



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

COHOU Sophie
GOUINEAU Maélys

EVALUATION D'UNE PLAINTÉ RELATIVE A
L'ORALITE ALIMENTAIRE CHEZ DES ENFANTS DE
12 A 36 MOIS :

*Etat des lieux et réflexion sur la création d'un outil
interdisciplinaire*

Maîtres de Mémoire

LEBLANC Véronique
POZARD Prescillia

Membres du Jury

CAO NONG Trang
GOYET Anne-Sophie
GUILLON Fanny

Date de Soutenance
27 juin 2013

ORGANIGRAMMES

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. GILLET Germain

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1. Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine et de
maïeutique - Lyon-Sud Charles
Mérieux
Directeur **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

Institut des Sciences et Techniques de
la Réadaptation
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. FARGE Pierre**

1.2. Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

IUFM
Directeur **M. MOUGNIOTTE Alain**

U.F.R. de Sciences et Techniques
des Activités Physiques et
Sportives (S.T.A.P.S.)
Directeur **M. COLLIGNON Claude**

POLYTECH LYON
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (ESCPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de
Lyon **M. GUIDERDONI Bruno**

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Pr. MATILLON Yves

Directeur de la formation
Pr. Associé **BO Agnès**

Directeur de la recherche
Dr. WITKO Agnès

Responsables de la formation clinique
GENTIL Claire
GUILLON Fanny

Chargée du concours d'entrée
PEILLON Anne

Secrétariat de direction et de scolarité
BADIOU Stéphanie
BONNEL Corinne
CLERGET Corinne

REMERCIEMENTS

Nous tenons tout d'abord à remercier nos maîtres de mémoire, Madame Véronique Leblanc, psychologue et présidente de l'association Miam Miam et Madame Prescillia Pozard, orthophoniste. Nous les remercions pour leur accompagnement, leurs relectures, leurs conseils avisés et leurs encouragements tout au long de ces deux années de travail. Nous remercions Madame Leblanc pour cette proposition de travail autour de l'évaluation des troubles de l'oralité alimentaire.

Nous remercions Madame Agnès Witko pour ses recommandations qui nous ont chaque fois aidées à avancer dans un moment de doute.

Nous remercions Madame Anne-Laure Charlois pour le temps consacré à l'analyse statistique des résultats conséquents.

Nous remercions Madame Anne-Sophie Goyet et Madame Fanny Guillon pour leurs relectures attentives et leurs conseils constructifs pour notre recherche. Nous les remercions également, ainsi que Madame Trang Cao Nong, d'avoir accepté d'être membres du jury.

Nous remercions également tous les professionnels qui ont accepté de prendre le temps de répondre aux questionnaires. Sans leur précieuse participation, leurs avis et commentaires, nous n'aurions pu arriver à construire ce mémoire.

Bien sûr, nous remercions nos amis de Lyon et d'ailleurs et nos familles respectives.

Merci à nos frères et sœurs, Jérémie, Claire et Mathilde et à nos parents pour leurs encouragements toujours confiants et sans relâche au cours de la réalisation de ce mémoire mais aussi pendant ces quatre années d'études.

Merci à Christophe et à Pierre pour leur soutien quotidien !

Enfin, comme nous avons traversé cette aventure du mémoire à deux, nous tenons à nous remercier l'une l'autre.

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION.....	8
PARTIE THEORIQUE	10
I. LE DEVELOPPEMENT DE L'ORALITE	11
1. <i>Le Développement du fœtus : les prémices de l'oralité primaire</i>	11
2. <i>L'oralité primaire, de la naissance à 6 mois</i>	12
3. <i>Les enjeux de l'oralité secondaire</i>	15
II. LE TROUBLE DE L'ORALITE ALIMENTAIRE ET SON EVALUATION	18
1. <i>Les étiologies du trouble de l'oralité alimentaire</i>	18
2. <i>Les apports de la théorie de l'intégration sensorielle dans la compréhension du trouble de l'oralité alimentaire</i>	21
3. <i>L'évaluation concernant une plainte liée à l'oralité alimentaire</i>	23
III. CONCLUSION DE LA THEORIE	25
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	26
I. PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE	27
1. <i>Introduction à la problématique</i>	27
2. <i>Problématique</i>	27
II. HYPOTHESES.....	28
1. <i>Hypothèse 1</i>	28
2. <i>Hypothèse 2</i>	28
3. <i>Hypothèse 3</i>	28
4. <i>Hypothèse 4</i>	28
5. <i>Hypothèse 5</i>	28
PARTIE EXPERIMENTALE	29
I. LA POPULATION	30
1. <i>Les professions interrogées</i>	30
2. <i>Les modes d'exercice professionnel</i>	34
3. <i>La réalisation ou non d'un bilan</i>	34
4. <i>La population des jeunes enfants visés par l'évaluation</i>	35
II. LE MATERIEL	37
1. <i>Le contenu des questionnaires</i>	37
2. <i>Les types de questions</i>	40
3. <i>Les formulations des questions</i>	40
4. <i>La présentation du questionnaire</i>	40
III. LA PROCEDURE	41
1. <i>Le choix du matériel utilisé</i>	41
2. <i>L'état des lieux de la littérature</i>	41
3. <i>La pré-enquête</i>	42
4. <i>La diffusion des questionnaires</i>	42
IV. CONCLUSION DE LA PARTIE EXPERIMENTALE	42
PRESENTATION DES RESULTATS	43
I. LE PROFIL DES PROFESSIONNELS DE L'ECHANTILLON	44
1. <i>Le profil général de l'échantillon</i>	44
2. <i>La population des enfants évalués par les professionnels de l'échantillon</i>	45
3. <i>Les conditions générales de passation du bilan par les professionnels de l'échantillon</i>	45
II. LA REALISATION D'UN BILAN CHEZ LA MAJORITE DES ORTHOPHONISTES ET DES PSYCHOMOTRICIENS INTERROGES.....	46
III. DES OUTILS D'EVALUATION SPECIFIQUES AUX ORTHOPHONISTES	47
1. <i>L'utilisation par les orthophonistes d'outils standardisés spécifiques</i>	47
2. <i>Les orthophonistes élargissent leur champ d'observations au moyen d'outils « maison »</i>	49

IV.	DES POINTS COMMUNS CONCERNANT L'ANAMNESE.....	51
1.	<i>Des thèmes investigués à l'identique chez les orthophonistes et les psychomotriciens</i>	51
2.	<i>Des divergences concernant les investigations relatives au développement psychomoteur et à l'alimentation.....</i>	54
V.	LES ECHANGES INTERDISCIPLINAIRES.....	56
1.	<i>La présence d'échanges entre les orthophonistes et les autres professionnels.....</i>	56
2.	<i>Des échanges interdisciplinaires confirmés par des demandes de bilans complémentaires.....</i>	57
VI.	UNE DEMANDE POUR UN OUTIL INTERDISCIPLINAIRE D'EVALUATION	58
1.	<i>Une demande présente chez la majorité des orthophonistes et des psychomotriciens interrogés..</i>	58
2.	<i>Une évaluation plus complète souhaitée par les orthophonistes et les psychomotriciens</i>	59
VII.	CONCLUSION DES RESULTATS	60
DISCUSSION DES RESULTATS		62
I.	LES LIMITES DE L'EXPERIMENTATION.....	63
1.	<i>Des échantillons inégaux de professionnels selon les disciplines</i>	63
2.	<i>Les limites liées à la méthodologie des questionnaires</i>	66
II.	L'INTERPRETATION DES RESULTATS.....	67
1.	<i>Les professionnels qui réalisent un bilan</i>	67
2.	<i>Des points communs et des divergences parmi les pratiques évaluatives des orthophonistes et des psychomotriciens</i>	68
3.	<i>Les échanges interdisciplinaires.....</i>	71
III.	VERS LA CONSTRUCTION D'UN OUTIL INTERDISCIPLINAIRE D'EVALUATION	73
1.	<i>Les professionnels concernés par un outil interdisciplinaire</i>	73
2.	<i>Les éléments à prendre en compte dans la construction d'un outil interdisciplinaire</i>	74
IV.	CONCLUSION DE LA DISCUSSION.....	75
CONCLUSION GENERALE		77
BIBLIOGRAPHIE.....		79
ANNEXES.....		84
ANNEXE I : L'HYPERSENSITIVITE TACTILE ET ORALE DECLINEE EN 5 STADES		85
ANNEXE II : RECAPITULATIF DES OUTILS STANDARDISES PROPOSES DANS LES QUESTIONS CONCERNANT L'EVALUATION.....		87
ANNEXE III : DOCUMENT D'INFORMATION SUR LA RECHERCHE		89
ANNEXE IV : PRESENTATION DES OUTILS CITES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET NON PROPOSES INITIALEMENT DANS LES QUESTIONNAIRES		90
1.	<i>Dialogoris 0/4 ans Orthophoniste, (2006), Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F. et Roy, S.</i>	90
2.	<i>L'accompagnement parental à la carte, (2004), Barbier, I.</i>	90
3.	<i>Développement fonctionnel moteur de 0 à 48 mois, (1999), Vaivre-Douret, L.....</i>	90
ANNEXE V : DETAILS DES RUBRIQUES MAJORITAIREMENT INVESTIGUEES DANS LES OUTILS STANDARDISES LES PLUS UTILISES PAR LES ORTHOPHONISTES INTERROGES		91
1.	<i>Examen des structures anatomiques bucco-faciales hors repas</i>	91
2.	<i>Evaluation des praxies et de la motricité au niveau bucco-facial.....</i>	91
3.	<i>Evaluation des capacités et possibilités d'alimentation</i>	92
4.	<i>Recherche d'un reflux gastro-œsophagien</i>	92
5.	<i>Autres éléments observés.....</i>	92
ANNEXE VI : DETAILS DES RUBRIQUES MAJORITAIREMENT INVESTIGUEES DANS LES OUTILS STANDARDISES LES PLUS UTILISES PAR LES PSYCHOMOTRICIENS INTERROGES		93
1.	<i>Présentation des outils</i>	93
2.	<i>Evaluation de la sensorialité</i>	93
3.	<i>Evaluation de la posture.....</i>	94
4.	<i>Evaluation des capacités praxiques et de coordination motrice.....</i>	94
5.	<i>Autres aspects évalués.....</i>	95
ANNEXE VII : QUESTIONNAIRES DESTINES AUX PROFESSIONNELS		96
1.	<i>Exemplaire d'un questionnaire destiné aux orthophonistes</i>	96
2.	<i>Rubriques « Evaluation » des questionnaires.....</i>	106

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	118
I. TABLE DES FIGURES	118
II. TABLE DES TABLEAUX.....	119
TABLE DES MATIERES.....	120

INTRODUCTION

Selon différentes études, les problèmes alimentaires touchent 24% à 35% des enfants au développement normal et 33% à 80% des enfants présentant un retard ou un handicap développemental (Burklow et al., 1998 ; Chatoor et Ganiban, 2003). Chez les enfants de moins de trois ans, les parents mentionnent le plus souvent un refus de s'alimenter ou des difficultés au niveau des fonctions orales d'alimentation (Abadie, 2004 b).

Il s'avère par ailleurs que le trouble de l'oralité alimentaire, également nommé dysoralité, peut se manifester par des troubles touchant l'ensemble des composantes du développement de l'enfant, au niveau psychomoteur, langagier et affectif (Thibault, 2007). Dans un contexte de dysoralité, les difficultés alimentaires peuvent en outre s'accompagner chez certains enfants de défenses sensorielles orales, tonico-posturales, tactiles et olfactives (Bullinger, 2005 ; Senez et Schall, 2010 ; Leblanc, 2012). Le trouble de l'oralité alimentaire peut donc se manifester sous diverses formes et avoir des répercussions sur l'ensemble des composantes du développement de l'enfant. L'évaluation de la dysoralité nécessite alors l'intervention de différents professionnels de santé tels que les orthophonistes, les psychomotriciens, les psychologues, les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes (Hermans, 2003 ; Abadie, 2004 b).

Dans cette optique, nous avons souhaité consacrer notre mémoire à l'évaluation interdisciplinaire concernant une plainte liée à l'oralité alimentaire. Notre projet de mémoire est né de la rencontre avec quelques professionnels de santé qui réalisent régulièrement dans leurs pratiques des bilans concernant des plaintes relatives à l'oralité alimentaire chez de jeunes enfants. Selon eux, malgré le nombre important de professionnels gravitant autour de l'enfant souffrant de dysoralité, il n'existerait à ce jour aucune démarche d'évaluation interdisciplinaire concernant ce type de plainte. Nous avons porté notre étude sur l'évaluation destinée à des enfants âgés de 12 à 36 mois.

Nous nous sommes donc dans un premier temps demandé si, dans le cadre d'une plainte relative à l'oralité alimentaire chez des enfants de 12 à 36 mois, les orthophonistes pratiquent une évaluation spécifique, en comparaison aux évaluations pratiquées par d'autres professionnels de santé. Deuxièmement, nous nous sommes questionnées sur la manière de favoriser les liens entre les différentes disciplines afin de proposer une évaluation globalisante de l'enfant souffrant de dysoralité, prenant en compte à la fois les difficultés alimentaires ainsi que les manifestations sensorielles et corporelles qui peuvent être associées. Pour répondre à ces questionnements, nous avons interrogé, au moyen de questionnaires, différents professionnels de santé sur leurs pratiques d'évaluation.

Dans la première partie de ce mémoire, nous situerons notre sujet en nous basant sur les données de littérature. Nous verrons tout d'abord que la construction de l'oralité prend appui sur de nombreuses composantes du développement de l'enfant. Différents facteurs peuvent ainsi être à l'origine d'une dysoralité et celle-ci peut se manifester sous diverses formes, tant au niveau de la sphère oro-faciale que sur le plan corporel. Enfin, nous préciserons la notion d'évaluation interdisciplinaire dans le cadre d'une plainte liée à l'oralité alimentaire. Dans une seconde partie, nous donnerons des précisions concernant la population de notre mémoire ainsi que sur la manière dont nous avons élaboré puis diffusé les questionnaires dans le cadre de notre expérimentation. Dans un troisième temps, par l'analyse des résultats obtenus à travers les questionnaires, nous offrirons un

aperçu intéressant des pratiques évaluatives des professionnels interrogés concernant une plainte liée à l'oralité alimentaire. Cette analyse nous permettra tout d'abord d'identifier les différences et les points communs existant parmi ces évaluations, afin dans un second temps de récolter les informations nécessaires à la mise en place d'une réflexion sur la manière de créer des liens entre les professionnels des différentes disciplines lors de l'évaluation. Enfin, dans une dernière partie, nous tenterons d'interpréter les résultats précédemment exposés, afin, dans un second temps, de présenter nos réflexions sur la création d'un outil d'évaluation interdisciplinaire.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

I. Le développement de l'oralité

1. Le Développement du fœtus : les prémices de l'oralité primaire

1.1. L'Embryogenèse bucco-faciale

L'oralité primaire correspond à la première période de construction des oralités alimentaire et verbale. Elle débute dès le troisième mois de grossesse et se poursuit après la naissance jusqu'à 6 mois environ. L'oralité primaire correspond à une activité réflexe sous-corticale (Thibault, 2007). Son développement nécessite non seulement un système neurologique intact mais aussi des expériences sensori-motrices répétées (Couly, 2010). Ces expériences se réalisent sur la base de structures anatomiques saines, développées lors de l'embryogenèse.

Au cours des deux premiers mois de l'embryogenèse, les cellules se multiplient et se différencient sous le contrôle du système nerveux central autonome, formant les structures anatomiques de la face. A la fin du premier mois, les cinq bourgeons faciaux primordiaux délimitent la « bouche embryonnaire » : la limite entre la bouche et les fosses nasales n'existe pas encore (Thibault, 2007). A partir de la douzième semaine, la langue se place en position buccale, permettant ainsi la fermeture du palais (Couly, 2010). A partir du troisième mois, l'embryon possède les structures requises pour le bon fonctionnement de la bouche. Il peut ainsi réaliser ses premières expériences sensori-motrices, qui vont participer au développement de son oralité.

1.2. Les premières expériences sensori-motrices du fœtus

Au cours du troisième mois, grâce au réflexe de Hooker, la main entre en contact avec la bouche. Par ce contact, véritable stimulation sensorielle, les lèvres s'ouvrent et la langue sort de la bouche pour toucher la main vers la dixième semaine. Cette première expérience sensori-motrice marque le début de l'oralité primaire : l'embryon devient fœtus. Ce contact main/bouche est possible par le redressement de la tête du fœtus, appelé déflexion céphalique, qui se produit au cours du troisième mois. Il existe donc un lien étroit entre le développement de la posture et la motricité débutante de la langue (Couly, 2010). La succion apparaît ainsi vers la dixième semaine de gestation grâce aux possibilités de mouvements antéropostérieurs linguaux. Les séquences motrices de succion-déglutition du liquide amniotique seront ensuite efficaces entre la douzième et la quizième semaine de grossesse (Thibault, 2007). Le fœtus entraîne le couple moteur succion-déglutition pendant toute la durée de gestation restante, rendant cette fonction automatique et efficace à la naissance (Thibault), même chez le nourrisson prématuré né à partir de 30 semaines d'aménorrhées (Couly). La déglutition du liquide amniotique assure au fœtus une bonne croissance de la cavité buccale (Thibault, 2008), la maturation de ses fonctions rénales (Couly) ainsi que la reconnaissance gustative et olfactive du lait à la naissance.

1.3. Le développement sensoriel du fœtus

La mère produit du colostrum à la naissance : cette substance, plus proche du liquide amniotique que du lait maternel en termes d'odeur et de goût, assure une continuité sensorielle de l'oralité à la naissance. Chiva (1985) a montré que le nouveau-né est capable de discriminer les quatre saveurs de base à la naissance : le sucré, le salé, l'acide et l'amer. Le nourrisson répond de manière innée par des mimiques différentes (de détente ou de dégoût) selon les saveurs qui lui sont proposées. Les premières préférences gustatives sont influencées par l'alimentation de la mère pendant la grossesse (Mennella et Beauchamp, 1996, cités par Birch, 1999). L'olfaction intervient en complémentarité avec la gustation pour percevoir la globalité du goût. Les études actuelles sur la sensibilité olfactive du bébé prématuré (Marlier, Gaugler, Astruc et Messer, 2007) montrent que la fonction olfactive émerge de manière précoce chez l'être humain, autour de 29 semaines de gestation. Dans les fosses nasales, les structures sensibles aux stimuli chimiques permettent au nouveau-né, même prématuré né après 28 semaines de gestation, de détecter des odeurs faibles en intensité, de discriminer des odeurs, de les mémoriser et de les catégoriser comme agréables ou non. La mère imprègne le liquide amniotique d'odeurs provenant de son corps et du monde qui l'entoure (Cyrulnik, 2000). Ce développement sensoriel olfactif précoce prépare ainsi le nourrisson à s'alimenter et à créer des liens d'attachement avec sa mère dès la naissance.

Le nouveau-né est également préparé à traiter les informations sensorielles sonores et tactiles dès la naissance. Le fœtus est neurologiquement apte à percevoir auditivement les sons et à les traiter à partir de la 27^{ème} semaine. Avant ce terme, les bruits seraient vécus comme une invasion sonore déclenchant une réponse motrice (Lecanuet, 1992, cité par Cyrulnik, 2000). La perception des sons par le fœtus est également étroitement liée à la sensation tactile. En effet, les fréquences basses produites par la mère qui chantonne par exemple, vibrent telle une caresse contre le corps du fœtus, particulièrement contre la partie la plus sensible : la bouche (Cyrulnik, 2000). En contact étroit avec la « peau amniotique », le fœtus reçoit des informations tactiles sur l'ensemble du corps, provenant des mouvements ou changements de posture de sa mère (Cyrulnik). Le nouveau-né à la naissance, ainsi capable de traiter des informations tactiles au niveau de la bouche, s'adapte parfaitement à la tétine ou au sein. Le déroulement de la tétée est d'autre part facilité par la sensation d'apaisement produite par la perception de la voix maternelle et des caresses.

Grâce aux nombreuses expériences sensorielles et motrices vécues in-utero, le nouveau-né est à même d'investir la tétée dans ses dimensions nourricière, sensorielle et affective.

2. L'oralité primaire, de la naissance à 6 mois

2.1. L'alimentation, situation propice à l'émergence des interactions

La situation de nourrissage constitue à la naissance un espace privilégié d'échanges entre la mère et l'enfant. Dans un face à face avec la mère, l'enfant développe ses premières capacités de communication. Coquet, Ferrand et Roustit, dans la batterie d'évaluation EVALO 2-6 (2009), détaillent dans une grille les étapes du développement des habiletés

pragmatiques du nourrisson. Dès les premiers jours de vie, les contacts oculaires occupent 75% des interactions. Puis, autour de 6 semaines, l'enfant est capable de répondre aux sourires de son entourage. Des échanges écholaliques en réaction au comportement vocal de l'autre se mettent ensuite en place dès 3 mois, et sont renforcés de 4 à 6 mois par des dialogues de gestes et de mimiques ainsi que des vocalisations conjointes ou alternées. Les capacités d'interactions de l'enfant s'enrichissent à partir des réactions de l'adulte, qui donne un sens aux comportements de l'enfant. Les alternances de regards, sourires, vocalisations ou gestes entre le bébé et son entourage permettent la mise en place des tours de rôles, posant ainsi les bases de la communication de l'enfant. La tétée représente donc un espace d'interactions privilégié au sein duquel se tissent aussi les premiers liens affectifs indispensables au bon développement psychique et émotionnel du nourrisson.

2.2. Les rôles de l'oralité alimentaire au niveau psychique et affectif

L'oralité alimentaire primaire est fondatrice de l'être. La notion d'oralité, issue du vocabulaire psychanalytique, désigne l'ensemble des caractéristiques du stade oral. Selon la théorie de Freud (Lafon, 2010), le stade oral constitue la première étape d'organisation des pulsions instinctuelles de l'enfant. Freud regroupe sous le terme d'oralité les besoins de l'enfant (principalement alimentaires), ses demandes (par les cris et pleurs) et ses désirs (satisfaits par la succion), dans un lien avec la mère qui répond ou non à la demande. Le cri, première manifestation de l'oralité verbale, procure au nouveau-né un équilibre émotionnel en favorisant la proximité avec les parents (Thibault, 2007).

La sphère orale représente ainsi le lieu des premiers attachements parents-enfant. Selon Bowlby (1977), l'enfant manifeste son attachement à la mère en recherchant la proximité par les pleurs, le sourire, le comportement de suivre, l'agrippement, la succion et l'appel. Couly (2010) précise le rôle primordial de l'olfaction et du corps à corps dans la tétée pour créer ces liens d'attachement. La tétée, ainsi inscrite dans un cadre poly-sensoriel, mêle stimulations gustatives, olfactives et tactiles. Les situations de nourrissage engagent la bouche mais aussi le corps entier de l'enfant, participant ainsi au développement de son identité psychocorporelle.

2.3. La construction d'une identité psychocorporelle

A la naissance, le nourrisson ne perçoit pas les frontières entre lui et autrui, entre son champ psychique et son champ corporel. Progressivement, il construit son « Moi-Peau » : les expériences vécues à la surface du corps lui permettent de prendre conscience de son enveloppe corporelle et de distinguer des contenus psychiques pour différencier les deux sphères corporelle et psychique. (Anzieu, 1985). Anzieu présente le contexte de nourrissage comme une situation prototypique dans la construction du « Moi-Peau ». Lors de la tétée, l'enfant vit trois expériences : la bouche fournit l'expérience première d'un contact différenciateur, la réplétion apporte l'expérience d'un plein. Et enfin, le bébé expérimente la sensorialité, non seulement au niveau de la bouche mais aussi à travers son corps tout entier, grâce aux dimensions tactiles, thermiques, olfactives, auditives, visuelles et vestibulaires. Ces expériences permettent à l'enfant, en prenant conscience des limites de son corps, de distinguer le « dedans » du « dehors » : il se différencie ainsi de sa mère tant sur le plan corporel que psychique. A ce sujet, Winnicott (1992) explique l'importance du « holding » qui désigne le fait de soutenir et de protéger l'enfant, à la fois

au niveau corporel et sur le plan psychique. Un bon holding favorise un développement affectif rapide et permet « d'édifier les bases de sa personnalité ». Il cite aussi le « handling », façon dont la mère manipule son enfant et l'aide à percevoir ses limites corporelles. A travers les échanges alimentaires, l'enfant apprend donc à se différencier de sa mère au niveau psychique et corporel. Il convient de préciser la place du corps de l'enfant lors de l'alimentation sur le plan psychomoteur, dans sa relation à l'environnement.

2.4. Une construction psychomotrice étayée par l'alimentation

L'alternance rythmée de tensions et de détentes du corps dans la relation avec la mère contribue à construire l'identité psychomotrice du nourrisson (Robert-Ouvray, 2007). Celui-ci expérimente différents niveaux de tensions dans le premier rapport qui l'unit à sa mère par la nourriture : l'enveloppe tonique de l'enfant se raidit en situation de demande, et se détend lors de l'alimentation. La mère reconnaît ces signes corporels et y répond ; le bébé comprend alors que son tonus constitue un système de communication avec autrui. Cette communication mère-enfant nécessite à la fois des états d'hypertonie et d'hypotonie. D'une part, l'hypertonie physiologique du bébé le place dans un état d'alerte permanent qui lui permet d'être sensible aux stimulations sensorielles et d'être tendu vers l'extérieur ; d'autre part l'enveloppe tonique doit rester suffisamment souple et perméable pour que la communication s'établisse (Robert-Ouvray).

Selon la théorie sensori-motrice, les réponses toniques de l'enfant jouent un rôle important dans la réussite de la prise alimentaire (Bullinger, 2005). Le nourrisson perçoit les signaux de son environnement extérieur physique et humain (les flux) par différents systèmes sensoriels (tactile, auditif, visuel, vestibulaire et olfactif). L'organisme du bébé traite ces flux grâce à deux systèmes : le système archaïque et le système récent. Lors du nourrissage, le système archaïque engendre des réponses tonico-émotionnelles déclenchant des réponses d'extension face aux aspects qualitatifs (température, goût). Le système récent entraîne, en coordination avec la sensibilité profonde, des mouvements d'exploration et de manipulation pour s'adapter à l'objet mis en bouche. Ces réponses adaptées face aux stimuli extérieurs permettent à l'enfant de se nourrir et d'explorer le monde par la bouche. Enfin, une bonne activité orale se base sur la coordination de deux éléments : l'incorporation d'une part, sur le versant émotionnel, permet d'apaiser les angoisses archaïques du nourrisson ; l'exploration d'autre part, permet comme nous venons de l'évoquer de découvrir les propriétés de la bouche et de l'objet incorporé (Bullinger). Bullinger décrit l'espace oral comme l'un des premiers espaces auquel l'être humain accède. Il conçoit le développement sensori-moteur comme une suite d'étapes qui s'emboîtent et aboutissent à la maîtrise d'espaces corporels : d'abord l'espace utérin, puis l'espace oral, celui du buste, du torse et enfin l'espace du corps. Ainsi, « la maîtrise de l'espace oral préfigure par ses exigences de mise en forme et de coordination une bonne partie de la suite du développement » (Bullinger et Delion, 2008, p.8). La maîtrise de l'oralité sous-tend donc un bon développement psychomoteur et global.

Lors des premiers mois de vie, les expériences vécues autour de l'oralité, sur la base d'échanges avec l'entourage maternel, posent les fondements du développement global de l'enfant. La maturation du cortex cérébral entre 4 et 7 mois permet le passage à l'alimentation à la cuillère : c'est le début de l'oralité secondaire.

3. Les enjeux de l'oralité secondaire

3.1. Une modification des liens parents-enfant

Au moment de l'entrée dans l'oralité secondaire, la motricité bucco-faciale passe d'une activité réflexe à volontaire : « l'apparition du contrôle volontaire, associé à un mode d'alimentation variée, inhibe le programme succion-déglutition réflexe mais il reste fonctionnel » (Thibault, 2007, p.44). Vers 6 mois, la motricité globale devient également volontaire et l'enfant acquiert la posture assise (Robert-Ouvray, 2007), permettant l'introduction de la cuillère pour l'alimentation. Le bébé emploie une double stratégie alimentaire : malgré l'utilisation de la cuillère, l'activité de succion est maintenue. La praxie de mastication volontaire n'apparaîtra chez l'enfant qu'à partir de la 2^e année de vie (Thibault, 2007). Le passage à une alimentation diversifiée signe le début d'une nouvelle étape dans la construction psychique et affective de l'enfant. D'un point de vue psychanalytique, cette période de « sevrage » marque la fin du stade oral (Lafon, 2010).

La distance physique entre la mère et l'enfant fonde une nouvelle relation. L'enfant, désormais en position verticale et à distance de l'adulte, devient un partenaire plus actif dans l'échange (Robert-Ouvray, 2007). La table devient ainsi un lieu d'éducation : « le repas familial est ce lieu d'échanges, continu et journalier, de transmission de savoir, véritable école sociale. » (Couly, 2010, p.99). Il s'agit du lieu des premiers interdits, où l'enfant expérimente l'autorité parentale et les frustrations participant à sa construction psychique et affective. En outre, le repas symbolise un espace important permettant l'acquisition de l'autonomie et la familiarisation avec les règles du vivre-ensemble. Couly évoque un « lieu de théâtre familial » où chacun interprète son rôle de parent ou d'enfant. Entre 6 et 12 mois, l'enfant peut exprimer différents actes de parole avec des modalités non verbales de gestes, mimiques, postures et vocalisation : il demande, proteste, répond à l'adulte, pointe des objets (Coquet, Ferrand et Roustit, 2009). Vers 6-8 mois, on observe que l'enfant développe un regard conjoint, « attestant qu'il est sensible à ce que l'adulte lui montre » (Thibault, 2012, p.119). Puis entre 9 et 12 mois, il attire lui-même l'attention de l'adulte sur un objet par le regard ou le pointage (Coquet, Ferrand et Roustit, 2009). Avec l'apparition du pointage, le « Moi-Peau », qui fonde l'identité de l'enfant, devient « Moi-Main » (Anzieu, 1985, Thibault, 2012). Ainsi, « le langage s'inscrit dans le corps de l'enfant. L'enfant désigne d'un geste, de la main, du doigt un objet (pointage) et c'est un des préalables de la dénomination » Thibault (2012, p.120). Le repas constitue donc un lieu privilégié d'échanges, propice à la construction de la communication. Par ailleurs, Thibault précise que le passage à l'oralité secondaire d'alimentation marque « une étape charnière entre la période prélinguistique et linguistique » (p.118).

3.2. La construction des oralités verbale et alimentaire

D'un point de vue fonctionnel, les oralités alimentaire et verbale sont intimement liées dans leur développement : « Les praxies de déglutition, mastication, de ventilation buccale, de propreté et celles du langage naissent, se mettent en place en même temps, en utilisant les mêmes organes et les mêmes voies neurologiques » (Thibault, 2007, p.47-48). D'autre part, les travaux de Cauhépé et al. (1968) montrent que le développement des praxies articulatoires s'appuie sur le développement des praxies d'alimentation : la

succion précède l'articulation des consonnes bilabiales « m, p, b » et les mouvements masticatoires précèdent l'articulation des consonnes « t, d, n ». L'oralité alimentaire sous-tend donc une bonne acquisition de la parole. Par ailleurs, comme le souligne Senez (2002), les acquisitions motrices des fonctions bucco-faciales mises en jeu dans l'alimentation et le langage sont étroitement liées aux acquisitions de la motricité globale et au redressement de la posture.

Le tableau ci-dessous synthétise les principales étapes des acquisitions langagières, alimentaires, motrices et posturales entre 6 et 18 mois.

Tableau I. Synthèse des principales étapes des acquisitions langagières, alimentaires, motrices et posturales entre 6 et 18 mois

Âges	Langage	Alimentation	Motricité et posture
6 – 10 mois	Emergence du babillage canonique : premières combinaisons de sons, devenant ensuite des syllabes bien formées de type consonne-voyelle (Thibault, 2007).	Début de l'alimentation à la cuillère : double stratégie alimentaire (Thibault).	Acquisition de la posture assise : la langue recule dans la bouche, permettant d'acquérir l'agilité motrice nécessaire à la parole (Thibault).
9 - 12 mois	Mots produits à l'intérieur du babillage (Thibault) <u>12 mois</u> : premiers mots ; concernent généralement l'alimentation (Thibault).	Début des aliments solides. La mastication est une praxie élaborée qui nécessite un long apprentissage durant de 4 à 6 ans (Thibault). <u>10-11 mois</u> : prise d'aliments avec les mains pour les porter à la bouche (Ramsay, 2001).	Complexification des gnoses et praxies bucco-faciales (Thibault) Phase exploratoire : l'enfant cherche à découvrir le monde qui l'entoure (Thibault).
12 – 18 mois	<u>11- 16 mois</u> : l'enfant a à sa disposition quelques mots (Coquet, Ferrand et Roustit, 2010). <u>16-18 mois</u> : l'enfant répond par un mot à la question « qu'est-ce que c'est ? » (Coquet, Ferrand et Roustit, 2010). <u>18-20 mois</u> : l'enfant combine deux mots (« papa parti ») (Coquet, Ferrand et Roustit, 2010).	<u>15-16 mois</u> : l'enfant est capable de manger seul à la cuillère (Ramsay).	<u>Jusqu'à 18 mois</u> , l'espace visuel de l'enfant se structure, sa vision s'affine et lui permet de faire un lien plus précis entre ce qui est vu et ce qui est touché (Thibault).

Les capacités concernant le langage, l'alimentation, la motricité et la posture sont intimement liées et s'inter-influencent dans leurs développements. Le passage à l'oralité secondaire marque une période de transition importante, au cours de laquelle ont lieu de nombreuses évolutions concernant l'ensemble du développement de l'enfant. Durant cette période charnière, l'enfant cherche à affirmer ses choix lors des repas.

3.3. Les choix et refus alimentaires

En entrant dans l'oralité secondaire, oralité volontaire, l'enfant prend conscience de son pouvoir sur l'environnement. Il réalise notamment qu'il peut influencer sur l'humeur de ses parents par ses comportements alimentaires (Abadie, 2004 b). C'est donc vers l'âge de 6 mois que peuvent apparaître les premiers refus alimentaires. Chez l'enfant plus grand, autour de 2 ans, la nourriture recouvre son premier champ de décision. La construction de l'identité de l'enfant passe avant tout par l'affirmation de ses choix.

Dans le rapport d'une expertise scientifique collective réalisée par l'INRA concernant les comportements alimentaires (2010), Rigal explique que les choix alimentaires de l'enfant se réalisent le plus souvent sur la base de comportements de néophobie ou de sélectivité. La néophobie est une résistance à goûter des aliments inconnus, tandis que la sélectivité correspond à l'acceptation d'un nombre restreint d'aliments parmi des denrées connues. Rigal cite les études de Carruth et al. (2004) et de Hanse (1994) : ces auteurs décrivent des comportements de néophobie et de sélectivité chez la moitié des enfants autour de 2 ans. Ainsi, 75% des enfants traverseraient une période de néophobie ou de sélectivité sans que cela ne soit pathologique.

Néanmoins, au stade de l'oralité secondaire, l'acceptation d'aliments nouveaux à la cuillère est naturellement assurée par le mimétisme de l'enfant (Couly, 2010). Les capacités d'imitation, assurées par les aires du système limbique, sont primordiales dans le développement de l'oralité alimentaire : elles assurent la bonne acquisition des praxies alimentaires (Thibault, 2007) et influencent la construction des préférences alimentaires (Birch, 1999). La construction de ces préférences s'effectue à la fois sur la base de prédispositions génétiques et à partir de facteurs environnementaux, comme l'éducation au goût ou les expériences précoces partagées avec les parents (Birch).

L'oralité alimentaire se développe donc sur la base de constructions anatomiques et fonctionnelles, psychiques et affectives, corporelles et sensorielles, parallèlement à l'oralité verbale. Une anomalie ou un déséquilibre à n'importe quel de ces niveaux est susceptible de provoquer un trouble de l'oralité alimentaire.

II. Le trouble de l'oralité alimentaire et son évaluation

1. Les étiologies du trouble de l'oralité alimentaire

1.1. Une définition du trouble de l'oralité alimentaire ou dysoralité

Dans la littérature, de nombreuses définitions sont attribuées au « trouble de l'oralité alimentaire ». Thibault (2007, p.61) définit la dysoralité par « l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale. Il peut s'agir de troubles par absence de comportement spontané d'alimentation, ou par refus d'alimentation, et de troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant ». Cette définition tient compte à la fois des difficultés alimentaires ainsi que de l'ensemble des composantes du développement de l'enfant qui peuvent être touchées dans le cas d'un trouble de l'oralité alimentaire.

Les problèmes alimentaires touchent 24% à 35% des enfants au développement normal et 33% à 80% des enfants présentant un retard ou un handicap développemental (Burklow et al., 1998 ; Chatoor et Ganiban, 2003). Une étude de Rogers et Arvedson (2005), réalisée auprès de 283 nourrissons prématurés âgés de 30 mois, a révélé la présence de troubles alimentaires chez 33% des nouveau-nés, dont 12% concernant des troubles de la déglutition et 23% des refus réguliers. La dysoralité s'observe donc dans des contextes multiples et variés. Le plus souvent, une étiologie organique est invoquée au départ.

1.2. Des causes organiques et psychogènes

L'étiologie organique est citée par l'ensemble des classifications. D'une part, on identifie des étiologies neurologiques correspondant aux pathologies du système nerveux central ou du système musculo-squelettique (Burklow et al., 1998). Il s'agit de dysfonctionnements néonataux du tronc cérébral, de pathologies constitutionnelles syndromiques, ou d'atteintes neuromusculaires congénitales (Thibault, 2007). Senez (2002) les évoque en termes d'encéphalopathies congénitales (causes infectieuses, génétiques, néo et périnatales) et acquises (tumeurs, accidents ou méningites). D'autre part, on relève des étiologies anatomiques touchant la structure de la langue, du palais et de l'œsophage (Burklow et al.). Elles concernent par exemple les enfants souffrant de fentes labio-palatines, de sténoses de l'œsophage ou du syndrome de Pierre Robin. Dans les causes organiques, Thibault évoque également les troubles secondaires à une pathologie digestive. Elle identifie aussi certaines pathologies « extra-digestives », dans lesquelles on peut inclure, comme le précise Burklow, les grands syndromes inflammatoires ou infectieux, les intolérances alimentaires ou le reflux gastro-oesophagien d'origine métabolique ou physiologique. Enfin, sont également évoquées les causes cardio-respiratoires, qui peuvent entraver la coordination du schème succion-déglutition-respiration pendant l'alimentation (Burklow ; Thibault).

En opposition aux causes organiques, Thibault (2007) évoque l'anorexie psychogène. Soulé, Fain, Kreisler et Lebovici (1987) proposent une classification des différentes formes d'anorexies mentales du jeune enfant : l'anorexie du second semestre ou anorexie

d'opposition, l'anorexie néonatale, ainsi que les signes cliniques d'anorexie dans le cadre d'une dépression du jeune enfant et dans certaines formes de psychose. Selon Burklow et al. (1998), un trouble de l'alimentation peut être engendré par des difficultés sociales d'une part, telles que des stimulations pauvres ou un dysfonctionnement de l'interaction enfant-nourricier, et/ou émotionnelles d'autre part dans le cas de phobies ou de dépressions.

