



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>



Université de Franche-Comté

UFR SMP - Orthophonie

Oralité alimentaire et oralité verbale : les orthophonistes font-ils le lien ?

Elaboration d'un livret informatif à destination des orthophonistes.

Mémoire

pour obtenir le

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONIE

présenté et soutenu publiquement le 4 Juillet 2014

par :

Mylène LEMAIRE

Maîtres de Mémoire : Louise GENDRE-GRENIER – Françoise ERCOLANI-BERTRAND

Composition du jury :

Alain DEVEVEY – Directeur des études, Orthophoniste, Maître de conférences en
linguistique française

Anne JULIEN – Orthophoniste

Sébastien HAGUE – Neuropsychologue

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord mes maitres de mémoire, Mme GENDRE-GRENIER L. et Mme ERCOLANI-BERTRAND F. pour leur enthousiasme, et pour avoir accepté de superviser ce mémoire malgré la lourde contrainte géographique.

Un énorme merci aux orthophonistes qui se sont prêtés au jeu en répondant à mon questionnaire. Sans vous tous, le domaine de l'oralité alimentaire ne serait pas en mesure d'évoluer. Votre dévouement, votre curiosité, vos questions, vos conseils, vos réponses, et vos encouragements à tous et toutes m'ont été d'un grand secours.

Concernant la relecture et les conseils avisés, un grand merci à : Anne-Laure PASQUA et surtout, bon courage pour ta nouvelle aventure... Sans oublier Agnès pour son soutien sans faille, sa psychologie positive, et pour tout ce qu'elle a pu et su m'apporter depuis notre rencontre. En espérant que la suite nous réserve de belles surprises. Et enfin, merci à toi Caro, la fille à la plume d'or, la pro des virgules, et ma copine de toujours.

De nombreuses pensées et remerciements là-encore pour Eve-Marie DELQUE sans qui le livret n'aurait jamais existé. Ses talents de graphiste et sa chaleur humaine sont incontestables. J'espère sincèrement que tes rêves professionnels vont s'accomplir incessamment sous peu, tu le mérites amplement.

Mes remerciements s'adressent également à Manu et Marion pour leur précieuse aide en sociologie et en analyses statistiques. A mon tour de croiser les doigts pour vous.

Merci à toutes mes copines de promotion, notamment à Camille et Agathe qui m'ont permis de passer quatre années de folie : les rires et les larmes n'ont plus de secret pour nous. A notre trio !

Merci à ma famille qui n'a eu de cesse de me soutenir et de m'encourager tout au long de ce parcours. Sans elle, ma vie aurait pris un nouveau chemin et mon épanouissement en

serait tout autre. Mes petites louloutes et loulous, vous avez droit à votre propre trace sur ce papier car vous constituez une importante part de mon énergie.

Enfin, mes derniers remerciements sont adressés à l'homme dont la force, l'optimisme relativement agaçant, les compétences informatiques, l'esprit vif, et l'écoute, m'ont permis de tenir le large du début à la fin... Tout simplement, merci pour tout. A notre nouvelle vie que j'attends désormais avec impatience.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	0
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION.....	4
CHAPITRE 1 - CONTEXTE THEORIQUE	7
I. L'ORALITE	7
II. LES RÔLES DE L'ORTHOPHONISTE.....	16
PROBLEMATIQUE - HYPOTHESES	22
CHAPITRE 2 – PARTIE EXPERIMENTALE	24
I. QUESTIONNAIRE : CADRE EXPERIMENTAL.....	24
II. ANALYSE DESCRIPTIVE DU PROTOCOLE	30
III. PRESENTATION DU LIVRET	34
CHAPITRE 3 - PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	42
I. RECUEIL DES REPONSES OBTENUES A CHAQUE QUESTION.....	42
II. RESULTATS OBTENUS PAR CROISEMENT DE QUESTIONS.....	63
CHAPITRE 4 - DISCUSSION	73
I. DISCUSSION AUTOUR DE L'EXPERIMENTATION	73
II. DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS.....	82
III. PERSPECTIVES CLINIQUES	85
CONCLUSION.....	88
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	89
SITOGRAFIE.....	96
TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX	97
TABLE DES MATIERES	99
ANNEXES.....	104

INTRODUCTION

« La sphère oro-faciale est un lieu d'expressions, de projections, et de représentations. Elle est un carrefour fondamental et structurant qui nous inscrit dans le monde, et au tout début dans le monde de l'oralité... La bouche joue un rôle de médiateur, de passeur vers l'autre mais aussi vers soi ; le lien entre oralité alimentaire et oralité verbale prend ici toute sa signification. Dans cet acte d'échange, la langue occupe une place et des fonctions majeures. » (C. THIBAUT, 2008)

Au carrefour de ces oralités, se trouve la bouche. Par conséquent, si cette cavité buccale se trouve désinvestie (origines organique, psychogène, sensorielle), des répercussions tant sur le versant alimentaire que sur le versant langagier seront susceptibles d'apparaître.

Dès lors, au vu de cette étroite relation, il est nécessaire de suivre des enfants ayant des troubles du comportement alimentaire, le plus précocement possible afin d'éviter, ou du moins atténuer, toute répercussion potentielle.

Bien que ces suivis s'inscrivent dans un cadre de pluridisciplinarité, dans ce mémoire, nous ciblerons notre attention sur les orthophonistes. Notre but étant de déterminer si ces professionnels sont conscients de ce lien, de définir leurs rôles dans ces suivis thérapeutiques, et de leur apporter des connaissances relatives à ce domaine (si attendues il y a).

Dans une première partie, nous étudierons sous un aspect théorique, le concept et le développement de l'oralité, qu'elle soit alimentaire ou verbale, et nous déterminerons les rôles des orthophonistes dans le cas d'une oralité perturbée.

Dans une deuxième partie, après avoir exposé notre problématique et nos hypothèses, nous présenterons nos protocoles expérimentaux. Nous détaillerons notre questionnaire, puis soumettrons notre livret d'information conçu à partir des données recueillies (grâce au questionnaire) aux éléments recueillis sur le terrain (stage en CAMSP) et enfin aux données fournies dans la littérature.

Dans une troisième partie, nous exposerons les résultats obtenus grâce au questionnaire puis nous les interpréterons.

La dernière partie de ce mémoire sera consacrée à la discussion autour des expérimentations, et résultats obtenus. Pour clore ce mémoire, nous exposerons à la fois les limites et les perspectives cliniques en lien avec cette étude.

« Le verbe est parole et la parole oralité. « Os-oris », dans le seuil de la bouche se croisent : la communication humaine, le souffle de vie, l'aliment pour survivre. »

Geneviève Heuillet-Martin

CHAPITRE 1 - CONTEXTE THEORIQUE

I. L'ORALITE

1. Définition

Terme emprunté à la psychanalyse freudienne, l'oralité désigne l'ensemble des activités orales, c'est-à-dire réalisées par la sphère buccale. Nom bref, mais abritant pourtant une grande multiplicité de fonctions : communication, alimentation, ventilation, exploration tactile et gustative, relations érogènes, langage, ... L'oralité, pilier dans notre développement, ne cesse d'évoluer au cours de la vie pour s'inscrire au cœur de l'humanité.

« Les deux fonctions orales majeures de l'Homme sont l'alimentation et le langage, soit la survie et la communication. » (V. ABADIE, 2002, p1).

Pour G. COULY (2010), que ce soit pour des ingestions de nutriments ou des émissions phonémiques, la bouche apparaît comme le lieu polyvalent de la communication. Sucrer, crier, manger et parler sont les étapes clés de ces oralités.

2. L'oralité alimentaire

2.1. Développement de la succion-déglutition fœtale

La cavité bucco-nasale (ou stomodaeum) se met en place au cours des deux premiers mois de l'embryogénèse. L'oralité alimentaire se manifeste au cours du troisième mois de gestation : la langue du fœtus s'anime et on peut apercevoir le réflexe de Hooker (la main s'approche de la bouche et touche la langue).

En entreprenant alors sa propre exploration corporelle, l'embryon devient fœtus.

Vers la dixième semaine, les mouvements antéropostérieurs de succion (appelée lapement pour C. SENEZ, 2002) apparaissent. La déglutition quant à elle, apparaît entre la douzième et quinzième semaine. A ce stade, la succion et la déglutition sont alors deux actes réflexes orchestrés par le tronc cérébral. (C. THIBAULT, 2007).

Vers trente-deux semaines d'aménorrhée, le réflexe de succion va se coordonner avec le réflexe de déglutition. Pendant le reste de sa vie fœtale, le fœtus va entraîner le couple

succion-déglutition, en suçant ses doigts ou ses orteils, ou en déglutissant le liquide amniotique, afin que cet automatisme soit optimal à la naissance.

Chez le fœtus, il existe deux mécanismes de succion se composant de pression et d'aspiration s'inscrivant chacun dans un continuum.

➤ La succion non nutritive apparaît la première, vers 29 semaines d'âge gestationnel (M. HADDAD, conférence 2013). Selon V. ABADIE (2004), cette succion n'implique ni déglutition ni fermeture laryngée préventive des fausses routes. Elle est composée de trains de succions (ou « burst ») de rythme plus rapide (2 à 3 par secondes) que ceux de la succion nutritive. C'est une alternance de rafales de succion et de périodes de repos.

➤ La succion nutritive, apparaît vers 32 semaines d'aménorrhée, et se perfectionne jusqu'au terme de la grossesse. Le fœtus aspire le liquide amniotique, liquide qui prend le goût des aliments consommés par la mère. Cette succion impose une parfaite coordination de la succion à la déglutition et à la ventilation. (V. ABADIE, 2004)

2.2. L'oralité primaire du nourrisson

L'oralité primaire dite réflexe, élémentaire ou débutante, se caractérise par l'automatisation de la séquence succion-déglutition, et par la mise en place du schème succion-déglutition-ventilation néonatale.

A sa naissance, le nourrisson cesse d'être nourri par le cordon ombilical de sa mère et quitte un milieu aqueux pour un milieu atmosphérique. En raison d'une différence de pression entre ces milieux, le lapement n'est alors plus suffisant pour déglutir. Il faut désormais enserrer un minimum le mamelon (ou la tétine), aspirer et propulser le contenu dans l'estomac. Pour un développement optimal de ce nouveau mode alimentaire, les noyaux moteurs du tronc cérébral doivent être intègres.

Le bon fonctionnement des muscles faciaux, linguaux, du plancher buccal et du pharynx va se développer au cours des stades de succion, de déglutition et par la suite, de mastication (C. THIBAUT, 2007).

Le nouveau-né suce de façon automatique jusqu'à environ 6 mois, grâce à des structures neurologiques sous-corticales.

2.3. L'oralité secondaire : la double stratégie alimentaire

a) Préambule

L'oralité secondaire, volontaire, évoluée, de mastication (ou encore gnoso-praxique), correspond à une mastication déglutition automatico-volontaire (suite à une maturation neurologique).

Quand le contrôle cortical, les noyaux gris centraux et le système cérébelleux deviennent prépondérants par rapport au tronc cérébral, l'enfant abandonne la succion au profit de la mastication-déglutition (D. BLEECKX, 2002).

Le relais entre la succion et la mastication se fait progressivement : ces deux stratégies alimentaires coexistent chez l'enfant entre 6 mois et 5 ans (G. COULY, 2010). L'alimentation du bébé (ou du jeune enfant) est un apprentissage même si, chez l'enfant bien portant, la régulation est naturellement optimale.

On assiste ainsi à la corticalisation de l'oralité, permettant le passage à la cuillère et la mastication.

b) Nouveaux schèmes moteurs pour un nouvel outil : la cuillère

Les prémices de l'oralité alimentaire secondaire apparaissent vers 6 mois et sont marquées par la diversification alimentaire (introduction de solides dans l'alimentation), l'utilisation de la cuillère, et l'apparition des dents.

D'après M. PUECH et D. VERGEAU (2004), l'enfant étant novice dans le stade de l'oralité secondaire, il va, au début, poursuivre des mouvements de « suckling » (mouvements antéro-postérieurs de la langue en rapport avec la posture de décubitus et de flexion du nourrisson), qu'il va ensuite combiner au « sucking » (mouvements de la langue allant du haut vers le bas, en lien avec la position verticale de l'enfant).

Cette nouvelle stratégie motrice orale constitue une praxie volontaire assez complexe dépendant des fonctions cognitives, affectives et sociales.

L'enfant apprend par imitation à saisir la cuillère entre les dents et les lèvres : cet apprentissage dépend d'une maturation neurologique des zones du cortex pariéto-frontal et du faisceau géniculé (C. THIBAUT, 2007).

Progressivement, il sera en mesure de contrôler les aliments dans sa bouche, de les mobiliser latéralement, de les propulser vers les zones réflexogènes de la déglutition et surtout, de décider du moment où il va déglutir (ou cracher).

c) La mastication

La mastication est une praxie complexe qui nécessite un long apprentissage, et ce dès l'alimentation à la cuillère (apparition des dents de lait en parallèle). Elle consiste en un mouvement rythmique de la mandibule, de la langue et des joues. Le geste mandibulaire conserve un mouvement antéropostérieur jusqu'à 36 mois pour devenir hélicoïdal vers l'âge de 7 ans avec l'apparition des mouvements de diduction (C. THIBAUT, 2012).

A ce stade, la mastication devient adulte.

La stratégie de mastication permet à l'enfant de construire son oralité alimentaire (découverte de nouveaux goûts, textures, couleurs, modes de préhension...) conjointement à son oralité verbale (des mots-phrases aux premières phrases).

L'oralité alimentaire se manifeste dès la période embryo-fœtale : elle est génératrice de l'oralité verbale, avec pour média la bouche.

3. L'oralité verbale

3.1. L'oralité élémentaire

a) Prémices de l'oralité verbale : les cris et les vocalisations (0-2 mois)

Le nouveau-né commence par produire des vocalisations réflexes comprenant cris et sons végétatifs. Les vocalisations sont des activités réflexes ou quasi-réflexes, caractérisées par un ensemble de cris et de sons végétatifs comme les bâillements, gémissements, soupirs, raclements, pleurs. (C. THIBAUT, 2007). Les pleurs du nouveau-né exigent une respiration coordonnée, favorisant de ce fait la production de sons.

A.S. CISMARECO (1993) définit le cri comme un « *cordon ombilical acoustique* », au sens où l'enfant appelle sa mère pour qu'elle le nourrisse. Le cri cache alors deux oralités : préverbale et alimentaire.

b) Les syllabes archaïques (1-4 mois)

Le bébé de 2 ou 3 mois commence à produire des sons par hasard. Il s'entend, est alors tout étonné et prend plaisir à recommencer, à moduler ses émissions vocales.

Il perçoit de façon concomitante les vibrations qu'il émet, les phénomènes d'ordre moteur et les phénomènes acoustiques qu'il entend.

Selon C. THIBAUT (2007), les sons produits (intonations, voix) sont liés à l'émergence du sourire qui est le premier indice de la communication sociale.

Dès le troisième mois, le nourrisson imite les sons émis par l'adulte s'ils appartiennent à son répertoire vocal. L'enfant progresse beaucoup par imitation : par exemple, c'est en voyant les lèvres de l'interlocuteur bouger, qu'il va vouloir transposer l'action à son propre corps et déclencher des mouvements censés reproduire le modèle ou une forme approchée.

3.2. L'oralité évoluée : du babillage aux premiers mots

a) Le babillage rudimentaire (3 - 8 mois)

Dès 3 mois, le bébé, à présent capable de ventiler par la bouche, met en place des mécanismes respiratoires et phonatoires lui permettant de contrôler des émissions plus longues (C. THIBAUT, 2010). Vers 5 mois, avec l'acquisition de la position assise, la langue commence à s'accoler au palais et permet un perfectionnement de la parole. A 6 mois, l'enfant combine deux sons (consonne et voyelle) et forme des proto-syllabes difficilement segmentables en raison d'une articulation imprécise et de transitions lentes entre les mouvements de fermeture et d'ouverture du tractus vocal (C. THIBAUT, 2007).

b) Le babillage canonique (6 – 10 mois)

Le niveau de maturation atteint par le système nerveux central permet la mise en place de la boucle audio-phonatoire donnant ainsi la possibilité au bébé de commencer à ajuster la hauteur de sa voix, donc de ses productions vocales.

Vers 6-8 mois, un mécanisme de répétition de syllabes redoublées en série (par exemple : « *mamama* ») se développe.

Le babillage commence à porter de réels traits phonétiques, et selon B. de BOYSSON-BARDIES (1996, p62), « *le babillage avec des syllabes répétées, refléterait la formation de « cadres » dans lesquels les différents segments phonétiques seront insérés au fur et à mesure qu'ils deviendront accessibles à l'enfant* ».

Précisons que les consonnes antérieures et les labiales (plus visibles) sont souvent les premières structures inscrites dans le répertoire des sons que produit le bébé.

c) Le babillage mixte (9 – 18 mois)

Le babillage mixte correspond à une étape d'intégration au sens où les enfants commencent à produire des éléments significatifs à l'intérieur du babillage : on y trouve à la fois des lexies identifiables comme étant des éléments significatifs et des syllabes non reconnaissables comme unités lexicales.

Vers 8-9 mois, les formes syllabiques de l'enfant vont se diversifier « *bé-do-ba* », et à 9-10 mois, le babillage devient spécifique de la langue maternelle (auparavant, il était universel). En réalisant des productions stables lors de situations particulières, l'enfant va faire surgir des proto-mots auxquels il affecte un sens bien précis : cela marque la symbolisation du langage. Par la suite, les premiers mots (le premier vocabulaire de l'enfant étant porté sur l'alimentation, C. THIBAUT, 2007) et les premières phrases apparaissent. Bien que l'enfant produise des phrases holophrastiques (un mot pour une phrase), son lexique ne cesse de s'accroître. Les premiers mots correspondent souvent à des formes simplifiées, des redoublements syllabiques, de formes plus ou moins onomatopéiques, des formes arbitraires (« *da* » pour regarde, donne, ...) ou des combinés (« *ticha* » pour petit chat) mêlant sous-généralisations et sur-généralisations (J.M KREMER, N. DENNI-KRICHEL, 2010 / KERN S, 2012).

d) Après 18 mois

Vers 18-19 mois, une réorganisation cérébrale vient donner lieu à une explosion lexicale. En même temps que son lexique s'élabore, l'enfant construit son propre système de prononciation : n'étant pas encore capable d'articuler tous les sons de la langue, il les simplifie. Ces processus de facilitations sont normaux dans une certaine proportion jusqu'à l'âge de 4 ans (C. THIBAUT, 2007). Pour la phonologie, entre 18 et 24 mois, l'enfant

répète et imite les mots entendus. Quant au niveau syntaxique, les premières associations de mots apparaissent vers 2 ans et la morphologie (les articles, les pronoms, les expressions spatiales, ...) est introduite entre 2 ans et demi et 3 ans.

4. Liens entre l'oralité alimentaire et l'oralité verbale

4.1. Une origine neuro-anatomique commune

Au vu de sa petite corpulence, le nouveau-né présente ses propres particularités fonctionnelles.

Présentons en premier lieu un tableau succinct de l'anatomie du nourrisson.

ORGANES	ANATOMIE
Conduit vocal	Arqué
Cavité buccale	Petite
Langue	Volumineuse, étroite, en avant
Larynx et os hyoïde	Hauts
Pharynx	Court, étroit
Palais osseux	Peu concave
Voile du palais	Long, au contact de l'épiglotte lors de la déglutition

Anatomie du nouveau-né

Cette anatomie va d'abord rendre le bébé inapte à la parole et va, par la suite, engendrer une nasalisation des phonèmes produits lors du babillage (B. BOYSSON-BARDIES, 1996). Sur le plan de l'alimentation, son anatomie va restreindre ses mouvements linguaux. La bouche est le carrefour anatomique du verbe et de l'aliment, et lie les deux oralités.

« Les praxies de déglutition, mastication, de ventilation buccale, de propreté orale et celles du langage naissent, se mettent en place en même temps, en utilisant les mêmes organes et les mêmes voies neurologiques (zones frontales et pariétales) » (C.THIBAULT, 2007, p46).

Avec le temps, des modifications anatomiques vont s'installer, permettant à l'enfant d'évoluer à la fois sur le versant alimentaire, et sur le versant langagier.

a) L'anatomie du nourrisson en lien avec l'oralité alimentaire

Selon C. SENEZ (2002), l'enfant est capable de contrôler sa lèvre supérieure et de la fermer sur la cuillère au moment opportun, dès qu'il lui est possible de rester assis sans appui (vers 6-8 mois). Entre 9 et 12 mois, la langue commence à s'accoler au palais (l'enfant pouvant se mettre debout) tandis que la mandibule descend. Les mouvements de la langue et de la mandibule se dissocient, et la partie postérieure de la langue devient mobile. Par la suite, les mouvements de diduction de la mâchoire vont se coordonner.

Les cris de faim émis par le nourrisson proviennent de la mise en jeu du larynx, commandé par le nerf pneumogastrique (X) localisé dans le tronc cérébral. Dans cette zone, siège également la commande de la succion-déglutition. Le nerf hypoglosse (XII) joue un rôle dans la motricité linguale, et son atteinte engendre des difficultés de mastication, de déglutition et de parole.

Les deux oralités partagent ainsi les mêmes localisations neuro-anatomiques.

b) L'anatomie du nouveau-né en lien avec l'oralité verbale

AGES	ORGANES & REFLEXES	DEVELOPPEMENT
2-6 mois	Conduit vocal	Transformation anatomique (achevée à la fin de la première année) permettant à l'enfant de développer sa phonation
3-4 mois	Réflexes primaires	Inhibition : la phonation va alors se développer et la motricité buccale va pouvoir se faire indépendamment de la motricité globale.
4 mois	Cou	Agrandissement, entraînant une descente du larynx, et par conséquent la production de nouveaux phonèmes.
4-5 mois	Tronc	Amélioration du tonus, meilleur maintien corporel
5 mois	Larynx	Contrôle phonatoire
6 mois	Mouvements linguaux	Meilleure organisation permettant la production de nouveaux phonèmes (également en lien avec la verticalité)
15-18 mois	Langue	Renforcement musculaire
16 mois	Cavité buccale	Agrandissement permettant à la langue de se mouvoir plus facilement.

Développement du nouveau-né en lien avec son oralité verbale

4.2. La complémentarité des deux oralités

« Vers la fin de la première année, avec l'avènement concomitant et progressif de l'oralité alimentaire secondaire dentée et verbale, l'organe lingual change radicalement de stratégie : la langue apprend à manger et à parler. » (COULY, 2010, p 65)

La construction conjointe de l'oralité alimentaire et verbale permet la complexification des gnosies et des praxies qui interagissent, et trouvent une origine et un sens communs.

S. VANNIER (2008) suggère que l'alimentation à la cuillère vers 6-8 mois amène le babillage canonique. En effet, les mouvements verticaux et rythmés relatifs à la préhension et à la mastication constitueraient un cadre pour l'articulation, et les nouvelles praxies de la langue serviraient à moduler les sons produits. Les capacités motrices de mastication favorisent donc le travail des phonèmes (C. THIBAUT, 2008).

De plus, S. VANNIER (2008) a mis en évidence qu'un trouble de l'oralité alimentaire favorise les risques d'obtenir une oralité verbale perturbée : un enfant sur deux ayant un trouble d'articulation aurait une mastication déficitaire, et un enfant sur trois ayant un trouble d'articulation aurait un trouble de la déglutition.

Notons qu'à un point d'alimentation correspond un point d'articulation (C. SENEZ, 2002). Ainsi, une impossibilité à réaliser certaines praxies bucco-faciales entraîne l'incapacité à exécuter certains mouvements nécessaires à l'acte d'alimentation, et par conséquent, peut avoir des répercussions sur la future articulation.

Voici une liste non exhaustive de mécanismes buccaux, mettant en avant le lien entre les deux oralités :

MECANISMES	ORALITE ALIMENTAIRE	ORALITE VERBALE
Projection labiale	Saisie de la tétine	Production des phonèmes [y/u]
Fermeture labiale	Présente sur le verre, ou la cuillère	Production des phonèmes [p/b/m]
Langue aplatie	Introduction du biberon ou du sein	Prononciation du phonème [a]
Langue en gouttière	Mise en bouche du sein ou biberon	Prononciation du phonème [e]
Lèvres arrondies	Mise en bouche du sein ou biberon	Prononciation du phonème [o]

Sphère orale : Liens entre les deux oralités

Enfin, pour C. SENEZ (2002, p 92), dans le cadre du bilan de l'oralité « *Le bilan orthophonique de la parole sera très utile* ». En effet, les sujets présentant des difficultés pour articuler des sons tels que [n], [c], [l], [t], [d], sont ceux-là mêmes pour lesquels on trouve une mastication qui s'élabore difficilement. « *Comme tu parles, tu mâches ... !* » (C. SENEZ, 2002, p 92)

L'oralité alimentaire et l'oralité verbale sont deux oralités évoluant simultanément et suivant une séquence organisationnelle similaire. L'intrication de ces oralités étant démontrées, nous tenterons de définir les rôles de l'orthophoniste, professionnel au cœur de ces « prises en charge ».

II. LES RÔLES DE L'ORTHOPHONISTE

Manger et parler sont deux fonctions distinctes qui partagent pourtant bien des similitudes... Le lien entre oralité alimentaire et oralité verbale devrait donc théoriquement être intégré dans les « prises en charge » orthophoniques.

1. L'orthophonie et l'anamnèse

1.1. L'orthophonie : une « prise en charge » indispensable pour l'oralité

Les troubles de l'oralité, quelle qu'en soit l'origine, sont au cœur de la pratique orthophonique, puisque la cavité buccale est à la fois le carrefour des activités de communication langagières, mais aussi de la vie avec l'acte de se nourrir. Le développement des praxies oro-faciales peut donc être entravé en cas de dysoralité.

Selon leur décret de compétences, les orthophonistes sont susceptibles de pouvoir intervenir dans ce type de « prise en charge ».

C. THIBAUT (2008) explique que ces professionnels de santé (en service de néonatalogie comme en cabinet libéral) sont de plus en plus sollicités pour prendre en charge des enfants présentant des difficultés alimentaires (ou des troubles praxiques oraux) bien avant l'éclosion du langage. Cependant, bien que le nombre d'orthophonistes formés

dans ce domaine soit croissant, il y perdure néanmoins un manque conséquent, laissant alors de nombreux patients en attente d'une (ré)éducation.

Cela s'explique, entre autres, par la précocité du domaine car ce n'est qu'en juillet 2002 qu'est apparue la nouvelle Nomenclature reconnaissant, pour la première fois, les fonctions oro-faciales avec un bilan et une (ré)éducation appropriés : les deux grands axes de ce type de « prise en charge » étant l'alimentation et la communication.

Mais la situation évolue et la considération de l'oralité prend de l'ampleur dans la profession, comme le remarque I. EYOUM (2007, p16) : *« Lors des premières formations que je donnais sur la question, beaucoup de mes collègues n'étaient pas encore prêts à toucher les patients et émettaient des réserves sur ce rôle de l'orthophoniste. Actuellement, plus aucune réticence ne se fait sentir et il paraît évident de toucher et de manipuler des muscles déficients pour que le cerveau puisse retrouver des schémas antérieurs ou créer de nouveaux circuits. »*

Un enrichissement des connaissances pour une meilleure pratique orthophonique et une diffusion de l'information auprès des parents comme du personnel soignant, permettraient aux orthophonistes d'être reconnus dans le domaine de l'oralité.

1.2. Une anamnèse efficace pour une « prise en charge » bénéfique

Il est de plus en plus naturel lorsque l'oralité verbale tarde à se mettre en place, de s'interroger sur l'oralité alimentaire. Les recherches sur la prévalence de ces difficultés indiquent que 25% des enfants normaux et jusqu'à 80% des enfants en situation de handicap sont touchés (I. BARBIER, conférence 2013).

Au vu de la relation entre les deux oralités, il semble alors judicieux que dans toute anamnèse, des questions sur l'alimentation de l'enfant soient posées. Qui plus est, les orthophonistes libéraux sont de plus en plus sollicités, tant pour de l'accompagnement parental que pour des stimulations oro-faciales à travers une éducation gnoso-praxique.

Ainsi, prendre le trouble en amont et partir sur des bases solides sont deux composantes indispensables pour aboutir à une meilleure « prise en charge » de l'enfant et de sa famille. V. ABADIE (conférence 2012) confirme cette idée en expliquant que la rencontre avec un bébé (ou un jeune enfant) qui ne s'alimente pas normalement requiert, au vu de la complémentarité entre les oralités, une analyse détaillée du parcours de l'enfant.

Pour S. HERCENT-BOUYSSI (2008, p28), orthophoniste spécialisée dans l'infirmité motrice cérébrale, l'anamnèse est déterminante pour faire le lien entre des difficultés langagières et alimentaires : « *Il serait souhaitable lors de nos bilans, au moment de l'anamnèse, de systématiser la question de l'alimentation* ».

Pour permettre une approche efficace de ces troubles par l'orthophoniste, il est nécessaire de débiter la « prise en charge » par une anamnèse pertinente, comportant des questions sur la présence de difficultés de même ordre dans la famille, le déroulement de la grossesse, naissance et premiers jours de vie, le mode d'alimentation de l'enfant, les tentatives faites, et les échecs rencontrés, les antécédents, les bilans effectués, les réactions de l'enfant face à des stimuli sensoriels, la présence d'un réflexe nauséux exacerbé, ...

2. L'accompagnement parental

Comme l'explique I. BARBIER (2010), nos ancêtres nous ont dupés, car nous dire qu'un enfant ne se laissera jamais mourir de faim est un leurre ! Nombreux sont les professionnels de santé qui reçoivent des enfants dont la faible prise de poids inquiète, et à juste titre. Les parents sont bien souvent les premiers inquiets, bien que leurs efforts pour nourrir leur enfant soient, sans conteste présents.

L'orthophoniste se présente non comme le thérapeute de l'enfant qu'on va lui confier pour une (ré)éducation, mais comme un thérapeute pouvant offrir de l'aide à l'enfant et à sa famille. Précisons que la famille doit faire preuve d'implication et doit agir en partenariat avec l'orthophoniste, pour que la « prise en charge » soit efficace du fait de la symbolique de l'oralité et de l'importance quotidienne de l'alimentation.

2.1. Accompagnement ou Guidance ? Définitions des termes

Pour D. CRUNELLE (2000), « la guidance parentale » se définit comme le fait de relater des conseils, donner des informations, transmettre son savoir - contrairement à « l'accompagnement parental » qu'elle perçoit comme une véritable relation d'écoute, un partenariat.

Pour M. MONFORT (2010), la « guidance » est le fait d'apprendre des techniques aux parents. Il est nécessaire de ne pas considérer les parents comme des « professionnels » et l'enfant comme un diagnostic ou un symptôme.

Il définit « l'accompagnement parental » comme l'action d'accompagner véritablement les parents sur le chemin. Selon lui, il n'y en a pas un qui est devant, on chemine ensemble.

C. BELARGENT (2000, p32), psychologue, rejoint M. MONFORT :

« Nous ne sommes plus seulement attentifs à ce bébé mais nous devenons attentifs à ce que cette mère ou ce père voit, à ce qu'il pense, à ce qu'il croit et ce qu'il craint, à ce qu'il désire et à ce qu'il redoute, à ce dont il a besoin. Ce souci de l'enfant et de sa famille implique d'emblée que nous abordions chacun avec respect et que nous apprenions à nous « réajuster » et à modifier notre façon de faire et d'être en fonction de l'autre. Cette intentionnalité nous éloigne de ce qu'est la guidance parentale qui visait à mettre en application un certain nombre de données que celui qui sait, impose à l'autre. »

2.2. L'accompagnement parental dans l'orthophonie

Faciliter le quotidien pour faciliter les interactions et impliquer les parents pour les aider à se faire confiance (sans les transformer en thérapeutes !), sont les principales idées de l'accompagnement parental en orthophonie. Le professionnel de santé doit donc collaborer activement avec les parents et être attentif à ce que chacun dit, pense, voit, croit, craint, pour l'accompagner du mieux possible dans la (ré)éducation.

Pour C. THIBAUT (2004, p96), *« Il faut aider les mères à se sentir moins coupables, à réinvestir leur rôle de mère nourricière ; la diminution de leur anxiété aidera l'enfant à ressentir peu à peu sa bouche non plus comme une zone interdite, source de douleurs, mais comme un endroit de plaisir. »*

Valoriser le rôle des parents est indispensable, car personne ne connaît mieux l'enfant qu'eux. Les parents et l'enfant sont deux acteurs à part entière dans les échanges nécessaires à la mise en place du langage. Chacun est partenaire de l'autre : l'orthophoniste a un rôle conséquent dans ces « prises en charge » car il apporte un regard extérieur détaché de subjectivité affective, ce qui permet potentiellement aux parents une prise de distance par rapport à leur enfant. Précisons que les axes de l'accompagnement parental

(comme de la « prise en charge ») sont élaborés en fonction des attentes familiales, et des résultats du bilan.

3. L'éducation gnoso-praxique orale

3.1. Intervention précoce dans cette éducation

Avant toute chose, précisons que la plasticité cérébrale du jeune enfant encourage ses chances de réussite en termes de (ré)éducation, d'où la nécessité d'une intervention précoce.

Pour D. CRUNELLE (2000) l'éducation précoce en orthophonie concerne les enfants de 0 à 3 ans, bien qu'il soit concevable que cette limite d'âge puisse varier selon la pathologie concernée.

L'intervention orthophonique précoce est le fruit d'une combinaison entre l'expérience clinique (observation, évaluation), l'état actuel des connaissances s'inscrivant dans un contexte de pluridisciplinarité, et le partenariat avec les parents afin de les aider à rapprocher les difficultés alimentaires de leur enfant, le défaut de succion-déglutition et les problèmes de parole (C. THIBAUT, conférence 2013).

Ce processus thérapeutique vise à aider l'enfant présentant des troubles de l'oralité primaire et secondaire à investir sa cavité buccale en (re)trouvant un plaisir oral non angoissant et en rétablissant une image corporelle positive et objective.

Il est essentiel que les orthophonistes aient des connaissances dans le domaine de l'oralité, car l'intervention précoce est primordiale si on veut éviter des difficultés surajoutées dans l'évolution de l'enfant.

Ces dernières années, des protocoles (dans des mémoires d'orthophonie notamment) ont vu le jour, dans le cadre de stimulations orales précoces chez les prématurés. Ces études mettent en avant les bienfaits des stimulations bucco-faciales tant sur le plan de l'alimentation (temps d'alimentation artificielle raccourcis, acquisition plus rapide de l'autonomie alimentaire, meilleure tétée, alimentation plus harmonieuse, ...) que sur le plan verbal (meilleure motricité bucco-faciale et meilleures compétences phonologiques).

Pour M. HADDAD (2007) « *Une stimulation orale précoce des schèmes sensori-moteurs de la succion-déglutition pourrait augurer d'une meilleure entrée dans la parole et le langage* ».

I. EYOUM (2010, p112) indique que « *les stimulations précoces et répétées des praxies de langue et de lèvres permettent d'obtenir rapidement une succion et une déglutition satisfaisantes dans plus de la moitié des cas* ». De plus, elle explique que le suivi de ces bébés et des enfants lui a permis de constater « *qu'un retard d'acquisition du langage et surtout de la parole était moins marqué que chez d'autres enfants non suivis de façon précoce [...] La mise en place précoce de stimulations oro-faciales est indispensable pour obtenir une bonne articulation* ».

3.2. Comment faire ?

Au sein de cette éducation, le développement neuromusculaire des différents organes phonateurs sera travaillé afin de favoriser une prononciation correcte des phonèmes et d'éviter l'installation de mécanismes compensatoires. Ainsi, la précision des lèvres pour une meilleure articulation, la platitude linguale, l'agilité de sa pointe, la déglutition, la ventilation naso-nasale, le souffle, la prise de conscience de son schéma corporel, les massages, constituent des jeux bucco-faciaux à explorer avec l'enfant dans le plaisir. (C. THIBAUT, 2010)

Pour V. LEBLANC (2009), il faut aider l'enfant à passer du bout des lèvres à la pleine bouche en se familiarisant avec les textures, en jouant, en sentant, et cela le plus tôt possible. Le but de ce travail d'éducation précoce étant d'aider l'enfant à investir sa zone orale comme une zone de plaisir, il est nécessaire de tenir compte de l'histoire, des compétences, des capacités, et du rythme de l'enfant.

Enfin, gardons en mémoire qu'il convient de ne pas considérer uniquement ce qui est défectueux, mais plutôt d'appréhender le jeune enfant dans sa globalité et dans les ressources qu'il manifeste tant sur le plan de l'oralité alimentaire que verbale. Pour ce faire, la « prise en charge » de l'oralité s'inscrit dans un cadre de pluridisciplinarité, tout en sachant que chaque professionnel doit connaître ses limites, ses compétences, et garder sa juste place.

PROBLEMATIQUE - HYPOTHESES

Ces données théoriques attestent de la relation entre oralité alimentaire et verbale, tant sur un plan anatomique, fonctionnel, relationnel et sensoriel. Sur un plan pratique, des études (Douglas JE, Bryon M., 1996 ; Cunha MC. et al, 2007 ; Delfosse MJ. et al, 2006) ont mis en évidence la présence de difficultés de langage chez les enfants dont les étapes alimentaires ont été perturbées, notamment chez les enfants alimentés artificiellement, ayant donc une sphère-oro-faciale peu investie et faiblement stimulée.

