

Françoise Estienne • Fabienne Van der Linden • Naïma Deggouj
Lucie Derue • Donatienne Boucquey

3^e
édition

Incompétences vélo-pharyngées, dysfonctionnements tubaires, troubles articulatoires

Plus de 300 exercices
et activités pour y remédier

**Incompétences vélo-pharyngées,
dysfonctionnements tubaires,
troubles articulatoires**

**Plus de 300 exercices et activités
pour y remédier**



Françoise Estienne

- Donatienne Boucquey • Naïma Deggouj
- Lucie Derue • Fabienne Vander Linden

Incompétences vélo-pharyngées, dysfonctionnements tubaires, troubles articulatoires

Plus de 300 exercices et activités
pour y remédier

3^e édition

© De Boeck Supérieur s.a., 2021

5, allée de la Deuxième Division Blindée, 75015 Paris

Rue de Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web :

www.deboecksuperieur.com

Mise en page : PCA

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme ou de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale, Paris : septembre 2021

Bibliothèque Royale de Belgique : 2021/13647/004

ISBN : 978-2-80732-885-3

.....

Sommaire

Avant-Propos	VII
Introduction	1
PREMIÈRE PARTIE Rétrospective anatomophysiologique	5
Anatomophysiologie – Généralités.....	7
Cavités buccale, nasale et pharyngée.....	9
DEUXIÈME PARTIE Rééducation des incompetences vélopharyngées	21
Incompétence vélopharyngée.....	23
Exercices pour incompétence vélopharyngée	
– Efficacité chez l’adulte	37
Exercices de mobilisation vélopharyngée	
– Efficacité chez l’enfant	45
Rééducation des incompetences vélopharyngées	49
TROISIÈME PARTIE Rééducation des dysfonctionnements tubaires	69
Introduction	71
Historique	73
Otite séromuqueuse	75
Rééducation tubaire	77
Exercices en action	89

QUATRIÈME PARTIE Rééducation des troubles articulaires 111

Troubles articulaires..... 113

Pratique de la rééducation..... 129

60 exercices et activités métaphoriques 155

Exploration 163

Quelques histoires pour sourire 167

Entraînement final..... 175

Conclusion..... 183

Bibliographie..... 187

.....

Avant-Propos

Ce livre est un recueil d'exercices qui font leur preuve dans le traitement orthophonique des incompétences vélopharyngées, des dysfonctionnements tubaires et des troubles articulatoires.

Il s'adresse aux orthophonistes qui y puiseront des idées et des techniques, aux patients qui y trouveront un aide-mémoire pour refaire les exercices, aux parents à qui incombe la tâche d'entraîner leurs enfants pour renforcer l'efficacité d'un traitement orthophonique.

L'intérêt de l'ouvrage est multiple : il répond à une demande concrète des orthophonistes souvent en panne d'exercices pour ce genre de pathologie. Il est le fruit d'un travail d'équipe des Centres Labio-Palatin et d'Audio-phonologie des Cliniques universitaires Saint-Luc (UCL) à Bruxelles.

Les exercices proposés reposent sur une base qui a consisté à vérifier objectivement leur impact sur les fonctions à stimuler. Ils ont été expérimentés sur des adultes et des enfants. Leur présentation métaphorique ajoute un aspect ludique susceptible de renforcer la motivation et, par là, l'efficacité.

Cette nouvelle édition, entièrement revue, s'enrichit de l'apport de Donatienne Boucquey qui illustre concrètement le fonctionnement du Centre Labio-Palatin des Cliniques universitaires Saint-Luc.

Conçus en première ligne pour pallier les incompétences vélopharyngées, les dysfonctionnements tubaires et les troubles articulatoires, ces exercices sont applicables aux retards de langage, aux problèmes de voix et au bégaiement.

.....

