



HAL
open science

Analyse des pratiques professionnelles auprès d'orthophonistes utilisant un outil de guidance des troubles de l'oralité alimentaire

Bénédicte Le Parc

► **To cite this version:**

Bénédicte Le Parc. Analyse des pratiques professionnelles auprès d'orthophonistes utilisant un outil de guidance des troubles de l'oralité alimentaire. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01845680

HAL Id: dumas-01845680

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01845680>

Submitted on 20 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Normandie Université

MEMOIRE

Pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie

Préparé au sein du Département d'Orthophonie,

UFR Santé, Université de Rouen Normandie

Analyse des pratiques professionnelles auprès d'orthophonistes utilisant un outil de guidance des troubles de l'oralité alimentaire

Présenté et soutenu par

Bénédicte LE PARC

Mémoire professionnel

Mémoire soutenu publiquement le 28 Juin 2018
devant le jury composé de

Audrey AMAND	Orthophoniste – Cabinet libéral Boos	Membre du jury
Gaëlle DE LA VILLEON	Pédiatre – CHU de Rouen	Présidente du Jury
Elisa LEVAVASSEUR	Orthophoniste et formatrice - Rouen	Directrice de mémoire

Mémoire dirigé par Elisa LEVAVASSEUR



UFR Santé



Département
d'orthophonie



Normandie Université

Analyse des pratiques professionnelles auprès d'orthophonistes utilisant un outil de guidance des troubles de l'oralité alimentaire

Présenté et soutenu par
Bénédicte LE PARC

Résumé

Les pratiques cliniques et la prise en charge de ces troubles émergent et sont hétérogènes. Elisa Levavasseur, orthophoniste, a créé en 2015 des livrets de guidance en oralité. Ces livrets sont utilisés par 287 orthophonistes. L'objectif de ce mémoire est de connaître quelles sont les pratiques professionnelles des orthophonistes utilisant ces livrets et la pertinence de cet outil. Au total, 122 professionnels ont répondu ; 89 orthophonistes ont utilisé cet outil avec minimum 1 patient ce qui constitue un échantillon de 134 patients. Les données recueillies mettent en avant des bénéfices en motricité, sensorialité et sur le plan environnemental. Jusqu'à 4 ans ces livrets semblent pertinents. Egalement, 56% des orthophonistes utilisent cet outil en séances. Ces données sont une première ouverture à l'analyse et la compréhension de la prise en charge de ce trouble. Une analyse pré et post utilisation de ces livrets auprès de patients serait nécessaire pour mesurer la pertinence scientifique de l'outil.

Mots clés : Trouble de l'oralité, Organique, Sensoriel, Moteur, Guidance parentale, Pratiques cliniques

Analysis of professional practices with speech-language pathologists using an eating disorders guidance tool

Clinical practices and management of these disorders are emerging and heterogeneous. Elisa Levavasseur, speech and language therapist, created oral guidance booklets in 2015. These booklets are used by 287 speech-language pathologists. The objective of this thesis is to know what are the professional practices of speech-language pathologists using these booklets and the relevance of this tool. A total of 122 professionals responded ; 89 speech therapists used this tool with at least 1 patient, which constitutes a sample of 134 patients. The data collected highlight motor, sensory and environmental benefits. Up to 4 years old, booklets seem relevant. Also, 56% of speech-language pathologists use this tool in sessions. These data are a first opening to the analysis and understanding of the management of this disorder. A pre- and post-use analysis of these booklets with patients would be necessary to measure the scientific relevance of the tool.

Key words: Feeding / Eating disorders, Organic, Sensory, Motor, Care management, Clinical practices

Mémoire dirigé par Elisa LEVAVASSEUR



UFR Santé



Département
d'orthophonie

Remerciements

Je remercie Mme Levasseur pour ses précieux conseils, son encadrement, son soutien et pour m'avoir confié l'analyse de son outil de guidance.

Je remercie Dr De La Villéon, présidente du Jury, et Mme Amand, orthophoniste et membre du jury, pour leur intérêt porté à ce mémoire et pour avoir accepté d'intégrer le jury final.

Je remercie les 122 orthophonistes qui ont participé à l'enquête proposée dans le cadre de ce mémoire. Leurs réponses nombreuses ont permis une analyse fine des données obtenues.

Je remercie également Mme Amand, Mme Ancelot, Mme Drutel, Mme Dubois, Mme Madec et Mme Regnault ainsi que le service de neuropédiatrie du centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle des Capucins à Angers pour m'avoir accueillie en stage durant cette dernière année d'études et pour l'enrichissement clinique que chacun des stages m'a apporté. Je remercie par ailleurs tous les maîtres de stage rencontrés tout au long de ma formation.

Je remercie M. Pasquet, directeur du département d'orthophonie de Rouen, ainsi que toute l'équipe pédagogique, pour l'opportunité d'avoir effectué ces études et pour la qualité de la formation reçue.

Je remercie tous les professionnels (bibliothécaires et statisticiens) rencontrés durant la réalisation de ce mémoire pour leurs recommandations.

Je remercie Chloée Pérennec et Sophie Ouadghiri pour leur soutien et leur amitié au cours de ces études. Je remercie également Ludivine Bartoli pour ses précieux conseils et sa bienveillance depuis le début.

Je remercie mes amis d'Angers, de Rouen et d'ailleurs ainsi que mes collègues de colonies de vacances pour les beaux souvenirs durant mes années universitaires.

Enfin, je remercie mes parents et mes frères, Vincent et Erwan, pour leur compréhension, leur présence et leur confiance.

Table des matières

Remerciements.....	3
Introduction	6
Problématique et hypothèse générale	7
Partie théorique.....	8
1. Oralité : généralités.....	8
1.1. Définitions.....	8
1.2. Développement de l'oralité	8
1.3. Intégration sensorielle multimodale.....	10
1.4. Alimentation et émotions	12
2. Alimentation : culture, diversification et recommandations.....	13
2.1. Place de la culture	13
2.2. Diversification alimentaire	13
2.3. Recommandations européennes	14
3. Troubles de l'oralité	15
3.1. Définitions et prévalence	15
3.2. Identification des troubles de l'oralité.....	16
4. Diagnostic des troubles de l'oralité	18
4.1. Connaissance des troubles de l'oralité	18
4.2. Diagnostic pluridisciplinaire	18
4.3. Diagnostic clinique	18
4.4. Synthèse diagnostic clinique.....	21
5. Prise en charge.....	22
5.1. Différents professionnels.....	22
5.2. Prise en charge orthophonique	22
5.3. Axes thérapeutiques	23
Partie clinique	26
1. Hypothèses opérationnelles	26
1.1. Hypothèse générale	26
1.2. Hypothèses secondaires	26
2. Présentation des « Livrets de Guidance Oralité ».....	26
2.1. Livret 1.....	27
2.2. Livret 2.....	27
2.3. Livret 3.....	28

3.	Méthode	28
3.1.	Population	28
3.2.	Le matériel	29
4.	Description du questionnaire	30
4.1.	Partie 1 - Professionnels	30
4.2.	Partie 2 – Non utilisation des livrets avec au moins 1 patient.....	30
4.3.	Partie 2 – Utilisation des livrets avec au moins 1 patient	30
5.	Méthodologie du recueil des données et des résultats.....	34
5.1.	Données	34
5.2.	Résultats.....	34
	Résultats.....	35
1.	Partie 1 : Professionnels.....	35
1.1.	Identification des professionnels.....	35
1.2.	Partie 2 – Non utilisation des livrets avec au moins 1 patient.....	36
2.	Partie 2 – Utilisation des livrets avec minimum 1 patient	37
	Discussion.....	46
1.	Perception de l’outil selon les orthophonistes	46
1.1.	Un outil de guidance	46
1.2.	Un outil sensori-moteur.....	48
1.3.	Un outil destiné aux patients âgés de 18 à 23 mois	50
1.4.	Un outil culturel	52
1.5.	Un outil environnemental.....	53
1.6.	Pertinence de l’outil.....	53
2.	Limites et perspectives	54
2.1.	Limites	54
2.2.	Perspectives	55
	Conclusion.....	56
	Bibliographie	57

Introduction

« Je portai à mes lèvres une cuillerée du thé où j'avais laissé s'amollir un morceau de madeleine. Mais à l'instant même où la gorgée mêlée des miettes du gâteau toucha mon palais, je tressaillis, attentif à ce qui se passait d'extraordinaire en moi ». Marcel Proust, Du côté de chez Swan (1913).

L'alimentation est une fonction vitale chez l'être humain mais ne se réduit pas à ce seul intérêt organique. L'oralité alimentaire peut se définir à travers la sensorialité, la motricité, l'environnement familial, la culture ou encore les émotions comme l'évoque cette citation de Marcel Proust. Un trouble de l'oralité alimentaire est alors synonyme de difficultés quotidiennes répétées.

Les orthophonistes sont des cliniciens, parmi de nombreux autres corps de métiers, habilités à intervenir face à un trouble de l'oralité. Ce champ de compétences est récent dans le domaine de l'orthophonie. De plus, face à un patient présentant une plainte en oralité, l'orthophoniste investigate les différents domaines liés à ce trouble : rechercher les pathologie(s) organique(s), en coopération avec d'autres professions médicales et paramédicales, évaluer la sensorialité, objectiver les compétences motrices ou encore observer l'impact de l'environnement.

Ainsi, ce mémoire commencera par effectuer un état des lieux des connaissances actuelles en oralité alimentaire selon ces quatre aspects : organique, sensoriel, moteur et environnemental. Puis, la méthodologie proposée permettra de connaître et d'analyser les pratiques professionnelles des orthophonistes dans le cadre de l'utilisation d'un outil de prise en charge de ce trouble. Par ailleurs, chaque aspect de la méthodologie et du recueil des données s'appuiera sur les bases théoriques étudiées. Enfin, les résultats seront analysés et étudiés au regard des différentes hypothèses relevées.

Problématique et hypothèse générale

L'oralité alimentaire questionne étudiants, professionnels et patients ; de nombreuses interrogations sont présentes que ce soit en cours lors de la formation initiale ou lors des stages cliniques : qu'est-ce que c'est l'oralité alimentaire ? Quelles sont les origines de ce trouble ? Il y a-t-il des facteurs associés ? Quels professionnels contacter ? Rappelons par ailleurs que le domaine de l'oralité alimentaire est enseigné aux étudiants depuis la réforme des études en 2013 et a intégré la nomenclature des orthophonistes en avril 2018.

De plus, l'étiologie de ce trouble oriente de multiples façons sa prise en charge et les professionnels concernés. Au regard de cette diversité, comment les orthophonistes réalisent-ils un bilan ? Comment identifient-ils l'étiologie ? Quels sont les axes thérapeutiques proposés ? Quelles sont les activités réalisées ? Quel est le profil des patients nécessitant une prise en charge ?

En conséquence de cet état des lieux, une analyse des pratiques professionnelles semble être un premier pas dans la compréhension de la clinique actuelle des orthophonistes tout en observant qui sont ces patients pour qui une prise en charge en oralité alimentaire semble nécessaire. Par ailleurs, les livrets de guidance oralité, créés en 2015 par E. Levasseur, proposent un accompagnement ciblant la sensorialité, la motricité et l'environnement du patient. Actuellement, 287 orthophonistes possèdent ce matériel. Aucune étude n'a été effectuée afin de connaître l'intérêt de ce matériel.