Il est cependant difficile de différencier les facteurs organiques et psychologiques en cause dans la dysoralité (Thibault, 2007). Quand les troubles d'alimentation perdurent, les parents peuvent adopter des comportements mal adaptés lors des repas. Ramsay (2001) décrit les « stratégies alimentaires compensatoires » : il s'agit de toutes les tentatives des parents au cours du repas pour tenter d'augmenter la quantité de la prise alimentaire, menant à une augmentation de la durée et de la fréquence des repas. Ces situations provoquent la plupart du temps des refus plus importants de la part de l'enfant, entraînant parents et enfant dans un cycle d'interactions inadaptées. Le refus alimentaire, qui était au début vraisemblablement le signe de difficultés sensorielles ou motrices, peut donc devenir, si le problème persiste, l'indice de difficultés relationnelles parents-enfant s'ajoutant au problème organique initial (Ramsay).

Des causes organiques ou psychogènes peuvent ainsi être évoquées dans le cadre de difficultés alimentaires. Cependant, ces étiologies étant le plus souvent intriquées, les classifications des origines de la dysoralité reflètent mal les cas présents dans la réalité clinique.

1.3. Des facteurs multiples mis en cause dans la dysoralité

Selon Burklow et al. (1998), la dichotomie organique/non organique ne rend pas compte des problèmes alimentaires qui trouvent leur origine dans une combinaison de causes physiologiques, environnementales ou émotionnelles. En effet, une cause isolée est rarement retenue dans le cas de difficultés alimentaires chez l'enfant. A ce sujet, Burklow et al. ont mené une étude auprès de 103 enfants de 4 mois à 17 ans (dont 67% de moins de 3 ans) pour identifier les origines des problèmes d'alimentation. Les résultats montrent des étiologies multifactorielles et intriquées : 30% des enfants de l'étude présentent une combinaison de facteurs anatomiques, neurologiques et comportementaux. Une alliance de causes neurologiques et comportementales est identifiée chez 27% des enfants ; 9% des étiologies sont à la fois anatomiques et comportementales ; enfin, l'association de facteurs anatomiques et neurologiques est identifiée chez 8% des enfants. Ainsi, 85% des enfants de l'échantillon présentent une combinaison d'étiologies. Cette étude illustre la multiplicité des facteurs pouvant être impliqués dans un trouble de l'oralité alimentaire. Une pathologie organique ou neurologique est souvent présente initialement chez l'enfant souffrant de dysoralité, mais des composantes psychologiques et comportementales peuvent venir renforcer le trouble.

En outre, 12% des enfants de l'étude présentent des problèmes d'alimentation sans cause organique. Ce pourcentage illustre le cas d'enfants observés dans la pratique clinique : certains enfants souffrant d'un trouble de l'oralité alimentaire ne présentent pas de pathologie organique (ou une pathologie organique sous contrôle), ni de trouble psychogène. Ces cas posent la question de l'existence d'autres dimensions perturbées sous-jacentes au trouble, entre autres la dimension sensorielle.

1.4. Des manifestations sensorielles du trouble de l'oralité alimentaire

Au niveau de la sphère bucco-faciale, Senez et Schaal (2010) décrivent le Syndrome de Dysoralité Sensorielle (SDS) chez des enfants présentant des réactions d'aversion face à des aliments. Ce syndrome concernerait 25% des enfants au développement normal et entre 50% et 80% des individus porteurs d'un polyhandicap. Le SDS correspond à une « hyper réactivité génétique des organes du goût et de l'odorat » (Senez, n.d.). Son origine est sensorielle, les troubles de l'alimentation résultant d'une « hyper excitabilité des mécano et chimio récepteurs du goût et de l'odorat » (Senez, n.d.), transformant la sensation d'appétit en aversion. Cette notion complète celle de l'hypernauséeux (Senez, 2002). Chez le nouveau-né, le réflexe nauséeux est normal : il agit pour une protection des voies aériennes contre l'intrusion d'un corps étranger solide. Le développement cortical inhibe ce réflexe entre 4 et 7 mois. Sans cette inhibition, l'alimentation de l'enfant ne peut évoluer des liquides vers les solides. Senez décrit l'hypernauséeux chez des enfants souffrant d'immaturité neurologique, ainsi que chez des enfants neurologiquement sains, atteints d'un trouble organique induisant une nutrition artificielle. Ces enfants nourris artificiellement manquent d'intégrations sensori-motrices qui se réalisent habituellement lors des tétées répétées plusieurs fois par jour. Ainsi, une immaturité neurologique, tout comme un manque d'expériences sensori-motrices buccales pluriquotidiennes, peuvent conduire à un défaut d'inhibition du réflexe nauséeux, dont la cause ne serait donc pas génétique dans ce cas. Chez les personnes souffrant d'un SDS, on note ainsi une hyper-réaction face à des stimuli olfactifs et gustatifs inoffensifs.

Par ailleurs, au-delà de la sphère oro-faciale, Leblanc et Ruffier-Bourdet (2009) décrivent des hypersensibilités corporelles et sensorielles. Certains enfants sous nutrition artificielle précoce et au long cours peuvent présenter un véritable trouble de l'oralité alimentaire pouvant aller jusqu'à l'incapacité totale à être nourri ou à se nourrir par la bouche. La nutrition artificielle entérale ou parentérale est une thérapeutique vitale indispensable au bon développement staturo-pondéral, neurologique et psychomoteur des enfants pour lesquels elle est préconisée. Cependant, elle rime souvent avec une sphère oro-faciale sous-sollicitée ou sollicitée négativement (sonde de nutrition, d'aspiration, nausées, fausses routes, forçage), des douleurs oro-digestives, des difficultés respiratoires, des mono sollicitations sensorielles, une absence de sensation de faim, une absence de rythme de repas et une absence de tout le vécu affectif et sensoriel généré par ce moment privilégié (Leblanc, Bourgeois, Hardy, Lecoufle et Ruffier, 2012). S'appuyant sur son expérience clinique, Leblanc, psychologue, évoque la notion d'une hyper-sensitivité corporelle et sensorielle. Cette hyper-sensitivité correspond à « la réactivité exagérée d'un organe sensoriel : les sollicitations, qu'elles soient corporelles et sensorielles, sont perçues comme irritatives et vont déclencher une réponse exagérée en intensité » (Leblanc et al., p.8). Les modes de réponses de ces enfants se déclinent sous forme de défenses tonico-posturales, tactiles, orales et/ou comportementales (Leblanc et al.). Leblanc et Ruffier-Bourdet (2009) ont défini 5 stades, allant d'une irritabilité maximale au stade cinq à une désensibilisation totale au stade zéro, concernant l'approche tactile du corps et de la sphère oro-faciale par rapport à des matières non alimentaires et alimentaires. Pour ces auteurs, un investissement positif de la sphère orale et une « alimentation plaisir » s'étaient en partie sur un investissement corporel et sensoriel harmonieux. Nous vous invitons à vous reporter au tableau de classement des hypersensibilités orales et tactiles présenté en Annexe I.

Dans leurs pratiques cliniques, des professionnels de santé observent ainsi chez certains enfants souffrant de dysoralité des hypersensibilités donnant lieu à divers mécanismes de défense. Ces manifestations peuvent constituer des signes associés à un trouble de l'oralité alimentaire. A ce sujet, des auteurs émettent l'hypothèse d'un trouble de l'intégration sensorielle pour expliquer certains troubles alimentaires.

2. Les apports de la théorie de l'intégration sensorielle dans la compréhension du trouble de l'oralité alimentaire

2.1. Une présentation de la théorie de l'intégration sensorielle

L'approche d'intégration sensorielle® a été introduite dans les années 1960 par A. Jean Ayres, ergothérapeute américaine, pour l'évaluation et la prise en charge d'enfants présentant des difficultés de développement. L'intégration sensorielle correspond au processus neurologique qui permet d'organiser et d'interpréter, grâce aux sens, l'information sensorielle qui provient du corps et de l'environnement, afin de répondre de manière adaptée aux demandes extérieures. Les données sensorielles concernent le toucher, le mouvement, la proprioception, la gravité, la vue, l'audition, l'olfaction et le goût. Elles sont traitées puis organisées par le système nerveux central. (Ayres, 2005).

Dans le cas d'un trouble de l'intégration sensorielle (Sensory Integration Dysfunction), les informations sensorielles sont mal traitées et le sujet réagit de manière inadaptée face aux stimuli. Concernant la typologie des troubles de l'intégration sensorielle, nous retenons le modèle le plus récent de Miller, Nielsen, Schoen et Brett-Green (2009), qui permet de distinguer trois catégories de troubles du traitement de l'information sensorielle (Sensory Processing Disorder) : le trouble moteur d'origine sensorielle, le trouble de la discrimination sensorielle et le trouble de la modulation sensorielle. Le trouble moteur d'origine sensorielle est un trouble du contrôle postural ou une dyspraxie. Le trouble de la discrimination sensorielle se définit par la difficulté à interpréter et à percevoir les nuances des messages sensoriels. Enfin, le trouble de la modulation sensorielle correspond à la difficulté d'un ou plusieurs systèmes sensoriels (tactile, olfactif ou autre) à traiter les informations sensorielles pour réagir de manière adaptée à une situation. L'hyper-réaction sensorielle (over reponsivity) constitue une réponse exagérée au stimulus ; d'un point de vue neurologique, le seuil de détection est trop bas. L'hypo-réaction (under reponsivity) correspond à une réponse trop faible, révélant un seuil de détection du stimulus trop élevé. Selon Brett-Grenn, Miller, Schoen et Nielsen (2010), ces réactions inadaptées se réalisent en réponse à des stimuli jugés inoffensifs pour la majorité des personnes. Enfin, Miller et al. (2009) décrivent chez certaines personnes des réactions de recherche sensorielle (seeking) qui correspondent à des recherches intenses ou fortes de stimulations.

2.2. L'implication des troubles de l'intégration sensorielle dans la dysoralité

En ce qui concerne les troubles de l'intégration sensorielle liés à l'alimentation, les phénomènes d'hyper-réactivité sont les plus décrits dans la littérature : ils correspondent à un trouble de la modulation sensorielle. Dans le cas d'une hyper-réactivité, l'enfant présente des difficultés à goûter de nouvelles textures, de nouvelles consistances, températures ou odeurs. Smith, Roux, Naidoo et Venter (2005) ont mené une étude auprès d'enfants de 3 à 10 ans pour comparer les comportements alimentaires de 29 enfants présentant une hyper-réactivité tactile avec ceux d'un groupe contrôle de 33 sujets. Contrairement aux sujets contrôles, les enfants présentant une hyper-réactivité acceptent difficilement les aliments non familiers et les légumes, présentent des aversions pour certaines textures ou consistances et refusent certains aliments à cause de leur température ou de leur odeur.

Ces sélections alimentaires dues à une origine sensorielle peuvent se manifester précocement chez un enfant ne présentant aucun contexte pathologique. Chatoor (2009) décrit des rejets alimentaires sensoriels (*Sensoryfood aversions*) chez des enfants de 0 à 3 ans sans pathologie, ni allergie, n'ayant subi aucun traumatisme de l'oropharynx. Ces enfants éprouvent des aversions pour certains aliments en raison de leur goût, texture, température ou odeur. Les dégoûts peuvent se traduire par une grimace, allant jusqu'à des vomissements dans les cas extrêmes. Quand le trouble persiste, l'enfant est amené à refuser des catégories entières d'aliments. Les symptômes de ces enfants « *sensoryfood aversions* » apparaissent le plus souvent vers 6-10 mois lors de la diversification alimentaire. Contrairement aux réactions d'opposition observées chez des enfants tout-venants, les dégoûts d'origine sensorielle se manifestent systématiquement pour le même type d'aliments et des catégories entières d'aliments sont rejetées. Ces enfants présentent couramment des carences nutritionnelles et des retards de langage oral sur le versant expressif. Enfin, les enfants « *sensoryfood aversions* » présentent souvent des hypersensibilités corporelles et parfois des intolérances à certains bruits ou niveaux de lumières.

L'hypo-réactivité peut quant à elle se manifester par une diminution ou une absence de faim, des difficultés à identifier des odeurs, ainsi que des sensations buccales amoindries, créant des pertes d'aliments et des écoulements de liquides par les commissures labiales (Miller, 2006).

Peu de liens sont actuellement établis entre la dysoralité et les troubles moteurs d'origine sensorielle ou de la discrimination sensorielle, également décrits par Miller (2009). Les données actuelles se focalisent sur les phénomènes d'hyper-réactivités, appelés aussi défenses sensorielles. Bullinger développe l'intégration sensorielle dans le courant sensori-moteur pour expliquer les défenses tonico-posturales face à des signaux tactiles.

2.3. L'intégration sensorielle et le courant sensori-moteur

Comme nous l'avons évoqué précédemment, selon le courant sensori-moteur, le bon fonctionnement de l'activité orale repose sur l'équilibre entre l'incorporation (versant émotionnel) et l'exploration (découverte des propriétés de l'objet) (Bullinger, 2005). S'il existe un défaut de réglage entre incorporation et exploration, la construction de l'espace oral est mise à mal. Parmi les raisons invoquées dans ce défaut de réglage, Bullinger cite notamment les irritations tactiles. Ces dernières entraînent des réponses posturales d'extension voire des réflexes nauséeux et font référence aux troubles de l'intégration sensorielle. Dans le cas d'un trouble de l'intégration sensorielle, les signaux tactiles sont perçus comme agressants. Le système tactile domine, entraînant des détournements de tête et des mouvements d'extension du buste : il s'agit d'un mécanisme corporel de défense face à une stimulation perçue comme irritante. « En situation d'alimentation cette extension désorganise profondément la posture de l'enfant et le dialogue avec la personne qui l'alimente » (Bullinger, p.3). Bullinger précise d'ailleurs que « L'espace oral, s'il se construit mal, est à l'origine de bien des troubles dans le développement. Si cet espace ne se constitue pas de manière stable c'est toute l'image corporelle qui est fragilisée » (p.5).

Les étiologies de la dysoralité sont donc variées et parfois difficilement identifiables. Par ailleurs, le trouble de l'oralité alimentaire se révèle généralement chez l'enfant par des difficultés alimentaires, qui peuvent s'accompagner de signes associés tels que des manifestations sensorielles orales, gustatives, tonico-posturales, tactiles et/ou comportementales. Face à un enfant présentant une plainte liée à l'oralité alimentaire, il paraît ainsi important de réaliser une évaluation la plus complète possible, qui prenne en compte toutes les manifestations du trouble. Cette évaluation globalisante de la dysoralité vise à cerner au mieux les difficultés de l'enfant de manière à induire une prise en soin adaptée du patient.

3. L'évaluation concernant une plainte liée à l'oralité alimentaire

3.1. La démarche d'évaluation et les professionnels impliqués

Hermans (2003) indique que la complexité du processus d'alimentation explique les difficultés de diagnostic de trouble d'alimentation. Selon lui, face à une plainte alimentaire, il est nécessaire de travailler en interdisciplinarité pour identifier les éléments entravant l'alimentation de l'enfant. Il est dans l'intérêt de l'enfant que différents professionnels de santé réunissent leurs compétences au service d'une évaluation la plus complète possible du patient.

La plainte alimentaire généralement formulée par les parents chez l'enfant entre 0 à 3 ans porte principalement sur des prises alimentaires jugées insuffisantes, des refus, ou des difficultés concernant les fonctions orales de succion, déglutition ou mastication (Abadie, 2004 b). Des manifestations sensorielles ou corporelles du trouble peuvent également constituer un motif de consultation auprès de certains professionnels.

Suite à une plainte concernant l'oralité alimentaire, l'évaluation diagnostique précise la sémiologie du trouble, avant de déterminer s'il est isolé ou associé à d'autres dysfonctions

(Abadie, 2004 a). Arvedson (2008) reprend les étapes de l'évaluation des troubles de l'alimentation et de la déglutition chez le jeune enfant. Cette évaluation implique plus qu'une observation clinique focalisée sur la sphère orale : elle doit considérer tous les éléments susceptibles d'entraver l'alimentation comme l'environnement général dans lequel l'enfant évolue, les interactions parents-enfants, les attitudes parentales ainsi que leurs craintes. Tout d'abord, l'entretien avec l'enfant et sa famille doit comprendre une anamnèse détaillée : les antécédents familiaux, médicaux, développementaux et l'histoire alimentaire de l'enfant sont interrogés. Un examen clinique des structures et fonctions orales doit ensuite être réalisé, ainsi qu'une observation des capacités d'alimentation. Arvedson préconise de porter attention aux interactions parents-enfant, à la posture de l'enfant, à ses gestes, à sa respiration, à ses comportements ou affects. Il précise également l'importance d'observer la vigilance de l'enfant, sa capacité à maintenir une attention sur une tâche ou encore ses possibilités d'auto-consolabilité. Il convient aussi d'observer les réponses de l'enfant à des stimulations sensorielles, faisant référence aux intégrations sensorielles. L'observation d'un repas, dans l'environnement habituel de l'enfant, est donc une étape importante. Les éléments concernant la croissance, la présence d'un reflux gastro-œsophagien ou encore des éléments neurodéveloppementaux comme le langage ou le niveau cognitif seront également à noter. Abadie précise de plus l'importance d'examens neurologique et morphologique oro-facial, ainsi que l'évaluation des conséquences du trouble de l'alimentation d'un point de vue nutritionnel et respiratoire. L'étape évaluative, qui permet de recueillir un maximum d'informations qualifiant le trouble, nécessite donc l'intervention de différents professionnels de santé.

3.2. Une évaluation interdisciplinaire

D'après Joly, Lainé, Catan et Pochard (2011), l'approche interdisciplinaire permet aux professionnels de santé de travailler dans la même direction, pour le même objectif, à partir de compétences et d'approches différentes. Une telle démarche permet de réunir un savoir plus complet sur le patient évalué. Comme il est précisé par Boulanger, Staltari, Proulx, Zander, Feyz et Tinawi (2004), les professionnels impliqués travaillent « dans leur champ d'expertise » dans un but précis. Le travail interdisciplinaire pour l'évaluation du patient suppose une confiance entre les membres et des capacités de relation entre eux (Tremblay, Proulx, Vermette et Gaudreault, 2000). Tremblay et al. précisent les conditions à la bonne réussite d'un tel projet. D'abord, le rôle et la fonction de chacun doivent être définis : « Il ne s'agit pas de vivre dans la confusion mais d'accepter une culture professionnelle différente de la sienne. Chacun reste à sa place, et dans toute sa place, en étant complémentaire et synergique. » (Tremblay et al., p.95). Par ailleurs, l'interdisciplinarité implique la liberté, le respect du travail de chacun, et des objectifs communs clairement définis.

Hermans (2003, p.156) précise à propos de l'évaluation concernant une plainte liée à l'oralité alimentaire qu'une « équipe multidisciplinaire est nécessaire afin d'utiliser toutes les méthodes utiles au diagnostic, à l'évaluation des besoins de l'enfant, au traitement et au plan de rééducation ». Il évoque l'intervention de spécialistes médicaux comme les pédiatres, gastro-entérologues, pneumologues, radiologues, psychiatres, mais également des diététiciens, des logopèdes (orthophonistes), des psychologues, des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes. Abadie (2004 b, p.60) rappelle la nécessité d'une consultation longue, si possible pluridisciplinaire « en présence conjointe du pédiatre, de la psychologue, de la psychomotricienne et/ou de l'orthophoniste. ».

Cette démarche interdisciplinaire apparaît donc tout à fait compatible et en cohérence avec une évaluation globalisante de l'enfant souffrant de dysoralité. Elle vise en effet à évaluer le trouble dans sa globalité en prenant en compte toutes les réponses corporelles et sensorielles qui peuvent être associées aux difficultés alimentaires. Cette évaluation peut permettre d'organiser dans un second temps une prise en charge adaptée de l'enfant.

III. Conclusion de la théorie

L'oralité alimentaire prend appui sur plusieurs composantes du développement de l'enfant, anatomiques et fonctionnelles, psychologiques et affectives, psychomotrices et sensorielles, langagières et sociales. La dysoralité chez l'enfant révèle un développement de l'oralité perturbé. Les étiologies de ce trouble sont le plus souvent multifactorielles et les manifestations diverses, tant au niveau de la sphère oro-faciale que sur le plan corporel. On comprend donc l'importance d'une évaluation interdisciplinaire et globalisante de l'enfant, c'est-à-dire qui prenne en compte à la fois les difficultés alimentaires ainsi que les différents signes pouvant être associés, principalement les réponses corporelles et sensorielles. L'interdisciplinarité implique, outre la nécessité de collaborer avec des professionnels d'autres disciplines, que chaque professionnel de santé travaille dans un cadre déterminé par un champ de compétences. Ce cadre oriente le professionnel dans son analyse du trouble et de ses manifestations. C'est dans cette optique que nous avons choisi d'inscrire notre problématique de recherche.

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

I. Problématique de recherche

1. Introduction à la problématique

La dysoralité se définit par l'ensemble des difficultés d'alimentation par voie orale, pouvant se manifester par des troubles alimentaires ainsi que par des troubles touchant l'ensemble des composantes du développement de l'enfant, au niveau psychomoteur, langagier et affectif (Thibault, 2007).

La plainte alimentaire, généralement exprimée par les parents chez l'enfant entre 0 à 3 ans, concerne principalement des prises alimentaires jugées insuffisantes, des refus ou des difficultés au niveau des fonctions orales de succion, déglutition ou mastication (Abadie, 2004 b).

On peut également observer chez certains enfants des défenses sensorielles orales (Senez et Schaal, 2010) ou tonico-posturales (Bullinger, 2005). Leblanc (2012) décrit également des défenses sensorielles tactiles, olfactives et orales. Toutes ces manifestations peuvent constituer des signes associés aux troubles alimentaires.

Ainsi, le trouble de l'oralité alimentaire peut se manifester sous diverses formes et avoir des répercussions sur l'ensemble des composantes du développement de l'enfant.

En ce sens, Hermans (2003) met en avant la nécessité de travailler en interdisciplinarité pour évaluer un trouble de l'oralité alimentaire. Outre les professionnels médicaux, il cite l'intervention des logopèdes (orthophonistes), des psychologues, des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes. Abadie (2004) mentionne également le rôle des psychomotriciens dans l'évaluation de ce trouble.

2. Problématique

Dans un premier temps nous nous demandons si, dans le cadre d'une plainte relative à l'oralité alimentaire chez des enfants de 12 à 36 mois, les orthophonistes pratiquent une évaluation spécifique, en comparaison aux évaluations pratiquées par d'autres professionnels de santé. Ensuite, nous nous questionnons sur la façon de créer des liens entre les différentes disciplines afin d'obtenir une évaluation plus complète, qui prenne en compte à la fois les difficultés alimentaires et les signes corporels et sensoriels qui peuvent être associés.

II. Hypothèses

1. Hypothèse 1

Pour chaque discipline, la majorité des professionnels interrogés, qui reçoivent dans leur pratique des enfants âgés de 12 à 36 mois avec une plainte concernant l'oralité alimentaire, réaliseraient habituellement eux-mêmes une évaluation auprès de ces patients plutôt que de les réorienter, sans effectuer d'évaluation, vers un autre professionnel de la même ou d'une autre discipline.

2. Hypothèse 2

Compte tenu de leurs compétences spécifiques, les orthophonistes utiliseraient prioritairement des outils d'évaluation centrés sur la sphère oro-faciale, contrairement aux professionnels des autres disciplines qui utiliseraient des outils axés sur d'autres aspects de l'oralité alimentaire.

3. Hypothèse 3

Compte tenu de leurs compétences partagées, les professionnels interrogés de chaque discipline rechercheraient des informations communes dans l'anamnèse. Celles-ci concerneraient les antécédents médicaux de l'enfant, son développement global ainsi que les situations de repas.

4. Hypothèse 4

La majorité des orthophonistes interrogés échangeraient avec des collègues d'autres domaines pour l'évaluation d'une plainte concernant l'oralité alimentaire, et cela d'autant plus en institution ou dans le cadre d'une pratique mixte.

5. Hypothèse 5

Dans chaque discipline interrogée, la majorité des professionnels seraient en demande d'un outil interdisciplinaire d'évaluation dans le cadre d'une plainte relative à l'oralité alimentaire.

Chapitre III

PARTIE EXPERIMENTALE

I. La population

Pour répondre à la problématique posée, nous avons choisi de soumettre des questionnaires informatisés à différents professionnels de santé afin d'interroger leurs pratiques d'évaluation face à des enfants âgés de 12 à 36 mois présentant une plainte relative à l'oralité alimentaire. Nous allons exposer les critères selon lesquels les professionnels ont été sélectionnés. La profession du participant constitue le premier critère définissant la population interrogée.

1. Les professions interrogées

1.1. Des disciplines de santé non médicales aux pratiques d'évaluation complémentaires

Le premier critère d'inclusion de notre population concerne les disciplines de santé interrogées. Hermans (2003) cite les différents professionnels pouvant travailler en complémentarité et en interdisciplinarité dans le cadre de l'évaluation des troubles alimentaires chez le très jeune enfant. L'aspect médical de ces troubles relève de la pratique des pédiatres, des infirmières, ainsi que des médecins ORL, gastro-entérologues, radiologues, nutritionnistes, neuro-pédiatres, pneumologues, dentistes ou stomatologues. Les psychologues ou les pédopsychiatres prennent en charge la dimension psychologique. Enfin, les aspects techniques et fonctionnels concernent les orthophonistes, les diététiciens, les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes. Abadie (2004 b) précise en outre le rôle des psychomotriciens dans l'évaluation de ces troubles.

Gosset (2010), dans un mémoire d'orthophonie, a réalisé une enquête auprès de 212 professionnels de santé orthophonistes, psychologues, pédiatres, psychomotriciens et diététiciens, visant à mettre en évidence les connaissances des professionnels concernant les troubles de l'oralité alimentaire. Elle a tenté, dans cette enquête, de répondre à cinq interrogations principales : comment les professionnels se représentent-ils l'oralité ? Ont-ils déjà rencontré des demandes concernant ces pathologies ? Quelles en étaient les origines ? Les professionnels de santé se sentent-ils suffisamment formés et informés ? Connaissent-ils les différents professionnels susceptibles d'intervenir auprès de ces patients ? A cette dernière question, les personnes interrogées ont cité 29 professions. Les 12 professions les plus citées ont été les suivantes :

- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| - Orthophoniste (76.68%) | - Médecin généraliste (16.58%) |
| - Psychologue (59.58%) | - Nutritionniste (16.58%) |
| - Psychomotricien (34.71%) | - Ergothérapeute (15.02%) |
| - Kinésithérapeute (29.1%) | - ORL (14.50%) |
| - Pédiatre (24%) | |
| - Diététicien (18.65%) | |
| - Pédopsychiatre (17.61%) | |
| - Puéricultrice (17.09%) | |

Le nombre élevé de professions citées révèle que les professionnels se figurent les troubles de l'oralité alimentaire au carrefour de nombreuses disciplines. Les résultats de cette enquête ont également permis de vérifier l'hypothèse initiale émise par Gosset selon laquelle une prise en charge interdisciplinaire semble nécessaire concernant les troubles de l'oralité alimentaire.

Il faut néanmoins nuancer ces résultats. En effet, seulement 5 professions ont été interrogées alors que 29 ont été citées par les professionnels. Egalement, le nombre de réponses par profession n'étant pas identique, l'échantillon n'est pas complètement représentatif de la population visée.

Dans notre mémoire, nous avons choisi de questionner des disciplines de santé non médicales dont les professionnels réalisent des évaluations spécifiques à leurs champs de compétences, afin d'apporter une réflexion sur la nécessité d'un regard croisé des différentes disciplines au sujet d'une plainte concernant l'oralité alimentaire. Nous avons ainsi interrogés des orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes et psychologues. Ces professionnels de santé non médicaux sont habilités dans leurs champs de compétences à réaliser une évaluation concernant ce type de plainte.

Les professionnels de santé constituant notre population, cités ci-dessus, sont des professionnels non médicaux de « seconde intention », vers qui le pédiatre est susceptible d'orienter de jeunes patients pour des évaluations spécifiques approfondies. Ces évaluations peuvent s'intéresser aux difficultés alimentaires rencontrées comme aux manifestations sensorielles ou corporelles qui peuvent y être associées. D'après le mémoire de Gosset (2010), plus de 80% des pédiatres en libéral ont déjà reçu une demande concernant des troubles de l'oralité alimentaire. Le pédiatre semble donc être un intervenant de première intention concernant une plainte alimentaire : il constituerait le premier maillon de la chaîne de soins. Notre questionnaire permettra de confirmer ou non cette idée grâce à la question B1 qui concerne les professionnels qui orientent les patients auprès du répondant. Selon Abadie (2004 b), les principaux rôles du pédiatre face à une plainte alimentaire chez un jeune enfant entre 0 et 3 ans concernent entre autres la recherche d'un trouble organique sous-jacent, l'évaluation des retentissements du trouble aux niveaux nutritionnel et psychique, ainsi que l'analyse de l'histoire alimentaire et physique de l'enfant. L'auteur précise que le pédiatre complète sa consultation avec les observations d'autres professionnels tels que le psychologue, le psychomotricien et/ou l'orthophoniste. Des examens médicaux complémentaires peuvent en outre être nécessaires pour confirmer le trouble, spécifier son mécanisme et orienter vers la cause (Abadie, 2004 a). Des médecins spécialisés peuvent ainsi également intervenir dans le cadre d'une plainte relative à l'oralité alimentaire, notamment dans le cas d'enfants souffrant de pathologies de la sphère ORL ou digestive. Selon Hermans (2003), il s'agit des médecins ORL, gastro-entérologues, pneumologues, nutritionnistes, neuro-pédiatres, radiologues, dentistes ou stomatologues. Ces médecins agissent directement sur les troubles organiques en assurant un suivi médical spécialisé de l'enfant, en prescrivant des traitements médicamenteux. Les médecins ont aussi pour rôle de prescrire aux patients des soins comme de l'orthophonie ou de la psychomotricité par exemple, qui agiront sur les conséquences du trouble organique. Les infirmières puéricultrices interviennent auprès d'enfants souffrant de troubles alimentaires, principalement en néonatalogie. D'après de leur décret de compétences du 29 juillet 2004, les infirmières diplômées d'état assurent l'« administration de l'alimentation par sonde gastrique et changement de sonde d'alimentation gastrique » (Article R 4311-5). De manière plus spécifique, en tant que

puéricultrices, elles accomplissent prioritairement le « suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie », la « surveillance du régime alimentaire du nourrisson », la « prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps », les « soins du nouveau-né en réanimation » ainsi que « l'installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur » (Article R 4311-13). Enfin les diététiciens, professionnels non médicaux, assurent le traitement diététique et l'éducation nutritionnelle des patients et de leur famille, en se référant aux caractéristiques de la pathologie de l'enfant. La prise en charge de ces enfants ne nécessite donc en général pas de bilan préalable pour définir la nature des troubles alimentaires. C'est pour cette raison principale que nous avons choisi de ne pas les inclure dans notre population.

Dans notre mémoire, nous avons donc choisi de questionner des professionnels de santé non médicaux orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes et psychologues réalisant des évaluations spécifiques à leurs champs de compétences, que nous supposons complémentaires. L'ensemble de ces professionnels sont soumis au secret professionnel d'après leurs décrets de compétences, ou code de déontologie (pour les psychologues). La participation aux questionnaires était ouverte à tout professionnel exerçant dans les disciplines retenues ; il n'était demandé au participant aucune spécialisation particulière dans le domaine de l'oralité. En nous référant à la norme statistique N=30, nous avons initialement prévu d'interroger un minimum de 30 professionnels par domaine. Nous avons finalement pu questionner un total de 170 professionnels, dont 100 orthophonistes, 26 psychomotriciens, 10 ergothérapeutes, 11 psychologues et 23 kinésithérapeutes. Les décrets de compétences de chacune des disciplines justifient leurs rôles respectifs dans l'évaluation et la prise en charge de jeunes enfants dans le cadre d'une plainte liée à l'oralité alimentaire.

1.2. Les décrets de compétences des professions concernant une plainte liée à l'oralité alimentaire

Selon l'article 3 du décret de compétences des orthophonistes datant du 2 mai 2002, l'orthophoniste est habilité à rééduquer des troubles de la déglutition (dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-faciales) et des dysphagies dans le domaine des pathologies neurologiques. D'après l'article 4, l'orthophoniste a également un rôle de prévention et de dépistage. Les troubles d'alimentation peuvent avoir des conséquences sur le développement de l'expression orale de l'enfant. En ce sens, l'orthophoniste intervient soit en amont de ces troubles, soit lorsqu'ils sont déjà apparus : il agit selon l'article 3 non seulement dans le cadre des pathologies oto-rhino-laryngologiques pour la rééducation des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de parole, mais aussi dans le cadre des anomalies de l'expression orale pour la rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental.

D'après l'article 5 du décret du 27 juin 2000 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, le kinésithérapeute est habilité à participer à la rééducation de la motricité faciale et de la mastication ainsi que de la déglutition. L'article 6 précise que « le masseur-kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article 5 ».

Les psychomotriciens peuvent intervenir, d'après leur décret de compétences du 6 mai 1988, auprès de jeunes enfants dans le cadre de l'éducation précoce et de stimulations psychomotrices. Le développement de l'alimentation est lié au développement psychomoteur de l'enfant. Des troubles du tonus ou de la posture ainsi que des difficultés sensorielles au niveau corporel peuvent accompagner une plainte alimentaire. Selon l'article 1, les psychomotriciens assurent entre autres la rééducation des retards du développement psychomoteur, des troubles de la maturation et de la régulation tonique ainsi que des troubles du schéma corporel. Ils contribuent au traitement des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique et réalisent des bilans concernant ces troubles.

L'ergothérapeute, selon son décret de compétences du 21 novembre 1986, travaille à l'adaptation des gestes de la vie courante ainsi qu'au développement des facultés d'adaptation ou de compensation chez l'enfant pour le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles. Il rééduque également la sensori-motricité. Il réalise entre autres des bilans fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles. Les interventions de l'ergothérapeute concernant une plainte alimentaire ou des troubles associés peuvent varier en fonction du courant thérapeutique dans lequel le professionnel s'inscrit. Au Canada, les « occupational therapists », équivalents des ergothérapeutes français, interviennent couramment dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire au moyen de thérapies basées sur la théorie de l'intégration sensorielle. La pratique des « occupationnal therapists » intègre en effet des techniques basées sur cette théorie dans l'évaluation et le traitement de différents troubles (Yack, 1989). Ce courant, développé outre Atlantique, semble encore peu connu et pratiqué par les ergothérapeutes en France. Etant donné que nous développons, dans ce mémoire, la théorie de l'intégration sensorielle dans le cadre d'une plainte concernant l'oralité alimentaire, nous avons logiquement choisi d'inclure les ergothérapeutes dans notre population.

Enfin, selon l'article 3 du code de déontologie des psychologues du 22 mars 1996, « la mission fondamentale du psychologue est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique. Son activité porte sur la composante psychique des individus, considérés isolément ou collectivement. ». Dans le cadre d'une plainte liée à l'oralité alimentaire, le psychologue s'intéresse aux composantes affective et psychique de l'enfant qui peuvent être à l'origine du trouble ou bien associées à celui-ci et venir le renforcer.

L'ensemble des professionnels constituant notre population peuvent donc intervenir pour l'évaluation et la prise en charge des troubles liés à l'oralité alimentaire. Chez le jeune enfant, cette plainte peut concerner à la fois des difficultés ou un refus d'alimentation mais aussi des réponses corporelles et sensorielle associées. Les orthophonistes et les kinésithérapeutes évaluent et rééduquent les troubles de la déglutition et de la mastication, en se focalisant principalement sur la sphère oro-faciale de l'enfant. L'orthophoniste a également un rôle important de dépistage et de prévention concernant les troubles du langage oral qui peuvent être associés aux difficultés alimentaires. Les psychomotriciens et ergothérapeutes interviennent au niveau du corps pour un meilleur vécu corporel et sensoriel ainsi qu'une plus grande autonomie de l'enfant lors des repas. Enfin, le psychologue cherche à évaluer les dimensions psychiques et affectives liées aux difficultés alimentaires afin de proposer une thérapie adaptée. Dans les questionnaires, la profession du participant constitue le premier critère définissant la population interrogée ; le second critère de sélection concerne les modes d'exercice des professionnels.

2. Les modes d'exercice professionnel

Nous avons choisi d'inclure dans notre population tous les modes d'exercice. Les professionnels interrogés travaillent donc en libéral et/ou en institution (hospitalière ou non). En effet, notre questionnaire visant une réflexion sur l'interdisciplinarité, il nous a paru intéressant de pouvoir comparer les pratiques interprofessionnelles selon les différents lieux d'exercices. En effet, dans l'hypothèse n°4, nous supposons notamment qu'en structure institutionnelle, les orthophonistes, appartenant à une équipe pluridisciplinaire, ont une pratique interdisciplinaire d'évaluation. Ils échangeraient plus avec leurs collègues d'autres domaines par rapport aux professionnels en exercice libéral, probablement plus isolés dans l'évaluation de la dysoralité.

Lorsque nous avons soumis les questionnaires aux professionnels de santé, la question A5 concernant les lieux d'exercice était formulée comme suit : « actuellement, vous exercez : en cabinet libéral, en institution ou à l'hôpital (plusieurs réponses possibles) ». Nous rendant compte que cette question n'était pas explicitement ciblée autour de la pratique concernant l'oralité, nous avons décidé de recontacter les professionnels ayant indiqué plusieurs lieux d'exercice en leur demandant de nous indiquer uniquement les lieux dans lesquels ils reçoivent actuellement des enfants de 12 à 36 mois avec une plainte alimentaire ou concernant des troubles associés. L'ensemble des professionnels contactés nous ont répondu, certains d'entre eux précisant qu'ils recevaient ces enfants dans un seul lieu uniquement. Ainsi, en questionnant de nouveau une partie de l'échantillon à ce sujet, nous avons rectifié un biais concernant cette question.

Nous avons donc divisé l'échantillon de professionnels en trois groupes selon les lieux d'exercice dans lesquels ils sont concernés par l'évaluation d'enfants de 12 à 36 mois dans le cadre d'une plainte relative à l'oralité alimentaire :

- groupe 1 : professionnels qui reçoivent ce type de patients uniquement en libéral
- groupe 2 : professionnels reçoivent ce type de patients exclusivement en structure institutionnelle (hospitalière et/ou non hospitalière)
- groupe 3 : professionnels qui reçoivent ce type de patients à la fois en libéral et en structure institutionnelle

Cette répartition nous permet de répondre de façon adaptée à la deuxième partie de l'hypothèse 4. Les lieux d'exercice dans lesquels les professionnels reçoivent de jeunes patients pour une plainte liée l'oralité alimentaire constitue donc notre deuxième critère d'inclusion. Ensuite, face à cette plainte, le professionnel interrogé choisit de réaliser ou non un bilan.

3. La réalisation ou non d'un bilan

Nous avons choisi de questionner des professionnels qui reçoivent dans leur pratique des enfants âgés de 12 à 36 mois avec la plainte « il présente des difficultés pour manger » ou avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires (signes associés). Notre population est donc constituée à la fois de professionnels qui réalisent un bilan face à ce type de plainte, ainsi que de professionnels qui reçoivent ces patients de 12 à 36 mois mais n'effectuent habituellement pas de bilan dans ce cadre et réorientent ainsi les patients vers un autre professionnel de la même ou d'une autre discipline.