Cependant, les travaux appliqués en orthophonie relatifs à l'oralité alimentaire étant récents, nous nous interrogeons sur les connaissances des orthophonistes relatives à ce lien attesté. Si ces professionnels de santé ne connaissent pas cette relation, il est alors possible qu'ils n'aient pas conscience des rôles qui leurs sont impartis dans ce type de « prise en charge ». Dès lors, la (ré)éducation du langage oral en lien avec des troubles alimentaires ne pourra être bénéfique, ni pour l'enfant, ni pour sa famille, ni pour l'orthophoniste.

De ces interrogations, découlent alors plusieurs hypothèses :

1) En cabinet libéral, les consultations faites par les orthophonistes sont souvent denses, et le rythme journalier lourd. Nous posons alors l'hypothèse suivante :

Lors de l'anamnèse, les orthophonistes ne posent pas toujours des questions relatives au comportement alimentaire de leurs patients (dans ce dit mémoire, les patients réfèrent à des enfants) par manque de temps.

2) Les travaux appliqués à l'orthophonie dans le domaine de l'oralité alimentaire sont récents, et sont en évolution depuis une dizaine d'années. Ce développement se fait ressentir au vu de l'enrichissement de la formation initiale et de l'expansion des formations continues dans le domaine. Prenant cela en considération, nous émettons l'hypothèse suivante :

- Les orthophonistes libéraux, les plus récemment diplômés (0 - 10 ans), présentent davantage de connaissances théoriques et de compétences pratiques, que les orthophonistes plus expérimentés (10 ans et plus) dans le domaine de l'oralité alimentaire.

Cependant, le domaine étant encore sous-exploité, une sous-hypothèse découle alors de cette dernière :

- Quelles que soient leurs années d'exercice, les orthophonistes ne font pas tous le lien entre l'oralité alimentaire et l'oralité verbale, par manque de connaissances notamment.

3) Le domaine de l'oralité alimentaire étant encore peu développé dans le monde de l'orthophonie, nous émettons l'hypothèse qu'un support écrit spécialisé dans ces deux oralités, telle une plaquette à l'attention de ces professionnels, serait un moyen approprié pour répondre à leurs attentes (si attentes il y a).

CHAPITRE 2 – PARTIE EXPERIMENTALE

I. QUESTIONNAIRE : CADRE EXPERIMENTAL

Afin d'établir un questionnaire non biaisé, organisé, et fidèle à nos hypothèses théoriques, nous avons fait appel à deux étudiants en sociologie en complément de nos recherches personnelles inspirées des livres de Hervé Fenneteau, et François De Singly.

1. Modalité choisie

Nous avons choisi d'établir un questionnaire informatisé et de le mettre en ligne (Google Drive). Celui-ci correspond à une enquête transversale car il a été fait à un moment donné (sur une période brève), sans suivi de patient, et l'échantillon obtenu est représentatif de la population d'intérêt. De plus cette enquête est à visée descriptive. Cet outil a été privilégié afin d'interroger un nombre représentatif d'individus (échantillon) en vue d'une généralisation. Il permet de cibler des questions précises, de réaliser des analyses quantitatives, d'extraire des données statistiques, d'effectuer des croisements de questions, ou encore permet une diffusion large et une passation à distance. Les enquêtes par questionnaire ont aussi pour objectif d'analyser non une pratique, mais principalement des notions. Partant de cette idée, cette modalité nous paraissait donc être le moyen le plus pertinent pour répondre à nos hypothèses.

La modalité du questionnaire en ligne a été adoptée pour ses avantages indéniables :

- Des études ont montré que les enquêtés, depuis leur domicile (ou leur bureau), émettent généralement des réponses plus sincères. La solution « enquête en ligne » propose donc des résultats plus qualitatifs sur cet aspect. De plus, étant donné le caractère anonyme de notre questionnaire, les orthophonistes ont eu la possibilité de répondre avec franchise et sans peur d'être jugés.
- Les délais d'attente sont significativement réduits et ne sont aucunement influencés par la dispersion géographique des répondants.

- Les enquêtés peuvent prendre leur temps pour lire les questions établies, revenir sur un item s'ils en ressentent le besoin, et modifier leurs réponses avant leur validation.
- Le recueil des données est facilité : les résultats de l'enquête sont obtenus rapidement, et il est possible de contrôler le déroulement des réponses grâce au traitement automatique. Cette fonction nous a permis de relancer notre questionnaire à ses débuts pour augmenter le taux de réponses, et de le bloquer sur la fin au vu du nombre conséquent de réponses obtenues.
- Ce mode de fonctionnement permet d'interroger un large échantillon quand on sait que plus de 83% des français sont abonnés à Internet.
- Le questionnaire en ligne permet à l'échantillon concerné de répondre au moment le plus opportun pour lui.
- Les outils proposés facilitent la mise en page du questionnaire améliorant alors sa lisibilité : plusieurs items disponibles selon les réponses à mode unique ou multiple, agencement des questions et ajout de sous-questions, ajout d'un item « Autre », ...
- Contrairement à une enquête papier, l'enquête en ligne ne nécessite aucun frais tant pour l'enquêteur que pour l'enquêté (papiers, timbres non utilisés).

Cependant, les questionnaires en ligne présentent tout de même des inconvénients. Ils possèdent les mêmes faiblesses que toutes les enquêtes auto-administrées :

- L'absence de contact peut engendrer des réponses inexploitable (notamment pour les questions ouvertes si elles sont mal formulées) et des problèmes de compréhension de la part de l'enquêté. Bien qu'un item « Autre » et une question « Avez-vous des commentaires » aient été rajoutés pour laisser les orthophonistes libres d'exprimer leurs idées, nous ne pouvons pas certifier que les questions ont toutes été comprises correctement.
- Concernant le contrôle des retours, nous avons dû faire face à cinq doublons de réponses (problème du logiciel ou réponse dupliquée de la part de l'enquêté ?)
- Des difficultés de recrutement peuvent se présenter dans les questionnaires en ligne. Nous n'avons pas rencontré ce problème en premier lieu, car la période d'envoi de notre questionnaire semble s'être faite à un moment propice.

2. Population ciblée et critère d'inclusion

Notre questionnaire est exclusivement à destination des orthophonistes. Les seuls critères d'inclusion requis pour participer à cette étude étaient :

- d'exercer en cabinet libéral,
- ne pas organiser de formations dans le domaine (pour ne pas biaiser nos résultats),
- suivre (ou avoir déjà suivi) des enfants pour des troubles du langage oral.

Le recensement des réponses obtenues à des questionnaires n'étant pas toujours bien conséquent, nous n'avons pas voulu imposer trop de critères d'inclusion et d'exclusion, afin d'obtenir un échantillon quantitativement intéressant et représentatif de la population de référence.

Tout en sachant que 79% des orthophonistes exercent en libéral, nous avons donc jugé pertinent de cibler cette tranche de la population afin d'obtenir davantage de réponses.

De plus, nous avons fait ce choix dans le but de vérifier nos hypothèses concernant le manque de temps et de connaissances principalement. En effet, dans une démarche logique, nous avons pensé que les orthophonistes exerçant dans des services où les troubles de l'oralité alimentaire sont parfois présents chez les nouveau-nés (tels les services de néonatalogie ou de pédiatrie par exemple), sont davantage formés dans ce domaine. De ce fait, ils ont pleinement conscience des bienfaits d'une intervention précoce. Concernant les contraintes temporelles, elles sont différentes de celles propres au milieu libéral.

Il est fort possible que les régions sur-dotées en orthophonistes proposent davantage de formations dans le domaine de l'oralité alimentaire que dans les régions sous-dotées. De ce fait, ces professionnels de santé exerçant dans des secteurs riches en formations sont peut-être plus formés dans le domaine que les autres. Prenant en considération cette idée, nous avons décidé d'envoyer notre questionnaire dans toute la métropole, afin de rendre notre échantillon représentatif de la population cible et d'éviter des biais concernant la géolocalisation des professionnels de santé (davantage de formations selon les lieux d'exercice).

3. Modalités de passation

3.1. Mode d'administration

Le questionnaire a été proposé aux orthophonistes selon la modalité dite « auto-administrée ». En d'autres termes, le public visé devait répondre aux questions de manière autonome, c'est-à-dire sans l'intervention d'une tierce personne. Notre but était de concevoir un questionnaire susceptible de contenir suffisamment d'éléments pour aboutir à un traitement pertinent des données, dans une organisation visant à optimiser le recueil des réponses sincères de la part des personnes interrogées.

3.2. Phase de pré-test

Il est primordial de procéder préalablement à une phase de pré-test, dans le but de procéder à une analyse critique de la part des personnes interrogées.

a) Période d'administration

Le questionnaire a été envoyé pour sa phase de pré-test le 21 Juillet 2013 à 16 orthophonistes dans 4 régions différentes.

b) Réponses obtenues

Les réponses obtenues durant cette phase de pré-test, au nombre de 5, nous ont permis d'évaluer le temps de réponse consacré à ce questionnaire. Sachant que les orthophonistes libéraux ne disposent que de très peu de temps libre, ce critère temporel était important à prendre en compte. Nous devons être certains que la durée de ce questionnaire n'était pas un frein à l'obtention de réponses. Cette pré-enquête nous a également permis de vérifier si nos questions étaient cohérentes, non ambiguës, et bien formulées, afin de ne pas biaiser les réponses obtenues. Enfin, nous voulions vérifier si certains choix de réponses n'avaient pas été oubliés.

Concernant l'apport de modifications, certaines tournures de phrases ont été modifiées, des questions ont été déplacées, et des items ont été rajoutés dans les choix de réponse.

3.3. Validation du questionnaire

Afin de concevoir un questionnaire fiable, nous avons fait appel à deux étudiants en sociologie. Leur aide nous a été précieuse sur bien des points : tout d'abord, avant la phase de pré-test comme après celle-ci, certaines questions prêtant à une double interprétation ont été remaniées. Le terme spécifique « Sondage » a été délaissé au profit de « Questionnaire », ou « Enquête par questionnaire ». Les items « Non concerné(e) » et « Autre » rajoutés sur les conseils bienveillants de ces étudiants, se sont révélés par la suite indispensables pour la compréhension des certaines réponses. Enfin, leur soutien méthodologique était d'une précieuse aide quant à l'exploitation de nos réponses.

3.4. Période d'administration

Une fois le questionnaire approuvé et validé par nos étudiants en sociologie, nous avons pu procéder à son envoi définitif le 5 septembre 2013. Celui-ci a dû être arrêté prématurément le 15 septembre 2013 au vu du nombre conséquent de réponses (255).

3.5. Procédures de diffusion

Le questionnaire est un mode d'administration risqué compte tenu du taux de réponses souvent faible. De ce fait, afin de ne pas être confrontée à ce problème, et ainsi obtenir un échantillon suffisamment conséquent pour le généraliser, et ce dans un délai limité, de nombreux orthophonistes ont été contactés.

Nous avons cherché les adresses mails des orthophonistes libéraux de la métropole dans les pages jaunes (via Internet) tout en ciblant de grandes villes et leur périphérie afin d'obtenir une population représentative des orthophonistes libérales exerçant en France.

Au total, nous avons contacté tous les orthophonistes dont nous avons trouvé l'adresse e-mail, ce qui explique l'inégale répartition des envois. Ainsi, 211 mails ont été envoyés directement dans 22 villes (en intégrant leur périphérie).

Ainsi, le panel sélectionné pour répondre aux questions prend en compte toutes les catégories d'âge (en termes d'expérience) et est également réparti dans toute la France (milieu rural et urbain).

Voici un tableau récapitulatif des mails envoyés :

Villes (périphéries y compris)	Nombre de mails envoyés
ANGERS	3
BORDEAUX	9
CAEN	4
CLERMONT-FERRAND	2
CORSE	3
DIJON	3
LILLE	10
LYON	9
MARSEILLE	26
MONTPELLIER	6
NANTES	4
NICE	13
NIMES	3
ORLEANS	1
PARIS	60
PERPIGNAN	2
POITIERS	2
QUIMPER	2
REIMS	2
RENNES	5
STRASBOURG	24

Tableau 1 : Mails envoyés en fonction des villes

Nous avons également pris la décision d'envoyer notre questionnaire, accompagné d'une lettre d'information à tous les syndicats régionaux (25 au total), et départementaux (66 au total), dans l'espoir qu'ils l'envoient aux orthophonistes libéraux syndiqués. Afin d'avoir une estimation concernant le nombre de questionnaires envoyés, nous avons demandé aux syndicats de nous faire part du taux d'orthophonistes concerné par cet envoi. Cependant, seulement trois syndicats nous ont fait ce retour.

Notre questionnaire a été envoyé au minimum à 603 orthophonistes, en imaginant que, malgré l'absence de réponses de la part des syndicats, pléthore de questionnaires ont été transférés.

Enfin, le dernier moyen utilisé pour faire connaître notre questionnaire, est la mise en ligne de celui-ci sur des groupes consacrés à l'orthophonie via un réseau social. Après sa mise en ligne, notre taux de réponses a rapidement augmenté.

Nous pouvons donc affirmer que ce questionnaire a été envoyé par mail, au minimum, à 814 orthophonistes libéraux. Cependant, aucun chiffre précis ne peut être donné en raison du nombre inconnu d'envois du questionnaire par les syndicats. De plus notre questionnaire étant posté sur différents groupes orthophoniques d'un réseau social (internet), nous n'avons pas pu obtenir de données précises quant aux personnes qui ont répondu à ce dernier de par cet intermédiaire.

II. ANALYSE DESCRIPTIVE DU PROTOCOLE

1. Modalités des questions

Comme l'explique De Singly (2006, p 66) : « *Lors de la rédaction d'un questionnaire, le mieux est d'adopter un compromis entre les questions ouvertes et les questions fermées, le primat étant accordé aux dernières.* » Il précise que si l'enquête a pour fonction de tester une hypothèse, il vaut mieux retenir majoritairement une liste fermée.

1.1. Questions fermées

Nous avons axé notre questionnaire en faveur des questions fermées pour, à la fois permettre à la personne interrogée de répondre à l'enquête rapidement, mais aussi pour plus de facilité et de rapidité dans le traitement des réponses nous concernant.

a) Questions fermées dichotomiques

Ce sont des questions fermées pour lesquelles le choix du répondant se résume à deux possibilités « OUI/NON ». Elles favorisent la simplicité du questionnement et du traitement statistique, mais limitent la directivité, le choix de réponses.

b) Questions à choix multiples

Ces questions offrent deux ou plusieurs réponses et laissent au répondant la liberté de choisir sa (ou ses réponses) dans une liste préconstituée par nos soins. On peut y trouver des réponses multichotomiques à réponse unique, ou à réponses multiples.

c) Questions avec échelle de mesure

L'échelle de mesure choisie dans notre questionnaire est « l'échelle de Likert ». Cette échelle, contenant cinq choix de réponses, évalue les attitudes et comportements en proposant des choix de réponses allant d'un extrême à l'autre (par exemple « *Je n'ai aucune connaissance* » à « *Je me sens compétent(e)* »). À l'inverse des questions fermées dichotomiques, l'échelle de Likert permet de dégager différents degrés d'opinion.

1.2. Questions ouvertes

Les questions ouvertes ne sont pas majoritaires car elles demandent plus de temps aux participants, ce qui peut décourager certains à répondre. Elles sont également plus difficiles à coder et à analyser. Cependant, il nous paraissait nécessaire d'en intégrer dans ce questionnaire, car elles présentent l'avantage de fournir des indications sur les schémas de

pensée des personnes interrogées. En effet, lorsque ces enquêtés répondent à ce type de question, ils s'expriment en utilisant leur propre vocabulaire, définissent eux-mêmes ce qui doit être évoqué, ne se réfèrent pas à une grille d'analyse imposée par l'enquêteur et font part de leurs propres représentations.

1.3. Questions mixtes

Les questions mixtes, ou questions pré-codées, s'apparentent aux questions fermées parce qu'elles sont accompagnées d'une liste de modalités de réponse. Elles sont également partiellement ouvertes, car la dernière modalité invite la personne interrogée à apporter des précisions en toute liberté. Cette dernière modalité est appelée « Autre ». Notre questionnaire comporte beaucoup de questions de ce genre pour laisser principalement place à des réponses libres « imprévues ». La principale contrainte liée à l'utilisation de ces questions réside dans le post-codage qu'il est nécessaire d'effectuer pour les personnes ayant choisi la modalité « Autre ».

2. Catégories et Questions

Le but était de rendre ce questionnaire le plus ergonomique possible en l'organisant par thèmes pour faciliter la compréhension des questions et ainsi, faire gagner du temps aux orthophonistes interrogés.

De ce fait, notre questionnaire s'est organisé en huit catégories bien distinctes s'agencant dans un ordre chronologique :



Pour aborder les thèmes que nous voulions explorer, nous avons rédigé 25 questions, certaines comportant des sous-questions nous permettant d'approfondir les questions principales. Nous avons pris soin de les inscrire dans différentes catégories équilibrées (au niveau quantitatif). Les questions numérotées avec un *.a* et un *.b* sont des questions contingentes, posées en fonction de la réponse obtenue à la question précédente.

Le questionnaire doit respecter des règles techniques contribuant à garantir la fiabilité des résultats (De Singly F, 2006). Pour son élaboration, nous avons alors pris soin de respecter certaines règles, communiquées à la fois par les sociologues, et par nos recherches personnelles :

- Ne pas négliger d'expliquer au début de l'enquête que les informations obtenues ne sont jamais traitées à un niveau individuel, et qu'elles sont exploitées de manière à respecter l'anonymat de la personne.
- Eviter les négations et les doubles négations.
- Maîtriser la passation du questionnaire. Cependant, bien que le questionnaire soit une méthode qui exige la standardisation, il nous était impossible de vérifier cette règle à distance.
- Maîtriser l'ordre des questions : c'est pourquoi nous avons prêté attention au fait de bien les agencer dans un ordre logique. Nous avons commencé par l'onglet « Mieux vous connaître » pour entrer en relation avec la personne interrogée, pour finir par l'item « Votre opinion » afin d'obtenir des commentaires de la part des orthophonistes sur le questionnaire.
- Choisir rigoureusement le vocabulaire employé afin qu'il soit compris le mieux possible par tous, et privilégier les formules telles que « Pensez-vous » ou « Estimez-vous » pour donner toute liberté aux personnes interrogées. En effet, les tournures telles que « Combien ? » ou « Etes-vous sûr(e) de votre réponse ? » se révèlent à la fois trop catégoriques et à la fois trop précises.
- Ne pas inclure plusieurs questions dans la même (à chaque numéro de question doit en correspondre une seule). Cependant, nous n'avons pas toujours respecté cette règle, et ce pour deux raisons :
 - nous avons un certain nombre de questions à intégrer, et nous ne voulions pas décourager les orthophonistes,
 - nous voulions en favoriser la compréhension en rajoutant des sous-questions en lien avec la question précédente.

3. Méthodes d'analyse des données

3.1. Questions ouvertes

Deux méthodes d'analyse peuvent être utilisées pour analyser ce type de questions : la lexicométrie, ou le post-codage. Cependant, cette première méthode, fondée sur le calcul de la fréquence des mots utilisés par les répondants, est souvent traitée par des logiciels. Nous avons alors opté pour la méthode du post-codage, qui est une procédure reposant sur un travail de classification. Pour ce faire, il est nécessaire de lire l'ensemble des réponses obtenues aux questions ouvertes, de repérer les réponses qui paraissent les plus proches, et alors de regrouper celles-ci en catégories qui doivent être synthétiques (5 à 10 catégories environ).

Précisons que ce procédé n'est pas totalement fiable car une certaine subjectivité intervient dans ce travail de codification et peut entraîner une perte d'informations. De plus, les réponses obtenues aux questions ouvertes sont parfois très hétéroclites et le travail de classification est alors difficile et les résultats imparfaits.

3.2. Questions fermées

Afin d'exploiter nos données du mieux possible, nous avons utilisé le logiciel « Excel ». Des tableaux à simple entrée (« tri à plat ») nous ont permis d'avoir une idée générale de la population étudiée et de ses caractéristiques. Des tableaux de tris croisés (ou « de contingences »), ont été conçus pour traiter les résultats de deux voire trois questions différentes en simultanés.

III. PRESENTATION DU LIVRET

1. Population concernée

Le livret est principalement à l'attention des orthophonistes (en libéral comme en salariat). De la théorie et des pistes pratiques concernant la pratique rééducative orthophonique ont été insérées afin d'accompagner au mieux ces professionnels.

Les orthophonistes peuvent s'en imprégner pour accompagner (et guider) les parents en leur proposant des techniques de stimulation. Cependant, ce livret n'a pas été conçu pour des parents car les termes sont parfois trop techniques et spécifiques.

Précisons que la partie théorique (et non pratique) de ce livret peut s'étendre à une population plus large. D'autres professionnels de santé, tels des pédiatres, médecins généralistes, infirmiers, aides-soignants, ... se sentant parfois bien démunis face à de tels troubles peuvent le consulter pour enrichir leurs connaissances dans le domaine. Il est d'ailleurs primordial d'adopter une approche transdisciplinaire afin de guider certaines actions cliniques pour limiter tout risque de répercussion (psychologiques, physiques, sociales, ...). Pour s'ancrer dans un processus prophylactique et ainsi réduire l'incidence des troubles, il est nécessaire de travailler conjointement avec d'autres professionnels de santé. Dès lors, leur communiquer ce livret pour enrichir leurs connaissances, pourrait être une bonne ouverture pour le travail en équipe (bien que ce livret soit davantage orienté vers la « prise en charge » orthophonique).

2. Objectifs

La finalité première de ce livret est d'informer et de sensibiliser les orthophonistes en attente d'informations, sur le domaine de l'oralité alimentaire. En leur fournissant un apport théorique et des pistes pratiques, nous cherchons à leur faire prendre conscience de l'ampleur des difficultés liées à une dysoralité, et des rôles qu'ils sont amenés à jouer dans ce type de (ré)éducation. Précisons que les troubles de l'oralité sont complexes et que par conséquent, notre livret ne participe qu'à un étayage sur ce vaste sujet. Nous tenons d'ailleurs à rappeler que ce document ne prétend aucunement remplacer les formations continues sur l'oralité et ses troubles.

3. Organisation et mise en page du livret

3.1. Titre

Le titre proposé dans ce livret : « Oralité perturbée : des idées pour croquer la vie du bon côté », a nécessité un travail sur la forme comme sur le fond.

Concernant l'aspect forme, nous avons travaillé sur la phonologie en axant notre travail sur des sonorités identiques en fins de mots, soit sur les rimes. Cette stratégie vise à séduire notre public, tout en l'incitant à développer sa curiosité.

Concernant l'aspect fond, en partant du négatif, la pathologie elle-même (oralité perturbée), nous avons fait éclore du positif, en intégrant la notion de plaisir, soit le fait de pouvoir croquer donc de manger. De plus, nous avons joué sur le concept de « signifiant-signifié » avec le verbe « croquer ». D'abord choisi pour sa consonance, nous l'avons également sélectionné dans le but d'y associer l'image d'une pomme.

3.2. Graphisme

Nous avons fait le choix de ne pas intégrer de photographies dans ce livret, mais seulement des dessins, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, nous ne voulions pas mélanger deux styles différents. Secondairement, nous ne disposions pas des droits d'auteurs pour y intégrer des photographies prises sur des sites internet. Enfin, les dessins uniformisent le graphisme du livret et nous permettent, au contraire des photographies, d'exprimer ce que nous voulons et ce sur demande. Dès lors, toutes les images (dessins) du livret sont des dessins réalisés par la graphiste Eve-Marie Delqué.

Le fruit choisi, soit la pomme, constitue l'icône de notre livret. Nous pouvons la retrouver à plusieurs reprises sur des dessins de matériels, comme sur les numéros de page. Ce fruit comporte une valeur symbolique, et ce sur deux versants :

- Au fur et à mesure des chapitres (ou parties), la pomme est croquée. Cela signifie que les orthophonistes se sentent davantage compétents dans le domaine, permettant alors à l'enfant de manger progressivement par la bouche, et ce avec plaisir. En fin de livret, le trognon de la pomme représente la victoire.
- Symboliquement dans la culture judéo-chrétienne, la pomme représente le fruit défendu : cela nous fait penser aux enfants qui ne mangent pas et n'ont donc pas accès au plaisir de la chair-nourriture. Dès lors, nous avons choisi d'y inscrire une pomme croquée pour appuyer la découverte du plaisir et du droit de manger (en référence, entre autres, à la Bible).

3.3. Architecture globale

Les zones de texte sont entrecoupées d'illustrations gracieusement réalisées, tout comme la mise en page, par Eve-Marie Delqué, architecte graphiste.

Face au nombre conséquent de pages de ce livret, il était primordial d'organiser les informations de manière pratique, claire et méthodique. De ce fait, pour en faciliter la lecture et la manipulation, un sommaire a été conçu, et des repères de couleur en complément des titres, ont été rajoutés pour chaque nouvelle thématique.

Sa conception s'est appuyée sur le manque (théorique et pratique) objectivé par les orthophonistes ayant répondu au questionnaire. Ainsi, partant de ces considérations, nous avons pris soin de fractionner notre livret en deux parties, en y insérant, dans un premier temps, des connaissances théoriques et dans un second temps, des compétences pratiques en étayant principalement cette dernière partie. En effet, une fois les bases théoriques exposées en début de livret, nous avons considéré que les orthophonistes avaient les clés pour comprendre les objectifs et moyens proposés. Ainsi, nous avons porté notre attention sur des pistes pratiques, dans le but de leur faire connaître le matériel (entre autres) susceptible de pouvoir les aider à entreprendre la « prise en charge » la plus efficace et bénéfique pour l'enfant et sa famille.

4. Contenu du livret

4.1. Partie théorique

a) L'oralité alimentaire, c'est quoi ?

La première partie de ce livret a été établie dans le but de définir succinctement le terme « Oralité » et d'apporter des connaissances générales propres au domaine.

Afin d'éviter de surcharger notre livret en textes, nous avons opté pour un schéma récapitulatif des multiples fonctions de ces oralités.

Les causes d'un trouble de l'oralité alimentaire ont été données, pour aider les orthophonistes à comprendre le phénomène en amont.

Concernant les manifestations du trouble, bien que non exhaustif, un tableau a été conçu à l'aide de renseignements pris dans la littérature et sur le terrain (stage de 4^{ème} année au CAMSP du Doubs). Ce tableau, bien qu'incomplet, présente l'avantage de fournir quelques pistes d'observation et d'exploration pour les orthophonistes.

Enfin, suite à de nombreuses confusions déjà entendues entre la nutrition entérale et la nutrition parentérale, nous avons fait le choix d'intégrer des dessins relatifs à cette nutrition artificielle, pour aider ces professionnels à se représenter les différents systèmes.

b) Deux oralités s'inscrivant dans un continuum

Dans cette sous-partie, un tableau a été élaboré dans le but de donner aux professionnels de santé des repères concernant l'âge et le développement des enfants. De plus, nous cherchions à leur démontrer le développement en parallèle de ces deux oralités, afin d'appuyer une fois de plus cette relation.

c) Fil conducteur de l'anamnèse

L'anamnèse est un temps dont l'enjeu est de transformer la plainte présentée par le patient en hypothèses cliniques. Pour ce faire, les démarches de l'orthophoniste se divisent en deux temps (cours d'orthophonie de Renaud Perdrix, 3^{ème} année, Besançon) :

- Une démarche de sédimentation : toutes les informations rapportées par les parents font un tout, rien n'est à considérer isolément.
- Une démarche de catégorisation : les données obtenues vont s'organiser, et ce, grâce à un travail cognitif.

Ainsi, malgré un rythme (souvent) soutenu en cabinet libéral, il est indispensable de prendre du temps en investissant tous les champs de l'anamnèse (y compris l'alimentation) nécessaires à l'élaboration de pistes rééducatives potentielles.

Au vu des résultats obtenus à la suite de notre questionnaire, nous constatons que le domaine de l'alimentation n'est pas le plus investi par les orthophonistes au cours de

l'anamnèse. Dès lors, nous avons choisi de fournir une trame d'anamnèse spécifique aux questions relatives à l'alimentation dans le but de « guider » ces professionnels. Les questions inscrites dans ce livret sont nombreuses. Si les orthophonistes jugent ne pas avoir le temps de les poser, ils peuvent s'imprégner de cette liste pour sélectionner les questions qui leur semblent qualitativement intéressantes. Cette liste ne constitue donc qu'un fil conducteur, et vise à aider ces professionnels à faire davantage de liens avec l'oralité verbale de leur patient (selon la pathologie).

Dans notre questionnaire, de nombreux orthophonistes ont déclaré ne pas poser de questions sur l'alimentation car ils ne savaient pas lesquelles poser, ni que faire des réponses obtenues. De ce fait, nous espérons que les suggestions inscrites dans ce livret pourront les aider dans leur future interprétation.

d) Références utiles

Une bibliographie (succincte) et une sitographie ont été insérées (liste non exhaustive) à la fin du livret afin de permettre aux professionnels d'enrichir leurs connaissances théoriques au moyen de livres référencés, brochures, plaquettes, livrets, établis par des étudiants (pour leur mémoire) ou par des professionnels spécialisés dans le domaine.

Les orthophonistes donnant des formations sur le domaine de l'oralité alimentaire ont également été répertoriés, dans le but de « guider » les orthophonistes intéressés, et désireux d'en apprendre davantage. Nous avons pris le parti de n'y inscrire que les noms de formateurs, et non les titres des formations. En effet, ce choix a été adopté pour deux raisons : tout d'abord, nous avons peur d'oublier des formations, puis ne sachant pas quand notre livret serait édité, nous n'avons pas voulu prendre le risque d'y inscrire des dates.

4.2. Partie pratique du livret

Notre livret a essentiellement un but pratique pour les professionnels. Cette partie intitulée « Boîte à idées pour aider l'enfant » est, par conséquent, la plus importante en termes de pages et d'idées, et se divise en trois volets.

Pour ce faire, nous nous sommes principalement inspirée de notre stage en CAMSP. Nous avons également contacté les associations Gourmandys et Miam-Miam, et nous sommes appuyée sur différents mémoires d'orthophonie et de kinésithérapie (M. CANOUE, 2008 / S. SPYCKERELLE, 2008 / J. VOUTERS, 2013 / N. BOULBARD, 2012). Enfin, d'autres données dans la littérature nous ont permis de compléter nos idées (D. BLEECKX, 2002 / C. SENEZ, 2002 / I. BARBIER, 2004 / C. THIBAUT, 2007).

a) Comptines

Des comptines à mimer avec l'enfant ont été introduites : afin de ne pas surcharger notre livret, nous avons fait le choix d'y inscrire seulement les titres, et de mettre un site propre à ces comptines dans la sitographie. Elles ont des fonctions socialisantes, affectives, ludiques, cognitives, psychomotrices. Il nous a donc paru intéressant d'en introduire, pour initier la séance en douceur, rendre les stimulations ludiques, et permettre d'inscrire les massages bucco-faciaux dans une routine.

b) Objectifs / Matériels

Des objectifs ciblés et du matériel adéquat ont été proposés en fonction de deux âges : 0 – 6 mois / 6 mois et plus. Cette seconde partie, est la plus conséquente, et vise à proposer diverses pistes (ré)éducatives. De nombreux dessins viennent en complément, pour à la fois l'alléger en textes, mais aussi pour permettre aux orthophonistes de se représenter l'outil en lui-même et ainsi imaginer les utilisations qu'ils sont susceptibles d'en faire. Les objectifs proposés sont évidemment non exhaustifs, et visent avant tout à engendrer des réflexions personnelles propres à chacun. En effet, nous ne cherchons pas à imposer des directives, mais à faire éclore, chez ces professionnels, des idées qu'ils seraient susceptibles d'adapter en fonction de la spécificité des besoins de leurs patients.

c) Atelier « patouille »

Enfin, la troisième partie fait référence à l'atelier « patouille ». Cette idée nous est venue grâce à une expérience vécue en stage au CAMSP, concernant la mise en place d'un atelier spécialement conçu pour un enfant hypersensible.

Afin d'enrichir cette partie, et suite à certaines interrogations sur cet atelier, nous avons contacté l'association Gourmandys ainsi que le groupe Miam-Miam. Nos interrogations portaient essentiellement sur les diverses textures/matières à proposer à ces enfants hypersensibles. Nous cherchions également à savoir si une échelle d'évolution était à respecter rigoureusement dans la présentation de ces matières. Ils nous ont alors répondu qu'il était souvent conseillé de débiter par des textures non alimentaires pour finir par de l'alimentaire. Cependant, il n'existe pas de (ré)éducation « type » car cela dépend bien entendu de l'approche proposée qui sera différente en fonction des troubles (sensoriels / lourds handicaps / autisme /enfants sevrés d'une sonde, ...) de chacun.

Nous espérons avoir clairement transmis ces informations dans cette partie.

CHAPITRE 3 - PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

I. RECUEIL DES REPONSES OBTENUES A CHAQUE QUESTION

Avant de lire cette partie, nous vous encourageons à lire le questionnaire inscrit en annexe. Voici le lien permettant de lire le questionnaire en ligne :

https://docs.google.com/forms/d/1XgdymOPyDdix1h-AJRVBJvjj_23yFbACidrNhXLh-SM/edit

Précisons que seuls les graphiques les plus pertinents pour nos hypothèses, et les plus difficilement transcriposables par écrit, ont été insérés dans ce chapitre. Les graphiques complémentaires sont tous inscrits en annexe.

1. Catégorie « Mieux vous connaître »

1.1. Question sur la durée d'exercice : numéro 1

Cette première question a été conçue pour être traitée sous deux formes différentes. D'une part, nous avons analysé les réponses obtenues à cette question unique, pour nous donner une idée représentative des années d'exercice de notre échantillon. D'autre part, nous avons croisé les réponses à cette question avec d'autres réponses (détaillées par la suite) dans le but de faire des liens avec notre hypothèse théorique sur un niveau de connaissances théoriques et pratiques, supérieures pour la tranche 0 – 10 ans d'expérience orthophonique.

Les résultats obtenus à cette première question, mettent en avant un taux de réponses au questionnaire supérieur pour les orthophonistes dits « jeunes expérimentés » (catégorie des 0 – 10 ans). En effet, 176 orthophonistes (69%) de la tranche 0 – 10 ans ont répondu à ce questionnaire, soit plus de la moitié des enquêtés.

Nous nous interrogeons sur le fait que la tranche 10 ans d'expérience et plus, n'ait pas répondu, faute de non réception du questionnaire, ou si ces orthophonistes, ne se sentant pas concernés par le domaine de l'oralité alimentaire, ou se sentant « fragiles » dans ce dernier, n'ont alors pas jugé pertinent d'y répondre.

1.2. Question démographique : numéro 2

Une question démographique a été posée pour rendre compte de la diffusion du questionnaire dans la métropole. Après analyse des résultats, nous avons fait le choix de regrouper les réponses par régions (et non par départements comme demandé dans la question) pour avoir un ordre d'idée plus analytique.

Sur les 22 régions de France métropolitaine, aucun résultat ne nous est parvenu pour seulement 2 régions : la Corse, et la Picardie. Concernant le taux de réponses, 4 régions se détachent positivement : Bretagne / Centre / Ile-de-France / Rhône-Alpes.

Les réponses étant réparties sur l'ensemble du territoire, cela nous permet d'obtenir un échantillon représentatif des orthophonistes libéraux exerçant en France.

1.3. Question sur la « spécialisation » : numéros 3 ; 3a

Précisons tout d'abord que le terme « spécialisations » est constamment mis entre guillemets car celles-ci n'existent pas au sens strict du terme en orthophonie.

Nous remarquons que peu d'orthophonistes se disent « spécialisés » dans un domaine. Cependant, la notion de « spécialisation » est assez subjective : une formation suffit à certains orthophonistes pour se sentir « spécialisés » dans un domaine, tandis que d'autres se définissent comme tels, seulement s'ils possèdent un diplôme universitaire (DU) ou, s'ils ont à leur actif plusieurs formations dans un domaine ciblé.

Ces questions avaient pour finalité de valider la représentativité de l'échantillon. En effet, le panel de réponses obtenues étant réparti dans 12 catégories (11 « spécialisations » et 1

catégorie propre aux orthophonistes non « spécialisés »), nous pouvons en déduire que les orthophonistes ayant répondu à ce questionnaire représentent globalement la diversité de la profession. De par l'hétérogénéité de l'échantillon, nous nous assurons que les questions posées s'adressent à l'ensemble de la profession, et non à une catégorie (ou « spécialisation ») particulière.

2. Catégorie « Vos notions »

Cette catégorie vise à faire des liens avec nos hypothèses concernant le manque de connaissances des orthophonistes dans le domaine de l'oralité alimentaire, et l'importance d'un livret d'information pour ces professionnels.

2.1. Note subjective théorique : numéro 4

Tout en sachant que les orthophonistes se donnaient une note subjective, nous avons cherché à connaître leur degré de connaissances dans le domaine.

Voici un graphique représentatif des résultats obtenus :

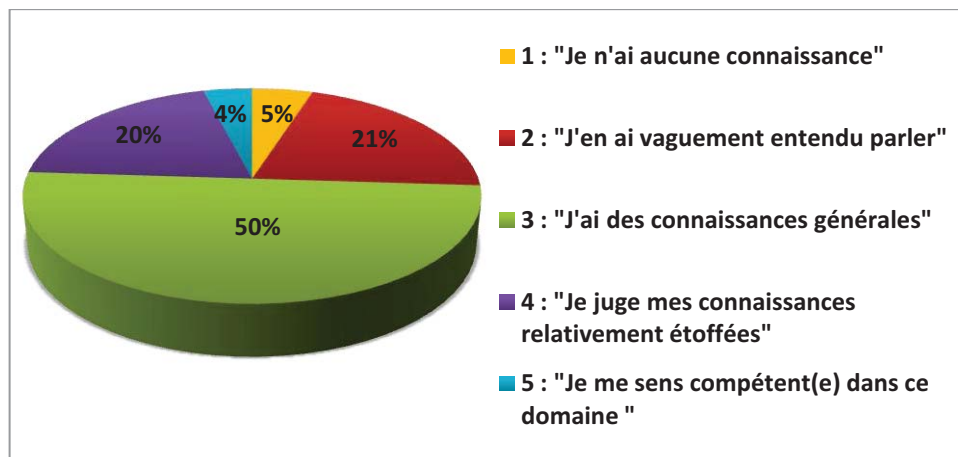


Figure 1 : Sur un plan théorique, quel niveau de connaissances pensez-vous avoir sur l'oralité alimentaire ?