Introduction

Les trois pathologies – incompétences vélopharyngées, dysfonctionnements tubaires et troubles articulatoires – sont rassemblées dans cet ouvrage en raison de leurs points communs : elles concernent toutes les trois la sphère oro-naso-faciale et peuvent se cumuler chez un même patient. Elles relèvent des mêmes principes directeurs et certains exercices sont polyvalents.

Points communs

Localisation

Les trois pathologies concernent la sphère oro-naso-faciale en se caractérisant par une anomalie ou un dysfonctionnement qui touche plus particulièrement le voile du palais, les parois latérales et postérieures du pharynx, et la cavité nasale s'il s'agit d'une incompétence vélopharyngée, la trompe d'Eustache en cas de dysfonctionnement tubaire qui engendre une otite séromuqueuse (OSM), la langue, les dents, les lèvres, les mâchoires, les joues s'il s'agit de troubles de l'articulation.

Synergie de fonctionnement

Il est évident que les structures travaillent en synergie et qu'un dysfonctionnement localisé à un endroit présente des répercussions en chaîne, de même que le positionnement d'une partie du corps a des conséquences sur l'ensemble des articulations. Par exemple, la position de la tête dépend de la position du tronc, des pieds, etc., et influence la position des mâchoires, du larynx, de la langue, etc.

Polyvalence des exercices

On comprend dès lors le caractère polyvalent de certains exercices qui actionnent simultanément les muscles de cette sphère.

Utilité et choix des exercices

Cette sphère est éminemment non statique. Les exercices peuvent remanier le positionnement, la tonicité, la souplesse des structures qui la composent. Ils peuvent également renforcer l’endurance à la fatigue.

Dans cette optique, tous les exercices ne sont pas équivalents. Il importe d’objectiver leur efficacité pour ne retenir que ceux qui sont utiles au but poursuivi. Par ailleurs, les exercices en tant que tels n’ont de sens que s’ils sont insérés dans un système de valeurs qui tisse la trame des principes directeurs que nous décrivons ci-après.

Principes directeurs

Il importe :

- d’expliquer aux patients (petits et grands) l’objectif de chaque exercice et la finalité de la rééducation pour qu’ils en perçoivent le sens ;
- de vérifier s’ils comprennent ce qu’on leur propose et de s’assurer qu’ils marquent leur accord ;
- d’exécuter chaque exercice avec eux pour leur fournir un « modèle » et les mettre à l’aise ;
- d’utiliser tous les canaux de perception en amenant les personnes à voir, entendre, sentir les mouvements à exécuter ;
- de recourir à des images ou métaphores qui induisent l’exercice ;
- de rendre la personne capable de reproduire et d’expliciter la différence entre son geste habituel et l’effet de l’exercice ;
- de faire le même exercice plusieurs fois de suite, selon les diverses modalités (lentement, rapidement, en souplesse, en tonicité, etc.) ;
- d’introduire une progression dans les exercices en les variant et en les combinant au cours d’une même séance ;

- de susciter l'intérêt, la motivation en introduisant les exercices dans une histoire, sous la forme d'un jeu, en élaborant des systèmes d'évaluation ;
- de fixer un nombre de séances au départ de la rééducation pour éviter l'enlisement, la monotonie, et pour rendre la personne autonome ;
- de se fixer des objectifs pour chaque séance et d'évaluer avec la personne, à la fin de la séance, si les objectifs sont atteints ;
- de susciter la curiosité et la recherche en proposant à la personne d'inventer de nouveaux exercices ;
- de se donner des critères d'efficacité objectivement contrôlables ;
- de définir le concept d'efficacité. Une rééducation efficace est une rééducation qui s'organise en vue d'objectifs à atteindre et qui utilise des techniques basées sur la connaissance de la pathologie et sur la pertinence des exercices en fonction des objectifs à atteindre.

Il convient enfin de ne jamais perdre de vue que les exercices sont indispensables mais ne sont en aucun cas une fin en soi, tout comme les pas de danse s'effacent au profit du plaisir de danser.