Nous souhaitons prendre en compte les réponses de professionnels qui ne réalisent pas de bilan afin de comprendre les raisons de ce choix. Nous avons émis quelques suppositions à ce sujet. Entre autres, un professionnel peut ne pas se sentir suffisamment compétent dans le domaine de l'oralité, ou bien juger que l'oralité n'est pas du ressort de sa discipline. Nous pourrions ainsi rendre compte des disciplines qui sont réellement concernées par l'évaluation de ce type de plainte dans la pratique, ainsi que du pourcentage de professionnels, dans chaque discipline, qui s'estiment aptes à cette évaluation chez des enfants âgés de 12 à 36 mois. Nous avons également défini des critères concernant la population des enfants reçus par les professionnels à interroger.

4. La population des jeunes enfants visés par l'évaluation

4.1. La tranche d'âge des enfants : 12 à 36 mois

Plusieurs professionnels de santé interviennent dans l'évaluation et la prise en charge du trouble de l'oralité alimentaire chez le jeune enfant. A ce jour, il n'existe cependant pas de démarche évaluative globalisante autour d'une plainte concernant l'oralité alimentaire, qui prenne en compte à la fois les difficultés alimentaires et les manifestations corporelles et sensorielles pouvant être associées. Nous avons ainsi décidé, en réalisant une enquête auprès de différentes disciplines de santé, de mener une réflexion autour de l'interdisciplinarité concernant l'évaluation de jeunes patients souffrant de dysoralité. Nous avons donc ciblé une tranche d'âge qui puisse correspondre aux patients rencontrés dans la pratique concernant l'évaluation de ces troubles.

Premièrement, de nombreux mémoires d'orthophonie ayant déjà été réalisés au sujet des troubles de l'oralité alimentaire chez les nouveau-nés prématurés, nous souhaitons traiter de ces troubles à propos d'une population plus âgée.

Deuxièmement, nous voulions contacter un maximum de professionnels intervenant dans l'évaluation d'un trouble de l'oralité alimentaire. Nous avons ainsi choisi d'inclure tous les types d'exercices. Or, en dehors des services de néonatalogie, il semblerait que la majorité des professionnels intervenant dans le cadre d'une plainte liée à l'oralité alimentaire soient peu concernés par les nourrissons dans leurs pratiques. Nous avons ainsi ciblé une population d'enfants plus âgés.

Nous avons choisi de viser une population d'enfants de 12 mois minimum au regard des acquisitions attendues à cet âge d'un point de vue alimentaire. L'enfant commence à manger des aliments solides mous autour de 12 mois. Puis « au cours de la deuxième année, le stade oral de la cuillère est remplacé par la stratégie de mastication » (Thibault, 2007, p.47). Cette évolution est rendue possible grâce aux complexifications gnosiques et praxiques bucco-faciales de l'enfant. Une importante difficulté à introduire des aliments solides à 1 an est susceptible d'alerter les parents, et peut constituer un motif de consultation auprès d'un professionnel de santé.

De plus, l'acquisition de la marche à partir de 12 mois offre à l'enfant de nouvelles perspectives d'action sur le monde qui l'entoure : la tranche d'âge 12-36 mois correspond à une période d'explorations et d'évolutions motrices et sensorielles importantes. Au cours de cette période, l'enfant évolue notablement sur les plans psychomoteur, langagier

et alimentaire. Ainsi, vers 36 mois, il commence à acquérir une certaine autonomie dans ses activités quotidiennes. A 3 ans, l'enfant ayant affiné sa motricité commence à utiliser des ciseaux, pratique le coloriage et la pâte à modeler ; dans sa vie quotidienne, il se nourrit seul, commence à s'habiller et à réaliser des gestes d'hygiène simples (Vaivre-Douret, 2006). Sur le plan langagier, après l'apparition des premiers mots autour de 12 mois, l'enfant apprend progressivement à contrôler ses productions phonologiques. Vers 24 mois, il entre dans la morphosyntaxe en associant deux mots. A l'âge de 36 mois, le langage d'un enfant tout-venant est proche de celui d'un adulte, malgré l'utilisation de simplifications phonologiques.

Enfin, la dysoralité pouvant affecter l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant, une intervention précoce concernant ce trouble semble primordiale. Il paraît ainsi pertinent d'agir avant 36 mois, âge de l'entrée de l'enfant en école maternelle.

Il convient désormais de préciser la formulation que nous avons choisie concernant la plainte relative à l'oralité alimentaire.

4.2. La plainte concernant l'oralité alimentaire

Les professionnels interrogés reçoivent dans leur pratique des enfants âgés de 12 à 36 mois avec la plainte "il présente des difficultés pour manger", ou bien avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires. Par cette formulation, nous souhaitons que chaque professionnel susceptible de pouvoir répondre à notre questionnaire se sente concerné par notre sujet.

Tout d'abord, en employant la formulation : « il présente des difficultés pour manger », nous avons volontairement choisi de ne pas utiliser les termes « trouble de l'oralité » ou « dysoralité ». Selon Abadie (2004 b) la plainte formulée par les parents chez les enfants avant 3 ans concerne généralement des prises alimentaires jugées insuffisantes, des refus, ou des difficultés au niveau des fonctions orales de succion, déglutition ou mastication. En effet, l'enfant qui vient lors du premier rendez-vous n'a en général pas encore de trouble diagnostiqué ; les évaluations de différents professionnels permettent de déterminer s'il s'agit véritablement d'un trouble de l'oralité alimentaire. Dans ce cas, l'enfant présente des facultés alimentaires déficitaires par rapport à son âge, associées ou non à d'autres manifestations sensorielles ou corporelles. Par ailleurs, cette formulation de la plainte permet d'inclure tous les enfants pour qui le diagnostic de dysoralité est déjà posé lors de la première consultation, dans le cas d'une pathologie organique déjà prise en charge, ou d'une situation de nutrition artificielle par exemple.

D'un point de vue méthodologique, nous avons dans un premier temps soumis des pré-questionnaires à 3 professionnels de chaque discipline, pour les tester. Dans le courrier d'information sur la recherche, nous évoquions uniquement la plainte alimentaire sans aborder la notion de « signes associés ». En lisant ce courrier, plusieurs professionnels psychomotriciens et ergothérapeutes sollicités pour tester les pré-questionnaires ont répondu qu'ils n'intervenaient jamais dans le cadre d'une plainte spécifiquement alimentaire, leur rôle étant d'évaluer des composantes associées à cette plainte, liées au corps, principalement dans sa dimension sensorielle. Nous avons donc finalement décidé d'introduire l'expression « signes associés » dans l'explication de notre recherche. Ces

signes associés, comme nous le précisons dans la théorie, correspondent à toutes les manifestations corporelles et sensorielles susceptibles d'accompagner un trouble alimentaire. Par ailleurs, nous avons reformulé le critère de participation au questionnaire lié à la plainte de la façon suivante : « vous recevez dans votre pratique des enfants âgés de 12 à 36 mois avec la plainte "il présente des difficultés pour manger", OU avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires ». Ces nouvelles formulations ont ouvert la participation à des professionnels psychomotriciens et ergothérapeutes qui évaluent les réponses corporelles et sensorielles potentiellement associées aux difficultés alimentaires.

A partir de tous ces éléments, nous avons donc choisi d'interroger un ensemble de professionnels orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes et psychologues exerçant dans divers milieux, dans le but de mener une réflexion sur la complémentarité de leurs approches évaluatives, concernant des enfants de 12 à 36 mois adressés avec la plainte : « il a des difficultés pour manger », ou pour une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires (signes associés). Pour consulter ces professionnels nous avons donc élaboré des questionnaires.

II. Le matériel

1. Le contenu des questionnaires

Grâce aux questionnaires informatisés (Annexe VII), nous souhaitons offrir un état des lieux des évaluations proposées actuellement par les orthophonistes concernant une plainte liée à l'oralité alimentaire, en comparaison avec celles réalisées par les autres professionnels de santé interrogés. Nous cherchons d'une part à identifier les différences et les points communs qui existent parmi ces évaluations, afin dans un second temps de récolter les informations nécessaires à la mise en place d'une réflexion au sujet de la manière de créer des liens entre les professionnels des différentes disciplines dans le cadre de cette évaluation.

1.1. Le profil général de l'échantillon

Afin d'obtenir une vision d'ensemble de l'échantillon des professionnels interrogés, nous avons récolté auprès de chaque participant des informations concernant la ville d'exercice (A.4), l'année d'obtention du diplôme (A.7) ainsi que le lieu de formation initiale (A.6). Nous avons également cherché à savoir si le participant a réalisé une formation complémentaire sur l'oralité (A.8). Nous nous sommes ensuite renseignées sur le(s) lieu(x) d'exercice où le professionnel reçoit des enfants concernant une plainte liée à l'oralité alimentaire. Nous avons en outre questionné les professionnels réalisant un bilan sur le type de pathologies rencontrées, afin de cerner la population des enfants de 12 à 36 mois évalués dans le cadre de cette plainte (B2). Enfin, des questions concernant les conditions générales de bilan (D) nous ont permis de connaître le lieu dans lequel se déroule habituellement l'évaluation, le temps et le nombre de séances consacrés au bilan en moyenne ainsi que les situations qui sont généralement proposées pour recueillir les diverses observations nécessaires à l'établissement du diagnostic.

1.2. La réalisation ou non d'un bilan par le professionnel

Tout d'abord, la question A.10 nous permet d'évaluer la proportion de professionnels qui réalisent habituellement un bilan face à une plainte liée à l'oralité alimentaire chez des enfants âgés de 12 à 36 mois, par rapport à l'ensemble des professionnels qui reçoivent ce type de patients dans leur pratique. Nous cherchons ainsi à rendre compte des disciplines réellement concernées par l'évaluation de ce type de plainte dans la pratique.

Concernant les participants qui réorientent systématiquement le patient vers un autre professionnel, nous leur demandons à quel(s) collègue(s) ils font appel (A.11). Nous cherchons également à comprendre les raisons de ce choix. Des suppositions émises à ce sujet nous permettent de proposer plusieurs choix de réponses dans la question A.12. Ainsi, le refus d'évaluer le patient peut être dû au fait de ne pas se sentir suffisamment compétent dans le domaine de l'oralité ; le professionnel peut également juger que l'oralité n'est pas du ressort de sa discipline ; enfin la tranche d'âge 12-36 mois peut constituer un frein pour l'évaluation.

1.3. Les outils d'évaluation utilisés par les différents professionnels

Nous nous sommes demandé si les orthophonistes utilisent des outils spécifiques par rapport à ceux employés par les professionnels des autres disciplines pour l'évaluation. Nous avons supposé que les orthophonistes utiliseraient prioritairement des outils d'évaluation centrés sur la sphère oro-faciale, contrairement aux professionnels des autres disciplines qui utiliseraient des outils axés sur d'autres aspects de l'oralité alimentaire.

La rubrique « F. Evaluation » des questionnaires s'intéresse aux outils standardisés utilisés par les différents professionnels interrogés pour l'évaluation d'une ou plusieurs composantes de la dysoralité. Afin de respecter les champs de compétences de chaque profession de santé, cette rubrique n'est pas identique d'un questionnaire à l'autre : l'ordre de présentation des outils est différent selon les disciplines. Il s'agit de la seule rubrique qui diffère selon les questionnaires. En fonction de la profession interrogée, nous avons proposé en priorité le nom de certains outils. Comme l'illustre le tableau en Annexe II, nous avons réparti les outils dans chaque discipline, à partir des recommandations des auteurs ou, le cas échéant, en fonction de la nature des items proposés, en lien avec les champs de compétences de chacun. Pour chaque outil cité en première position (dans la question F1), nous demandons au professionnel quelle(s) partie(s) il utilise. Le professionnel a également la possibilité de préciser s'il utilise un autre outil que ceux proposés. S'il s'agit d'un outil « maison », nous lui proposons également de nous indiquer les items qui le constituent. Par ailleurs, il nous a paru intéressant d'interroger les participants sur d'autres outils d'évaluation que ceux sur lesquels nous les questionnons en détail (F1). Nous avons donc proposé des outils dans la question F2 qui ne nous semblaient pas leur être directement adressés, c'est-à-dire n'appartenant pas a priori à leur domaine de compétences. De cette manière, nous pourrions vérifier si chaque profession interrogée ne filtre dans son évaluation qu'un aspect de la dysoralité en fonction des compétences spécifiques qui lui incombent.

1.4. Les informations recherchées dans l'anamnèse

Afin de comparer les évaluations pratiquées par les orthophonistes à celles réalisées dans les autres disciplines, nous nous sommes également intéressées aux types d'informations recherchées lors de l'anamnèse. Compte tenu des compétences partagées entre les différentes disciplines de santé interrogées, nous avons supposé que des informations communes seraient recherchées dans l'anamnèse. Ainsi nous proposons, dans la rubrique « E. Anamnèse », six questions relatives aux thèmes suivants : les antécédents médicaux de l'enfant, le développement global de l'enfant, le développement du langage, le développement psychomoteur, l'alimentation et les situations de repas. Pour chaque thème (ou rubrique), le participant a eu la possibilité de cocher la ou les information(s) qu'il a l'habitude de rechercher lors de l'entretien d'anamnèse. Le répondant pouvait également rajouter une réponse dans le champ « autres » ou choisir de ne cocher aucune réponse, s'il ne recherche généralement dans son anamnèse aucun élément relatif au thème de la question. Les questions sont formulées comme suit : « si vous cherchez à obtenir des informations concernant..., cochez celles que vous recherchez habituellement ». Ces questions nous permettent ainsi de rendre compte des points communs qui existent parmi les différentes anamnèses, en comparant les thèmes qui sont investigués par les professionnels des différentes disciplines ainsi que les informations recherchées dans chaque thème.

1.5. Les échanges interdisciplinaires

Nous nous sommes ensuite demandé si les orthophonistes réalisant eux-mêmes une évaluation échangeaient, avec des collègues d'autres domaines pour évaluer des troubles liés à l'oralité alimentaire (questions G6, G7). Les questions A.13 et A.14 nous permettent en outre d'identifier s'il existe de la part des orthophonistes des demandes de bilan auprès d'autres professionnels afin de compléter l'évaluation. En mettant en lien ces réponses avec les différents modes d'exercice des orthophonistes, nous cherchons enfin à observer si les échanges sont plus marqués en institution ou dans le cadre d'une pratique mixte par rapport à un exercice libéral exclusif.

1.6. La demande pour un outil interdisciplinaire d'évaluation

Enfin, nous nous sommes interrogées sur l'existence d'une demande, de la part des participants de chaque discipline, pour un outil interdisciplinaire permettant de favoriser les échanges entre les différents professionnels lors de l'évaluation des troubles liés à l'oralité alimentaire (G8). La question G9 permet en outre de préciser cette demande, en interrogeant les professionnels sur ce que pourrait apporter un tel outil d'évaluation.

A partir des thèmes que nous souhaitions aborder dans les questionnaires, nous avons réfléchi à la manière de présenter nos questions, dans l'objectif de répondre au mieux à la problématique ainsi qu'aux hypothèses posées.

2. Les types de questions

Nous avons choisi de poser majoritairement des questions fermées ou semi-fermées. Dans ce type de questions, les choix de réponses sont imposés au participant, préétablis à partir des prédictions du testeur. Le dépouillement statistique est ainsi simplifié et les réponses induites permettent de cibler les informations que nous souhaitons recueillir. Les questions semi-fermées laissent néanmoins au participant la possibilité de choisir un item « autres » avec un champ libre. Nous avons proposé à la fois des questions à réponses multiples et à réponse unique, en fonction du type d'informations que nous voulions obtenir. Parmi les questions à réponse unique, l'utilisation d'échelles nous a permis de mettre en évidence des nuances sur la base de critères de fréquence ou d'évaluation.

Nous avons par ailleurs veillé à limiter le plus possible le nombre de questions ouvertes, qui laissent place à la libre expression du répondant, afin d'éviter les absentions et pour faciliter l'analyse du contenu. Nous avons employé ce type de questions concernant les données sur l'identité du répondant, ainsi que pour la question B2 qui interroge le professionnel sur les pathologies des patients évalués. En effet, les termes employés pour désigner les maladies diffèrent d'un professionnel à l'autre selon ses connaissances : nous avons donc laissé un champ libre afin de pouvoir traiter par la suite les réponses de manière qualitative, à partir de regroupements.

3. Les formulations des questions

Nous avons prêté attention à la formulation des questions afin de faciliter le remplissage et de recueillir des réponses adaptées de la part des participants. Tout d'abord, nous avons veillé autant que possible à ne pas utiliser de tournures orientées, pouvant influencer les réponses du participant. Ensuite, nous avons souhaité guider au mieux le professionnel dans ses réponses. Ainsi, nous avons, d'une part, pris le soin de repréciser à plusieurs reprises le cadre de l'interrogatoire : « vous recevez un enfant âgé de 12 à 36 mois avec la plainte « il a des difficultés pour manger » ou avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires ». D'autre part, pour quelques questions, le professionnel pouvait interroger une « Aide » dans le questionnaire informatisé. Cette « Aide » donnait des précisions sur les termes employés dans la question, ou sur le type de réponses attendues, notamment pour la question ouverte B2 interrogeant le professionnel sur les pathologies de la population d'enfants évalués. Enfin, les cinq questionnaires adressés aux professionnels des différentes disciplines proposent les mêmes questions, formulées à l'identique, ce qui crée un matériel standardisé. Seule la partie « Evaluation » diffère quelque peu : les questions restent les mêmes mais nous proposons les outils dans un ordre différent. De cette manière, tout en respectant le champ de compétences de chaque profession, nous souhaitons mettre en évidence des constantes et des variables parmi les démarches d'évaluation des différentes disciplines.

4. La présentation du questionnaire

Dans les cinq questionnaires, nous avons regroupé les questions par thèmes dans différentes rubriques : A. Le profil du professionnel ; B. La population évaluée ; C. Les hypothèses à partir de la plainte ; D. Le contexte d'évaluation de l'oralité alimentaire et

de ses signes associés ; E. L'anamnèse ; F. L'évaluation ; G. Questions diverses. L'organisation en rubriques offre une présentation claire aux répondants, dans le but de faciliter le remplissage. Pour les questions concernant le bilan à proprement parler, nous avons veillé à respecter l'ordre correspondant au déroulement classique d'évaluation, en commençant par la plainte et en terminant par les outils utilisés. Dans l'en-tête des questionnaires, étaient rappelés aux participants l'organisme de référence, le thème de l'enquête, les auteurs et les personnes encadrant le mémoire.

III. La procédure

1. Le choix du matériel utilisé

Nous avons choisi d'interroger la population de professionnels au moyen de questionnaires afin d'obtenir des informations précises auprès des participants, en ciblant les questions et les propositions de réponses. En outre, nous avons besoin d'un matériel standardisé d'évaluation qui nous permette de croiser facilement les réponses entre les différents participants et les différentes professions. Ensuite, le questionnaire pouvait être facilement diffusé à un grand nombre de professionnels dans toute la France, ainsi qu'en Suisse et en Belgique. Enfin, notre population étant exclusivement constituée de professionnels, nous souhaitons proposer un outil avec des contraintes de passation limitées pour le participant. Le questionnaire se remplit de manière autonome, ce qui permet au professionnel de choisir le moment et le lieu de remplissage qui lui conviennent le mieux. Compte tenu du grand nombre de professionnels à interroger, nous souhaitons diffuser les questionnaires via internet au moyen d'un outil d'enquête en ligne. Après de nombreux essais concernant différents outils, nous avons finalement décidé d'utiliser « Soorvey » (<http://soorvey.com/fr/>), un outil de sondage en ligne gratuit dont le mode de recueil de données s'effectue directement sur tableur.

2. L'état des lieux de la littérature

Dans un premier temps, nous nous sommes interrogées sur les différentes démarches d'évaluation pouvant être actuellement proposées par les professionnels de santé concernés par une plainte relative à l'oralité alimentaire. Un premier recueil des données de la littérature nous a permis d'une part de mieux cibler les différentes disciplines concernées par cette évaluation ainsi que les rôles attribués à chaque profession, et d'autre part de nous informer sur les démarches d'évaluations préconisées, sur l'approche interdisciplinaire ainsi que sur les outils d'évaluation utilisés en orthophonie.

Nous nous sommes ensuite entretenues auprès de nos maîtres de mémoire et des professionnels référents de chaque discipline, afin de les interroger sur leurs propres pratiques d'évaluation chez le jeune enfant. Nous avons ainsi été aiguillées sur les démarches d'évaluation des différentes professions, leurs spécificités, les courants théoriques de référence et les outils utilisés dans chaque discipline. Les professionnels nous ont également conseillé de nouvelles lectures. Par ailleurs, ces échanges nous ont orientées sur la nécessité de respecter les champs de compétences de chaque discipline, d'une part dans les questionnaires mais surtout concernant nos réflexions sur la construction d'un outil d'évaluation interdisciplinaire. A l'issue de cette première phase

« exploratoire », nous avons pu approfondir nos recherches, puis débiter la construction des questionnaires.

3. La pré-enquête

Des pré-questionnaires ont tout d'abord été testés par un petit échantillon de trois professionnels par discipline, avec un premier courrier explicatif sur la recherche. Cette pré-enquête avait pour buts d'apprécier la qualité de nos questionnaires, tant sur la forme que sur le contenu, ainsi que d'estimer le temps nécessaire pour y répondre. Les répondants nous ont fait part de leurs commentaires et suggestions notamment à propos de la clarté du vocabulaire et de la compréhensibilité des questions. Quelques ambiguïtés ayant été relevées par les participants, nous avons reformulé certaines questions ainsi que les explications du courrier d'information sur la recherche. Les questionnaires finalisés ont pu être adressés à l'échantillon définitif de professionnels.

4. La diffusion des questionnaires

Un courrier explicatif de notre démarche a été adressé aux destinataires par voie électronique. Un exemplaire est disponible en Annexe III. Ce courrier précisait le thème et les raisons de l'enquête ainsi que les critères de participation aux questionnaires. Les personnes concernées par notre enquête pouvaient accéder directement au questionnaire en ligne à partir d'un lien hypertexte. Pendant environ cinq mois, nous avons contacté de nombreux professionnels, associations et institutions, en effectuant des relances régulières, afin de constituer notre recueil de données. Nous avons envoyé notre courrier à environ 300 adresses en ciblant particulièrement des professionnels et des structures susceptibles de recevoir de très jeunes enfants et une population pouvant être concernée par des troubles de l'oralité alimentaire. Nous avons incité les professionnels, dans nos relances, à faire appel à leurs réseaux de professionnels pour élargir notre diffusion à un maximum de destinataires. Nous avons tenté de contacter un maximum de professionnels susceptibles de recevoir dans leur pratique des enfants de 12 à 36 mois présentant une plainte en lien avec l'oralité alimentaire, afin de savoir s'ils réalisaient eux-mêmes un bilan ou s'ils réorientaient le patient vers un autre professionnel face à ce type de plainte.

IV. Conclusion de la partie expérimentale

Finalement, comme nous l'avons évoqué précédemment, nous avons recueilli les réponses de 100 orthophonistes, 26 psychomotriciens, 10 ergothérapeutes, 11 psychologues et 23 kinésithérapeutes, tous correspondant aux critères d'inclusion définis. Par l'analyse de l'ensemble des résultats obtenus à travers les questionnaires, nous souhaitons offrir un état des lieux des évaluations proposées actuellement par les orthophonistes concernant l'évaluation d'une plainte liée à l'oralité alimentaire, en comparaison avec celles réalisées par les autres professionnels de santé interrogés. Cette analyse nous permettra dans un premier temps d'identifier les différences et les points communs qui existent parmi ces évaluations, afin dans un second temps de récolter les informations nécessaires à la mise en place d'une réflexion au sujet de la manière de créer des liens entre les professionnels des différentes disciplines dans le cadre de cette évaluation.

Chapitre IV

PRESENTATION DES RESULTATS

Afin de répondre à la problématique, nous allons présenter les résultats correspondant aux réponses des professionnels ayant participé aux questionnaires. Malgré une douzaine de relances réalisées de manière régulière auprès de 300 professionnels pour les encourager à répondre aux questionnaires et les inciter à solliciter leurs réseaux de collègues, les effectifs de certaines disciplines restent très faibles. Excepté pour les données relatives à la première hypothèse, les résultats exposés concerneront uniquement les professionnels ayant répondu qu'ils réalisaient habituellement une évaluation dans le cadre d'une plainte liée à l'oralité alimentaire. Ainsi, les différents effectifs des ergothérapeutes, psychologues et kinésithérapeutes concernant ces données étant particulièrement réduits (moins de 10 professionnels), nous nous trouvons dans l'impossibilité de comparer leurs résultats avec ceux des orthophonistes. Cependant, nous avons tenu à faire apparaître quelques résultats correspondant à leurs réponses car nous pensons qu'ils offriront un aperçu intéressant de l'état actuel de l'ensemble des évaluations. Ainsi, compte-tenu des différences importantes d'effectifs, nous détaillerons particulièrement l'analyse concernant les données relatives aux orthophonistes et aux psychomotriciens. Les résultats des autres professionnels seront exposés à titre indicatif et ne pourront être analysés dans le but de répondre aux hypothèses posées.

Dans un premier temps, il convient de présenter la population des professionnels qui constituent notre échantillon de participants. Ensuite nous exposerons les résultats obtenus à travers les questionnaires, nous permettant de vérifier les hypothèses. Nous avons tout d'abord supposé que la majorité des professionnels de chaque discipline réalisent une évaluation concernant une plainte relative à l'oralité alimentaire. Ensuite nous prédisons que les orthophonistes, se focalisant sur l'examen de la sphère oro-faciale, utilisent des outils d'évaluation différents des autres professionnels interrogés. Nous nous attendons cependant à relever des points communs parmi les anamnèses des différentes professions. Enfin, nous nous questionnons sur la présence d'échanges entre les différentes disciplines pour l'évaluation ainsi que sur l'existence d'une demande pour un outil d'évaluation interdisciplinaire. Les résultats seront présentés sous forme de données descriptives ; pour certains résultats nous avons pu appliquer un test du χ^2 (X^2).

I. Le profil des professionnels de l'échantillon

1. Le profil général de l'échantillon

Notre échantillon est constitué de 170 professionnels de santé, dont 100 orthophonistes, 26 psychomotriciens, 23 kinésithérapeutes, 11 psychologues et 10 ergothérapeutes. Ces professionnels, diplômés entre 1974 et 2012, exercent dans diverses villes de France, ainsi qu'en Belgique et en Suisse pour un très petit nombre. Environ 37% reçoivent des enfants de 12 à 36 mois exclusivement en libéral, près de 43% uniquement en institution (hôpital ou institut) et 20% en exercice mixte, c'est-à-dire à la fois en libéral et en institution. 60% des professionnels interrogés ont suivi une ou plusieurs formation(s) complémentaire(s) sur l'oralité. Il s'agit de 78% des orthophonistes, 34.6% des psychomotriciens et 30.4% des kinésithérapeutes interrogés. L'échantillon comprend à la fois des professionnels réalisant généralement un bilan face à une plainte concernant l'oralité alimentaire chez des enfants de 12 à 36 mois, et des professionnels qui n'effectuent habituellement pas de bilan dans ce cadre et qui réorientent ainsi les patients.

2. La population des enfants évalués par les professionnels de l'échantillon

Nous avons questionné les professionnels réalisant un bilan sur le type de pathologies rencontrées, afin d'obtenir une vision d'ensemble de la population des enfants de 12 à 36 mois évalués dans le cadre d'une plainte liée à l'oralité alimentaire. Les pathologies évoquées sont présentées ci-dessous, en Figure 1.

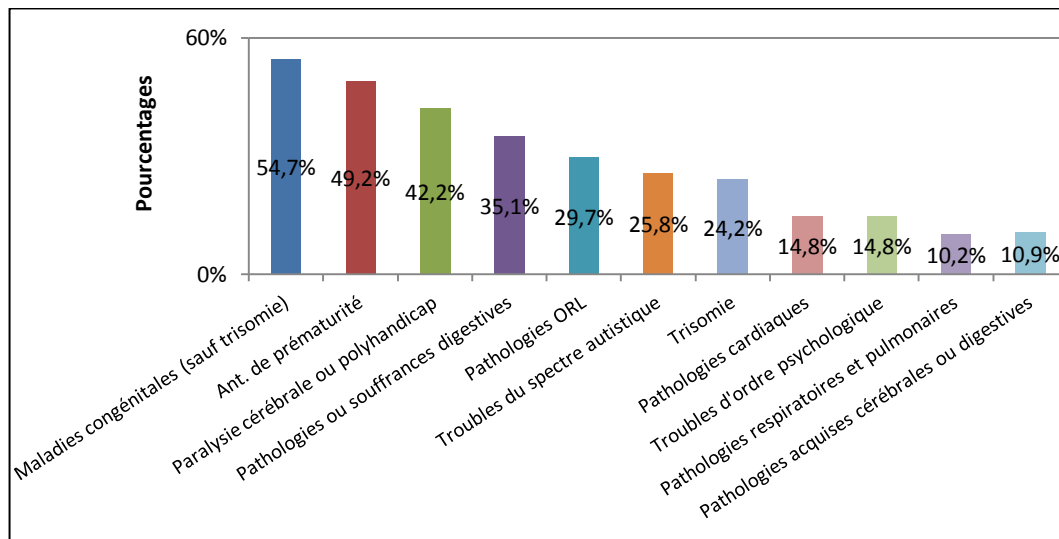


Figure 1. Profil de la majorité des patients de 12 à 36 mois reçus par les professionnels interrogés et adressés avec une plainte relative à l'oralité alimentaire

D'autres troubles sont mentionnés par les professionnels tels que des syndromes de dysoralité sensorielle, l'hypernauséux, des troubles de la sensibilité orale ou tactile, des troubles épileptiques, des maladies non identifiées ou encore des retards d'apparition du langage ou psychomoteurs. Il est important de préciser que différents troubles ou pathologies peuvent se retrouver chez un même enfant. Selon 57% de l'ensemble des professionnels interrogés qui réalisent un bilan, ces enfants sont la plupart du temps orientés chez eux sur les conseils du pédiatre ou du médecin traitant.

3. Les conditions générales de passation du bilan par les professionnels de l'échantillon

Le bilan est le plus souvent réalisé sur le lieu de travail du professionnel et non au domicile du patient selon 89% des professionnels interrogés. La majorité des orthophonistes et des psychomotriciens, réalisent l'évaluation en une à deux heures, réparties sur deux ou trois séances.

Lors de l'évaluation, la majorité des professionnels de chaque discipline interrogée réalisent un entretien auprès des parents dans le cadre d'une plainte liée à l'oralité alimentaire. Plus précisément, il est proposé par 96.7% des orthophonistes ainsi que par 82.2% des psychomotriciens. Une prise alimentaire de type encas proposé à l'enfant est réalisée par 85.9% d'orthophonistes et 58.8% de psychomotriciens interrogés. Cependant,

il apparaît que la plupart des psychomotriciens proposent un jeu semi-dirigé (76.5%), contre seulement 43.5% des orthophonistes.

II. La réalisation d'un bilan chez la majorité des orthophonistes et des psychomotriciens interrogés

Nous avons prédit que, pour chaque discipline, la majorité des professionnels interrogés recevant dans leur pratique des enfants âgés de 12 à 36 mois avec une plainte liée à l'oralité alimentaire, réaliseraient habituellement eux-mêmes une évaluation auprès de ces patients sans avoir besoin de les réorienter vers un autre professionnel de la même ou d'une autre discipline. Voici en Figure 2 les résultats obtenus aux questionnaires :

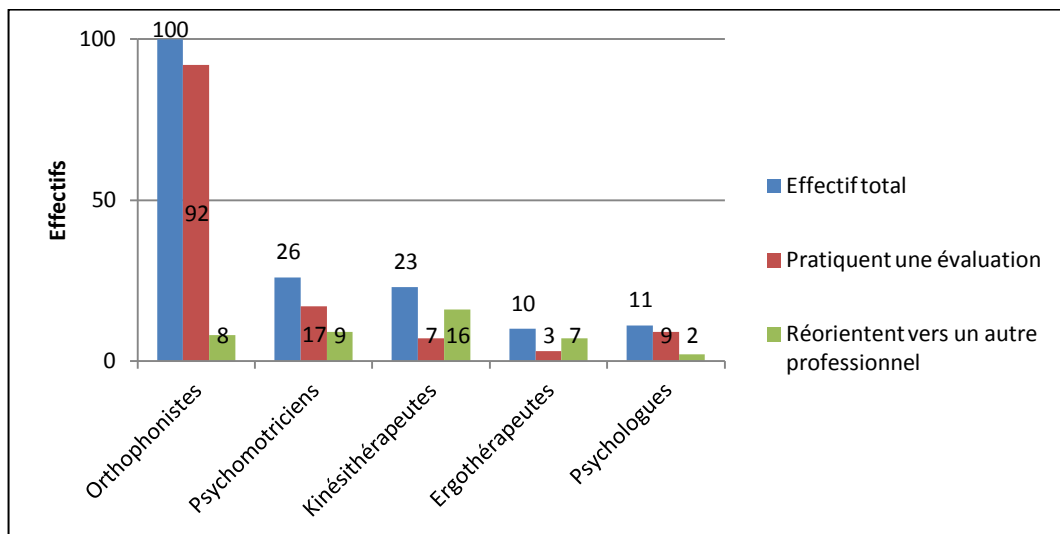


Figure 2. Répartition des effectifs des professionnels selon s'ils pratiquent eux-mêmes une évaluation ou s'ils réorientent le patient

Les très petits effectifs des psychologues et des ergothérapeutes interrogés rendent leur interprétation et leur mise en relation avec les autres professionnels impossibles. Nous répondons donc à l'hypothèse posée uniquement à partir des données concernant les orthophonistes, les psychomotriciens et les kinésithérapeutes.

Nous concluons que l'évaluation d'une plainte relative à l'oralité alimentaire chez des enfants de 12 à 36 mois n'est pas pratiquée par la majorité des professionnels interrogés de chaque discipline. L'hypothèse n°1 n'est donc pas validée. La majorité des orthophonistes (92%) et des psychomotriciens (65%) interrogés réalisent un bilan dans le cadre de cette plainte ; or ce n'est pas le cas des kinésithérapeutes interrogés, qui réorientent, pour la plupart (70%), systématiquement le patient vers un autre professionnel.

Les orthophonistes ayant répondu qu'ils réorientent systématiquement le patient face à cette plainte, soit 8%, ont précisé qu'ils ne s'estiment pas suffisamment compétents dans le domaine de l'oralité alimentaire. C'est également le cas de la majorité des psychomotriciens (7/9) et des kinésithérapeutes (12/16) ne pratiquant pas d'évaluation.

Les autres psychomotriciens (2/9) et kinésithérapeutes (2/16) ne réalisant pas d'évaluation estiment que la plainte ne justifie pas un bilan psychomoteur ou en kinésithérapie.

Il convient désormais de s'intéresser aux pratiques évaluatives des professionnels ayant répondu qu'ils réalisent habituellement une évaluation lorsqu'ils reçoivent des enfants de 12 à 36 mois dans le cadre d'une plainte liée à l'oralité alimentaire.

III. Des outils d'évaluation spécifiques aux orthophonistes

Tout d'abord, nous avons supposé que, compte tenu de leurs compétences spécifiques, les orthophonistes utiliseraient prioritairement des outils centrés sur la sphère oro-faciale contrairement aux autres professionnels. Pour chaque questionnaire, le participant a eu le choix entre les noms de plusieurs outils standardisés d'évaluation proposés. Pour les outils proposés en première intention, c'est-à-dire correspondant au champ de compétences du professionnel interrogé, il était demandé de préciser la ou les partie(s) utilisée(s). Enfin, chaque professionnel a eu la possibilité de préciser s'il utilisait d'autres outils que ceux proposés, ou bien un outil « fabriqué maison » pour l'évaluation des troubles de l'oralité alimentaire.

1. L'utilisation par les orthophonistes d'outils standardisés spécifiques

Tout d'abord, les outils standardisés utilisés prioritairement par les orthophonistes sont différents de ceux employés par les psychomotriciens. Concernant les références des outils cités ci-dessous, vous pouvez vous reporter au tableau présenté en Annexe II.

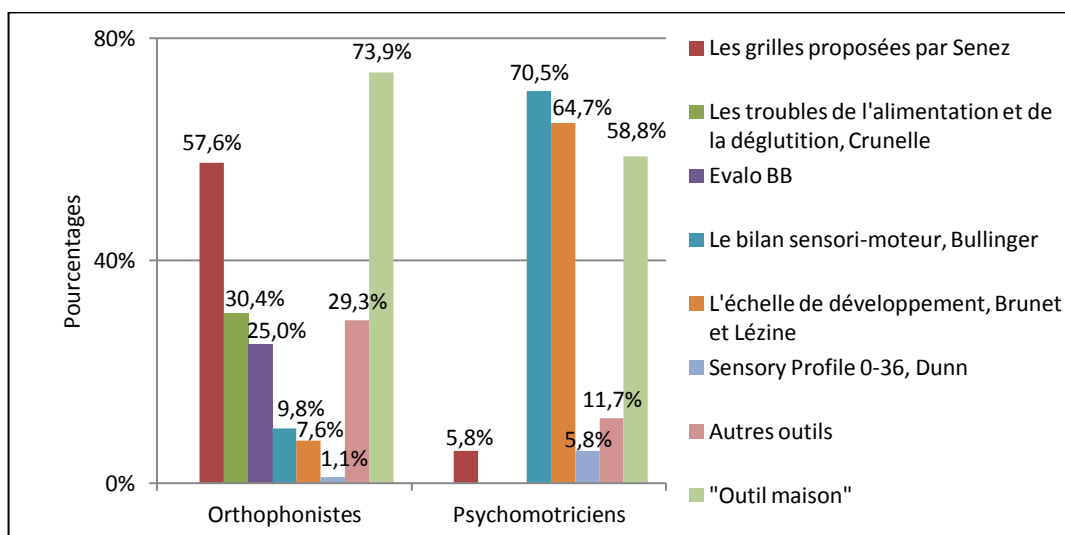


Figure 3. Outils standardisés utilisés par les orthophonistes et les psychomotriciens

Les orthophonistes emploient trois outils principaux pour évaluer des troubles liés à l'oralité alimentaire : il s'agit des grilles proposées par Senez (57.6%), des *Troubles de l'alimentation et de la déglutition* de Crunelle (30.4%) et de la batterie *Evalo BB* (25%). Ces outils contiennent des rubriques ciblées sur l'observation de la sphère bucco-faciale de l'enfant. Les grilles d'évaluation de Senez sont choisies par seulement 5.8% des psychomotriciens interrogés. Les outils standardisés les plus utilisés par les

psychomotriciens sont *Le bilan sensori-moteur* de Bullinger à 70.5% ainsi que *L'échelle de développement psychomoteur* de Brunet et Lézine à 64.7% ; alors qu'un plus petit nombre d'orthophonistes les utilisent (9.8% pour le *Bilan sensori-moteur* et 7.6% pour *L'échelle de développement psychomoteur*). En outre, les échelles du *Sensory Profile 0-36* de Dunn sont employées dans de faibles proportions, tant chez les orthophonistes (1.1%) que chez les psychomotriciens (5.8%).

