

ACTES DENTAIRES/ORTHODONTIQUES À RÉALISER

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Détartrage | <input type="checkbox"/> Soins de carie | <input type="checkbox"/> Avulsion dentaire |
| | <input type="checkbox"/> Empreintes | <input type="checkbox"/> Radiographie intrabuccale | <input type="checkbox"/> Radiographie extrabuccale |
| <hr/> | | | |
| <input type="checkbox"/> Orthodontique | <input type="checkbox"/> Empreintes (numérique/pâte) | <input type="checkbox"/> dispositif (fixe/amovible) | |
| | <input type="checkbox"/> Activation | <input type="checkbox"/> Radiographie | |
| | <input type="checkbox"/> Autres | | |
| <hr/> | | | |
| <input type="checkbox"/> Nombre de séance(s) à prévoir | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> Autre | |

Difficultés rencontrées lors de la consultation

PRÉCONISATIONS À DESTINATION DU DENTISTE (À REMPLIR PAR L'ORTHOPHONISTE)

Adaptations possibles en cas de défenses sensorielle(s) :

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tactile | <input type="checkbox"/> Contact ferme | <input type="checkbox"/> Autre |
| <hr/> | | |
| <input type="checkbox"/> Vestibulaire | <input type="checkbox"/> Prérégler le fauteuil (évite basculement) | <input type="checkbox"/> Autre |
| <hr/> | | |
| <input type="checkbox"/> Auditive | <input type="checkbox"/> Lieu calme | <input type="checkbox"/> Casque anti-bruit |
| <hr/> | | |
| <input type="checkbox"/> Visuelle | <input type="checkbox"/> Lunettes de soleil (photosensibilité) | <input type="checkbox"/> Autre |
| <hr/> | | |
| <input type="checkbox"/> Olfactive | <input type="checkbox"/> Odeurs neutres | <input type="checkbox"/> Autre |
| <hr/> | | |
| <input type="checkbox"/> Gustative | <input type="checkbox"/> Goûts neutres | <input type="checkbox"/> Éviter que les produits touchent les muqueuses |
| <hr/> | | |
| <input type="checkbox"/> Orale | <input type="checkbox"/> Approche progressive vers la bouche | <input type="checkbox"/> Autre |

PRÉCONISATIONS À DESTINATION DES ORTHOPHONISTES (À REMPLIR PAR LE DENTISTE)

- Travailler le brossage de dents Familiariser l'enfant avec le matériel à empreinte
- Prendre contact avec moi par téléphone ou par mail
- Autres

Conception - Réalisation : Alhaga - 06 86 00 14 31 - 12/2019

Repérage et accompagnement des troubles alimentaires pédiatriques



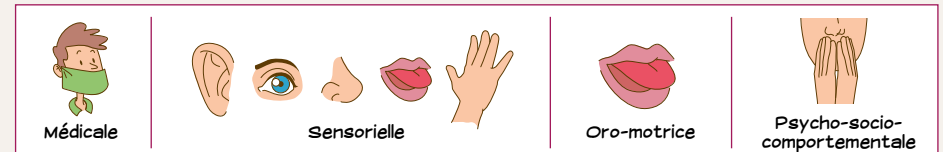
Texte co-écrit par les URPS orthophonistes HDF et Chirurgiens-dentistes HDF, sur la base du mémoire de Mlle Geray (Lille, 2019).

1. DÉFINITION

Le trouble alimentaire pédiatrique (TAP) ou trouble de l'oralité alimentaire (TOA) est un trouble développemental qui regroupe l'ensemble des **difficultés alimentaires** par voie orale. Il peut s'accompagner de troubles sensoriels (toucher, odorat...) et/ou de troubles oro-moteurs (suction, mastication...). Il peut impacter la vie quotidienne de l'enfant ainsi que celle de son entourage.