L'efficacité d'une rééducation dépend donc du choix des exercices, de leur progression, de leurs modalités, de leur intégration dans la vie courante et de leur automatisa-tion, sans oublier la compétence du thérapeute qui se traduit par son savoir, savoir dire, faire et être.

Première partie

Rétrospective anatomophysiologique



Anatomophysiologie – Généralités

Les exercices présentés dans ce livre sont conçus à partir de l'anatomie et de la physiologie des cavités buccale, nasale et du pharynx. Il est donc utile de décrire brièvement ces organes qui peuvent connaître des incompétences vélopharyngées, des dysfonctionnements tubaires et des troubles articulatoires (*figure 1*).

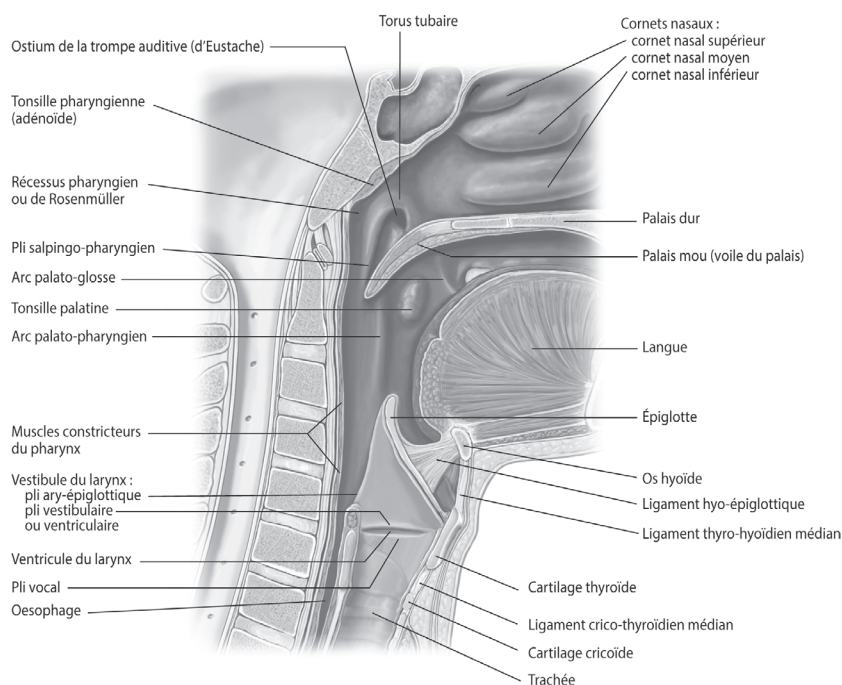


Figure 1. Coupe sagittale des cavités buccale, nasale et pharyngée (*in* Gray H., *Anatomy of the Human Body*, XI. Splanchnology, 2a. The Mouth., www.bartleby.com)

.....

Cavités buccale, nasale et pharyngée

Cavité buccale

Elle s'étend depuis les lèvres en avant, jusqu'à l'isthme du gosier en arrière, lui-même limité par les piliers antérieurs des amygdales, le bord inférieur du voile du palais et le V lingual. Elle est divisée en deux parties par les arcades gingivodentaires :

- une partie centrale qui est la cavité buccale proprement dite, limitée en avant : par les arcades gingivodentaires, en haut par le palais, en bas par le plancher buccal sur lequel la langue fait saillie ;
- une partie périphérique : le vestibule de la bouche qui est un espace incurvé en forme de fer à cheval ouvert en arrière, compris entre les gencives en dedans, les lèvres en avant et les joues en dehors.

Palais

Il s'agit d'une cloison ostéo-musculo-membraneuse séparant la cavité buccale des fosses nasales et du rhinopharynx. Il est osseux dans ses deux tiers antérieurs (palais dur) et musculomembraneux en arrière (palais mou ou voile du palais). Il est concave dans le sens antéropostérieur et transversal. Sa face inférieure est recouverte de muqueuse pharyngée (sur le voile). Cette muqueuse est utilisée pour refermer une éventuelle fente palatine.

