et de son développement futur.

Si la bouche, sert bien évidemment à manger, plus largement les fonctions orales sont impliquées pour la respiration, la communication (les mimiques, les cris, rire et pleurer, chanter, gazouiller et parler...), se moucher, se brosser les dents, ...

Nous parlerons souvent de l'enfant, du très jeune enfant car les difficultés commencent au berceau, mais c'est tout au long de la croissance et encore à l'âge adulte que notre intervention peut trouver sa place dans un projet de vie éducatif et thérapeutique. Que les adultes et leurs accompagnants, parents et professionnels, nous sollicitent, nous essayons d'adapter nos réponses à leurs besoins

spécifiques. De même quand nous parlerons des parents, comprenez ici tout accompagnant, professionnel ou non du quotidien du patient, petit ou grand.

Quelles sont les difficultés les plus souvent évoquées pour l'alimentation des personnes cérébrolésées ?

Nous évoquerons entre autres :

- le repas dure beaucoup trop longtemps
- le bébé tête, mais la succion est inefficace
- l'aliment ressort de la bouche, la langue sort
- c'est encore plus difficile pour la boisson, tout coule, la personne est trempée
- l'enfant avale de travers (fausses déglutitions), touse, arrête de respirer
- il ne veut que certains aliments (sucrés), certaines consistances (mixé)
- refus des morceaux, de la cuiller, ...
- ne veut manger qu'avec telle ou telle personne et devient « tyrannique »
- l'enfant a faim, mais n'ouvre pas la bouche
- il mord sur la cuiller, sur le gobelet
- l'enfant s'agite, gigote, se pousse en arrière; il faut parfois être deux
- la première bouchée est la plus difficile
- mouvements nauséux à la vue ou pendant le repas
- régurgitations, reflux gastro-oesophagien
- douleurs et pleurs après les repas
- constipation

Le moment des repas, moment privilégié quand tout va bien, devient vite une préoccupation et un stress supplémentaires permanents pour l'enfant et son entourage. On en arrive parfois à nourrir l'enfant en dehors des repas pris en famille, n'importe quand ou comment, du moment que l'enfant prenne quelque chose.

La crainte de la perte de poids, les risques réels de déshydratation ou malnutrition, les priorités médicales et l'ensemble des autres soucis amènent parfois à l'indication d'une alimentation complémentaire ou substitutive par sonde ou par gastrostomie.

Quelle peut être l'origine de ces difficultés ?

L'atteinte neuro-motrice a des répercussions directes sur le fonctionnement de la zone orale.

Les anomalies du tonus et des mouvements gênent l'enfant pour tenir assis, être stable, manipuler, organiser et coordonner globalement et plus finement ses mouvements. La tête n'est pas stable, et toute la fine motricité des joues, de la langue, des lèvres ne répond pas harmonieusement. Des mouvements appartenant au registre de la toute petite enfance comme la succion persistent, sont comme cristallisés à un stade qui ne permet pas d'évoluer. Ces mouvements sont par ailleurs peu efficaces, parce que mal coordonnés entre eux, entretenus par des mouvements globaux en extension ou en flexion; l'enfant ne peut redresser le tronc, la tête, fermer et ouvrir la bouche volontairement.

L'enfant peut également développer des troubles de la sensibilité: soit hyposensible, ce qui est dangereux car il n'a pas de réaction de défense (toux ou nausée) ; le plus souvent il sera hypersensible avec des réactions extrêmes allant jusqu'à la nausée à l'approche de la cuillère. Cette hypersensibilité peut être liée au manque d'expérimentation orale, il n'a pu jouer avec ses mains, les

porter à la bouche, il n'est pas passé à une alimentation solide (mastication). L'atteinte centrale perturbant le tonus, la sensibilité, les positions et les mouvements est donc à la base des difficultés plus locales, orales impliquées pour l'alimentation.

Notre intervention,

complémentaire et en synergie avec les autres intervenants, proposera des conseils pratiques et réalisables par les parents, en mettant en perspective l'ensemble des fonctions motrices alimentaires et de communication. L'ergothérapeute développera plus l'aspect de l'autonomie, nous nous attacherons davantage à vous faire expérimenter quelques situations pour illustrer nos grandes orientations pratiques.

Avant d'agir localement, nous essayerons donc toujours d'améliorer plus globalement la situation.