2. ÉTIOLOGIE

Les causes sont souvent intriquées :



3. REPÉRAGE DES TROUBLES ALIMENTAIRES PÉDIATRIQUES

Principaux signes d'alerte

Chez le dentiste :

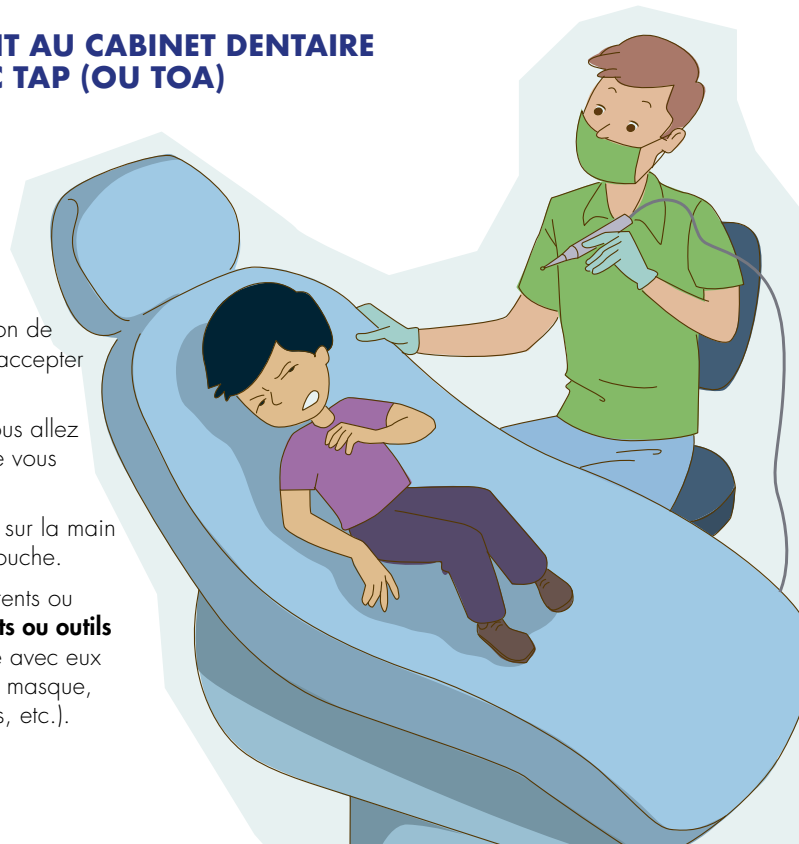
- Refus d'ouvrir la bouche, détournement de la tête.
- Réflexe nauséux antérieur (provoqué par une odeur, un contact près de la bouche, la vue d'un outil...).
- Aversion nette pour l'hygiène bucco-dentaire (refus de la brosse à dent en bouche).

Ces signes sont à compléter avec d'autres, présents dans la vie quotidienne :

- Hauts-le-cœur à la vue ou à l'odeur de la nourriture.
- Refus des morceaux.
- Grimaces, réflexe nauséux important, vomissements fréquents.
- Nourriture stockée en bouche.
- Sélectivité alimentaire basée sur la température, la texture, la couleur... des aliments.
- Temps de repas long (sup. à 30 min).
- Stratégies alimentaires parentales (diversion, forçage...).

4. ACCOMPAGNEMENT AU CABINET DENTAIRE DES ENFANTS AVEC TAP (OU TOA)

- **Prendre contact avec l'enfant et découvrir** le lieu avec lui.
- Utiliser des **mots simples** et **concrets**, limiter les termes anxiogènes.
- Procéder par **étapes** en fonction de ce que l'enfant est capable d'accepter (regarder, toucher, sentir...).
- **Expliquer** à l'enfant ce que vous allez faire et la raison pour laquelle vous le faites.
- Montrer la **sensation** de l'outil sur la main de l'enfant avant la mise en bouche.
- Transmettre si possible aux parents ou à l'orthophoniste certains **objets ou outils** pour que l'enfant se familiarise avec eux en amont du prochain rdv (ex. masque, miroir jetable, porte-empreintes, etc.).



PATIENT

NOM
 PRÉNOM
 AGE

ORTHOPHONISTE

NOM
 PRÉNOM
 CONTACT

DENTISTE

NOM
 PRÉNOM
 CONTACT

DIAGNOSTIC ORTHOPHONIQUE

DÉBUT DES SOINS

DATE ... /... /...

Prise en soin oro-motrice

Oui Non

• Précisez

Prise en soin sensorielle

Oui Non

• Précisez

• Autre (précisez)

DIAGNOSTIC DENTAIRE

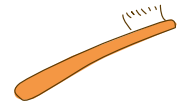
DÉBUT DES SOINS

DATE ... /... /...

BROSSAGE DES DENTS RÉALISÉ PAR

- **Le patient** Sans difficulté Avec difficulté
- **Un tiers** Sans difficulté Avec difficulté

• Remarques



HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Satisfaisante Insatisfaisante

• Remarques

ACCÈS À LA BOUCHE

Facile Difficile Impossible

• Remarques