L'hypothèse générale de ce mémoire est alors d'analyser comment les orthophonistes utilisent ces livrets et si, face à un trouble de l'oralité alimentaire, cet outil de guidance est jugé pertinent par les orthophonistes qui l'utilisent.

Partie théorique

1. Oralité : généralités

1.1. Définitions

L'oralité est un mécanisme qui se compose de structures physiologiques et anatomiques telles que le système neurologique, le système respiratoire et le système digestif. Elle se construit en parallèle du développement sensoriel et moteur de chaque individu.

L'oralité, selon G. Couly, professeur de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, est avant tout nutritionnelle et se construit par un processus neuro-développemental continu. Celui-ci se compose d'une période de succion-déglutition embryo-fœtale puis d'un développement gnoso-praxique de l'enfant à partir de 6 mois en moyenne. (Couly, 2017)

L'oralité alimentaire se développe à travers les multiples sens : les cinq sens connus de tous mais aussi le sens thermique (*la température*), nociceptif (*la douleur*), proprioceptif (*la position et les mouvements*), vestibulaire (*l'équilibre*) ou encore intéroceptif (*les organes internes*). Le développement de l'oralité alimentaire se construit à travers cette multimodalité sensorielle. L'intégration neuro-sensorielle est un processus neurologique d'organisation des informations que nous recevons à chaque instant en provenance de notre corps et du monde extérieur. (Hallet, 2011).

1.2. Développement de l'oralité

1.2.1. Les expériences anté et post natales

Les structures anatomiques se façonnent durant les trois premiers mois de grossesse et les premières réponses corticales apparaissent lors du dernier trimestre de grossesse. (Kuhn et al. 2011). Ces expériences prénatales s'inscrivent dans le développement de l'oralité. Prenons l'exemple de l'olfaction, les premières réponses corticales sont observées dès 32 semaines d'aménorrhée et, grâce à ces expériences prénatales, le nouveau-né est capable d'émettre des préférences à la fois envers le corps et les habitudes alimentaires de sa mère durant la grossesse.

Tableau 1 : Principales étapes chronologiques du développement des systèmes sensoriels chez le fœtus et / ou le nouveau-né prématuré (Kuhn et al., 2011)

Tableau I Principales étapes chronologiques du développement des systèmes sensoriels chez le fœtus et/ou le nouveau-né prématuré.				
Systèmes sensoriels	Présence des structures anatomiques périphériques		Premières réponses physiologiques et/ou comportementales observées	Premières réponses corticales observées
	Premiers éléments	Forme complète*		
Somesthésique (tact)				
Zone péri-orale	9 sem			24 sem
Faciale, palmo-plantaire	11 sem	20 sem	14 sem sur tout le corps	(PE somesthésiques)
Corps complet	15-17 sem			
Nociception	7 sem	20 sem	16-20 sem. (16 sem. hémodynamique/ 18 sem. hormonale)	25 sem (NIRS)
Vestibulaire	5 sem	14 sem	24-25 sem (réflexe de Moro)	-
Gustation				
Papilles gustatives	10 sem	18-20 sem	26-30 sem	-
Olfaction				
Syst. Olfactif principal	7 sem	11 sem	28 sem (plus tôt ?)	32 sem (non exploré avant)
Syst. Trigéminal	4 sem	14 sem	27-28 sem	(NIRS cortex orbito-frontal)
Audition				
Cochlée	10 sem	22 sem	23-25 sem	24- 25 sem (PEA tronc cérébral) 26 – 27 sem (PE auditifs corticaux)
Vision				
Rétine neuro-sensorielle	10 sem	24-26 sem	25 sem	24-25 sem (PE Visuels corticaux)

NIRS : Near Infra-Red Spectroscopy. PE : Potentiels Evoqués ; sem : semaines de gestation

* : indique que les principaux éléments sont anatomiquement présents même si leur maturation anatomique et/ou fonctionnelle n'est pas achevée.

Ces premières expériences concourent au développement sensoriel et plus généralement à celui de l'oralité alimentaire.

1.2.2. L'oralité primaire et l'oralité secondaire

Selon G. Couly, l'oralité primaire se compose de 2 entités : l'oralité primaire gestationnelle (la succion et la déglutition embryo-fœtale) et l'oralité primaire post-natale. Cette dernière se développe en parallèle des réflexes protecteurs du larynx et des voies respiratoires. (Couly, 2015). L'émergence de la succion-déglutition du fœtus nécessite alors un appareil fonctionnel oral, mais aussi du tronc cérébral et de ses nerfs qui vont être essentiels pour le fonctionnement moteur et sensoriel. Ces différentes structures se coordonnent et se synchronisent. (Couly, 2015). A la naissance, chez un bébé tout-venant, la succion-déglutition est organisée et mature. C. Senez, orthophoniste, décrit également le rôle de la succion-déglutition durant la vie fœtale et la vie néonatale. La succion est un acte complexe qui nécessite un fonctionnement neurologique efficient et des caractéristiques anatomiques intactes. Les réflexes oraux (appelés également « archaïques ») s'intègrent au

processus de succion-déglutition. Ces réflexes sont multiples : réflexe des points cardinaux, réflexe nauséux, automatisme d'orientation de la langue, pression alternative, réflexe de succion ou encore réflexe de toux. (Senez, 2015).

L'oralité secondaire apparaîtrait au cours du 2^{ème} trimestre post-natal. Celle-ci a pour objectif la nutrition et la satisfaction de la sensation de faim. Elle correspond au développement de nouvelles praxies grâce à la mastication et à l'utilisation de la cuillère (Couly, 2015). Cette période est généralement celle de l'introduction des aliments et de la diversification alimentaire. De plus, l'oralité secondaire correspond à la corticalisation du réflexe de succion-déglutition ; le bébé réalise une succion-déglutition volontaire, consciente. (Senez, 2015). L'oralité primaire et secondaire s'accompagnent également de nombreuses manifestations émotionnelles. (Couly, 2017)

Le développement de l'alimentation s'appuie donc sur une activité motrice orale, une maturation neurologique, de multiples stimulations sensorielles et des émotions. Une coordination sensorielle est également nécessaire.

1.3.Intégration sensorielle multimodale

L'intégration sensorielle multimodale permet la coordination des multiples informations sensorielles (sens gustatif, auditif, visuel, proprioceptif, vestibulaire, etc.) et l'adaptation du comportement face aux stimuli de l'environnement. Elle participe au développement sensori-moteur de l'alimentation et nécessite un développement neurologique fonctionnel. L'intégration sensorielle se forme à partir d'évènements précoces mais le fonctionnement cognitif de la mémoire infantile reste hypothétique. Chaque individu présente des intégrations neurosensorielles différentes et des attentes sensorielles variées qui se construisent dès la vie fœtale. Ainsi, une odeur acquise précocement peut influencer le comportement alimentaire jusqu'à l'âge adulte. (Schaal et al. 2002). Par ailleurs, l'intégration sensorielle comprend différents processus successifs (Hallet, 2011) :

- La réception = stimuli sensoriels grâce aux millions de capteurs sensoriels présents à l'intérieur et à l'extérieur du corps.
- La détection = réception des stimuli sensoriels par le système nerveux central.

- L'intégration = mise en relation des sensations.
- La modulation = régulation cérébrale des informations sensorielles (avec excitation ou inhibition des stimuli sensoriels).
- La discrimination sensorielle = perception de la qualité, des similitudes et des différences au sein et entre des stimuli sensoriels.

L'analyse de ces stimulations sensorielles va ensuite agir sur les compétences sensorimotrices de chaque individu. Le système nerveux central peut transmettre, grâce aux stimuli sensoriels, des réponses motrices telles que des réactions posturales ou encore des praxies.

M. Ramsay, psychologue pédiatrique, propose un tableau récapitulatif des capacités développementales d'un bébé de 0 à 24 mois ; il comprend notamment le développement sensoriel et moteur de l'alimentation. Il synthétise le continuum développemental d'un enfant tout-venant et ainsi présente des repères développementaux. (Ramsay, 2001).

Tableau 2 - Capacités alimentaires et autres capacités développementales selon l'âge du bébé

Capacités	0 – 2/3 mois	3-6/7 mois	7-10/11 mois	11-15/16 mois	16-24mois et plus
Alimentation (motricité orale)	tête	suce/mord	mâche	mastique	mastique bien
Texture des aliments (réactivité sensorielle)	liquide	purée	grumeaux	hâché morceaux	en nourriture de table
Instruments	sein/biberon	cuillère	tasse/doigts	mange seul	fourchette
Langage	gazouille	babille	sons détachés	mots détachés	mots associés
Motricité fine	agite les doigts	saisit/retient	transporte	relâche/lance	griffonne
Motricité globale	soulève la tête	se tourne	s'assoit seul	se tient debout/marche	court/saute

1.4. Alimentation et émotions

L'oralité, en plus de la mise en place de structures anatomiques, neurologiques et d'expériences sensorielles variées, est également corrélée aux émotions et au circuit de la récompense et du plaisir.

En effet, le système central de la récompense, qui repose sur le système mésolimbique, joue un rôle dans deux composantes de l'alimentation : la sensation d'appétit et les préférences alimentaires. Ce système est essentiel dans le processus de sélection des aliments. (Peretti, 2017). De plus, le cerveau humain mémorise les expériences les plus fréquentes, et non les meilleures expériences ; il ne trie pas les expériences négatives des expériences positives. Par exemple, la répétition d'expériences alimentaires négatives (présence d'un reflux gastro-œsophagien non traité, pose d'une sonde naso-gastrique durant une longue durée, etc.) va entraîner une irritabilité sensori-motrice et émotionnelle chez l'enfant. En revanche, la répétition d'expériences alimentaires positives (stimulations sensorielles agréables, plaisir lors des repas) permet une intégration positive de l'alimentation.

Par ailleurs, l'oralité alimentaire est également liée aux stimulations environnementales proposées ; l'aspect culturel de l'alimentation est alors à observer et est indissociable du développement de l'oralité alimentaire.

2. Alimentation : culture, diversification et recommandations

2.1. Place de la culture

L'alimentation est une fonction vitale indispensable à l'organisme. Néanmoins, elle ne se définit pas qu'au regard de cet aspect physiologique. L'alimentation est aussi culturelle et les pratiques alimentaires varient selon les coutumes.

Le choix des aliments et l'âge de leur introduction varient d'une culture à une autre. En Inde, par exemple, 71% à 91% des enfants consomment des légumineuses et de fruits oléagineux dès l'âge de 6 mois contre moins de 6% des enfants en Norvège. (Perez, 2015). La façon d'alimenter l'enfant fluctue également : au Népal, l'adulte prémâche les aliments ; au Pérou les adultes laissent l'enfant se nourrir seul et au Nigéria, l'adulte bouche le nez de l'enfant d'une main et introduit l'aliment dans la bouche de l'autre main. (Pelto et al, 2003). Le positionnement des parents diffère aussi, au Mali et au Japon l'adulte se place à côté de l'enfant, alors qu'en France, l'adulte se met face à l'enfant. Enfin, pour la fréquence des repas, l'enfant est nourri 1 fois par jour au Bhoutan contre plus de 4 fois par jour au Mali, au Brésil ou au Guatemala. (Perez, 2015)

Ainsi, le choix des aliments, la façon d'alimenter, le positionnement des parents pendant les repas ou encore la fréquence des repas sont autant d'habitudes qui diffèrent. La diversification alimentaire présente également de nombreuses variations.