Parmi les autres outils cités par les orthophonistes, deux sont mentionnés à plusieurs reprises : *Dialogoris* (2006) d'Antheunis, Ercolani-Bertrand et Roy (7.6%), et *L'accompagnement parental à la carte* (2004) de Barbier (5.43%). Parmi les réponses « autres » des psychomotriciens, l'outil créé par Vaivre-Douret, *Développement fonctionnel moteur de 0 à 48 mois* (1999), est cité par 11.7% des professionnels. Une brève présentation des ces trois outils peut-être consultée en Annexe IV.

Nous notons enfin l'utilisation prédominante d'un outil « maison » tant chez les orthophonistes (73.9%) que chez les psychomotriciens (58.8%) interrogés. Nous en détaillerons l'analyse plus bas.

Afin de vérifier notre hypothèse, il convient de préciser les aspects de l'oralité qui sont les plus observés d'une part par les orthophonistes et d'autre part par les psychomotriciens à partir des outils les plus utilisés dans chacune de ces disciplines. Le tableau II permet d'exposer les aspects qui sont explorés par au moins 50% des professionnels utilisateurs pour chaque profession. Les données statistiques exactes correspondant à chaque élément observé et cité ci-dessous sont détaillées dans les Annexes V et VI.

Tableau II. Eléments observés par les orthophonistes et les psychomotriciens au moyen des outils standardisés

Eléments observés en majorité par les orthophonistes (<i>Crunelle, Senez, Evalo BB</i>)	Eléments observés en majorité par les psychomotriciens (<i>Bullinger, Brunet-Lézine</i>)
- l'examen des structures anatomiques oro-faciales hors repas - les réflexes oraux - la réalisation de praxies et de la motricité orale hors alimentation - les capacités et possibilités d'alimentation - la déglutition salivaire - la présence ou non d'un reflux gastro-oesophagien - la recherche d'un hypernauséux - la sensorialité : réactions à la lumière, aux bruits et voix	- les modalités tactile et visuelle - la mise en forme du corps, les aspects moteur et postural - les activités praxiques, - la coordination motrice - la socialisation - le développement du langage

Ainsi, le choix des rubriques à l'intérieur même des outils standardisés confirme le fait que les orthophonistes et les psychomotriciens ne s'intéressent pas aux mêmes aspects de l'oralité alimentaire dans leurs évaluations. Même si nous relevons un point commun entre ces professionnels concernant l'évaluation de la sensorialité, les orthophonistes semblent cibler leur observations sur les dimensions anatomiques et fonctionnelles de la zone oro-faciale, contrairement aux psychomotriciens qui portent davantage leur regard sur l'ensemble du corps de l'enfant dans ses aspects postural, moteur et praxique ainsi que sur le développement global du langage et de la socialisation.

La taille réduite des effectifs des kinésithérapeutes, des psychologues et des ergothérapeutes ne nous permet pas de constater la prédominance d'utilisation de certains outils chez ces professionnels. Nous exposons tout de même leurs résultats à titre indicatif.

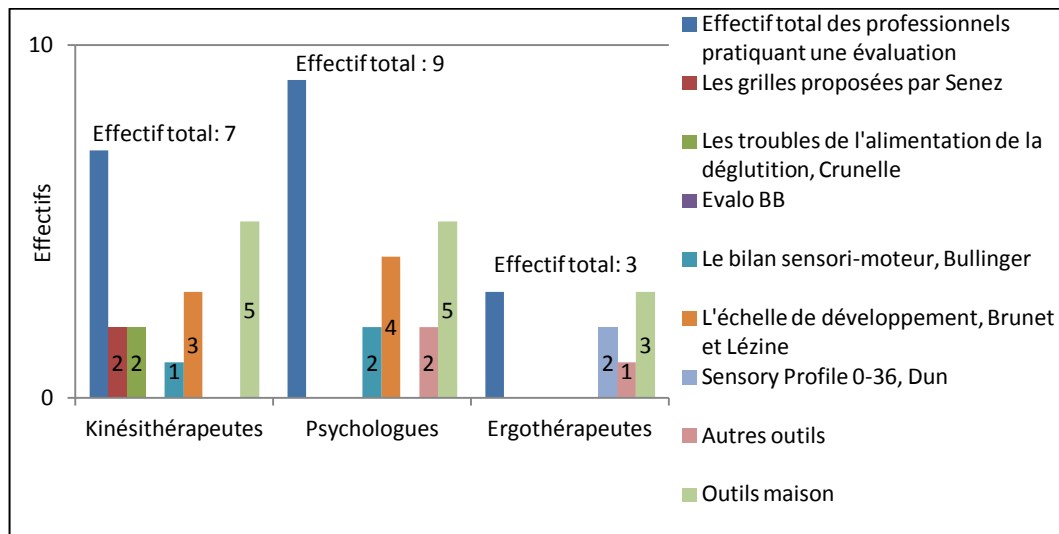


Figure 4. Outils standardisés utilisés par les kinésithérapeutes, psychologues et ergothérapeutes

Nous observons que la batterie *Evalo BB*, choisie par 25% des orthophonistes, n'apparaît dans les réponses d'aucun de ces professionnels interrogés. De même, les grilles de Senez ainsi que *Les troubles de l'alimentation et de la déglutition* de Crunelle, outils principalement centrés sur la sphère orale, ne sont choisis que par un très petit nombre de kinésithérapeutes. Par ailleurs, *L'échelle de développement psychomoteur* de Brunet et Lézine ressort de manière marquée à la fois chez les kinésithérapeutes et les psychologues. Cet outil permet de réaliser des profils généraux de développement de l'enfant sur les plans postural, de la coordination, du langage et de la socialisation. Nous observons enfin que ces professionnels utilisent aussi en majorité un outil « maison ».

2. Les orthophonistes élargissent leur champ d'observations au moyen d'outils « maison »

Afin de répondre à l'hypothèse, nous nous sommes intéressées, en plus des outils standardisés, aux éléments observés lors de l'évaluation à travers les outils « maison ». La majorité des orthophonistes interrogés (73.9%) utilisent un outil « fabriqué maison » pour évaluer une plainte liée à l'oralité alimentaire chez un enfant entre 12 et 36 mois.

Les effectifs des autres professionnels utilisant un outil « maison » étant trop réduits, y compris celui des psychomotriciens, il paraît difficile d'analyser les types d'éléments observés par la majorité de ces professionnels. Cependant, nous constatons que seuls deux items sont choisis en majorité à la fois par les orthophonistes et par les professionnels de chaque autre discipline : les praxies oro-faciales hors-repas et le traitement de l'information sensorielle tactile au niveau corporel. Concernant les orthophonistes, nous comparons les items constituant les outils « maison » avec les éléments observés au moyen des outils standardisés.

Tableau III. Eléments observés par les orthophonistes au moyen des outils standardisés et des outils « maison »

Eléments observés en majorité par les orthophonistes au moyen des outils standardisés (<i>Crunelle, Senez, Evalo BB</i>)	Eléments observés en majorité par les orthophonistes au moyen des outils « maison »
- l'examen des structures anatomiques oro-faciales hors repas - les réflexes oraux - la réalisation de praxies et de la motricité orale hors alimentation - les capacités et possibilités d'alimentation - la déglutition salivaire - la présence ou non d'un reflux gastro-oesophagien - la recherche d'un hypernauséux - la sensorialité : réactions à la lumière, aux bruits et voix	- les praxies oro-faciales hors repas (83.5%) - les fonctions orales lors de la prise alimentaire, déglutition et mastication (82.3%) - le langage (79.4%) - les réflexes oraux (75 %) - la déglutition salivaire hors repas (75%) - l'anatomie, la morphologie de la zone oro-faciale (73.5%) - la respiration, ventilation (72%) - la motricité globale (66.1%) - la présence d'un reflux gastro-oesophagien (64.7%) - le traitement de l'information tactile au niveau corporel (57.3%) - le traitement de l'information sensorielle gustative (55.8 %) - la socialisation (55.8%)

En comparant les items dans les deux types d'outils, nous relevons des éléments communs recherchés par les orthophonistes. Ces éléments, identifiés en gras dans le tableau II ci-dessus, concernent l'examen des structures anatomiques au repos, les praxies oro-faciales hors repas, les réflexes oraux, les capacités d'alimentation, la déglutition salivaire et la présence d'un reflux gastro-œsophagien. Tous ces items concernent ainsi l'examen des structures et fonctions bucco-faciales. Par ailleurs, des éléments sont investigués dans les outils « maison » et non dans les outils standardisés. Il s'agit de la respiration, du traitement de l'information sensorielle gustative, du traitement de l'information sensorielle tactile au niveau corporel, de la motricité globale, du langage et de la socialisation. On note que la majorité de ces items dépassent le strict examen de la zone oro-faciale.

Ainsi, les orthophonistes interrogés pratiquant habituellement une évaluation se focalisent en majorité sur l'observation d'éléments relatifs à la sphère oro-faciale au moyen d'outils standardisés. Ces aspects de l'oralité alimentaire sont également investigués au travers d'outils « fabriqués maison », utilisés par une majorité d'orthophonistes. Il apparaît néanmoins que la création d'outils « maison » leur permette d'élargir leur champ d'observations aux possibles manifestations corporelles et sensorielles du trouble, ainsi qu'aux répercussions éventuelles sur le développement de la motricité, du langage et de la socialisation de l'enfant.

Nous validons donc notre hypothèse n°2 au regard des outils standardisés utilisés par les orthophonistes, en comparaison avec ceux employés par les psychomotriciens. Ainsi, compte tenu de leurs compétences spécifiques, les orthophonistes utilisent prioritairement des outils standardisés centrés sur l'observation de la sphère oro-faciale de l'enfant, contrairement aux psychomotriciens qui s'intéressent principalement aux composantes corporelles de l'oralité alimentaire ainsi qu'au développement global du langage et de la socialisation de l'enfant. Néanmoins, l'utilisation d'outils « maison » permet aux orthophonistes d'élargir leurs observations au-delà de la sphère bucco-faciale.

Malgré des différences observées entre les orthophonistes et les psychomotriciens concernant les outils d'évaluation, nous nous attendons à relever des points communs parmi les différentes anamnèses.

IV. Des points communs concernant l'anamnèse

Nous nous sommes interrogées sur les éléments recherchés dans l'anamnèse à la fois par la majorité des orthophonistes et par la majorité des professionnels de chaque autre discipline. A ce sujet, nous avons supposé que chacune des disciplines s'intéresse aux antécédents médicaux de l'enfant, à son développement global et aux situations de repas.

Les résultats révèlent que la totalité des orthophonistes et des psychomotriciens recherchent des informations concernant chacune des rubriques proposées : les antécédents médicaux de l'enfant, le développement global, le développement du langage, le développement psychomoteur, l'alimentation et les situations de repas. Des différences s'observent à l'intérieur de certaines de ces rubriques. A titre indicatif, on constate que la grande majorité des professionnels de chacune des autres disciplines recherchent également une ou plusieurs informations dans chacune des rubriques proposées dans le questionnaire. Le peu de réponses de la part de ces professionnels ne nous a pas permis d'analyser leurs résultats. Nous précisons que, pour chacune des questions relatives à l'anamnèse, les répondants ont pu cocher une ou plusieurs réponses.

1. Des thèmes investigués à l'identique chez les orthophonistes et les psychomotriciens

La majorité (50% ou plus) des orthophonistes recherchent exactement les mêmes informations que la majorité des psychomotriciens lors de l'anamnèse concernant les antécédents médicaux de l'enfant, le développement global de l'enfant, les situations de repas ainsi que le langage.

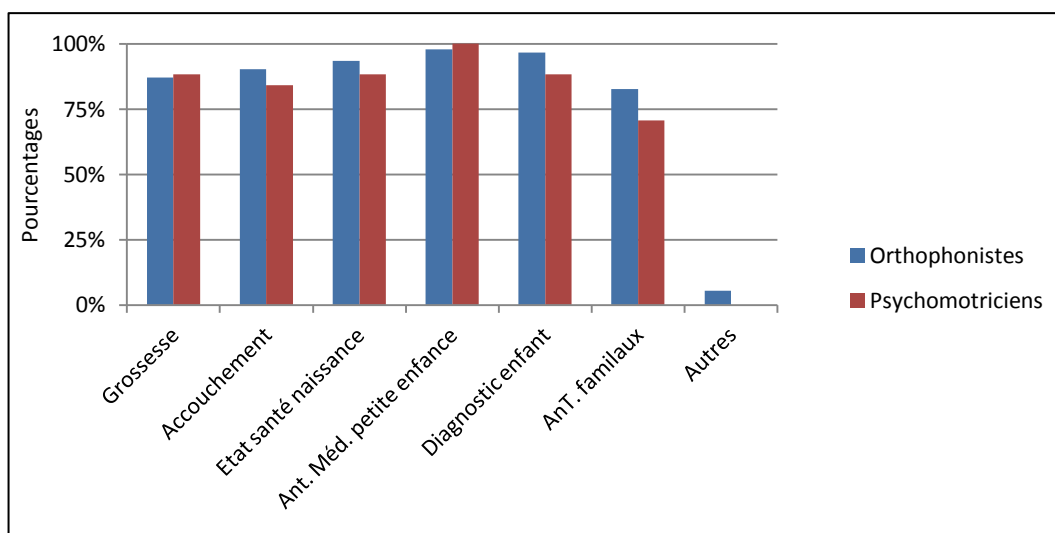


Figure 5. Recherche d'informations concernant les antécédents médicaux (orthophonistes et psychomotriciens)

Les informations au sujet des antécédents médicaux de l'enfant se rapportent au déroulement de la grossesse et de l'accouchement, à l'état de santé de l'enfant à la naissance, aux antécédents médicaux, au diagnostic posé et aux antécédents familiaux.

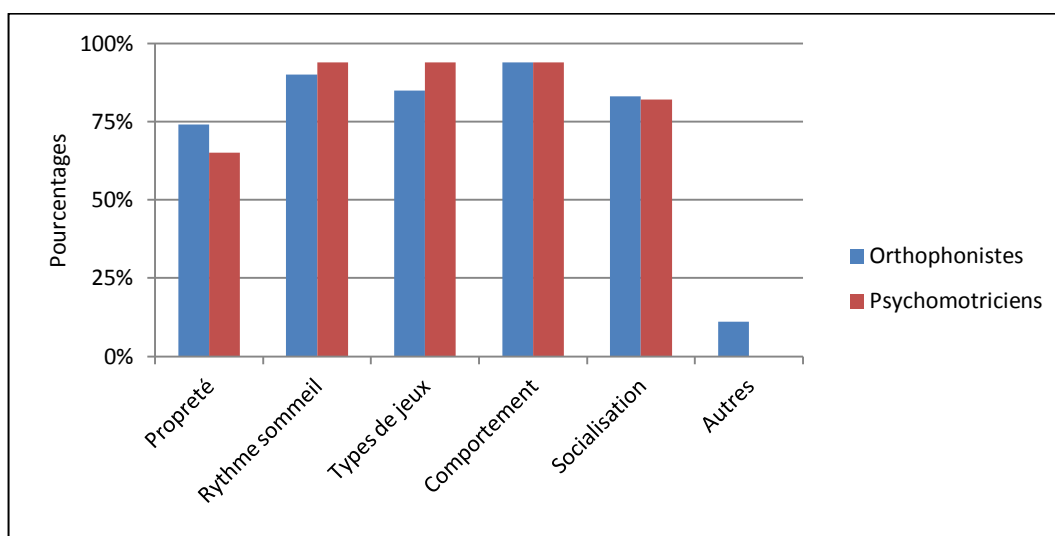


Figure 6. Recherche d'informations concernant le développement global de l'enfant (orthophonistes et psychomotriciens)

Concernant le développement global de l'enfant, la majorité des orthophonistes ainsi que des psychomotriciens s'intéressent à l'acquisition de la propreté, au rythme de sommeil, aux types de jeux, au comportement ainsi qu'au niveau de socialisation de l'enfant.

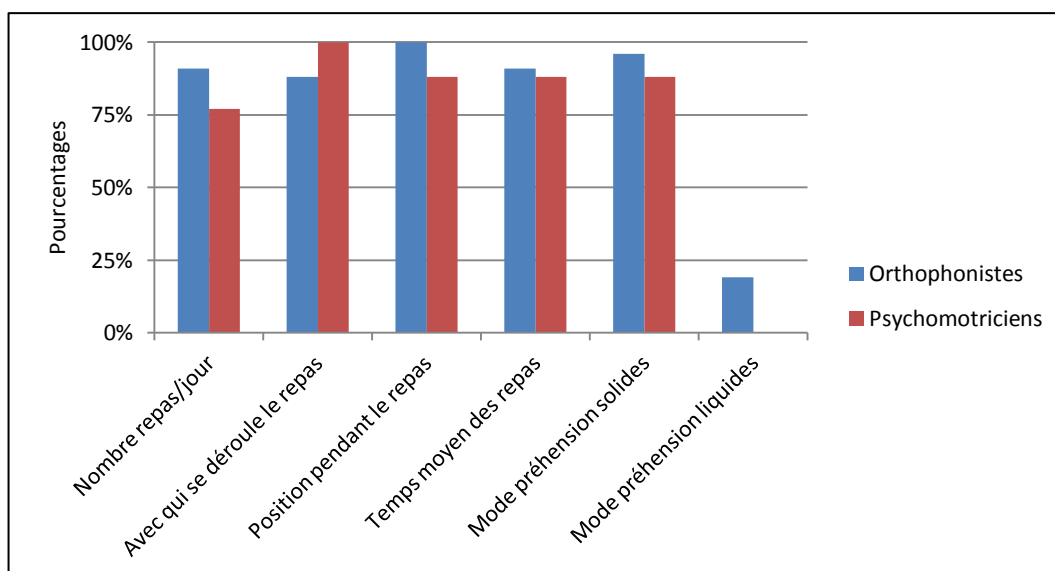


Figure 7. Recherche d'informations concernant les situations de repas de l'enfant (orthophonistes et psychomotriciens)

Les informations recherchées en majorité par les orthophonistes et par les psychomotriciens au sujet des situations de repas concernent le nombre de repas par jour, les personnes avec qui se déroule le repas, la position de l'enfant pendant les repas, le temps moyen consacré au repas, ainsi que les modes de préhension des solides et des liquides, autrement dit les ustensiles utilisés pour se nourrir.

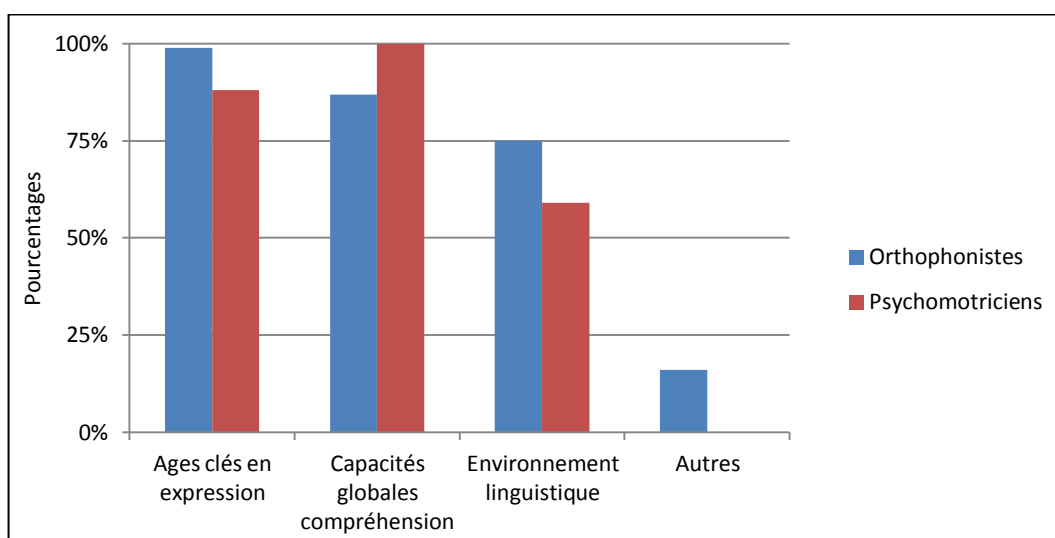


Figure 8. Recherche d'informations concernant le langage (orthophonistes et psychomotriciens)

Enfin, concernant le développement du langage, la majorité des orthophonistes ainsi que des psychomotriciens cherchent à se renseigner sur les âges clés en expression, les capacités globales de compréhension de l'enfant ainsi que sur son environnement linguistique.

2. Des divergences concernant les investigations relatives au développement psychomoteur et à l'alimentation

Les orthophonistes cherchent également des informations communes aux psychomotriciens concernant le développement psychomoteur de l'enfant et l'alimentation. Nous observons néanmoins des différences entre ces disciplines à l'intérieur de ces deux rubriques.

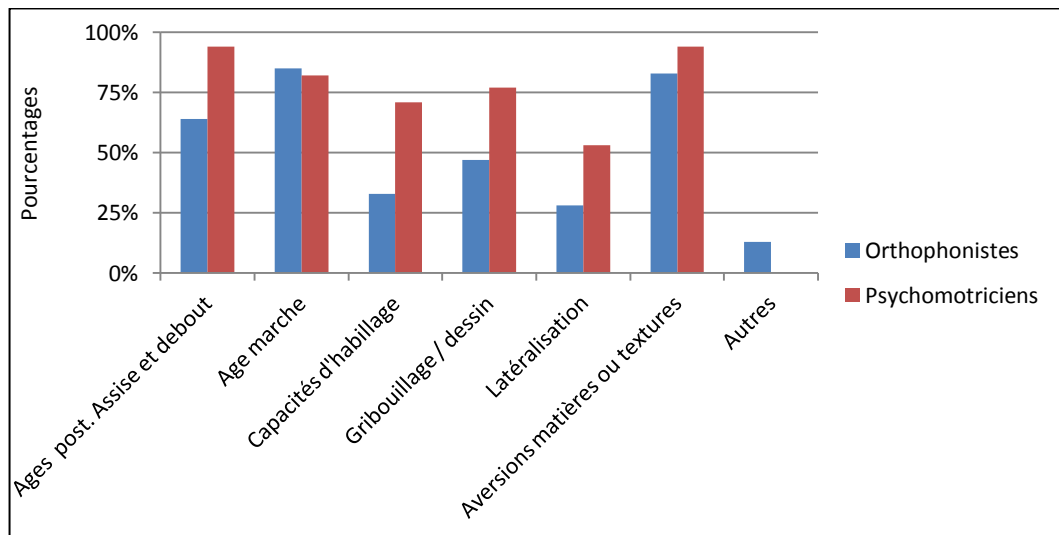


Figure 9. Recherche d'informations concernant le développement psychomoteur (orthophonistes et psychomotriciens)

Premièrement, concernant le développement psychomoteur, les orthophonistes ne recherchent pas majoritairement autant d'informations que les psychomotriciens. Les orthophonistes cherchent à obtenir lors de l'anamnèse des informations concernant les âges d'acquisition des postures assise et debout, l'âge d'acquisition de la marche ainsi que la présence d'aversion pour certaines matières ou textures dans les activités manuelles. En plus de toutes ces informations, la majorité des psychomotriciens s'intéressent également aux capacités d'habillage de l'enfant, à ses possibilités de gribouillage ou dessin ainsi qu'à la latéralisation.

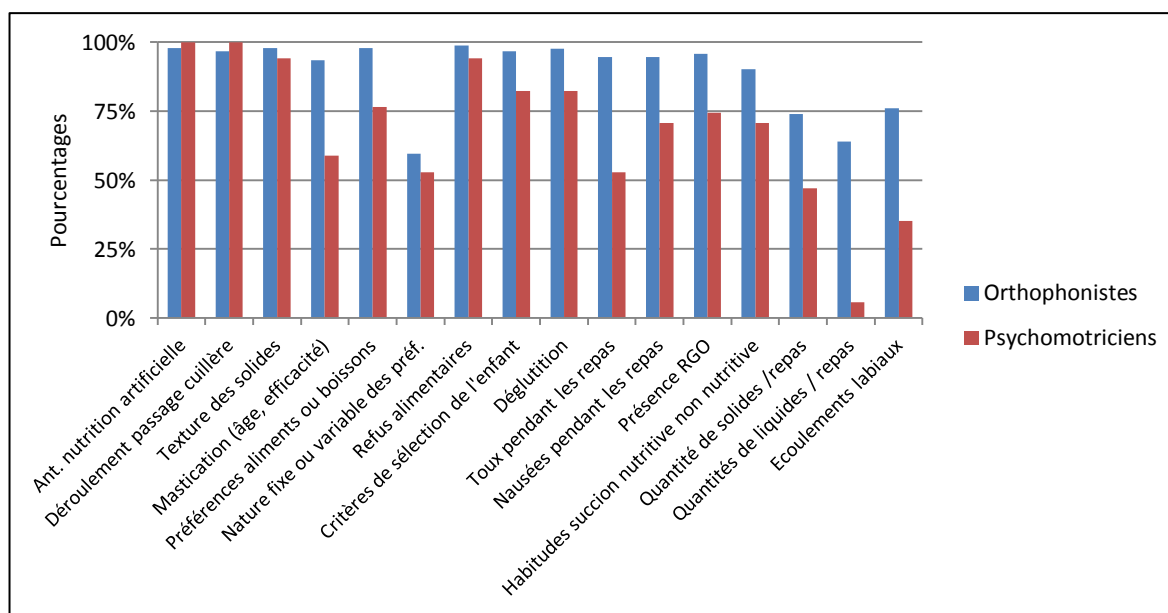


Figure 10. Recherche d'informations concernant l'alimentation (orthophonistes et psychomotriciens)

D'autre part, la plupart des informations que recherchent la majorité des orthophonistes concernant l'alimentation de l'enfant sont les mêmes que celles recherchées par la majorité des psychomotriciens. Certes, certains items ont été indiqués à des pourcentages différents, mais ils ont tous été choisis par la majorité (plus de 50%) des orthophonistes et psychomotriciens. Ces informations concernent donc : les antécédents de nutrition artificielle, le déroulement du passage à la cuillère, les textures de solides, la mastication (âge et efficacité), les préférences pour certains aliments ou boissons, la nature fixe ou variable de ses préférences, les refus alimentaires, les critères de sélection de l'enfant, la déglutition, la présence de toux pendant le repas, la présence de nausées pendant le repas, la présence d'un reflux gastro-oesophagien (RGO) et les habitudes de succion nutritive ou non nutritive. Cependant, la majorité des orthophonistes s'intéressent en plus aux quantités de solides et de liquides ingérées par repas ainsi qu'aux écoulements de liquides ou de solides mixés pendant l'alimentation, contrairement aux psychomotriciens qui les citent peu.

Ainsi, comme nous l'avions prédit, les orthophonistes et les psychomotriciens recherchent des informations communes lors de l'anamnèse concernant les antécédents médicaux de l'enfant, son développement global et les situations de repas.

L'hypothèse n°3 est donc validée concernant la pratique des orthophonistes, comparée à celle des psychomotriciens. Plus précisément, nous observons que les orthophonistes et les psychomotriciens recherchent exactement les mêmes informations concernant les antécédents médicaux de l'enfant, son développement global, les situations de repas ainsi que le langage : chacune des informations proposées dans le questionnaire concernant ces quatre rubriques sont recherchées à la fois par la majorité des orthophonistes et par la majorité des psychomotriciens. En revanche, les psychomotriciens recherchent un plus grand nombre d'informations en lien avec le développement psychomoteur de l'enfant, alors que les orthophonistes s'intéressent à un plus grand nombre d'éléments concernant l'alimentation.

Nous venons donc de voir que des différences et des points communs existent parmi les évaluations des orthophonistes d'une part et des psychomotriciens d'autre part. Nous nous sommes ensuite demandé s'il existait des échanges entre les orthophonistes et les professionnels interrogés des autres disciplines pour cette évaluation.

V. Les échanges interdisciplinaires

Nous avons supposé que la majorité des orthophonistes interrogés échangeraient avec des collègues d'autres disciplines pour l'évaluation d'une plainte concernant l'oralité alimentaire, et cela d'autant plus en institution ou dans le cadre d'une pratique mixte. Nous rappelons que les modes d'exercices correspondent aux lieux dans lesquels les orthophonistes reçoivent des patients âgés de 12 à 36 mois dans le cadre d'une plainte liée à l'oralité alimentaire.

1. La présence d'échanges entre les orthophonistes et les autres professionnels

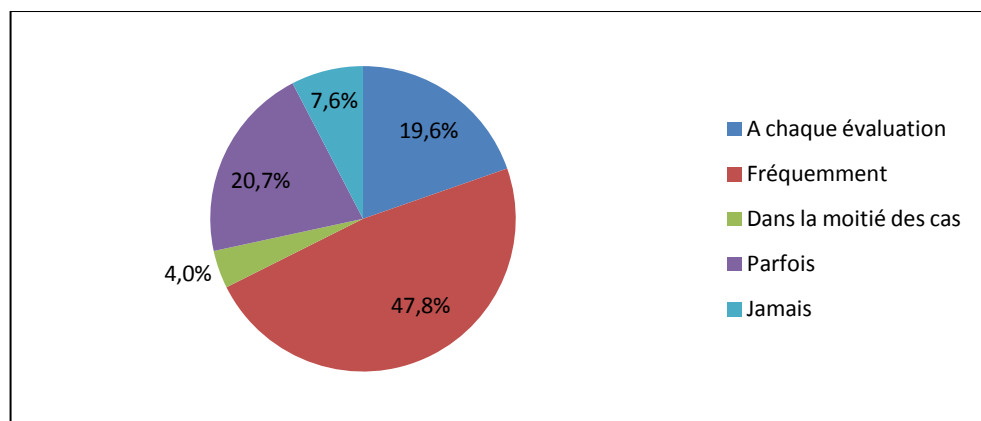


Figure 11. Fréquence des échanges des orthophonistes avec des professionnels d'autres domaines pour l'évaluation

La grande majorité des orthophonistes (92.4%) échangent avec des professionnels de santé d'autres domaines pour évaluer des troubles liés à l'oralité alimentaire, dont 67.4% « pour chaque évaluation » ou « fréquemment ». La différence entre les lieux d'exercice n'est pas significative ($X^2(8)=8.529$, $p=.384$) : il n'y a pas plus d'échanges en institution ou en pratique mixte par rapport au libéral.

Parmi les orthophonistes ayant répondu qu'ils échangent avec des professionnels d'autres domaines pour cette évaluation, 58.8% disent échanger avec des psychologues, 50.6% avec des psychomotriciens, 40% avec des kinésithérapeutes, 21.2% avec des ergothérapeutes et 50.6% avec d'autres professionnels. Les autres professionnels cités sont en grande majorité des médecins généralistes ou des pédiatres. Les orthophonistes ont également indiqué échanger avec des diététiciens, des pédopsychiatres, des gastroentérologues, des médecins ORL ou phoniatries, des ostéopathes, des éducateurs, des infirmières de puériculture et des aides-soignantes. Les professionnels cités en « autres » sont donc très majoritairement des médecins ou du personnel soignant.

Les orthophonistes échangent de manière significative avec des psychologues ($X^2(4)=15.725$, $p=.003$), des psychomotriciens ($X^2(4)=13.893$, $p=.008$) et des kinésithérapeutes ($X^2(4)=9.571$, $p=.048$). En effet, sur le pourcentage d'orthophonistes qui échangent avec un professionnel d'un autre domaine « pour chaque évaluation », 77.8% le font avec un psychologue, 72.2% avec un psychomotricien et 61.1% avec un kinésithérapeute. Puis, 61.4% des orthophonistes qui échangent « fréquemment » avec un professionnel d'une autre discipline pour l'évaluation disent échanger avec un psychologue, 52.3% avec un psychomotricien et 31.8% avec un kinésithérapeute.

2. Des échanges interdisciplinaires confirmés par des demandes de bilans complémentaires

Premièrement, nous notons que 85.9% des orthophonistes interrogés, quel que soit le mode d'exercice, orientent parallèlement le patient de 12 à 36 mois vers un autre professionnel de santé afin de compléter leur évaluation concernant une plainte liée à l'oralité alimentaire. Ce chiffre concerne 71.1% des orthophonistes recevant ces patients exclusivement en libéral, 84.6% des orthophonistes les recevant uniquement en structure institutionnelle et 93.8% de ceux ayant une pratique mixte auprès de ces enfants. Les résultats révèlent que le choix de demander ou non un bilan complémentaire n'est pas significativement différent selon les modes d'exercice (en libéral : $X^2(1)=4.04$, $p=.077$, en institution : $X^2(1)=.851$, $p=.446$, en mixte : $X^2(1)=2.251$, $p=.183$). Le mode d'exercice des orthophonistes ne semble pas influencer la demande d'un bilan complémentaire.

Ces orthophonistes orientent le patient vers un psychologue dans 60% des cas, un psychomotricien dans 51.3% des cas, vers un kinésithérapeute (22.5%), un ergothérapeute (12.5%) ou un autre professionnel (48.8%). Les autres professionnels sollicités par les orthophonistes pour un bilan complémentaire (48.8%) sont majoritairement le pédiatre ou le médecin généraliste, puis le pédopsychiatre, l'ORL, le phoniatre, le gastroentérologue et le neuropédiatre. Les professionnels cités en « autres » sont en très grande partie des médecins.

Les professionnels sollicités par les orthophonistes d'une part dans les échanges et d'autre part pour les bilans complémentaires sont les mêmes. Dans ces deux cas, pour la majorité des orthophonistes, il s'agit des psychologues et des psychomotriciens. Les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes sont cités par moins de 50% des orthophonistes. Les orthophonistes entretiennent également des contacts avec les pédiatres et les médecins généralistes.

L'hypothèse n°4 n'est donc qu'en partie validée. Les orthophonistes interrogés échangent bien avec des professionnels d'autres domaines pour l'évaluation, dans le cadre d'une plainte liée à l'oralité alimentaire. Ces échanges existent de manière privilégiée avec les psychologues et psychomotriciens et de façon moins marquée avec les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes. Cependant, d'après les réponses des orthophonistes interrogés, ces échanges ne sont pas plus nombreux en institution ni en pratique mixte par rapport à une pratique libérale seule.

Nous venons d'observer que des échanges existent lors de l'évaluation entre les orthophonistes et les professionnels d'autres disciplines, de manière plus ou moins

marquée selon les professions. Nous nous demandons désormais s'il existe une demande pour un outil interdisciplinaire, favorisant les échanges entre les différents professionnels de santé dans le cadre de l'évaluation concernant une plainte liée à l'oralité alimentaire.

VI. Une demande pour un outil interdisciplinaire d'évaluation

Nous avons supposé que dans chacune des disciplines, il existait une demande des professionnels pour un outil interdisciplinaire d'évaluation dans le cadre d'une plainte liée à l'oralité alimentaire. Nous étudions les réponses données à la question : « Selon vous, un outil qui faciliterait les liens entre les différents professionnels de santé pour évaluer l'oralité alimentaire et/ou ses troubles associés serait : Indispensable, Utile, Moyennement utile, Inutile, Sans avis ».

1. Une demande présente chez la majorité des orthophonistes et des psychomotriciens interrogés

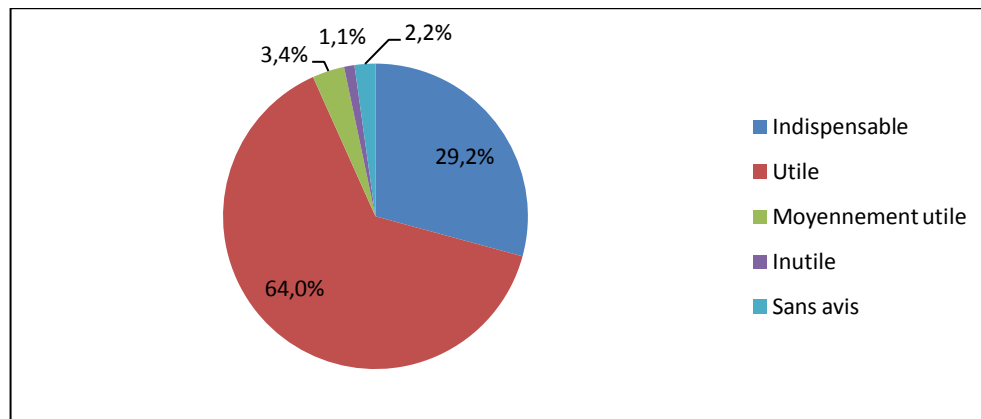


Figure 12. Degré d'utilité d'un outil interdisciplinaire d'évaluation évalué par les orthophonistes

Nous identifions une demande importante pour un outil interdisciplinaire d'évaluation des troubles liés à l'oralité alimentaire de la part des orthophonistes interrogés. En effet, 84.9% estiment qu'un tel outil serait « utile » à « indispensable ». Concernant les lieux dans lesquels les orthophonistes travaillent auprès d'enfants souffrant de dysoralité, les réponses « utile » et « indispensable » ont été choisies par 94.7% des orthophonistes exerçant exclusivement en libéral, par 94.2% des orthophonistes exerçant uniquement en institution et par 87.5% ayant une pratique mixte. La demande pour un outil d'évaluation interdisciplinaire dans le cadre d'une plainte liée à l'oralité alimentaire émane donc de la majorité des orthophonistes, quel que soit le mode d'exercice : il n'existe pas de différence significative entre les différents modes d'exercice ($X^2(8)=12.77$, $p=.12$). Par ailleurs, parmi les 37% d'orthophonistes ayant répondu qu'ils se sentent isolés vis-à-vis de l'évaluation de ces troubles, 91.1% sont favorables à la création d'un tel outil : 41.1% ont répondu qu'il serait « indispensable » et 50% qu'il serait « utile » ($X^2(4)=9.577$, $p=.048$).

Nous constatons donc une forte demande des orthophonistes pour la création d'un outil interdisciplinaire qui permettrait de créer des liens entre les professionnels de santé des différentes disciplines pour l'évaluation des troubles liés à l'oralité alimentaire.

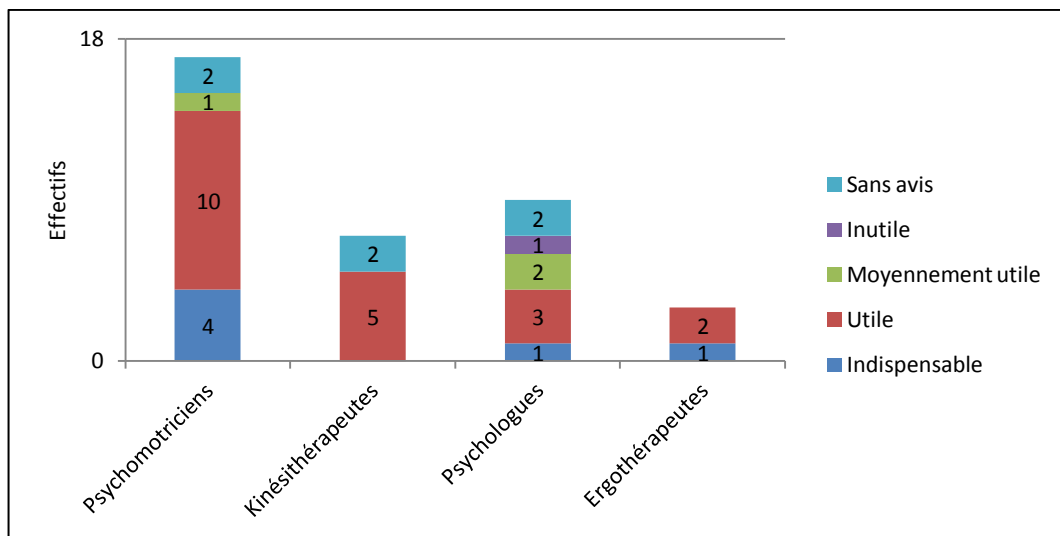


Figure 13. Degré d'utilité d'un outil interdisciplinaire d'évaluation évalué par les psychomotriciens, kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes

On observe également cette demande chez les psychomotriciens, qui répondent en majorité qu'un outil interdisciplinaire d'évaluation serait « utile » à « indispensable » (14/17). Leur demande rejoint donc celle formulée par les orthophonistes. A titre indicatif, l'ensemble des ergothérapeutes interrogés (3/3) ont répondu qu'un outil interdisciplinaire serait « utile » à « indispensable » et 5/7 kinésithérapeutes jugent cet outil « utile ». Cet avis n'est pas partagé par la majorité des psychologues interrogés, qui choisissent les réponses « moyennement utile » à « sans avis » (5/9).