Tout d'abord, nous nous devons de préciser que ces résultats ne remettent pas en cause les connaissances théoriques des orthophonistes. En effet, les notes données par notre

échantillon étant subjectives, nous pouvons seulement interpréter ces résultats en faveur d'un ressenti théorique dit « moyen » (50% de notre échantillon a coché la note 3), voire « faible » (26% ont coché les notes 1 & 2).

Ces résultats nous permettent alors d'affirmer que les orthophonistes possèdent quelques connaissances dans le domaine de l'oralité alimentaire, mais qu'ils n'ont majoritairement pas le sentiment d'être véritablement compétents sur le plan théorique (notes 4 & 5).

2.2. Définition « oralité alimentaire » : numéro 5

Cette question a été posée dans le but de déterminer si les orthophonistes connaissaient réellement le domaine de l'oralité alimentaire, et percevoir s'ils étaient capables de l'expliquer succinctement. Nous voulions voir quels étaient les mots-clés ou idées les plus souvent proposés par les professionnels afin d'en établir une liste. Après réflexion, nous avons fait le choix de ne pas analyser cette question ouverte. En effet, les réponses étant trop hétérogènes, aucune liste (par mots-clés ou idées) n'a pu être établie. Les orthophonistes reprenaient des citations d'auteurs, mettaient parfois un seul mot, inscrivaient des exemples de symptômes, notaient les origines possibles du trouble, nous faisaient part de leur expérience, ... Il nous a alors paru très difficile de classer ces nombreuses réponses en catégories, quelle que soit la méthode utilisée (lexicométrie ou post-codage).

2.3. Lien entre les deux oralités : numéro 6 ; 6.a.

La question 6 nous permet d'affirmer que 95% des orthophonistes libéraux ont connaissance d'un lien entre les deux oralités. Cependant, nous pouvons relever que parmi ceux-là, au moins 25% de ces professionnels sont dans l'incapacité d'expliquer véritablement cette relation. En effet, nous retrouvons une absence de réponse, ou des réponses non recevables de leur part (type commentaires personnels sans explication du lien). Ces résultats démontrent que les orthophonistes ont tous (ou presque) connaissance de la relation entre les deux oralités, mais qu'ils ne sont pas en mesure de l'expliquer précisément. Ainsi, nous supposons qu'ils ont déjà tous entendu parler de ce lien, mais qu'ils ne se sont pas interrogés sur ses caractéristiques (cf. question 22). Cela se justifie

également par le fait que ce soit peu abordé, à ce jour, dans les études, et qu'il existe encore trop peu de diffusion de formations et d'informations.

Au moyen du post-codage, nous vous présentons un tableau récapitulatif des idées les plus rencontrées dans cette question 6.a.

Question 6.a : RELATIONS ENTRE LES DEUX ORALITES
Sphère anatomique similaire : la cavité buccale
Développement en parallèle des mêmes organes
Fonctions praxiques communes aux deux oralités
Maturité de la sphère orale
Liens fonctionnel, physiologique, psycho-affectif dans les deux oralités
La proprioception permet l'investissement de la sphère bucco-linguo-faciale

Tableau 2 : Justifications des orthophonistes concernant le lien entre les deux oralités

Au vu de la diversité des justifications proposées par les orthophonistes, nous remarquons qu'il est difficile d'expliquer succinctement la relation existante entre les deux oralités. Cependant, les idées proposées par ces professionnels permettent d'appuyer la présence de connaissances chez ces derniers, bien que de nombreuses réponses aient été écartées.

2.4. Propositions théoriques objectives : numéro 7

Dans cette question, les connaissances des orthophonistes dans le domaine sont testées en toute objectivité. Cependant, nous devons modérer nos résultats au vu de la complexité théorique de certaines questions.

Pour construire cette question, nous avons élaboré des propositions avec des degrés de difficultés différents tout en essayant de trouver un juste équilibre entre des questions à la fois « très » simples et à la fois « très » complexes. De plus, nous voulions insérer des propositions théoriques qui concernaient les deux oralités. Le choix a alors été fait d'établir des questions faisant référence à des notions qu'il est nécessaire de posséder pour comprendre cette relation, et ainsi faire des liens nécessaires pour la future (ré)éducation.

Voici les réponses justes à cocher :

Réponses justes	Réponses fausses
Les fonctions relatives à l'alimentation et au langage se développent au même moment et mettent en jeu les mêmes organes	Les troubles de l'oralité alimentaire sont la cause de la néophobie alimentaire
Un enfant ayant des troubles de l'oralité alimentaire peut avoir des troubles gnoso-praxiques	La nutrition parentérale est à privilégier lorsque l'axe digestif est utilisable
Le babillage et la mastication font partie de l'oralité secondaire	Chez le fœtus, la déglutition se développe avant la succion
Le premier vocabulaire de l'enfant est un vocabulaire alimentaire	

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des réponses justes et des réponses fausses (question 7)

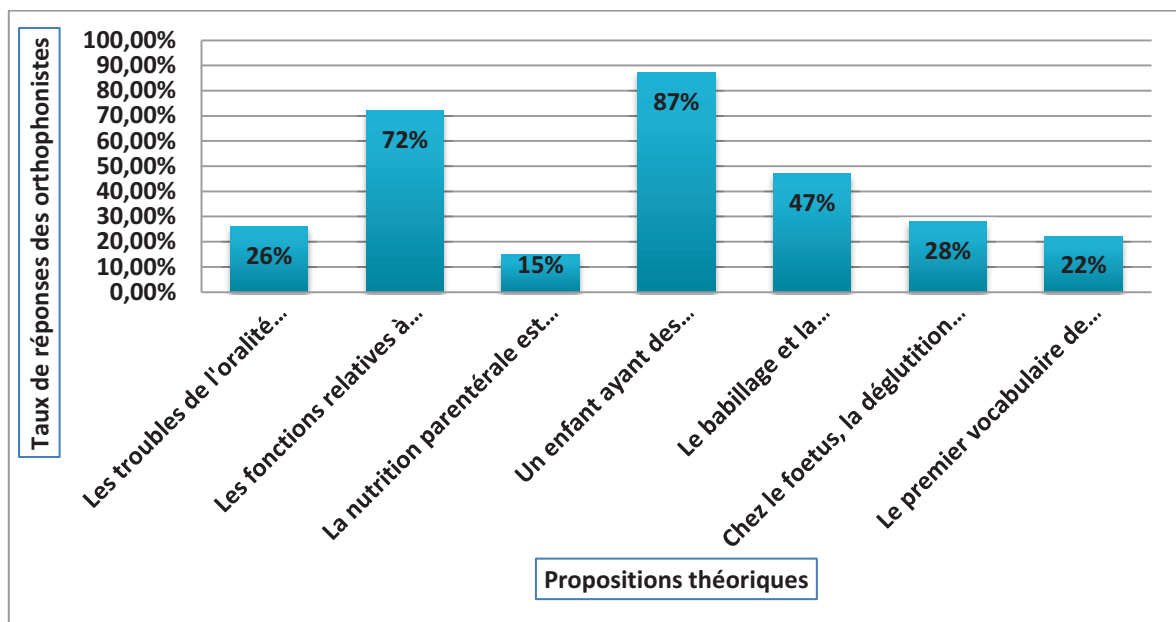


Figure 2 : Quelle(s) proposition(s), vous semble(nt) correcte(s) ?

Les réponses fausses représentent les réponses les moins cochées, ce qui démontre que les orthophonistes possèdent quelques connaissances théoriques dans le domaine.

Afin d'analyser objectivement cette question, nous avons défini un barème : 1 point donné par bonne réponse, contre 1 point enlevé par mauvaise réponse. Ainsi, le barème était compris entre -3 et 4. Voici les résultats obtenus sur trois catégories :

- « Niveau Faible » : [- 3 ; -2]
- « Niveau Moyen »
 - Faible : [-1 ; 0]
 - Fort : [1 ; 2]
- « Niveau Fort » : [3 ; 4]

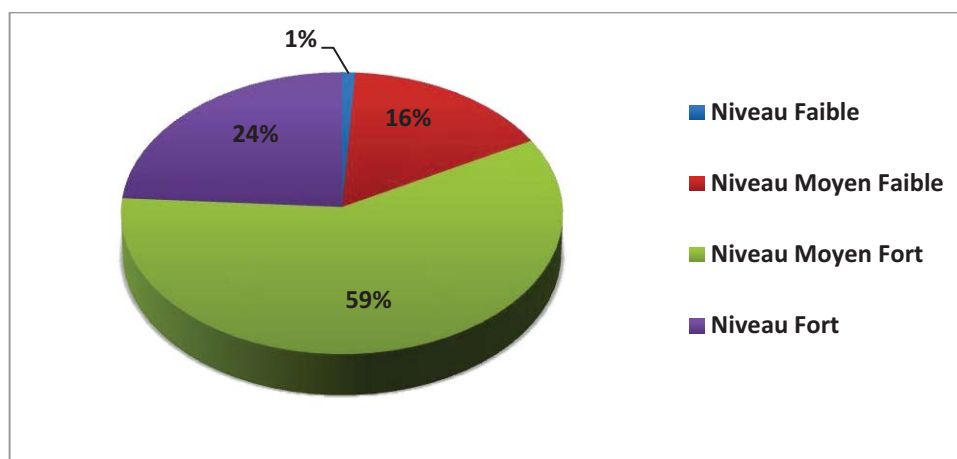


Figure 3 : Pourcentages obtenus par niveaux en fonction du barème de la question 7

Ainsi, ces résultats démontrent objectivement que la majorité des orthophonistes possède des connaissances générales dans le domaine (Niveau moyen fort). Le niveau « Moyen » détenant le plus grand pourcentage, ces résultats sont cohérents avec les notes subjectives théoriques que les orthophonistes se donnent (question 4) : la note de 3 correspondant aux connaissances générales est choisie par 50% de notre panel.

2.5. Moyens visant à améliorer les connaissances des orthophonistes : numéro 8

Voici un graphique rendant compte des résultats obtenus :

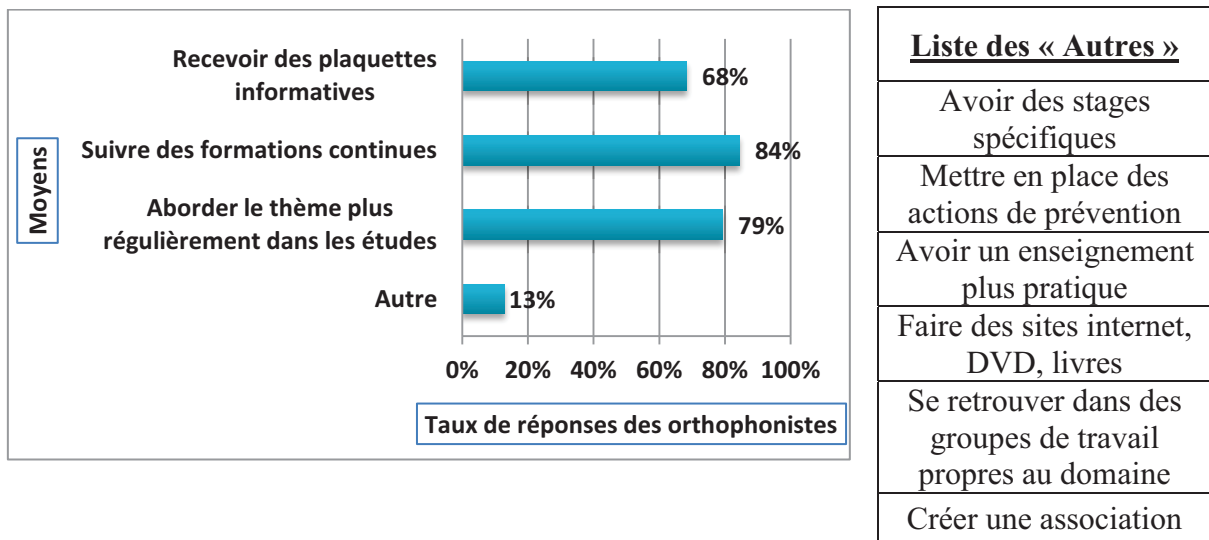


Figure 4 : Selon vous, quels moyens seraient appropriés pour améliorer la connaissance des orthophonistes sur l'oralité alimentaire ?

Les orthophonistes ont majoritairement tous coché les trois items proposés. Ces résultats appuient l'idée que ces professionnels se sentent parfois bien désarmés face aux troubles de l'oralité alimentaire. Par conséquent, ils sont en demande de conseils, ou de supports susceptibles de leur apporter des pistes théoriques comme pratiques pour mener à bien leur « (ré)éducation ». De plus, ce besoin d'outils est démontré par les suggestions de propositions de leur part, intégrées dans l'item « Autre ». Ces ajouts de propositions mettent en avant leur investissement dans ce domaine, et leur envie d'apprendre.

3. Catégorie « Vos formations »

3.1. Formations suivies : numéro 9

Voici un graphique rendant compte des résultats obtenus :

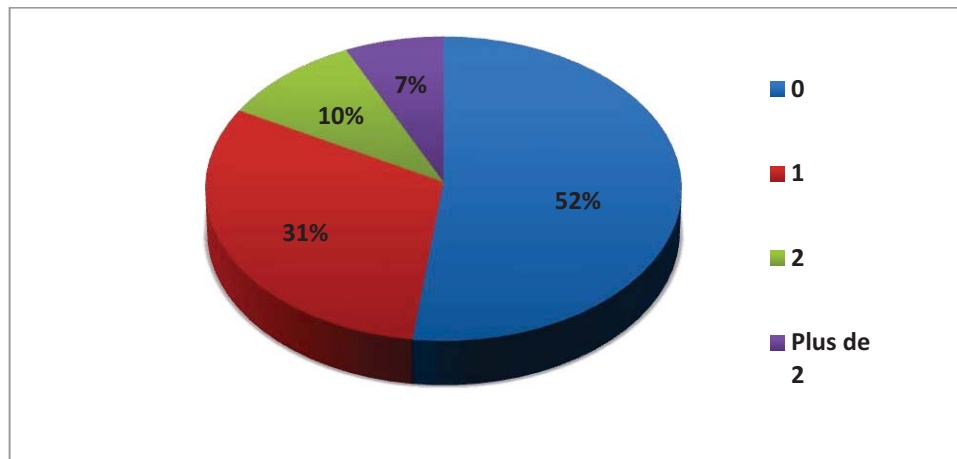


Figure 5 : Combien de formation(s) avez-vous suivi pour la « prise en charge » de ces troubles ?

Les résultats obtenus montrent que la majorité des orthophonistes libéraux interrogés n'a jamais suivi de formation dans le domaine. Seulement 17% des orthophonistes ont déjà suivi au minimum 2 formations. En sachant que l'orthophonie fait partie des professions (para)médicales qui se forment le plus, et compte-tenu de la nécessité de se former régulièrement dans ce milieu, cette valeur n'est pas conséquente. Plus d'un orthophoniste sur deux (52%) n'a jamais suivi de formation dans l'oralité alimentaire. Ces résultats objectivent donc un faible pourcentage d'orthophonistes formés dans le domaine (nous parlons ici de notre échantillon total). Pourtant, au vu des faibles notes données en théorie (question 4) et en pratique (question 11), de la demande d'informations complémentaires sur le domaine, et enfin des « lacunes » théoriques parfois ressenties au cours de ce questionnaire, nous supposons qu'il serait important de se former davantage dans le domaine. Pour entreprendre une « bonne » (ré)éducation, et partir avec de solides acquis, il est nécessaire de disposer de nombreux atouts.

Ces faibles pourcentages peuvent s'expliquer sous différents angles :

- Les travaux (ou recherches) relatifs à l'orthophonie dans le domaine de l'oralité alimentaire étant récents, les formations commencent seulement à se développer. Ainsi, les orthophonistes n'ont peut-être pas réussi à s'inscrire à ces formations (manque de places), ou n'ont peut-être pas trouvé de dates susceptibles de les arranger. ou encore, ne se sentent pas concernés puisqu'ils n'en voient pas forcément l'intérêt...

- Notre échantillon est principalement composé d'orthophonistes expérimentés depuis 5 ans maximum : ceux-là n'ont alors peut-être pas encore eu le temps de véritablement se former dans le domaine.

3.2. Canaux de formations : numéro 10

Concernant les canaux de formation, les conférences et la pratique (les expériences) sont les moins utilisés par les orthophonistes. Ceci peut sans doute se justifier par le peu de conférences organisées en France métropolitaine à ce jour sur le domaine (bien qu'en expansion), et par une minorité de patients atteints de dysoralité reçus en cabinet libéral.

L'enseignement théorique durant le cursus, les lectures, les formations, les échanges interprofessionnels, représentent presque la moitié des réponses, ce qui démontre tout de même que les orthophonistes cherchent à enrichir leurs connaissances dans le domaine.

3.3. Note subjective pratique et ses justifications : numéros 11 ; 11.a.

Cette question vise à connaître le degré de compétences pratiques des orthophonistes libéraux dans le domaine.

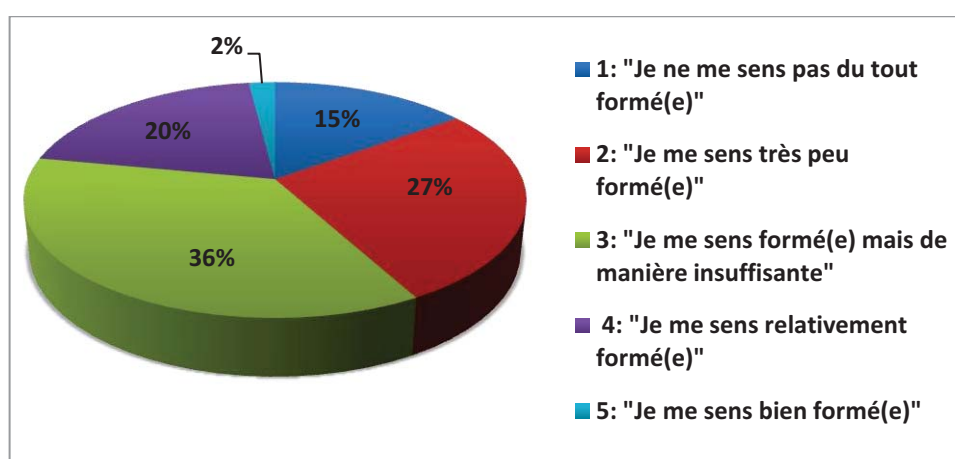


Figure 6 : *Sur un plan pratique, vous sentez-vous suffisamment formé(e), pour la « prise en charge » des troubles de l'oralité ?*

Les niveaux 1 et 2 (niveaux les plus faibles) représentent 42% des orthophonistes interrogés, et a contrario, seulement 22% des enquêtés se sentent compétents (niveaux 4 et 5) dans le domaine. Ces résultats mettent en évidence un faible niveau (subjectif) de compétences pratiques dans le domaine, de la part des orthophonistes interrogés.

Afin de comprendre les notes pratiques les plus basses (entre 1 et 3), nous avons établi une question ouverte (question 11.a). Voici le graphique représentatif des justifications apportées par ces orthophonistes :

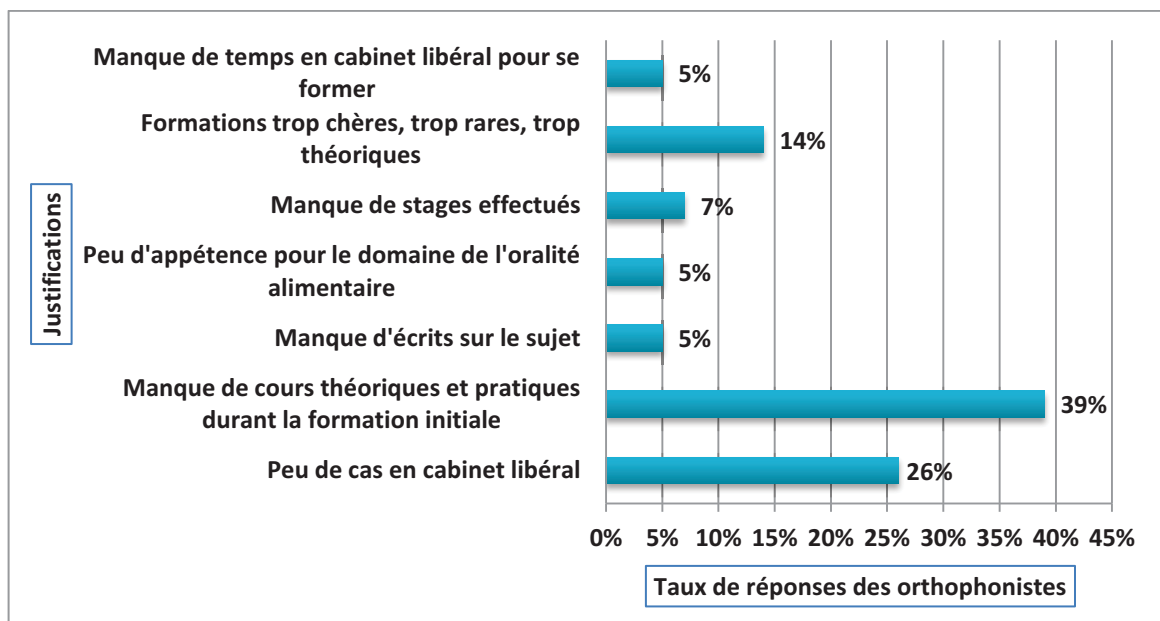


Figure 7 : *Si vous avez coché entre 1 et 3 à la question précédente, selon vous, à quoi pourraient-être dues ces lacunes/insuffisances ?*

La justification la plus citée dans cette question est en lien avec une formation initiale peu riche en théorie et en pratique dans le domaine. Il en ressort également que, suite à un faible taux de patients reçus pour des troubles du comportement alimentaire, il est difficile de perfectionner sa pratique en cabinet libéral.

En lien avec ce faible taux de patients reçus en cabinet pour une dysoralité, voici quelques idées proposées par les orthophonistes à la question 11.a :

- Les orthophonistes reçoivent peu de patients pour une dysoralité dans leur cabinet, car les médecins ne sont pas forcément sensibilisés à ce domaine et/ou ne font pas forcément le lien avec l'orthophonie.

- Les demandes de « prise en charge » spécifiques au domaine sont encore faibles, mais ont tendance à augmenter depuis peu.
- Le domaine est encore méconnu de certains professionnels de santé (médecins comme orthophonistes).
- Peut-être que les « prises en charges » se font principalement dans les structures hospitalières ou instituts (CAMSP, IME, ...) en cas de troubles massifs.

Ainsi, nous pensons que si ce domaine était connu de tous les professionnels médicaux (et paramédicaux), les orthophonistes seraient susceptibles de recevoir davantage de patients porteurs de ces troubles, et seraient alors en mesure d'approfondir et d'améliorer leur pratique.

4. Catégorie « Votre anamnèse »

Cette catégorie a été construite dans le but de faire le lien avec notre hypothèse relative au manque de temps en cabinet libéral.

4.1. Recensement des questions posées en anamnèse : numéros 12 ; 12a ; 12b

L'analyse du questionnaire démontre que les orthophonistes ne négligent pas les questions alimentaires durant l'anamnèse (95% en posent). Un questionnaire potentiel a été soumis à ces orthophonistes afin d'obtenir une analyse qualitative des questions les plus couramment abordées lors de cet entretien.

Concernant les 5% d'orthophonistes restants, un graphique a été établi dans le but de répartir les justifications apportées (cf. annexe). Cependant, compte tenu du taux de réponses bien trop faible pour être représentatif de la population d'intérêt, nos résultats ne sont pas généralisables.

4.2. Anamnèse et questions alimentaires, temps consacré : numéros 13 ; 14 ; 14.a

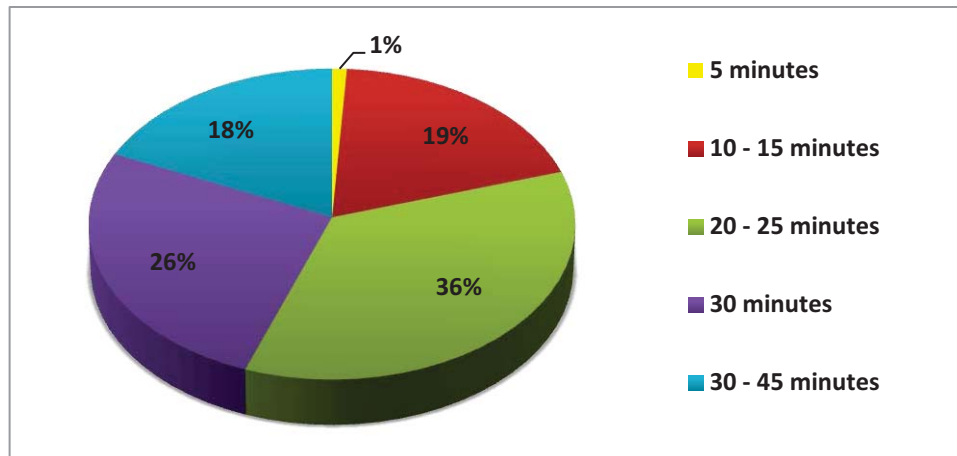


Figure 8 : De manière générale, combien de temps consacrez-vous à l'anamnèse ?

La question 13, traitée seule, nous permet de montrer que les orthophonistes consacrent en moyenne entre 22 (fourchette basse) et 28 (fourchette haute) minutes à l'anamnèse. Cependant, il est concevable de penser que ce temps est fortement variable d'un patient à un autre, selon les antécédents, l'envie de communiquer de chacun, et la pathologie.

La question 14, quant à elle, a été conçue pour rendre compte de la durée approximative des questions alimentaires en anamnèse. Une fois de plus, nous avons conscience que ce temps est difficilement estimable et varie considérablement d'un patient à un autre.

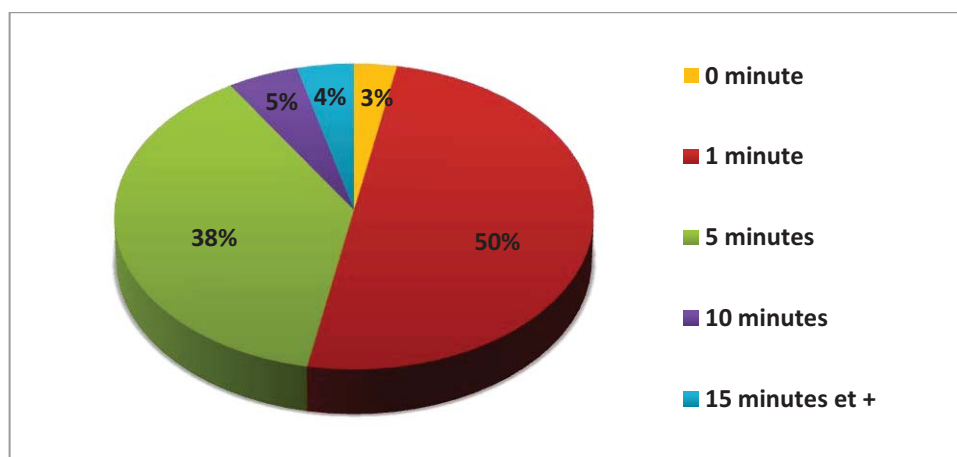


Figure 9 : Lors de cette anamnèse, combien de temps en moyenne, consacrez-vous aux questions sur l'alimentation ?

Il ressort de ce graphique que la moitié des orthophonistes interrogés consacre 1 minute aux questions relatives à l'alimentation. Cependant, le plus important n'est pas le temps imparti à ces questions, mais plutôt la qualité des questions posées, et les interprétations que l'orthophoniste est susceptible d'en faire par la suite. De plus, cette question, traitée seule, ne nous apporte pas beaucoup d'informations, et est difficilement interprétable. En effet, cette question est croisée avec la numéro 13 (temps total de l'anamnèse) afin d'obtenir un rapport de proportionnalité entre le temps d'anamnèse et le temps propre aux questions alimentaires : 1 minute sur une anamnèse de 10 - 15 minutes, n'est pas interprétable de la même façon que 1 minute sur une anamnèse de 30 – 45 minutes.

Afin de comprendre ces durées, nous avons construit notre questionnaire en proposant deux items à la question 14.a. Ils ont pour objectif répartir les professionnels en deux catégories différentes. Cependant, la moitié des enquêtés a inséré d'autres critères à prendre en compte, dans l'item « Autre ». L'analyse de ces commentaires personnels met en évidence, là encore, un manque de connaissances théoriques (évalué à 14%) : les orthophonistes déclarent ne pas toujours savoir quoi demander, ni que faire de la réponse obtenue. Dès lors, ils instaurent des priorités en préférant poser des questions qu'ils maîtrisent davantage, et qu'ils peuvent interpréter à l'aide de leurs connaissances.

Il ressort également de ce questionnaire que certains orthophonistes (17% de l'échantillon) déclarent poser, plus ou moins de questions sur l'alimentation du patient, en fonction de la réaction des parents à ce type de questions, et selon les réponses apportées à la question principale : « *Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu des difficultés alimentaires ?* ». Si les parents répondent négativement à cette question, les orthophonistes déclarent ne pas investiguer davantage. Cependant, notons que ce manque d'investigation est susceptible de porter préjudice à la future « prise en charge ». En effet, les parents n'ont pas forcément conscience de l'importance de ces questions et peuvent alors faire l'impasse sur certains antécédents (non significatifs à leurs yeux). Ainsi s'ils omettent certaines données, l'orthophoniste n'aura pas toutes les informations nécessaires pour sa « bonne » pratique.

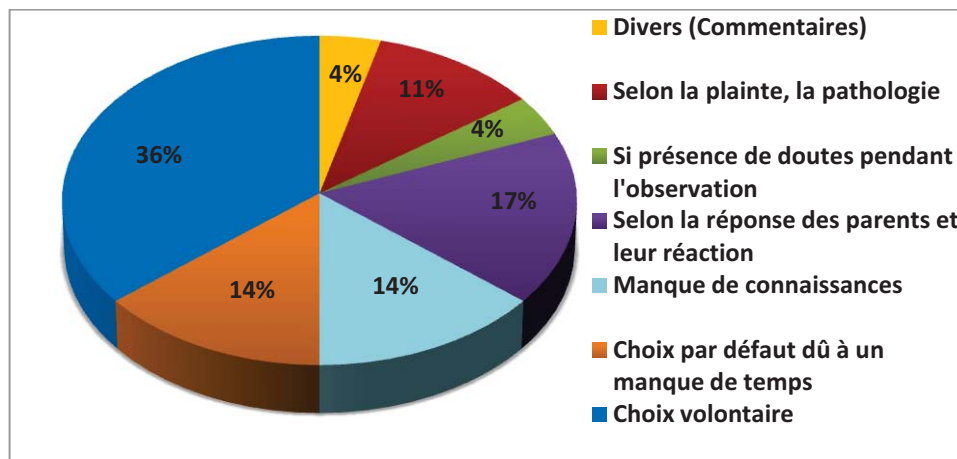


Figure 10 : Pouvez-vous expliquer votre réponse à la question précédente ?

5. Catégorie « Votre patientèle »

5.1. Pathologies rencontrées chez des enfants avec une dysoralité : numéros 15 ; 15.a

La question 15 révèle que, sur les 255 réponses obtenues, 67% déclarent avoir déjà suivi un enfant en cabinet avec des antécédents concernant l'alimentation. Ainsi, ce pourcentage met en avant la fréquence des troubles du comportement alimentaire chez ces enfants. De plus, nous pouvons imaginer que ce taux pourrait être supérieur, en considérant les orthophonistes qui ont coché l'item « Je ne sais pas » (7%). Cette question démontre une fois de plus, que la majorité des orthophonistes pose des questions sur l'alimentation en anamnèse.

La question 15.a, spécifique à ces 67% d'enquêtés, met en évidence les deux pathologies les plus fréquemment rencontrées chez des enfants avec des troubles alimentaires soient, le retard de parole et de langage. Le trouble d'articulation obtient également un taux de réponses non négligeable (35%). Diverses pathologies non mentionnées dans nos propositions ont été rajoutées par les orthophonistes dans l'item « Autre ». Cette question démontre là encore l'étroite relation entre alimentation et langage, et le rôle de l'orthophoniste dans ce domaine.

5.2. Suivi des patients pour une dysoralité et proportions : numéros 16 ; 17

La question 16 nous montre que les orthophonistes en libéral peuvent suivre des enfants spécifiquement pour un trouble de l'alimentation (26% déclarent en avoir suivi) mais qu'ils sont encore peu nombreux à s'investir dans cette « prise en charge ».

Au vu des résultats obtenus à la question précédente (question 15), nous pouvons soutenir l'idée que les troubles du comportement alimentaire sont assez fréquents et peuvent alors engendrer des troubles du langage oral, mais que les patients ne sont pas (ou peu) envoyés en orthophonie spécifiquement pour une dysoralité. Ces patients pourraient être suivis plus précocement si les médecins les orientaient en orthophonie pour ce type de (ré)éducation.

Concernant la question 17, nous avons choisi d'intégrer un graphique pour que les résultats soient davantage lisibles.

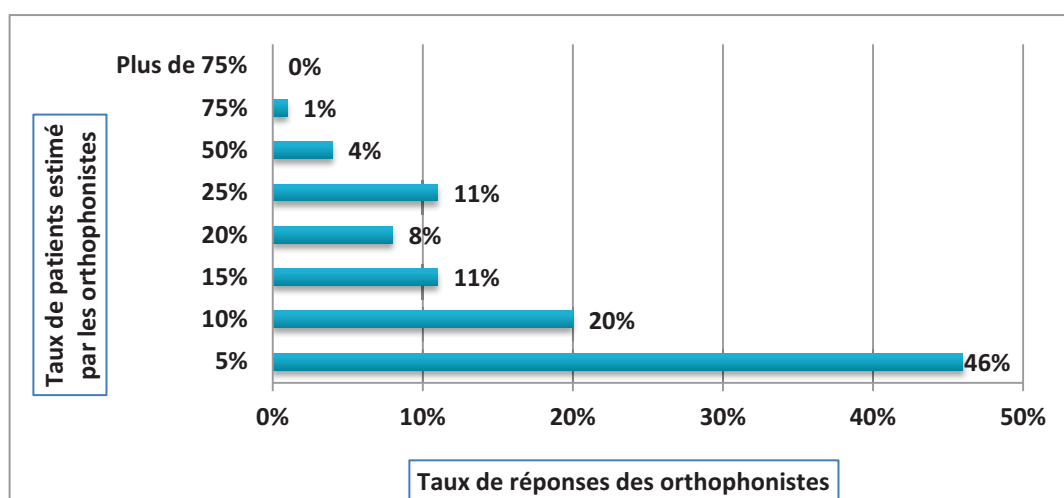


Figure 11 : Selon vous, à combien pourrait s'estimer le pourcentage de vos patients atteints de troubles du langage oral (RL, RP, TA) en lien avec une dysoralité alimentaire?

Les données (en pourcentage) proposées aux orthophonistes étant très précises, il est normal d'obtenir des disparités. Cependant, nous pouvons remarquer que presque la moitié des orthophonistes interrogés a estimé que 5% de leurs patients auraient un trouble du langage oral en lien avec une dysoralité alimentaire. A ce jour, la recherche ne dispose pas assez de recul pour nous livrer des chiffres objectivés. Cependant, nous pouvons supposer

que cette valeur pourrait être supérieure à 5% dans un futur proche. En effet, le domaine étant en développement, nous pensons que les orthophonistes, mieux formés, pourront être amenés à poser davantage de questions sur l'alimentation en anamnèse, et par conséquent, à lier plus facilement ces deux oralités. Parallèlement, les médecins, davantage sensibilisés au domaine, seront potentiellement plus susceptibles de diriger les enfants ayant des troubles du comportement alimentaire dans le but d'une (ré)éducation précoce (par ailleurs, de minimiser les troubles du langage oral).

6. Catégorie « Votre prise en charge »

6.1. Place de l'orthophonie dans la (ré)éducation de la dysoralité : numéro 18

Cette question ne remet pas en cause la place de l'orthophonie dans la « prise en charge » de la dysoralité, car elle est validée par 97% des professionnels libéraux interrogés. Ces derniers ont donc conscience qu'ils possèdent des rôles majeurs dans ce domaine.

6.2. Recensement des différentes méthodes de (ré)éducation : numéro 19

Nous avons établi cette question en ciblant plusieurs objectifs :

- Nous voulions donner des pistes de (ré)éducation aux orthophonistes désarmés face à de tels troubles.
- Indirectement, nous voulions montrer aux orthophonistes qu'ils avaient un rôle important dans ce type de (ré)éducation.
- Enfin, nous voulions voir les moyens les plus utilisés, et si d'autres pouvaient venir compléter notre série.

Les items que nous avons proposés ont presque tous été cochés par la majorité des orthophonistes. De plus, ces professionnels ont rarement coché un seul item, ce qui met alors en évidence la diversité des moyens utilisés par leurs soins.

6.3. Difficultés rencontrées : numéro 20 ; 20a

Ces questions nous permettaient de faire du lien avec notre hypothèse relative à un manque d'apports théoriques dans le domaine de la dysoralité. De plus, elles permettaient de nous guider dans l'élaboration d'un livret en ciblant précisément nos objectifs.

