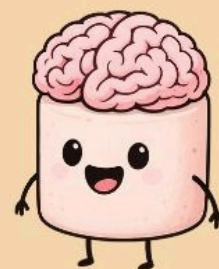


# LE TROUBLE DE L'ORALITÉ

L'**oralité** correspond à l'ensemble des fonctions liées à la bouche : la respiration, l'exploration, la perception, le sensoriel, le plaisir, l'expression orale et l'alimentation.

Dans le cadre de difficultés alimentaires seules, on parle alors de TAP (troubles alimentaires pédiatriques).  
« Les troubles alimentaires pédiatriques sont définis comme multifactoriels, impliquant des dimensions médicales, motrices, nutritionnelles et psychosociales (Goday et al., 2019). **Une composante sensorielle peut être présente, sans être systématique ni majoritaire.** »



**SENSORYWAYS**  
LE MONDE VU À  
TRAVERS L'ATYPIE ET  
L'HYPERSENSIBILITÉ



**Carole GUILLAUME**

Orthophoniste passionnée à  
suivre sur **Instagram** :  
**caroline\_orthautrement.**

Le **trouble de l'oralité** correspond à des difficultés à goûter, manger, mâcher, avaler ou à accepter certaines textures, certains goûts ou certaines températures, en l'absence de cause médicale organique principale.

Il peut se manifester par un refus alimentaire, une sélectivité alimentaire ou un dégoût de certaines textures.

Tous les sens peuvent être concernés, notamment le goût et les récepteurs sensoriels de la bouche, ce qui explique les difficultés rencontrées par certains enfants dans le cadre de l'alimentation.



# L'HYPERSENSIBILITÉ ORALE

L'hypersensibilité orale correspond à une **perception accrue des informations tactiles et proprioceptives dans la sphère oro-faciale**, ce qui amène l'enfant à éviter ou à rejeter les stimulations jugées trop intenses ou désagréables.



**L'hypersensibilité peut se manifester par :**

- le fait de ne pas porter ses mains à sa bouche, ni les jouets ni d'autres objets ;
- le fait de ne pas supporter qu'on lui nettoie le visage, qu'on lui passe un vêtement sur le visage ;
- le fait de ne pas vouloir toucher la nourriture et encore moins de la mettre en bouche ;
- le fait de verrouiller sa bouche lors de la présentation d'aliments ou de refuser ou recracher les aliments ;
- le fait de ne pas apprécier certaines textures comme les aliments grumeleux, en morceaux, croquants ou collants ;
- le fait de refuser le brossage des dents, le contact avec certains types de couverts dans la bouche ;
- le fait de présenter des réflexes de dégoût/vomissement à la vue, à l'odeur ou au goût des aliments.

Les sensibilités présentes autour de la sphère oro-faciale se retrouvent également à l'intérieur de la bouche. Ainsi **les textures, les températures, les odeurs mais aussi l'aspect visuel des aliments** (forme, couleur, présentation) **jouent un rôle majeur. Chaque caractéristique sensorielle peut être perçue de manière amplifiée** (Dunn et al. 2018). Une texture légèrement granuleuse, un aliment tiède plutôt que froid, une odeur plus marquée ou une couleur inhabituelle peuvent suffire à déclencher un inconfort, un refus, voire une réaction de défense (Stein et al. 2013).

La bouche étant une zone particulièrement riche en récepteurs sensoriels, les sensations y sont intenses. **Lorsque le système sensoriel est hypersensible, ces informations deviennent envahissantes et difficiles à tolérer pour l'enfant** (Smith & Jones, 2015).

# EN COLLABORATION AVEC CAROLINE GUILLAUME L'HYPOSENSIBILITÉ ORALE

L'hyposensibilité correspond à une **perception diminuée des informations tactiles et proprioceptives dans la sphère oro-faciale**, ce qui **pousse l'enfant à rechercher des stimulations plus intenses** pour « sentir » suffisamment.



**L'hyposensibilité peut se manifester par :**[1]

- le fait de mettre de grosses quantités de nourriture en bouche ;
- le fait de mettre des objets (tel que la cuillère) ou des aliments au fond de la bouche et de ne pas présenter de réflexe de vomissement ;
- le fait de mâcher et/ou d'avaler rapidement ;
- le fait de garder des résidus de nourriture en bouche sans s'en rendre compte ;
- le besoin de mordiller ou de mâchouiller même en dehors des repas (vêtements, doudous, jouets...) ;
- la recherche des textures très marquées (croquant) plutôt que molles ;
- la recherche de goût très prononcé (épicés, acides) ;
- la recherche d'aliments très froids ou très chauds.

**Important** : Tous les enfants ayant une hypersensibilité ou une hyposensibilité ne présentent pas forcément l'ensemble des éléments énoncés ci-dessus et il existe une phase normale, entre environ 4 et 12 mois, où les bébés explorent leur environnement en mettant des objets dans leur bouche, à ne **pas confondre avec un trouble de l'oralité**.