Remarque : pour connaître l'enfant, ses réactions, nous souhaitons toujours travailler d'abord en dehors des moments de repas, pour chercher et habituer petit à petit l'enfant et ses accompagnants au changement. En effet, ce n'est pas au moment où l'enfant a faim, l'assiette refroidissant devant lui que cela se passera le mieux. Il est à noter que tout changement dans l'alimentation de tout nourrisson, même sans lésion, est souvent problématique.

Comment faciliter les moments de repas ?

➤ Préliminaires :

Position :

Dans les bras, assis à table, ou dans une coque, ...il faut veiller à obtenir un redressement du tronc. La tête sera dans le prolongement de la colonne, en très légère flexion.

Dès que possible, l'assis avec appui dynamique sur les pieds favorisera ces redressements et permettra d'éviter les fausses déglutitions.

De plus les épaules et les bras seront disponibles pour manipuler.

La respiration sera aussi plus aisée.

Voir quelques illustrations en pages 9 et suivantes

Mouchage:

Le mouchage est très important avant le repas, en effet, il est nécessaire de pouvoir respirer par le nez pour laisser la bouche disponible pour l'alimentation.

De plus, l'odorat et par là, la stimulation de l'appétit, de l'envie de manger, seront renforcés si le canal nasal est dégagé.

Un mouchage efficace se fait bouche fermée, en pompant une narine à la fois.

➤ L'alimentation :

Boire au gobelet découpé :

- contrôle tronc et tête, bouche fermée pour commencer
- épaissir si nécessaire
- présenter le gobelet à hauteur de la bouche (trop haut entraîne l'extension, trop bas la flexion)
- poser le gobelet sur la lèvre inférieure, (jamais entre les dents !), l'incliner pour amener le liquide en contact avec la lèvre supérieure
- lors de la déglutition, veiller à la fermeture des mâchoires, la tête toujours légèrement fléchie

Boire à la paille :

- veiller à garder la paille entre les lèvres et non les dents
- éventuellement, commencer en poussant sur un berlingot si l'enfant ne sait pas aspirer

Manger à la cuillère :

- présenter la cuillère ni trop haut, la tête filera en extension, ni trop bas, elle tombera en flexion
- au milieu, de face, l'introduire à plat, éventuellement une légère pression médiane sur la langue pour inhiber la protrusion (langue qui sort) et la succion
- pour pouvoir happer le contenu de la cuillère: la lèvre supérieure doit pouvoir être active, *éviter de racler la cuillère contre les dents supérieures !*
- retirer la cuillère tout droit, faciliter la fermeture de la bouche pour aider à la déglutition

Nous préconisons les cuillères de petite taille, qui ne débordent pas sur les dents, peu profondes, en plastic dur incassable. Le métal est à éviter pour les enfants qui mordent sur la cuillère-

Manger des morceaux :

- le passage à la mastication permet d'obtenir des mouvements plus variés, plus évolués et de normaliser la sensibilité.
- la consistance des aliments est à choisir en fonction des possibilités de la personne.
- introduire un *petit* morceau avec les doigts ou une petite fourchette (jamais avec la cuillère), *entre les molaires* en présentant l'aliment de face.
- veiller toujours à fermer la bouche pour favoriser la déglutition.
- commencer par le côté le plus sain et alterner.

Essuyer la bouche :

- ne pas frotter, mais tamponner fermement de l'extérieur vers le milieu
- chez l'IMC les pressions sont toujours mieux tolérées que les effleurements, frottements qui « chatouillent ».

➔ En conclusion :

Nous avons préféré vous proposer des gestes à utiliser dans la vie quotidienne, plutôt que des « massages » au doigt, à la glace, dans des situations artificielles, hors contexte.
Manger peut être en soi une activité thérapeutique, boire et manger se fait plusieurs fois par jour et a du sens pour l'enfant.