Sur les 65% d'orthophonistes ayant déclaré avoir déjà eu ce type de « prise en charge » (soit 167 réponses données), 85% des enquêtés se sont sentis en difficulté pour les raisons suivantes :

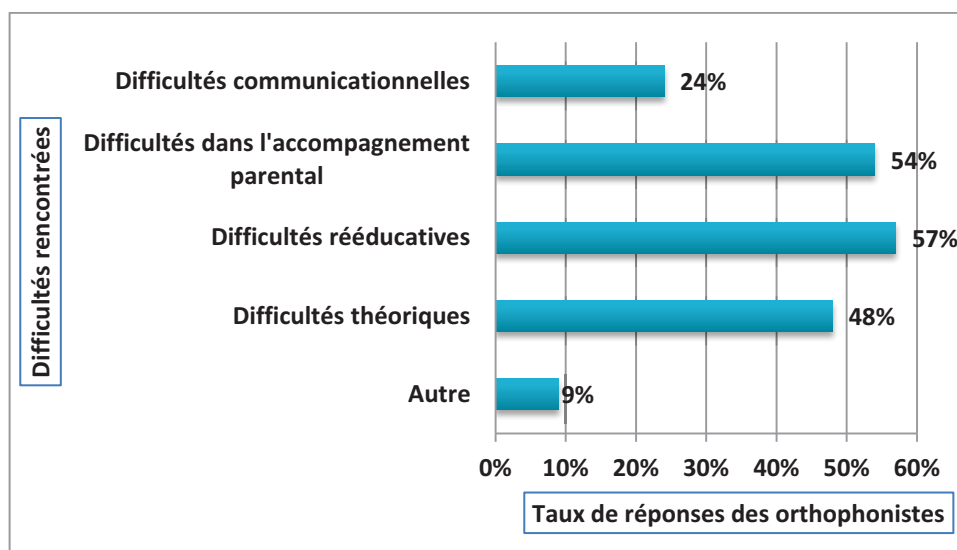


Figure 12 : Si oui, quelles ont été ces difficultés ?

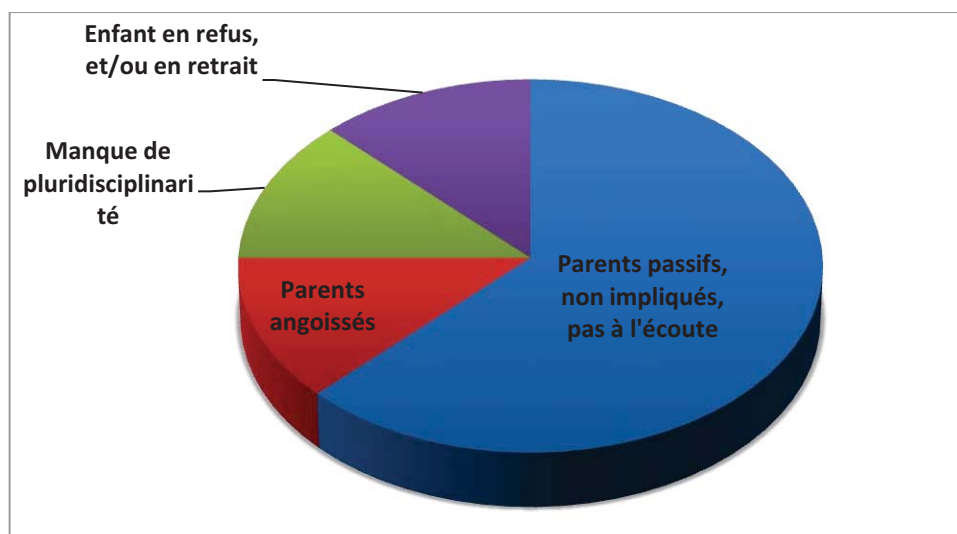


Figure 13 : Répartition des « Autres »

Les « faibles » notes subjectives données en théorie (question 4) et en pratique (question 11) sont cohérentes avec les nombreuses difficultés théoriques, pratiques (rééducatives) et propres à l'accompagnement parental, présentées ci-dessus.

7. Catégorie « Votre opinion »

Les réponses obtenues à la question 21 plaident à 90% en faveur de l'importance d'un recueil d'informations sur l'alimentation du patient. Ces résultats démontrent là encore, que le lien entre les deux oralités est globalement connu. Cependant, au vue des 10% restants, il reste encore des messages de prévention à véhiculer pour que les orthophonistes s'impliquent réellement dans la prise en compte de l'oralité alimentaire.

La question 21.a n'a pu être exploitée car nous l'avons sans doute mal formulée. Elle concernait la « prise en charge du langage », mais les orthophonistes n'ont pas tous compris le sens de cette question.

8. Catégorie « Votre bilan »

Le but de cette dernière partie est de voir si notre questionnaire a engendré chez ces professionnels, des réflexions quant au lien unissant ces deux oralités. Nous voulions également voir si leur anamnèse serait susceptible d'être approfondie en ce sens.

8.1. Bilan sur l'impact du questionnaire : numéros 22, 22.a, 23

La question 6 avait mis en avant que 95% des orthophonistes interrogés avaient connaissance d'une relation entre oralité alimentaire et oralité verbale. Cependant, au moyen de la question 22, nous pouvons voir que parmi-ceux-ci, 25% déclarent ne s'être jamais posé de questions sur ce lien. Ainsi, les orthophonistes savent que les deux oralités peuvent être liées, sans pour autant s'interroger sur les fondements de cette relation.

Les résultats obtenus aux questions 22.a. (et 23) laissent à penser que notre questionnaire aurait joué son rôle de prévention, d'information et de sensibilisation. En effet, parmi les

25% d'orthophonistes qui ne se posaient pas de questions sur la relation entre les deux oralités, 95% avouent que notre enquête d'investigation les a amenés à s'interroger (question 22.a).

En ce qui concerne la question 23, 50% de notre échantillon y a répondu. Cela signifie alors que la moitié des orthophonistes interrogés n'approfondissait pas leur anamnèse (selon eux).

Voici un graphique traduisant nos données :

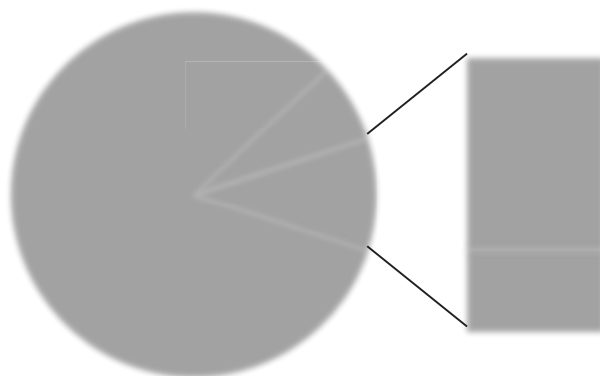


Figure 14 : Si vous n'approfondissiez pas votre anamnèse, face à un enfant ayant des troubles sur un plan phonétique ou phonologique, allez-vous dorénavant le faire?

Ces résultats nous encouragent au sens où notre questionnaire semble avoir engendré des prises de conscience chez certains orthophonistes. Cette analyse laisse entrevoir une approche différente de la « prise en charge », pour l'enfant, sa famille, et l'orthophoniste lui-même.

8.2. Coordonnées et commentaires personnels

La question 24 visant à laisser ses coordonnées pour être joignable si besoin est, se révélait très importante pour nous. En effet, dans notre questionnaire, les questions mixtes et les questions ouvertes pouvaient engendrer des réponses imprécises ou ambiguës, il nous

était alors parfois bien utile de pouvoir contacter les orthophonistes pour obtenir, si nécessaire, de plus amples informations. De plus, grâce aux adresses mails laissées, nous avons pu remercier personnellement les professionnels qui ont consacré du temps à ce questionnaire, et répondre à leurs interrogations (théoriques) comme à leurs attentes (envoi du mémoire pour enrichir leurs connaissances).

Enfin la dernière question ouverte (numéro 25) sur les commentaires, était nécessaire pour laisser les orthophonistes exprimer leur ressenti sur ce questionnaire, entendre leurs remarques, et les laisser libres de rajouter des informations s'ils n'ont pas eu la possibilité de le faire avant. Voici un condensé de commentaires d'orthophonistes :

- *« Bon courage, le questionnaire est très intéressant et le sujet passionnant ! »*
- *« Ce serait formidable que plus d'orthophonistes prennent ce domaine au sérieux. »*
- *« De ce que j'ai vu, les résultats sont phénoménaux ! »*
- *« Je veux bien avoir les résultats de votre enquête. Domaine très intéressant à creuser. »*
- *« Je ne sais pas où en sont actuellement les études d'orthophonie par rapport à la prise en charge des troubles de l'oralité, mais il faudrait vraiment que ça fasse partie de la formation initiale ! »*
- *« Sujet de mémoire très intéressant, amenant effectivement à se poser des questions ! »*
- *« Bravo, et merci d'éveiller notre intérêt »*
- *« Excellente idée que d'aborder cette pathologie trop peu connue et peu prise en charge. »*
- *« Tout cela me semble très intéressant, à approfondir de mon côté quand j'aurais le temps ».*
- *« Je suis très intéressée par votre sujet car cela vient conforter mes remarques personnelles sur un certain nombre de mes patients »*
- *« Je vous souhaite bon courage pour votre travail, et j'espère que ces questionnaires vous permettront d'obtenir une bonne base de réflexion. Pour ma part, il m'amènera certainement à me poser quelques questions sur ma pratique ».*

Ces commentaires nous ont confortée dans l'idée que ce mémoire peut avoir un réel intérêt quant à la prise de conscience de la place justifiée de l'oralité alimentaire dans la pratique orthophonique libérale, et de l'ouverture des orthophonistes dans ce domaine.

II. RESULTATS OBTENUS PAR CROISEMENT DE QUESTIONS

Précisons dès à présent que seules les questions en lien avec nos hypothèses théoriques ont été croisées. Ces croisements ont tous été effectués dans le but d’approfondir ces questions et ainsi, valider ou non nos hypothèses théoriques.

Le questionnaire inscrit en annexe est une nouvelle fois nécessaire pour comprendre nos interprétations.

Pour garantir la fiabilité de nos résultats, nous les avons tous pondérés en divisant les valeurs obtenues par le nombre d’orthophonistes appartenant à chaque catégorie.

1. Questions 1/6

Ces questions ont été croisées dans le but de déterminer si le lien entre les deux oralités était perçu par toutes les tranches d’expérience professionnelle.

Années d’exercice	Pourcentage d’orthophonistes voyant le lien entre les deux oralités
0 – 5 ans	97%
5 – 10 ans	92%
10 – 15 ans	96%
+ 15 ans	93%

Tableau 4 : Pourcentage d’orthophonistes voyant le lien entre les deux oralités en fonction des années d’exercice

Au vue de l’homogénéité des résultats, nous observons que les orthophonistes de notre échantillon perçoivent presque tous le lien entre les deux oralités. Cependant, les distinctions n’étant pas conséquentes entre chaque catégorie, notre questionnaire ne permet pas d’affirmer que la tranche comprise entre 0 et 10 ans d’expérience a davantage connaissance de cette relation.

2. Questions 1/4/11

Voici un tableau récapitulatif des moyennes obtenues en fonction des années d'exercice.

Années d'expérience (question 1)	Note théorique moyenne (question 4)	Note pratique moyenne (question 11)
0 – 5 ans	3,15	2,82
5 – 10 ans	2,72	2,34
10 – 15 ans	2,79	2,68
+ 15 ans	2,69	2,56

Notes théoriques et pratiques comprises entre 0 et 5 (d'où des notes moyennes sur 5)

Tableau 5 : Notes théoriques et pratiques moyennes obtenues en fonction des années d'expérience

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en pratique est de 2,67 contre 2,95 en théorie. Nous pouvons donc dire que les orthophonistes se sentent plus à l'aise en théorie qu'en pratique, bien que les notes moyennes obtenues soient « fragiles ». Ainsi, les principales sources de connaissances dans le domaine sont liées au cursus et aux formations (et non à l'expérience pratique).

Nous constatons que la tranche 0 - 5 ans d'expérience obtient la note la plus élevée en théorie et en pratique, et ce avec un écart conséquent par rapport aux autres tranches d'âge.

		NOTES THEORIQUES (question 4)				
		Note théorique 5	Note théorique 4	Note théorique 3	Note théorique 2	Note théorique 1
NOTES PRATIQUES (question 11)	Note pratique 5	0 – 5 ans				
	Note pratique 4	0 – 5 ans	0 – 5 ans			
	Note pratique 3			0 – 5 ans		
	Note pratique 2				5 – 10 ans	
	Note pratique 1					+ 15 ans

Tableau 6 : Répartition des catégories (années d'expérience) en fonction des notes

Voici la légende permettant de mieux comprendre ce tableau :

- La case barrée correspond à une absence de réponse.

- Les deux cases grisées signifient qu'aucune des quatre tranches n'obtient des résultats supérieurs aux autres, soit aucune tranche n'est dominante.
- Les cases colorées représentent la tranche dominante (soit la plus représentée) parmi les réponses obtenues en fonction des notes.

De par ces résultats, nous pouvons en déduire que le niveau de connaissances théoriques et de compétences pratiques des orthophonistes est inversement proportionnel aux années d'expérience. Ces résultats sont cohérents avec le fait que les études consacrées à l'oralité alimentaire dans le monde de l'orthophonie soient récentes.

3. Questions 1/7/9

3.1. Questions 1/7

Années d'exercice (question 1)	Moyenne des notes objectives théoriques
0 – 5 ans	1,75
5 – 10 ans	1,39
10 – 15 ans	1,46
+ 15 ans	1,65

Moyenne générale = 1,62 (notes comprises entre -3 et 4 avec le barème instauré en question 7)

Tableau 7 : Moyenne des notes objectives théoriques en fonction des années d'exercice

Ce tableau met en évidence que la tranche 0-5 ans d'expérience a mieux répondu aux questions théoriques que ses confrères, consœurs. De plus, en prenant en considération le barème instauré, nous pouvons dire que la moyenne générale (1,62) est nettement supérieure à la note centrale (soit 0,5), ce qui reflète un niveau théorique général satisfaisant.

3.2. Questions 1/9

Années d'expérience	Nombre moyen de formations suivies
0 – 5 ans	0,60
5 - 10 ans	0,75
10 – 15 ans	0,70
+ 15 ans	0,90

Tableau 8 : *Nombre moyen de formations suivies en fonction des années d'exercice*

Ce tableau met en évidence que les orthophonistes exerçant depuis moins de 5 ans, ont suivi moins de formations que leurs collègues plus expérimentés. Ce phénomène paraît logique au sens où les orthophonistes les plus expérimentés ont eu davantage le temps de se former.

Cependant, nous pouvons voir que malgré un nombre de formations plus faible dans la tranche « peu expérimentée » (0 – 5 ans dans ce cas précis), cette dernière obtient tout de même les meilleures notes (question 7). Cela signifie que les orthophonistes plus expérimentés ont conscience qu'il est nécessaire de se former car ils ressentent des faiblesses dans le domaine, et souhaitent pallier ces « lacunes ».

3.3. Questions 1/7/9

D'après les résultats obtenus aux deux questions précédentes, nous pouvons conclure que :

- Les orthophonistes diplômés depuis maximum 5 ans, ont suivi moins de formations que leurs confrères, malgré la faible différence.
- Les notes objectives et subjectives en théorie (question 4 et 7) et subjectives en pratique (question 11) sont supérieures chez ces orthophonistes (0 – 5 ans).

Dès lors, le nombre de formations suivies n'influence pas significativement les connaissances théoriques et pratiques. En effet, les plus jeunes orthophonistes (en termes

d'expérience) sont ceux à avoir suivi le moins de formations mais obtiennent de meilleurs résultats en théorie et en pratique. Il est évident que les formations continues sont très importantes et nécessaires pour approfondir son savoir. Mais, à l'heure actuelle, ce qui semble influencer le plus les connaissances des orthophonistes, c'est le contenu de la formation initiale en lui-même. De plus, nous pensons que l'enseignement propre à l'oralité alimentaire pourrait davantage inciter les orthophonistes à se former (d'où la nécessité d'aborder ces cours en formation initiale).

4. Questions 9/11

Nous avons cherché à exprimer, pour chaque nombre de formations, la note moyenne pratique attribuée par les orthophonistes, dans le but de démontrer les bénéfices des formations continues :

Nombre de formations suivies	Note moyenne pratique des orthophonistes
0 formation	2,18
1 formation	3
2 formations	3,4
+ 2 formations	3,74

Notes théoriques et pratiques comprises entre 0 et 5 (d'où des notes moyennes sur 5)

Tableau 9 : Note moyenne pratique des orthophonistes en fonction du nombre de formations

Ainsi, bien que cet aspect soit logique, nos résultats prouvent l'efficacité des formations. En effet, celles-ci permettent d'enrichir le sentiment de compétences pratiques des orthophonistes.

Rappelons que plus de la moitié des orthophonistes (libéraux) interrogés (52%) a déclaré ne jamais avoir suivi de formation dans le domaine de l'oralité alimentaire (question 9).

Ces résultats étayent les bienfaits des formations, d'où la nécessité de se former pour enrichir ses compétences.

5. Questions 11/16

En comparant ces deux questions, nous cherchons à vérifier s'il est possible que des orthophonistes « prennent en charge » des enfants spécifiquement pour un trouble du comportement alimentaire, malgré le fait qu'ils ne s'estiment pas compétents dans le domaine.

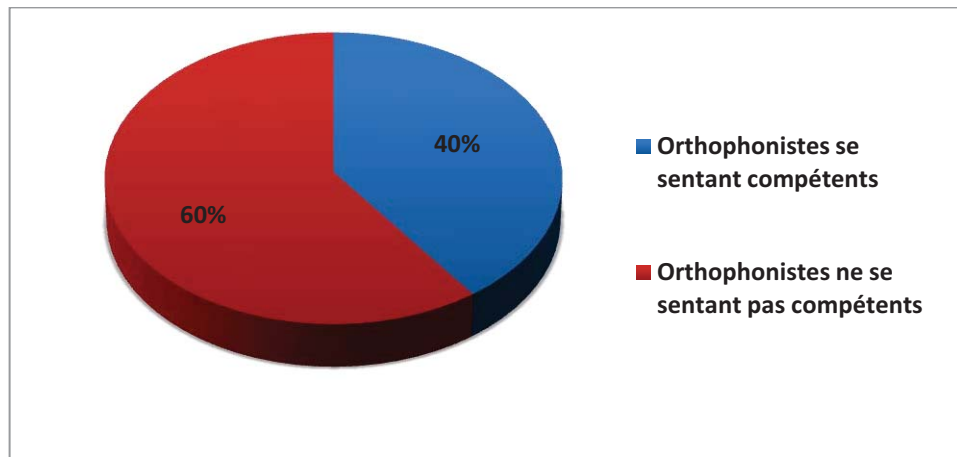


Figure 15 : Répartition des orthophonistes prenant en charge des enfants spécifiquement pour un trouble de l'oralité alimentaire

Compte-tenu des 60% d'orthophonistes ayant suivi des enfants pour une dysoralité malgré un sentiment « d'incompétence » dans ce domaine, nous pouvons affirmer que ces professionnels ont conscience des rôles qu'ils sont amenés à jouer. De plus, ils réalisent que s'ils ne « prennent pas en charge » ces enfants, peu de professionnels seront à-même d'aider ces familles (d'où la nécessité une fois encore de se former).

6. Questions 13/14

La finalité de croiser ces deux questions est de voir si les orthophonistes consacrent un temps suffisant aux questions sur l'alimentation durant l'anamnèse.

Pour ces questions, nous avons cherché à exprimer le pourcentage du temps moyen passé sur les questions alimentaires en anamnèse.

Pourcentage des orthophonistes	Temps consacré à l'anamnèse	Temps <u>moyen</u> consacré aux questions alimentaires en anamnèse (en minutes)
1%	5 minutes	1 minute
19%	10 – 15 minutes	1 minute et 50 secondes
36%	20 – 25 minutes	2 minutes et 49 secondes
26%	30 minutes	3 minutes et 40 secondes
18%	30 – 45 minutes	6 minutes et 43 secondes

Ce tableau doit être interprété de la façon suivante :

Sur les 19% d'orthophonistes qui consacrent entre 10 et 15 minutes à l'anamnèse, le temps moyen passé sur les questions alimentaires est de 1 minute et 50 secondes, ce qui représente entre 18,4% et 12,3% du temps total de l'anamnèse.

Rapport temps moyen consacré aux questions alimentaires sur temps total de l'anamnèse
20%
18,4% - 12,3%
14,1% - 11,3%
12,2%
22,4% - 14,9%

Tableau 10 : Croisement des questions 13 & 14

Le temps moyen passé sur les questions alimentaires est de 15% du temps total de l'anamnèse (quel que soit le temps de l'anamnèse).

Les orthophonistes passent en moyenne 25 minutes sur l'anamnèse, et environ 3 minutes et 30 secondes sur les questions alimentaires, tout en sachant que 50% des orthophonistes y consacrent 1 minute (quel que soit le temps de l'anamnèse).

Ces questions ne semblent donc pas nécessairement centrales dans l'anamnèse des orthophonistes interrogés. Néanmoins, nos résultats indiquent que ces professionnels de santé sont quelque peu sensibilisés à ces problèmes d'oralité alimentaire car ils abordent tout de même le thème en prenant un peu de temps pour poser des questions sur l'alimentation.

7. Questions 13/14/15

Nous avons cherché à comparer le temps moyen passé sur les questions alimentaires par les orthophonistes ayant, d'une part suivi des enfants présentant des troubles en lien avec l'alimentation et ceux, d'autre part, n'en ayant jamais suivi.

Temps <u>moyen</u> passé sur les questions alimentaires		
Temps passé sur l'anamnèse	Orthophonistes <u>ayant déjà suivi</u> des enfants avec des troubles de l'oralité alimentaire	Orthophonistes <u>n'ayant jamais suivi</u> des enfants avec des troubles de l'oralité alimentaire
5 minutes	1 minute	
10 – 15 minutes	2 minutes et 7 secondes	1 minute et 25 secondes
20 – 25 minutes	3 minutes et 11 secondes	2 minutes et 2 secondes
30 minutes	4 minutes et 24 secondes	3 minutes et 16 secondes
30 – 45 minutes	7 minutes et 32 secondes	3 minutes et 52 secondes

Tableau 11 : Temps moyen passé sur les questions alimentaires lors de l'anamnèse en fonction de l'expérience dans le domaine

Nous remarquons alors que les orthophonistes qui ont déjà suivi des enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire, passent davantage de temps sur les questions alimentaires lors de l'anamnèse. Ainsi, la pratique dans le domaine (les difficultés comprises) a fait

prendre conscience à ces professionnels de l'importance de ce questionnaire durant l'anamnèse.

8. Questions 14/14.a

Comme vu précédemment, 50% des orthophonistes consacrent 1 minute sur les questions alimentaires en anamnèse ; nous avons donc souhaité en savoir plus sur les raisons qui peuvent expliquer le temps passé sur ces questions.

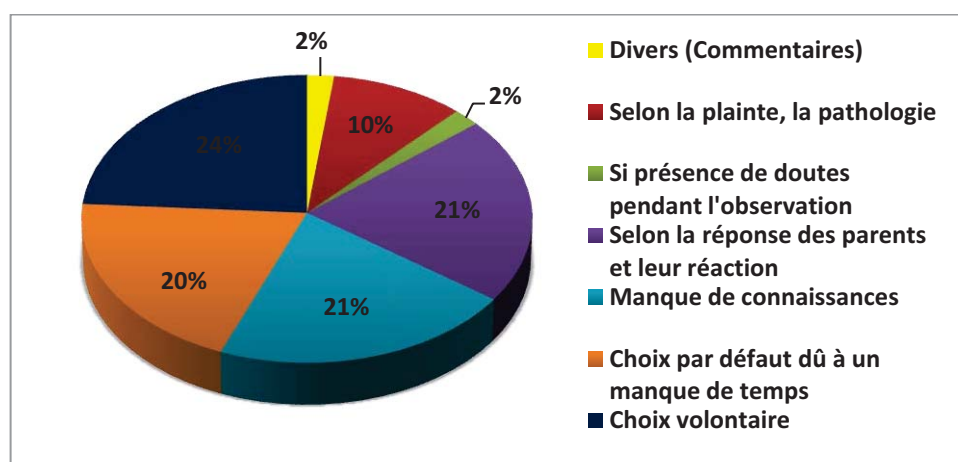


Figure 16 : Répartition des choix des orthophonistes passant 1 minute sur les questions alimentaires

Ce graphique nous permet de voir que parmi les orthophonistes qui passent 1 minute sur les questions alimentaires, les divergences sont nombreuses quant aux justifications de cette durée. En effet, quatre catégories se partagent équitablement les mêmes résultats. Certains orthophonistes jugent que, 1 minute passée sur ces questions est une durée suffisante, au sens où ils ont choisi l'item « Choix volontaire ». A contrario, d'autres n'estiment pas cette durée suffisante, car ils aimeraient y passer davantage de temps : ce constat est mis en avant par les taux de réponses obtenus aux items « Manque de connaissances » et « Choix par défaut dû à un manque de temps ». Enfin, il est difficile d'interpréter la dernière catégorie (celle-ci a été créée par les orthophonistes) car le temps passé sur ces questions est variable en fonction des réponses données par les parents.

Il ressort de cette analyse une tendance générale à vouloir approfondir ces questions.

CHAPITRE 4 - DISCUSSION

Notre travail s'est déroulé en deux temps : nous avons d'abord analysé notre questionnaire, pour ensuite cibler les objectifs de notre livret.

I. DISCUSSION AUTOUR DE L'EXPERIMENTATION

1. Questionnaire

1.1. Limites de l'étude

a) Nombre de participants

Nous avons choisi d'envoyer notre questionnaire à un grand nombre d'orthophonistes dans le but d'obtenir un échantillon représentatif.

Ainsi, les conclusions obtenues suite à l'analyse de ce mémoire, peuvent être généralisées grâce à notre large panel issu de toutes les régions de France (ou presque) et de toutes les tranches d'âges (en termes d'expérience). Néanmoins, étant donné le déséquilibre des tranches (13% pour les 10 – 15 ans au lieu des 25% attendus pour une répartition équitable), nous ne pouvons pas extrapoler tous nos résultats. La tranche des 0 - 5 ans d'expérience étant la plus représentée, nous imaginons que le réseau social (internet) y a largement contribué.

b) Longueur de la passation

Sur les 255 réponses obtenues, seulement quatre commentaires nous sont parvenus concernant la longueur du questionnaire. Cependant, en dépit de ce faible chiffre, nous avons jugé cette enquête relativement longue. En effet, pour répondre précisément aux 35 questions (maximum) réparties en cinq catégories, l'orthophoniste devait disposer d'une trentaine de minutes. Le choix de questions davantage fermées aurait été plus judicieux pour la fluidité de passation du questionnaire.

c) Pertinence des questions

Comme le dit F. De Singly (2006, p 22) : « *Il y a toujours un travail que l'on peut nommer « théorique » dans la confection d'un questionnaire : il faut en effet décider non en fonction de la réalité [...] mais de ce que l'on veut savoir. [...] « Il est facile de faire les questions, il est plus difficile de décider si elles sont pertinentes ou non ».*

Après analyse, nous avons remarqué que certaines questions auraient pu être davantage approfondies, afin de laisser moins de place à l'interprétation du lecteur, notamment sur les questions ouvertes. Cependant, ces maladroites ont été constatées par rapport aux réponses obtenues en cours de passation. Dès lors, il nous était impossible de modifier nos formulations, faute de quoi nos résultats auraient été biaisés.

Aussi, des réponses n'ont été que partiellement analysées : soit parce qu'elles ne nous apportaient que peu d'informations par rapport à nos hypothèses (question 3 et 3.a sur la « spécialisation »), soit parce que les formulations proposées par nos soins n'engendraient pas les réponses attendues (notamment pour les questions ouvertes).

d) Influence des réponses par les choix proposés

Même si nous avons élaboré des réponses que nous voulions le moins inductrices possible, il reste néanmoins difficile de contrôler totalement ce phénomène. Le fait de proposer des questions fermées à choix multiples peut inciter à cocher des réponses non envisagées en première intention. De plus, les questions contingentes peuvent également avoir influencé des réponses. Par exemple, la question 6.a. « Si oui, quel serait ce lien » en réponse à la question 6 « Selon vous, y a-t-il un lien entre oralité alimentaire et oralité verbale ? », influence sans doute les réponses obtenues. Nous ne remettons pas en cause la connaissance du lien entre les oralités par notre panel. Cependant, nous pouvons imaginer que, sur les 95% d'orthophonistes ayant répondu OUI à la question 6, certains se sont peut-être laissés influencer par la question suivante.

1.2. Difficultés rencontrées

a) Elaboration du questionnaire : outils informatiques

Quelques difficultés se sont présentées à nous au moment de la construction de ce questionnaire. Tout d'abord, il nous a fallu s'initier au logiciel choisi (Google drive) et le maîtriser par la suite :

- Au cours de l'élaboration de notre questionnaire, nous avons dû prendre soin de sélectionner correctement les items désirés (choisir des carrés pour les réponses uniques/ des ronds pour les réponses multiples) pour ne pas restreindre certaines possibilités de réponses.
- Il était nécessaire de cocher certaines questions obligatoires pour ne pas que les orthophonistes répondent seulement aux questions qui les intéressaient.
- Nous devions également penser à rajouter l'item « Autre » pour les questions susceptibles d'être complétées par notre panel.
- Dans le but d'obtenir un panel représentatif et des résultats cohérents, il était nécessaire de prendre en compte toutes les possibilités. Dès lors, nous avons choisi de mettre certaines questions non obligatoires pour les orthophonistes non concernés, et de rajouter l'item « Non Concerné(e) » pour ces professionnels tentés de répondre par inattention.
- Enfin, ne sachant pas si notre questionnaire nous apporterait beaucoup de réponses, et encore moins en combien de temps, nous l'avons envoyé le plus tôt possible pour relancer notre panel fréquemment si besoin. Dès lors, aucun critère de temps (soit aucune date limite) n'a été imposé à ces orthophonistes. Cependant, nous n'avions pas anticipé le fort taux de réponses obtenu, et avons dû le bloquer prématurément. Une fois celui-ci arrêté, nous avons reçu des commentaires et appels d'orthophonistes nous expliquant qu'ils venaient de découvrir ce questionnaire (par les réseaux sociaux, ou par leur syndicat) mais n'arrivaient pas à le compléter. Ainsi, nous avons dû envoyer un e-mail aux syndicats leur demandant de ne plus diffuser cette enquête.

b) Notions proposées

Cette remarque fait référence à la question numéro 7, où nous soumettions des propositions aux orthophonistes en leur demandant de cocher celles qu'ils jugeaient correctes.

Durant l'élaboration du questionnaire, comme durant son analyse, cette question est celle qui a présenté le plus de difficultés. Malgré un processus de recherche élaboré pour la construire (avec ses réponses prédéfinies), nous avons dans un premier temps, mis des propositions trop simples, ce qui aurait pu constituer un biais dans l'objectivité de nos résultats. Il nous fallait donc trouver un équilibre entre le « trop » facile et le « trop » difficile. Dès lors, nous avons fait le choix d'insérer des propositions théoriques à la fois relatives aux deux oralités, et également importantes à connaître pour comprendre ces liens.

De plus, l'analyse de cette question nous a posé des difficultés. En effet, nous avons élaboré deux barèmes différents afin de voir si les pourcentages obtenus variaient considérablement selon la cotation choisie. Après comparaison, nous nous sommes rendu compte que la différence était peu significative. Dès lors, nous avons opté pour la notation qui nous semblait la plus logique, soit plus 1 point par bonne réponse, et moins 1 point par mauvaise réponse donnée.

c) Calculs des résultats

En ce qui concerne les calculs des résultats, faute de statisticien (non trouvé au moment opportun malgré de nombreux mails envoyés à des professionnels), nous avons dû faire appel à un étudiant en sociologie (un de ceux nous ayant aidé pour la construction du questionnaire) et un ingénieur en informatique : tous deux possédant des bases solides dans le domaine des mathématiques. Leur aide nous a été précieuse, notamment dans le croisement des questions.

Les principales difficultés résident dans le classement des items « Autre ». En effet, certains orthophonistes ont coché un item en complément d'un commentaire inséré dans

l'item « Autre », contrairement à d'autres qui ont coché seulement l'item « Autre ». Il fallait donc manuellement analyser tous les résultats, et répartir les commentaires dans les bonnes catégories (si ceux-là correspondaient à une catégorie). Etant donné le nombre conséquent de questions comportant l'item « Autre » (choix volontaire de notre part pour laisser les orthophonistes libres de s'exprimer), il nous a alors été parfois difficile (classements subjectifs) et coûteux (en termes de temps) de tout classer.

De plus, des difficultés se sont fait ressentir au moment de l'analyse des questions comportant des données relatives à l'échelle de Likert. Concernant les questions 4 et 11 (notes subjectives sur la théorie et la pratique), bon nombre d'orthophonistes ont coché l'item correspondant à une note de 3. Ayant opté pour une échelle impaire, il était compliqué, dans ces cas-là, d'analyser cette note centrale. Cependant, nous avons choisi d'instaurer ce système dès le début, car les échelles paires sont dites « à choix forcé ». Pour l'analyse de ces questions, nous avons alors porté plus précisément notre attention sur les notes 1+2 et 4+5.

d) Vocabulaire employé

Des interrogations concernant l'emploi des mots « rééducation » et « prise en charge » sont survenues. Tout d'abord, au cours du mémoire, le mot « (ré)éducation » a toujours été écrit comme tel au sens où les troubles de l'oralité alimentaire ne peuvent ni se (ré)éduquer ni s'éduquer. Le petit Larousse (2008) définit le verbe « rééduquer » comme l'idée de faire retrouver à un membre ou une fonction organique lésé(e) son bon fonctionnement. Le substantif quant à lui renvoie à l'ensemble des moyens et des soins non-chirurgicaux mis en œuvre pour rétablir plus ou moins complètement l'usage d'un membre ou d'une fonction. A travers leur morphologie, (avec le préfixe « ré ») et leur définition, nous retrouvons la notion de « retour à la forme initiale ». Dès lors, l'enfant suivi pour des troubles du comportement alimentaire n'ayant jamais mangé correctement, il nous était difficile d'inscrire ce préfixe.

Quant au verbe « éduquer », le dictionnaire définit ce terme, comme le fait de former quelqu'un en développant et en épanouissant sa personnalité. Ce verbe n'est pas adapté à la situation car l'orthophoniste n'est pas présent pour former l'enfant.

Le terme « prise en charge » ne nous satisfaisait pas non plus, et ce principalement pour trois raisons :

- tout d'abord, même s'il est vrai que, par élargissement, ce terme a été appliqué au domaine du soin pour désigner les actes thérapeutiques réalisés autour d'une personne (ou de sa problématique), en premier lieu, il a été emprunté essentiellement dans l'acception de financement, de remboursement par la Sécurité Sociale.
- Ensuite, dans l'idée de « prise », nous ressentons que le patient (ou la personne en situation de handicap) n'est pas à-même de prendre sa propre décision. En effet, c'est grâce à l'acceptation du thérapeute, et non le patient lui-même, que ce suivi thérapeutique va pouvoir débiter. De plus, nous avons l'impression que c'est le porteur qui souffre en portant, et non le patient lui-même.
- Enfin, le mot « charge » nous renvoie une image négative, lourde, et pesante du patient. Cet aspect-là n'est alors aucunement valorisant.

2. Livret

2.1. Limites de l'étude

Au cours de l'élaboration de ce livret, nous avons dû faire face à quelques difficultés que nous allons expliciter ici.

Tout d'abord, comme indiqué précédemment, ce livret n'a pas la prétention de se vouloir exhaustif en termes théoriques et pratiques. Il a été conçu de manière didactique et pratique et se veut être un outil parmi d'autres à destination des professionnels intéressés par le domaine. Il vise à donner des repères sur le concept des troubles de l'oralité, et à apporter des idées susceptibles d'enrichir à la fois connaissances théoriques et compétences pratiques. En aucun cas ce livret ne doit être considéré comme un protocole ou une « méthode-clé » applicable à la lettre, et malgré un nombre de pages conséquent, il ne constitue qu'un complément de livres ou formations.

Dans un premier temps, nous nous sommes interrogée sur la quantité de contenu à introduire dans ce document, qui se veut à la fois préventif et informatif. Au début de son élaboration, nous étions partis sur un livret d'une dizaine de pages, à but essentiellement

pratique. Cependant, nous avons dû revoir nos objectifs au vu des nombreux commentaires relatifs à un manque théorique ressortant du questionnaire. Après quelques réflexions et quelques tentatives de synthèse, nous nous sommes résolue à ne pas réduire son contenu.

Cette décision se justifie par plusieurs arguments :

- L'oralité réfère à un vaste domaine, qui se veut encore méconnu dans certains secteurs professionnels, et qui se situe au carrefour de différents domaines. Les vecteurs d'informations (formations, livres, reportages, ...) commencent seulement à se développer. Au vu de nos objectifs (prévention, sensibilisation, information) nous ne pouvions alors pas nous permettre d'omettre des données essentielles permettant de comprendre le phénomène et d'adapter le futur suivi.
- De plus, ce document a également été élaboré dans le but de pallier le manque d'informations et de formations sur le domaine de l'oralité. Dès lors, il se doit d'être le plus complet possible afin d'accompagner les professionnels de santé dans leurs démarches. Tout en sachant que ce livret ne constitue pas, à lui seul, une formation mais un document de sensibilisation ou d'initiation à la pratique.
- Enfin, insérer de nombreuses notions vérifiées auparavant, sur un même outil, permet d'éviter aux professionnels de se disperser dans leurs recherches, et de prendre le risque de se perdre dans des données erronées (par exemple, sur internet).