Nous avons ensuite souhaité préciser la demande des professionnels, en les interrogeant sur ce que pourrait apporter un outil d'évaluation de ce type.

2. Une évaluation plus complète souhaitée par les orthophonistes et les psychomotriciens

Nous étudions les réponses à la question : « Si vous pensez judicieux de créer des interactions entre les professionnels de santé, veuillez préciser pourquoi ». La possibilité a été laissée aux répondants de cocher plusieurs choix parmi ceux proposés.

Selon la majorité des orthophonistes intéressés par la création d'un outil interdisciplinaire, favoriser les échanges entre les différents professionnels de santé qui évaluent des troubles liés à l'oralité alimentaire permettrait d'une part de réaliser une évaluation plus complète (81.5%) et d'autre part de se répartir des axes de travail pour la prise en charge (62.2%). Les orthophonistes seraient également intéressés par le fait d'obtenir des conseils (41.3%) ou de pouvoir se répartir des axes de travail concernant l'évaluation (26.1%). Enfin, 13% d'entre eux évoquent d'autres buts recherchés. En outre, il apparaît de manière significative que 88.5% des orthophonistes estiment qu'un outil

interdisciplinaire d'évaluation serait « indispensable » d'une part, et 86% de ceux qui le jugent « utile » d'autre part, seraient intéressés par cet outil dans le but de « réaliser une évaluation plus complète » ($\chi^2(4)=17.1, p=.002$).

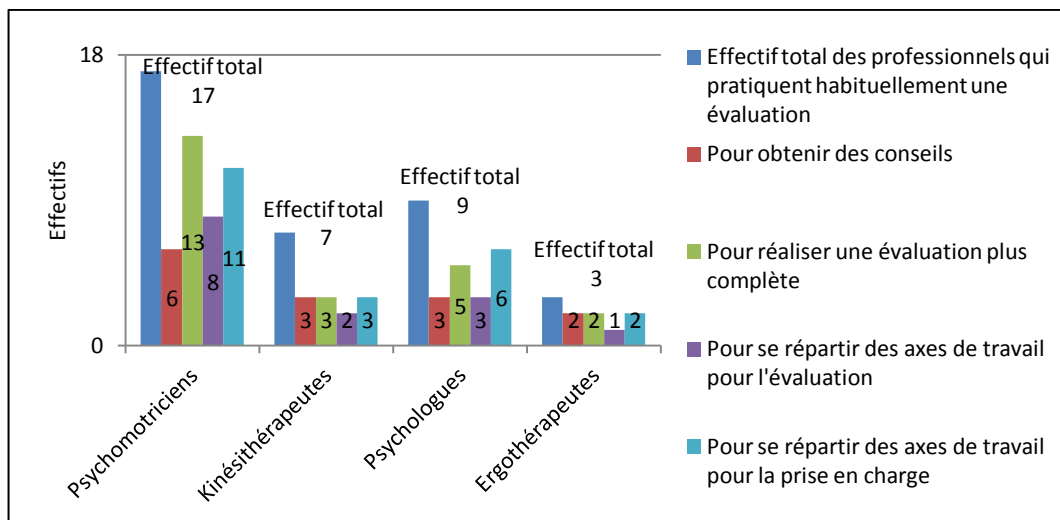


Figure 14. Buts visés par l'utilisation d'un outil interdisciplinaire d'évaluation pour les psychomotriciens, kinésithérapeutes, psychologues et ergothérapeutes interrogés

Les psychomotriciens en demande d'un outil d'évaluation mentionnent en majorité les mêmes objectifs que les orthophonistes : il s'agirait, en favorisant des échanges entre les différents professionnels évaluateurs, de réaliser une évaluation plus complète (13/17) et de se répartir des axes de travail pour la prise en charge (11/17). A titre indicatif, ces deux réponses ressortent également chez les psychologues. Les réponses des kinésithérapeutes et ergothérapeutes ne permettent pas de dégager de raisons majeures.

L'hypothèse est validée concernant les orthophonistes et les psychomotriciens interrogés dont nous avons pu prendre en compte les réponses. Il semble bien exister, dans ces deux disciplines, une demande pour un outil interdisciplinaire d'évaluation permettant de créer des liens entre les différentes professions dans le cadre d'une évaluation concernant une plainte liée à l'oralité alimentaire, chez des enfants de 12 à 36 mois. Pour la majorité de ces professionnels, un tel outil permettrait avant tout de « réaliser une évaluation plus complète » des troubles liés à l'oralité alimentaire.

VII. Conclusion des résultats

Face à une plainte liée à l'oralité alimentaire chez des enfants de 12 à 36 mois, la majorité des orthophonistes et des psychomotriciens interrogés réalisent un bilan, contrairement aux kinésithérapeutes, qui réorientent pour la plupart systématiquement le patient vers un autre professionnel. Pour cette évaluation, les orthophonistes utilisent prioritairement des outils standardisés centrés sur l'observation de la sphère oro-faciale de l'enfant, contrairement aux psychomotriciens qui s'intéressent principalement aux composantes corporelles de l'oralité alimentaire. En ce qui concerne l'anamnèse, les orthophonistes et les psychomotriciens recherchent de nombreuses informations communes, particulièrement concernant les antécédents médicaux de l'enfant, son développement global, les situations de repas ainsi que le langage, même si des éléments restent spécifiques à leur domaine. Dans le cadre de cette évaluation, les orthophonistes

interrogés échangent avec des professionnels d'autres disciplines, principalement avec des psychologues et psychomotriciens, et ce quel que soit le mode d'exercice. Il existe enfin de la part des orthophonistes et psychomotriciens interrogés une demande marquée pour un outil interdisciplinaire d'évaluation qui permettrait avant tout de « réaliser une évaluation plus complète » des troubles liés à l'oralité alimentaire. Vous trouverez ci-dessous un tableau récapitulatif des réponses que nous avons pu apporter aux hypothèses de départ.

Tableau IV. Récapitulatif des hypothèses et des réponses apportées

HYPOTHESES :	VALIDATION ET COMPLEMENTS D'INFORMATIONS
1. Pour chaque discipline, la majorité des professionnels interrogés, qui reçoivent dans leur pratique des enfants âgés de 12 à 36 mois avec une plainte concernant l'oralité alimentaire, réaliseraient habituellement eux-mêmes une évaluation auprès de ces patients plutôt que de les réorienter, sans effectuer d'évaluation, vers un autre professionnel de la même ou d'une autre discipline	L'hypothèse n'est pas validée. La majorité des orthophonistes et des psychomotriciens interrogés réalisent un bilan dans le cadre de cette plainte ; or ce n'est pas le cas des kinésithérapeutes interrogés. L'interprétation des données des ergothérapeutes et psychologues n'a pas été faite compte tenu des faibles effectifs.
2. Compte tenu de leurs compétences spécifiques, les orthophonistes utiliseraient prioritairement des outils d'évaluation centrés sur la sphère oro-faciale, contrairement aux professionnels des autres disciplines qui utiliseraient des outils axés sur d'autres aspects de l'oralité alimentaire.	L'hypothèse est validée au regard des outils standardisés utilisés par les orthophonistes et les psychomotriciens. Les orthophonistes utilisent prioritairement des outils standardisés centrés sur l'observation de la sphère oro-faciale, et les psychomotriciens s'intéressent principalement aux composantes corporelles de l'oralité alimentaire ainsi qu'au développement global du langage et de la socialisation de l'enfant. Néanmoins, l'utilisation d'outils « maison » permet aux orthophonistes d'élargir leurs observations au-delà de la sphère bucco-faciale.
3. Compte tenu de leurs compétences partagées, les professionnels interrogés de chaque discipline rechercheraient des informations communes dans l'anamnèse. Celles-ci concerneraient les antécédents médicaux de l'enfant, son développement global ainsi que les situations de repas.	L'hypothèse est validée en fonction des pratiques des orthophonistes et psychomotriciens. La majorité des orthophonistes et psychomotriciens interrogés recherchent exactement les mêmes informations concernant les antécédents médicaux de l'enfant, son développement global, les situations de repas ainsi que le langage. Cependant, les psychomotriciens recherchent un plus grand nombre d'informations en lien avec le développement psychomoteur de l'enfant, alors que les orthophonistes s'intéressent à un plus grand nombre d'éléments concernant l'alimentation.
4. La majorité des orthophonistes interrogés échangeraient avec des collègues d'autres domaines pour l'évaluation d'une plainte concernant l'oralité alimentaire, et cela d'autant plus en institution ou dans le cadre d'une pratique mixte.	L'hypothèse est partiellement validée. Les orthophonistes échangent avec des professionnels d'autres domaines pour l'évaluation, surtout avec des psychologues et psychomotriciens. Mais d'après les réponses des orthophonistes, ces échanges ne sont pas plus nombreux en institution ni en pratique mixte par rapport à une pratique libérale seule.
5. Dans chaque discipline interrogée, la majorité des professionnels seraient en demande d'un outil interdisciplinaire d'évaluation dans le cadre d'une plainte relative à l'oralité alimentaire.	L'hypothèse est validée en fonction des réponses des orthophonistes et psychomotriciens. Il semble exister, dans ces disciplines, une demande pour un outil interdisciplinaire d'évaluation. Pour la majorité de ces professionnels, un tel outil permettrait avant tout de « réaliser une évaluation plus complète » des troubles liés à l'oralité alimentaire.

Chapitre V

DISCUSSION DES RESULTATS

Dans cette dernière partie, nous nous attacherons tout d'abord à exposer les limites de notre expérimentation. Dans un second temps, nous tenterons d'interpréter les résultats que nous avons précédemment exposés. Enfin, à partir des résultats, nous présenterons nos réflexions autour d'une pratique d'évaluation interdisciplinaire, afin d'envisager la création d'un outil d'évaluation interdisciplinaire.

I. Les limites de l'expérimentation

1. Des échantillons inégaux de professionnels selon les disciplines

Nous avons réussi à diffuser largement les questionnaires en faisant appel à nos réseaux personnels, ainsi qu'à ceux de nos référents et maîtres de mémoire. Nous avons en outre sollicité, dès le début de la diffusion des questionnaires, de nombreuses associations en leur demandant de transmettre notre demande à leurs contacts. Enfin, lors de relances régulières nous incitions les professionnels à solliciter leurs réseaux de collègues. Finalement, notre échantillon final se constitue de 170 professionnels de santé, dont 100 orthophonistes, 26 psychomotriciens, 23 kinésithérapeutes, 11 psychologues et 10 ergothérapeutes. Nous nous interrogeons sur les raisons pour lesquelles il nous a été difficile de recueillir des réponses auprès de certaines professions.

Une première remarque à ce sujet concerne les professionnels visés lors de la diffusion des questionnaires informatisés. Nous avons cherché à contacter des professionnels susceptibles de recevoir dans leur pratique professionnelle des enfants de 12 à 36 mois, présentant une plainte relative à l'oralité alimentaire, afin de savoir s'ils pratiquaient eux-mêmes une évaluation ou non dans le cadre de cette plainte. Nous avons sélectionné ces professionnels sur ces suppositions, sans pouvoir vérifier qu'ils répondent tous réellement à ces critères. Il est donc possible qu'en réalité, parmi les nombreux professionnels contactés, certains ne reçoivent jamais de patients si jeunes, ou même qu'ils ne soient jamais confrontés à des plaintes liées à l'oralité alimentaire, rendant ainsi leur participation au questionnaire impossible. Afin de savoir pourquoi certains professionnels n'ont pas répondu au questionnaire, nous aurions pu introduire un item préalable permettant au participant d'indiquer leurs raisons. Les réponses obtenues à cet item auraient peut-être contribué à expliquer les différences entre les effectifs.

Par ailleurs, pour tenter d'expliquer ces inégalités entre les effectifs au sein de l'échantillon total de professionnels, nous avons cherché à savoir si le nombre de réponses obtenues au travers des différents questionnaires est proportionnel au nombre de praticiens exerçant en France dans chaque discipline.

Selon l'INSEE, au 1er janvier 2012, la France (dont les DOM) compte 21 220 orthophonistes et 8 385 psychomotriciens (Récupéré le 19 mars 2013 de <http://www.insee.fr>, section « professions de santé en 2012 »). On recense ainsi en France environ 2.5 fois plus d'orthophonistes que de psychomotriciens. Cependant nous avons recueilli 4 fois plus de réponses d'orthophonistes que de psychomotriciens : nous avons donc récolté proportionnellement moins de réponses de psychomotriciens que d'orthophonistes. Ce résultat pourrait tout d'abord s'expliquer par le fait qu'un plus petit nombre de psychomotriciens recevraient dans leurs pratiques des enfants âgés de 12 à 36 mois. Ensuite, 92% des orthophonistes interrogés ont répondu avoir l'habitude de

pratiquer un bilan auprès d'enfants de 12 à 36 mois face à une plainte relative à l'oralité alimentaire, contre 65% des psychomotriciens. Il est donc possible que la population des orthophonistes soit mieux sensibilisée aux troubles concernant l'oralité alimentaire, expliquant que les orthophonistes aient été plus nombreux à répondre. Dans ce cas, nos deux échantillons reflèteraient les proportions des professionnels de chaque discipline informés sur la possibilité d'intervenir dans le domaine de l'oralité. Ainsi, malgré l'écart entre les deux effectifs, nous avons jugé pertinent de comparer entre eux les résultats obtenus dans chacune de ces disciplines. Nous n'avons cependant pas pu réaliser de comparaison avec l'échantillon des ergothérapeutes, celui-ci étant vraiment trop réduit.

En effet, seulement 10 ergothérapeutes ont répondu au questionnaire. L'INSEE recensait au 1er janvier 2012, 8 079 ergothérapeutes exerçant sur le territoire français, soit sensiblement la même proportion que de psychomotriciens (Récupéré le 19 mars 2013 de <http://www.insee.fr>, section « professions de santé en 2012 »). Le peu de réponses obtenues de la part des ergothérapeutes pourrait s'expliquer par le fait que ces professionnels sont surtout mentionnés dans la littérature étrangère. Hermans (2003), dans la revue belge *Louvain Médical* cite l'intervention des ergothérapeutes et non des psychomotriciens. Par ailleurs, au Canada, la profession de psychomotricien étant inexistante, on recense des « occupational therapists », assimilés aux ergothérapeutes français. Les « occupational therapists » sont formés à la théorie de l'intégration sensorielle (Yack, 1989), à partir de laquelle ils peuvent construire leur intervention dans le domaine de l'oralité alimentaire. Même si des formations professionnelles semblent se développer en France à ce sujet, ce courant semble encore peu connu par les professionnels dans notre pays. Il est ainsi probable que sans cet apport théorique, les ergothérapeutes français n'interviennent que peu dans le cadre d'une plainte liée à l'oralité alimentaire.

Concernant les kinésithérapeutes, l'INSEE en recense 75 164 sur le territoire français, soit environ 3.5 fois plus que d'orthophonistes (Récupéré le 19 mars 2013 de <http://www.insee.fr>, « section professions de santé en 2012 »). Ces proportions ne concordent pas avec le nombre de kinésithérapeutes et d'orthophonistes ayant répondu aux questionnaires. Pourtant, les kinésithérapeutes sont cités dans la littérature comme pouvant intervenir dans l'évaluation des troubles liés à l'oralité alimentaire. Nous pouvons ainsi envisager plusieurs hypothèses concernant le peu de réponses obtenues de la part de ces professionnels. Premièrement, il se peut que tous les kinésithérapeutes contactés ne se soient pas reconnus dans les critères d'inclusion que nous avons proposés. En effet, ces professionnels ne reçoivent peut-être que peu d'enfants âgés de 12 à 36 mois. Egalement, il est possible que, contrairement à ce qui est évoqué dans la littérature, les kinésithérapeutes ne réalisent en réalité que très peu de bilan auprès d'enfants présentant une plainte liée à l'oralité dans leur pratique. Nous envisageons cette hypothèse dans le sens où seulement une minorité de kinésithérapeutes interrogés dans nos questionnaires (30%) ont affirmé réaliser une telle évaluation.

Enfin, on recense en France entre 35 000 et 45 000 psychologues formés (Schneider, Fritz et Maire, 2013). Le nombre de réponses recueillies apparaît donc dérisoire compte tenu du nombre de professionnels formés en France. Tout d'abord, le nombre de psychologues recensés englobe à la fois les psychologues qui travaillent auprès d'adultes et ceux qui travaillent avec des enfants. Nous pouvons ainsi nous interroger sur le nombre de psychologues travaillant auprès d'enfants âgés entre 12 et 36 mois. Par ailleurs, nous ne disposons d'aucune donnée sur la répartition du nombre de psychologues exerçant en

libéral ou en structure institutionnelle (hospitalière ou non). Or, nous constatons que la totalité des psychologues qui ont répondu à notre questionnaire exercent en institut ou en hôpital. Il semblerait en effet que les psychologues en libéral soient majoritairement concernés par une population d'adultes. Il est donc possible que les patients situés dans la tranche d'âge 12-36 mois ne concernent que peu de psychologues travaillant en libéral, limitant ainsi considérablement la population de professionnels pouvant répondre au questionnaire. De plus, le rôle des psychologues en institution non hospitalière consisterait le plus souvent à évaluer le Quotient de Développement des enfants par des tests psychométriques. Il est alors possible que l'action des psychologues auprès de patients âgés de 12 à 36 mois dans le cadre d'une plainte liée à l'oralité alimentaire se réalise majoritairement dans des hôpitaux ou des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce.

Proportionnellement au nombre de praticiens exerçant en France dans chaque discipline, les orthophonistes ont donc été les plus nombreux à répondre aux questionnaires. Il est aussi probable que ces professionnels se soient sentis particulièrement concernés par notre recherche dans la mesure où il s'agit d'un mémoire en orthophonie.

Concernant l'ensemble des professionnels interrogés, il est important de relever que la majorité des participants ayant répondu qu'ils réorientent systématiquement le patient vers un autre professionnel, ont indiqué qu'ils ne se sentent pas suffisamment compétents dans le domaine de l'oralité. Nous pouvons ainsi comprendre l'absence de réponse de la part de certains professionnels ne s'estimant pas compétents. Etant donné que nous avons obtenu un nombre plus élevé de réponses de la part des orthophonistes, il est probable que ces professionnels soient plus nombreux à intervenir dans le cadre de ce type de plainte. Nous pouvons ainsi nous interroger sur les inégalités de formations entre les différentes disciplines concernant la dysoralité. Il est également possible que la plupart des professionnels des autres disciplines ne reçoivent dans leur pratique que peu d'enfants concernant des troubles liés à l'oralité alimentaire. D'après les résultats de nos questionnaires, dans 57% des cas ce sont les pédiatres ou médecins généralistes qui orientent le patient vers les professionnels de santé dans le cadre d'une plainte liée à l'oralité alimentaire. Ainsi, il est probable que le rôle des professionnels de santé, autres que les orthophonistes, auprès d'enfants présentant ce type de plainte, soit méconnu des médecins. Etant donné que la première plainte formulée par les parents concerne l'alimentation de l'enfant, il se peut également que les orthophonistes soient contactés de manière prioritaire pour aider l'enfant au niveau de ses fonctions orales. Les manifestations sensorielles corporelles qui peuvent être associées aux difficultés alimentaires seraient alors la plupart du temps méconnues des médecins et de la famille de l'enfant. Il pourrait donc s'agir d'un manque d'information auprès des professionnels médicaux et de l'entourage de l'enfant.

Pour conclure, compte tenu des effectifs réduits concernant certaines disciplines interrogées, nous avons pu uniquement comparer les résultats entre les orthophonistes et les psychomotriciens. Néanmoins, le nombre de réponses n'étant pas identique entre ces deux professions, nos résultats ne peuvent pas être interprétés comme étant représentatifs de la population générale de ces professionnels. Ainsi, nos résultats ne prétendent pas offrir un état des lieux fiable des évaluations actuellement réalisées dans les différentes disciplines de santé concernant une plainte liée à l'oralité alimentaire chez des enfants de 12 à 36 mois. Néanmoins, il semble que les résultats obtenus à travers cette enquête offrent un aperçu intéressant des pratiques évaluatives des professionnels interrogés et

ouvre une réflexion sur les véritables rôles et implications de chaque discipline dans le cadre de cette évaluation.

Nous observons également d'autres limites à l'expérimentation, notamment liées à la méthodologie des questionnaires.

2. Les limites liées à la méthodologie des questionnaires

La création de questionnaires impose une méthodologie dont nous avons expérimenté les limites dans notre étude.

Tout d'abord, comme nous l'avons précisé dans la partie expérimentale, nous avons contacté les professionnels par messages électroniques dans lesquels apparaissait un lien vers le questionnaire en ligne. Ce moyen de communication paraissait le mieux adapté pour contacter un maximum de professionnels dans toute la France, voire à l'étranger. Nous avons par ailleurs effectué de nombreuses relances pour sensibiliser les professionnels à notre étude et à notre questionnaire. Néanmoins nous n'avions aucun moyen de vérifier la bonne lecture et la prise en compte de ces messages.

Par ailleurs, concernant la terminologie employée dans les questionnaires, il semblerait que les professionnels ne sous-entendent pas toujours les mêmes concepts sous un même terme selon les disciplines. Nous avons ainsi veillé à être le plus explicite possible concernant la terminologie et les formulations afin que chaque participant puisse répondre au plus près de la question. Cependant, les questionnaires se remplissant de manière autonome, nous n'avons aucun moyen de contrôle sur le fait que toutes les questions ou propositions de réponses aient été correctement comprises par tous les répondants.

En outre, la méthodologie des questionnaires impose de proposer un maximum de questions fermées ou semi-fermées au répondant avec des choix de réponses préétablis, sans quoi le dépouillement des réponses serait trop difficile et imprécis. Même si nous avons laissé un champ libre « autres » pour les questions semi-fermées, il existe toujours un effet d'influence sur les réponses du répondant. Nous avons d'ailleurs expérimenté ce fait dans la partie du questionnaire consacrée à l'anamnèse. Les répondants devaient cocher, parmi plusieurs éléments, les informations qu'ils recherchent le plus dans leur anamnèse. Or, dans certaines rubriques, la majorité des informations qui étaient proposées ont été cochées par chacun des répondants. Suite au commentaire d'une participante, nous nous demandons si les professionnels n'ont pas été tentés de cocher les informations qui leur semblaient intéressantes de rechercher dans une anamnèse plutôt que de se contenter de celles qu'ils recherchent réellement dans leur pratique.

Les choix « autres », qui offrent au répondant la possibilité d'indiquer une autre réponse que celles proposées, nous ont également posé des difficultés de dépouillement et d'analyse. En effet, les réponses ajoutées par les participants étaient souvent très longues, parfois hors sujet, ou constituaient un commentaire de la question plutôt qu'une réponse précise. Au risque de perdre certaines données intéressantes, nous avons souvent préféré ne pas analyser ces réponses au cas où nous réaliserions de fausses interprétations concernant les propos du répondant.

Enfin, des participants ont mentionné dans leurs commentaires que le questionnaire était long à remplir. Ceci pourrait expliquer certaines absences de réponses ou une attention diminuée concernant les dernières questions.

Nous avons donc identifié plusieurs limites à notre expérimentation. D'une part, les effectifs de certains échantillons de professionnels interrogés étant extrêmement réduits, nous n'avons pas pu comparer toutes les disciplines les unes aux autres, comme cela était initialement prévu. D'autre part, nous identifions des limites concernant le questionnaire, en tant qu'outil d'expérimentation et de recueil de données.

Tout en prenant en compte les biais que nous venons d'exposer, il convient de discuter les résultats obtenus grâce aux questionnaires, afin d'apporter des précisions sur les réponses apportées à la problématique et aux hypothèses posées.

II. L'interprétation des résultats

1. Les professionnels qui réalisent un bilan

Les résultats ont révélé que l'évaluation d'une plainte relative à l'oralité alimentaire chez des enfants de 12 à 36 mois n'est pas pratiquée par la majorité des professionnels de chaque discipline recevant ce type de patients. La majorité des orthophonistes et des psychomotriciens interrogés réalisent un bilan dans le cadre de cette plainte ; or ce n'est pas le cas des kinésithérapeutes interrogés, qui, pour la plupart, réorientent systématiquement le patient vers un autre professionnel. Les effectifs très réduits des psychologues et des ergothérapeutes interrogés ont rendu l'interprétation et la comparaison de leurs résultats avec les autres professionnels impossibles. A titre indicatif, la majorité des psychologues interrogés ont indiqué pratiquer habituellement une évaluation, ce qui n'est pas le cas des ergothérapeutes interrogés.

Au vu de ces résultats, les professions d'orthophoniste et de psychomotricien semblent clairement occuper un rôle dans l'évaluation des troubles liés à l'oralité alimentaire, ce qui rejoint les données de la littérature à ce sujet (Hermans, 2003 ; Abadie, 2004 b).

Hermans (2003) évoque également le rôle des kinésithérapeutes dans l'évaluation. Or la plupart des kinésithérapeutes que nous avons interrogés ont répondu qu'ils ne réalisent pas de bilan dans le cadre de ce type de plainte. Cependant, sur les 16 kinésithérapeutes interrogés réorientant le patient vers un autre professionnel, 12 ont précisé qu'ils ne s'estiment pas suffisamment compétents dans le domaine de l'oralité. Un seul kinésithérapeute évoque l'âge des patients, qu'il juge trop jeunes (12-36 mois). Enfin, seulement 2 kinésithérapeutes estiment qu'une plainte concernant l'oralité alimentaire ne justifie pas un bilan en kinésithérapie. Il apparaît donc que les kinésithérapeutes interrogés ne réalisant pas de bilan paraissent informés sur la possibilité d'intervenir dans le domaine de l'oralité, mais ne se sentent pas suffisamment compétents à ce sujet. Tout d'abord, ces résultats concordent avec les données de la littérature (Hermans, 2003) et l'article 5 du décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute (2000) : ces professionnels sont habilités à intervenir dans l'évaluation des troubles liés à l'oralité alimentaire. En revanche, le fait que les kinésithérapeutes ne réalisant pas de bilan aient répondu qu'ils ne se sentent pas

suffisamment compétents, peut laisser supposer que ces professionnels sont peu formés dans le domaine de l'oralité ou se sentent peu guidés pour réaliser une telle évaluation. Une minorité d'orthophonistes et de psychomotriciens interrogés ont répondu qu'ils réorientaient le patient dans le cadre d'une plainte liée à l'oralité alimentaire. On peut alors penser qu'un plus grand nombre d'orthophonistes et de psychomotriciens seraient formés à l'évaluation de la dysoralité. Les résultats révèlent que 78% des orthophonistes ont réalisé une formation complémentaire à leur formation initiale concernant l'oralité, contre seulement 34.6% des psychomotriciens et 30.4% des kinésithérapeutes interrogés. Il ne semble donc pas exister de différence à ce niveau entre les psychomotriciens et les kinésithérapeutes interrogés. En revanche, il semblerait que les orthophonistes soient davantage formés à l'évaluation et à la prise en charge de la dysoralité.

Etant donné la taille limitée des échantillons interrogés, nous ne pouvons en aucun cas affirmer que nos résultats sont représentatifs de la population générale des professionnels. Cependant, concernant nos échantillons, nous ne sommes pas en mesure d'expliquer pourquoi une plus faible proportion de kinésithérapeutes ont répondu qu'ils réalisent un bilan dans le cadre d'une plainte relative à l'oralité alimentaire, par rapport aux orthophonistes et aux psychomotriciens interrogés. Concernant les professionnels qui ne s'estiment pas suffisamment compétents pour pratiquer une évaluation dans le domaine de l'oralité, nous pouvons ainsi nous demander si un outil interdisciplinaire leur permettant de s'entourer d'autres professionnels dans l'évaluation, pourrait les inciter à se lancer dans la réalisation de ce type de bilan.

Enfin, nous avons obtenu les réponses de seulement 10 ergothérapeutes et 11 psychologues. Or, ces professionnels sont cités par Hermans (2003) comme pouvant intervenir dans l'évaluation des troubles de l'oralité alimentaire. Nous nous demandons donc pourquoi, malgré les nombreuses relances, un si petit nombre de professionnels a répondu. Nous avons tenté de répondre à ce questionnaire plus haut, en développant les limites de notre expérimentation.

Nous nous intéressons désormais aux pratiques d'évaluation des orthophonistes et des psychomotriciens interrogés, dont la majorité des professionnels réalisent un bilan.

2. Des points communs et des divergences parmi les pratiques évaluatives des orthophonistes et des psychomotriciens

Le peu de réponses obtenues de la part des kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychologues ne nous a pas permis d'identifier des domaines prédominants d'investigation dans leurs évaluations. En revanche, les résultats révèlent que les orthophonistes que nous avons interrogés utilisent prioritairement des outils standardisés centrés sur l'observation de la sphère oro-faciale de l'enfant, contrairement aux psychomotriciens qui s'intéressent principalement aux composantes corporelles de l'oralité alimentaire ainsi qu'au développement global du langage et de la socialisation de l'enfant.

Chaque discipline semble donc apporter un regard spécifique sur l'évaluation des troubles liés à l'oralité alimentaire. Il existerait donc bien une complémentarité entre les pratiques évaluatives de ces deux professions. Une démarche interdisciplinaire d'évaluation

pourrait alors être envisagée, en accord avec la définition de l'interdisciplinarité proposée par Joly, Lainé, Catan et Pochard (2011). Selon ces auteurs, l'approche interdisciplinaire permet aux professionnels de santé de travailler dans la même direction, pour le même objectif, à partir de compétences et d'approches différentes. Les résultats aux questionnaires permettent de relever des domaines de l'oralité évalués spécifiquement par chaque profession.

Néanmoins, nous souhaitons nuancer les résultats obtenus au sujet des psychomotriciens concernant les domaines prioritairement investigués au moyen des outils standardisés. Les composantes corporelles du trouble de l'oralité qui sont observées par les psychomotriciens, ressortent bien à la fois dans les rubriques du *Bilan sensori-moteur* (présentées par Bullinger, 2004) et dans *L'échelle de développement psychomoteur* (2001) de Brunet et Lézine. Cependant, nous émettons des réserves quant à l'investigation du développement du langage et de la socialisation par les psychomotriciens. En effet, les items concernant ces aspects se retrouvent uniquement dans l'outil de Brunet et Lézine. Cette échelle comporte quatre types d'items classés sous les termes « *posture* », « *coordination* », « *langage* » et « *socialisation* ». Ces quatre types d'items ne sont pas présentés dans des rubriques différentes ; l'ensemble des items est classé par âges, permettant d'établir un profil de développement global de l'enfant. Ainsi, d'une part l'utilisation de cette échelle implique l'observation de l'ensemble des items qui sont présentés, tous thèmes confondus. D'autre part les items regroupés sous le terme « *socialisation* », constituent un ensemble hétéroclite ne permettant pas de dégager un thème précis. Ces items concernent en effet l'habillement, l'alimentation ou le jeu par exemple. Ainsi, le fait que les psychomotriciens s'intéressent majoritairement à la « *socialisation* » dans *L'échelle de développement psychomoteur* de Brunet et Lézine ne révèle rien de très précis à propos des composantes réellement observées sous cette terminologie.

Concernant les aspects de l'oralité investigués par les orthophonistes, il apparaît en outre que la création d'outils « maison » permette à ces professionnels d'élargir leurs observations aux possibles manifestations corporelles et sensorielles du trouble ainsi qu'aux répercussions éventuelles sur le développement de la motricité, du langage et de la socialisation de l'enfant. Ces résultats révèlent que certains orthophonistes trouvent intéressant d'étendre leurs observations au-delà de la sphère bucco-faciale en évaluant d'autres composantes de l'oralité. Nous pouvons ainsi supposer que les outils standardisés actuellement proposés aux orthophonistes ne suffisent pas à combler leurs besoins concernant l'évaluation des troubles liés à l'oralité alimentaire. Il paraît logique et essentiel que les orthophonistes cherchent à évaluer les répercussions des difficultés alimentaires sur les capacités langagières de l'enfant. Cependant, concernant les composantes sensorielles et corporelles du trouble, peut-on parler d'un dépassement du champ de compétences des orthophonistes ? Une première question peut se poser : les orthophonistes sont-ils informés sur le rôle que peuvent occuper les psychomotriciens dans l'évaluation des troubles liés à l'oralité alimentaire ? D'après les résultats, la majorité des orthophonistes interrogés échangent avec des psychomotriciens lors de l'évaluation de ces troubles ; nous pouvons donc supposer que les orthophonistes sont informés du rôle que peuvent avoir les psychomotriciens dans cette évaluation. Nous nous interrogeons donc sur la nécessité de mieux répartir les axes d'évaluation entre les professionnels des différentes disciplines par l'intermédiaire d'un outil interdisciplinaire.

Enfin, l'effectif réduit des psychomotriciens concernant les outils « maison » ne nous a pas permis d'analyser leurs résultats. Il apparaît pourtant que la majorité des psychomotriciens interrogés utilisent un outil « maison » (58.8%). Nous pouvons donc nous demander si les psychomotriciens explorent également, au moyen d'outils fabriqués maison, des aspects de l'oralité alimentaire qui ne pourraient être investigués dans les outils standardisés dont ils disposent. De même, nous avons observé à titre indicatif que les kinésithérapeutes et les psychologues interrogés utilisent pour la plupart des outils « maison ».

Ainsi, il s'avère que les professionnels de chaque discipline ont besoin de créer des outils « maison ». Nous supposons à ce propos que les outils standardisés dont ils disposent ne leur suffisent pas à investiguer tous les aspects souhaités concernant l'oralité alimentaire. Soit les compléments d'observation apportés par les outils « maison » permettent aux professionnels d'approfondir l'évaluation tout en restant dans leur champ de compétences spécifique, soit les professionnels ont besoin de créer un outil « maison » pour investiguer des domaines de l'oralité alimentaire qui dépassent leur propre champ de compétences. Dans ce dernier cas, nous pensons qu'il serait utile de favoriser les liens entre les professionnels des différentes disciplines, afin que chacun puisse apporter, dans l'évaluation, des observations propres aux spécificités de sa profession.

Nous venons d'interpréter les résultats concernant les composantes de l'oralité explorées par les orthophonistes et les psychomotriciens au moyen d'outils standardisés ou « maison ». Qu'en est-il désormais des informations recherchées à travers l'anamnèse avec les parents ?

Selon les résultats exposés, les orthophonistes et les psychomotriciens interrogés recherchent exactement le même nombre d'informations concernant les antécédents médicaux de l'enfant, son développement global, les situations de repas ainsi que le langage : chacune des informations proposées dans le questionnaire concernant ces quatre rubriques sont recherchées à la fois par la majorité des orthophonistes et par la majorité des psychomotriciens. En revanche, les psychomotriciens recherchent un plus grand nombre d'informations en lien avec le développement psychomoteur de l'enfant, alors que les orthophonistes s'intéressent à un plus grand nombre d'éléments concernant l'alimentation.

Ces résultats laissent envisager d'une part que les informations partagées par les orthophonistes et les psychomotriciens puissent constituer une base commune pour la création d'un outil interdisciplinaire d'évaluation. Les éléments communs recherchés concernant les antécédents médicaux de l'enfant, le développement global et les situations de repas révèlent des compétences générales partagées entre les orthophonistes et les psychomotriciens interrogés. D'autre part, dans l'anamnèse, les psychomotriciens s'intéressent davantage au développement psychomoteur, tandis que les orthophonistes se focalisent plus sur l'alimentation, c'est-à-dire sur la sphère oro-faciale de l'enfant. Nous notons ainsi que les spécificités qui ressortent des anamnèses de chaque discipline semblent en lien avec les champs de compétences de chacune des professions et rejoignent les éléments investigués par chaque discipline au moyen des outils standardisés.

Nous tentons cependant de comprendre pourquoi les psychomotriciens interrogés recherchent exactement le même nombre d'informations que les orthophonistes au sujet

du développement du langage. En effet, compte tenu de leurs compétences spécifiques, les orthophonistes sont censés explorer de manière plus approfondie le développement du langage de l'enfant dans l'entretien d'anamnèse. Pour expliquer ce résultat étonnant, nous relevons un biais dans notre questionnaire. En effet, nous avons proposé peu de choix de réponses dans la rubrique concernant le langage : il s'agissait seulement des âges clés en expression, des capacités globales de compréhension de l'enfant et de son environnement linguistique. L'analyse de ces seuls choix n'a pas permis de mettre en évidence des spécificités parmi les informations recherchées dans ces deux disciplines. Ces observations peuvent néanmoins révéler que les psychomotriciens semblent sensibilisés aux répercussions éventuelles de la dysoralité sur le langage. De plus, si les psychomotriciens s'intéressent au développement du langage dans l'anamnèse de l'enfant, il est possible que les échanges actuellement réalisés avec les orthophonistes ne soient pas suffisants ou demandent à être approfondis.

Après avoir observé des différences et des points communs parmi les évaluations des orthophonistes et des psychomotriciens, nous nous sommes demandé s'il existait des échanges entre les orthophonistes et les professionnels interrogés des autres disciplines pour cette évaluation.

3. Les échanges interdisciplinaires

Nos résultats ont révélé que les orthophonistes interrogés échangent avec des professionnels d'autres domaines dans le cadre d'une évaluation concernant une plainte liée à l'oralité alimentaire. Ces échanges existent de manière privilégiée avec les psychologues et les psychomotriciens et de façon moins marquée avec les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes.

D'autres professionnels ont été cités en plus par les orthophonistes : il s'agit en grande majorité des médecins que nous avons évoqués dans la théorie. Les résultats des questionnaires reflètent donc bien les données de la littérature : le pédiatre, le pédopsychiatre, l'ORL, le phoniatre, le gastroentérologue et le neuropédiatre peuvent, entre autres, intervenir dans l'évaluation de troubles liés à l'oralité alimentaire (Herman, 2003). Nous n'avons pas souhaité proposer ces médecins dans les choix des questions car nous voulions nous focaliser sur les interactions qui existent parmi les cinq disciplines de santé non médicales qui constituent notre population. Nous avons construit nos questionnaires dans l'objectif d'envisager un outil d'évaluation qui permette de favoriser les liens entre différentes professions dans le cadre de l'évaluation des troubles relatifs à l'oralité alimentaire. Une telle démarche interdisciplinaire ne serait pas envisageable pour l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux concernés par cette évaluation. C'est pourquoi nous avons choisi de nous centrer sur cinq disciplines. Nous avons recherché des disciplines pouvant apporter des approches complémentaires à l'orthophonie dans l'évaluation des troubles liés à l'oralité alimentaire. De plus, les professionnels que nous avons choisi d'interroger représentent des intervenants de seconde intention, agissant le plus souvent sous l'avis du pédiatre ou du médecin généraliste. Ils constituent des professionnels non médicaux, habilités à réaliser des évaluations dans le but de proposer ou non une prise en charge.