À la partie antérieure du palais dur, derrière les incisives supérieures, se trouvent des replis muqueux appelés rugae. C'est à cet endroit que se

pose l’apex lingual au repos, lors de la déglutition et lors de l’articulation de phonèmes apicodentaires.

Voile du palais

Le voile du palais est une cloison musculomembraneuse, mobile et contractile. Il prolonge la voûte palatine en bas et en arrière. Cette cloison sépare l’oropharynx du cavum ou rhinopharynx et intervient dans les mouvements de déglutition et de phonation, en synergie avec le muscle constricteur du pharynx. Le voile n’est pas un simple clapet mais fait partie d’un véritable sphincter vélopharyngé (voir p. 16).

La croissance du voile du palais est rapide entre la naissance et l’âge de 2 ans. Elle ralentit jusqu’à 5 ans, puis augmente de nouveau jusqu’à l’âge adulte pour atteindre une longueur de 30 à 35 mm.

Langue

La langue est un organe polymusculaire et muqueux de forme ovale. Elle présente une face dorsale, une face inférieure, des bords et une pointe. La face dorsale ou supérieure présente une partie antérieure ou buccale et une partie postérieure ou pharyngée qui correspond à la base de la langue. Celle-ci est verticale et appartient à l’oropharynx. C’est par cette partie postérieure que la langue est rattachée à l’os hyoïde, auquel est aussi relié le larynx. (L’os hyoïde est un demi-anneau osseux concave situé dans le cou, entre la mandibule et le larynx que l’on peut palper juste au-dessus de la pomme d’Adam.)

Les bords de la langue sont épais en arrière et s’amincissent vers l’avant. La partie antérieure de la langue, ou apex lingual, est très mobile.

La face inférieure présente une crête médiane qui se prolonge par un repli muqueux : le frein de la langue.

La langue est formée de 17 muscles. Parmi ces muscles, un seul est impair : le muscle lingual supérieur. Ces muscles sont classés en deux catégories : les muscles extrinsèques qui naissent des os voisins de la langue et de la musculature du pharynx, et les muscles intrinsèques qui proviennent de la masse même de la langue.

Les muscles extrinsèques, au nombre de 12, sont pairs :

- le génioglosse applique la langue sur le plancher buccal lorsqu’il se contracte en entier. Il permet également de tirer la langue ;

- l'hyoglosse abaisse et rétracte la langue ;
- le styloglosse porte la langue en haut et en arrière et l'élargit (action de succion et de déglutition) ;
- le palatoglosse ou glossostaphylin élève la langue, la porte en arrière et rétrécit l'isthme du gosier (pilier antérieur de la loge amygdalienne) ;
- l'amygdaloglosse porte la base de la langue en haut contre le voile ;
- le pharyngoglosse porte la langue en haut et en arrière ;

Les muscles intrinsèques sont au nombre de cinq ; deux pairs et un médian :

- le muscle lingual supérieur raccourcit la langue et l'abaisse ;
- le muscle lingual inférieur rétracte et abaisse la langue ;
- le muscle transverse arrondit, effile et allonge la langue en projetant sa pointe hors de la cavité buccale. Latéralement, ses fibres pénètrent dans le palatoglosse et le constricteur supérieur du pharynx.

La racine de la langue est fixée au maxillaire inférieur par le génioyoglosse. Elle est fixée à l'os hyoïde par l'hyoglosse, le lingual inférieur et les faisceaux latéraux du lingual supérieur, à l'apophyse et à l'angle du maxillaire par le styloglosse, au voile du palais par le palatoglosse. En arrière, la racine de la langue est en rapport avec la face antérieure de l'épiglotte.

L'innervation motrice se fait par le grand hypoglosse et par le nerf glosso-pharyngien, l'innervation sensitive par le nerf trijumeau.