[1] Les exemples donnés s'appuient sur les travaux en intégration sensorielle (Ayes, Dunn), en oralité alimentaire (Toomey, Miller) et en dysphagie pédiatrique (Arvedson), ainsi que sur les recherches concernant les particularités sensorielles dans l'autisme (DSM-5, Tomchek & Dunn).

# ALTERNANCE ET VARIABILITÉ DE LA SENSIBILITÉ ORALE CHEZ L'ENFANT

Il peut exister une **alternance entre hypersensibilité et hyposensibilité orale**. Un enfant peut être hypersensible à certaines textures tout en étant hyposensible à d'autres sensations.

Chez un enfant présentant un trouble du neurodéveloppement, on peut par exemple observer, en fin de journée, un refus de certaines textures et une préférence exclusive pour des aliments simples, comme des pâtes sans sauce (texture moins complexe), après une journée riche en stimulations. **Ces réactions peuvent également varier en fonction du moment de la journée et du niveau de fatigue.**

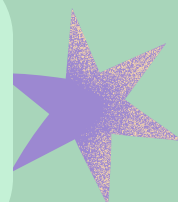
## ASTUCE POUR LES PARENTS

*Adapter les textures selon le profil sensoriel:*

Les textures lisses et les températures tièdes sont souvent plus adaptées pour les enfants hypersensibles. À l'inverse, pour les enfants hyposensibles, les textures croquantes, les saveurs plus marquées ou contrastées peuvent être recherchées.



[1] Les informations présentées s'appuient sur les travaux en intégration sensorielle d'A. Jean Ayres et le modèle du traitement sensoriel de Winnie Dunn, ainsi que sur les recherches concernant les particularités sensorielles dans les troubles du neurodéveloppement (notamment le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) et les approches cliniques en oralité alimentaire, comme celle de Kay A. Toomey.



EN COLLABORATION AVEC CAROLINE GUILLAUME

# LE RÔLE DE L'ORTHOPHONISTE



De nombreux bébés et enfants sont adressés en consultation pour des difficultés alimentaires. L'alimentation constitue une fonction orale complexe, impliquant non seulement les compétences motrices bucco-faciales, mais également des dimensions sensorielles, nutritionnelles et psycho-sociales.

En tant que spécialiste des fonctions orales, notre rôle est **d'identifier les facteurs en jeu dans ces difficultés et de contribuer à la mise en place d'un parcours de soins coordonné avec les différents professionnels impliqués.** Chaque enfant présente un profil singulier, avec un parcours médical, sensoriel et alimentaire qui lui est propre. La prise en charge des troubles alimentaires pédiatriques (TAP) nécessite donc une évaluation approfondie et individualisée. Parmi les différentes dimensions impliquées – motrice, nutritionnelle, psycho-sociale et sensorielle – cet article se centrera plus spécifiquement sur l'approche sensorielle et sur la place de la désensibilisation orale.

**La prise en charge se déroule généralement en plusieurs étapes :**

- 1. un temps d'échange et de recueil d'informations, afin de mieux comprendre l'histoire médicale, sensorielle et alimentaire de l'enfant.**
- 2. une phase d'analyse, permettant d'identifier les causes possibles des difficultés et de proposer des premières adaptations.**
- 3. la mise en place d'un accompagnement spécifique, lorsque cela est nécessaire.**

Nous développerons ici plus particulièrement la troisième étape. Les deux premières restent néanmoins essentielles : **elles permettent de déterminer le profil sensoriel de l'enfant (hypersensibilité ou hyposensibilité) et d'identifier si les difficultés concernent uniquement la sphère oro-faciale ou s'inscrivent dans un fonctionnement sensoriel plus global.**

EN COLLABORATION AVEC CAROLINE GUILLAUME

# HYPERSENSIBILITÉ : LA DÉSENSIBILISATION

Dans une démarche de désensibilisation orale, il est essentiel de ne pas intervenir d'emblée au niveau de la bouche. L'accompagnement se fait de manière progressive, en respectant différentes étapes : la relation, le corps, puis la sphère oro-faciale.



Le premier objectif est d'instaurer un climat de confiance, aussi bien avec l'enfant qu'avec ses parents. La sécurité affective constitue un préalable indispensable à tout travail sensoriel.

**Aucun geste n'est imposé et l'accès à la sphère buccale ne se fait que lorsque l'enfant s'y montre disponible. Cette progressivité évite de renforcer l'opposition ou l'hypervigilance sensorielle et favorise une expérience positive.**

Lorsque l'enfant autorise l'accès à sa bouche, le travail de désensibilisation peut débuter, toujours de manière graduée.

Dans le cas d'une hypersensibilité orale, l'accompagnement commence généralement par des expériences non alimentaires. L'objectif est de travailler la tolérance sensorielle sans mobiliser simultanément le goût et l'odorat, qui peuvent majorer l'inconfort.

**Le travail peut s'appuyer sur des stimulations tactiles ciblées : mobilisations manuelles ou utilisation d'outils adaptés (brosse à dents, Z-Vibe, objets à mâchouiller). Ces supports permettent d'explorer progressivement les zones sensibles en sollicitant principalement le toucher.**

# HYPERSENSIBILITÉ : LA DÉSENSIBILISATION



La désensibilisation ne concerne pas uniquement la bouche : le corps, et notamment les mains, jouent un rôle central.