D'après nos résultats, la majorité des orthophonistes interrogés échangent avec des psychologues et des psychomotriciens. Nous pouvons alors supposer que les

manifestations psychiques et corporelles des troubles sont bien connues des orthophonistes interrogés, qui cherchent à enrichir leurs observations sur ces points. Ainsi, compte tenu des échanges révélés à travers nos questionnaires entre les orthophonistes et les psychologues, nous nous sommes demandé pourquoi si peu de psychologues ont participé à notre enquête. Nous avons tenté de répondre à cette interrogation plus haut, en développant les limites de notre expérimentation.

Par ailleurs, il ressort des résultats que les échanges entre les orthophonistes et les professionnels des autres disciplines ne sont pas plus nombreux en institution ni en pratique mixte par rapport à une pratique libérale seule. Nous avons supposé qu'en institution, où les professionnels ont l'habitude de travailler en équipe, les échanges seraient plus nombreux autour de l'évaluation des troubles liés à l'oralité alimentaire. Le résultat obtenu nous paraît donc surprenant. Nous nous demandons d'une part si l'échantillon de 92 orthophonistes interrogés réalisant un bilan est bien représentatif de la population des orthophonistes. D'autre part, les résultats révèlent que les échanges s'effectuent, entre autres, dans le but de compléter les évaluations des orthophonistes et que le lieu d'exercice n'a pas d'influence sur la demande ou non d'un bilan complémentaire.

Nous observons donc, d'après les résultats de l'échantillon interrogé, une volonté de la part des orthophonistes de compléter leurs évaluations en faisant appel à d'autres disciplines. Cette volonté pourrait justifier la création d'un outil interdisciplinaire d'évaluation qui viserait une évaluation globalisante de l'enfant.

A ce propos, il existe en effet, chez la majorité des orthophonistes et des psychomotriciens interrogés, une demande pour un outil interdisciplinaire d'évaluation permettant de créer des liens entre différentes professions dans le cadre d'une évaluation concernant une plainte liée à l'oralité alimentaire, chez des enfants de 12 à 36 mois. Pour la majorité de ces professionnels, un tel outil permettrait avant tout de « réaliser une évaluation plus complète » des troubles liés à l'oralité alimentaire. Cette raison principalement évoquée révèle le sentiment qu'ont les professionnels interrogés de ne pas réaliser à eux seuls une évaluation suffisamment complète de l'enfant. A partir des liens déjà présents entre les différentes disciplines, il paraîtrait pertinent de mettre en place un outil interdisciplinaire qui permette aux professionnels de formaliser leurs échanges autour de l'évaluation d'un enfant souffrant de dysoralité.

Les résultats obtenus à travers ces questionnaires offrent un aperçu intéressant des pratiques évaluatives des professionnels interrogés. Nous avons notamment pu identifier des différences et des points communs parmi les évaluations des orthophonistes et des psychomotriciens, ainsi que la présence d'échanges entre les différentes disciplines de santé. L'analyse des données recueillies dans les questionnaires nous a également permis d'obtenir des informations pertinentes concernant la mise en place d'une réflexion au sujet de la manière de créer des liens entre les professionnels des différentes disciplines dans le cadre de l'évaluation d'un enfant présentant une plainte liée à l'oralité alimentaire. Comme nous l'avons précédemment évoqué, un outil interdisciplinaire destiné aux professionnels pratiquant des évaluations de ce type, pourrait permettre de formaliser les échanges et d'organiser les observations entre les différents professionnels de santé. Nous livrons donc ci-dessous quelques pistes de réflexion pour construire un tel outil, pour lequel nous avons identifié une réelle demande.

III. Vers la construction d'un outil interdisciplinaire d'évaluation

1. Les professionnels concernés par un outil interdisciplinaire

Un outil d'évaluation interdisciplinaire pourrait constituer une solution pertinente pour favoriser les échanges entre les différents professionnels de santé dans le but de réaliser une évaluation plus complète chez des enfants de 12 à 36 mois dans le cadre d'une plainte liée à l'oralité alimentaire.

Nous souhaitons, à partir des résultats obtenus, offrir quelques pistes de réflexions sur la création d'un outil interdisciplinaire comme base d'échanges entre les professionnels pour l'évaluation. L'outil interdisciplinaire, tel que nous souhaiterions l'envisager, ne serait pas utilisable de la même façon par tous les professionnels de santé. Il permettrait plutôt de prendre en compte les compétences de chacun, afin de toutes les mettre à contribution dans le but final d'évaluer de manière globalisante un enfant présentant une plainte relative à l'oralité alimentaire.

L'échantillon interrogé à travers les questionnaires n'étant pas représentatif de la population générale des professionnels exerçant en France, nous proposons de nous fier aux données de la littérature pour justifier quelle population de professionnels pourrait être concernée par cet outil. L'outil interdisciplinaire pourrait donc s'adresser à l'ensemble des disciplines que nous avons interrogées, c'est-à-dire aux orthophonistes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, psychologues et ergothérapeutes. Nous avons identifié l'existence d'échanges entre ces différentes disciplines grâce à notre enquête : les orthophonistes interrogés ont indiqué échanger avec des psychologues et des psychomotriciens en majorité, mais également avec des kinésithérapeutes (40%) et des ergothérapeutes (21%). Concernant les ergothérapeutes, essentiellement cités dans la littérature belge ou canadienne, nous pensons pertinent de les intégrer au projet. Nous pensons en effet que le courant de la théorie de l'intégration sensorielle, sur laquelle se base l'intervention des ergothérapeutes à l'étranger, pourrait être amené à se développer en France dans les années à venir, dans le champ d'intervention de l'oralité alimentaire.

Enfin, nous avons vu que, le plus souvent, les médecins généralistes et les pédiatres sont les professionnels médicaux qui orientent le patient et sa famille vers un professionnel de santé dans le cas d'une plainte liée à l'oralité alimentaire. Nous pourrions ainsi imaginer dans cet outil une partie initiale réservée au médecin, dans laquelle il pourrait indiquer la nature de la plainte, ses observations médicales ainsi que tous les autres éléments qu'il jugerait nécessaire de communiquer au professionnel. L'ensemble de ces informations pourraient permettre au professionnel de santé de mieux cibler les informations à rechercher dans l'anamnèse ainsi que les aspects à investiguer dans le bilan.

2. Les éléments à prendre en compte dans la construction d'un outil interdisciplinaire

Nous nous appuyons sur les différents éléments relevés à travers nos questionnaires pour proposer des pistes concernant l'élaboration d'un outil d'évaluation interdisciplinaire.

Tout d'abord, les informations relevées à propos des habitudes des professionnels interrogés concernant le contexte général d'évaluation nous paraissent importantes à prendre en compte, dans le but de proposer un outil qui corresponde aux conditions réelles de passation du bilan. Nous avons ainsi observé que la majorité des professionnels interrogés réalisent le plus souvent le bilan sur le lieu de travail, en une à deux heures réparties sur deux ou trois séances. Ces contraintes de temps et de lieu seraient à prendre en compte dans l'élaboration de l'outil. Nous avons par ailleurs observé que la population des patients avec une plainte relative à l'oralité alimentaire se constitue d'enfants présentant des pathologies variées. Cet élément essentiel devrait donc être pris en considération, afin d'envisager un outil qui soit adaptable en fonction du contexte pathologique de chaque patient.

Ensuite, nous avons identifié à la fois des points communs et des divergences parmi les évaluations des différentes disciplines. Alors que de nombreux éléments sont recherchés de manière commune dans l'anamnèse, les professionnels investiguent divers aspects de l'oralité selon les disciplines, au moyen d'outils différents. Ces particularités observées dans chacune des disciplines révèlent que les différents champs de compétences sont respectés dans l'évaluation.

Dans l'outil d'évaluation interdisciplinaire, nous pourrions ainsi tout d'abord imaginer un tronc commun concernant les éléments d'anamnèse recherchés par l'ensemble des professionnels. Le premier professionnel recevant l'enfant pourrait communiquer les premiers éléments relevés dans l'anamnèse de manière claire et hiérarchisée au collègue vers qui il réoriente le patient. Les collègues réalisant des bilans complémentaires pourraient ainsi à leur tour compléter les informations déjà relevées.

Par ailleurs, nous pourrions par exemple imaginer des grilles de synthèse spécifiques à chaque discipline permettant de résumer l'ensemble des observations relevées par chaque professionnel à partir des outils standardisés utilisés. Il paraîtrait pertinent d'élaborer le contenu de ces grilles selon les thèmes des rubriques investiguées dans les différents outils standardisés utilisés, en fonction des disciplines. Ainsi, chaque professionnel pourrait investiguer particulièrement un aspect de l'oralité alimentaire tout en ayant accès aux observations des professionnels des autres disciplines.

Les axes d'observations entre les professionnels pourraient également être répartis en s'appuyant sur les décrets de compétences de chacune des disciplines citées dans la partie expérimentation de ce mémoire. Ainsi, les orthophonistes pratiqueraient l'examen des structures et fonctions oro-faciales nécessaires à la déglutition et à l'alimentation. Ces éléments sont importants à évaluer précocement compte tenu de leurs possibles répercussions sur le langage et la parole de l'enfant. Les kinésithérapeutes seraient plus à même d'évaluer la motricité faciale et son implication dans les capacités de mastication et de déglutition chez l'enfant. Les psychomotriciens apporteraient leur regard sur

l'ensemble des réactions corporelles de l'enfant d'un point de vue du tonus, de la posture et de la sensibilité au niveau corporel. Les ergothérapeutes pourraient quant à eux porter leur regard sur la sensori-motricité de l'enfant, sur le traitement de l'information sensorielle, ainsi que sur le degré d'autonomie de l'enfant pendant les repas par exemple. Enfin, les psychologues s'intéresseraient aux composantes affectives et psychiques qui peuvent être à l'origine de la dysoralité ou venir renforcer ce trouble. Nous respecterions ainsi les différents champs de compétences des professionnels, comme cela semble se réaliser dans la pratique actuelle. Les données recueillies dans chaque grille de synthèse constitueraient ainsi des conclusions formalisées des évaluations pratiquées à l'aide d'outils standardisés, lisibles par l'ensemble des professionnels susceptibles d'intervenir lors de l'évaluation d'un même enfant. Ces grilles formalisées sur une même modèle permettraient ainsi de simplifier les échanges d'informations entre les professionnels.

Enfin, cet outil pourrait avoir une fonction de dépistage concernant les différentes manifestations possibles de la dysoralité. Nous avons identifié dans nos questionnaires la présence de nombreux échanges entre les professionnels pour compléter leurs évaluations. L'outil pourrait ainsi aider chaque professionnel de santé à repérer chez l'enfant des signes d'appel ou indicateurs pouvant justifier une demande de bilan complémentaire auprès d'un autre professionnel. Dans la partie anamnèse par exemple, des indicateurs pourraient permettre de signaler si certains éléments constituent des indices en faveur d'un trouble associé, nécessitant une évaluation complémentaire spécifique. De la même manière, certains éléments observés dans la grille de synthèse pourraient alerter sur un aspect devant être plus spécifiquement évalué par un professionnel d'une autre discipline.

Ainsi, les réponses des professionnels de santé interrogés nous éclairent sur les possibilités d'élaboration d'un outil d'échanges interdisciplinaire, pour l'évaluation d'une plainte relative à l'oralité alimentaire chez un enfant âgé de 12 à 36 mois. Cet outil constituerait un support aux échanges entre les professionnels de différentes disciplines, dans le but de réaliser une évaluation globalisante de l'enfant, grâce aux approches complémentaires des professionnels. Nous pensons qu'un tel outil permettrait de répondre à la volonté exprimée par les professionnels interrogés de pratiquer une « évaluation plus complète » des troubles liés à l'oralité alimentaire. Une prise en charge interdisciplinaire pourrait ainsi logiquement découler de cette évaluation.

IV. Conclusion de la discussion

La limite principale de notre expérimentation concerne les tailles inégales des échantillons interrogés. Si ces écarts d'effectifs ne nous ont pas permis de comparer entre elles les pratiques des cinq disciplines interrogées, les résultats obtenus à travers cette enquête offrent un aperçu intéressant des pratiques évaluatives de certaines professions.

Les résultats obtenus à partir des réponses aux questionnaires ont principalement permis de mettre en relief les rôles des orthophonistes et des psychomotriciens dans l'évaluation d'enfants de 12 à 36 mois présentant une plainte liée à l'oralité alimentaire. Cependant, des échanges semblent exister entre les professionnels des cinq disciplines interrogées. Ainsi, même si une telle évaluation ne concerne pas la majorité des ergothérapeutes et les kinésithérapeutes interrogés notamment, il ressort que chaque discipline peut être

impliquée dans ce type d'évaluation. Ces résultats sont confirmés par les données de la littérature, qui préconisent l'intervention de chacune de ces disciplines dans l'évaluation.

Par ailleurs, nous avons identifié une demande pour un outil interdisciplinaire d'évaluation afin de « réaliser une évaluation plus complète » des troubles liés à l'oralité alimentaire. A partir des informations recueillies dans les questionnaires, nous identifions également des points communs et des divergences entre les évaluations proposées par les différentes disciplines. Ces divergences s'expliquent par l'existence de champs de compétences différents entre les disciplines. Ces éléments nous ont entre autres permis de mener une réflexion sur la création d'un outil interdisciplinaire comme base d'échanges entre les professionnels pour l'évaluation. Cet outil pourrait tout d'abord permettre une répartition des axes d'évaluation entre les disciplines. De plus, il permettrait de formaliser les échanges préexistants entre les professions en rendant accessibles à l'ensemble des professionnels évaluant l'enfant les observations spécifiques de chacun. Nous imaginons ainsi qu'un tel outil puisse offrir une évaluation d'une part plus complète de l'enfant souffrant de dysoralité, et d'autre part plus formelle, en comparaison aux évaluations actuelles parfois « empiriques » réalisées au moyen d'outils « maison ».

CONCLUSION GENERALE

Le développement de l'oralité alimentaire chez l'enfant se réalise sur la base de nombreuses constructions à la fois sur les plans anatomique et fonctionnel, psychologique et affectif, psychomoteur et sensoriel, langagier et social. Ainsi, de nombreux facteurs peuvent expliquer une oralité perturbée. Les manifestations de la dysoralité peuvent également être multiples, tant au niveau de la sphère bucco-faciale que sur le plan corporel. L'évaluation de ce trouble chez le jeune enfant nécessite donc l'intervention de différents professionnels de santé.

Nous nous sommes ainsi interrogées sur les rôles respectifs de différents professionnels de santé dans l'évaluation concernant une plainte relative à l'oralité alimentaire chez des enfants de 12 à 36 mois. Nous nous sommes premièrement demandé si les orthophonistes pratiquaient une évaluation spécifique, comparé aux évaluations proposées par d'autres professionnels de santé. Puis, nous nous sommes questionnées sur la façon de favoriser les échanges entre les professionnels des différentes disciplines intervenant dans l'évaluation.

Pour tenter de répondre à ces questionnements, nous avons interrogé des professionnels orthophonistes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, psychologues et ergothérapeutes sur leurs pratiques d'évaluation dans le cadre d'une plainte relative à l'oralité alimentaire chez des enfants entre 12 et 36 mois. Les échantillons de certaines professions interrogées étant réduits, nous avons dû principalement centrer notre analyse sur les réponses des orthophonistes et des psychomotriciens interrogés. Mais l'ensemble des données obtenues offre un aperçu intéressant de l'état actuel des évaluations.

Les résultats obtenus à partir des réponses aux questionnaires révèlent que la majorité des orthophonistes et des psychomotriciens interrogés réalisent un bilan face à une plainte concernant l'oralité alimentaire chez des enfants de 12 à 36 mois, contrairement aux kinésithérapeutes interrogés, qui réorientent majoritairement le patient vers un autre professionnel. Pour information, la plupart des psychologues ont exprimé pratiquer une évaluation, ce qui n'est pas le cas des ergothérapeutes interrogés. En outre, les réponses aux questionnaires ont révélé des échanges entre les professionnels des différentes disciplines de santé en ce qui concerne cette évaluation. En effet, les orthophonistes interrogés échangent principalement avec des psychologues et psychomotriciens, mais également avec des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes. Les données de la littérature préconisent l'intervention de chacune de ces disciplines pour une évaluation globalisante de l'enfant souffrant de dysoralité. Ces cinq professions de santé semblent donc bien avoir une place à tenir dans l'évaluation. Enfin, les pédiatres et médecins généralistes occupent un rôle prépondérant en première ligne de la chaîne de soin, puisqu'ils sont généralement les premiers à recueillir la plainte des parents.

Par ailleurs, dans leurs pratiques, les orthophonistes semblent utiliser prioritairement des outils standardisés centrés sur l'observation de la sphère oro-faciale de l'enfant alors que les psychomotriciens centrent leurs évaluations sur les composantes corporelles de l'oralité alimentaire. En revanche, nous avons mis en évidence que de nombreuses informations sont recherchées communément par ces professionnels dans l'anamnèse. Nous avons enfin identifié une demande marquée pour un outil interdisciplinaire d'évaluation, qui permettrait de « réaliser une évaluation plus complète » des troubles liés

à l'oralité alimentaire. Un outil interdisciplinaire utilisé comme support aux évaluations entre les professionnels pourrait être élaboré, dans l'objectif d'offrir une évaluation globalisante de l'enfant, qui prenne en compte les multiples manifestations du trouble grâce aux compétences spécialisées et conjuguées de plusieurs professionnels de santé. Les résultats obtenus aux questionnaires nous ont offert des pistes de réflexions pour sa construction. A partir des divergences et des points communs observés, nous pourrions imaginer dans cet outil d'une part des entrées communes concernant l'anamnèse et d'autre part des parties spécifiques à chaque profession concernant les investigations de certains aspects de l'oralité alimentaire.

Chaque professionnel évalue en effet l'enfant souffrant de dysoralité de manière spécifique. Un outil d'évaluation interdisciplinaire pourrait donc permettre de formaliser les échanges entre les professionnels et de rassembler sur un même support les observations et conclusions de chacun. De cette façon, l'évaluation de l'enfant pourrait s'avérer plus complète et globalisante. Cet outil pourrait par ailleurs avoir une fonction de dépistage concernant les différentes manifestations possibles du trouble, en permettant au professionnel d'identifier, dans son évaluation, des composantes plus fragiles méritant d'être évaluées de façon approfondie par un autre professionnel.

En nous basant sur des données recueillies dans la littérature ainsi qu'à partir de l'analyse des résultats obtenus aux questionnaires, nous avons ainsi mené une réflexion sur une pratique d'évaluation interdisciplinaire de la dysoralité chez le jeune enfant. Nous avons conscience que notre recherche constitue un travail exploratoire, dans un domaine qui n'est que depuis récemment exploré en orthophonie. Cette réflexion mériterait d'être approfondie à travers de nouvelles recherches afin, pourquoi pas, d'envisager de formaliser l'outil d'évaluation interdisciplinaire auquel nous avons réfléchi. Il semble enfin essentiel de rappeler l'intérêt d'un travail en interdisciplinarité pour l'évaluation du trouble de l'oralité alimentaire. Il s'agit de permettre aux professionnels, à partir de compétences et d'approches différentes, de viser un même objectif : une évaluation plus complète de l'enfant. Une telle démarche favoriserait de manière conséquente la mise en place d'une prise en soins plus cohérente de l'enfant dans sa globalité.

Ce mémoire, mené sur deux années d'études, nous a tout d'abord permis d'élargir nos connaissances théoriques concernant le domaine de l'oralité et l'évaluation de ses troubles en orthophonie ainsi que dans d'autres disciplines. Nous sommes confortées dans l'idée qu'il n'existe pas seulement une dysoralité mais bien des dysoralités, au vu d'une part, du nombre de facteurs qui peuvent être impliqués et intriqués, et d'autre part, de la diversité des manifestations possibles. Après ce travail, nous sommes convaincues que l'interdisciplinarité constitue une approche indispensable et précieuse pour une évaluation complète de l'enfant souffrant de dysoralité, pouvant se mettre en place en orthophonie dans le cadre d'une pratique libérale également. Grâce à cette réflexion, nous souhaiterions aborder notre future pratique orthophonique dans une optique d'interdisciplinarité, non seulement dans le cadre des troubles liés à l'oralité alimentaire, mais également pour l'évaluation et la prise en soins de nombreux autres troubles.

BIBLIOGRAPHIE

AEPU, ANOP, et SFP. (1996). *Code de déontologie des psychologues du 22 mars 1996*. Récupéré le 14 mars sur : http://www.psychologue-legislation.com/deontologie_psychologue.php

Abadie, V. (2004 a). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de pédiatrie*, 11, 603-605.

Abadie, V. (2004 b). Trouble de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 55-70.

Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris, France : Dunod.

Arvedson, J.C. (2008). Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders : Clinical and instrumental approaches. *Developmental Disabilities Research reviews*, 14, 118-127.

Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F. et Roy, S. (2006). *Dialogoris 0/4 ans Orthophonistes*, Nancy, France : Commédic.

Ayres, A.J. (2005). *Sensory Integration and Learning Disorders*. Los Angeles, CA : Western Psychological Services.

Barbier, I. (2004) *L'accompagnement parental à la carte*. Isbergues, France : Ortho éditions.

Barbizet, J., Cauhépé, J., Debray, P., Laget, P., Sauvageot, A. et Husson, R. (1968). *Mécanismes cérébraux du langage oral structure des langues*. Paris, France : Masson et cie.

Birch, L.L. (1999). Development of food preferences. *Annual review of nutrition*, 19, 41-62.

Boulanger, Y.-L., Staltari, C., Proulx, P., Zander, K., Feyz, M. et Tinawi, S. (2004). Rééducation-réadaptation et interdisciplinarité. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 26-006-D-10, 1-5.

Bowlby, J. (1977). *L'attachement, Attachement et perte*, Vol. 1. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche*. Paris, France : Erès.

Bullinger, A. (2005). *L'espace oral chez le nourrisson, lieu d'incorporation et d'exploration*. Conférence, Lausanne.

Bullinger, A. et Delion, P. (2008). Approche plurielle en psychomotricité. *Contraste*, 28-29, 5-16.

Burklow, K.A., Kathleen, A., Phelps, A.N., Schultz, J.R., McConnell, K. & Rudolph, C. (1998). Classifying Complex Pediatric Feeding Disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 27(2), 143-147.

Brett-Green, B.A., Miller, L.J., Schoen, S.A. & Nielsen, D.M. (2010). An exploratory event-related potential study of multisensory integration in sensory over-responsive children. *Brain Research*, 1321, 67-77.

Brunet, O., Lézine, I. (2001). *Echelle de développement psychomoteur*. Montreuil, France : ECPA.

Caillet, C. et Caron, E. (2009). *Quand manger rime avec difficultés : les outils d'évaluation orthophonique pour le jeune enfant*. Paris, France : Mémoire d'orthophonie.

Chatoor, I. & Ganiban, J. (2003). Food refusal by infants and young children : Diagnosis and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 138-146.

Chatoor, I. (2009). Sensory food aversions in infants and toddlers. *Zero to Three*, 29(3), 44-49.

Chiva, M. (1985). *Le doux et l'amer*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Couly, G. (2010). *Les oralités humaines Avaler et crier : le geste et son sens*. Paris, France : Doin.

Coquet, F., Ferrand, P. et Roustit, J. (2009). *Evalo 2-6*. Isbergues, France : Ortho éditions.

Coquet, F., Ferrand, P., et Roustit, J. (2010). *Evalo BB*. Isbergues, France : Ortho éditions.

Crunelle, D. et Crunelle, J.P. (2008). *Les troubles de l'alimentation et de la déglutition*. DVD. Isbergues, France ; Ortho éditions.

Cyrulnik, B. (2000). *Les nourritures affectives*. Paris, France : Odile Jacob.

Dunn, W. (2002). *Infant/Toddler Sensory Profile (0-36 months)*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.

Etiévant, P., Bellisle, F., Dallongeville, J., Etilé, F., Guichard, E., Padilla, M. et Romon-Rousseaux, M. (2010). *Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ?* Expertise scientifique collective, rapport. Paris, France : Institut National de la Recherche Agronomique.

Gosset, C. (2010). *Troubles de l'oralité alimentaire : Enquêtes auprès des professionnels de santé : demandes, besoins, pratique orthophonique*. Tours, France : Mémoire d'orthophonie.

Hermans, D. (2003). Les troubles alimentaires du nourrisson, *Louvain Med.*, 122, S152-S159.

INSEE. (2012). Professions de santé en 2012. Récupéré le 19 mars 2013 de : <http://www.insee.fr>, rubrique « Professions de santé en 2012 ».

Joly, C., Lainé, A., Catan, A. et Pochard, F. (2011). L'interdisciplinarité : une visée, une nécessité et une exigence au service du malade. *Ethique et santé*, 8, 119-124.

Lafon, R. (2010). *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Leblanc, V. et Ruffier-Bourdet, M. (2009). Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel. *Spirale*, 51, 47-54.

Leblanc, V., Bourgeois, C., Hardy, E., Lecoufle, A. et Ruffier, M. (2012). *Boîte à idées pour une oralité malmenée du jeune enfant*. Saint-Ouen, France : Nutricia.

Marlier, L., Gaugler, C., Astruc, D. et Messer, J. (2007). La sensibilité olfactive du nouveau-né prématuré. *Archives de pédiatrie*, 14, 45-53.

Miller, L.J. (2006). *Sensational Kids*. New York, NY : G.P. Putnam's Sons.

Miller, L.J., Nielsen, D.M., Schoen, S.A. & Brett-Green, B.A. (2009). Perspectives on sensory processing disorder : a call for translational research. *Frontiers in Integration Neuroscience*, 3, 22, 1-10.

Ministère de l'emploi et de la solidarité (2002). *Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste*. Journal officiel, n°104 du 4 mai 2002, p.8339, texte 56. Récupéré le 14 mars 2013 de : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=307380BAAC1D8C5DA89CE2E9AEC45F20.tpdjo15v_3?cidTexte=JORFTEXT000000413069&categorieLien=id

Ministère de la santé et de la protection sociale (2004). *Décret n° 2004-806 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code*. Journal officiel n°183 du 8 août 2004, p.37087, texte 37086. Titre 1^{er} Profession d'infirmier ou d'infirmière. Récupéré le 14 mars 2013 de : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id#JORFSCTA000000895088>

Ministère de l'emploi et de la solidarité (2000). *Décret n°2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute*. Journal officiel n°149 du 29 juin 2000, p/9767, texte 11. Récupéré le 14 mars 2013 de : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000399787&dateTexte=&categorieLien=id>

Ministère des affaires sociales et de l'emploi (1988). *Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice*. Journal officiel du 8 mai 1988, p.6716. Récupéré le 13 mars 2013 de : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=307380BAAC1D8C5DA89CE2E9AEC45F20.tpdjo15v_3?cidTexte=JORFTEXT00000693097&categorieLien=id

Ministère des affaires sociales et de l'emploi (1986). *Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en*

ergothérapie. Journal officiel du 23 novembre 1986, p.14133. Récupéré le 13 mars 2013 de : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=9DBC7EEE8187EE06D4E6F7636A1C1E8D.tpdjo05v_1?cidTexte=JORFTEXT000000309649&categorieLien=id

Ramsay, M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. *Devenir*, 13, 11-28.

Robert-Ouvray, S. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Paris, France : Desclée de Brouwer.

Rogers, B. & Arvedson, J. (2005). Assessment of Infant Oral Sensorymotor and Swallowing Function. *Mental retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, 74-82.

Kenny, D.J., Koheil, R.M., Greenberg, J., Reid, D., Milner, M. & Judd P.L. (1989). Development of a multidisciplinary feeding profile for children who are dependent feeders, *Dysphagia*, 4(1), 16-28. (Samson, O., (n.d.). *L'évaluation des possibilités d'alimentation, traduction française*).

Senez, C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Marseille, France : Solal.

Senez, C. et Schaal, B. (2010). Réactivité chimiosensorielle et alimentation de l'enfant atteint de handicap. *Médecine et enfance, hors série* 30, 1-12.

Senez, C. (n.d.). *Le syndrome de dysoralité sensorielle*. Récupéré le 18 janvier 2013 de <http://orthophonistesgirond.files.wordpress.com/2011/07/c-senez-le-syndrome-de-dysoralite3a9-sensorielle.pdf>

Senez, C. (n.d.). Association Oralité Déglutition. Consulté le 14 mars 2013 sur <http://mac-gratuit.fr/site/catherine-senez-aod/Accueil.html>

Schneider, B., Fritz, L., et Maire, H. (2013). L'insertion professionnelle des psychologues. Une analyse croisée entre une synthèse d'enquêtes et une observation des offres d'emploi proposées sur le site de la FFPP. *Bulletin de Psychologie*, 66 (1), 523, 87-100.

Smith, A.M., Roux, S., Naidoo, N.T., & Venter, D.J. (2005). Food choices of tactile defensive children. *Nutrition*, 21, 14-19.

Soulé, M., Fain, M., Kreisler, L. et Lebovici, S. (1987). *L'enfant et son corps : études sur la psychosomatique du premier âge*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Thibault, C. (2007). *Orthophonie et oralité, La sphère oro-faciale de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux, France : Solal.

Thibault, C. (2008). L'oralité contrariée. *Ortho magazine*, 78, 15.

Thibault, C. (2012). Les enjeux de l'oralité. *Les Entretiens de Bichat* 2012, 115-136.

Tremblay, J., Proulx, P., Vermette, M. et Gaudreault, C. (2000). Les bases du P3I : Interdisciplinarité et travail en équipe. *Journal de réadaptation médicale*, 20, 3-4, 95.

Vaivre-Douret L. (1999). *Développement fonctionnel moteur de 0 à 48 mois*. Montreuil, France : ECPA.

Vaivre-Douret, L. (2006). *Apport de l'examen psychomoteur*. Paris, France : Vernazobre-Grego.

Winnicott, D.W. (1992). *Le bébé et sa mère*. Paris, France : Payot.

Yack, E. (1989). Sensory Integration : A survey of its Use in the Clinical Setting. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 56, 5, 229-235.

ANNEXES

Annexe I : L'hypersensitivité tactile et orale déclinée en 5 stades

D'après Leblanc et Ruffier-Bourdet, 2009.

	CONTACT CORPOREL	TOUCHER IMPOSSIBLE	TOUCHER DIFFICILE	TOUCHER POSSIBLE :	SENSIBILITE ORALE
STADE 5	Aversion pour le contact corporel que l'enfant évite ou refuse.	Aversion pour le toucher de tout type de matière : aversion pour les matières franches (bois, plastique, tissus...) et pour les matières/textures molles, aériennes (plumes, coton, pâte à modeler, peinture : pâtes et riz cuits, fruits et légumes crus, épluchés). Le toucher de ces matières peut entraîner une nausée.			L'enfant ne laisse aucun accès au visage, plus il y a de tentative, plus il met en place des défenses.
STADE 4	Toucher du corps impossible.	Matière franches impossibles.	Le toucher des matières/textures sèches (pâtes et riz crus, semoule, légumes et fruits crus non épluchés) est difficile, ainsi que celui des matières/textures		Il est possible de toucher le menton et les joues mais les autres zones sont défendues.

			molle (pâtes à modeler, pâtes et riz cuits) et des matières, textures aériennes (plumes, coton, farine)		
STADE 3	Toucher du corps possible.	Les matières et textures aériennes (coton, plumes, farine) restent impossibles à toucher.	Les matières molles, non collantes au doigt (pâte à modeler) et les matières gélatineuse (pâtes et riz cuit al dente) restent difficiles à toucher.	Toucher possible des matières/textures franches et sèches.	L'enfant laisse toucher les zones exo-buccales (joues, menton, lèvre) mais les zones endo-buccales sont encore défendues.
STADE 2 :	Toucher du corps possible.	Persiste une aversion pour les matières/textures collantes au doigt et aériennes.		Toucher possible des matières et textures franches, sèches, molles non collantes.	Le toucher des zones exo-buccales est possible. De petits massages sur les gencives et les joues en restant en antérieur sont réalisables.
STADE 1 :	Toucher du corps possible.			Toucher possible jusqu'aux matières et textures molles collantes (peinture, compote, purée, yaourts).	Les massages sont appréciés sur les gencives, les joues, la partie antérieure du palais et la pointe de la langue.
STADE 0	Toucher du corps possible.			Plus d'appréhension tactile	Il est possible de solliciter toutes les zones endo et exo-buccales ainsi que les parties postérieures des gencives, de la langue et du palais

Annexe II : Récapitulatif des outils standardisés proposés dans les questions concernant l'évaluation

OUTIL D'EVALUATION	AGES	OBJECTIFS	PROFESSIONNELS CONCERNES	DOMAINES EXploRES EN LIEN AVEC LA RECHERCHE D'UNE DYSORALITE
Evalo BB , (2010) F. Coquet, P. Ferrand et J. Roustit	Enfants de moins de 36 mois	- Observation du développement du langage oral - et des aptitudes ou aspects associés.	Orthophonistes	➤ Aspects morphologiques, aspect général et critères squelettiques ; Etat bucco-dentaire ➤ Praxies oro-faciales ; Motricité orale hors alimentation ➤ Comportement alimentaire ; Repérage d'un trouble de l'oralité ➤ Désignation des parties du corps ➤ Tonus et développement psychomoteur ➤ Sensorialité
Les troubles de l'alimentation et de la déglutition (2008), D. et J.P. Crunelle	Enfants et adultes	- Identification des troubles de la déglutition et de l'alimentation - en fonction de l'âge et du trouble du patient.	Orthophonistes et kinésithérapeutes	➤ Etat bucco-dentaire ; Examen passif hors repas ➤ Praxies ➤ Déglutition salivaire ➤ Alimentation ➤ Reflexes oraux ; Respiration ➤ Reflux gastro-oesophagien ➤ Tonus musculaire (repos ou alimentation) ➤ Sensibilité
C. Senez, formations au sein de l'Association Oralité Déglutition	Enfants, adultes	- Méthodologies d'évaluation et d'observation dans le cadre d'une plainte alimentaire et d'un Syndrome de Dysoralité Sensorielle. (http://mac-gratuit.fr/site/catherine-senez-aod/Accueil.html)	Orthophonistes (éventuellement kinésithérapeutes)	➤ Mastication ➤ Fausses routes ; Bavage ; RGO ➤ Hypernauséux

L'Évaluation des possibilités d'alimentation , O. Samson (Traduit de Kenny et al., 1989).	Enfants et jeunes adultes de 6 ans à 18 ans	- Observation des structures, de la motricité bucco-faciale et de l'alimentation - chez des enfants non autonomes au niveau de l'alimentation (Malgré une tranche d'âge supérieure à 36 mois, ce test peut convenir pour observer des enfants jeunes)	Orthophonistes	➤ Examen physique et neurologique ; Structures oro-faciales ➤ Sensibilités et réflexes oraux ➤ Fonctions motrices oro-faciales ➤ Ventilation/Phonation ➤ Capacités fonctionnelles de prise alimentaire buccale et de déglutition
Le Bilan sensori-moteur , A. Bullinger (présenté par Bullinger, 2004)	Nourrissons, enfants, adolescents ou adultes	- Identification des compétences motrices et sensorielles de l'enfant, - en situation d'interaction avec l'environnement.	Psychomotriciens, Ergothérapeutes, tout professionnel de santé ayant obtenu un Diplôme Universitaire « Formation au Bilan Sensori-Moteur »	➤ Offrandes et échanges ➤ Modalités tactile, auditive, vestibulaire ; Système visuel ➤ Appuis et mises en forme du corps ➤ Représentations de l'organisme ➤ Praxies
Infant/Toddler Sensory Profile (0-36 mois) , (2002), W. Dunn	Enfants de 0-36 mois	- Evaluation du profil sensoriel de l'enfant (théorie de l'intégration sensorielle) - Explication des comportements de l'enfant en interprétant ses capacités d'intégration sensorielle - Echelle à faire remplir par les parents	Ergothérapeutes ou psychomotriciens formés à la théorie de l'intégration sensorielle (éventuellement psychologues)	Traitements de l'information sensorielle : ➤ Orale ➤ Visuelle ; auditive ➤ Tactile ➤ De l'équilibre ; en lien avec la position du corps en mouvement
Echelle de développement psychomoteur , (2001), Brunet et Lézine	Enfants de 2 mois à 3 ans	- Réalisation de profils développementaux par des mises en situation de l'enfant.	Psychomotriciens, ergothérapeutes et psychologues	➤ Développement moteur ou postural ➤ Coordination oculo-manuelle ➤ Langage ; Sociabilité

Annexe III : Document d'information sur la recherche

COHOU Sophie et GOUINEAU Maélys - E-mail : XXXX

Université Claude Bernard Lyon 1

Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation : Formation Orthophonie

Maîtres de mémoire : Mme LEBLANC Véronique et Mme POZARD Prescillia

Objet : Questionnaire aux professionnels de santé concernant l'évaluation de l'oralité alimentaire et de ses signes associés.

Madame, Monsieur,

Actuellement en 4^{ème} année de formation en orthophonie à Lyon, nous réalisons un mémoire de recherche dont l'objectif principal est d'élaborer une **fiche de liaison interdisciplinaire** permettant de créer **un support aux échanges** entre les professionnels de santé pour **l'évaluation de patients âgés de 12 à 36 mois présentant des troubles de l'oralité alimentaire**. Une plainte alimentaire s'accompagne fréquemment de plaintes concernant d'autres signes, au niveau corporel et sensoriel par exemple. L'évaluation et la prise en charge de l'oralité alimentaire et de ses troubles associés concernent donc différents professionnels.

Nous avons ainsi établi des questionnaires, destinés à différents professionnels de santé, afin de réaliser dans un premier temps un état des lieux de l'évaluation actuelle de l'oralité alimentaire et de ses troubles associés chez des enfants âgés de 12 à 36 mois.

Pour répondre à ce questionnaire, vous devez répondre aux quatre critères suivants :

1. Vous êtes un professionnel de santé orthophoniste, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychomotricien ou psychologue ;
2. Vous exercez en libéral et/ou hôpital et/ou institution ;
3. Vous recevez dans votre pratique des patients âgés de **12 à 36 mois**, orientés chez vous avec la plainte « il a des difficultés pour manger » **OU** avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires ;
4. Face à ce type de plaintes chez des patients âgés de 12 à 36 mois, vous réalisez habituellement un bilan **OU** vous ne réalisez pas habituellement de bilan et vous réorientez le patient vers un autre professionnel (dans ce dernier cas, votre participation au questionnaire est également intéressante pour nous).

Pour remplir ce questionnaire, veuillez cliquer sur le lien correspondant à votre profession.