2.2. Difficultés rencontrées

a) Manque de réponses

Dans le but d'appuyer les prises de conscience véhiculées par notre questionnaire, nous avons cherché à recontacter 29 orthophonistes ayant déclaré avoir compris l'ampleur de la relation entre les deux oralités, et ce grâce à notre investigation. Ces professionnels ont été choisis parce qu'ils ont déclaré adapter dorénavant leur anamnèse en conséquence. Dès lors, nous nous sommes permis de leur envoyer un mail leur demandant de nous faire part de leur témoignage. Nous voulions également savoir si, depuis leurs commentaires inscrits dans notre questionnaire, leur anamnèse avait réellement été modifiée, et si cela avait engendré des découvertes. Nous comptons inscrire quelques témoignages au début de notre livret dans le but de sensibiliser les orthophonistes dubitatifs sur cette relation et

mettre en avant l'importance des questions alimentaires en anamnèse. Malheureusement, une seule réponse nous est parvenue. Ce professionnel de santé n'était pas en mesure de nous apporter un témoignage relatif à ce que nous recherchions, car il doit attendre sa formation en juin pour adapter son anamnèse et faire davantage le lien entre ces oralités. Il précise cependant qu'il compte beaucoup sur notre livret pour trouver des réponses à certaines de ses interrogations.

b) Contenu conséquent

Compte tenu du nombre important d'informations essentielles dans le domaine de l'oralité, nous avons dû revoir le contenu de notre livret, et modifier nos objectifs qui, bien que nombreux (dans la partie pratique), sont loin d'être exhaustifs. Nous avons dû en sélectionner parmi tant d'autres, tout en insistant du mieux possible sur le fait que chaque objectif était à adapter à l'enfant, et que ceux proposés n'étaient que des pistes de référence à explorer.

Au vu de cet important contenu, nous imaginons que ce que nous appelons « livret » n'est pas l'appellation idéale. Un livret a pour but d'aiguiser la curiosité de ses lecteurs pour les amener à investiguer davantage. Dès lors, notre partie théorique comporte sans doute trop de notions, bien que nous ayons tenté de n'y inscrire que les plus pertinentes et essentielles dans des suivis en lien avec un trouble de l'oralité.

2.3. Mode de diffusion du livret

En attendant l'augmentation de postes d'orthophonistes dans les services de néonatalogie, et un plus grand nombre de professionnels formés aux troubles de l'oralité, ce livret constitue un moyen palliatif pour prévenir et amorcer une « prise en charge » autour des difficultés alimentaires.

Afin d'évaluer sa pertinence, nous avons décidé de l'envoyer à 28 orthophonistes libéraux ayant répondu à notre questionnaire. Nous avons pris soin de sélectionner des orthophonistes répartis dans les quatre catégories d'âge (en termes d'expérience), et avons étudié les commentaires rajoutés en lien avec la nécessité d'un livret.

Nous aurions souhaité élargir cet échantillon, mais faute de temps, et désirant prendre en considération tous les commentaires de ces professionnels, nous avons dû le minimiser.

A ce jour, 7 réponses nous sont parvenues. Ces retours nous ont permis d'établir des modifications tant sur le fond que sur la forme de l'outil.

Certaines tournures de phrases ambiguës et trop longues ont été remaniées, tout comme des mots trop souvent coupés (gênant alors la lecture).

Dans le but d'apporter un complément à ce livret, il serait intéressant d'exploiter plus précisément certains commentaires d'orthophonistes non pris en compte dans les délais impartis :

- Le livret est trop conséquent pour son appellation, mais pas assez pour un livre : par conséquent, si nous gardons le terme « livret », il serait nécessaire de créer deux livrets : l'un étant théorique, et l'autre étant pratique.
- Insérer des schémas représentatifs des muscles évoqués dans le livret (pour la succion notamment), pour compléter (ou remplacer) certains textes, pourrait permettre une meilleure lisibilité.
- Intégrer les comptines en entier.

Notons que ces commentaires pertinents nécessitent un remaniement du livret axé principalement sur la forme. Dès lors, un nouveau travail en complémentarité avec la graphiste s'avère nécessaire.

Nous avons contacté l'association de prévention des orthophonistes en Meurthe et Moselle (APOMM) qui nous propose un partenariat pour une diffusion de l'outil.

Cette association de prévention nous propose de nous accompagner dans les formalités de recherche de subventions et d'impression du livret.

Nous aimerions offrir cet outil aux orthophonistes intéressés par le domaine (lors de formations ou congrès par exemple). En tous les cas, notre objectif est de faire avancer la profession dans le domaine, en partageant avec eux des pistes de réflexion.

Par le biais de ces différentes démarches, nous espérons ainsi accroître le nombre de professionnels informés et formés dans le domaine de l'oralité alimentaire.

II. DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS

Les résultats ont été interprétés dans le chapitre précédent : « présentation et analyse des résultats ». Cependant, dans cette partie, nous allons relier nos résultats à nos hypothèses théoriques, afin de valider, ou non, ces dernières.

Pour répondre à notre première hypothèse : « Lors de l'anamnèse, les orthophonistes ne posent pas toujours des questions relatives au comportement alimentaire de leurs patients par manque de temps », nous allons lister les principaux résultats en lien avec cette idée.

La catégorie « Votre anamnèse » a été élaborée pour tenter de répondre à cette hypothèse.

- La question 14.a demandant de justifier le temps imparti aux questions alimentaires lors de l'anamnèse, met en évidence que seulement 14% des orthophonistes, déclarent passer, quel que soit le temps de l'anamnèse, entre 1 minute et 5 minutes (66% pour 1 minute, 30% pour 5 minutes) sur ces questions par manque de temps. En tenant compte des nombreux commentaires rajoutés par les orthophonistes dans cette question, nous pouvons alors affirmer que cette contrainte temporelle n'est pas la principale explication de cette durée.
- Le croisement des questions 13/14/15 permet de dire que, la moitié des orthophonistes passe 1 minute sur les questions alimentaires. Parmi ceux-là, seulement 20% aimeraient y passer davantage de temps, mais sont contraints de limiter cette durée (contrainte temporelle).

Les items permettant de justifier le temps passé sur les questions alimentaires sont :

- choix volontaire (24%),
- manque de connaissances (21%)
- selon la réaction et les réponses des parents (21%).

Bien que certains orthophonistes aient coché l'item « Manque de temps », ce faible pourcentage et la diversité des réponses données ne nous permettent pas de généraliser cette idée.

⇒ Ainsi, notre hypothèse est infirmée.

Concernant notre seconde hypothèse : « Les orthophonistes libéraux, les plus récemment diplômés (0 - 10 ans), présentent davantage de connaissances théoriques et de compétences pratiques, que les orthophonistes plus expérimentés (10 ans et plus) », voici les résultats permettant d'y répondre :

- Le croisement des questions 1/6 appuie le fait que les orthophonistes diplômés depuis maximum 5 ans, ont connaissance du lien entre les deux oralités à 97% (pourcentage le plus élevé).

Les résultats de la tranche 5 – 10 ans (difficilement exploitables en raison du faible taux de participants) mettent en avant une connaissance de cette relation par 92% des orthophonistes. Notons tout de même que ce pourcentage est le plus faible des quatre tranches.

- Le croisement des questions 1/4/11 nous permet d'affirmer que les orthophonistes les plus récemment diplômés (0 - 5 ans) se sentent plus compétents en théorie comme en pratique, en comparaison à leurs collègues. Les orthophonistes ayant entre 5 et 15 ans (et plus) d'ancienneté dans le métier s'attribuent de faibles notes théoriques et pratiques (inférieures à la moyenne).
- Le croisement des questions 1/7 objective de meilleures connaissances théoriques chez les orthophonistes diplômés depuis maximum 5 ans. Concernant les orthophonistes expérimentés depuis minimum 5 ans (tranche 5 – 15 ans et plus d'expérience), ceux-là obtiennent les moins bons résultats.

Sachant que nos calculs ont tous été effectués avec pondération, nous pouvons affirmer que les orthophonistes diplômés depuis maximum 5 ans se sentent les plus confiants dans le domaine de l'oralité alimentaire, en théorie comme en pratique, et obtiennent les meilleurs résultats aux questions théoriques.

A l'inverse, malgré un faible taux de participants dans la tranche 5 – 10 ans d'expérience, nous constatons que les résultats de ces orthophonistes, sont fréquemment similaires aux résultats obtenus par les professionnels expérimentés depuis minimum 10 ans. De ce fait, au vu des résultats globalement homogènes, deux catégories se dessinent : les 0 – 5 ans d'expérience et les 5 – 15 ans (et plus) d'expérience.

- ⇒ Ainsi, notre hypothèse théorique est partiellement validée : en effet, la tranche 0 – 5 ans d'expérience (et non 0 – 10 ans) a de meilleures connaissances théoriques et compétences pratiques, dans le domaine de l'oralité alimentaire.

Concernant la sous-hypothèse : « Quelles que soient leurs années d'exercice, les orthophonistes ne font pas tous le lien entre l'oralité alimentaire et l'oralité verbale, par manque de connaissances notamment. », voici les résultats que nous avons répertoriés dans le but d'obtenir des réponses :

- Les résultats obtenus aux questions 4 (notes théoriques subjectives) et 7 (propositions théoriques objectives) nous permettent d'affirmer que les orthophonistes détiennent majoritairement des connaissances générales dans le domaine de l'oralité alimentaire.
- La question 6 permet d'affirmer que les orthophonistes (95%) ont connaissance du lien existant entre ces deux oralités.

Précisons tout de même que, bien que ce lien soit connu dans la profession, beaucoup de nos résultats plaident en faveur d'un manque théorique.

⇒ Cette sous-hypothèse est alors infirmée.

Enfin, notre dernière hypothèse : « Un support écrit spécialisé dans ces deux oralités, telle une plaquette à l'attention de ces professionnels, serait un moyen approprié pour répondre à leurs attentes », se vérifie principalement grâce aux résultats obtenus à la question 8 :

- 68% de notre panel aimeraient recevoir des plaquettes informatives dans le but d'enrichir leurs connaissances dans le domaine. Compte-tenu des réponses majoritairement cochées par notre échantillon (formations continues, thème régulièrement abordé dans les études d'orthophonie, et autres propositions rajoutées), nous pouvons affirmer que ces professionnels sont en demande d'informations.
- De nombreux commentaires ont été rajoutés dans notre questionnaire, quant à la nécessité de moyens d'informations pour les professionnels de santé (pas seulement pour les orthophonistes).
- De plus, dans le but de vérifier notre hypothèse, 28 mails ont été envoyés à des orthophonistes leur demandant de donner leur opinion sur le livret, et ses bienfaits éventuels (avis subjectifs).

Bien que seulement 7 réponses nous soient parvenues (résultats non significatifs au vu de ce faible taux de réponses), ces dernières plaident toutes en faveur de notre hypothèse. Les orthophonistes ont déclaré que cet outil avait enrichi leurs

connaissances (et par conséquent comblé certaines faiblesses). Ces professionnels aimeraient recevoir davantage de supports propres au domaine de l'oralité.

- Enfin, bien qu'il ait été démontré que les orthophonistes détiennent des connaissances dans le domaine, des « faiblesses » théoriques et pratiques ont été ressenties dans ce questionnaire. Ainsi, notre livret ayant été construit en prenant en considération ces « lacunes », nous imaginons que cet outil serait un moyen susceptible d'apporter de nouvelles connaissances (théoriques et pratiques) à l'ensemble de ces professionnels.

⇒ Nous considérons donc que notre hypothèse est validée.

III. PERSPECTIVES CLINIQUES

Comme nous l'avons vu (et expliqué) précédemment, il est nécessaire d'entreprendre précocement un suivi thérapeutique chez des enfants ayant rencontré des difficultés alimentaires, et ce dans le but d'anticiper d'éventuels troubles langagiers. Cependant, à ce jour, cette « prise en charge » s'effectue tardivement : il n'est pas rare de retrouver ces enfants en cabinet libéral, une fois les troubles du langage oral présents. Afin de limiter ces troubles, il serait intéressant d'établir un bilan propre à l'oralité alimentaire, et de le systématiser chez ces enfants (souvent présents dans les services de néonatalogie ou de pédiatrie).

Concernant la « prise en charge » de l'enfant ayant des troubles du comportement alimentaire, il nous est impossible de fournir une (ré)éducation type propre à ces troubles.

Bien que le matériel de (ré)éducation ne soit pas forcément nécessaire pour entreprendre un « bon » suivi, il peut tout de même servir de confort. Il n'existe pas (ou presque pas) de bons ou mauvais matériels : un « bon » accompagnement thérapeutique réside, entre autres, dans la posture du thérapeute, et dans l'utilisation qu'il fait du matériel. Précisons qu'à ce jour, il n'existe pas pléthore de matériels (ou outils) spécifiques à ces suivis (dysoralité).

De plus, comme pour beaucoup d'autres pathologies, ces suivis sont à adapter au cas par cas. Les orthophonistes, professionnels du langage (oralité verbale), sont les plus

susceptibles de rencontrer ces enfants. Dès lors, il est primordial de véhiculer des messages de prévention et de sensibilisation quant à l'intervention d'une (ré)éducation précoce.

Afin d'accélérer ces prises de conscience, voici une liste de moyens appropriés :

- enrichir les formations initiales,
- développer les formations continues,
- multiplier les supports d'information,
- créer des outils de (ré)éducation et de formation (vidéos, sites internet ergonomiques, ...)
- instaurer des groupes de travail,
- augmenter les postes pour les orthophonistes dans les services de néonatalogie,
- entreprendre des journées d'information auprès du personnel soignant, ...

Ces moyens présenteraient également l'avantage d'enrichir les connaissances des orthophonistes, et ainsi leur permettraient de différencier les difficultés alimentaires spécifiques relevant des troubles de l'oralité, d'autres difficultés qui n'appartiendraient pas à leurs champs de compétences, telles que des difficultés d'origine psychologique.

Dès lors, l'interpellation des orthophonistes apparaît comme un point indispensable à un meilleur suivi des enfants souffrant de troubles de l'oralité alimentaire.

En les rendant davantage vigilants à cette cause, il se pourrait que le nombre de professionnels formés augmente, mais également que certaines « prises en charge » se voient réenclenchées par la (re)découverte d'un lien (tantôt nouveau tantôt oublié), entre l'oralité verbale et l'oralité alimentaire. Pour ce faire, il s'avère nécessaire de sensibiliser les hôpitaux à passer le relais aux orthophonistes libéraux.

Des supports (livrets, brochures, plaquettes, affiches, ...) à l'attention de ces structures pourraient être une ouverture intéressante pour ces messages de prévention et de sensibilisation.

Il serait aussi intéressant d'établir des vidéos propres à différentes pathologies (en lien avec la dysoralité) pour permettre aux orthophonistes de mieux se représenter les choses, et ainsi assister à des cas pratiques. D'un point de vue déontologique et légal, le droit à l'image doit être respecté. Cependant, si les démarches se révèlent plus faciles dans les années à

venir, ces vidéos, en plus d'enrichir les compétences, permettraient également à la communauté d'échanger sur les différents exercices proposés par chacun. Cela permettrait alors une ouverture vers l'enrichissement de la pratique.

Pour notre part, ce ne sont pas mes lectures qui m'ont principalement permis de poser des images sur des pathologies, mais bien notre stage au CAMSP avec une mise en en pratique.

Les travaux orthophoniques dans le domaine de l'oralité alimentaire, bien que récents, sont en évolution. Les formations initiales s'enrichissent (au vu de notre hypothèse théorique confirmée sur de meilleures compétences chez les 0 – 5 ans d'expérience), tout comme les formations continues. Des mémoires d'orthophonie commencent également à s'y intéresser, en instaurant entre autres, des protocoles de stimulation précoce chez des enfants porteurs d'une dysoralité.

Au vu de ces constatations, nous avons espoir que, dans un avenir proche, les professionnels de santé (médecins, infirmières, orthophonistes, ...) soient davantage sensibilisés au domaine et à ses éventuelles répercussions.

Enfin, n'oublions pas que, comme pour beaucoup de suivis thérapeutiques, un travail pluridisciplinaire est primordial pour le bien-être de ces patients.

« De nombreuses disciplines sont convoquées. Chacune d'entre elles a quelque chose d'important et de vrai à dire sur la bouche, sur l'oralité et sur le langage, mais aucune d'entre elles ne peut prétendre au monopole d'une vision d'ensemble. » (B. GOLSE)

CONCLUSION

Comme le dit V. ABADIE (préface de C. THIBAUT, 2007), « *L'oralité alimentaire constitue un domaine qui n'est pas classiquement enseigné aux orthophonistes alors qu'ils sont de plus en plus souvent sollicités pour une rééducation orthophonique chez des bébés (ou jeunes enfants) atteints de difficultés alimentaires ou de troubles praxiques oraux bien avant l'éclosion du langage.* »

L'oralité est donc un concept relativement nouveau en orthophonie. Par conséquent, nous avons tenu à élaborer des outils (questionnaire/livret) dans un but de prévention, d'information et de sensibilisation à destination des orthophonistes.

Les mémoires (tout comme la littérature) sur l'oralité alimentaire en orthophonie étant en expansion depuis quelques années, au même titre que les formations (initiales comme continues), nous imaginons que le domaine va prendre de l'ampleur dans ce milieu, et sommes confiants sur le suivi de ces enfants. L'avenir est prometteur !

Nous espérons sincèrement que notre mémoire (avec son livret) enrichira les connaissances des orthophonistes intéressés par le domaine, et les aidera à se sentir plus en confiance face à ces enfants (et leurs parents).

Maintenant, oublions les bienséances et les règles transmises de par notre héritage culturel, et stimulons cette cavité buccale, pour apprendre à parler la bouche pleine !

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abadie V. Développement de l'oralité. In : Goulet O, Vidailhet M, Dartois AM. Alimentation de l'enfant en situation normale et pathologique. Rueil-Malmaison : Doin ; 2002. 1-6.
- Abadie V. Troubles de l'oralité d'allure isolée : Isolé ne veut pas dire psy. Archives de Pédiatrie (15) ; 2008. 837-839
- Abadie V. Troubles de l'oralité du jeune enfant. Rééducation orthophonique (220) ; 2004. 55-68.
- Abadie V & al. Conférence « Les difficultés alimentaires du jeune enfant ». Paris ; 2013.
- Andres-Roos C. Conférence « Dysoralités ». Tours ; 2012.
- Barbier I. L'accompagnement parental à la carte. Isbergues : Ortho Edition ; 2004.
- Barbier I. Les troubles de l'oralité du tout-petit et le rôle de l'accompagnement parental. Rééducation orthophonique (220) ; 2004. 139-152.
- Barbier I. Une cuillerée pour Papa... Une cuillerée pour Maman... Mais bébé, lui, ne mange pas ... Comment accompagner le refus alimentaire chez l'enfant. Rééducation orthophonique (242) ; 2010. 67-78.
- Bauer MA & al. The oral motor capacity and feeding performance of preterm newborns at the time of transition to oral feeding. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 41(10) : 2008. 904-907.
- Bélargent C. Le partenariat parents/orthophoniste dans l'éducation langagière d'un enfant porteur d'un handicap. Rééducation orthophonique (202) ; 2000. 25-44.

Bleeckx D. Dysphagie : évaluation et rééducation des troubles de déglutition. Bruxelles : DeBoeck ; 2002.

Boulbard N. Enquête nationale sur la prise en charge des troubles de l'oralité du nouveau-né prématuré. Mémoire en kinésithérapie : Nantes ; 2012.

Boysson-Bardies B. Comment la parole vient aux enfants. Paris : Odile Jacob ; 1996.

Brison A, Gautier M. Oralité alimentaire – Oralité verbale, un lien ? Mémoire en orthophonie : Nantes ; 2007.

CAMSP du Doubs et de l'Aire Urbaine. Conférence « Parents et bébés vulnérables, l'affaire de tous. » Besançon ; 2013.

Canouet M. Troubles de l'oralité : Elaboration d'une plaquette d'information à destination des professionnels de la petite enfance. Mémoire en orthophonie : Bordeaux ; 2011.

Cismareco A-S. Le cri néonatal et ses fonctions. In : Busnel M C, Morel F (Eds.). Le langage des bébés, savons-nous l'entendre. Paris : Grancher ; 1993. 233-246.

Couly G. Les oralités humaines. Avaler et crier : le geste et son sens. RUEIL-MALMAISON : Doin ; 2010.

Cousin M. Accompagnement parental en orthophonie au CAMSP. Rééducation orthophonique (242) ; 2010. 39-46.

Crunelle D. La guidance parentale autour de l'enfant handicapé ou l'accompagnement orthophonique des parents du jeune enfant déficitaire. Rééducation orthophonique (242) ; 2010. 7-15.

Crunelle D & al. Retard de la phonologie articulatoire à 3 ans et demi, chez des enfants nés très prématurément. Rééducation orthophonique (202) ; 2000. 45-54.

Davis AM & al. Moving from Tube to Oral Feeding in Medically Fragile Nonverbal Toddlers. J Pediatr Gastroenterol Nutr ; 2009 Aug ; 49(2) : 233–236.

Defosse I. L'oralité alimentaire et l'oralité verbale : quelles perturbations chez l'enfant porteur d'autisme ? Mémoire en orthophonie : Nancy ; 2012. 1-25.

Delaoutre-Longuet C, Eyoun I. L'éducation précoce de la sphère oro-faciale, au carrefour de la néonatalogie et de l'orthophonie. L'orthophoniste (277) ; 2007. 19-26.

Delfosse MJ & al. Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. Etat des lieux à trois ans et demi, Devenir, 2006/1 Vol. 18, p. 23-35. DOI : 10.3917/dev.061.0023.

Denni-Krichel, N. La place de l'orthophoniste dans la prise en charge multidisciplinaire. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence (52) ; 2004. 471-477.

Denni-Krichel N. Le partenariat parents/orthophoniste dans l'éducation langagière d'un enfant porteur d'un handicap. Rééducation orthophonique (202) ; 2000. 77–88.

Denni-Krichel N. Le partenariat parents-orthophoniste dans la prise en charge précoce des troubles du langage. L'Orthophoniste (249) ; 2005. 8-11.

Denni-Krichel N, Kremer J-M. Prévenir les troubles du langage des enfants. Paris : J.Lyon ; 2010.

Desanti R, Cardon P. Initiation à l'enquête sociologique. Rueil-Malmaison : Editions ASH ; 2010.

De Singly F. L'enquête et ses méthodes, le questionnaire ; 2ème édition refondue. Paris : Armand Colin ; 2006.

Douglas JE, Bryon M. Interview data on severe behavioural eating difficulties in young children. Arch Dis Child. 1996 Oct;75(4):304–8.

Eyoum I. L'accompagnement parental de l'enfant handicapé. Rééducation orthophonique (242) ; 2010. 111–118.

Eyoum I. Les fonctions oro-faciales, l'orthophonie et moi : 25 ans de pratique, de recherche et de passion. Glossa (100) ; 2007. 16-20.

Fel C. Un savoir-faire à faire savoir. Orthomagazine (78) ; 2008. 20-23.

Fenneteau H. Enquête : entretien et questionnaire. Paris : Dunod ; 2002.

Flottès N. Stimuler pour accompagner le sevrage de la sonde. Orthomagazine (78) ; 2008. 24-27.

Golse B. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, Compléments sur l'émergence du langage. Issy-les Moulineaux : Elsevier Masson SAS ; 2008.

Guillet M, Kaigre M. Un savoir-faire à faire savoir... Etude de la mise en place d'une intervention orthophonique autour de l'oralité dans un service de réanimation néonatale. Mémoire en orthophonie : Nantes ; 2006.

Haddad M. La prise en charge orthophonique du bébé prématuré en néonatalogie. Orthomagazine (68) ; 2007. 33–37.

Hercent-Bouyssi S. Bien manger pour bien parler. Orthomagazine (79) ; 2008. 25-28.

Jouanic-Honnet A. Prise en charge de l'oralité alimentaire et de l'oralité verbale. Rééducation orthophonique (220) ; 2004. 179-186.

Lau C. Développement de l'oralité chez le nouveau-né prématuré. Archives de pédiatrie (14) ; 2007. 35-41.

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

Maillard T. Oralité : bébé prématuré deviendra grand. Orthomagazine (78) ; 2008. 16-19.

Manikam R. Current Literature: Pediatric Feeding Disorders. Nutr Clin Pract. 2000 Dec 1;15(6):312-4.

Mellul N, Thibault C. L'éducation orale précoce. Rééducation orthophonique (220) ; 2004. 113-122.

Monfort M. Guidance, accompagnement, partenariat : les alentours de l'intervention orthophonique. Les entretiens de Bichat ; 2010.

Palladino RRR & al. Language and eating problems in children: co-occurrences or coincidences? Pro Fono. 2007 Jun;19(2):205-14.

Piot A. Prévention des troubles de l'oralité consécutifs à la nutrition entérale chez le nourrisson. Elaboration d'une plaquette d'information destinée aux parents en région Franche-Comté. Mémoire en orthophonie : Besançon ; 2009.

Pretagut M-S. Troubles du comportement alimentaire et troubles d'articulation chez l'enfant : quelles relations ? Mémoire en orthophonie : Nancy ; 2010.

Puech M, Vergeau D. Dysoralité : du refus à l'envie. Rééducation orthophonique (220) ; 2004. 123-137.

Rondal J-A. Comment le langage vient aux enfants. Belgique : Labor ; 1999.

Samson A. Etude de l'influence de la prématurité sur l'oralité alimentaire et verbale chez des enfants arrivant à 4ans. Mémoire en orthophonie : Nantes ; 2009.

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

Shirley V. Babillage et développement du langage ; Orthomagazine (36) ; 2001. 18-22.

Shirley V. Du babillage canonique aux premiers mots, l'enfant de 1 an. Orthomagazine (58) ; 2005. 15–24.

Spyckerelle S. Autonomie alimentaire et stimulations bucco-faciales chez le nouveau-né prématuré. Mémoire en orthophonie : Nancy ; 2008.

Thibault C. Au-delà de la bouche. Orthomagazine (23) ; 1998. 19–20.

Thibault C. La langue, organe clé des oralités. Rééducation orthophonique (226) ; 2006. 118–124.

Thibault C. La langue : un organe-clé. Orthomagazine (79) ; 2008. 15–21.

Thibault C. Les enjeux de l'oralité. Les Entretiens de Bichat ; 2012.

Thibault C. Les enjeux de l'oralité. Rééducation orthophonique (233) ; 2008. 61–71.

Thibault C. Maladies rares - La bouche sans tabou. Orthomagazine (91) ; 2010. 17-24.

Thibault C. Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant. Issy-les Moulineaux : Elsevier Masson SAS ; 2007.

Thibault C. Fournier M. Les maux de la bouche. Orthomagazine (54) ; 2004. 16–19.

Thibault C, Pitrou M. L'aide-mémoire des troubles du langage et de la communication. L'orthophonie à tous les âges de la vie. Paris : Dunod ; 2012.

Thibault C, Vernel-Bonneau F. Les fentes faciales. Embryologie, rééducation, accompagnement parental. Paris : Masson ; 1999.

Tombeur M & al. Le soignant, tiers dans la construction du lien parent-bébé prématuré hospitalisé. Cahiers de psychologie clinique ; 2007;(1):221–38.

Vannier S. Quand l'enfant ne mâche pas ses mots. Orthomagazine (79) ; 2008. 22–24.

Vouters J. « Cric, crac... je croque ! » Le passage aux morceaux chez les enfants opérés d'une atrésie de l'œsophage : création d'un livret de conseils destiné aux parents. Mémoire en orthophonie : Lille ; 2013.

SITOGRAPHIE

<http://www.groupe-miam-miam.fr>

<http://www.sparadrap.org>

<http://www.fondationmustela.com>

<http://cracmo.chru-lille.fr/>

<http://afao.asso.fr/>

<http://gourmandys.e-monsite.com>

<http://www.info-langage.org>

<http://oralite.net>

<http://www.circ-ien-illfurth.ac-strasbourg.fr/>

<http://isabellebarbier.com/>

KERN S. 2012 : <http://www.ddl.ish-lyon.cnrs.fr/>

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Tableau 1 : Mails envoyés en fonction des régions

Figure 1 : Sur un plan théorique, quel niveau de connaissances pensez-vous avoir sur l'oralité alimentaire ?

Tableau 2 : Justifications des orthophonistes concernant le lien entre les deux oralités

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des réponses justes et des réponses fausses (question 7)

Figure 2 : Quelle(s) proposition(s), vous semble(nt) correcte(s) ?

Figure 3 : Pourcentages obtenus par niveaux en fonction du barème de la question 7

Figure 4 : Selon vous, quels moyens seraient appropriés pour améliorer la connaissance des orthophonistes sur l'oralité alimentaire ?

Figure 5 : Combien de formation(s) avez-vous suivi pour la prise en charge de ces troubles ?

Figure 6 : Sur un plan pratique, vous sentez-vous suffisamment formé(e), pour la prise en charge des troubles de l'oralité ?

Figure 7 : Si vous avez coché entre 1 et 3 à la question précédente, selon vous, à quoi pourraient-être dues ces lacunes/insuffisances ?

Figure 8 : De manière générale, combien de temps consacrez-vous à l'anamnèse ?

Figure 9 : Lors de cette anamnèse, combien de temps en moyenne, consacrez-vous aux questions sur l'alimentation ?

Figure 10 : Pouvez-vous expliquer votre réponse à la question précédente ?

Figure 11 : Selon vous, à combien pourrait s'estimer le pourcentage de vos patients atteints de troubles du langage oral (RL, RP, TA) en lien avec une dysoralité alimentaire?

Figure 12 : Si oui, quelles ont été ces difficultés ?

Figure 13 : Répartition des « Autres »

Figure 14 : Si vous n'approfondissiez pas votre anamnèse, face à un enfant ayant des troubles sur un plan phonétique ou phonologique, allez-vous dorénavant le faire?

Tableau 4 : Pourcentage d'orthophonistes voyant le lien entre les deux oralités en fonction des années d'exercice

Tableau 5 : Notes théoriques et pratiques obtenues en fonction des années d'expérience

Tableau 6 : Répartition des catégories (années d'expérience) en fonction des notes

Tableau 7 : Moyenne des notes objectives théoriques en fonction des années d'exercice

Tableau 8 : Nombre moyen de formations suivies en fonction des années d'exercice

Tableau 9 : Note moyenne pratique des orthophonistes en fonction du nombre de formations

Figure 15 : Répartition des orthophonistes prenant en charge des enfants spécifiquement pour un trouble de l'oralité alimentaire

Tableau 10 : Croisement des questions 13 & 14

Tableau 11 : Temps moyen passé sur les questions alimentaires lors de l'anamnèse en fonction de l'expérience dans le domaine

Figure 16 : Répartition des choix des orthophonistes passant 1 minute sur les questions alimentaires

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	0
SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	4
CHAPITRE 1 - CONTEXTE THEORIQUE	7
I. L'ORALITE	7
1. DÉFINITION.....	7
2. L'ORALITÉ ALIMENTAIRE	7
2.1. Développement de la succion-déglutition fœtale.....	7
2.2. L'oralité primaire du nourrisson	8
2.3. L'oralité secondaire : la double stratégie alimentaire.....	9
a) Préambule.....	9
b) Nouveaux schèmes moteurs pour un nouvel outil : la cuillère.....	9
c) La mastication	10
3. L'ORALITÉ VERBALE	10
3.1. L'oralité élémentaire.....	10
a) Prémices de l'oralité verbale : les cris et les vocalisations (0-2 mois).....	10
b) Les syllabes archaïques (1-4 mois)	11
3.2. L'oralité évoluée : du babillage aux premiers mots.....	11
a) Le babillage rudimentaire (3 - 8 mois).....	11
b) Le babillage canonique (6 – 10 mois)	11
c) Le babillage mixte (9 – 18 mois).....	12
d) Après 18 mois.....	12
4. LIENS ENTRE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE ET L'ORALITÉ VERBALE.....	13
4.1. Une origine neuro-anatomique commune	13
a) L'anatomie du nourrisson en lien avec l'oralité alimentaire	14
b) L'anatomie du nouveau-né en lien avec l'oralité verbale	14
4.2. La complémentarité des deux oralités.....	15
II. LES RÔLES DE L'ORTHOPHONISTE.....	16
1. L'ORTHOPHONIE ET L'ANAMNÈSE.....	16
1.1. L'orthophonie : une « prise en charge » indispensable pour l'oralité	16
1.2. Une anamnèse efficace pour une « prise en charge » bénéfique	17

2.	L'ACCOMPAGNEMENT PARENTAL	18
2.1.	<i>Accompagnement ou Guidance ? Définitions des termes</i>	18
2.2.	<i>L'accompagnement parental dans l'orthophonie</i>	19
3.	L'ÉDUCATION GNOSO-PRAXIQUE ORALE	20
3.1.	<i>Intervention précoce dans cette éducation</i>	20
3.2.	<i>Comment faire ?</i>	21
	PROBLEMATIQUE - HYPOTHESES	22
	CHAPITRE 2 – PARTIE EXPERIMENTALE	24
I.	QUESTIONNAIRE : CADRE EXPERIMENTAL.....	24
1.	MODALITÉ CHOISIE	24
2.	POPULATION CIBLÉE ET CRITÈRE D'INCLUSION	26
3.	MODALITÉS DE PASSATION	27
3.1.	<i>Mode d'administration</i>	27
3.2.	<i>Phase de pré-test</i>	27
a)	Période d'administration	27
b)	Réponses obtenues	27
3.3.	<i>Validation du questionnaire</i>	28
3.4.	<i>Période d'administration</i>	28
3.5.	<i>Procédures de diffusion</i>	28
II.	ANALYSE DESCRIPTIVE DU PROTOCOLE	30
1.	MODALITÉS DES QUESTIONS	30
1.1.	<i>Questions fermées</i>	31
a)	Questions fermées dichotomiques.....	31
b)	Questions à choix multiples	31
c)	Questions avec échelle de mesure	31
1.2.	<i>Questions ouvertes</i>	31
1.3.	<i>Questions mixtes</i>	32
2.	CATÉGORIES ET QUESTIONS.....	32
3.	MÉTHODES D'ANALYSE DES DONNÉES.....	34
3.1.	<i>Questions ouvertes</i>	34
3.2.	<i>Questions fermées</i>	34
III.	PRESENTATION DU LIVRET	34
1.	POPULATION CONCERNÉE	34
2.	OBJECTIFS.....	35
3.	ORGANISATION ET MISE EN PAGE DU LIVRET	35
3.1.	<i>Titre</i>	35

3.2.	<i>Graphisme</i>	36
3.3.	<i>Architecture globale</i>	37
4.	CONTENU DU LIVRET	37
4.1.	<i>Partie théorique</i>	37
a)	L'oralité alimentaire, c'est quoi ?	37
b)	Deux oralités s'inscrivant dans un continuum	38
c)	Fil conducteur de l'anamnèse	38
d)	Références utiles	39
4.2.	<i>Partie pratique du livret</i>	39
a)	Comptines	40
b)	Objectifs / Matériels	40
c)	Atelier « patouille »	40
CHAPITRE 3 - PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS		42
I. RECUEIL DES REPONSES OBTENUES A CHAQUE QUESTION		42
1.	CATÉGORIE « MIEUX VOUS CONNAÎTRE »	42
1.1.	<i>Question sur la durée d'exercice : numéro 1</i>	42
1.2.	<i>Question démographique : numéro 2</i>	43
1.3.	<i>Question sur la « spécialisation » : numéros 3 ; 3a</i>	43
2.	CATÉGORIE « VOS NOTIONS »	44
2.1.	<i>Note subjective théorique : numéro 4</i>	44
2.2.	<i>Définition « oralité alimentaire » : numéro 5</i>	45
2.3.	<i>Lien entre les deux oralités : numéro 6 ; 6.a</i>	45
2.4.	<i>Propositions théoriques objectives : numéro 7</i>	46
2.5.	<i>Moyens visant à améliorer les connaissances des orthophonistes : numéro 8</i>	48
3.	CATÉGORIE « VOS FORMATIONS »	49
3.1.	<i>Formations suivies : numéro 9</i>	49
3.2.	<i>Canaux de formations : numéro 10</i>	51
3.3.	<i>Note subjective pratique et ses justifications : numéros 11 ; 11.a</i>	51
4.	CATÉGORIE « VOTRE ANAMNÈSE »	53
4.1.	<i>Recensement des questions posées en anamnèse : numéros 12 ; 12a ; 12b</i>	53
4.2.	<i>Anamnèse et questions alimentaires, temps consacré : numéros 13 ; 14 ; 14.a</i>	54
5.	CATÉGORIE « VOTRE PATIENTÈLE »	56
5.1.	<i>Pathologies rencontrées chez des enfants avec une dysoralité : numéros 15 ; 15.a</i>	56
5.2.	<i>Suivi des patients pour une dysoralité et proportions : numéros 16 ; 17</i>	57
6.	CATÉGORIE « VOTRE PRISE EN CHARGE »	58
6.1.	<i>Place de l'orthophonie dans la (ré)éducation de la dysoralité : numéro 18</i>	58
6.2.	<i>Recensement des différentes méthodes de (ré)éducation : numéro 19</i>	58

6.3.	<i>Difficultés rencontrées : numéro 20 ; 20a.....</i>	59
7.	CATÉGORIE « VOTRE OPINION »	60
8.	CATÉGORIE « VOTRE BILAN ».....	60
8.1.	<i>Bilan sur l'impact du questionnaire : numéros 22, 22.a, 23.....</i>	60
8.2.	<i>Coordonnées et commentaires personnels.....</i>	61
II.	RESULTATS OBTENUS PAR CROISEMENT DE QUESTIONS.....	63
1.	QUESTIONS 1/6	63
2.	QUESTIONS 1/4/11	64
3.	QUESTIONS 1/7/9	66
3.1.	<i>Questions 1/7.....</i>	66
3.2.	<i>Questions 1/9.....</i>	67
3.3.	<i>Questions 1/7/9.....</i>	67
4.	QUESTIONS 9/11	68
5.	QUESTIONS 11/16	69
6.	QUESTIONS 13/14	69
7.	QUESTIONS 13/14/15	71
8.	QUESTIONS 14/14.A.....	72
	CHAPITRE 4 - DISCUSSION	73
I.	DISCUSSION AUTOUR DE L'EXPERIMENTATION	73
1.	QUESTIONNAIRE	73
1.1.	<i>Limites de l'étude</i>	73
a)	Nombre de participants	73
b)	Longueur de la passation.....	73
c)	Pertinence des questions.....	74
d)	Influence des réponses par les choix proposés	74
1.2.	<i>Difficultés rencontrées</i>	75
a)	Elaboration du questionnaire : outils informatiques.....	75
b)	Notions proposées	76
c)	Calculs des résultats	76
d)	Vocabulaire employé.....	77
2.	LIVRET.....	78
2.1.	<i>Limites de l'étude</i>	78
2.2.	<i>Difficultés rencontrées</i>	79
a)	Manque de réponses	79
b)	Contenu conséquent	80
2.3.	<i>Mode de diffusion du livret.....</i>	80

II. DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS.....	82
III. PERSPECTIVES CLINIQUES	85
CONCLUSION.....	88
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	89
SITOGRAFIE.....	96
TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX	97
TABLE DES MATIERES	99
ANNEXES.....	104

ANNEXES

- Annexe 1 : Lettre envoyée aux syndicats

- Annexe 2 : Questionnaire informatisé

- Annexe 3 : Tous les graphiques complémentaires

- ❖ Figure 17 : Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'orthophoniste ?
- ❖ Figure 18 : Dans quel département exercez-vous ?
- ❖ Figure 19 : Etes-vous spécialisé(e) dans un domaine ?
- ❖ Figure 20 : Merci de préciser votre spécialisation
- ❖ Figure 21 : Selon vous, y a-t-il un lien entre oralité alimentaire et oralité verbale ?
- ❖ Figure 22 : Par quel(s) canal (canaux) vous êtes-vous formé(e) ?
- ❖ Figure 23 : Répartition des "Autres"
- ❖ Figure 24 : Lors de l'anamnèse, posez-vous des questions aux parents sur l'alimentation de leur enfant ?
- ❖ Figure 25 : Si vous avez répondu OUI à la question précédente, quel type de questions posez-vous concernant l'alimentation ?
- ❖ Figure 26 : Si vous avez répondu NON à la question précédente, merci d'expliquer pourquoi en cochant un ou plusieurs items
- ❖ Figure 27 : Avez-vous suivi des enfants avec des troubles alimentaires durant votre pratique ?
- ❖ Figure 28 : Si oui, pourquoi le suiv(i)ez-vous à l'origine ?
- ❖ Figure 29 : Répartition des « Autres »
- ❖ Figure 30 : Prenez-vous en charge (ou avez-vous pris en charge) des enfants SPECIFIQUEMENT pour un trouble d'alimentation ?
- ❖ Figure 31 : Pensez-vous que l'orthophonie ait sa place dans la « prise en charge » des troubles d'alimentation ?