2.2. Diversification alimentaire

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la diversification alimentaire correspond à l'introduction de tout aliment autre que le lait maternel. (Turck et al, 2015).

Actuellement, d'après l'étude française Epifane de 2012, l'âge médian de diversification alimentaire est de 5 mois ; 13% des nourrissons sont diversifiés avant 4 mois et 67 % avant 6 mois. (Boudet-Berquier et al., 2017). L'étude OPALINE, Observation des Préférences Alimentaires du Nourrisson et de l'Enfant, met en avant que le premier aliment est donné en

moyenne vers 4 mois et demi mais que la diversification véritable débute à 5 mois et demi. (Nicklaus, 2009)

2.3.Recommandations européennes

Les recommandations européennes actuelles sont un point d'appui pour connaître le processus développemental de l'alimentation et les âges clés durant ce continuum. La Société Européenne de Gastroentérologie, Hépatologie et Nutrition Pédiatriques (SEGHNP) a mis à jour en 2017 ses recommandations alimentaires ; en voici quelques extraits :

Concernant l'âge d'introduction des aliments compléments :

- L'allaitement maternel doit être exclusif jusqu'au 4^{ème} mois minimum (soit jusqu'à la fin du 4^{ème} mois) et rester prédominant jusqu'à 6 mois.
- L'introduction des aliments de complément devrait se faire après l'âge de 4 mois et avant l'âge de 6 mois.

Concernant le contenu des compléments :

- Les aliments de compléments doivent être adaptés à la culture de la population et être variés en termes de textures et de goûts.
- Les aliments allergènes peuvent être proposés dès le début de la diversification.
- Le sucre et le sel ne devraient pas être introduits à l'alimentation de complément. Les jus de fruits et les boissons sucrées devraient également être évités.
- Une diversification alimentaire de type végétarienne ou végétalienne n'est pas formellement proscrite. (Fewtrell et al., 2017)

Ainsi, la culture fait partie intégrante du développement de l'alimentation et une prise en compte des us et coutumes culturelles semblerait pertinente face aux différentes problématiques alimentaires. Un trouble de l'oralité alimentaire nécessiterait alors une enquête clinique multifactorielle comprenant la totalité des notions regroupées derrière les termes « alimentation » ou « oralité alimentaire ».

3. Troubles de l'oralité

3.1. Définitions et prévalence

3.1.1. Terminologies

En France, les terminologies fréquemment mentionnées sont : « Trouble de l'Oralité Alimentaire (TOA) » ou encore « Syndrome de Dysoralité Sensorielle (SDS) ».

Dans la littérature anglo-saxonne, les termes « feeding disorder » (*trouble de l'alimentation*), « feeding difficulty » (*difficulté d'alimentation*), « picky eater » (*mangeur pointilleux, difficile*) ou encore « fussy eater » (*mangeur difficile*) sont retrouvés. (Kerzner et al., 2015)

3.1.2. Définitions

La « dysoralité d'origine sensorielle » correspondrait à un handicap sensoriel majeur entraînant de sévères restrictions alimentaires ainsi que des difficultés praxiques (qui seraient la conséquence des troubles sensoriels). De plus, le réflexe nauséux serait le symptôme d'un dégoût et non l'origine des aversions alimentaires. (Senez, 2015)

« Feeding disorder » est un trouble alimentaire qui a des conséquences au niveau organique, nutritionnel et émotionnel. (Kerzner et al., 2015)

Dans le DSM-5, les troubles alimentaires sont regroupés dans la catégorie « Feeding and Eating disorders » (*troubles de l'alimentation*) ; et au sein de cette catégorie y est présent : « Avoidant / restrictive food intake disorder » (*le trouble de l'alimentation sélective et évitante*) qui regroupe trois comportements souvent retrouvés dans les troubles de l'oralité : la restriction du nombre d'aliments mangés, la faible absorption d'aliments et la peur de manger. (American Psychiatric Association, 2013).

Le trouble de l'oralité peut également se représenter sous la forme d'une cascade dysfonctionnelle composée d'une boucle sensorielle primaire : une situation prédisposante, des douleurs et / ou des difficultés amenées via l'alimentation et une intégration sensorielle négative ; ainsi que d'une boucle sensorielle secondaire : un comportement difficile de l'enfant à table et les réponses parentales face aux difficultés. (Levavasseur, 2017)

3.1.3. Prévalence

La prévalence varie selon les études. Aux Pays-Bas, 5,6% des enfants âgés de 4 ans présenterait un trouble alimentaire ; aux Etats-Unis ce chiffre atteindrait 50% pour les enfants de 2 ans (Taylor et al., 2015). En France, la prévalence des troubles alimentaires chez les bébés tout-venant serait de 25% ; elle atteindrait 33% pour les bébés ayant une atteinte neurologique. (Ramsay, 2001). Ainsi, à la lecture de ces différentes données, la prévalence de ces troubles semble néanmoins importante, qu'importe la population ou le pays.

3.2. Identification des troubles de l'oralité

Il n'existe pas de terminologies, de définitions ou de systèmes classificatoires universellement acceptés pour identifier les troubles de l'oralité alimentaire. Toutefois, certains auteurs proposent différentes catégorisations.

La classification internationale la plus fréquemment retrouvée dans la littérature est celle de I. Chatoor, médecin et professeur en psychiatrie et en pédiatrie. Cette classification se compose de six catégories : le trouble alimentaire de la régulation des états / le trouble alimentaire par manque de réciprocité mère - nourrisson / l'anorexie du nourrisson / les aversions sensorielles alimentaires / le trouble alimentaire avec une cause organique associée, ou une cause médicale concurrente / le trouble alimentaire post-traumatique. (Chatoor, 2002) Cette première classification apporte des éléments importants : l'identification d'une cause organique, l'identification de particularités sensorielles ou encore l'importance des émotions et de l'environnement. (Cascales et al., 2014)

M. Ramsay, propose une catégorisation impliquant deux aspects parallèles et concomitants : les causes physiologiques (appétit pauvre ou fluctuant / difficultés sensorielles dans la sphère oro-pharyngée / problèmes de motricité de la sphère oro-pharyngée) et les problèmes comportementaux (refus de s'alimenter / comportements parentaux inadaptés). Cette organisation propose alors une observation clinique basée sur la sensori-motricité de l'enfant ainsi que sur les comportements et les stratégies parentales. Cependant, les causes organiques ne sont pas abordées (Ramsay, 2001).

Lucy J. Miller, professeur et pédiatre, propose une classification des troubles du traitement de l'information sensorielle reposant sur trois catégories : trouble de la modulation sensorielle (hypersensibilité, hyposensibilité, recherche sensorielle), trouble de la discrimination sensorielle et trouble moteur d'origine sensorielle (Miller et al., 2007). I. Barbier, orthophoniste, s'appuie sur cette dernière classification pour déterminer l'étiologie d'un trouble de l'oralité. Selon elle, le repas est un moment sollicitant de nombreuses informations sensorielles simultanées ; deux profils sensoriels peuvent alors se retrouver :

- Un enfant « hyposensible » : qui présente des attitudes de recherche de stimulations sensorielles (quantités importantes ingérées, agitation motrice, rapidité repas)
- Un enfant « hypersensible » : qui évite les stimulations sensorielles (sélectivité alimentaire importante, lenteur) (Barbier, 2014).

Cette dernière classification et ces différentes définitions exposent alors l'importance de la sensorialité dans l'identification des troubles de l'oralité. Néanmoins, les causes organiques, motrices ou environnementales ne sont pas abordées.

Ainsi, l'identification d'un trouble de l'oralité peut s'appuyer sur de multiples observations cliniques et apports théoriques. Comme le soulignent T. Cascales, psychologue, et J-P Olives, gastro-entérologue, les causalités de ces troubles sont « multiples, multidirectionnelles et complexes ». Les classifications actuelles sont alors des points d'appuis à toute prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire mais nécessitent de garder un esprit critique clinique. (Cascales et al., 2014)

La difficulté de classer le trouble de l'oralité alimentaire reflète la complexité de ce trouble en lui-même ; il peut être la conséquence d'une pathologie organique sous-jacente, être associé à un retard de développement ou encore être l'adaptation d'un comportement face aux stimuli de l'environnement. Un diagnostic clinique pluridisciplinaire semble alors indispensable.

4. Diagnostic des troubles de l'oralité

4.1. Connaissance des troubles de l'oralité

Les troubles de l'oralité alimentaire ne sont pas toujours connus de tous. En France, les étudiants en orthophonie sont formés à ce domaine depuis la réforme des études de 2013.

Un mémoire réalisé en 2013 en Haute-Normandie a évalué les connaissances de médecins à propos de ce trouble. Concernant la formation : 1 médecin généraliste sur les 9 interrogés sont formés à ces troubles contre 14 des 20 pédiatres interrogés. Quant à la prise en charge : 2 médecins généralistes sur 9 savent qu'un orthophoniste est habilité à prendre en charge ses troubles. (Quesnel, 2014)

Par ailleurs, une enquête, menée auprès de 160 nourrissons à l'hôpital de Montréal pour Enfants, a montré que le délai moyen d'envoi de l'enfant en pédiatrie était de 19 mois, alors que l'âge moyen d'apparition des troubles est de 3,1 mois. (Ramsay, 2001)

4.2. Diagnostic pluridisciplinaire

Le trouble de l'oralité est complexe et peut être la conséquence de déficits multiples. Ce trouble peut être repéré par des médecins : pédiatres, neuropédiatres, gastroentérologues, neurologues, cardiologues, O.R.L. mais nécessite aussi le regard clinique de professions paramédicales : orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, diététiciens, orthoptistes, neuropsychologues, etc.

4.3. Diagnostic clinique

Le diagnostic clinique actuel peut se baser sur une anamnèse approfondie, la recherche de signes physiologiques ou encore l'observation clinique des processus sensori-moteurs et de l'environnement. Il n'existe cependant pas d'outils permettant d'évaluer un trouble de l'oralité dans sa totalité.