Vous êtes orthophoniste : <http://soorvey.com/?s=2DEYLIRNQYL>

Vous êtes ergothérapeute : <http://soorvey.com/?s=2E9PVVVVVVVV>

Vous êtes psychomotricien : <http://soorvey.com/?s=2E8ORNQYLIR>

Vous êtes kinésithérapeute : <http://soorvey.com/?s=2EAQYLIRNQY>

Vous êtes psychologue : <http://soorvey.com/?s=2ECSLIRNQYL>

Vos réponses seront automatiquement enregistrées.

Merci de répondre à ce questionnaire avant le 31 novembre 2012. *(Le temps nécessaire estimé pour y répondre est de : 12 minutes.)*

Pour toute difficulté ou demande de précision, n'hésitez pas à nous contacter par mail à l'adresse suivante : XXXX

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement, nous vous remercions de l'intérêt que vous porterez à notre projet,

Sophie COHOU et Maélys GOUINEAU.

Annexe IV : Présentation des outils cités par les professionnels de santé et non proposés initialement dans les questionnaires

1. Dialogoris 0/4 ans Orthophoniste, (2006), Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F. et Roy, S.

« Dialogoris 0/4 ans Orthophoniste » présente un ensemble d'outils pour accompagner l'orthophoniste dans son évaluation de jeunes enfants ou d'enfants sans langage.

Cet outil répertorie des situations dans lesquelles un bilan orthophonique doit être réalisé, les raisons qui doivent motiver un tel bilan ainsi que des outils permettant de guider les échanges avec les parents, de les observer en interaction avec l'enfant et de mettre en place un programme d'accompagnement parental. Ce matériel offre des outils pour évaluer les compétences des enfants jeunes ou sans langage ainsi que des exemples de mises en situation. Les critères qui justifient une prise en charge orthophonique suite à l'évaluation sont également énoncés.

2. L'accompagnement parental à la carte, (2004), Barbier, I.

Ce matériel destiné aux orthophonistes répertorie les aspects importants pour le développement de la communication chez l'enfant de 0 à 3 ans. Il est constitué de cinq livres sur les thèmes de :

- la compréhension
- l'expression
- la déglutition, les praxies et l'articulation
- le jeu
- l'intentionnalité communicative

Chaque livre est formé d'un ensemble de fiches présentant des activités variées pour atteindre un but précis dans la communication. Ces fiches peuvent servir de support d'évaluation, comme de support pendant les séances orthophoniques et peuvent être communiquées aux parents selon les situations pour développer la communication dans l'environnement familial.

3. Développement fonctionnel moteur de 0 à 48 mois, (1999), Vaivre-Douret, L.

Cette échelle, principalement destinée aux psychomotriciens et aux ergothérapeutes, permet d'évaluer les capacités d'adaptation et de régulation motrice chez l'enfant de 0 à 48 mois. Cet outil se présente sous la forme de deux séries de protocoles d'examen (de 0 à 12 mois et de 13 mois à 48 mois) qui décrivent précisément les comportements moteurs et leur ordre d'apparition dans le développement de l'enfant. Ces comportements moteurs sont décrits et des situations sont choisies pour observer le fonctionnement neuromusculaire de l'enfant. Cet outil présente également des représentations graphiques des repères d'âge d'acquisition.

Annexe V : Détails des rubriques majoritairement investiguées dans les outils standardisés les plus utilisés par les orthophonistes interrogés

Nous détaillons les pourcentages obtenus concernant les rubriques utilisées par 50% ou plus des orthophonistes interrogés dans les outils suivants : *Evalo BB* (F. Coquet, P. Ferrand et J. Roustit, 2010), *Les troubles de l'alimentation et de la déglutition* (Crunelle, 2008) et les grilles proposées par Senez lors de formations au sein de l'association « Oralité Déglutition ».

1. Examen des structures anatomiques bucco-faciales hors repas

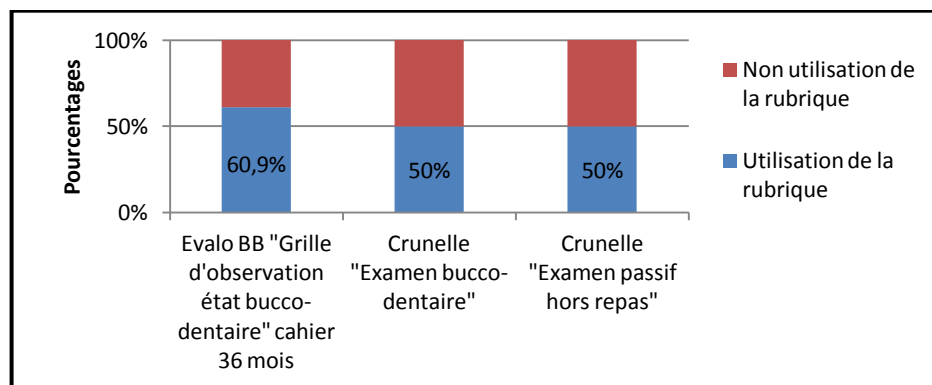


Figure 15. Examen des structures anatomiques bucco-faciales hors repas dans les outils standardisés par les orthophonistes

2. Evaluation des praxies et de la motricité au niveau bucco-facial

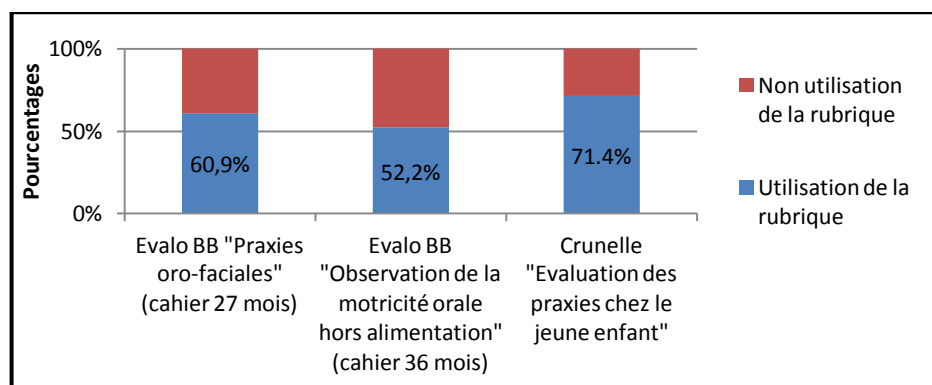


Figure 16. Evaluation des praxies et de la motricité au niveau bucco-facial dans les outils standardisés par les orthophonistes

3. Evaluation des capacités et possibilités d'alimentation

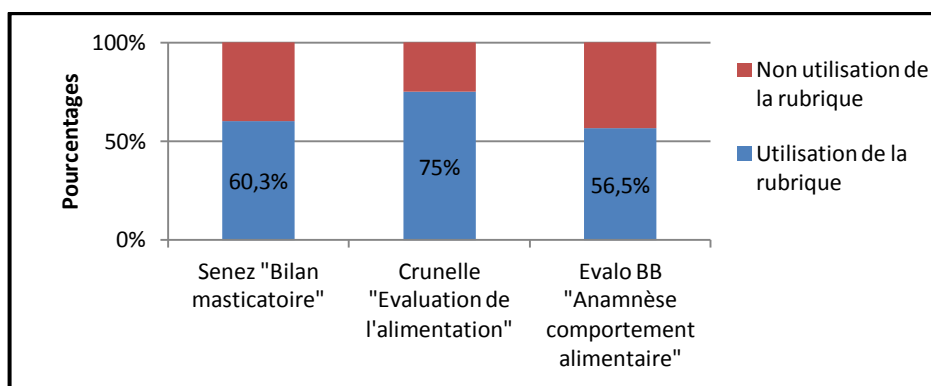


Figure 17. Evaluation des capacités et possibilités d'alimentation dans les outils standardisés par les orthophonistes

4. Recherche d'un reflux gastro-œsophagien

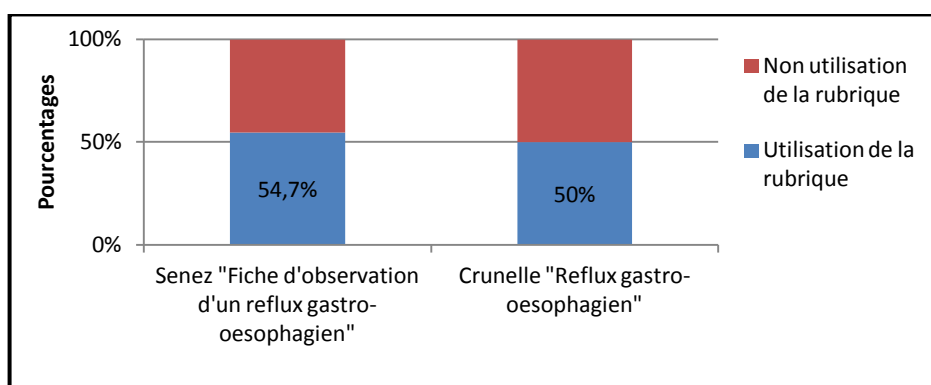


Figure 18. Recherche d'un reflux gastro-œsophagien dans les outils standardisés par les orthophonistes

5. Autres éléments observés

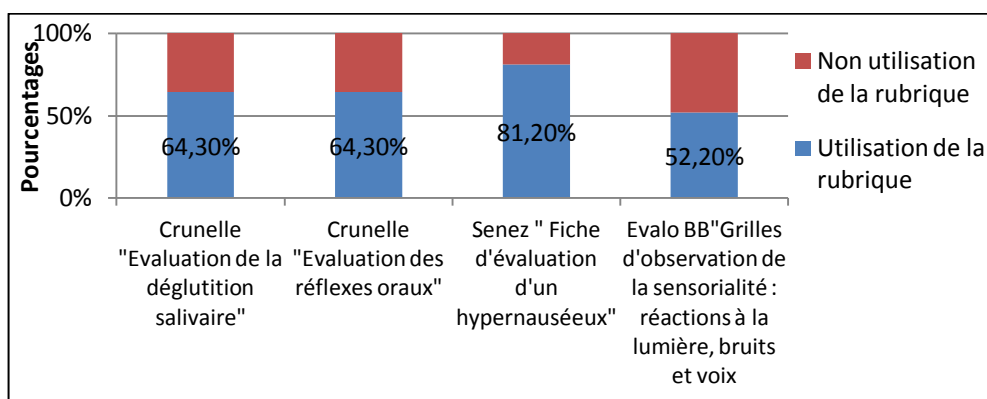


Figure 19. Autres éléments observés dans les outils standardisés par les orthophonistes

Annexe VI : Détails des rubriques majoritairement investiguées dans les outils standardisés les plus utilisés par les psychomotriciens interrogés

Nous détaillons les rubriques utilisées par 50% ou plus des psychomotriciens interrogés concernant le *Bilan sensori-moteur* de Bullinger (2004) et *L'échelle de développement psychomoteur* (Brunet et Lézine, 2001).

1. Présentation des outils

Le bilan sensori-moteur (Bullinger 2004) est construit selon huit rubriques nommées *Offrandes et échanges*, *Evaluation de la modalité tactile*, *Evaluation du système visuel*, *Evaluation de la modalité auditive*, *Evaluation de la modalité vestibulaire*, *Les appuis et les mises en forme du corps*, *Les représentations de l'organisme*, *Activités praxiques*. Chaque rubrique propose des mises en situations permettant d'observer les compétences sensori-motrices de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte évalué.

L'échelle de développement psychomoteur de Brunet et Lézine (2001) comprend 4 types d'items relatifs au *Développement moteur et postural de l'enfant*, à la *Coordination motrice*, au *Langage* et à la *Socialisation*. Ces items destinés à évaluer des enfants de 2 à 30 mois sont classés par âges, permettant d'établir un profil général de développement de l'enfant.

2. Evaluation de la sensorialité

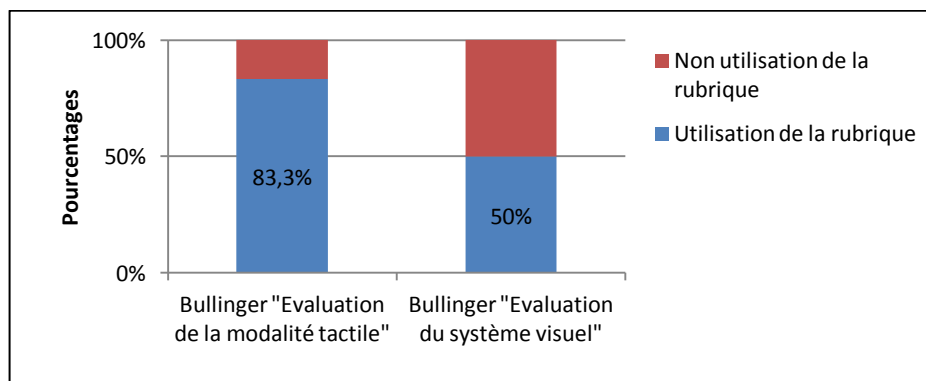


Figure 20. Evaluation de la sensorialité dans les outils standardisés par les psychomotriciens

L'évaluation de la modalité tactile dans le Bilan sensori-moteur de Bullinger permet d'observer les conduites de l'enfant par rapport à différentes stimulations tactiles : retrait, stupéfaction, extension etc. L'examineur observe en outre *la prise de l'objet*, *le rôle du regard de l'enfant dans la prise de l'objet*, *les conduites de capture et de manipulation d'objets complexes*.

L'évaluation du système visuel consiste à observer « la motricité oculaire, ses liens avec la posture et les coordination visuo-manuelles, les activités de poursuite d'une cible et l'exploration d'une image » (Bullinger, 2004, p.215).

3. Evaluation de la posture

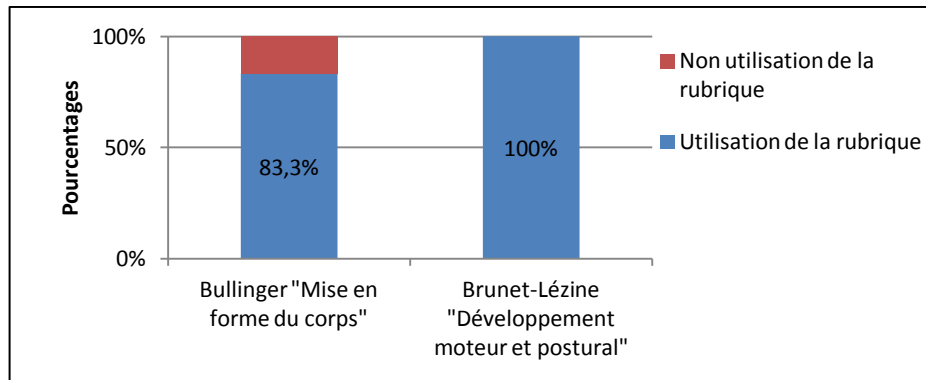


Figure 21. Evaluation de la posture dans les outils standardisés par les psychomotriciens

A travers la rubrique intitulée **les appuis et mises en forme du corps** dans le Bilan sensori-moteur, l'examineur observe comment l'enfant régule sa posture et ses interactions avec l'environnement à travers plusieurs situations offrant au corps des appuis différents. « Ces appuis offrent un ensemble de sensations tactiles et proprioceptives qui participent à la « contenance » de l'enfant » (Bullinger, 2004, p.232). Le professionnel observe aussi *la locomotion et les déplacements* de l'enfant et le rôle des sensations sensorielles dans l'organisation des déplacements de l'enfant.

Dans l'échelle de développement psychomoteur de Brunet et Lézine, 40 items sont consacrés à l'observation du **développement moteur et postural de l'enfant**. Ces items permettent à l'examineur d'observer les réactions et ajustements corporels de l'enfant en fonction des différents mouvements et positions.

4. Evaluation des capacités praxiques et de coordination motrice

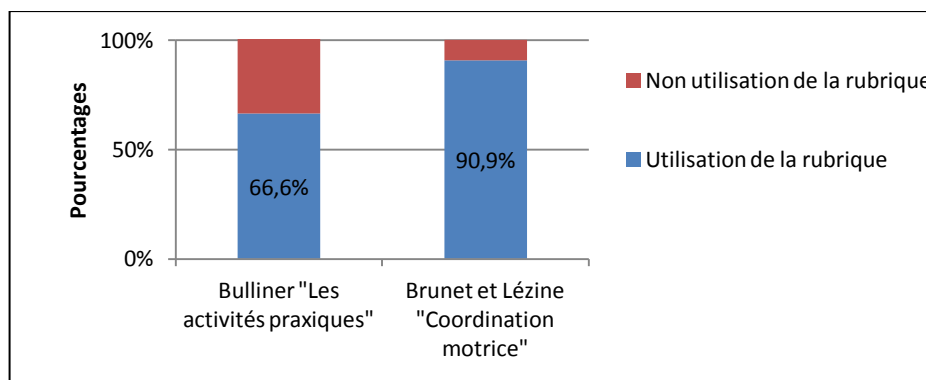


Figure 22. Evaluation des capacités praxiques et de coordination motrice dans les outils standardisés par les psychomotriciens

Dans la rubrique **activités pratiques** du bilan sensori-moteur, l'examineur observe les capacités praxiques, de coordination motrice, de contrôle visuel et de repérage spatial de l'enfant dans différentes situations ainsi que la graphomotricité. Dans le cadre d'une évaluation d'un enfant de 12 à 36 mois, toutes les activités ne nous semblent pas possible à proposer.

Dans l'échelle de développement psychomoteur de Brunet et Lézine, 54 items sont consacrés à observer la **coordination motrice de l'enfant évalué**. Le professionnel évalue la capacité à suivre des yeux un objet ou une personne, la façon dont l'enfant se saisit et tient un objet, la façon dont il explore ses mains et les objets qui l'entourent. Chez les plus grands, le développement du graphisme ainsi que la réalisation de petites constructions avec des cubes sont aussi observés.

5. Autres aspects évalués

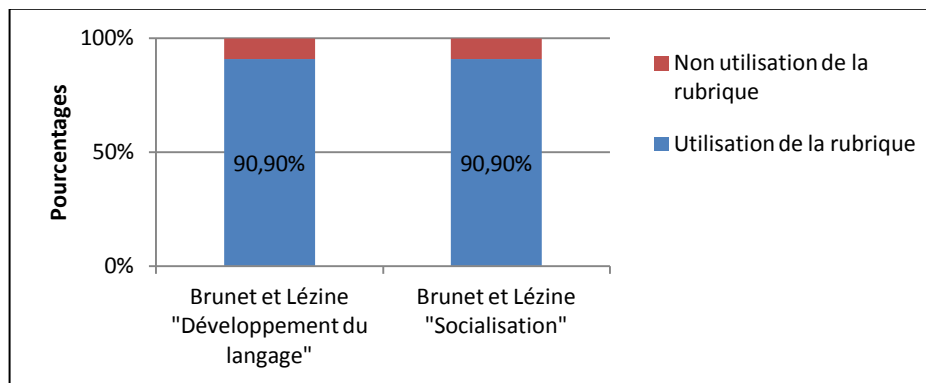


Figure 23. Autres aspects observés par les psychomotriciens au moyen des outils standardisés

Dans l'échelle de développement psychomoteur, 30 items permettent à l'examineur d'identifier le stade de **développement du langage** où en est l'enfant : vocalisations, types de babillage, premiers mots et premières phrases. On identifie en outre des items concernant la communication : émissions vocales ou gestes employés par l'enfant pour se faire comprendre. Le versant réceptif est également pris en compte : intérêt les réactions à la parole, attention portée aux bruits extérieurs, etc.

Dans la même échelle, 26 items sont regroupés sous le terme de **socialisation**. Cette rubrique très large et imprécise englobe l'observation de plusieurs notions telles que l'apparition du sourire et du rire chez l'enfant, ses réactions quand on s'approche ou que l'on s'éloigne de lui, le développement du jeu et de l'imitation, l'attention partagée et le pointage, ses capacités d'habillage, son habileté pendant l'alimentation.

Annexe VII : Questionnaires destinés aux professionnels

1. Exemple d'un questionnaire destiné aux orthophonistes

Université Claude Bernard Lyon 1 - Institut des Sciences et Techniques
de la Réadaptation - Formation Orthophonie

Adresse Postale : 8 avenue Rockefeller, 69373 Lyon cedex 03

Téléphone : 04 78 77 75 38

MEMOIRE DE RECHERCHE EN ORTHOPHONIE : Réflexions sur
l'élaboration d'une fiche de liaison interdisciplinaire pour l'évaluation
de l'oralité alimentaire et de ses signes associés.

Par Sophie COHOU et Maélys GOUINEAU,
Avec l'accord de Mme P. POZARD, orthophoniste et Mme LEBLANC,
psychologue.

A. Votre profil, vous êtes orthophoniste

- A1. Votre nom :
- A2. Votre prénom :
- A3. Votre adresse mail :
- A4. La ville où vous exercez :
- A5. Actuellement, vous exercez : (Plusieurs réponses possibles)
 - ☐ en cabinet libéral
 - ☐ en institution

☐ à l'hôpital

- A6. Lieu de votre formation initiale en orthophonie :
- A7. Année d'obtention de votre diplôme en orthophonie :
- A8. Avez-vous suivi une/des formation(s) complémentaire(s) à votre formation initiale sur l'oralité?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- A9. Si vous avez suivi une/des formation(s) complémentaire(s) sur l'oralité, laquelle/lesquelles ?
- A10. Vous recevez un enfant âgé de 12 à 36 mois avec la plainte suivante : "il présente des difficultés pour manger" OU vous recevez cet enfant pour une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires (Consultez l'**Aide** pour obtenir des précisions)
 - ☐ Ce type de plainte chez un enfant de cet âge vous concerne : vous effectuez un entretien clinique suivi d'une évaluation de l'oralité alimentaire et/ou de ses signes associés
 - ☐ Vous réorientez systématiquement le patient vers un autre professionnel après un rapide entretien clinique

AIDE : Cet enfant qui présente des difficultés pour manger peut vous être adressé avec une plainte concernant par exemple le domaine sensoriel, corporel, moteur, autres...

- A11. Si vous n'effectuez pas d'évaluation et réorientez systématiquement le patient vers un autre professionnel, vers quel(s) professionnel(s) l'orientez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Un collègue orthophoniste
- ☐ Un psychomotricien
- ☐ Un ergothérapeute
- ☐ Un psychologue
- ☐ Un kinésithérapeute

Autre :

- A12. Si vous n'effectuez pas d'évaluation et réorientez systématiquement le patient vers un autre professionnel, pourquoi ? (Cochez la raison principale)

- ☐ Vous estimez qu'une plainte concernant l'oralité alimentaire et/ou ses signes associés ne justifie pas un bilan orthophonique
- ☐ Vous ne vous estimez pas suffisamment compétent dans ce domaine
- ☐ Vous considérez que le patient est trop jeune (12-36 mois)
- ☐ Vous considérez que le patient est trop âgé (12-36 mois)

Autre :

ATTENTION : Si vous n'effectuez pas d'évaluation et réorientez systématiquement le patient vers un autre professionnel, le questionnaire s'arrête pour vous ici.

- A13. Si vous réalisez une évaluation, vous arrive-t-il d'orienter parallèlement le patient vers un autre professionnel de santé afin de compléter votre évaluation ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

- A14. S'il vous arrive d'orienter le patient vers un autre professionnel de santé afin de compléter votre évaluation, vers quel(s) professionnel(s) l'orientez-vous ?

- ☐ un psychomotricien
- ☐ un ergothérapeute
- ☐ un psychologue
- ☐ un kinésithérapeute

Autre :

B. La population évaluée

Vous recevez des patients âgés de 12 à 36 mois, orientés chez vous avec la plainte "il présente des difficultés pour manger" OU avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires

- B1. La plupart du temps, les parents de ces patients viennent vous consulter :

- ☐ d'eux-mêmes
- ☐ sur les conseils d'un membre de l'entourage (parent/ami) ayant déjà effectué le même type de démarche pour son enfant
- ☐ sur les conseils d'un autre orthophoniste
- ☐ sur les conseils d'un psychomotricien
- ☐ sur les conseils d'un ergothérapeute
- ☐ sur les conseils d'un psychologue
- ☐ sur les conseils d'un kinésithérapeute
- ☐ sur les conseils d'un pédiatre ou du médecin traitant
- ☐ sur les conseils d'un médecin ORL
- ☐ sur les conseils d'un stomatologue

- ☐ sur les conseils d'un infirmier
- ☐ sur les conseils d'un membre du personnel de la crèche

Autre :

- B2. Quelle(s) pathologie(s) présentent la plupart du temps ces patients de 12 à 36 mois que vous recevez ? (Consultez l'**Aide** pour avoir des exemples)

AIDE : Ces patients peuvent par exemple présenter : - une pathologie digestive (comme un transit anormal, un trouble de la motricité oesophagienne, de grands syndromes inflammatoires) - une pathologie cardiaque - une pathologie ORL (comme une fente palatine) - une pathologie pulmonaire - une anomalie congénitale de la déglutition (comme la séquence de Pierre Robin, le syndrome de Prader-Willi) - une pathologie acquise de la déglutition (comme des brûlures caustiques oropharyngées, tumeurs, AVC) - un trouble du spectre autistique - un polyhandicap - une trisomie - une prématurité - autres...

- B3. Parmi ces patients âgés de 12 à 36 mois, recevez-vous des enfants qui ne présentent aucun contexte pathologique a priori ?
 - ☐ Oui, exclusivement
 - ☐ Oui, fréquemment
 - ☐ Oui, dans la moitié des cas
 - ☐ Oui, parfois
 - ☐ Jamais

C. Hypothèses à partir de la plainte

- C1. Lorsque vous recevez un patient âgé de 12 à 36 mois avec la plainte "il présente des difficultés pour manger" OU avec une autre plainte dans le

cadre de difficultés alimentaires, vous envisagez comme hypothèse de départ que ses difficultés puissent être causées par sa pathologie :

- ☐ Le plus souvent
- ☐ Dans la moitié des cas
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

- C2. Lorsque vous recevez un patient âgé de 12 à 36 mois avec la plainte "il présente des difficultés pour manger" OU avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires, vous envisagez comme hypothèse de départ que ses difficultés puissent avoir une cause psychogène :

- ☐ Le plus souvent
- ☐ Dans la moitié des cas
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

- C3. Lorsque vous recevez un patient âgé de 12 à 36 mois avec la plainte "il présente des difficultés pour manger" OU avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires, vous envisagez comme hypothèse de départ que ses difficultés puissent avoir une cause sensorielle :

- ☐ Le plus souvent
- ☐ Dans la moitié des cas
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

D. Contexte d'évaluation de l'oralité alimentaire et de ses signes associés

- D1. Où a lieu l'évaluation de votre patient la plupart du temps ?
 - ☐ Sur votre lieu de travail

- ☐ Au domicile du patient
Autre :
- D2. Vous évaluez votre patient la plupart du temps :
 - ☐ seul(e)
 - ☐ en étroite collaboration avec un/plusieurs professionnel(s)
 - D3. Si vous évaluez votre patient en étroite collaboration avec un/plusieurs autre(s) professionnel(s), veuillez préciser avec qui : (Plusieurs réponses possibles)
 - ☐ Un collègue orthophoniste
 - ☐ Un psychomotricien
 - ☐ Un psychologue
 - ☐ Un kinésithérapeute
 - ☐ Un ergothérapeute
 Autre :
 - D4. Combien de séances consacrez-vous au bilan initial en moyenne ?
 - ☐ 1 seule séance
 - ☐ entre 2 et 3 séances
 - ☐ plus de 3 séances
 - D5. Combien de temps prévoyez-vous en moyenne pour évaluer votre patient ?
 - ☐ moins d'1 heure
 - ☐ entre 1 heure et 2 heures
 - ☐ plus de 3 heures

- D6. La présence d'au moins un des parents de l'enfant est-elle souhaitée pendant l'évaluation ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- D7. Pour recueillir vos observations, quel(s) type(s) de situation(s) proposez-vous généralement ? (Plusieurs réponses possibles)
 - ☐ Un entretien
 - ☐ Un jeu libre
 - ☐ Un jeu semi-dirigé
 - ☐ Une prise alimentaire : encas proposé à l'enfant
 - ☐ Une situation "écologique" de repas, avec les parents au domicile
 Autre :

E. Anamnèse

Dans les différentes questions proposées ci-dessous qui vous concernent, veuillez cocher les informations que vous cherchez à obtenir lors de l'anamnèse.

Vous recevez des patients âgés de 12 à 36 mois, orientés chez vous avec la plainte "il présente des difficultés pour manger" OU avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires.

- E1. Si vous cherchez à obtenir des informations concernant les antécédents médicaux de l'enfant, cochez celles que vous recherchez habituellement : (Plusieurs réponses possibles)
 - ☐ Antécédents médicaux concernant la grossesse (pathologie maternelle, souffrance foetale, Retard de Croissance Utérin)

- ☐ Antécédents médicaux concernant l'accouchement (conditions et mode d'accouchement, événement à risque pour l'enfant, anoxie, arrêt cardiaque, autres)
 - ☐ Etat de santé de l'enfant à la naissance (poids de naissance, score APGAR, prématurité, réanimation)
 - ☐ Antécédents médicaux dans la petite enfance (maladies, hospitalisations, interventions chirurgicales, problèmes ORL, traumatismes)
 - ☐ Diagnostic chez l'enfant d'une pathologie organique, d'un handicap moteur, d'un handicap mental ou d'une déficience sensorielle (auditive ou visuelle)
 - ☐ Antécédents familiaux (pathologie ORL, syndrome génétique, handicap, problématique psychopathologique, difficultés d'alimentation, autres)
- Autre :
- E2. Si vous cherchez à obtenir des informations concernant le développement global de l'enfant, cochez celles que vous recherchez habituellement : (Plusieurs réponses possibles)
 - ☐ Acquisition de la propreté pour les plus grands
 - ☐ Rythme de sommeil
 - ☐ Types de jeux
 - ☐ Comportement, caractère (anxiété, colères, autre)
 - ☐ Socialisation

Autre :
 - E3. Si vous cherchez à obtenir des informations concernant le développement du langage de l'enfant, cochez les informations que vous recherchez : (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Ages clés en expression (apparition du babillage, premiers mots, explosion lexicale, association de deux mots)
 - ☐ Capacités globales de compréhension
 - ☐ Environnement linguistique
- Autre :
- E4. Si vous cherchez à obtenir des informations concernant le développement psychomoteur de l'enfant, cochez les informations que vous recherchez habituellement : (Plusieurs réponses possibles)
 - ☐ Age d'acquisition des postures assise et debout
 - ☐ Age d'acquisition de la marche
 - ☐ Capacités d'habillage pour les plus grands
 - ☐ Capacités de gribouillages ou dessin
 - ☐ Latéralisation
 - ☐ Dans les activités manuelles, attrait ou aversion pour certaines matières/textures (exemples : pâte à modeler, peinture, autres)

Autre :
 - E5. Si vous cherchez à obtenir des informations concernant l'alimentation, cochez celles que vous recherchez habituellement : (Plusieurs réponses possibles)
 - ☐ Antécédents de nutrition artificielle (type, date de mise en route, durée, quantités, sevrage, autres)
 - ☐ Déroulement du sevrage de l'alimentation au sein ou au biberon / passage à la cuillère (âge, contexte, vécu)
 - ☐ Textures des solides (mixé/mouliné/écrasé/morceaux)
 - ☐ Quantités de solides ingérées lors des repas
 - ☐ Quantités de solides fixes ou variables ?

- ☐ Double stratégie alimentaire (âge, efficacité)
- ☐ Mastication (âge, efficacité)
- ☐ Quantités de liquides avalées lors des repas
- ☐ Quantités de liquides fixes ou variables ?
- ☐ Liquides ou solides mixés : écoulements ?
- ☐ Préférence pour certains aliments ou boissons ?
- ☐ Préférences fixes ou variables ?
- ☐ Refus alimentaires
- ☐ Critères de sélection de l'enfant (goût, texture, couleur, autres)
- ☐ Déglutition salivaire de l'enfant (normale, bavage)
- ☐ Toux pendant les repas
- ☐ Nausées pendant les repas
- ☐ Présence d'un reflux gastro-oesophagien
- ☐ Habitudes de succion nutritive et non nutritive

Autre :

- E6. Si vous cherchez à obtenir des informations concernant les situations de repas, cochez les informations que vous recherchez habituellement : (Plusieurs réponses possibles)
 - ☐ Nombre de repas par jour
 - ☐ Avec qui se déroulent les repas (parents, frères et soeurs, nourrice, autres)
 - ☐ Position de l'enfant lors du repas
 - ☐ Temps consacré au repas en moyenne
 - ☐ Mode de préhension des solides (doigts/main, cuillère seul/ avec aide)

- ☐ Mode de prise des liquides (biberon, tasse, paille, verre, autres)

Autre :

F. Evaluation

IMPORTANT : Concernant les questions F2 à F14, tous les énoncés ne vous concernent pas.
Veuillez prendre le temps de lire tous les énoncés afin de répondre aux questions qui vous concernent.

Vous recevez des patients âgés de 12 à 36 mois, orientés chez vous avec la plainte "il présente des difficultés pour manger" OU avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires.

- F1. Quel(s) outil(s) utilisez-vous pour évaluer votre patient âgé de 12 à 36 mois ? (Plusieurs réponses possibles)
 - ☐ EVALO BB, F. Coquet, P. Ferrand & J. Roustit
 - ☐ Les troubles de l'alimentation et de la déglutition, D. & J.P. Crunelle
 - ☐ Les grilles proposées par C. Senez
 - ☐ Evaluation des possibilités d'alimentation, O. Samson (traduction française de Multidisciplinary profile, (D.J. Kenny)
 - ☐ Un/plusieurs outil(s) "fabriqués maison"

Autre :
- F2. Si vous utilisez un/plusieurs des outils suivants, veuillez préciser lequel/lesquels : (Plusieurs réponses possibles)
 - ☐ Le bilan sensori-moteur, A. Bullinger
 - ☐ Sensory Profile 0-36, W. Dunn
 - ☐ L'échelle de développement, Brunet-Lézine

- F3. Si vous utilisez EVALO BB, veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :

- ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
- ☐ Les items sont pertinents
- ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
- ☐ La passation est rapide
- ☐ Il est facile à manipuler
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine

Autre :

- F4. Si vous utilisez EVALO BB, quelle(s) partie(s) de l'outil utilisez-vous pour évaluer ce patient âgé de 12 à 36 mois? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ "Grille d'observation (cahier 36 mois) : Aspects morphologiques"
- ☐ "Grille d'observation (cahier 36 mois) : Etat bucco-dentaire"
- ☐ "Praxies oro-faciales (cahier 27 mois)"
- ☐ "Observation motricité orale hors alimentation (cahier 36 mois)"
- ☐ "Anamnèse comportement alimentaire (cahier 36 mois)"
- ☐ Grille de synthèse "Repérage d'un trouble de l'oralité"
- ☐ "Désignation des parties du corps (cahier 20 mois)"
- ☐ "Anamnèse tonus et développement psychomoteur (cahier 36 mois)"
- ☐ "Grille d'observation (36 mois) : Aspect général et critères squelettiques"
- ☐ "Grille d'observation de la sensorialité (cahiers 20 et 27 mois) : réactions à la lumière, bruits et voix"

- ☐ "Anamnèse sensorialité (cahier 36 mois)"

Autre :

- F5. Si vous utilisez Les troubles de l'alimentation et de la déglutition (Crunelle), veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :

- ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
- ☐ Les items sont pertinents
- ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
- ☐ La passation est rapide
- ☐ Il est facile à manipuler
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine

Autre :

- F6. Si vous utilisez Les troubles de l'alimentation et de la déglutition (Crunelle), quelle(s) partie(s) de l'outil utilisez-vous pour évaluer ce patient âgé de 12 à 36 mois ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ "Entretien spécifique pour le jeune enfant"
- ☐ "Examen bucco-dentaire"
- ☐ "Examen passif hors repas"
- ☐ "Evaluation des praxies chez le jeune enfant"
- ☐ "Evaluation de la déglutition salivaire"
- ☐ "Evaluation de l'alimentation"
- ☐ "Evaluation des réflexes oraux"
- ☐ "Respiration"

- ☐ "Reflux gastro-oesophagien"
- ☐ "Grille d'évaluation du tonus musculaire au repos ou en activité d'alimentation"
- ☐ "Evaluation de la sensibilité"
- Autre :
- F7. Si vous utilisez les grilles proposées par C.Senez, veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :
 - ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
 - ☐ Les items sont pertinents
 - ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
 - ☐ La passation est rapide
 - ☐ Il est facile à manipuler
 - ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
 - ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine

Autre :
 - F8. Si vous utilisez les grilles proposées par C. Senez, quelle(s) partie(s) de l'outil utilisez-vous pour évaluer ce patient de 12 à 36 mois? (Plusieurs réponses possibles)
 - ☐ "Questionnaire aux parents"
 - ☐ "Bilan masticatoire"
 - ☐ "Fiche d'observation des fausses routes"
 - ☐ "Fiche d'évaluation, rééducation du bavage"
 - ☐ "Fiche d'observation du reflux gastro-oesophagien"
 - ☐ "Fiche d'évaluation d'un hypernauséux"

- Autre :
- F9. Si vous utilisez l'Evaluation des possibilités d'alimentation (Samson), veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :
 - ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
 - ☐ Les items sont pertinents
 - ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
 - ☐ La passation est rapide
 - ☐ Il est facile à manipuler
 - ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
 - ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine

Autre :
 - F10. Si vous utilisez l'Evaluation des possibilités d'alimentation (Samson), quelle(s) partie(s) de l'outil utilisez-vous pour évaluer ce patient âgé de 12 à 36 mois? (Plusieurs réponses possibles)
 - ☐ "Section 1 : Examen physique et neurologique"
 - ☐ "Section 2 : Structures oro-faciales" (examen exo et endo buccal)
 - ☐ "Section 3 : Examen des sensibilités et réflexes oraux"
 - ☐ "Section 4 : Fonctions motrices oro-faciales" (praxies)
 - ☐ "Section 5 : Ventilation/phonation"
 - ☐ "Section 6 : Evaluation des capacités fonctionnelles des prises alimentaires"

Autre :
 - F11. Si vous utilisez un autre outil (précisé dans la question 1), veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :
 - ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil

- ☐ Les items sont pertinents
 - ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
 - ☐ La passation est rapide
 - ☐ Il est facile d'utilisation
 - ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
 - ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine
- Autre :
- F12. Si vous utilisez un/plusieurs outil(s) "fabriqués maison", précisez pourquoi (raison principale) :
 - ☐ Les items sont plus pertinents que ceux des autres outils
 - ☐ La passation est rapide
 - ☐ Il est facile à manipuler
 - ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
 - ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine
 - ☐ Vous n'êtes pas formé(e) à l'utilisation d'un autre outil
 - ☐ Il est gratuit

Autre :
 - F13. Si vous utilisez un/plusieurs outil(s) "fabriqué(s) maison", que cherchez-vous à observer chez ce patient âgé de 12 à 36 mois avec la plainte "il présente des difficultés pour manger" OU avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires ? (Plusieurs réponses possibles)
 - ☐ L'anatomie, la morphologie de la zone oro-faciale
 - ☐ Les réflexes oraux
 - ☐ Les praxies oro-faciales hors repas

- ☐ La déglutition salivaire hors repas
 - ☐ Les fonctions orales lors de la prise alimentaire (déglutition, mastication)
 - ☐ L'hypotonie/l'hypertonie des structures orales
 - ☐ La présence/l'absence d'un réflexe gastro-oesophagien
 - ☐ La respiration/ventilation
 - ☐ La motricité globale
 - ☐ La coordination oculomotrice
 - ☐ Le langage
 - ☐ La socialisation
 - ☐ Le traitement de l'information sensorielle tactile au niveau bucco-facial
 - ☐ Le traitement de l'information sensorielle tactile au niveau corporel
 - ☐ Le traitement de l'information sensorielle olfactive
 - ☐ Le traitement de l'information sensorielle gustative
 - ☐ Le traitement de l'information sensorielle thermique au niveau bucco-facial
 - ☐ Le traitement de l'information sensorielle thermique au niveau corporel
 - ☐ Le traitement de l'information sensorielle visuelle
 - ☐ Le traitement de l'information sensorielle auditive
 - ☐ Le traitement de l'information sensorielle vestibulaire (déplacements en transports, dans l'espace, autres)
- F14. Si votre/vos outil(s) "fabriqué(s) maison" comprend/comprennent d'autres items que ceux proposés à la question F13, veuillez préciser lesquels ici :

G. Questions diverses

Concernant l'évaluation de l'oralité alimentaire et de ses signes associés

- G1. Y a-t-il des outils d'évaluation que vous refusez d'utiliser ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- G2. Si vous refusez d'utiliser un/des outil(s) d'évaluation, de quel(s) outil(s) s'agit-il ?
- G3. Si vous refusez d'utiliser un/des outil(s) d'évaluation, veuillez indiquer votre raison principale:
- G4. Proposez-vous globalement le même bilan pour tous les enfants qui présentent une plainte liée à l'oralité alimentaire ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- G5. Vous sentez-vous isolé(e) par rapport à cette évaluation ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- G6. Vous arrive-t-il d'échanger avec des professionnels de santé d'un autre domaine pour évaluer des signes liés à l'oralité alimentaire ?
 - ☐ Oui, pour chaque évaluation
 - ☐ Oui, fréquemment
 - ☐ Oui, dans la moitié des cas environ
 - ☐ Oui, parfois
 - ☐ Jamais

- G7. S'il vous arrive d'échanger avec des collègues professionnels de santé pour évaluer des signes liés à l'oralité alimentaire, de quels professionnels s'agit-il ?