- ❖ Figure 32 : Si vous prenez en compte les troubles de l'oralité alimentaire dans votre pratique, que mettez-vous en place pour pallier ces troubles ?
 - ❖ Figure 33 : Répartition des « Autres »
 - ❖ Figure 34 : Dans ce type de « prise en charge », des difficultés se sont-elles présentées à vous (vis-à-vis de l'enfant, des parents, de vous-même) ?
 - ❖ Figure 35 : Pensez-vous qu'un recueil d'informations sur l'alimentation de l'enfant soit important pour la « prise en charge » ?
 - ❖ Figure 36 : A ce jour, vous posiez-vous déjà des questions sur une relation entre l'oralité alimentaire et l'oralité verbale ?
 - ❖ Figure 37 : Si votre réponse à la question précédente se révèle négative, ce questionnaire vous a –t-il amené(e) à vous en poser ?
- Annexe 4 : Livret (joint en parallèle du mémoire)

Annexe 1 : Lettre envoyée aux syndicats

Cher(e) Président(e) régional(e) ou départemental(e),

Je suis étudiante en quatrième année d'orthophonie à l'école de Besançon.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, avec le soutien de mes superviseurs, nous réalisons un questionnaire sur l'oralité alimentaire et verbale.

Je me permets de vous solliciter directement, afin que vous puissiez transférer cette pièce jointe à tous vos confrères ou consœurs syndiqué(e)s ou non, de votre département ou région, exerçant en cabinet libéral : le but étant d'avoir un taux de réponses suffisamment élevé pour en tirer des résultats significatifs et ainsi faire avancer la profession dans ce domaine.

Afin de faciliter la gestion du questionnaire informatisé, je souhaiterais, si possible, que vous transfériez ce lien directement par mail, accompagné en pièce jointe, de la lettre pour les orthophonistes :

https://docs.google.com/forms/d/1y7bJYciXRRbeZTA73-mXYNEJBVgfc_EC7ZNLq-j4dvE/viewform

Dans l'espoir d'obtenir des statistiques précises, je souhaiterais connaître le nombre de questionnaires envoyés sur votre secteur.

Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements sur ce travail, il vous est possible de me solliciter.

En vous remerciant sincèrement de votre participation, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Mylène LEMAIRE
16 A avenue Denfert Rochereau
25 000 Besançon
Tél : 06 71 85 66 50
Mail : myl.lemaire@gmail.com

Etudiante en 4ème année à l'école d'orthophonie de Besançon

Questionnaire : Mémoire Orthophonie, Oralité Alimentaire-Verbale

TRES IMPORTANT : La date butoir de ce questionnaire est arrivée, merci de ne plus le compléter.

En vous remerciant très sincèrement, tous et toutes de votre intérêt pour celui-ci.

M.LEMAIRE,
4ème année, école d'orthophonie de Besançon
myl.lemaire@gmail.com
06 71 85 66 50

*Obligatoire

Mieux vous connaître

1. Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'orthophoniste ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ 0 - 5 ans
☐ 5 - 10 ans
☐ 10 - 15 ans
☐ + 15 ans

2. Dans quel département exercez-vous ? *

.....

3. Etes-vous spécialisé(e) dans un domaine ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ OUI
☐ NON

4. 3.a. Si oui, merci de préciser votre spécialisation

.....

Vos notions

5. **4. Sur un plan théorique, quel niveau de connaissances pensez-vous avoir sur l'oralité alimentaire ? ***

1: "Je n'ai aucune connaissance" / 2 : "J'en ai vaguement entendu parler" / 3 : "J'ai des connaissances générales" / 4 : "Je juge mes connaissances relativement étoffées" / 5 : "Je me sens compétent(e) dans ce domaine "

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Très Faible	☐	☐	☐	☐	☐	Elevé

6. **5. Comment définissez-vous les problèmes d'oralité alimentaire ? ***

Merci de répondre en quelques mots

.....

.....

.....

.....

.....

7. **6. Selon vous, y a-t-il un lien entre oralité alimentaire et oralité verbale ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ OUI
- ☐ NON

8. **6.a. Si oui, quel serait ce lien ?**

.....

.....

.....

.....

.....

9. **7. Quelle(s) proposition(s), vous semble(nt) correcte(s) ? ***

Merci de choisir une ou plusieurs proposition(s)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Les troubles de l'oralité alimentaire sont la cause de la néophobie alimentaire
- ☐ Les fonctions relatives à l'alimentation et au langage se développent au même moment et mettent en jeu les mêmes organes
- ☐ La nutrition parentérale est à privilégier lorsque l'axe digestif est utilisable
- ☐ Un enfant ayant des troubles de l'oralité alimentaire peut avoir des troubles gnoso-praxiques
- ☐ Le babillage et la mastication font partie de l'oralité secondaire
- ☐ Chez le fœtus, la déglutition se développe avant la succion
- ☐ Le premier vocabulaire de l'enfant est un vocabulaire alimentaire

10. **8. Selon vous, quels moyens seraient appropriés pour améliorer la connaissance des orthophonistes sur l'oralité alimentaire ?" ***

Des commentaires peuvent être ajoutés dans le champ "Autre"

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Aborder le thème plus régulièrement dans les études
- ☐ Suivre des formations continues
- ☐ Recevoir des plaquettes informatives
- ☐ Autre :

Vos formations

11. **9. Combien de formation(s) avez-vous suivi pour la prise en charge de ces troubles ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ + 2

12. **10. Par quel(s) canal (canaux) vous êtes vous formé(e) ?**

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Cours durant votre cursus
- ☐ Formations
- ☐ Conférences
- ☐ Expériences
- ☐ Lectures
- ☐ Echanges entre professionnels
- ☐ Non Concerné(e)
- ☐ Autre :

13. **11. Sur un plan pratique, vous sentez-vous suffisamment formé(e), pour la prise en charge des troubles de l'oralité ? ***

1: "Je ne me sens pas du tout formé(e)" / 2: "Je me sens très peu formé(e)" / 3: "Je me sens formé(e) mais de manière insuffisante" / 4: "Je me sens relativement formé(e)" / 5: "Je me sens bien formé(e)"

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	Très bien

14. **11.a. Si vous avez coché entre 1 et 3 à la question précédente, selon vous, à quoi pourraient-êtr e dues ces lacunes/insuffisances ?**

.....

.....

.....

.....

.....

Votre anamnèse

15. **12. Lors de l'anamnèse, posez-vous des questions aux parents sur l'alimentation de leur enfant ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ OUI
- ☐ NON

16. **12.a. Si vous avez répondu OUI à la question précédente, quel type de questions posez-vous concernant l'alimentation ?**

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Déroulement de l'alimentation au sein, biberon
- ☐ L'enfant a eu, ou a-t-il actuellement, des difficultés d'alimentation
- ☐ L'enfant a -t-il été alimenté par nutrition artificielle (par exemple, sonde alimentaire)
- ☐ L'enfant présente-t-il une appétence à la nourriture
- ☐ Mange-t-il mixé, haché, écrasé, ou avec des morceaux
- ☐ Présente-t-il un réflexe nauséeux
- ☐ L'enfant a-t-il des pertes salivaires (facteurs aggravants, intensité des pertes, ...)
- ☐ Tics de succion
- ☐ Présence d'éventuels antécédents (hospitalisations en lien avec des troubles alimentaires etc.)
- ☐ Autre :

17. **12.b. Si vous avez répondu NON à la question précédente, merci d'expliquer pourquoi en cochant un ou plusieurs items**

La case "Autre" vous permet de rajouter des propositions si aucune ne vous convient

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ "Je n'ai pas le temps de poser des questions dans ce domaine"
- ☐ "Ayant beaucoup de choses à demander, je ne juge pas prioritaire de connaître cela"
- ☐ "Je pose de telles questions seulement si j'ai un doute (pertes salivaires, déglutition atypique ...)"
- ☐ "Je ne juge pas utile de poser de telles questions"
- ☐ Autre :

18. **13. De manière générale, combien de temps consacrez-vous à l'anamnèse ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ 5 minutes
- ☐ 10 - 15 minutes
- ☐ 20 - 25 minutes
- ☐ 30 minutes
- ☐ 30 - 45 minutes

19. **14. Lors de cette anamnèse, combien de temps en moyenne, consacrez-vous aux questions sur l'alimentation ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ 0 minute
- ☐ 1 minute
- ☐ 5 minutes
- ☐ 10 minutes
- ☐ 15 minutes et +

20. **14.a. Pouvez-vous expliquer votre réponse à la question précédente ? ***

Des commentaires peuvent être ajoutés dans le champ "Autre"

Une seule réponse possible.

- ☐ Choix volontaire
- ☐ Choix par défaut dû à un manque de temps
- ☐ Autre :

Votre patientèle

21. 15. Avez-vous suivi des enfants avec des troubles alimentaires durant votre pratique ? *

Vous pouvez écrire vos remarques dans la case "Autre"

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ OUI
- ☐ NON
- ☐ JE NE SAIS PAS
- ☐ Autre :

22. 15.a. Si oui, pourquoi le suiv(i)ez-vous à l'origine ?

Vous pouvez écrire vos remarques dans la case "Autre"

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Retard de parole
- ☐ Retard de langage
- ☐ Trouble d'articulation
- ☐ Versant compréhension
- ☐ Versant expression
- ☐ Troubles alimentaires majeurs
- ☐ Autre :

23. 16. Prenez-vous en charge (ou avez-vous pris en charge) des enfants SPECIFIQUEMENT pour un trouble d'alimentation ? *

Vous pouvez écrire vos remarques dans la case "Autre"

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ OUI
- ☐ NON
- ☐ Autre :

24. 17. Selon vous, à combien pourrait s'estimer le pourcentage de vos patients atteints de troubles du langage oral (RL, RP, TA) en lien avec une dysoralité alimentaire ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ 5 %
- ☐ 10 %
- ☐ 15 %
- ☐ 20 %
- ☐ 25 %
- ☐ 50 %
- ☐ 75 %
- ☐ + 75 %

Votre prise en charge

25. **18. Pensez-vous que l'orthophonie ait sa place dans la prise en charge des troubles d'alimentation ? ***

Vous pouvez écrire vos remarques dans la case "Autre"

Plusieurs réponses possibles.

☐ OUI

☐ NON

☐ Autre :

26. **19. Si vous prenez en compte les troubles de l'oralité alimentaire dans votre pratique, que mettez vous en place pour pallier ces troubles ?**

Plusieurs réponses possibles.

☐ Massages faciaux, buccaux

☐ Praxies

☐ Stimulations

☐ Prise en charge des repas (adaptation des textures, de la composition des repas ...)

☐ Accompagnement parental

☐ Non Concerné(e)

☐ Autre :

27. **20. Dans ce type de prise en charge, des difficultés se sont-elles présentées à vous (vis-à-vis de l'enfant, des parents, de vous-même) ?**

Plusieurs réponses possibles.

☐ OUI

☐ NON

☐ Non Concerné(e)

28. **20.a. Si oui, quelles ont été ces difficultés**

Vous pouvez compléter les propositions dans le champ "Autre"

Plusieurs réponses possibles.

☐ Difficultés théoriques : manque de connaissances

☐ Difficultés rééducatives

☐ Difficultés dans l'accompagnement parental

☐ Difficultés communicationnelles : difficultés pour expliquer les choses à l'enfant ou à sa famille

☐ Autre :

Votre opinion

29. **21. Pensez-vous qu'un recueil d'informations sur l'alimentation de l'enfant soit important pour la prise en charge ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ OUI
- ☐ NON
- ☐ JE NE SAIS PAS

30. **21.a. Quelle que soit votre réponse à la question précédente, pourquoi pensez-vous cela ? ***

.....

.....

.....

.....

.....

Votre bilan

31. **22. A ce jour, vous posiez-vous déjà des questions sur une relation entre l'oralité alimentaire et l'oralité verbale ? ***

Vous pouvez écrire vos remarques dans la case "Autre"

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ OUI
- ☐ NON
- ☐ Autre :

32. **22.a. Si votre réponse à la question précédente se révèle négative, ce questionnaire vous a –t-il amené(e) à vous en poser ?**

Vous pouvez écrire vos remarques dans la case "Autre"

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ OUI
- ☐ NON
- ☐ Non Concerné(e)
- ☐ Autre :

33. **23. Si vous n'approfondissiez pas votre anamnèse, face à un enfant ayant des troubles sur un plan phonétique ou phonologique, allez-vous dorénavant le faire ?**

Vous pouvez écrire vos remarques dans la case "Autre"

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ OUI
- ☐ NON
- ☐ Non Concerné(e)
- ☐ Autre :

34. **24. Accepteriez-vous que nous nous entretenions avec vous pour obtenir de plus amples informations, si nécessaire ? ***

Si oui, merci de laisser vos coordonnées (mail et/ou téléphone) dans le champ "Autre", ou de me les envoyer par message privé, sinon il me sera impossible de vous contacter

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ OUI
- ☐ NON
- ☐ Autre :

35. **25. Avez-vous des commentaires ?**

.....

.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir consacré un peu de votre temps à ce questionnaire.

Fourni par



Annexe 3 : Graphiques complémentaires

Catégorie « Mieux vous connaître »

- Question 1 :

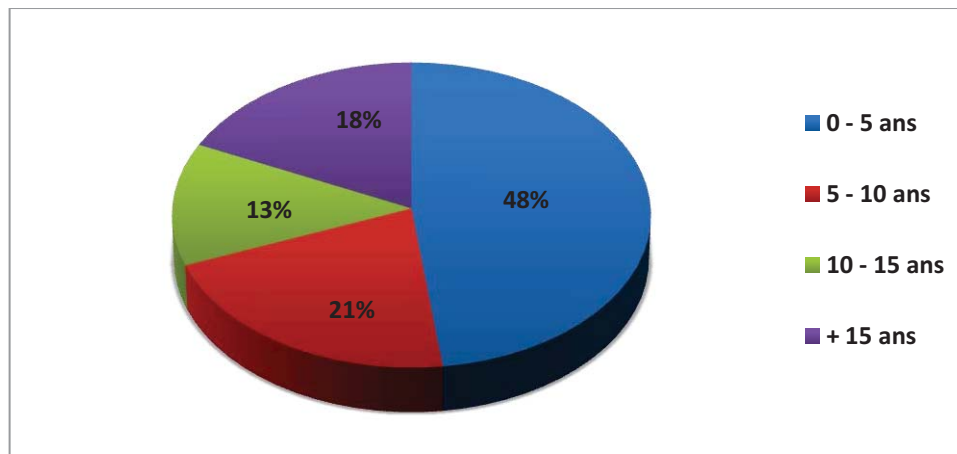


Figure 17 : Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'orthophoniste ?

- Question 2 :

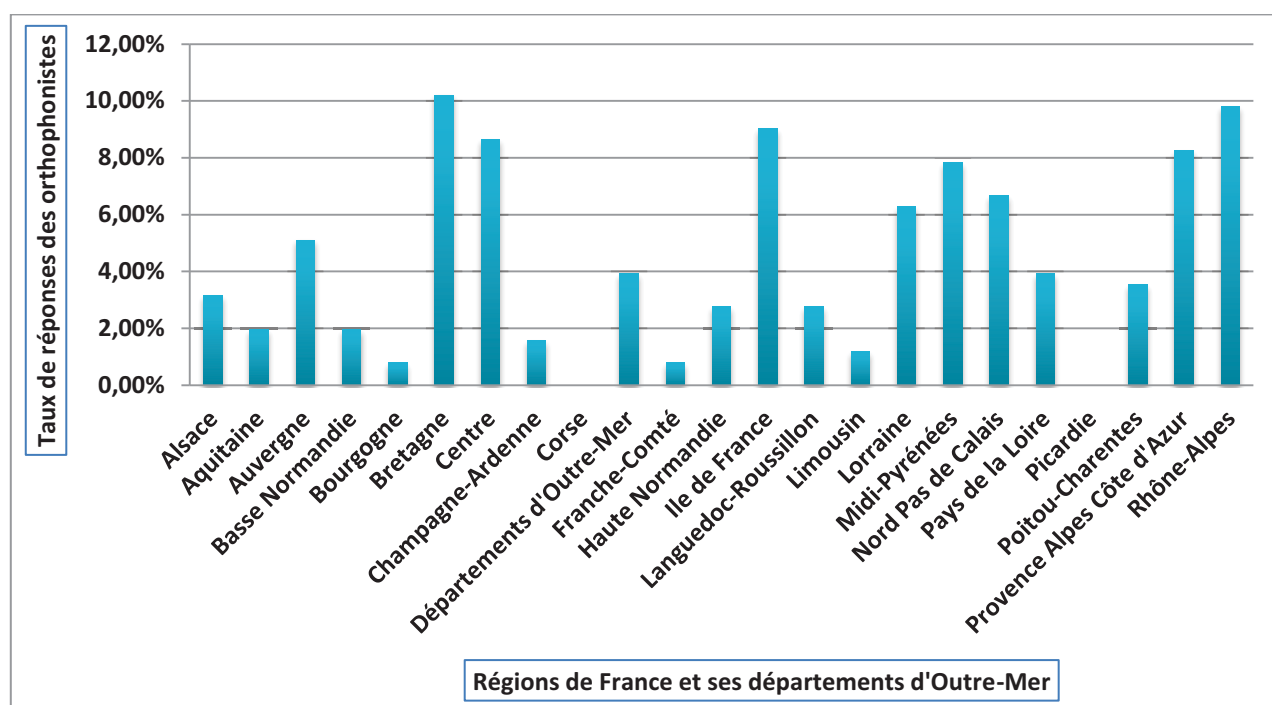


Figure 18 : Dans quel département exercez-vous ?

- Question 3 :

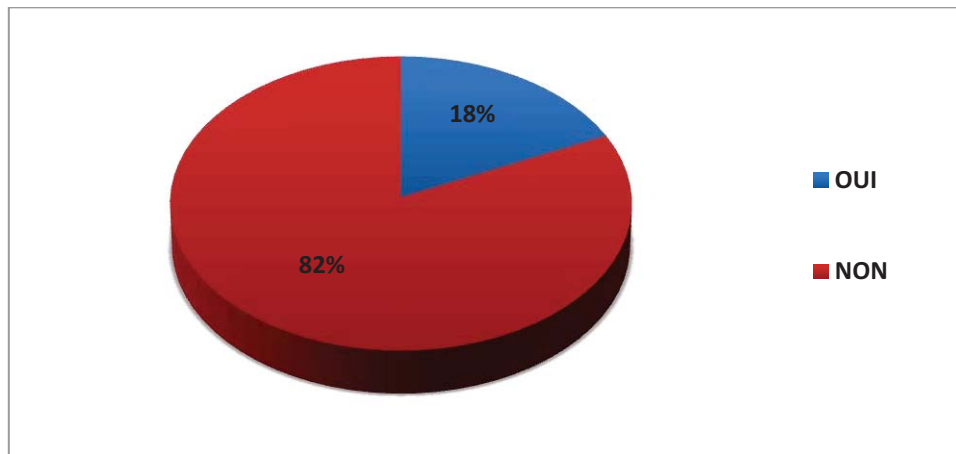


Figure 19 : *Etes-vous spécialisé(e) dans un domaine ?*

- Question 3.a :

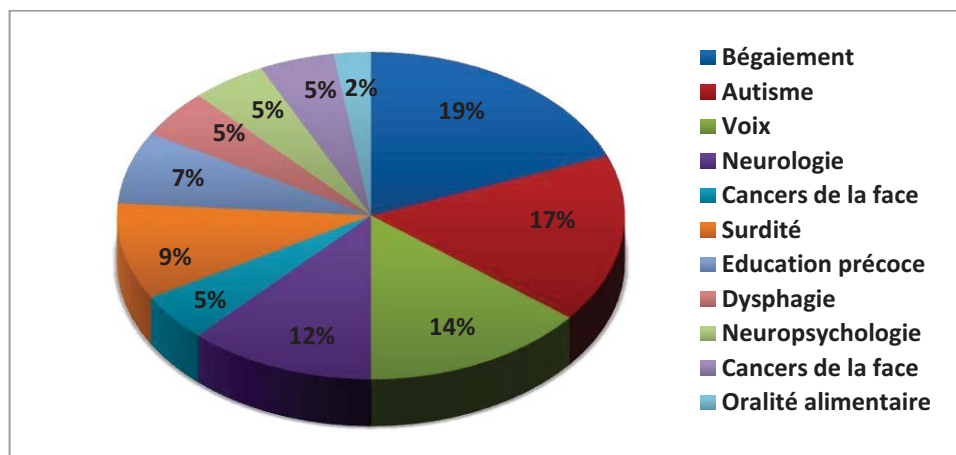


Figure 20 : *Merci de préciser votre spécialisation*

Catégorie « Vos notions »

- Question 6 :

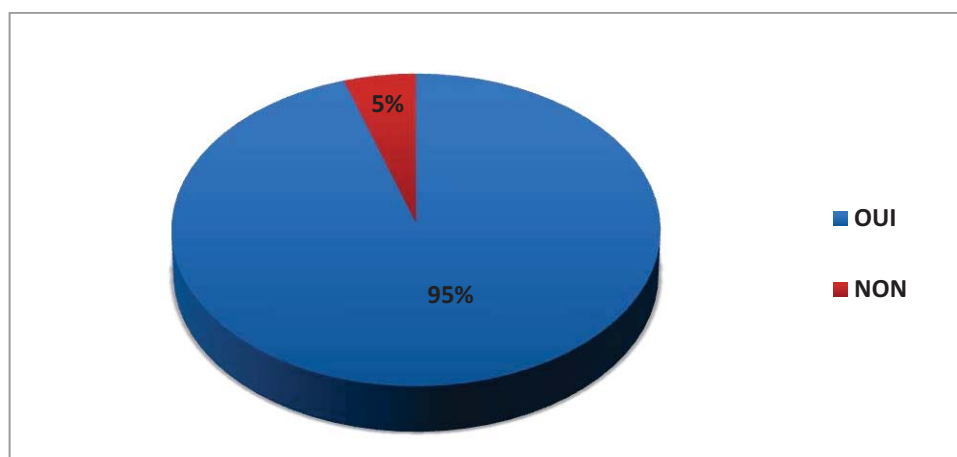


Figure 21 : Selon vous, y a-t-il un lien entre oralité alimentaire et oralité verbale ?

Catégorie « Vos formations »

- Question 10 :

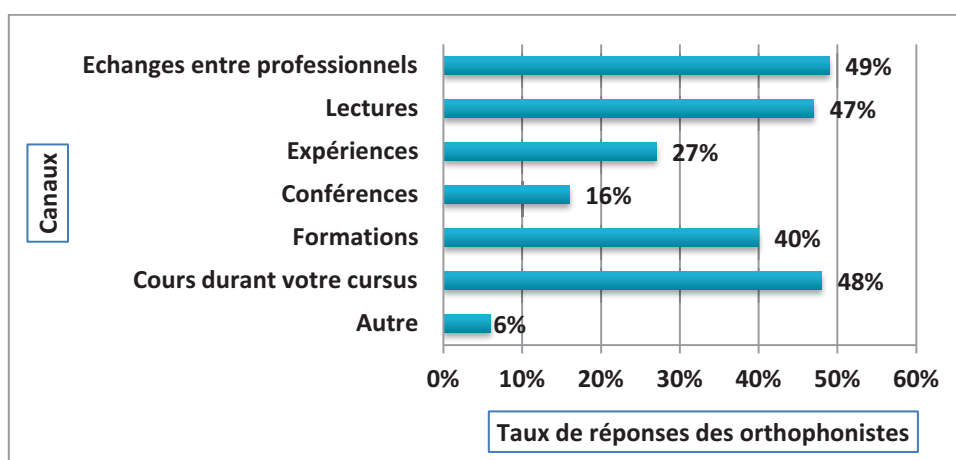


Figure 22 : Par quel(s) canal (canaux) vous êtes-vous formé(e) ?

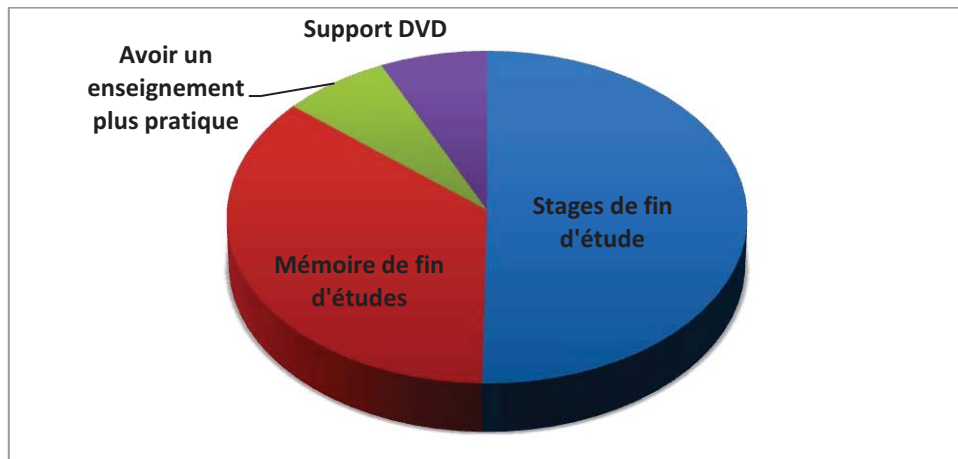
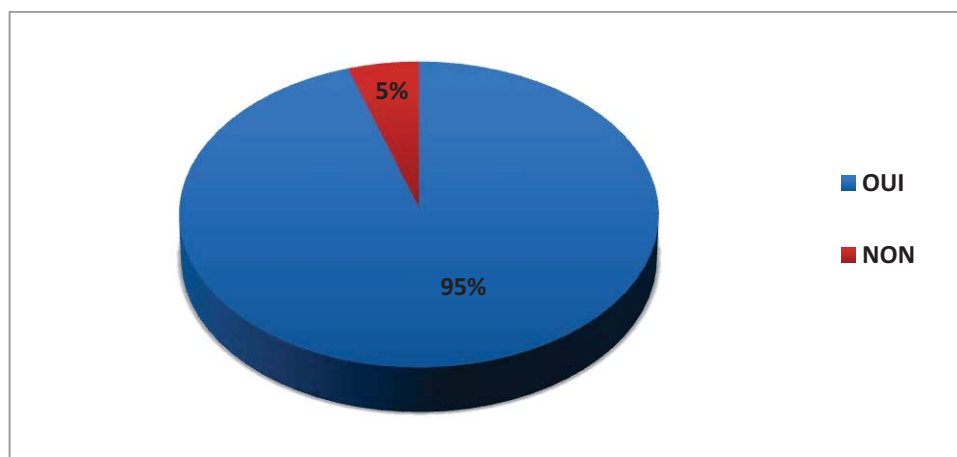


Figure 23 : Répartition des "Autres"

Catégorie « Votre anamnèse »

- Question 12 :



***Figure 24 :
Lors de l'anamnèse, posez-vous des questions aux parents sur l'alimentation de leur enfant ?***

• Question 12.a :

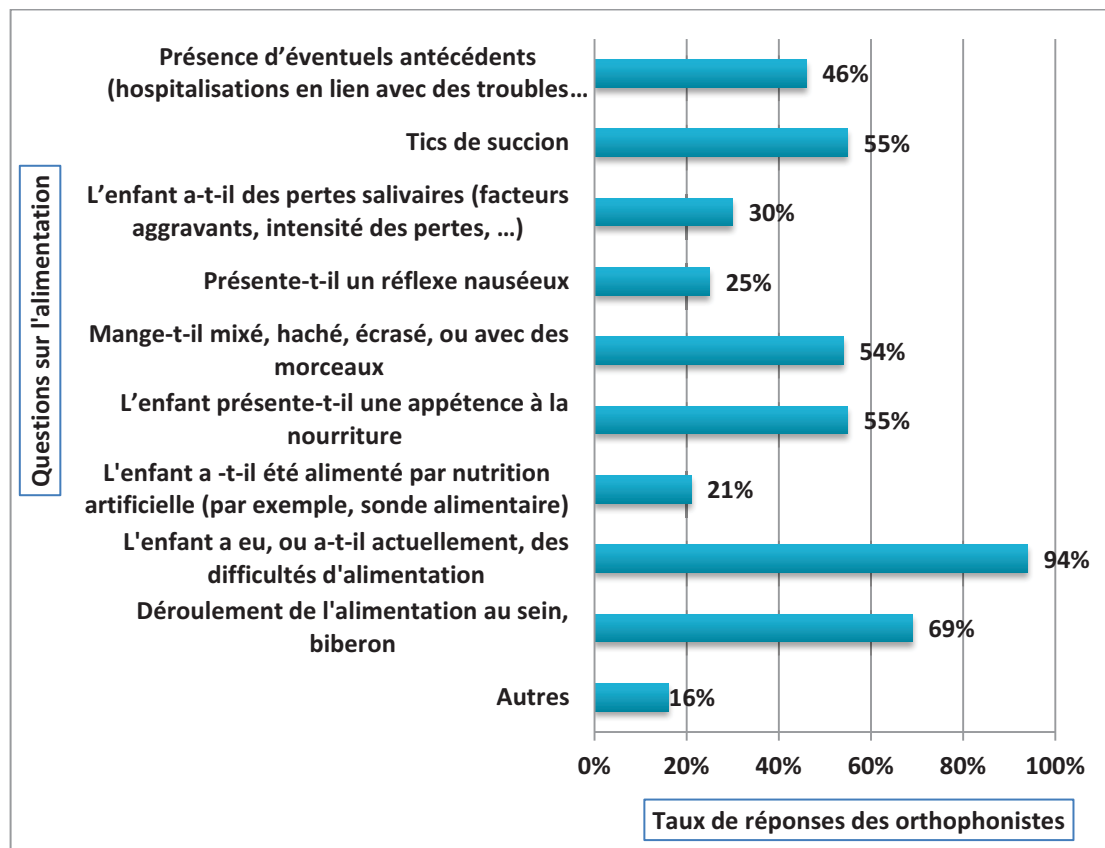


Figure 25 : *Si vous avez répondu OUI à la question précédente, quel type de questions posez-vous concernant l'alimentation ?*

Liste des « Autres » :

Mastication présente ?
L'enfant mange-t-il seul ?
Comment est son frein de langue ?
Durée des repas ?
Age d'apparition des dents ?
Age et Déroulement de la diversification alimentaire ?
Conflits autour de l'alimentation ?
Phobies alimentaires ?
Hypersensibilité (texture, température, ...)
Mise en bouche des objets ?
Tics ?
Relation parents/enfant ?
Reflux Gastro-Œsophagien présent ?
Tétine et « Doudou » pris à des moments préférentiels ?
L'enfant prend-il plaisir à manger ?

- Question 12.b :

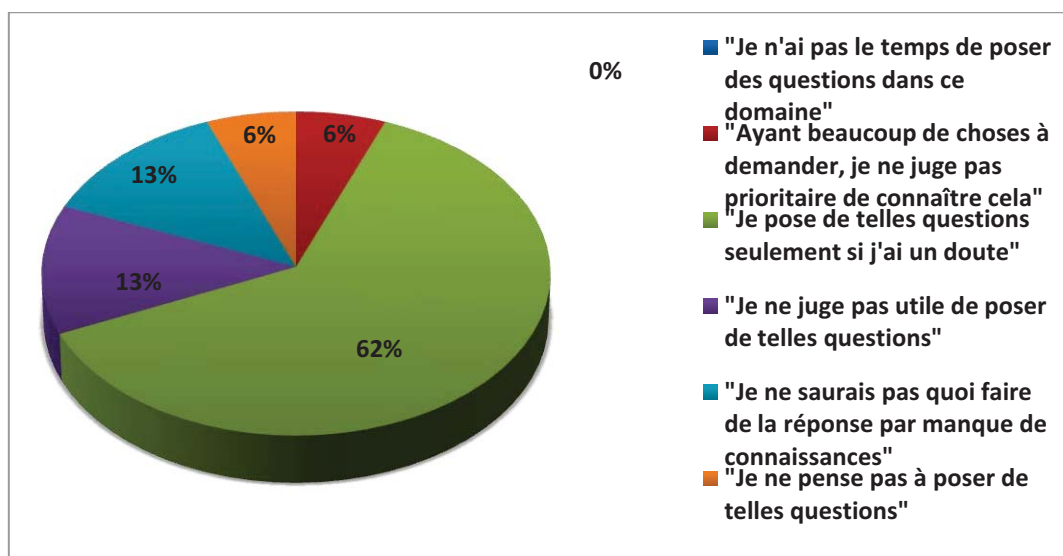


Figure 26 : Si vous avez répondu NON à la question précédente, merci d'expliquer pourquoi en cochant un ou plusieurs items

Catégorie « Votre patientèle »

- Question 15 :

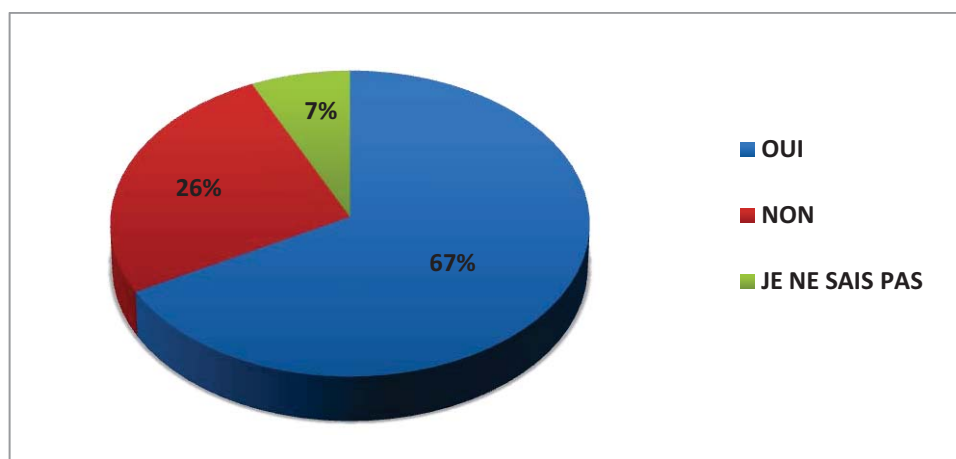


Figure 27 : Avez-vous suivi des enfants avec des troubles alimentaires durant votre pratique ?