Les illustrations qui suivent ont fait l'objet de démonstrations en séance

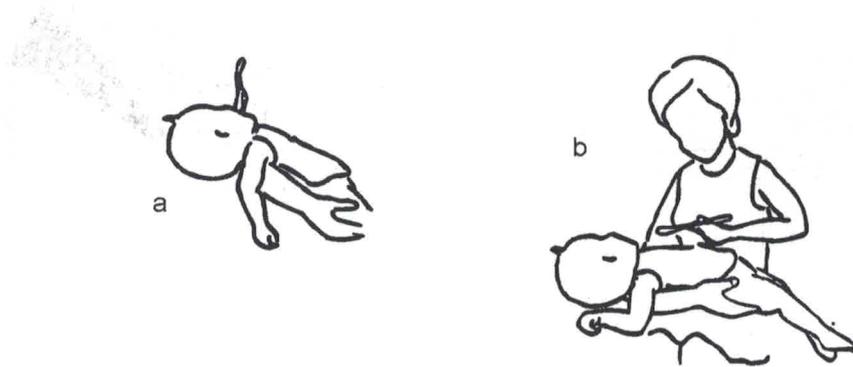


Figure 84

(a) mauvaise position. L'enfant est nourri alors qu'il est en hyperextension ; la nourriture est mâchée par les dents supérieures, occasionnant des fausses routes et de la toux.

(b) L'enfant ne peut avoir une bonne déglutition lorsqu'il est en hyperextension avec un de ses bras placé derrière la maman

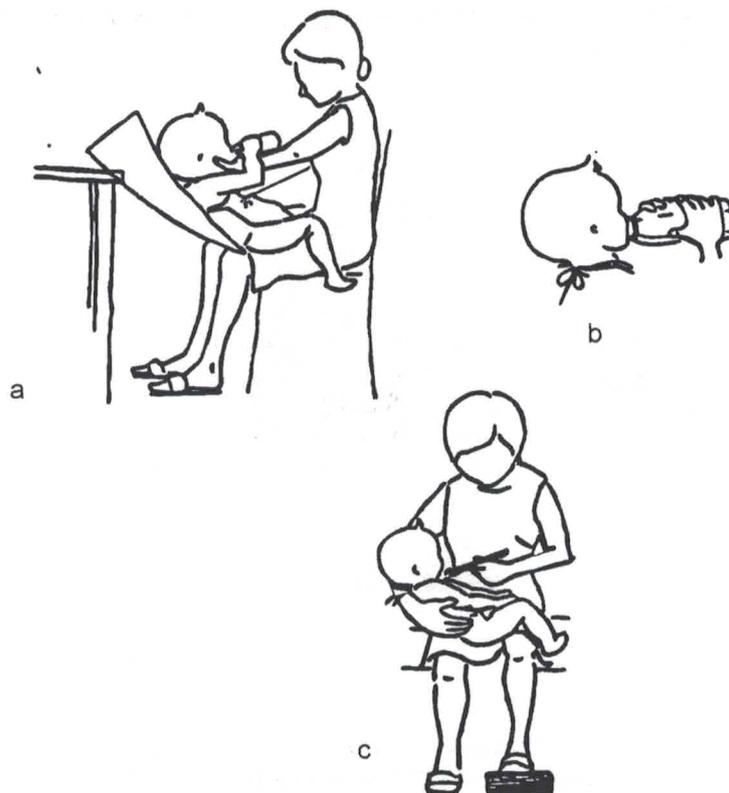


Figure 78

(a) le biberon: quand cela s'impose, la mère applique une pression sur la poitrine avec la main à plat et maintient la mâchoire durant la succion.

(b) Le bébé pose les mains sur le biberon

(c) Comment nourrir un bébé en position semi-assise avec la tête et les deux bras en avant.