4.3.1. Anamnèse et inventaire alimentaire

L'orthophoniste peut réaliser une anamnèse détaillée reprenant : le développement alimentaire (*grossesse, naissance, allaitement / biberon, diversification, etc.*), le parcours

médical (*identifier une cause organique, etc.*), le développement de l'enfant (*motricité globale et fine, langage oral, etc.*), la sensorialité (*comportements et / ou réactions dans la vie quotidienne face à des stimulations sensorielles diverses, etc.*) et le point de vue des parents (*identifier les stratégies parentales, le déroulement des repas, etc.*). (Prudhon et al., 2009) (Barbier, 2014)

De plus, un inventaire alimentaire peut être effectué lors de l'anamnèse. Il permettra de connaître les aliments acceptés par l'enfant mais aussi de prendre en compte l'aspect culturel de l'alimentation propre à chaque enfant et de sa famille afin de proposer une prise en charge individualisée et ciblée en adéquation avec les habitudes culturelles. (Prudhon et al., 2009)

Enfin, des questionnaires parentaux peuvent également aider les parents à étayer leurs observations et mieux repérer les signes cliniques. P. Garg, pédiatre, en propose un qui présente des exemples de la vie courante concrets tels que « *Mon enfant mange seulement des aliments sélectionnés* » ou encore « *Mon enfant refuse de la nourriture à cause de l'odeur / du goût / de la texture / de la température ou de l'apparence* ». (Garg et al., 2015)

4.3.2. Identifier un trouble physiologique

De nombreuses pathologies, notamment respiratoires, digestives ou encore neurologiques peuvent être à l'origine des troubles de l'oralité alimentaire. Une pathologie en elle-même n'entraîne toutefois pas systématiquement un trouble de l'oralité mais peut être à l'origine d'une atteinte physiologique. Dans cette situation, l'orthophoniste observe les signes cliniques et s'interroge sur la possibilité d'une contrainte physiologique. Le travail pluridisciplinaire est ici indispensable. Les signes cliniques repérés par l'environnement (parents, médecins) sont principalement : (Kerzner et al., 2015)

- Physiologiques : vomissements / pas ou peu de prise de poids / douleur apparente lors de l'alimentation / retard de développement.
- Comportementaux : sélectivité alimentaire / refus alimentaire.
- Environnementaux : repas perturbés ou stressants / distraction pour augmenter l'apport alimentaire.

4.3.3. Identifier des atteintes sensorielles et / ou motrices

Les troubles sensoriels (hypersensibilité, hyposensibilité et recherche sensorielle) et les troubles moteurs (motricité globale et motricité fine) sont d'autres étiologies possibles d'un trouble de l'oralité (Tessier, 2011). Des outils cliniques peuvent permettre d'identifier des atteintes sensorielles et / ou motrices.

Le Profil de Dunn des ECPA permet d'expliquer les comportements de l'enfant par l'interprétation de sa capacité d'intégration des stimuli sensoriels. Le profil d'un patient est établi à partir d'un questionnaire (soit en version longue 125 questions, soit en version courte 38 questions) décrivant ses comportements face à diverses expériences sensorielles de la vie quotidienne. Le profil se décompose en trois parties : le traitement de l'information sensorielle (auditive / visuelle / vestibulaire / tactile / multisensorielle / information orale) ; la modulation sensorielle (modulation liée à l'endurance, tonus / position du corps et au mouvement / etc.) et les réponses comportementales et émotionnelles. (Dunn, 2010).

Par ailleurs, la motricité peut être observée en effectuant un examen clinique de la sphère bucco-faciale et des praxies afin de déterminer les capacités oro-motrices de l'enfant. (Barbier, 2014) Ainsi, P. Grevesse, logopède, complète cette évaluation de la fonctionnalité orale à travers l'observation des compétences oro-motrices (mise en bouche, suçotement, mastication déglutition) grâce notamment à l'échelle SOMA – Schedule for Oral-Motor Assessment. Cette échelle permet d'évaluer les habiletés motrices de différentes structures (mâchoire, lèvre, muscles) et fonctions (salivation) face à différentes textures tout en observant leur coordination (par exemple la lèvre inférieure bouge de façon à faciliter la saisie du contenu de la cuillère). (Reilly et al., 2000).

Enfin, des repères développementaux oro-moteur peuvent étayer l'analyse effectuée, notamment : (Ramsay, 2001)

- 11-15 mois : latéralisation de la langue, mange avec les doigts, langue essuie les aliments sur les lèvres.
- 16-24 mois et plus : mouvement de mastication évolué, boit à la tasse, mange seul.

4.3.4. Identifier les stratégies parentales

L'environnement, telles que les stratégies parentales ou les influences sociales, est important à analyser face à un trouble de l'oralité alimentaire. (Taylor et al., 2015) Comprendre l'impact, positif ou négatif, de l'environnement permet en effet d'identifier son rôle dans l'ancrage ou l'amélioration des difficultés identifiées.

L'observation d'un repas, en plus d'analyser le fonctionnement sensori-moteur du patient, permet d'objectiver les attitudes parentales face aux comportements de l'enfant. Un comportement difficile de l'enfant lors des repas et des réponses parentales inadéquates concourent à une intégration négative de l'oralité. Autrement dit, l'orthophoniste, après avoir recherché des caractéristiques propres à la boucle sensorielle primaire, peut s'intéresser à la boucle sensorielle secondaire. (Levavasseur, 2017)

4.3.5. Profils spécifiques repérés

La clinique et la littérature pointent spécifiquement certains profils comme étant particulièrement sensibles aux troubles de l'oralité alimentaire. Ces profils comme la prématurité, le trouble du spectre autistique, les syndromes génétiques ou encore le polyhandicap, peuvent entraîner des atteintes à la fois organique, sensorielle et motrice. (INSERM, 2015).

4.4.Synthèse diagnostic clinique

Tous ces outils et ces observations peuvent être exploités par l'orthophoniste afin d'effectuer une évaluation clinique globale et approfondie. Le diagnostic reprendra ainsi les causes, les conséquences, les signes cliniques, la culture du patient et le ressenti de l'entourage. Cette évaluation s'inscrit dans un contexte pluridisciplinaire pour déterminer au mieux la cause possible du trouble et apporter d'autres regards concernant les signes cliniques.

5. Prise en charge

La prise en charge des troubles de l'oralité nécessite un travail pluridisciplinaire compte tenu de la multiplicité des origines de ce trouble et de ses répercussions possibles.

5.1. Différents professionnels

Dans le monde médical, les médecins généralistes, les pédiatres, les neuropédiatres ou encore les gastroentérologues, les pneumologues, les médecins O.R.L. sont les professionnels de santé les plus concernés pour l'observation, le diagnostic et la mise en place de soins pour le trouble de l'oralité alimentaire. Toute autre spécialité médicale peut également avoir à observer ce trouble. Les infirmières, les sages-femmes et les puéricultrices vont également jouer un rôle indispensable lors des premiers jours de vie du nouveau-né et veiller à la mise en place de propositions / sollicitations stimulantes et apaisantes pour le bébé. Ce travail peut se faire en collaboration avec un professionnel formé aux soins de développement. Les professionnels paramédicaux tels que les orthophonistes, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les orthoptistes, les psychomotriciens ou encore les diététiciens ont tous un rôle différent et complémentaire dans la prise en charge de ce trouble. Le trouble de l'oralité alimentaire peut nécessiter une prise en charge motrice, posturale, visuelle, sensorielle, etc. Enfin, les accompagnants tels que les éducateurs, le personnel de crèche, les enseignants vont également participer quotidiennement à la prise en charge de ces troubles.

Ainsi, face à un trouble de l'oralité identifié, l'orthophoniste peut solliciter de nombreux professionnels lors d'une prise en charge.

5.2. Prise en charge orthophonique

L'Avenant n°16 paru le 18 juillet 2017 comprend la création de l'acte orthophonique de la rééducation des troubles de l'oralité d'un AMO 13.5. à partir d'avril 2018. La prise en charge orthophonique des troubles de l'oralité fait désormais officiellement partie des champs de compétences et d'interventions des orthophonistes. (Avenant n°16, 2017).

La décision d'une prise en charge orthophonique s'établit à la suite du bilan initial. Les axes thérapeutiques seront fixés par l'orthophoniste en fonction du trouble, des objectifs thérapeutiques et de la demande de l'entourage. L'orthophoniste peut proposer une orientation vers d'autres professionnels, mettre en place uniquement une guidance parentale ou encore effectuer un suivi orthophonique. Les orthophonistes sont libres de choisir comment mener leur prise en charge et quelle(s) technique(s) employer. Le projet thérapeutique peut se construire au regard des aspects organiques, sensoriels, moteurs et environnementaux du patient.

5.3. Axes thérapeutiques

5.3.1. Organique

En premier lieu, l'orthophoniste peut effectuer sa prise en charge en s'appuyant sur le profil médical du patient et en partenariat avec les professionnels de santé. (Levavasseur, 2017). Débuter par les troubles organiques permettrait en parallèle de réduire l'anxiété parentale (Ramsay, 2001). Si aucune cause organique n'est objectivée, l'orthophoniste reste néanmoins attentif aux divers signes cliniques observés et évoqués en séance et contacte des médecins spécialistes en cas de persistance des troubles.

5.3.2. Moteur

La motricité peut être travaillée en rééducation orthophonique à travers différentes activités. Les praxies bucco-faciales permettent notamment de tonifier et de mobiliser les muscles du visage, des lèvres, des joues, de la langue et du voile du palais. Les exercices peuvent se constituer de mouvements de fermeture de bouche, de mouvements latéraux de la langue ou encore de jeux de souffle. (Barbier, 2014). Rosenfelf-Johnson, créatrice de TalkTools®, propose des techniques permettant de travailler la sensori-motricité grâce à des outils vibratoires, des couverts adaptés ou du matériel permettant de travailler la mastication. Ces outils peuvent compléter le travail moteur réalisé par l'orthophoniste mais aussi stimuler la sensorialité de l'enfant grâce à du matériel présentant des caractéristiques tactiles et proprioceptives différentes. (Kay A. Toomey, 2010). Une progression de l'utilisation de ces outils cliniques est possible : débiter les stimulations et les exercices de mastication avec les

Chewy-Tube®, utiliser le Z-Vibe® avec un embout simple et lisse au début puis diversifier les embouts et les stimulations. (Grevesse, 2017).

5.3.3. Sensoriel

La prise en charge orthophonique peut aussi s'intéresser aux sens et à leur fonctionnement lors de l'alimentation tels que (Barbier 2014) :

- La vue : accompagner l'enfant dans sa découverte visuelle, représenter le repas de façon symbolique (*dînette, aliments en plastique*).
- L'odorat : accompagner l'enfant dans sa découverte olfactive (*cuisiner, être présent lors des repas*).
- La proprioception : stimuler le système proprioceptif en ergothérapie ou en psychomotricité et mise en place d'aménagements (*boudins lestés, apport de vibrations*).
- Le sens vestibulaire : stimuler l'équilibre en dehors des temps de repas et aménager l'installation lors du repas.
- Le sens tactile : intégrer graduellement les stimuli tactiles (profil hypersensible) ou répondre aux exigences de cette stimulation intensive (profil hyposensible).