- Question 15.a :

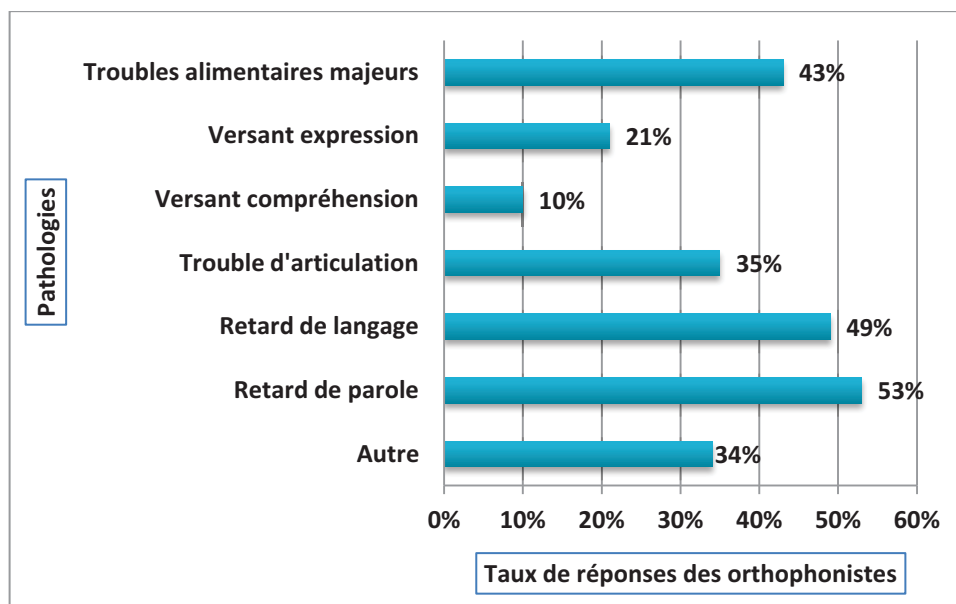


Figure 28 : Si oui, pourquoi le suiv(i)ez-vous à l'origine ?

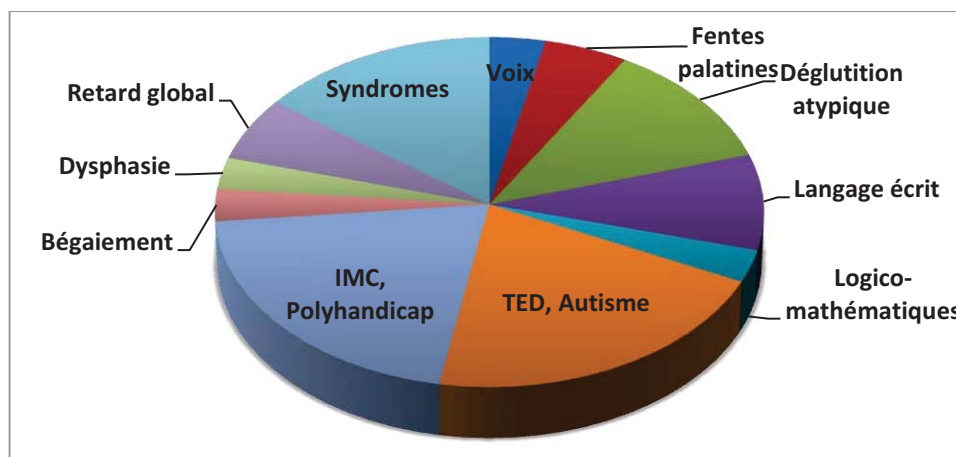


Figure 29 : Répartition des « Autres »

- Question 16 :

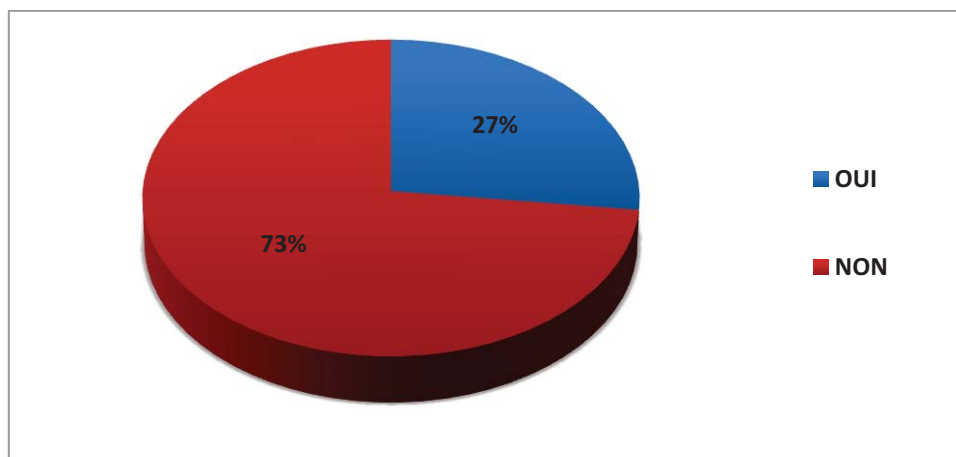


Figure 30 : Prenez-vous en charge (ou avez-vous pris en charge) des enfants SPECIFIQUEMENT pour un trouble d'alimentation ?

Catégorie « Votre prise en charge »

- Question 18 :

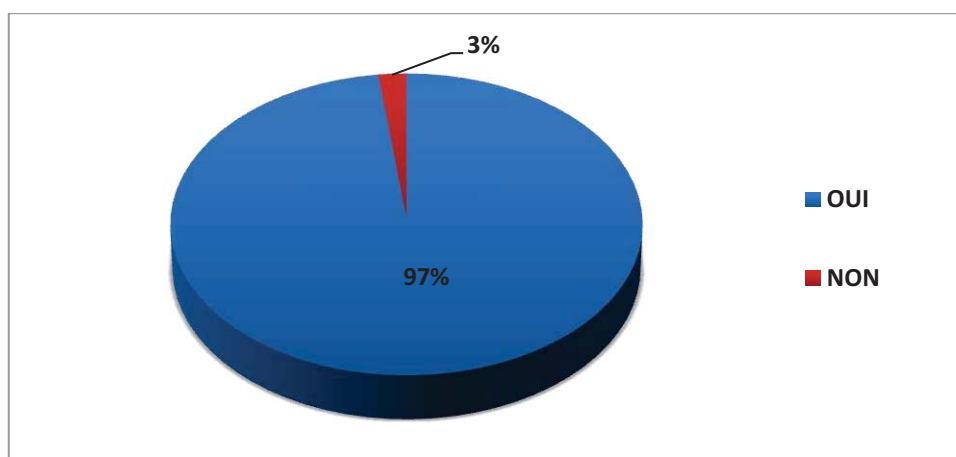


Figure 31 : Pensez-vous que l'orthophonie ait sa place dans la « prise en charge » des troubles d'alimentation ?

- Question 19 :

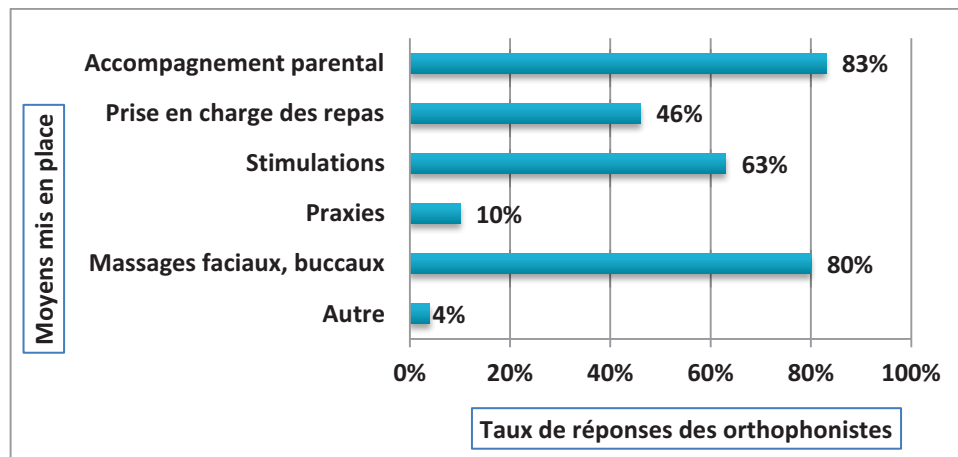


Figure 32 : Si vous prenez en compte les troubles de l'oralité alimentaire dans votre pratique, que mettez-vous en place pour pallier ces troubles ?

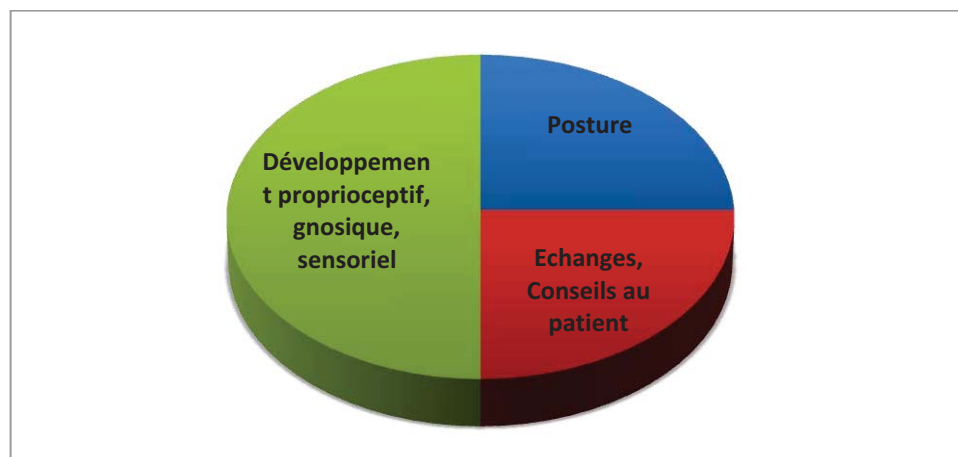


Figure 33 : Répartition des « Autres »

- Question 20 :

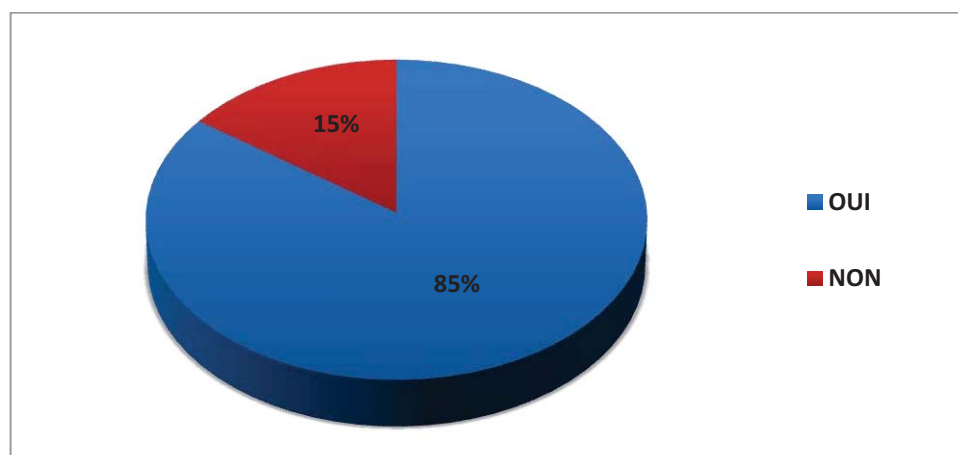


Figure 34 : Dans ce type de « prise en charge », des difficultés se sont-elles présentées à vous (vis-à-vis de l'enfant, des parents, de vous-même) ?

Catégorie « Votre opinion »

- Question 21 :

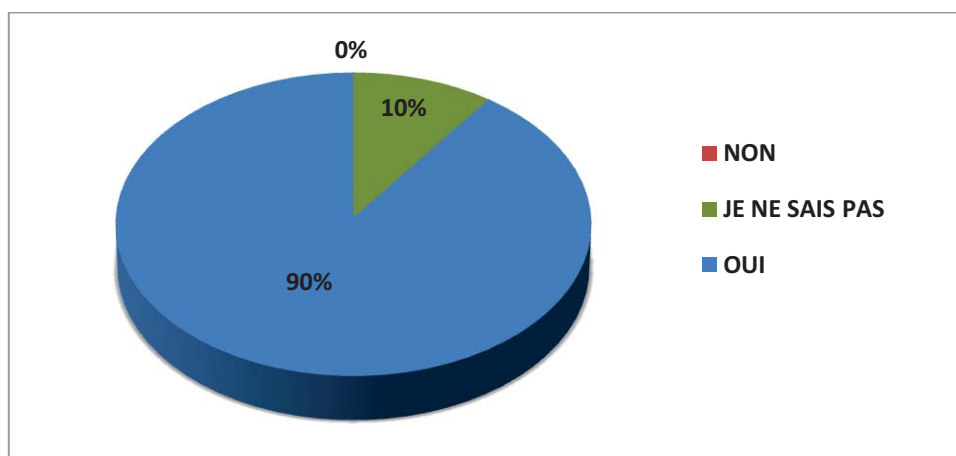


Figure 35 : Pensez-vous qu'un recueil d'informations sur l'alimentation de l'enfant soit important pour la « prise en charge » ?

Catégorie « Votre bilan »

- Question 22 :

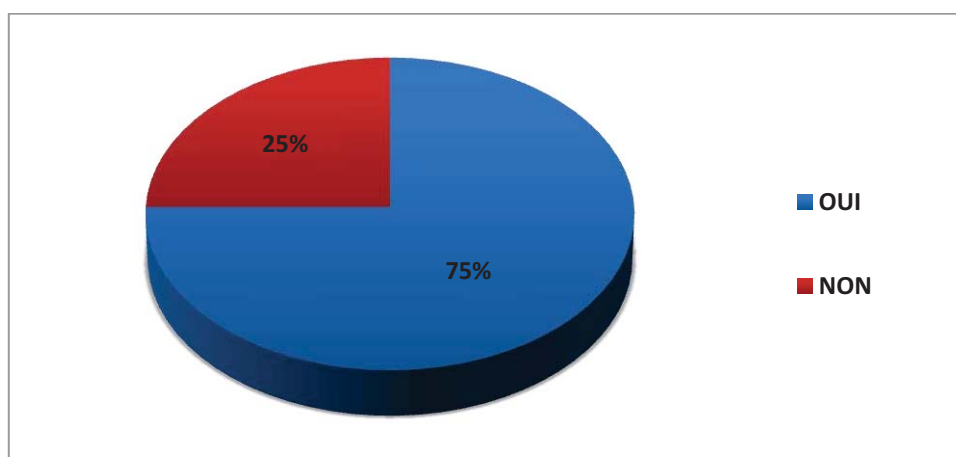


Figure 36 : A ce jour, vous posez-vous déjà des questions sur une relation entre l'oralité alimentaire et l'oralité verbale ?

- Question 22.a :

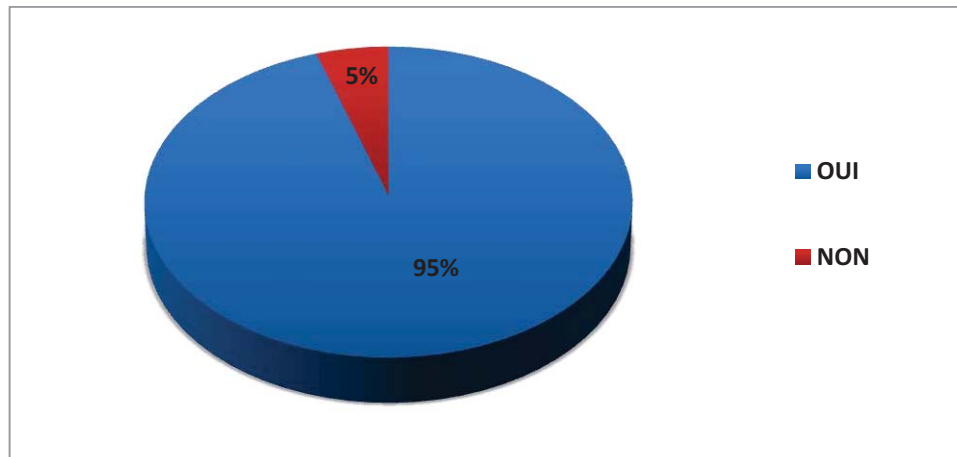


Figure 37 : *Si votre réponse à la question précédente se révèle négative, ce questionnaire vous a –t-il amené(e) à vous en poser ?*



Oralité perturbée

**Des idées pour
croquer la vie
du bon côté**



P

réambule

« La bouche sert à baiser, aussi bien qu'à manger et à communiquer par la parole. »

S. FREUD

Le langage et l'alimentation, deux fonctions orales majeures de l'Homme, sont régis par la bouche.

Un organe au croisement de fonctions multiples,

Un organe clé pour la construction de notre être,

Un organe riche,

Mais ... un organe fragile.

Au vu de la fréquence des troubles de l'oralité alimentaire et/ou verbale chez l'enfant, le choix a été fait d'établir ce livret intitulé :

« Oralité perturbée :
des idées pour croquer la vie du bon côté ».



L'oralité, sujet à la fois passionnant et complexe, nécessite d'être enseigné.

C'est pourquoi, il nous a paru nécessaire d'informer les orthophonistes, d'une relation attestée entre des troubles du comportement alimentaire, et des troubles du langage oral.

Ce livret, à la fois théorique mais surtout pratique, vise à donner des « armes » à ces professionnels, se sentant parfois bien démunis face aux difficultés de leurs patients.

En espérant que chacun y trouve ses propres pistes,
Bonne dégustation ...

Mylène LEMAIRE



Sommaire...

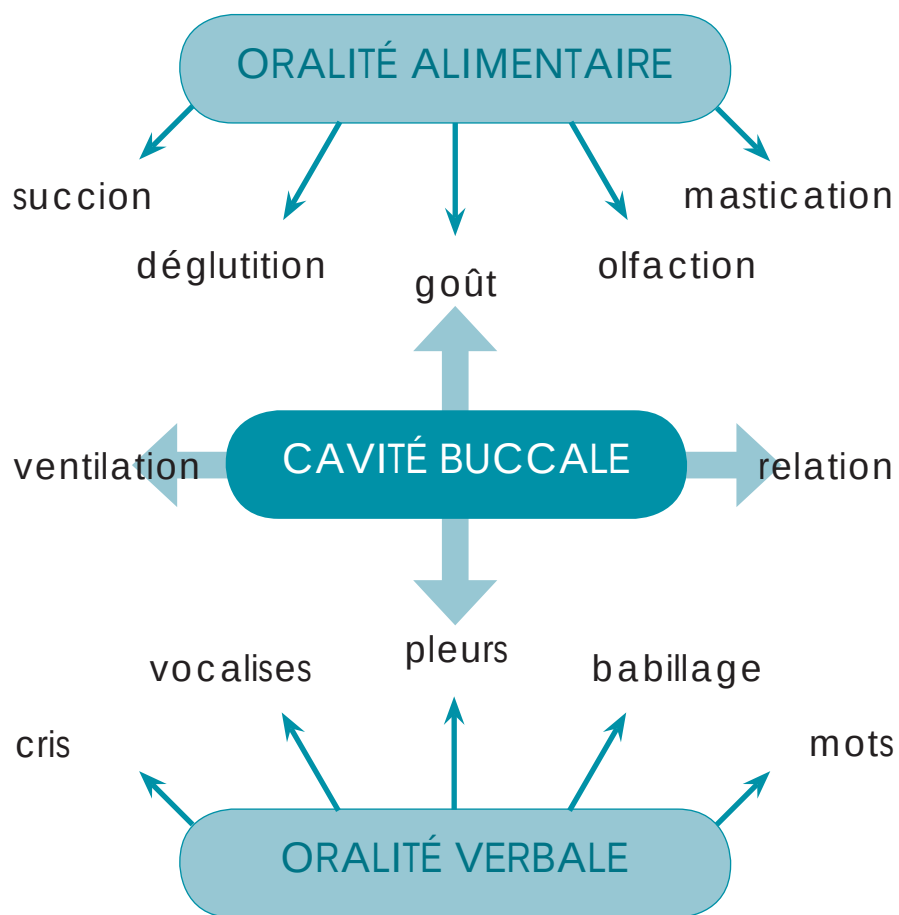
L'oralité alimentaire, c'est quoi ?	6
• Définition	6
• Troubles de l'oralité alimentaire : les causes	8
• Manifestations	12
• Moyens thérapeutiques : la nutrition artificielle	14
Deux oralités s'inscrivant dans un continuum	16
Fil conducteur de l'anamnèse	18
Boîte à idées pour aider l'enfant	20
• Des comptines mimées	21
• Des objectifs ciblés selon les âges : un matériel adéquat	22
• L'atelier « patouille »	42
Références utiles	44

L'oralité alimentaire, c'est quoi?

Un enfant présentant un trouble du comportement alimentaire (ou « dysoralité ») se trouve en difficulté pour s'alimenter par voie orale. Quelle qu'en soit l'origine, ce trouble affecte l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant.

Autrement dit, nous parlons d'oralité au sens large, laquelle se décompose en deux sous-oralités se développant en parallèle : alimentaire et verbale, avec chacune une phase primaire (sein ou biberon, succion // cris, vocalisations) et une phase secondaire (cuillère, diversification alimentaire, mastication // babillage).





Troubles de l'oralité alimentaire : les causes

L'origine de ces troubles n'est pas toujours facile à déterminer tant les étiologies susceptibles d'entraver le bon développement de l'oralité sont multiples :

Origine organique et/ ou fonctionnelle

- Pathologies digestives, pulmonaires, cardiaques, ORL, ...
- Anomalies congénitales ou pathologies acquises de la déglutition.
- Syndromes génétiques.

Origine psychogène (ou troubles du comportement alimentaire)

Anorexies mentales infantiles :

- Anorexie commune ou oppositionnelle : débute au cours du second semestre, n'est pas considérée comme un trouble de la faim ou de l'appétit, et constitue une réponse « choisie » par l'enfant pour faire face à un facteur exogène ou à une situation (affective, relationnelle) difficile.
- Anorexie anxieuse et phobique (ou néophobie) : refus du passage à l'autonomie et à la nouveauté.
- Dépression du nourrisson : peut être liée à une dépression maternelle.
- Anorexie par carences profondes : consécutive à un abandon-nisme ou hospitalisme.
- Psychoses infantiles débutantes : regroupent les troubles du contact, du comportement et du langage.
- Anorexies post-traumatiques : suite à une nutrition artificielle, à une chirurgie, à une réanimation, ...

Origine sensorielle

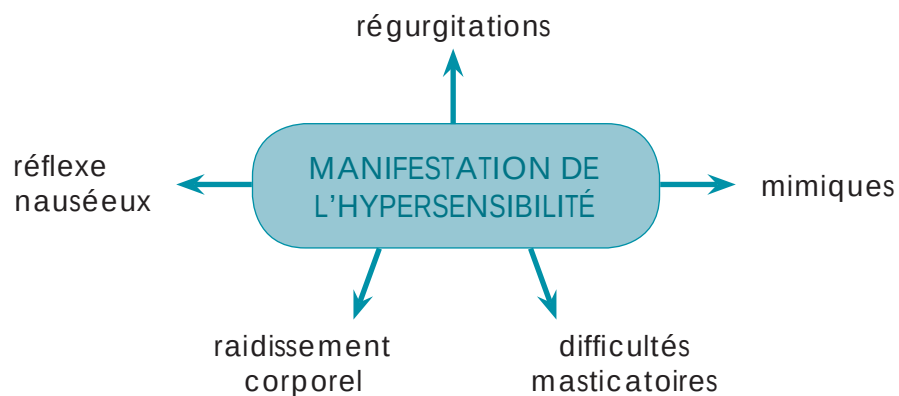
- Le trouble de l'oralité alimentaire est susceptible de se manifester suite à une hypersensibilité corporelle et sensorielle.



Troubles de l'oralité alimentaire : les causes

> Informations sur l'hypersensibilité

Un enfant hypersensible n'apprécie pas la sensation d'être touché (au niveau corporel et/ou de la sphère oro-faciale). De ce fait, il ne peut pas toucher la nourriture avec ses mains, l'hygiène bucco-dentaire (avec la brosse à dents) se révèle difficile, et la cavité buccale, désinvestie, est synonyme de déplaisir. De même, certaines odeurs ou bruits sont désagréables pour l'enfant et peuvent engendrer différents symptômes. L'exacerbation de la sensibilité peut être responsable de réponses motrices importantes lors de stimulations corporelles ou buccales (péri ou endo-buccales).



L'hypersensibilité peut se retrouver dans le « Syndrome de Dysoralité Sensorielle » (SDS). Celui-ci fait référence à l'ensemble des troubles alimentaires liés au réflexe hypernauséeux tels que l'exacerbation de la réactivité sensorielle et la perturbation du temps buccal de l'alimentation. Une hyperexcitabilité des mécano et chimio récepteurs gustatifs et olfactifs serait à l'origine de ces troubles.

Signes annonciateurs de difficultés alimentaires relevant du SDS

- Absence d'exploration orale entre 0 et 24 mois.
- Pauvreté de la diversification alimentaire, difficultés à introduire de nouveaux aliments après 12 mois.
- Préférence marquée pour les textures lisses perdurant au-delà de 16 mois.
- Vomissements, nausées, aversion et évitement de certaines textures et d'aliments.
- Absence de plaisir à la prise du repas, pleurs, conflits.
- Chute de la courbe de poids, carences nutritionnelles.

N.B :

- Le réflexe nauséeux, présent chez tout individu de manière plus ou moins exacerbée, correspond à l'inverse de la déglutition. A savoir qu'il se postériorise vers l'âge de 7 mois. S'il est trop important, un protocole de désensibilisation consistant en des massages endo-buccaux pluriquotidiens dont l'amplitude augmentera au cours des mois (cf protocole de C.SENEZ), peut être instauré.

Manifestations des troubles de l'oralité alimentaire

Divers indices constatés lors du repas peuvent nous amener à nous interroger sur d'éventuelles difficultés concernant l'oralité alimentaire de l'enfant.

Voici quelques exemples de pistes pour vous aider dans votre réflexion (tableau non exhaustif).

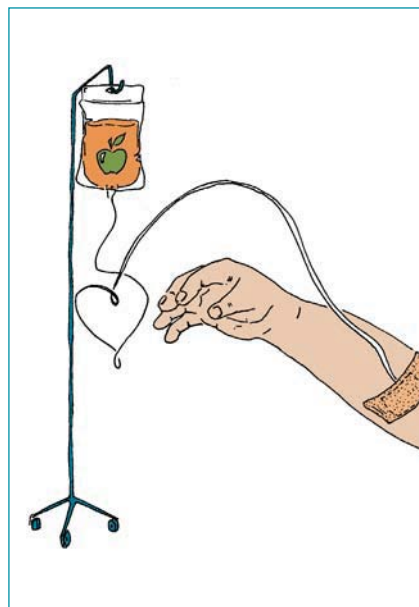
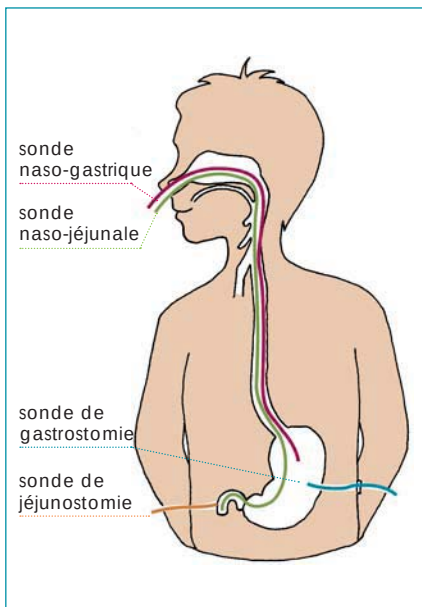
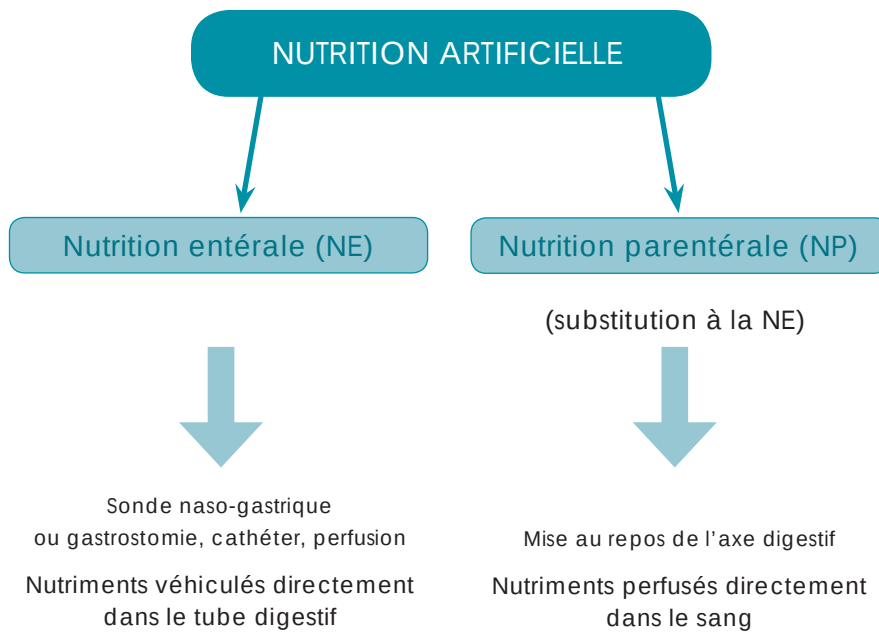


SYMPTOMES	EXEMPLES DE PATHOLOGIES ENVISAGÉES
L'enfant ne s'intéresse pas à la nourriture et ne présente aucun plaisir à manger : il ne réclame pas ses repas, ne présente pas d'appétit.	Anorexies ? Dysfonctionnement neurologique ?
Il refuse les aliments nouveaux.	Néophobie alimentaire ? (Phénomène banal qui concerne 77% des enfants entre 2 et 10 ans).
Il est très sensible au contact de certaines matières (alimentaires ou non), et certaines températures.	Hypersensibilité à la texture / à la température ?
Il recrache les morceaux.	Hypersensibilité à la texture ? Problèmes praxiques (mobilité linguale réduite) ?
Il présente un reflux gastro-œsophagien, des régurgitations, des vomissements, des haut-le-cœur, ...	Atrésie de l'œsophage ? Hypersensibilité ? Problème sur le sphincter inférieur œsophagien (le cardia) ?
Des fausses-roues sont fréquentes (réflexe tussigène ou non).	Mauvaise coordination succion-déglutition ? Faiblesse des muscles masticateurs ? Mauvaise protection des voies aériennes ? Trouble de la propulsion des aliments ?
Un réflexe nauséeux exacerbé est constaté.	Syndrome de dysoralité sensorielle ?
Il s'alimente très lentement (durée normale estimée pour un repas : 15 minutes au sein ou biberon et 30 minutes pour un repas à la cuillère).	Trouble de la coordination succion-déglutition pour un nouveau-né ? Hypotonie ? Trouble de la mastication ?
Il garde en bouche les aliments, présence de stases en bouche et/ou dans l'oropharynx (voire dans l'hypopharynx).	Défaut des phases orale et/ou pharyngée de la déglutition ?
Fuites salivaires fréquentes.	Défaut de sensibilité buccale ou d'occlusion labiale ? Manque d'automatisation de la déglutition (l'adulte déglutit en moyenne 1 à 3 fois/min) ? Hypotonie ?

Les moyens thérapeutiques : la nutrition artificielle

Quand l'alimentation par la bouche (voie orale) est impossible ou insuffisante, des techniques d'alimentation peuvent être instaurées chez l'enfant, avec chacune pour but d'assurer les besoins nutritionnels quotidiens ou de lutter contre une dénutrition.





Deux oralités s'inscrivant dans un continuum

Voici un tableau mettant en avant le développement en parallèle de l'oralité alimentaire et verbale.

Précisons que ce tableau comporte des étapes données à titre indicatif. Il est important de consulter une équipe pluridisciplinaire en cas d'écarts importants et/ou massifs.

	Oralité alimentaire	Oralité verbale Versant expression
0-2 mois	- Réflexes primitifs présents - Couple succion-déglutition globalisé et réflexe - Bonne coordination respiration-déglutition - Alimentation liquide exclusivement - L'enfant amène ses doigts à la bouche	- Sons végétatifs et vocalises réflexes
2-3 mois	<i>3 mois :</i> - Abaissement de la mandibule, permettant une ouverture buccale plus importante	<i>1-4 mois :</i> - Séquences phoniques : syllabes primitives (réflexes) formées de sons quasi vocaliques et de sons quasi consonantiques postérieurs - Imitation des mimiques - Sourires intentionnels
3-6 mois	<i>5 mois :</i> - Diminution du réflexe de succion - 2 modes d'alimentation : succion + happement à la cuillère - Diversification alimentaire : alimentation semi-liquide ou mixée proposée à la cuillère, en complément de l'alimentation lactée	- Babillage rudimentaire : syllabes de type consonne/voyelle - Début d'imitation vocale
6-9 mois	- Cuillère et verre : motricité plus fine - Mouvements latéraux de langue - Développement des praxies de mastication avec l'apparition des premières dents (on parle surtout de malaxage pour cet âge) - Passage aux textures semi-liquides et mixées - Postériorisation du réflexe nauséux - Développement d'un intérêt pour les aliments et ce qui se passe à table	- Début des proto-syllabes vers 6 mois - Imite des intonations, prosodie plus riche - Babillage canonique - Début de l'agilité motrice linguale (la langue rentre, recule, s'élève contre le palais)

Oralité alimentaire	Oralité verbale Versant expression	
- Texture mixée, avec aliments solides et mous - Début des mouvements de latéralisation de la langue permettant de faire glisser la nourriture sous les dents - Meilleur contrôle salivaire + disparition du bavage	<i>12 mois :</i> - Apparition des 1ers mots (10 mots environ à cet âge) <i>9 – 18 mois :</i> - Babillage mixte avec protolangage - Proto-mots avec tendance à la sous-généralisation et sur-généralisation	9-12 mois
- Commence à manger seul avec les doigts ou la cuillère - Commence à boire seul au verre avec un bec et deux poignées - Début des repas avec des textures solides molles ou dures - Tout début de la mastication - Meilleure latéralisation linguale	- Babillage avec intonation de phrases pour leur donner plus de sens <i>18-19 mois :</i> - Phase d'explosion lexicale - Environ 50 mots	12-18 mois
- Sucction et déglutition ne dépendent plus l'une de l'autre - Morceaux plus durs et croquants - Mastication devient rotatoire - Mange proprement et seul	<i>24 mois :</i> - Enoncés holophrastiques - Apparition du « non » - Prosodie et attribution de sens correctes <i>24 mois :</i> - Apparition du pronom « Moi » - Entre 100 et 300 mots - Petites phrases agrammatiques de 2 mots environ	18-24 mois
- Alimentation variée comme les parents - Commence à se servir de sa fourchette - Verre seul en préhension - Renforcement de la stratégie de la mastication	- Phase de construction grammaticale => Apparition des mots outils - Apparition du « Je » <i>3 ans :</i> - Phrases de 3-4 mots - Apparition du « Il / Elle »	2-3 ans
- Propreté orale, continence salivaire et utilisation coordonnée des outils de repas sont opérationnelles	- Se nomme - Utilisation de pronoms - Variations des temps - Meilleure syntaxe <i>4 ans :</i> - Phrases de 5-6 mots	3-4 ans
- Coupe avec la fourchette, et commence à se servir du couteau	- Peut produire des phrases assez complètes - Accorde ses verbes en employant le passé, le présent et le futur - Phonèmes quasiment tous présents, hormis [ch], [j], [r], et [l] qui peuvent encore être difficiles	4 ans

Fil conducteur de l'anamnèse

Au vu du lien unissant ces deux oralités, il est primordial de consacrer du temps à l'anamnèse sur l'oralité alimentaire. Cet entretien semi-directif pourrait éventuellement permettre de comprendre et d'expliquer la présence de troubles langagiers.

Voici une liste de questions (non exhaustive !) spécifiques à l'oralité alimentaire, visant à retracer l'historique de l'évolution des repas. Ces questions, toutes essentielles, sont données à titre indicatif. Il vous est possible d'en sélectionner (ou d'en rajouter) en prenant en compte l'âge et les antécédents de l'enfant.

LA PÉRIODE NÉONATALE

- Problèmes d'ordre physique ou psychique durant la grossesse ?
- Naissance de l'enfant : prématuré ? à terme ?
- Déroulement de l'allaitement maternel : sein, biberon, tasse ?
- Nutrition artificielle ?
 - > Si oui, laquelle et combien de temps ?
 - > Présence d'une succion non nutritive ?

LA SUCCION

- Fuites labiales, haut-le-cœur, régurgitations, reflux gastro-œsophagien, fausses-routes ?
 - > Si oui, présence d'un traitement ?
- Succion nutritive : durée moyenne des tétées ?
- Succion non nutritive : présence d'une tétine / pouce ? Manies de succion ? Et à ce jour ?

L'EXPLORATION DE LA SPHÈRE ORO-FACIALE ET DU CORPS

- Mise en bouche régulière des mains ou des objets ?
- L'enfant arrivait-il à prendre la nourriture avec ses mains pour la mettre en bouche ?
- L'enfant supportait-il d'avoir les mains sales ?
- L'enfant supportait-il de toucher des choses (aliments, objets) ou d'être touché ?