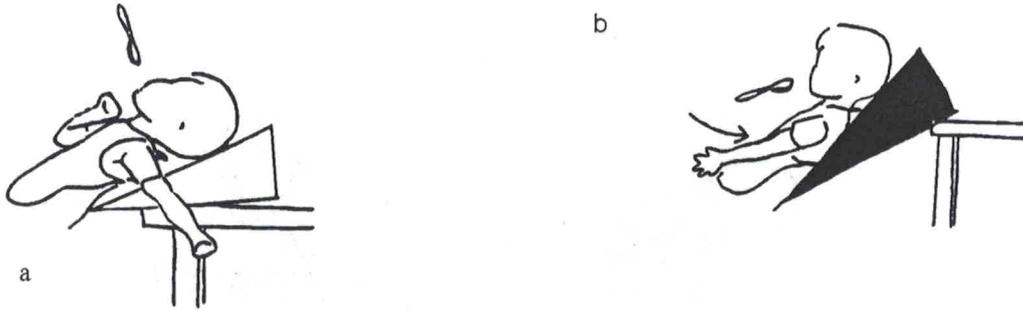


Figure 80

- (a) Mauvaise position. Le bébé est placé en face de la mère, sur une cale en mousse qui repose sur le bord de la table. Quand la cuillère lui est présentée, le bébé, sans contrôle, porte la tête en arrière et ne pourra pas avaler proprement.
- (b) Position correcte. Si vous mettez votre main à plat sur la partie la plus basse de la poitrine du bébé et si vous présentez la cuillère de face, vous l'aidez à contrôler sa tête et à avaler.



Figure 81

Quand le bébé mange en position assise sur vos genoux, vous pouvez empêcher l'hyperextension en posant sur une cale le membre inférieur sous les genoux du bébé afin d'augmenter la flexion de ses jambes. S'il a besoin d'un appui sur le dos ou les épaules, posez votre bras sur un coussin placé sur la table. La nourriture doit se trouver en face de l'enfant.



Figure 85

(a) Mauvais exemple. Le verre est présenté par le haut et l'enfant se penche en arrière.

(b) Bon exemple. L'enfant est en position assise pour boire, avec le tronc et la tête bien en avant: le verre est présenté de face.

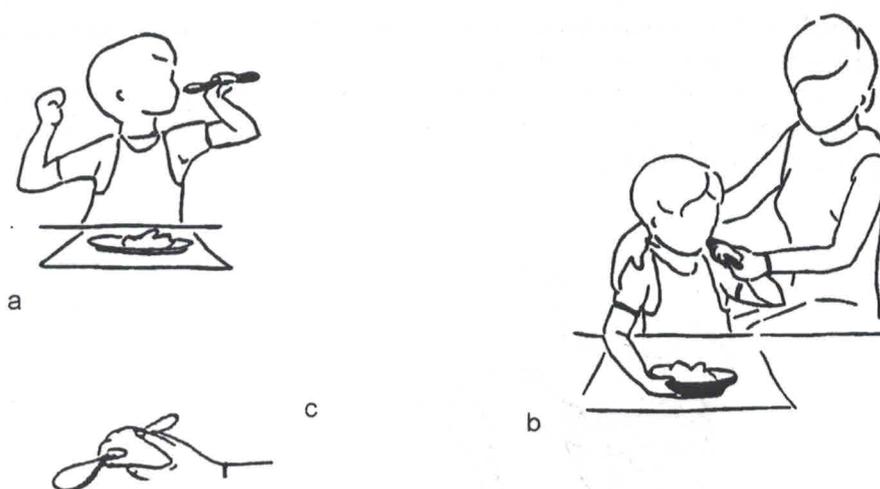


Figure 88

(a) Mauvais exemple : L'enfant se nourrit sans contrôle en hyperextension, et dans une position asymétrique.

(b) Bon exemple. L'enfant se nourrit à table, avec contrôle au niveau de l'épaule. la main en supination tient la cuillère.

(c) On augmente la supination en tournant légèrement la main vers l'extérieur.



Figure 89

Bon exemple. Pour se nourrir, l'enfant a besoin d'un léger contrôle de l'épaule. La main qu'il n'utilise pas est posée autour de l'assiette ou du bol afin de la garder face à lui et d'éviter une position en extension.



Figure 82

- (a) Quand l'enfant est à votre droite, le contrôle de la mâchoire est réalisé à l'aide de votre bras placé autour de sa tête, le pouce sur l'articulation de la mâchoire, l'index entre le menton et la lèvre inférieure, le majeur derrière le menton, appliquant une pression constante.
- (b) Le contrôle de la mâchoire réalisé de face : le pouce entre le menton et la lèvre inférieure, l'index sur l'articulation de la mâchoire, le majeur fermement appliqué juste derrière le menton.



Figure 94.

Quand vous parlez à l'enfant, assurez-vous qu'il puisse observer votre bouche sans avoir à lever les yeux. Pour une bonne position, contrôlez-le au niveau des bras ou des épaules.

Les illustrations sont issues du livre
 « Education à domicile de l'enfant infirme moteur cérébral »
 de N.R. Finnie – Ed.Masson 1979