Pour compléter cette approche sensorielle, une désensibilisation de la bouche en cas de d'hypersensibilité buccale et intra-buccale peut être réalisée. Cette désensibilisation peut s'effectuer grâce à des massages profonds, des tapotements et un brossage de la sphère buccale à plusieurs reprises dans la journée. (Barbier, 2014) C. Senez propose également des « massages de désensibilisation » qui consistent en des massages intra-buccaux très appuyés et très rapides. Les massages doivent être pluriquotidiens (8 fois par jour) et sont réalisés par l'entourage du patient. Ces massages doivent être maintenus 7 mois. (Senez, 2015) Toutefois, d'autres auteurs ne considèrent pas nécessaire de débiter une prise en charge par des massages intra-buccaux hormis chez le nourrisson en prévention de la mise en place de mécanismes de refus. (Grevesse, 2017)

5.3.4. Environnement

Une prise en charge de groupe entre patients présentant le même trouble semble apporter des bénéfices. En effet, aux Etats-Unis, le Docteur Kay A. Toomey, pédiatre, a mis en

place le « SOS Approach to feeding » (*SOS Approche de l'alimentation*). Ce programme propose notamment, pour les enfants âgés entre 18 mois et 7 ans, une prise en charge de groupe avec d'autres enfants ayant des difficultés similaires. Cela permettrait aux enfants de faire des progrès plus rapidement que s'ils étaient avec des enfants ne présentant aucune difficulté. (Kay A. Toomey, 2010)

Par ailleurs, un accompagnement parental paraît indispensable à la prise en charge de ce trouble. De nombreux conseils peuvent être transmis par les orthophonistes aux proches du patient tels que : (Ramsay, 2001)

- « Aider les parents à surmonter leur sentiment que le refus de nourriture chez l'enfant est volontaire et dirigé contre eux. »
- « Informer les parents des aspects physiologiques de l'alimentation et des étapes du processus alimentaire. »
- « Encourager les parents à servir des aliments appropriés au niveau d'habileté alimentaire acquise par leur bébé plutôt qu'à son âge, afin de diminuer la tension au cours du repas. »

E. Levavasseur propose également des axes de l'accompagnement parental ; notamment : participer à la compréhension du développement, faire émerger les représentations cognitives, prendre en compte les habitudes familiales, renforcer les conduites parentales positives ou encore orienter vers un partenaire de santé. (Levavasseur, 2017). Par ailleurs, E. Levavasseur a créé en 2015 un outil de guidance parentale, les « Livrets de Guidance Oralité » pouvant être utilisé par les orthophonistes. Ce matériel se compose de 3 livrets constitués de 5 semaines d'activités chacun ; il propose des jeux à faire chaque semaine à la maison et plusieurs fois par jour.

Ainsi, l'oralité alimentaire se retrouve au croisement de la sensorialité, de la motricité, de l'environnement et du développement organique. Un regard pluridisciplinaire est indispensable tant pour identifier l'étiologie du trouble que pour la prise en charge réalisée. Toutefois, les pratiques cliniques des orthophonistes concernant la prise en charge de ce trouble sont rarement décrites. Un regard sur l'utilisation d'un outil de guidance permettrait à la fois de connaître l'intérêt de ce matériel tout en observant les pratiques professionnelles.

Partie clinique

1. Hypothèses opérationnelles

1.1. Hypothèse générale

L'hypothèse principale de ce mémoire est : face à un trouble de l'oralité alimentaire, cet outil de guidance est jugé pertinent par les orthophonistes qui l'utilisent.

Cette hypothèse se vérifiera à travers une enquête réalisée auprès de 122 orthophonistes. Celle-ci se termine par huit questions ciblant spécifiquement la pertinence ou non de ce matériel au regard de différents critères : les axes thérapeutiques, les activités, la culture, les stratégies parentales, l'alimentation et le temps des repas.

1.2. Hypothèses secondaires

Les hypothèses secondaires sont :

- Cet outil est pertinent en guidance parentale.
- Cet outil permet de travailler la sensorialité et la motricité.
- Cet outil est bénéfique pour les patients âgés de 18 à 24 mois
- Cet outil propose des activités correspondant à la culture du patient
- Cet outil impacte positivement l'environnement

L'enquête, détaillée ci-après et présentée en annexe, permettra d'objectiver les pratiques professionnelles des orthophonistes utilisant cet outil. Une description des livrets semble néanmoins importante pour commencer.

2. Présentation des « Livrets de Guidance Oralité »

Les « Livrets de Guidance Oralité n°1 à n°3 » de E. LEVAVASSEUR font partie intégrante de la méthodologie. En effet, chaque orthophoniste interrogé dans le cadre de cette étude aura au préalable acheté cet outil.

L'orthophoniste possédant ce matériel peut le proposer pour soutenir et étayer l'accompagnement parental effectué lors de la prise en charge des troubles de l'oralité

alimentaire. Ces troubles peuvent être secondaires à une pathologie médicale connue et présenter des signes cliniques différents. Ces livrets ont été pensés pour des patients d'un âge développemental de 18 mois à 23 mois.

Il existe 3 livrets qui se composent de 5 fiches hebdomadaires chacun, soit un protocole d'une durée de 15 semaines. Chaque fiche hebdomadaire comprend 4 à 5 activités à réaliser dans la vie quotidienne du patient. Ces livrets comprennent également des tableaux à remplir par l'entourage du patient. Ceux-ci sont à double entrée : ils permettent de notifier la fréquence des activités proposées et les réactions de l'enfant (« *mon enfant me regarde* », « *il touche sa bouche* », etc) tout en réalisant une guidance implicite des parents. Chaque fiche hebdomadaire s'utilise de façon chronologique et ne doit pas être proposée deux fois si les activités proposées ne sont pas réussies / effectuées pour en préserver l'intérêt. De plus, l'orthophoniste proposera à l'entourage du patient d'adapter chaque activité en fonction de la culture et des envies de chacun, notamment lors de jeux autour de l'alimentation.

Ces livrets nécessitent que les activités proposées soient choisies quotidiennement et avec du plaisir. Rappelons que le cerveau humain ne retient pas les meilleures expériences mais les expériences les plus fréquentes. Les émotions et les expériences plaisantes jouent un rôle non négligeable dans l'alimentation.

2.1. Livret 1

Ce premier livret se compose de 5 fiches hebdomadaires ; elles-mêmes composées de 4 activités. L'objectif principal de cette première partie est l'exploration de la sensorialité à travers tous les sens et nécessite l'investissement direct des parents. Des stimulations globales (du corps et de la bouche) sont également proposées. Les activités sont pensées pour être le plus écologique possible. Par ailleurs, un extrait du livret 1 est disponible en annexe.

2.2. Livret 2

Le livret 2 se compose de 5 fiches hebdomadaires comprenant 4 ou 5 activités différentes à réaliser. Ce livret poursuit le travail de la sensorialité et des stimulations corporelles. De nouveaux objectifs sont présentés ; tels que : l'accès progressif à la bouche par le biais de stimulations bucco-faciales ; la communication grâce à une verbalisation augmentée des

parents et des supports visuels associés ; et une modification des conduites familiales quotidiennes avec des propositions d'activités de cuisine en famille.

2.3. Livret 3

Le livret 3 se compose de 5 fiches hebdomadaires et de 4 activités différentes à réaliser chaque semaine. L'objectif majeur de ce troisième livret est de consolider et renforcer les conduites déjà mises en place mais aussi d'introduire les massages de désensibilisation intrabuccaux. Les activités proposées comprennent la verbalisation autour des images alimentaires, la mise en place des massages de désensibilisation, le jeu autour de la bouche et la poursuite d'une intégration sensorielle positive. A la fin de ce livret, l'orthophoniste peut conseiller à la famille de continuer de s'appuyer sur les fiches pour proposer des activités multimodales sensorielles positives quotidiennement.

3. Méthode

3.1. Population

3.1.1. Orthophonistes

Au 1^{er} janvier 2017, d'après la Fédération Nationale des Orthophonistes, la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) dénombre 25 467 orthophonistes en France. Le questionnaire proposé dans le cadre de ce mémoire ne concernera qu'une faible proportion de ces professionnels.

Les critères d'inclusion de la population de ce mémoire sont les suivants : être orthophoniste francophone (France métropolitaine, territoires d'Outre-Mer, Belgique, Suisse) / avoir acheté les « Livrets de Guidance Oralité » de E. Levasseur / avoir acheté ces livrets avant Juillet 2017. Lors de cette enquête, des questions concernant le lieu d'exercice ou bien l'année du diplôme seront posées afin de mieux analyser l'échantillon ; ces questions ne seront cependant pas des critères d'inclusion ou d'exclusion. Les critères d'exclusion à ce mémoire sont les suivants : ne pas être orthophoniste / ne pas avoir acheté le matériel / avoir acheté le matériel après Juillet 2017.

Ainsi, la population totale de ce mémoire comprend 287 orthophonistes.

3.1.2. Patients

Un échantillon de patients sera également obtenu grâce aux réponses des orthophonistes lors du questionnaire.

3.1.3. Biais d'échantillonnage

Les orthophonistes qui répondront aux différentes questions seront volontaires et ne représenteront pas les non-répondants. Egalement, cette enquête sera utilisée via Internet et envoyée avec une adresse mail créée spécifiquement ; les orthophonistes possédant l'outil mais n'ayant pas de connexion Internet ou n'ayant pas ouvert le mail ne pourront pas être représentés. De plus, les orthophonistes percevant l'enquête comme trop longue à remplir ne rempliront pas tout le questionnaire et ne pourront être représentés.

Ces trois caractéristiques représentent des biais d'échantillonnage lors de l'analyse de l'utilisation de ces livrets par les professionnels.

3.2. Le matériel

Le matériel utilisé lors de l'enquête est un questionnaire généré grâce au site internet « Google Forms ». Ce questionnaire se composera de deux parties. : La première partie (obligatoire) contient des questions ciblant les professionnels. A la fin de la première partie, une question binaire (« Avez-vous utilisé ce(s) livret(s) avec au minimum 1 patient ») détermine la suite du questionnaire. Deux possibilités distinctes et automatiquement déterminées sont alors proposées à la suite de cette question :

- **Deuxième partie – si l'orthophoniste a répondu « non »** : L'orthophoniste n'a pas utilisé cet outil auprès d'un patient. Une question est posée pour en connaître la raison.
- **Deuxième partie – si l'orthophoniste a répondu « oui »** : L'orthophoniste a utilisé cet outil auprès de minimum un patient et répond à des questions ciblant les patients, le bilan, la prise en charge et la pertinence de l'outil.

4. Description du questionnaire

4.1. Partie 1 - Professionnels

La première partie de l'enquête a pour objectif de connaître quels professionnels ont constitué l'échantillon. Cette partie se compose de cinq questions.

Il y a trois questions d'identification : mode d'activité (libéral uniquement / salariat uniquement / mixte), l'année de diplôme et le département ou pays d'exercice et une question concernant l'acquisition des connaissances en oralité alimentaire (expériences professionnelles / expériences personnelles / formations / lecture(s) / réseaux sociaux / autres). Enfin, une dernière question est proposée ; celle-ci est binaire et concerne l'utilisation du matériel auprès d'un patient (oui / non). Cette question détermine l'accès à la suite du questionnaire.

4.2. Partie 2 – Non utilisation des livrets avec au moins 1 patient

Cette seconde partie est accessible si l'orthophoniste répond « non » à la question précédente : « utilisation des livrets avec au minimum 1 patient ». Elle comprend deux questions. Une question concernant la ou les raisons de non utilisation de cet outil (pas de patient correspondant à l'outil / non utilisable par la famille / incompréhension de l'outil / manque de connaissances pour utiliser cet outil / manque de temps / autre(s)) afin de comprendre pourquoi les professionnels n'ont pas utilisé ces livrets. Une deuxième question ouverte est présente, celle-ci propose aux orthophonistes d'effectuer un commentaire quelconque concernant les livrets, les questions posées ou les difficultés rencontrées.