LA DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE (CUILLÈRE + VERRE)

- Age de la diversification alimentaire
- Phénomènes constatés : haut-le-cœur, régurgitations, fuites labiales, pertes d'appétit, pleurs, douleurs, fausses-routes, langue au fond de la cavité buccale, langue qui refuse le contact avec cuillère ?
 - > Si oui, mise en place d'adaptations (par les parents ou un professionnel)?
 - changement de cuillère
 - adaptation des textures
 - adaptation de la température
 - appui lingual avec la cuillère
 - contenu de la cuillère directement déversé sur les incisives supérieures pour ne pas toucher la langue
- Difficultés durant le passage aux morceaux ?
 - > Si oui, manifestations
- Temps moyen des repas
- Appréhension des parents et de l'enfant durant ces moments de repas?
- L'enfant réclamait-il ses repas ?
- Rythme moyen de son rythme alimentaire ?
- Passage au verre : Verre normal ? Avec bec verseur ? Paille ? Pipette ?
 - *Cela donne des informations sur les compétences praxiques de l'enfant*
- Préférences de l'enfant pour des boissons plus attrayantes que l'eau (type sirop) ? Des aliments d'une couleur spéciale ?
- Age moyen du passage à la mastication
 - *La mastication débute réellement vers 2 ans et n'est efficace que vers 6 ans avec l'apparition des dents définitives*
- Tendance de l'enfant à placer les aliments sur les bords latéraux ? Côté préférentiel ?

LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

- Acceptait-il facilement de goûter les aliments ?
- Avait-il des préférences alimentaires ? Sucré, salé, indifférent ?
 - *Souvent des préférences pour le salé chez l'enfant avec hypersensibilité*
- L'enfant avait-il bon appétit ou non ?
- L'ouverture et la fermeture buccales étaient-elles spontanées ?
- L'enfant présentait-il une bonne occlusion labiale autour de la cuillère ?
- La position linguale était-elle très rétractée à l'intérieur ou complètement sortie (en protrusion, avec béance buccale) ?

Boîte à idées pour aider l'enfant

Quel que soit son vécu, il est très fréquent que l'enfant soit passé (ou passe encore) par des moments douloureux (sonde, chirurgie, séparation d'avec les parents, ...) l'amenant à associer la notion de déplaisir à la nourriture.

- • Evaluer les troubles de l'oralité.
 - • Prévenir par une prise en charge précoce des difficultés d'alimentation per os et de potentielles difficultés dans l'investissement de l'expression orale.
 - • Accompagner la famille et l'informer en lui soumettant des conseils.
 - • Prendre en charge la dysoralité.
- Fonctions appartenant au domaine de compétences des orthophonistes.

Dès lors, notre rôle est d'aider l'enfant à réinvestir sa sphère orale pour l'intégrer dans son schéma corporel.

Pour ce faire, nous accompagnerons l'enfant et sa famille et leur fournirons des moyens techniques, ludiques et attractifs.

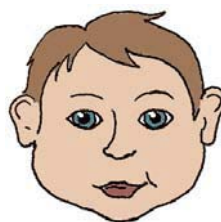
Dans un premier temps, nous vous présentons 5 titres de comptines. Celles-ci peuvent être mimées avec l'enfant, quel que soit son âge. Pour trouver ces comptines, un site a été inséré dans les « Références utiles » à la page 44.

Dans un second temps, vous pourrez trouver des pistes pratiques et du matériel susceptibles d'être exploités par vos soins, si besoin est.

Des comptines mimées

Prise de conscience des 5 sens

« Voici ma tête... »



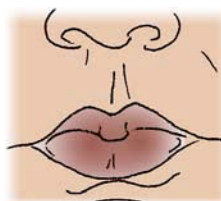
Détente du visage

« Je fais le tour de la maison... »



Prise de conscience du rôle
de la cavité buccale

« Voici ma bouche... »



Prise de conscience du rôle
des lèvres

« Voici mes lèvres... »



Prise de conscience du rôle
de la langue

« Voici ma langue... »



Des objectifs ciblés : un matériel adéquat

En fonction de l'âge, les objectifs et les moyens ne sont pas les mêmes (cf tableaux ci-après : liste non exhaustive). Toutefois, quel que soit l'âge de l'enfant, il existe des objectifs à ne jamais occulter :

- La découverte et l'investissement du plaisir apportés par la cavité buccale sont des constituants fondamentaux pour l'évolution de l'enfant.
- Un bon positionnement est nécessaire pour éviter, entre autres, les fausses-routes : tête soutenue, flexion de la nuque, appui du dos, schéma postural d'enroulement, pieds à plat sur un support si l'enfant est en chaise haute.
- Chaque enfant étant unique, il faut le laisser évoluer à son rythme.
- Et surtout, ne jamais le forcer !

Précisons que les deux tableaux présentés s'intriquent mutuellement : ils présentent des objectifs communs à tout âge, et sont à adapter en prenant en considération l'unicité des patients (pathologie, symptômes, préférences alimentaires, âge, ...).



Objectifs / moyens chez le tout petit (0-6 mois)

Assurer des prises alimentaires per os
sans danger et non fatigantes

- Adapter les tétines

- Les tétines molles (ne pas hésiter à faire bouillir des tétines en caoutchouc) sont conseillées pour des enfants présentant des difficultés de succion.

- Les tétines de type Haberman (ou biberon SpecialNeeds Tétine® de Médela) sont conseillées pour les enfants avec des fentes, ou ayant une succion très faible (hypotonie).

- Les tétines Remond sont conseillées pour les enfants sujets aux régurgitations.

- Si la prise de lait au sein ou au biberon est trop difficile, proposer des tasses à bec ou des cuillères.

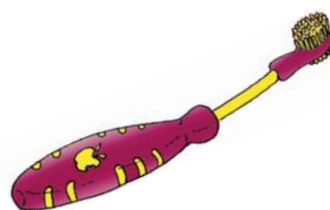
- Épaissir le lait si nécessaire, notamment en cas de reflux gastro œsophagien, ou de fausses-roues.



Favoriser l'exploration orale pour que
manger devienne source de plaisir

Pour que bébé se découvre, il faut le laisser jouer et favoriser les situations d'auto-exploration et d'apaisement avec divers moyens.

- Tétines



- Brosse à dents en caoutchouc

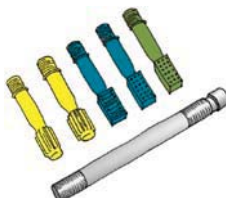


- Hochets de dentition

- Jouets à mettre en bouche, cuillère vide



- Instruments vibrants
Z-vibe



Renforcer les muscles de la sphère orale pour obtenir progressivement une motricité volontaire

STIMULER LES RÉFLEXES PRIMAIRES

Préalables

- Les stimulations proposées ci-dessous doivent être réalisées dans un moment de calme, de détente et de plaisir afin que le bébé les ressente comme de véritables caresses.
- Laisser les parents les faire le plus souvent possible.
- L'enfant doit être éveillé et ne pas présenter de signes d'inconfort : si tel n'est pas le cas, arrêter les stimulations.
- Réaliser la (ou les) stimulations au moins une fois par jour avant l'alimentation.

Le réflexe de fousissement

- Réaliser des stimulations (caresses) à l'aide d'un doigt (ou d'une tétine) en partant de la joue vers l'orbitaire des lèvres et la commissure labiale.

N.B :

- *Ce réflexe permet au nouveau-né de diriger spontanément sa bouche vers la source nourricière (sein ou biberon).*
- *Cette stimulation permet également d'exciter le nerf facial et provoque ainsi un afflux de salive dans la bouche, déclenchant un mouvement de déglutition.*



Les points cardinaux

- Exercer des pressions avec un doigt ganté, dans la zone péri-orale, sur les 4 coins de la bouche : une légère ouverture de la bouche et une propulsion des lèvres et de la langue pourront être observées.

N.B :

- *Le serrage labial (tétine, sein) est indispensable à la constitution du sphincter empêchant tout reflux.*
- *La stimulation du muscle orbiculaire des lèvres provoque un renforcement de la contraction des lèvres.*
- *Cette stimulation prépare à la succion.*



La succion

Préalable

Il est primordial de stimuler la succion quand l'enfant souffre d'une faiblesse de préhension labiale, d'une hypotonie de la sphère buccale ou encore d'un défaut de réalisation de la dépression intrabuccale indispensable à l'aspiration du lait.

- Travailler en premier lieu la succion non nutritive pour faciliter les réponses de l'enfant et éviter tout risque de fausses-routes :

- Exercer une stimulation (avec le pouce et l'index) sur le buccinateur tout en ramenant les joues vers l'avant. Afin de maintenir une stabilité jugale, poser le majeur sous la mandibule.

- Aider la langue à se placer en gouttière en appuyant légèrement sur sa partie médiane avec la pulpe de l'auriculaire. Puis, réaliser de petits mouvements antéro-postérieurs pour provoquer une occlusion labiale autour du doigt et recréer le mécanisme péristaltique de la langue lors de la succion. Si aucune réaction n'a lieu, pivoter le doigt (pulpe au niveau du palais) pour favoriser le déclenchement de la succion, et faire les mêmes appuis (une fois la succion déclenchée, remettre son doigt à l'endroit).



- Placer une tétine à l'intérieur de la cavité buccale de l'enfant et réaliser une résistance. Cela incite le bébé à déployer sa force en récupérant sa tétine.

N.B :

- Dans un but de stimulation gustative, il est possible de tremper son doigt (ou la tétine) dans du lait afin de motiver l'enfant à téter et ainsi, renforcer son schéma de succion.

Le réflexe de rotation de la langue

- Stimuler un des bords de la langue pour entraîner un déplacement de celle-ci du côté du stimulus.

N.B :

- Ce mécanisme permet de préparer les mouvements de mastication puisque l'on renforce les muscles de la langue avec les déplacements latéraux.

LES MASSAGES

Les massages de l'intérieur des lèvres et des gencives

- Effleurer les gencives inférieure et supérieure avec une tétine ou un doigt ganté, afin d'inciter le nouveau-né à mobiliser sa langue en élevant et en déplaçant son apex lingual.
- Stimuler l'intérieur des joues pour amener le nouveau-né à toucher l'endroit stimulé avec sa langue.

N.B :

- Le déplacement latéral de la langue intervient également dans les mouvements de manipulation du bolus, d'où l'importance de ces massages.

Accompagner l'enfant dans son investissement corporel

- Masser les extrémités du corps de l'enfant et l'inciter à toucher et à explorer.
- Masser ou toucher le visage de l'enfant en se servant, par exemple :
 - de comptines pour donner des repères à l'enfant et rendre les stimulations plus ludiques.
 - ou d'objets : plumes, foulards, balles à picots, pompons...
- Masser la zone endo-buccale (joues, lèvres, gencives, langue, palais).



Tonifier les lèvres pour aider à la fermeture buccale

- Exercer une pression sur la lèvre supérieure ou relever la lèvre inférieure de l'enfant.
- A l'aide de l'index, exercer une pression pour abaisser la mandibule vers le bas, puis relâcher : la mandibule reviendra naturellement et la bouche se fermera.



> Faire régulièrement ces stimulations permettra à l'enfant de les exécuter automatiquement (elles seront engrammées au niveau cortical).

N.B :

- Des massages du menton jusqu'au plancher buccal pourront aider l'enfant à déglutir .

- Masser le contour de la cavité buccale à l'aide d'un vibreur ou avec de la glace (cryothérapie), notamment en cas d'hyposensibilité.

Objectifs / moyens chez le jeune enfant (6 mois et plus)

Permettre une alimentation per os
en toute sécurité

LES QUANTITÉS ET TEXTURES DES ALIMENTS SELON LES ÂGES

Préalable

L'allaitement exclusif au lait maternel, ou au lait infantile, couvre tous les besoins nutritionnels du bébé jusqu'à 6 mois, pour laisser place à la diversification alimentaire...

- 5-6 mois : Alimentation finement mixée, lisse
Début de la diversification alimentaire :
 - 2 cuillères à café de purée de légumes (en complément d'une alimentation lactée).
 - Pour un enfant de cet âge, possibilité de donner : des céréales infantiles, légumes cuits et mis en purée lisse (courgettes, haricots verts, carottes...) fruits cuits ou très mûrs (pomme, poire, ...).
 - L'aliment donné à l'enfant doit être aussi épais et lisse que possible (l'épaississement favorise les sensations proprioceptives tactiles et rend la collection du bol plus facile).



- 7-9 mois : Semi-liquide, mixé
 - L'alimentation va s'enrichir avec l'âge : viandes, poissons, produits laitiers, féculents, ...
 - Offrir des aliments cuits (ou mous écrasés) comme les fruits bien mûrs et les légumineuses cuites.

- 2 cuillères à café de poisson ou de viande mixée avec de la purée de légumes peuvent être données en complément du biberon.
- Les aliments fondants ou qui se dissolvent rapidement au contact de la salive : gaufrettes, boudoirs, mouillettes de pain, sont donnés à l'enfant pour initier les mouvements de mastication et de morsure.
- Essayer d'amener l'aliment sur les bords latéraux de la cavité buccale, pour inciter l'enfant à mouvoir sa langue dans l'espace qui lui est offert.

- 9-12 mois : Grumeaux, Texture mixée, Aliments solides et mous
 - Couscous, le gruau, le quinoa, le fromage en fines lanières, le pain grillé, les craquelins secs non salés, le riz court bien cuit...
 - Légumes cuits, mous et en petits morceaux.
 - Fruits pelés, mous et en morceaux.
 - Les petits fruits sont particuliers. On recommande pour les fraises, les framboises et les mûres de les écraser à la fourchette ou de les couper en morceaux.
 - La pomme est pelée et râpée ou légèrement cuite.
 - > Attention aux fruits allergisants (selon les enfants).

- 12 mois : Morceaux, hachés fins, Texture solides (molles ou dures)
 - Introduire des légumes crus tendres, coupés en lanières (tomate, avocat, concombre).
 - > Cependant, ne pas abuser des crudités : elles sont difficilement digérées chez l'enfant de moins de 3 ans.
 - Râper les légumes crus plus fermes, par exemple la carotte.
 - Peler et couper en morceaux toutes les variétés de fruits.

- 24 mois : Solides durs, morceaux
 - A cet âge, l'enfant est capable de manger de tout, comme des adultes.

N.B :

- Si l'enfant n'aime pas une texture, attendre quelques jours et réitérer l'expérience avec un autre aliment.
- L'enfant peut avoir besoin de temps pour s'accoutumer à toutes ces nouveautés, le repas ne doit alors pas devenir un enjeu affectif ni un rapport de force.

LES ADAPTATIONS DES TEXTURES

- Concernant la texture, il peut être nécessaire d'épaissir la consistance des liquides afin d'éviter les fausses-routes. Pour épaissir, il est possible d'utiliser :
 - Des nectars, ou de la compote de fruits
 - Du lait en poudre
 - Du yaourt
 - Un épaississant (Magic Mix, Thick&Easy, ...), de l'eau gélifiée

LA POSTURE ET L'INSTALLATION DE L'ENFANT

Préalable

La posture et l'installation de l'enfant sont des éléments primordiaux à prendre en compte. Ils peuvent éviter les douleurs liées aux suites opératoires, et favorisent l'émergence des compétences de l'enfant. Penser à en parler avec les ergothérapeutes pour les adaptations, et les kinésithérapeutes pour la posture.

- Une fois la verticalité acquise, le bébé peut être installé dans une chaise haute.
- Quel que soit l'âge de l'enfant, il est primordial d'adopter une bonne posture (parents comme enfant) pour limiter tout risque de fausses-routes :
 - la tête de l'enfant doit être rentrée dans l'axe médian et en légère flexion,
 - le tronc doit être symétrique et les bras posés en avant,
 - penser à préserver l'horizontalité du regard chez l'enfant, et à éviter les tensions corporelles (favoriser la détente du cou notamment).

MATÉRIEL => CUILLÈRE

- Sélectionner une cuillère compatible avec la taille de la cavité buccale de l'enfant : souvent, les premières cuillères sont assez plates, souples, douces, et avec des bords arrondis (cuillères de type TIGEX).

- Des cuillères en silicone sont recommandées, afin d'éviter à l'enfant tout contact désagréable avec du métal (notamment pour les enfants sensibles, ou dans le cas de réflexe de morsure).



TECHNIQUES D'APPRENTISSAGE À LA CUILLÈRE

- Au début du passage à la cuillère, la coordination main-bouche de l'enfant n'étant pas établie, il est nécessaire de le faire manger. Progressivement, il faudra accompagner le geste de l'enfant pour l'aider à porter sa cuillère et son contenu jusqu'à sa cavité buccale.

- Donner de petites quantités à l'enfant, en introduisant la nourriture au milieu de la cavité buccale, et seulement lorsque la langue est rentrée. La cuillère doit exercer une pression vers le bas.

- Pour favoriser l'ouverture buccale, amener la cuillère latéralement, avec un léger appui sur la lèvre inférieure pour déclencher l'ouverture. Puis, pivoter la cuillère pour pénétrer de face. Une fois la cuillère en bouche, déverser son contenu. Retirer délicatement la cuillère en restant sur un plan horizontal et latéral.

N.B :

- Si la langue se place correctement avec la cuillère, il n'est pas nécessaire d'abandonner le biberon avant 18 mois. Dans le cas contraire, si la langue vient lécher le contenu de la cuillère et ne recule pas, il faut envisager l'arrêt du biberon.

MATÉRIEL => ASSIETTE

- Favoriser les assiettes de couleur, avec des dessins, pour donner à l'enfant l'envie de manger.
- L'assiette utilisée pour le repas doit être assez profonde avec des bords droits : cela permettra à l'enfant de remplir sa cuillère plus aisément par un mouvement horizontal.



MATÉRIEL => VERRE

Préalable

La transition du biberon ou de l'allaitement au verre est une étape importante du développement des bébés puisque l'utilisation de ces gobelets aide les enfants à améliorer leur coordination main-bouche.

- L'initiation au verre peut se faire en utilisant une paille ou un petit verre échancré.



N.B :

- Éviter les verres à bec car bien qu'ils puissent favoriser une meilleure occlusion labiale, leur utilisation engendre fréquemment une posture de tête inadaptée (extension).
- La paille favorise l'inclinaison de la tête.
- Le verre échancré évite l'hyper extension cervicale.

Préalable

Il est nécessaire de faire prendre conscience à l'enfant du travail de la langue et des lèvres durant l'aspiration : la langue ne doit donc pas être en protrusion et doit se placer dans la bouche (et non dans ou sous le verre).

- Il faut stabiliser la mandibule pour limiter et contrôler l'ouverture de la cavité buccale.
- Le bord du verre doit être placé sur la lèvre inférieure avec une pression ferme vers le bas.
- Le majeur placé contre la lèvre inférieure, sous le bord du verre, permet le recul lingual durant l'absorption des liquides au verre.
- L'adulte doit réguler le niveau de liquide afin de provoquer l'aspiration par cycles (essayer d'associer 2-3 cycles d'aspiration-déglutition).
- La tête doit être légèrement inclinée vers l'avant afin que le menton s'incline vers le cou (et non en hyper extension).



Eveiller les sens de l'enfant en manipulant

LE TOUCHER

Jouer avec les textures (lisses/mixées/moulinées/morceaux), et l'inciter à toucher différentes matières (cf. paragraphe sur « l'atelier patouille »).

- mouillées

Alimentaire :

- yaourt
- fruits lavés

Non Alimentaire :

- peinture à doigt

- sèches

Alimentaire :

- pâtes crues

Non alimentaire :

- balles hérisson, à picots, alvéolées
- balles pompons
- Fidgets

- fluides

Alimentaire :

- farine
- semoule
- riz cru

Non Alimentaire :

- sable cinétique (ou Kinetic Sand)

- collantes

Alimentaire :

- pâte à tarte
- miel

Non Alimentaire :

- pâte à modeler
- pâte à sel



LA VUE

- Livres en relief

• Balles lumineuses, ou thermo-réactives (elles changent de couleur au toucher)

• Colonnes à paillettes, bulles, lumineuses

• Bâtons de pluie



L'ODORAT

- Loto des odeurs
- Arômes de cuisine
- Feutres senteurs
- Balles odorantes
- Ark-grabbers odorants

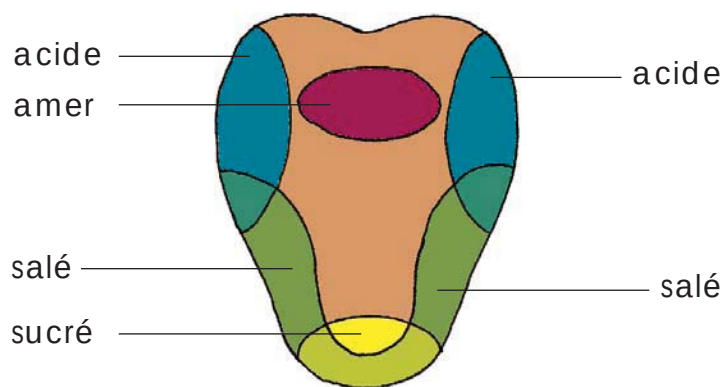


LE GOÛT

Préalable

S'être informé auparavant d'un éventuel réflexe nauséeux exacerbé ou d'un syndrome de dysoralité sensorielle.

- Déposer une noisette de nourriture sur les lèvres de l'enfant.
- Déposer une noisette d'aliment salé, sucré, acide ou amer sur les bords latéraux de la langue. Voici un schéma rendant compte de l'emplacement des récepteurs du goût sur la langue.



L'OUÏE

- Loto sonore
- Instruments de musique
- Œufs musicaux
- Peluches musicales
- Balles à grelots

Travailler les praxies

LES GRIMACES

Motricité labiale

- Le sourire de clown (pour renforcer le contrôle du buccinateur et de l'orbiculaire).
- Le poisson : projeter ses lèvres le plus loin possible et les arrondir comme pour faire des petites bulles.
- L'âne : les dents serrées, retrousser la lèvre supérieure pour monter ses dents du haut.
- Le cheval à l'écurie : faire vibrer ses lèvres en soufflant.



Motricité jugale

- Le crapaud : gonfler toute la partie située entre la lèvre inférieure et le menton.
- Le hamster : gonfler les deux joues en serrant les lèvres pour empêcher que l'air ne sorte.
- Le lapin : rentrer les joues.
- Avec son doigt, tirer la joue des enfants et leur demander d'effectuer une contre-résistance (sans tourner la tête).



Motricité linguale

- Lécher le contour des lèvres (recouvertes selon les goûts de l'enfant).
- Le caméléon : bouche grande ouverte, tirer la langue le plus loin possible avec la pointe bien droite.
- Le singe : avec la pointe de la langue, cacher les dents du haut ou du bas en glissant la langue entre la lèvre et les dents.
- Le chat (langue plate) et le rat (langue pointue).



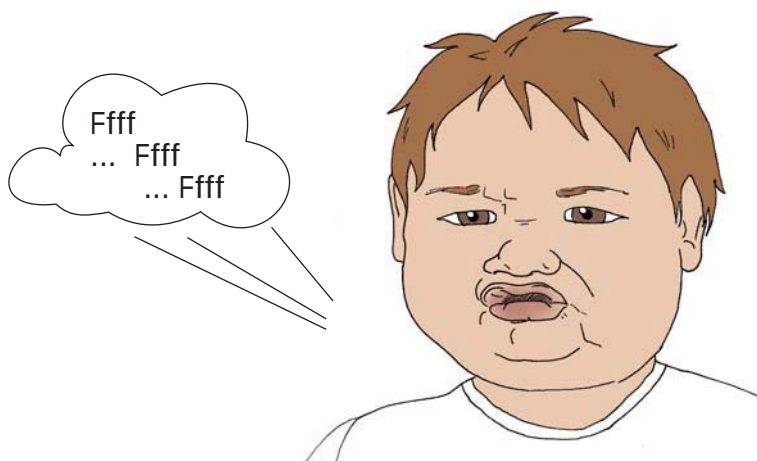
LES BRUITAGES, ONOMATOPÉES

Stimuler et assouplir la musculature des lèvres

- « Mmm » : miam
- « Bzzzz » : l'abeille
- « Ffff » : le vent
- « Papapapa » : la mitraille

LE SOUFFLE

- Bougie
- Sifflet
- Bulles
- Plume
- Paille
- Appeaux
- Instruments de musique (trompette, harmonica, ...)
- Blows-pens
- Pom'potes (travaillent le souffle, et musclent la langue et les joues)



Stimuler la mastication

Préalable

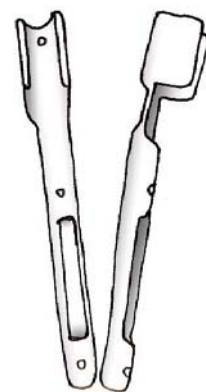
L'éducation masticatoire peut être réalisée lorsque l'enfant est capable de garder la langue à l'intérieur de sa cavité buccale (disparition de la protrusion linguale) et de la mouvoir pour collecter le bolus alimentaire.

- Chewy tubes ou bijoux à mordre pour exercer la motricité buccale ainsi que les muscles masticateurs.



- Placer une brosse à dents entre les molaires de l'enfant (avec un peu de compote ou de fromage fondu par exemple) en l'incitant à mouvoir sa langue latéralement.
- Tirer un peu sur la brosse à dents pour inciter l'enfant à exercer une contre-résistance : cela renforcera ses muscles.

- Stimuler les bords latéraux de la langue pour permettre le recul et la torsion du massif lingual du côté stimulé. La langue pourra alors plus aisément diriger les aliments sous les dents. L'oro-navigator peut favoriser les déplacements latéraux linguaux.

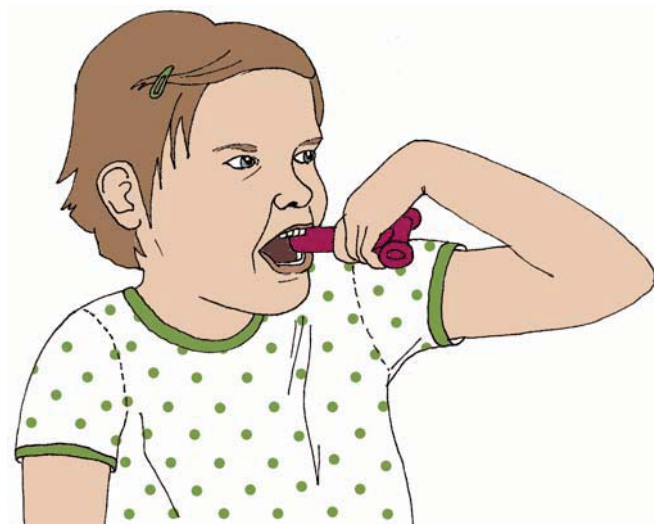


- Pour induire le mouvement de diduction (dans la mastication), placer le majeur et le pouce en opposition sur la mandibule de l'enfant. Ces doigts vont déclencher le mouvement rythmique et l'accompagner.

- Proposer latéralement des aliments à la fois croustillants (chips) et fondants à l'enfant (boudoirs, petits-beurre, gressins, ...) en raison de leur effet stimulant par le goût ou le bruit.

N.B :

- Alternier les textures et goûts des aliments.



L'atelier "patouille"

Lorsque le développement de l'oralité est perturbé, il est important de ne pas rester centré sur le(s) symptôme(s) apparent(s). Replacer les soins dans une approche plus globale en passant par le corps, permettra à l'enfant d'éveiller ses sens. Il faut accepter de partir de très loin, c'est-à-dire du bout des doigts pour se rapprocher petit à petit de la face, des joues, des lèvres, puis de la bouche.

Favoriser la découverte, faire-défaire, expérimenter, découvrir le plaisir de toucher diverses textures (alimentaires ou non) et de goûter des aliments, sont plusieurs objectifs clés s'inscrivant dans une approche multi-sensorielle.

Pour ce faire, l'orthophoniste peut mettre en place des ateliers « patouille » pour aider l'enfant à apprivoiser et investir cette bouche.

N'oublions pas que la main et les doigts sont les seuls outils de cet atelier. Il faut donc accompagner l'enfant dans cette aventure et l'aider à transformer ses angoisses en notion de plaisir.

Dans cet atelier patouille, plusieurs textures sont abordées. L'idée générale est de ne pas forcer l'enfant, de le laisser découvrir des textures (comestibles ou non). En général, on peut s'appuyer sur un principe selon lequel, plus c'est sec et épars (type farine) plus c'est facile à découvrir... A l'inverse, de la pâte à modeler gluante et collante, sera moins facilement supportable. Mais cela n'est pas un préalable validé car les enfants sont tous différents. De ce fait, l'approche peut être radicalement différente s'il est question de troubles de la sensorialité, de lourd handicap moteur et cérébral, d'autisme, d'enfants sevrés d'une sonde...

Voici quelques exemples de textures à apprivoiser avec l'enfant, tout en sachant qu'il n'existe pas d'échelle d'évolution au sens strict du terme.

Non alimentaire

Boîte à matières :

- Tissus
- Coton
- Serpentin
- Choses à déchirer
- Colle à papier
- Sable + eau
- Peinture à doigt
- Terre glaise
- Pâte à sel + colorant

Alimentaire

- Sucre cristallisé
- Sucre + eau
- Sucre + gousse vanille
- Sucre glace
- Sucre doré
- Sucre à la fraise (barbe à papa, sucette)
- Glaçage fait main au citron
- Caramel liquide
- Châtaigne
- Clémentine



Références

Bibliographie

- Senez C. Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises. Solal. Marseille ; 2002.
- Thibault C. Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant. Elsevier Masson SAS. Issy-les Moulineaux ; 2007.
- Barbier I. L'accompagnement parental à la carte. Orthoédition. Isbergues ; 2004.
- Rééducation orthophonique (220) ; 2004.

Sitographie

- cracmo.chru-lille.fr
- afao.asso.fr
- groupe-miam-miam.fr
- gourmandys.e-monsite.com
- info-langage.org
- sparadrap.org
- isabellebarbier.com
- oralite.net
- www.circ-ien-illfurth.ac-strasbourg.fr/wp-content/uploads/2012/01/La-comptine-%C3%A0-l%C3%A9cole-maternelle1.pdf
- www.momes.net/comptines/comptines-chansons.html

Livrets portant sur l'oralité

- « Praxies en folie pour les petits », Aurélie Huard & Dorothée Redonnet
- « Passeport pour l'oralité », Elise Kokel & Anne Carraretto
- « Les difficultés à s'alimenter chez l'enfant de 0 à 3 ans présentant un syndrome génétique », Jasmine Don & Madeleine Gaquiere
- « Boîte à idées pour Oralité malmenée du jeune enfant », Nutricia
- « Votre enfant présente des difficultés à se nourrir ? », Gourmandys
- « Livret de fiches pratiques », Miam-Miam
- « Cric, crac ... Je croque ! », Jade Vouters & al
- « Les troubles de l'oralité alimentaire », brochure Gourmandys
- « Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant - Pistes de prise en charge » (Livret à destination des orthophonistes libéraux), Elsa Bandelier

Formateurs sur l'oralité alimentaire

- DIU des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant (Lille, Paris)
- Andres-Roos Christine
- Barbier Isabelle
- Chapuis Cécile (formations sur les fentes palatines)
- Guillon Fanny
- Senez Catherine
- Thibault Catherine
- Tosi Sophie
- Verdeil Mélanie

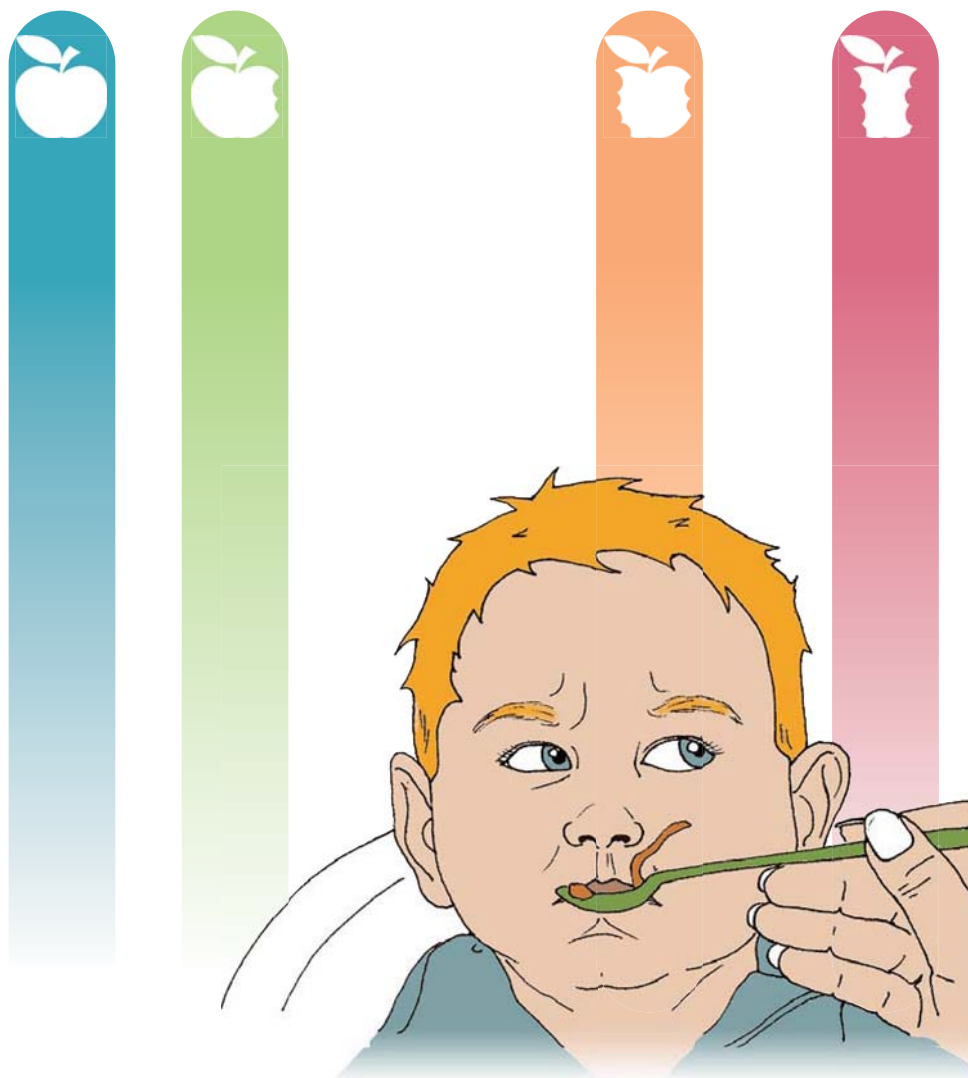


et cetera...

Livret réalisé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie, sous la direction de Mme Louise GENDRE-GRENIER et Mme Françoise ERCOLANI-BERTRAND.

Tous mes remerciements vont vers Eve-Marie DELQUÉ, pour avoir apporté son expertise et son savoir-faire à la rédaction de ce livret. Merci pour tout le travail fourni, la qualité des illustrations, et pour avoir su donner vie sur le papier aux différentes idées qui fourmillaient dans mon esprit.





Oralité perturbée :
Des idées pour croquer la vie du bon côté
mémoire de fin d'études en orthophonie

Mylène Lemaire

En partenariat avec **APOMM**

Association de Prévention en Orthophonie de Meurthe et Moselle

LEMAIRE Mylène
Titre : Oralité alimentaire et oralité verbale : les orthophonistes font-ils le lien ? Elaboration d'un livret informatif à destination des orthophonistes.
Résumé : Les recherches propres au domaine de l'oralité alimentaire sont en évolution depuis une dizaine d'années. Cependant, de nombreux points restent encore à approfondir dans le milieu médical et paramédical. Face à ce constat, nous supposons que les formations initiales et continues se sont développées en parallèle de ces recherches. Cette idée nous amène à émettre l'hypothèse que les orthophonistes exerçant depuis moins de 10 ans seraient davantage formés dans le domaine que leurs confrères. Pour tenter de répondre à ces interrogations, un questionnaire a été établi à l'attention des orthophonistes exerçant en libéral. Les résultats obtenus mettent en évidence que ce sont les diplômés depuis moins de 5 ans (et non ceux de moins de 10 ans) qui possèdent le plus de connaissances théoriques dans le domaine. Cependant, nous constatons que, malgré la détention de connaissances globales sur l'oralité, tous les professionnels, quelles que soient leurs années d'expérience, ressentent un manque de connaissances théoriques. Ils perçoivent quand même à 95% le lien entre les deux oralités, et prennent majoritairement le temps de poser des questions sur l'alimentation au cours de leur anamnèse. Malgré ces « faiblesses » théoriques, les orthophonistes ont globalement conscience des rôles qu'ils sont amenés à jouer dans la (ré)éducation de l'oralité. Néanmoins, ceux-ci estiment que des informations complémentaires sur l'oralité leur permettraient d'améliorer leur « prise en charge ». Dès lors, nous avons décidé d'établir un livret spécifique pour les orthophonistes, afin de leur fournir un complément de connaissances, mais surtout des pistes de réflexion ainsi que du matériel nécessaires à leur pratique. La « prise en charge » précoce des troubles de l'oralité alimentaire étant primordiale, ce mémoire a été établi dans un but de prévention, d'information, et de sensibilisation.
Mots clés : Orthophonie – Oralité – Troubles – Prévention – Jeune enfant (de 0 à 3 ans)
Mémoire soutenu à l'Université de Franche-Comté – UFR SMP – Orthophonie Le : 4 Juillet 2014
Maîtres de Mémoire : Louise GENDRE-GRENIER, Françoise ERCOLANI-BERTRAND – Orthophonistes
JURY : Louise GENDRE-GRENIER – Orthophoniste Françoise ERCOLANI-BERTRAND – Orthophoniste Alain DEVEVEY – Directeur des études, Orthophoniste, Maître de conférences en linguistique française Anne JULIEN – Orthophoniste Sébastien HAGUE – Neuropsychologue