- ☐ Psychomotricien(s)
- ☐ Psychologue(s)
- ☐ Ergothérapeute(s)
- ☐ Kinésithérapeute(s)

Autre :

- G8. Selon vous, un outil qui faciliterait les liens entre les différents professionnels de santé pour évaluer l'oralité alimentaire et/ou ses signes associés serait :

- ☐ Indispensable
- ☐ Utile
- ☐ Moyennement utile
- ☐ Inutile
- ☐ Sans avis

- G9. Si vous pensez judicieux de créer des interactions entre les différents professionnels de santé, veuillez préciser pourquoi : (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Pour obtenir des conseils
- ☐ Pour réaliser une évaluation plus complète
- ☐ Pour se répartir des axes de travail pour l'évaluation
- ☐ Pour se répartir des axes de travail pour la prise en charge

Autre :

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire dans le cadre de notre mémoire de recherche en orthophonie. Si vous avez des remarques ou commentaires, n'hésitez pas à nous en faire part ici :

2. Rubriques « Evaluation » des questionnaires

2.1. Rubrique « Evaluation » du questionnaire destiné aux psychomotriciens

Vous recevez des patients âgés de 12 à 36 mois, orientés chez vous avec la plainte "il présente des difficultés pour manger" OU avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires.

- F1. Quel(s) outil(s) utilisez-vous pour évaluer votre patient âgé de 12 à 36 mois ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Le bilan sensori-moteur, A. Bullinger
- ☐ Sensory Profile 0-36, W. Dunn
- ☐ L'échelle de développement, Brunet-Lézine
- ☐ Un/plusieurs outil(s) "fabriqués maison"

Autre :

- F2. Si vous utilisez un/plusieurs des outils suivants, veuillez préciser lequel/lesquels : (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ EVALO BB, F. Coquet, P. Ferrand & J. Roustit
- ☐ Les troubles de l'alimentation et de la déglutition, D. & J.P. Crunelle
- ☐ Les grilles proposées par C. Senez
- ☐ Evaluation des possibilités d'alimentation, O. Samson (traduction française de Multidisciplinary profile, D.J. Kenny)

- F3. Si vous utilisez Le bilan Sensori-Moteur (Bullinger), veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :

- ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
- ☐ Les items sont pertinents

- ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
- ☐ La passation est rapide
- ☐ Il est facile à manipuler
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine

Autre :

- F4. Si vous utilisez Le bilan Sensori-Moteur (Bullinger), quelle(s) partie(s) de l'outil utilisez-vous pour évaluer ce patient âgé de 12 à 36 mois? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ "Offrandes et échanges"
- ☐ "Evaluation de la modalité tactile"
- ☐ "Evaluation du système visuel"
- ☐ "Evaluation de la modalité auditive"
- ☐ "Evaluation de la modalité vestibulaire"
- ☐ "Les appuis et les mises en forme du corps"
- ☐ "Les représentations de l'organisme"
- ☐ "Activités praxiques"

Autre :

- F5. Si vous utilisez Sensory Profile 0-36 (W. Dunn), veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :

- ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
- ☐ Les items sont pertinents
- ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
- ☐ La passation est rapide
- ☐ Il est facile à manipuler
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine

Autre :

- F6. Si vous utilisez Sensory Profile 0-36 (W. Dunn), quelle(s) partie(s) de l'outil utilisez-vous pour évaluer ce patient âgé de 12 à 36 mois ?
(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Les items liés au traitement de l'information visuelle
- ☐ Les items liés au traitement de l'information auditive
- ☐ Les items liés au traitement de l'information tactile
- ☐ Les items liés au traitement de l'information de l'équilibre
- ☐ Les items liés au traitement de l'information en lien avec la position du corps et au mouvement
- ☐ Les items liés au traitement de l'information sensorielle orale

Autre :

- F7. Si vous utilisez l'échelle de développement (Brunet-Lézine), veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :

- ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
- ☐ Les items sont pertinents

- ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
- ☐ La passation est rapide
- ☐ Il est facile à manipuler
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine

Autre :

- F8. Si vous utilisez L'Echelle de développement (Brunet-Lézine), quelle(s) partie(s) de l'outil utilisez-vous pour évaluer ce patient de 12 à 36 mois?
(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Les items liés au développement moteur et postural
- ☐ Les items liés au développement du langage
- ☐ Les items liés au développement de la coordination motrice
- ☐ Les items liés à la socialisation

Autre :

- F9. Si vous utilisez un autre outil (précisé dans la question 1), veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :

- ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
- ☐ Les items sont pertinents
- ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
- ☐ La passation est rapide
- ☐ Il est facile d'utilisation
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine

Autre :

- F10. Si vous utilisez un/plusieurs outil(s) "fabriqués maison", précisez pourquoi (raison principale) :

- ☐ Les items sont plus pertinents que ceux des autres outils
- ☐ La passation est rapide
- ☐ Il est facile à manipuler
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine
- ☐ Vous n'êtes pas formé(e) à l'utilisation d'un autre outil
- ☐ Il est gratuit

Autre :

- F11. Si vous utilisez un/plusieurs outil(s) "fabriqué(s) maison", que cherchez-vous à observer chez ce patient âgé de 12 à 36 mois avec la plainte "il présente des difficultés pour manger" OU avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ L'anatomie, la morphologie de la zone oro-faciale
- ☐ Les réflexes oraux
- ☐ Les praxies oro-faciales hors repas
- ☐ La déglutition salivaire hors repas
- ☐ Les fonctions orales lors de la prise alimentaire (déglutition, mastication)
- ☐ L'hypotonie/l'hypertonie des structures orales
- ☐ La présence/l'absence d'un réflexe gastro-oesophagien
- ☐ La respiration/ventilation

☐

La motricité globale

☐

La coordination oculomotrice

☐

Le langage

☐

La socialisation

☐

Le traitement de l'information sensorielle tactile au niveau bucco-facial

☐

Le traitement de l'information sensorielle tactile au niveau corporel

☐

Le traitement de l'information sensorielle olfactive

☐

Le traitement de l'information sensorielle gustative

☐

Le traitement de l'information sensorielle thermique au niveau bucco-facial

☐

Le traitement de l'information sensorielle thermique au niveau corporel

☐

Le traitement de l'information sensorielle visuelle

☐

Le traitement de l'information sensorielle auditive

☐

Le traitement de l'information sensorielle vestibulaire (déplacements en transports, dans l'espace, autres)

- F12. Si votre/vos outil(s) "fabriqué(s) maison" comprend/comprennent d'autres items que ceux proposés à la question F11, veuillez préciser lesquels ici :

2.2. Rubrique « Evaluation » du questionnaire destiné aux kinésithérapeutes

Vous recevez des patients âgés de 12 à 36 mois, orientés chez vous avec la plainte "il présente des difficultés pour manger" OU avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires.

- F1. Quel(s) outil(s) utilisez-vous pour évaluer votre patient âgé de 12 à 36 mois ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Les troubles de l'alimentation et de la déglutition, D. & J.P. Crunelle
- ☐ Les grilles proposées par Catherine Senez
- ☐ Un/plusieurs outil(s) "fabriqués maison"

Autre :

- F2. Si vous utilisez un/plusieurs des outils suivants, veuillez préciser lequel/lesquels : (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Le bilan sensori-moteur, A. Bullinger
- ☐ Sensory Profile 0-36, W. Dunn
- ☐ L'échelle de développement, Brunet-Lézine
- ☐ EVALO BB, F. Coquet, P. Ferrand & J. Roustit
- ☐ Evaluation des possibilités d'alimentation, O. Samson (traduction française de Multidisciplinary profile, D.J. Kenny)

- F3. Si vous utilisez Les troubles de l'alimentation et de la déglutition (Crunelle), veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :

- ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
- ☐ Les items sont pertinents

- ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
- ☐ La passation est rapide
- ☐ Il est facile à manipuler
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine

Autre :

- F4. Si vous utilisez Les troubles de l'alimentation et de la déglutition (Crunelle), quelle(s) partie(s) de l'outil utilisez-vous pour évaluer ce patient âgé de 12 à 36 mois ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ "Entretien spécifique pour le jeune enfant"
- ☐ "Examen bucco-dentaire"
- ☐ "Examen passif hors repas"
- ☐ "Evaluation des praxies chez le jeune enfant"
- ☐ "Evaluation de la déglutition salivaire"
- ☐ "Evaluation de l'alimentation"
- ☐ "Evaluation des réflexes oraux"
- ☐ "Respiration"
- ☐ "Reflux gastro oesophagien"
- ☐ "Grille d'évaluation du tonus musculaire au repos ou en activité d'alimentation"
- ☐ "Evaluation de la sensibilité"

Autre :

- F5. Si vous utilisez les grilles proposées par C. Senez, veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :

- ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
- ☐ Les items sont pertinents
- ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
- ☐ La passation est rapide
- ☐ Il est facile à manipuler
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine

Autre :

- F6. Si vous utilisez les grilles proposées par C. Senez, quelle(s) partie(s) de l'outil utilisez-vous pour évaluer ce patient âgé de 12 à 36 mois?
(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ "Questionnaire aux parents"
- ☐ "Bilan masticatoire"
- ☐ "Fiche d'observation des fausses routes"
- ☐ "Fiche d'évaluation rééducation du bavage"
- ☐ "Fiche d'observation d'un reflux gastro oesophagien"
- ☐ "Fiche d'évaluation d'un hypernauséux"

Autre :

- F7. Si vous utilisez un autre outil (précisé dans la question 1), veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :

- ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
- ☐ Les items sont pertinents

- ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
- ☐ La passation est rapide
- ☐ Il est facile d'utilisation
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine

Autre :

- F8. Si vous utilisez un/plusieurs outil(s) "fabriqués maison", précisez pourquoi (raison principale):

- ☐ Les items sont plus pertinents que ceux des autres outils
- ☐ La passation est rapide
- ☐ Il est facile à manipuler
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine
- ☐ Vous n'êtes pas formé(e) à l'utilisation d'un autre outil
- ☐ Il est gratuit

Autre :

- F9. Si vous utilisez un/plusieurs outil(s) "fabriqué(s) maison", que cherchez-vous à observer chez ce patient âgé de 12 à 36 mois avec la plainte "il présente des difficultés pour manger" OU avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ L'anatomie, la morphologie de la zone oro-faciale
- ☐ Les réflexes oraux
- ☐ Les praxies oro-faciales hors repas

- ☐ La déglutition salivaire hors repas
- ☐ Les fonctions orales lors de la prise alimentaire (déglutition, mastication)
- ☐ L'hypotonie/l'hypertonie des structures orales
- ☐ La présence/l'absence d'un réflexe gastro-oesophagien
- ☐ La respiration/ventilation
- ☐ La motricité globale
- ☐ La coordination oculomotrice
- ☐ Le langage
- ☐ La socialisation
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle tactile au niveau bucco-facial
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle tactile au niveau corporel
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle olfactive
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle gustative
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle thermique au niveau bucco-facial
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle thermique au niveau corporel
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle visuelle
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle auditive
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle vestibulaire (déplacements en transports, dans l'espace, autres)

- F10. Si votre/vos outil(s) "fabriqué(s) maison" comprend/comprennent d'autres items que ceux proposés à la question F9, veuillez préciser lesquels ici :

2.3. Rubrique « Evaluation » du questionnaire destiné aux psychologues

Vous recevez des patients âgés de 12 à 36 mois, orientés chez vous avec la plainte "il présente des difficultés pour manger" OU avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires.

- F1. Quel(s) outil(s) utilisez-vous pour évaluer votre patient âgé de 12 à 36 mois ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ L'échelle de développement, Brunet-Lézine
- ☐ Sensory Profile, W. Dunn
- ☐ Le bilan sensori-moteur, A. Bullinger
- ☐ Un/plusieurs outil(s) "fabriqués maison"

Autre :

- F2. Si vous utilisez un/plusieurs des outils suivants, veuillez préciser lequel/lesquels : (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ EVALO BB, F. Coquet, P. Ferrand & J. Roustit
- ☐ Les troubles de l'alimentation et de la déglutition, D. & J.P. Crunelle
- ☐ Les grilles proposées par C. Senez
- ☐ Evaluation des possibilités d'alimentation, O. Samson (traduction française de Multidisciplinary profile, D.J. Kenny)

- F3. Si vous utilisez l'échelle de développement (Brunet-Lézine), veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :

- ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
- ☐ Les items sont pertinents
- ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
- ☐ La passation est rapide

- ☐ Il est facile à manipuler
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine

Autre :

- F4. Si vous utilisez L'Echelle de développement (Brunet-Lézine), quelle(s) partie(s) de l'outil utilisez-vous pour évaluer ce patient de 12 à 36 mois? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Les items liés au développement moteur et postural
- ☐ Les items liés au développement du langage
- ☐ Les items liés au développement de la coordination motrice
- ☐ Les items liés à la socialisation

Autre :

- F5. Si vous utilisez Sensory Profile 0-36 (W. Dunn), veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :

- ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
- ☐ Les items sont pertinents
- ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
- ☐ La passation est rapide
- ☐ Il est facile à manipuler
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine

Autre :

- F6. Si vous utilisez Sensory Profile 0-36 (W. Dunn), quelle(s) partie(s) de l'outil utilisez-vous pour évaluer ce patient âgé de 12 à 36 mois ?
(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Les items liés au traitement de l'information visuelle
- ☐ Les items liés au traitement de l'information auditive
- ☐ Les items liés au traitement de l'information tactile
- ☐ Les items liés au traitement de l'information de l'équilibre
- ☐ Les items liés au traitement de l'information en lien avec la position du corps et au mouvement
- ☐ Les items liés au traitement de l'information sensorielle orale

Autre :

- F7. Si vous utilisez Le bilan Sensori-Moteur (Bullinger), veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :

- ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
- ☐ Les items sont pertinents
- ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
- ☐ La passation est rapide
- ☐ Il est facile à manipuler
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine

Autre :

- F8. Si vous utilisez Le bilan Sensori-Moteur (Bullinger), quelle(s) partie(s) de l'outil utilisez-vous pour évaluer ce patient âgé de 12 à 36 mois?
(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ "Offrandes et échanges"
- ☐ "Evaluation de la modalité tactile"
- ☐ "Evaluation du système visuel"
- ☐ "Evaluation de la modalité auditive"
- ☐ "Evaluation de la modalité vestibulaire"
- ☐ "Les appuis et les mises en forme du corps"
- ☐ "Les représentations de l'organisme"
- ☐ "Activités pratiques"

Autre :

- F9. Si vous utilisez un autre outil (précisé dans la question 1), veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :

- ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
- ☐ Les items sont pertinents
- ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
- ☐ La passation est rapide
- ☐ Il est facile d'utilisation
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine

Autre :

- F10. Si vous utilisez un/plusieurs outil(s) "fabriqués maison", précisez pourquoi (raison principale) :

- ☐ Les items sont plus pertinents que ceux des autres outils
- ☐ La passation est rapide

- ☐ Il est facile à manipuler
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine
- ☐ Vous n'êtes pas formé(e) à l'utilisation d'un autre outil
- ☐ Il est gratuit

Autre :

- F11. Si vous utilisez un/plusieurs outil(s) "fabriqué(s) maison", que cherchez-vous à observer chez ce patient âgé de 12 à 36 mois avec la plainte "il présente des difficultés pour manger" OU avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ L'anatomie, la morphologie de la zone oro-faciale
- ☐ Les réflexes oraux
- ☐ Les praxies oro-faciales hors repas
- ☐ La déglutition salivaire hors repas
- ☐ Les fonctions orales lors de la prise alimentaire (déglutition, mastication)
- ☐ L'hypotonie/l'hypertonie des structures orales
- ☐ La présence/l'absence d'un réflexe gastro-oesophagien
- ☐ La respiration/ventilation

- :

- ☐ La motricité globale
- ☐ La coordination oculomotrice
- ☐ Le langage
- ☐ La socialisation
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle tactile au niveau bucco-facial
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle tactile au niveau corporel
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle olfactive
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle gustative
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle thermique au niveau bucco-facial
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle thermique au niveau corporel
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle visuelle
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle auditive
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle vestibulaire (déplacements en transports, dans l'espace, autres)

- F12. Si votre/vos outil(s) "fabriqué(s) maison" comprend/comprennent d'autres items que ceux proposés à la question F11. veuillez préciser lesquels ici

2.4. Rubrique « Evaluation » du questionnaire destiné aux ergothérapeutes

Vous recevez des patients âgés de 12 à 36 mois, orientés chez vous avec la plainte "il présente des difficultés pour manger" OU avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires.

- F1. Quel(s) outil(s) utilisez-vous pour évaluer votre patient âgé de 12 à 36 mois ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Sensory Profile 0-36, W. Dunn
- ☐ Le bilan sensori-moteur, A. Bullinger
- ☐ L'échelle de développement, Brunet-Lézine
- ☐ Un/plusieurs outil(s) "fabriqués maison"

Autre :

- F2. Si vous utilisez un/plusieurs des outils suivants, veuillez préciser lequel/lesquels : (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ EVALO BB, F. Coquet, P. Ferrand & J. Roustit
- ☐ Les troubles de l'alimentation et de la déglutition, D. & J.P. Crunelle
- ☐ Les grilles proposées par C. Senez
- ☐ Evaluation des possibilités d'alimentation, O. Samson (traduction française de Multidisciplinary profile, D.J. Kenny)

- F3. Si vous utilisez Sensory Profile 0-36 (W. Dunn), veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :

- ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
- ☐ Les items sont pertinents
- ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
- ☐ La passation est rapide

- ☐ Il est facile à manipuler
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine

Autre :

- F4. Si vous utilisez Sensory Profile 0-36 (W. Dunn), quelle(s) partie(s) de l'outil utilisez-vous pour évaluer ce patient âgé de 12 à 36 mois ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Les items liés au traitement de l'information visuelle
- ☐ Les items liés au traitement de l'information auditive
- ☐ Les items liés au traitement de l'information tactile
- ☐ Les items liés au traitement de l'information de l'équilibre
- ☐ Les items liés au traitement de l'information en lien avec la position du corps et au mouvement
- ☐ Les items liés au traitement de l'information sensorielle orale

Autre :

- F5. Si vous utilisez Le bilan Sensori-Moteur (Bullinger), veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :

- ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
- ☐ Les items sont pertinents
- ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
- ☐ La passation est rapide
- ☐ Il est facile à manipuler

- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine
- Autre :

- F6. Si vous utilisez Le bilan Sensori-Moteur (Bullinger), quelle(s) partie(s) de l'outil utilisez-vous pour évaluer ce patient âgé de 12 à 36 mois? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ "Offrandes et échanges"
- ☐ "Evaluation de la modalité tactile"
- ☐ "Evaluation du système visuel"
- ☐ "Evaluation de la modalité auditive"
- ☐ "Evaluation de la modalité vestibulaire"
- ☐ "Les appuis et les mises en forme du corps"
- ☐ "Les représentations de l'organisme"
- ☐ "Activités praxiques"

Autre :

- F7. Si vous utilisez l'échelle de développement (Brunet-Lézine), veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :

- ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
- ☐ Les items sont pertinents
- ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
- ☐ La passation est rapide
- ☐ Il est facile à manipuler
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant

- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine
- Autre :

- F8. Si vous utilisez L'Echelle de développement (Brunet-Lézine), quelle(s) partie(s) de l'outil utilisez-vous pour évaluer ce patient de 12 à 36 mois? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Les items liés au développement moteur et postural
- ☐ Les items liés au développement du langage
- ☐ Les items liés au développement de la coordination motrice
- ☐ Les items liés à la socialisation

Autre :

- F9. Si vous utilisez un autre outil (précisé dans la question 1), veuillez cocher la raison principale pour laquelle vous utilisez cet outil :

- ☐ Vous avez suivi une formation concernant cet outil
- ☐ Les items sont pertinents
- ☐ Il dispose de repères d'âge fiables
- ☐ La passation est rapide
- ☐ Il est facile d'utilisation
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine

Autre :

- F10. Si vous utilisez un/plusieurs outil(s) "fabriqués maison", précisez pourquoi (raison principale) :

- ☐ Les items sont plus pertinents que ceux des autres outils
- ☐ La passation est rapide

- ☐ Il est facile à manipuler
- ☐ Vous jugez qu'aucun autre outil n'est suffisant
- ☐ Vous ne disposez d'aucun autre outil dans ce domaine
- ☐ Vous n'êtes pas formé(e) à l'utilisation d'un autre outil
- ☐ Il est gratuit

Autre :

- F11. Si vous utilisez un/plusieurs outil(s) "fabriqué(s) maison", que cherchez-vous à observer chez ce patient âgé de 12 à 36 mois avec la plainte "il présente des difficultés pour manger" OU avec une autre plainte dans le cadre de difficultés alimentaires ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ L'anatomie, la morphologie de la zone oro-faciale
- ☐ Les réflexes oraux
- ☐ Les praxies oro-faciales hors repas
- ☐ La déglutition salivaire hors repas
- ☐ Les fonctions orales lors de la prise alimentaire (déglutition, mastication)
- ☐ L'hypotonie/l'hypertonie des structures orales
- ☐ La présence/l'absence d'un réflexe gastro-oesophagien
- ☐ La respiration/ventilation
- ☐ La motricité globale
- ☐ La coordination oculomotrice
- ☐ Le langage
- ☐ La socialisation
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle tactile au niveau bucco-facial
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle tactile au niveau corporel

- ☐ Le traitement de l'information sensorielle olfactive
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle gustative
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle thermique au niveau bucco-facial
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle thermique au niveau corporel
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle visuelle
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle auditive
- ☐ Le traitement de l'information sensorielle vestibulaire (déplacements en transports, dans l'espace, autres)

- F12. Si votre/vos outil(s) "fabriqué(s) maison" comprend/comprennent d'autres items que ceux proposés à la question F11, veuillez préciser lesquels ici :

TABLE DES ILLUSTRATIONS

I. Table des figures

Figure 1. Profil de la majorité des patients de 12 à 36 mois reçus par les professionnels interrogés et adressés avec une plainte relative à l'oralité alimentaire.....	45
Figure 2. Répartition des effectifs des professionnels selon s'ils pratiquent eux-mêmes une évaluation ou s'ils réorientent le patient	46
Figure 3. Outils standardisés utilisés par les orthophonistes et les psychomotriciens	47
Figure 4. Outils standardisés utilisés par les kinésithérapeutes, psychologues et ergothérapeutes	49
Figure 5. Recherche d'informations concernant les antécédents médicaux (orthophonistes et psychomotriciens).....	52
Figure 6. Recherche d'informations concernant le développement global de l'enfant (orthophonistes et psychomotriciens)	52
Figure 7. Recherche d'informations concernant les situations de repas de l'enfant (orthophonistes et psychomotriciens)	53
Figure 8. Recherche d'informations concernant le langage (orthophonistes et psychomotriciens).....	53
Figure 9. Recherche d'informations concernant le développement psychomoteur (orthophonistes et psychomotriciens)	54
Figure 10. Recherche d'informations concernant l'alimentation (orthophonistes et psychomotriciens).....	55
Figure 11. Fréquence des échanges des orthophonistes avec des professionnels d'autres domaines pour l'évaluation.....	56
Figure 12. Degré d'utilité d'un outil interdisciplinaire d'évaluation évalué par les orthophonistes	58
Figure 13. Degré d'utilité d'un outil interdisciplinaire d'évaluation évalué par les psychomotriciens, kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes	59
Figure 14. Buts visés par l'utilisation d'un outil interdisciplinaire d'évaluation pour les psychomotriciens, kinésithérapeutes, psychologues et ergothérapeutes interrogés	60

Figure 15. Examen des structures anatomiques bucco-faciales hors repas dans les outils standardisés par les orthophonistes	91
Figure 16. Evaluation des praxies et de la motricité au niveau bucco-facial dans les outils standardisés par les orthophonistes	91
Figure 17. Evaluation des capacités et possibilités d'alimentation dans les outils standardisés par les orthophonistes	92
Figure 18. Recherche d'un reflux gastro-œsophagien dans les outils standardisés par les orthophonistes	92
Figure 19. Autres éléments observés dans les outils standardisés par les orthophonistes.....	92
Figure 20. Evaluation de la sensorialité dans les outils standardisés par les psychomotriciens	93
Figure 21. Evaluation de la posture dans les outils standardisés par les psychomotriciens	94
Figure 22. Evaluation des capacités praxiques et de coordination motrice dans les outils standardisés par les psychomotriciens	94
Figure 23. Autres aspects observés par les psychomotriciens au moyen des outils standardisés ...	95

II. Table des tableaux

Tableau I. Synthèse des principales étapes des acquisitions langagières, alimentaires, motrices et posturales entre 6 et 18 mois	16
Tableau II. Eléments observés par les orthophonistes et les psychomotriciens au moyen des outils standardisés	48
Tableau III. Eléments observés par les orthophonistes au moyen des outils standardisés et des outils « maison ».....	50
Tableau IV. Récapitulatif des hypothèses et des réponses apportées	61

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES	2
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION.....	8
PARTIE THEORIQUE	10
I. LE DEVELOPPEMENT DE L'ORALITE	11
1. <i>Le Développement du fœtus : les prémices de l'oralité primaire</i>	11
1.1. L'Embryogenèse bucco-faciale.....	11
1.2. Les premières expériences sensori-motrices du fœtus	11
1.3. Le développement sensoriel du fœtus.....	12
2. <i>L'oralité primaire, de la naissance à 6 mois</i>	12
2.1. L'alimentation, situation propice à l'émergence des interactions.....	12
2.2. Les rôles de l'oralité alimentaire au niveau psychique et affectif.....	13
2.3. La construction d'une identité psychocorporelle.....	13
2.4. Une construction psychomotrice étayée par l'alimentation.....	14
3. <i>Les enjeux de l'oralité secondaire</i>	15
3.1. Une modification des liens parents-enfant.....	15
3.2. La construction des oralités verbale et alimentaire.....	15
3.3. Les choix et refus alimentaires.....	17
II. LE TROUBLE DE L'ORALITE ALIMENTAIRE ET SON EVALUATION	18
1. <i>Les étiologies du trouble de l'oralité alimentaire</i>	18
1.1. Une définition du trouble de l'oralité alimentaire ou dysoralité	18
1.2. Des causes organiques et psychogènes.....	18
1.3. Des facteurs multiples mis en cause dans la dysoralité.....	19
1.4. Des manifestations sensorielles du trouble de l'oralité alimentaire	20
2. <i>Les apports de la théorie de l'intégration sensorielle dans la compréhension du trouble de l'oralité alimentaire</i>	21
2.1. Une présentation de la théorie de l'intégration sensorielle.....	21
2.2. L'implication des troubles de l'intégration sensorielle dans la dysoralité	22
2.3. L'intégration sensorielle et le courant sensori-moteur.....	23
3. <i>L'évaluation concernant une plainte liée à l'oralité alimentaire</i>	23
3.1. La démarche d'évaluation et les professionnels impliqués	23
3.2. Une évaluation interdisciplinaire.....	24
III. CONCLUSION DE LA THEORIE	25
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	26
I. PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE	27
1. <i>Introduction à la problématique</i>	27
2. <i>Problématique</i>	27
II. HYPOTHESES.....	28
1. <i>Hypothèse 1</i>	28
2. <i>Hypothèse 2</i>	28
3. <i>Hypothèse 3</i>	28
4. <i>Hypothèse 4</i>	28
5. <i>Hypothèse 5</i>	28
PARTIE EXPERIMENTALE	29
I. LA POPULATION	30
1. <i>Les professions interrogées</i>	30
1.1. Des disciplines de santé non médicales aux pratiques d'évaluation complémentaires.....	30
1.2. Les décrets de compétences des professions concernant une plainte liée à l'oralité alimentaire.....	32
2. <i>Les modes d'exercice professionnel</i>	34
3. <i>La réalisation ou non d'un bilan</i>	34
4. <i>La population des jeunes enfants visés par l'évaluation</i>	35
4.1. La tranche d'âge des enfants : 12 à 36 mois.....	35
4.2. La plainte concernant l'oralité alimentaire.....	36
II. LE MATERIEL	37

1.	<i>Le contenu des questionnaires</i>	37
1.1.	Le profil général de l'échantillon	37
1.2.	La réalisation ou non d'un bilan par le professionnel	38
1.3.	Les outils d'évaluation utilisés par les différents professionnels	38
1.4.	Les informations recherchées dans l'anamnèse	39
1.5.	Les échanges interdisciplinaires	39
1.6.	La demande pour un outil interdisciplinaire d'évaluation	39
2.	<i>Les types de questions</i>	40
3.	<i>Les formulations des questions</i>	40
4.	<i>La présentation du questionnaire</i>	40
III.	LA PROCEDURE	41
1.	<i>Le choix du matériel utilisé</i>	41
2.	<i>L'état des lieux de la littérature</i>	41
3.	<i>La pré-enquête</i>	42
4.	<i>La diffusion des questionnaires</i>	42
IV.	CONCLUSION DE LA PARTIE EXPERIMENTALE	42
	PRESENTATION DES RESULTATS	43
I.	LE PROFIL DES PROFESSIONNELS DE L'ECHANTILLON	44
1.	<i>Le profil général de l'échantillon</i>	44
2.	<i>La population des enfants évalués par les professionnels de l'échantillon</i>	45
3.	<i>Les conditions générales de passation du bilan par les professionnels de l'échantillon</i>	45
II.	LA REALISATION D'UN BILAN CHEZ LA MAJORITE DES ORTHOPHONISTES ET DES PSYCHOMOTRICIENS INTERROGES	46
III.	DES OUTILS D'EVALUATION SPECIFIQUES AUX ORTHOPHONISTES	47
1.	<i>L'utilisation par les orthophonistes d'outils standardisés spécifiques</i>	47
2.	<i>Les orthophonistes élargissent leur champ d'observations au moyen d'outils « maison »</i>	49
IV.	DES POINTS COMMUNS CONCERNANT L'ANAMNESE	51
1.	<i>Des thèmes investigués à l'identique chez les orthophonistes et les psychomotriciens</i>	51
2.	<i>Des divergences concernant les investigations relatives au développement psychomoteur et à l'alimentation</i>	54
V.	LES ECHANGES INTERDISCIPLINAIRES	56
1.	<i>La présence d'échanges entre les orthophonistes et les autres professionnels</i>	56
2.	<i>Des échanges interdisciplinaires confirmés par des demandes de bilans complémentaires</i>	57
VI.	UNE DEMANDE POUR UN OUTIL INTERDISCIPLINAIRE D'EVALUATION	58
1.	<i>Une demande présente chez la majorité des orthophonistes et des psychomotriciens interrogés</i>	58
2.	<i>Une évaluation plus complète souhaitée par les orthophonistes et les psychomotriciens</i>	59
VII.	CONCLUSION DES RESULTATS	60
	DISCUSSION DES RESULTATS	62
I.	LES LIMITES DE L'EXPERIMENTATION	63
1.	<i>Des échantillons inégaux de professionnels selon les disciplines</i>	63
2.	<i>Les limites liées à la méthodologie des questionnaires</i>	66
II.	L'INTERPRETATION DES RESULTATS	67
1.	<i>Les professionnels qui réalisent un bilan</i>	67
2.	<i>Des points communs et des divergences parmi les pratiques évaluatives des orthophonistes et des psychomotriciens</i>	68
3.	<i>Les échanges interdisciplinaires</i>	71
III.	VERS LA CONSTRUCTION D'UN OUTIL INTERDISCIPLINAIRE D'EVALUATION	73
1.	<i>Les professionnels concernés par un outil interdisciplinaire</i>	73
2.	<i>Les éléments à prendre en compte dans la construction d'un outil interdisciplinaire</i>	74
IV.	CONCLUSION DE LA DISCUSSION	75
	CONCLUSION GENERALE	77
	BIBLIOGRAPHIE	79
	ANNEXES	84
	ANNEXE I : L'HYPERSENSITIVITE TACTILE ET ORALE DECLINEE EN 5 STADES	85
	ANNEXE II : RECAPITULATIF DES OUTILS STANDARDISES PROPOSES DANS LES QUESTIONS CONCERNANT L'EVALUATION	87

ANNEXE III : DOCUMENT D'INFORMATION SUR LA RECHERCHE	89
ANNEXE IV : PRESENTATION DES OUTILS CITES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET NON PROPOSES INITIALEMENT DANS LES QUESTIONNAIRES	90
1. <i>Dialogoris 0/4 ans Orthophoniste, (2006), Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F. et Roy, S.</i>	90
2. <i>L'accompagnement parental à la carte, (2004), Barbier, I.</i>	90
3. <i>Développement fonctionnel moteur de 0 à 48 mois, (1999), Vaivre-Douret, L.</i>	90
ANNEXE V : DETAILS DES RUBRIQUES MAJORITAIREMENT INVESTIGUEES DANS LES OUTILS STANDARDISES LES PLUS UTILISES PAR LES ORTHOPHONISTES INTERROGES	91
1. <i>Examen des structures anatomiques bucco-faciales hors repas</i>	91
2. <i>Evaluation des praxies et de la motricité au niveau bucco-facial</i>	91
3. <i>Evaluation des capacités et possibilités d'alimentation</i>	92
4. <i>Recherche d'un reflux gastro-œsophagien</i>	92
5. <i>Autres éléments observés</i>	92
ANNEXE VI : DETAILS DES RUBRIQUES MAJORITAIREMENT INVESTIGUEES DANS LES OUTILS STANDARDISES LES PLUS UTILISES PAR LES PSYCHOMOTRICIENS INTERROGES	93
1. <i>Présentation des outils</i>	93
2. <i>Evaluation de la sensorialité</i>	93
3. <i>Evaluation de la posture</i>	94
4. <i>Evaluation des capacités praxiques et de coordination motrice</i>	94
5. <i>Autres aspects évalués</i>	95
ANNEXE VII : QUESTIONNAIRES DESTINES AUX PROFESSIONNELS	96
1. <i>Exemplaire d'un questionnaire destiné aux orthophonistes</i>	96
2. <i>Rubriques « Evaluation » des questionnaires</i>	106
2.1. Rubrique « Evaluation » du questionnaire destiné aux psychomotriciens	106
2.2. Rubrique « Evaluation » du questionnaire destiné aux kinésithérapeutes	109
2.3. Rubrique « Evaluation » du questionnaire destiné aux psychologues	112
2.4. Rubrique « Evaluation » du questionnaire destiné aux ergothérapeutes.....	115
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	118
I. TABLE DES FIGURES	118
II. TABLE DES TABLEAUX.....	119
TABLE DES MATIERES.....	120

Sophie Cohou et Maélys Gouineau

**EVALUATION D'UNE PLAINTÉ RELATIVE A L'ORALITE ALIMENTAIRE CHEZ
DES ENFANTS DE 12 A 36 MOIS : Etat des lieux et réflexion sur la création d'un
outil interdisciplinaire**

122 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2013

RESUME

La dysoralité, ou trouble de l'oralité alimentaire, peut se manifester par des difficultés alimentaires ainsi que par des troubles touchant l'ensemble du développement de l'enfant, au niveau psychomoteur, langagier et affectif (Thibault, 2007). Dans ce contexte, on peut par ailleurs identifier chez certains enfants des défenses sensorielles orales, tonico-posturales, tactiles et olfactives (Bullinger, 2005 ; Senez & Schall, 2010 ; Leblanc, 2012). L'évaluation de la dysoralité nécessite donc l'intervention de différents professionnels de santé comme les orthophonistes, les psychomotriciens, les psychologues, les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes (Hermans, 2003 ; Abadie, 2004). Or, il n'existerait à ce jour aucune démarche d'évaluation interdisciplinaire concernant ce type de plainte. Nous avons dans un premier temps cherché à savoir si, dans le cadre d'une plainte relative à l'oralité alimentaire chez des enfants de 12 à 36 mois, les orthophonistes pratiquent une évaluation spécifique par rapport aux évaluations proposées par les autres professionnels. Ensuite, nous nous sommes questionnées sur la façon de créer des liens entre les différentes disciplines afin d'obtenir une évaluation complète, prenant en compte à la fois les difficultés alimentaires et les autres signes pouvant être associés. Pour répondre à ces interrogations, nous avons interrogé, au moyen de questionnaires, 170 professionnels de santé sur leurs pratiques d'évaluation. Les résultats révèlent des spécificités mais également des points communs parmi les évaluations des différentes professions interrogées. En outre, il apparaît que les orthophonistes échangent avec des professionnels d'autres disciplines dans leur évaluation de ce trouble. Enfin, nous avons identifié une demande marquée pour un outil interdisciplinaire d'évaluation. Un outil utilisé comme support aux échanges entre les professionnels pourrait ainsi être élaboré, dans l'objectif d'offrir une évaluation globalisante de l'enfant, qui prenne en compte les multiples manifestations de la dysoralité grâce aux compétences spécialisées et conjuguées de plusieurs professionnels de santé.

MOTS-CLES

Dysoralité - Manifestations sensorielles - Professionnels de santé - Evaluation interdisciplinaire - Outil d'évaluation

MEMBRES DU JURY

T. CAO NONG, A.S. GOYET, F. GUILLON

MAITRE DE MEMOIRE

V. LEBLANC, P. POZARD

DATE DE SOUTENANCE

27 juin 2013