4.3. Partie 2 – Utilisation des livrets avec au moins 1 patient

Cette seconde partie de l'enquête nécessite obligatoirement une réponse positive à la question concernant l'utilisation des livrets.

Cette partie sera à remplir plusieurs fois si l'orthophoniste a utilisé le matériel auprès de différents patients. Les questions proposent toujours des choix multiples ou un menu déroulant afin de procéder à une exécution rapide et ciblée des réponses. Si aucune des

propositions présentes ne sont pertinentes pour le professionnel, il y aura régulièrement la possibilité d'en proposer d'autres via la mention « autres » à sélectionner.

Pour une meilleure lisibilité, les différents tableaux ci-après synthétisent les questions, les réponses proposées et les objectifs de chaque question.

Question 1 : Age du patient – Question à choix unique

Réponses possibles	- 0 – 11 mois	- 30 – 35 mois
	- 12 – 17 mois	- 36 – 41 mois
	- 18 – 23 mois	- 42 – 47 mois
	- 24 – 29 mois	- Supérieur à 48 mois (4 ans)
Objectifs	- Déterminer la tranche d'âge la plus fréquemment retrouvée et la moins retrouvée - Déterminer un âge médian	

Question 2 : Profil médical / développemental – Question à choix multiple

Réponses possibles	- Neurologique	- Cardiovasculaire	- Prématurité
	- Digestif	- Handicap moteur	- Antécédent familial
	- Respiratoire	- Syndrome génétique	- Pas de particularités
	- Musculaire	- Trouble du Spectre Autistique	- Autre(s)
Objectifs	- Déterminer le pourcentage de profil identifié - Déterminer le pourcentage de pathologies multiples (> 1 trouble) - Déterminer le profil le plus fréquemment retrouvé		

Question 3 : Identification du trouble / étiologie(s) – Question à choix multiple

Réponses possibles	- Organique	- Environnementale
	- Sensorielle	- Non connue
	- Motrice	- Autre(s)
Objectifs	- Déterminer le pourcentage d'origines connues - Déterminer l'étiologie la plus fréquemment identifiée - Déterminer la fréquence de causes multiples	

Question 4 : Réalisation du bilan – Question à choix multiple

Réponses possibles	- Anamnèse - Inventaire alimentaire - Observation d'un repas	- Praxies bucco-faciales - Outil(s) clinique(s) - Autre(s)
Objectif	Déterminer comment le bilan est le plus fréquemment effectué	

Question 5 : Chronologie des livrets – Question à choix unique

Réponses possibles	Démarrage au livret : 1 / 2 / 3 Arrêt au livret : 1 / 2 / 3
Objectifs	- Déterminer quel livret est le plus fréquemment utilisé pour commencer - Déterminer à quel livret les orthophonistes s'arrêtent le plus souvent

Question 6 : Utilisation des livrets – Question à choix unique

Réponses possibles	- Utilisation des livrets uniquement à la maison - Utilisation des livrets uniquement en séances d'orthophonie - Utilisation des livrets à la maison et en séance
Objectif	- Déterminer si les livrets sont utilisés en guidance (à la maison) ou en rééducation (en séances uniquement ou en mixte)

Question 7 : Mode et fréquence de prise en charge - Tableaux à double entrée

Réponses possibles	Mode de prise en charge : - Individuelle - Groupe de patients - Groupe de parents	Fréquence de prise en charge : - 2 fois / semaine - 1 fois / semaine - 2 fois / mois - 1 fois / mois - Fluctuant - Non concerné
Objectifs	- Déterminer quel est le mode de prise en charge le plus effectué - Déterminer quelle est la fréquence de prise en charge la plus proposée	

Question 8 : Axe(s) thérapeutique(s) – Question à choix multiple

Réponses possibles	<ul style="list-style-type: none"> - Motricité - Sensorialité - Guidance parentale
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer quels sont les axes thérapeutiques les plus et les moins fréquemment proposés - Déterminer la fréquence d'axe thérapeutique unique versus d'axes thérapeutiques multiples

Question 9 : Activité(s) proposée(s) en séance – Question à choix multiple

Réponses possibles	<ul style="list-style-type: none"> - Activités sensorielles non alimentaires - Activités sensorielles alimentaires - Jeux symboliques - Massages de désensibilisation - Praxies bucco-faciales sans outils - Praxies bucco-faciales avec outils - Repas thérapeutique - Accompagnement parental - Autre(s)
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer la proportion d'orthophonistes effectuant une/des activité(s) autre(s) que l'utilisation des livrets - Déterminer quelles activités sont les plus fréquemment proposées

Question 10 – Fin de l'utilisation du protocole – Tableau à double entrée

Réponses possibles	<p>Les cotations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0 : ne sait pas - 1 : peu satisfaisant - 2 : moyennement satisfaisant - 3 : satisfaisant 	<p>Les items :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration sur le plan moteur - Amélioration sur le plan sensoriel - Les activités correspondent au patient - Les activités sont reprises par la famille - Les activités correspondent à la culture du patient - Le patient a élargi ses choix alimentaires - Les stratégies parentales ont évolué positivement - Le comportement du patient à table a évolué positivement
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer la pertinence des livrets de guidance 	

5. Méthodologie du recueil des données et des résultats

5.1. Données

Le recueil des données s'effectue grâce au formulaire « Google Forms ». Le lien, généré par le site, est transmis via une adresse mail spécialement créée pour communiquer avec les professionnels lors de cette enquête. Le premier mail envoyé comprenait les informations concernant le projet, l'objectif de cette enquête et les modalités de l'enquête (délai de réponse, format de réponse). Puis, deux mails de rappels, envoyés uniquement aux orthophonistes n'ayant pas répondu, ont été expédiés afin de réduire le biais de non visibilité du mail. Un mail de remerciements à la fin du recueil des données a également été envoyé.

Les réponses obtenues via « Google Forms » sont ensuite retranscrites anonymement dans un document Excel afin d'obtenir les résultats bruts de l'enquête avant de les analyser. Le questionnaire a été accessible du 16 octobre 2017 au 03 décembre 2017.

5.2. Résultats

Les données obtenues sont uniquement subjectives et dépendantes de chaque orthophoniste. Aucun test de corrélation ne sera donc proposé concernant les résultats. Les observations seront uniquement descriptives. Ainsi, des effectifs, des pourcentages et des diagrammes en barres seront proposés.

Résultats

1. Partie 1 : Professionnels

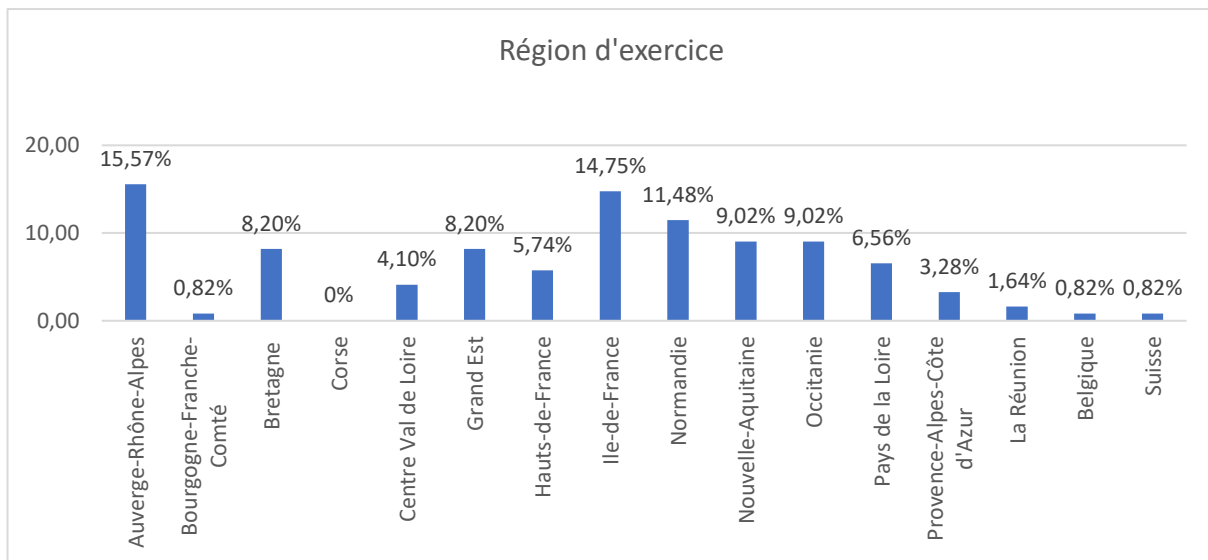
Au total, parmi les 287 orthophonistes correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion, 122 professionnels ont répondu à l'enquête, soit 42% de la population.

1.1. Identification des professionnels

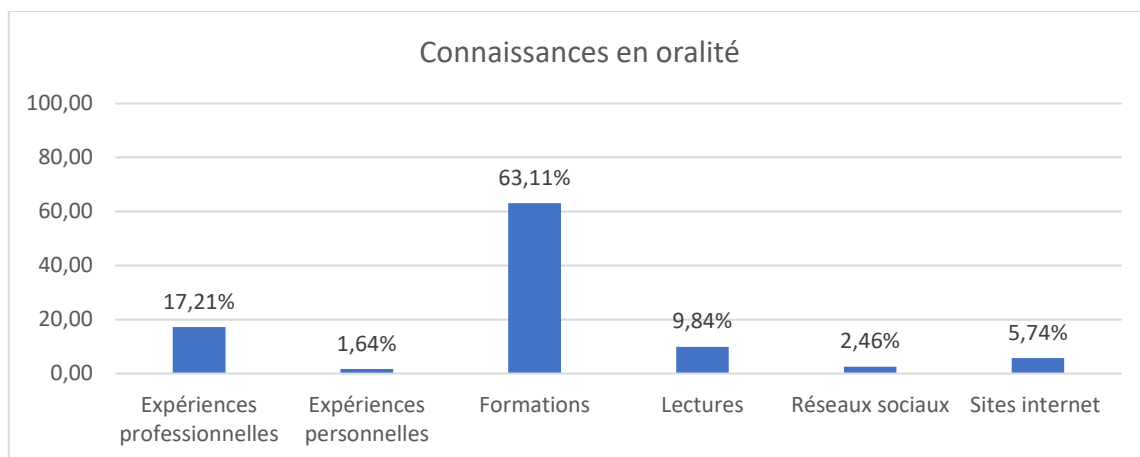
Question 1 – Mode d'activité : Parmi la population de 122 orthophonistes : 77% exercent en libéral, 3% en salariat et 20% effectuent une activité mixte.

Question 2 - Année du diplôme : Sur 122 orthophonistes, 52% ont obtenu leur diplôme entre 2000 et 2009, 31% entre 2010 et 2016, 11% entre 1990 et 1999 et 6% entre 1980 et 1989.