**Avant toute mise en bouche, l'enfant est amené à observer, toucher, sentir et manipuler les aliments. Les explorations se font progressivement, en variant textures, tailles, formes et températures.**

Lorsque ces étapes sont intégrées, l'enfant peut, à son rythme, porter l'aliment à la bouche et commencer à l'explorer oralement.

À ce stade, l'objectif n'est pas de consommer une portion complète, mais simplement d'expérimenter le goût et la texture. Goûter constitue déjà une étape significative. Si la sensation s'avère désagréable, il est important d'autoriser l'enfant à recracher l'aliment. Cette possibilité participe à la sécurité sensorielle et évite d'associer l'expérience alimentaire à une contrainte.

**La désensibilisation repose ainsi sur une progression structurée et respectueuse du rythme de l'enfant : l'objectif n'est pas la quantité ingérée, mais la qualité de l'expérience sensorielle vécue.**



Avril 2026 - Infolettre

EN COLLABORATION AVEC CAROLINE GUILLAUME

# HYPOSENSIBILITÉ : LA SENSIBILISATION



**Dans le cadre d'une hyposensibilité orale, l'approche diffère. Il ne s'agit plus de désensibiliser, mais de favoriser une sensibilisation.**

Lorsque les sensations sont peu perçues, l'enfant peut avoir tendance à manger rapidement, à rechercher des textures très marquées ou à rencontrer des difficultés d'ajustement de la mastication. **Le travail vise alors à affiner la perception sensorielle et à améliorer la prise de conscience des sensations.**

La progression reste similaire : un **travail non alimentaire** est d'abord proposé, en passant par le corps puis par la sphère oro-faciale.

L'enfant est accompagné pour reconnaître les différences de température, identifier les textures et ajuster la pression. Les explorations débutent par les mains, puis par la bouche lorsqu'il s'y montre disponible. Des supports variés peuvent être utilisés (brosses à dents à poils ou en silicone, objets à mâcher de densités différentes) afin de moduler l'intensité des stimulations.

Dans un second temps, ce travail est transposé à l'alimentaire. Les propositions varient les quantités – point essentiel – mais aussi les textures, les températures et l'intensité des goûts. L'objectif est d'aider l'enfant à mieux percevoir les informations sensorielles afin d'ajuster progressivement son rythme et sa mastication.

## À RETENIR

Ainsi, dans l'**hypersensibilité**, l'accompagnement vise à diminuer l'intensité des sensations perçues pour les rendre plus tolérables, tandis que dans l'**hyposensibilité**, il s'agit d'augmenter et de préciser ces informations pour mieux les intégrer.

Dans les deux situations, la progression, le respect du rythme de l'enfant et la sécurité sensorielle demeurent les principes fondamentaux de la prise en charge.

Les difficultés alimentaires peuvent être liées à la manière dont l'enfant perçoit les sensations.

En hypersensibilité, on cherche à rendre les sensations plus tolérables ; en hyposensibilité, à les rendre plus perceptibles.

Dans tous les cas, la progression, le respect du rythme de l'enfant et l'absence de contrainte sont essentiels.

Goûter est déjà une réussite : l'objectif n'est pas de remplir l'assiette, mais de construire une expérience sensorielle sécurisante.

## IDÉES DE JEUX LUDIQUES

- la DME (Diversification menée par l'enfant) ;
- la préparation des aliments ensemble ;
- les bacs sensoriels (par exemple jouer avec du riz) ;
- la découverte olfactive sans contact oral ;
- souffler des bulles, ballons, bougies, harmonica ;
- boire à la paille ;
- faire des grimaces devant le miroir.



## LES 6 ÉTAPES DE LA MISE EN BOUCHE

1

**Tolérer** : regarder les aliments, être à table à côté d'un plat ou dans la même pièce.

2



**Interagir** : utiliser des ustensiles pour se servir, se servir des aliments

3

**Sentir** : apprivoiser les aliments devant lui ou dans la pièce par l'odorat

4

**Toucher** : avec les doigts, contre les joues, contre les lèvres.

5

**Goûter** : mettre en bouche, recracher.

6



**Manger** : Mettre en bouche, mâcher et avaler.



Les mains et la bouche partagent un traitement sensoriel similaire. Manipuler les aliments avec les mains constitue donc une étape importante avant de les porter à la bouche, d'où l'intérêt des bacs sensoriels.



# DES RESSOURCES À DÉCOUVRIR

1



La Maison des maternelle - Troubles de l'oralité : quel traitement ?

2



3

## TROUBLES ALIMENTAIRES PÉDIATRIQUES DU JEUNE ENFANT : LA BOÎTE À OUTILS

L'essentiel pour se lancer dans ces prises en soin passionnantes !



Happy Ortho  
UN PEU BÉBÉTOP PASSIONNEMENT

happyortho.fr - Boîte à outils à télécharger

Hoptoys - Les troubles de l'oralité : Décryptage