La langue intervient dans la mastication, la déglutition et l'articulation. Elle remplit aussi une fonction tactile et gustative.

Lèvres

Les lèvres supérieure et inférieure sont deux replis musculomembraneux mobiles situés à la partie antérieure de la cavité buccale. C'est à ce niveau que se fait la transition entre la peau, externe, et la muqueuse, interne. Leurs extrémités réunies forment les commissures. La face antérieure de la lèvre supérieure est délimitée par le sillon sous-nasal. La face postérieure de chaque lèvre est reliée à la gencive correspondante par le frein labial.

Grâce au jeu de leurs différents muscles, les lèvres sont dotées d'une grande mobilité.

Elles ont un rôle dans l'exécution des mimiques expressives, dans la préhension des aliments et dans l'articulation d'un certain nombre de phonèmes, soit par occlusion, soit par leur projection ou arrondissement. Au repos, grâce à l'orbiculaire des lèvres, elles ferment la bouche, obligeant le sujet à respirer par le nez.

Joues

Les joues constituent les parois latérales de la cavité buccale. Chaque joue comprend :

- la région génienne, antérieure, située entre l'orbite et la mâchoire inférieure ;
- la région masséterienne postérieure.

Les joues contiennent deux muscles masticateurs (le buccinateur et le masséter). La coordination des joues est très importante dans les fonctions de déglutition, de mastication et de phonation.

Arcades gingivodentaires

Les dents sont situées dans les alvéoles des bords alvéolaires des maxillaires. Les bords alvéolaires sont couverts par les gencives, qui pénètrent légèrement à l'intérieur des alvéoles pour former le sillon gingival.

Une dent est formée de trois parties principales. La couronne est située en dehors de la gencive. Une, deux ou trois racines sont enfouies dans l'alvéole. Le collet est un resserrement entre la couronne et la racine, à proximité du bord des gencives. Les ligaments alvéolodentaires maintiennent la dent en place dans l'alvéole en déposant le ciment autour des racines dentaires.

La gencive est la muqueuse très adhérente, épaisse et résistante qui recouvre les maxillaires au voisinage des bords alvéolaires. Elle aussi contribue à l'union de la dent à l'alvéole. Sur les maxillaires sont implantées les dents qui dessinent les arcades dentaires. L'arcade supérieure déborde, surtout en avant, sur l'arcade dentaire inférieure.

Les dents ont pour rôle d'assurer la préhension et la mastication.

Incompétences vélo-pharyngées dysfonctionnements tubaires, troubles articulatoires

Plus de 300 exercices et activités pour y remédier

Cette troisième édition est **enrichie de nombreux exercices**, dont des jeux phoniques destinés aux jeunes enfants pour favoriser l'émergence des différents phonèmes.

Ce livre :

- répond à une demande concrète des orthophonistes, souvent démunis pour traiter ce genre de pathologies ;
- présente un matériel dont l'efficacité a été vérifiée objectivement sur des patients adultes et des enfants.

Les exercices sollicitent l'ensemble des canaux de perception, et notamment la dynamique du mouvement en recourant **au rythme et à la musique**. Leur présentation métaphorique ajoute un **aspect ludique** susceptible de **renforcer la motivation** du patient et l'efficacité de la rééducation.

Conçus en première ligne pour pallier les pathologies précitées, ces exercices sont applicables à d'autres dysfonctionnements du langage et de la parole (retards de langage, problèmes de voix, bégaiement, bredouillement, etc.).

Les auteures :

Naïma Deggouj est médecin ORL, et directrice du Centre d'Audiophonologie des cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles.

Donatienne Boucquey, Lucie Derue, Françoise Estienne et Fabienne Vander Linden sont orthophonistes dans ce même centre.

Publics :

- **Orthophonistes et logopèdes**
- **Patients et parents**
- **Enseignants**
- **Responsables de l'enfance**

www.deboecksuperieur.com

ISBN : 978-2-8073-2885-3