Question 3 – Région d'exercice : Le diagramme en barres ci-dessous représente dans quels régions ou pays francophones exercent les professionnels. Initialement la question portait sur les départements d'exercices ; cependant les réponses obtenues ont été regroupées par région pour une meilleure lisibilité de la représentation géographique des professionnels.



Question 4 – Connaissances en oralité : Le diagramme en barres ci-dessous représente par quel moyen l'orthophoniste a développé des connaissances en oralité. Pour rappel, les répondants ne pouvaient cocher qu'une seule réponse afin de signifier ce qui a été le plus pertinent pour acquérir des connaissances.



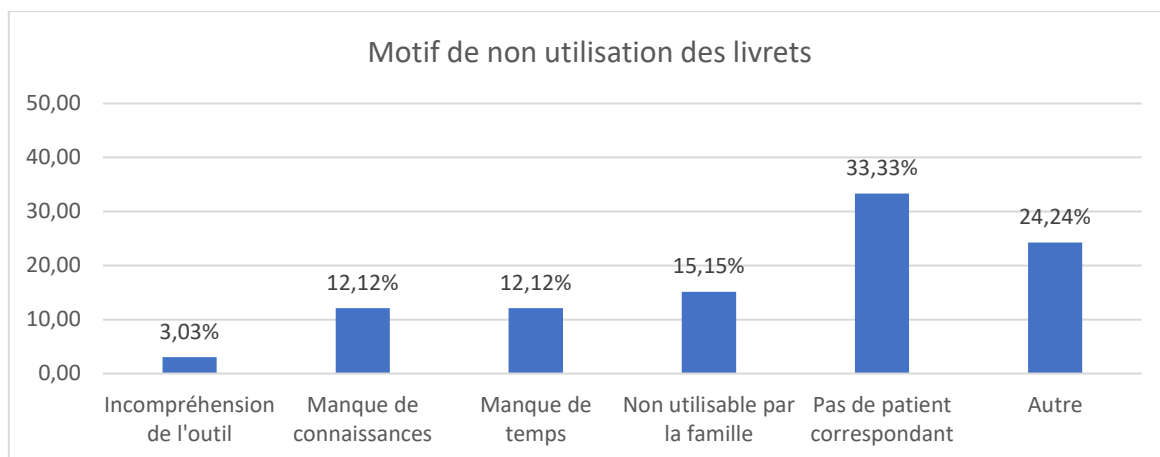
Au regard de ces premiers diagrammes ; les profils des professionnels sont hétérogènes tant sur le plan géographique que concernant l'année du diplôme. Le mode d'activité est cependant homogène ; la plupart des professionnels interrogés travaillent en libéral. De plus, l'acquisition des connaissances en oralité s'effectue majoritairement grâce à des formations. Rappelons cependant que la créatrice des livrets est elle-même formatrice. Les orthophonistes ayant acheté ces livrets ont une forte probabilité d'avoir effectué une formation auprès de Elisa Levavasseur. Le détail des formations réalisées n'est cependant pas connu.

Question 5 – **Utilisation d'un ou plusieurs livret(s) auprès de minimum un patient** : Cette question est essentielle à cette étape de l'enquête et va permettre aux orthophonistes qui ont utilisé ce(s) livret(s) auprès de patient(s) de répondre à des questions les concernant. Cela permettra ainsi de constituer l'échantillon de patients.

Les résultats obtenus révèlent que parmi les 122 orthophonistes : 72,95 % ont utilisé cet outil avec minimum un patient et 27,05% ne l'ont pas utilisé. Nous allons tout d'abord exposer les résultats pour ces derniers.

1.2.Partie 2 – Non utilisation des livrets avec au moins 1 patient

Question 6 – **Motif de non utilisation des livrets** : 27,05% des orthophonistes n'ont pas utilisé cet outil auprès de minimum 1 patient. Le diagramme en barres ci-dessous expose, en pourcentages, la raison de leur non-utilisation des livrets ; une seule réponse était possible.



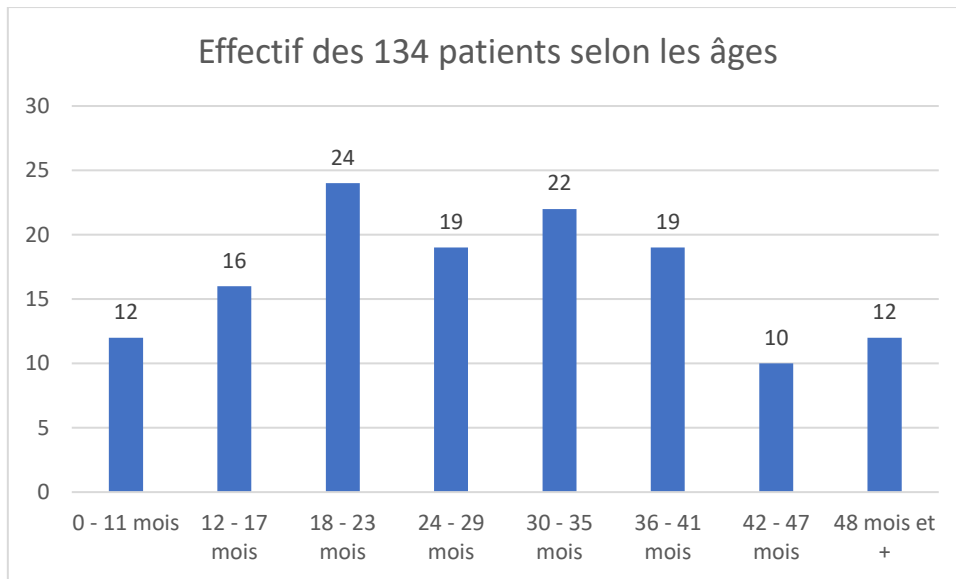
Les résultats obtenus sont hétérogènes et révèlent des difficultés distinctes. L'absence de patient correspondant peut s'expliquer par le manque d'orientation de ceux-ci auprès d'orthophonistes par d'autres professionnels. De plus, la récente émergence de ce champ de compétences est une source d'explication possible au manque de connaissances évoqué. En revanche, le manque de temps, l'incompréhension de l'outil et la non utilisation par la famille sont plus difficilement explicables et nécessiteraient d'autres questions.

Par ailleurs, les réponses « autres » donnent la possibilité aux orthophonistes de laisser un commentaire ; parmi ces remarques : 3 orthophonistes ont signifié faire une « utilisation partielle » des livrets ou bien qu'ils « piochent » dans les différentes catégories ; 2 ont signifié qu'une prise en charge en oralité va débiter prochainement et 1 orthophoniste a signalé avoir utilisé le livret durant seulement quelques séances et n'a pas souhaité répondre aux questions concernant le patient.

2. Partie 2 – Utilisation des livrets avec minimum 1 patient

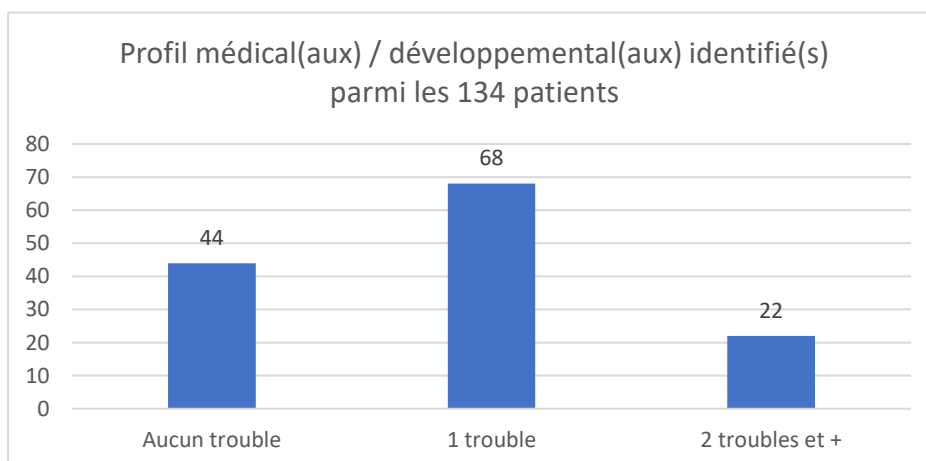
Pour cette seconde partie du questionnaire, 73% des orthophonistes de la population initiale (soit 89 des 122 orthophonistes) ont pu répondre aux questions « patient ». Les 89 orthophonistes ont utilisé ces livrets auprès de 1 à 4 patients par professionnel. L'analyse des pratiques professionnelles comptabilise ainsi un total de 134 patients pour 89 orthophonistes. Les pourcentages suivants s'appuieront donc sur un total de 134.

Question 1 – Âge du patient : Le diagramme en barres ci-dessous représente, en effectif, dans quelle tranche d'âge se situent les patients :

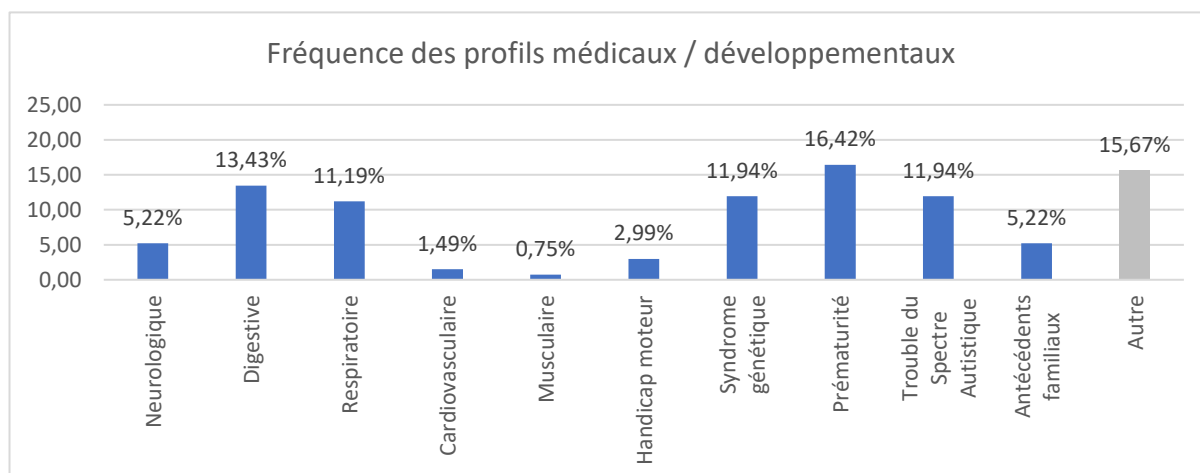


Une disparité homogène est observée. La catégorie la plus retrouvée est 18 – 23 mois ce qui correspond avec l'âge prévu d'utilisation de cet outil. Cependant, la disparité des âges ne permet pas de déterminer précisément une catégorie d'âge plus utilisée qu'une autre. Les extrémités sont moins représentées mais ne dénotent pas d'une hétérogénéité.

Question 2 – Profil médical / développemental : Le premier diagramme en barres présente, en effectif, la représentation de pathologie(s) identifiée(s) parmi les 134 patients.



Le second diagramme en barres représente, en pourcentages, la fréquence des profils médicaux et / ou développementaux parmi les patients présentant 1 ou plusieurs pathologies (soit un échantillon de 90 patients).

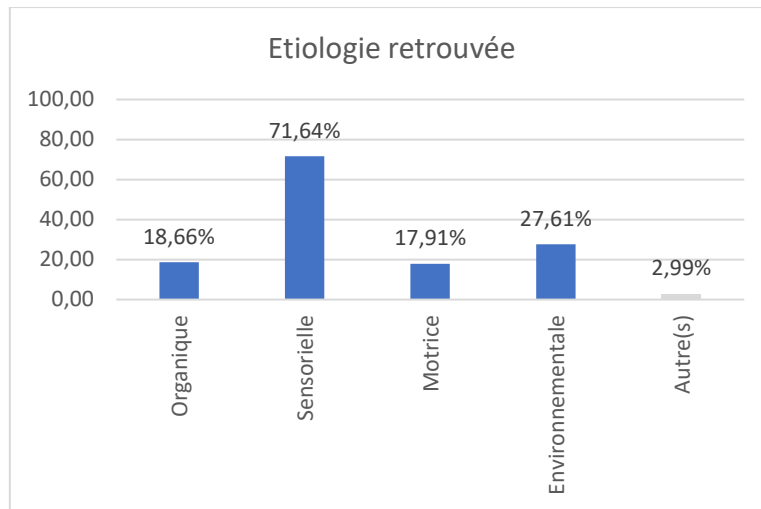


Parmi ces profils médicaux, la prématurité est le profil le plus fréquemment retrouvé. Les pathologies digestives, les pathologies respiratoires, les syndromes génétiques et les troubles du spectre autistique sont également fréquemment observés.

A propos des réponses « autre » : 3 réponses concernent la famille (trouble de l'oralité présent dans la famille, carence éducative), 2 concernent les capacités intellectuelles (déficience ou haut potentiel), 3 relèvent d'un retard global, 2 dénotent d'une origine digestive (reflux gastro-œsophagien) et les autres réponses signalent que les investigations concernant le diagnostic étaient en cours au moment de l'enquête.

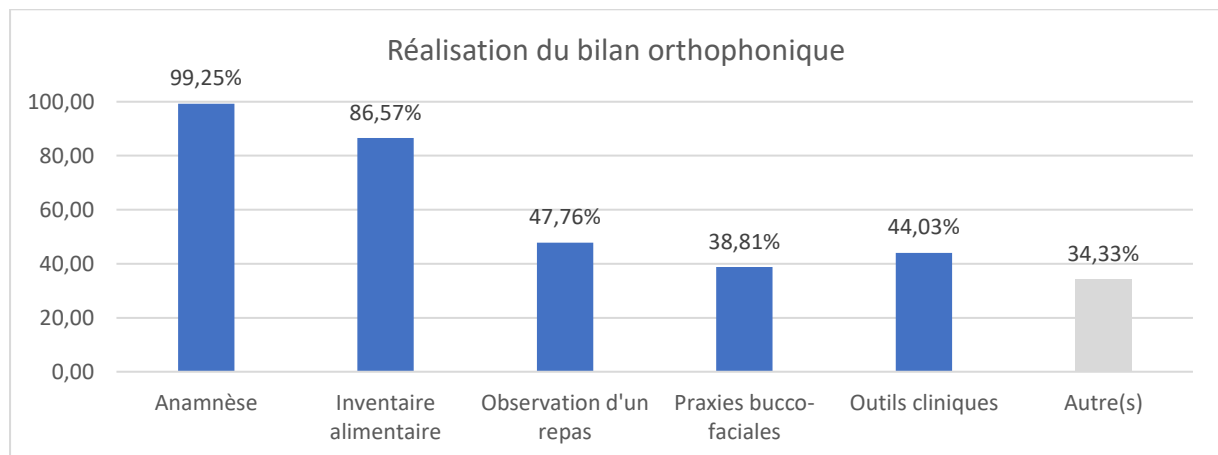
Question 3 – Identification du trouble / étiologie(s) : D'après les orthophonistes, parmi les 134 patients : 47 % d'entre eux présentent une étiologie identifiée, 40% deux étiologies ou plus et 13% ne présentent aucune étiologie. Ainsi, 117 patients ont une étiologie d'identifiée.

Le diagramme en barres ci-après présente la fréquence de chaque étiologie :



Une importante hétérogénéité est observée. 72 % présentent une étiologie sensorielle contre 18% une étiologie motrice ou 19% une étiologie organique.

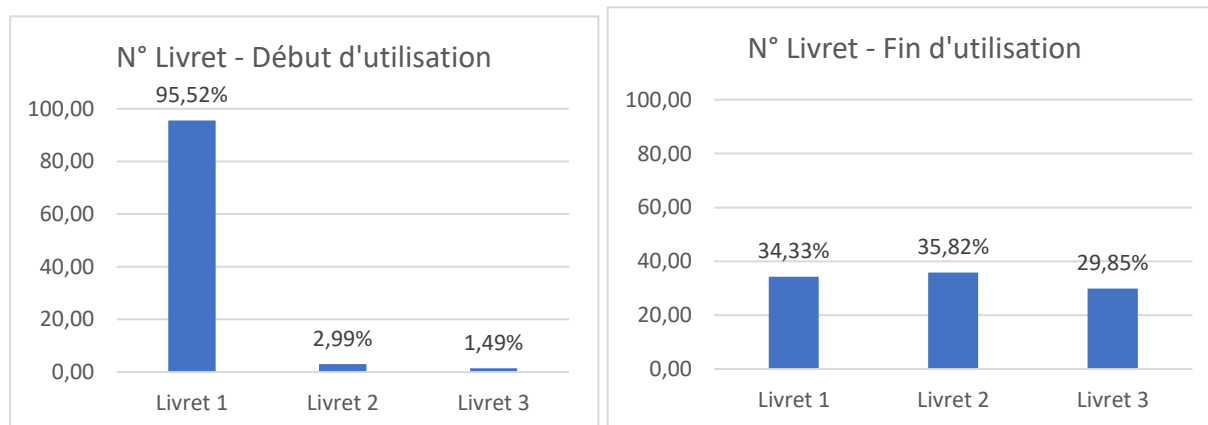
Question 4 – Bilan réalisé : Le diagramme en barres ci-dessous représente, en pourcentages, comment procèdent les orthophonistes pour effectuer leur bilan orthophonique face à un trouble de l'oralité alimentaire.



Les données recueillies permettent d'observer quels sont les axes favorisés par les orthophonistes lors d'un bilan d'un trouble de l'oralité ; l'aspect environnemental (à travers l'anamnèse ou encore l'inventaire alimentaire) semble plébiscité. La motricité ou encore l'utilisation d'outils cliniques permettant d'évaluer la sensorialité ou la motricité sont moins fréquemment réalisés. De plus, lors du questionnaire, il était recommandé de cocher « autre(s) » lorsque l'orthophoniste cochait « Outils cliniques » afin de spécifier en commentaires quels sont ces outils. Voici un tableau récapitulatif des réponses obtenues :

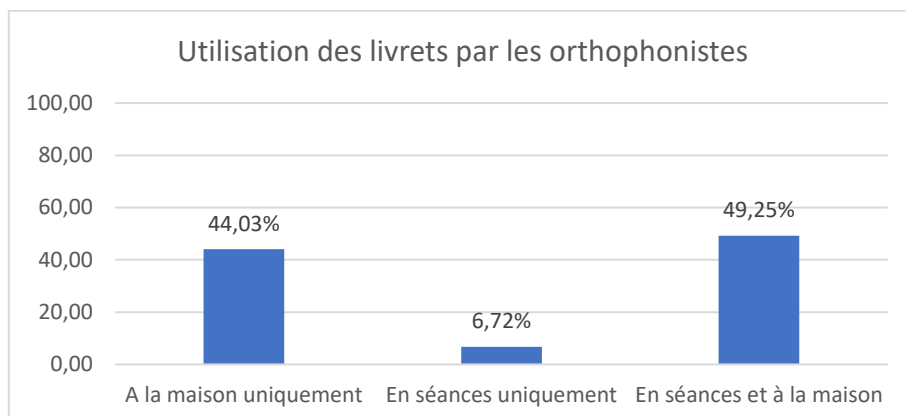
Outils cliniques utilisés	Professionnels (en nombre)
Inventaire du Développement de l'Enfant – Duyme M. et al.	16
Profil de Dunn - ECPA	14
Echelles de C. Senez – Senez C.	8
Grille d'évaluation orthophonique des troubles de la déglutition et d'alimentation d'origine neurologique – Crunelle D.	6
Inventaire Français du Développement Communicatif – Les Editions de la Cigale	5
Evalo BB – Ortho Edition	4
Dialogoris 0 – 4 ans - Dialogoris	3
Evalo 2-6 – Ortho Edition	2
Exalang 3 – 6 – Happy Neuron	1
CLEA – ECPA	1

Question 5 – Chronologie de l'utilisation des livrets : Le premier diagramme représente, en pourcentages, à quel livret les orthophonistes ont débuté. Le second diagramme représente, en pourcentage, à quel livret (1, 2 ou 3) l'orthophoniste a arrêté son utilisation.



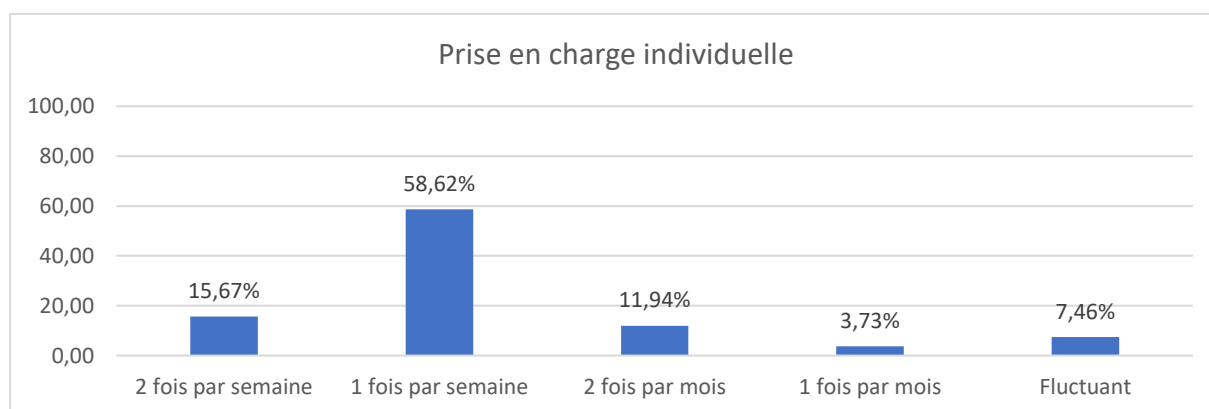
Le livret 1 est fortement choisi pour débiter la guidance en oralité. Une disparité des résultats est cependant observée pour la fin de l'utilisation de l'outil. Toutefois, ces données ne permettent pas de connaître si l'orthophoniste signale s'être arrêté au livret 1 / 2 / 3 ou si le patient est au stade de celui-ci.

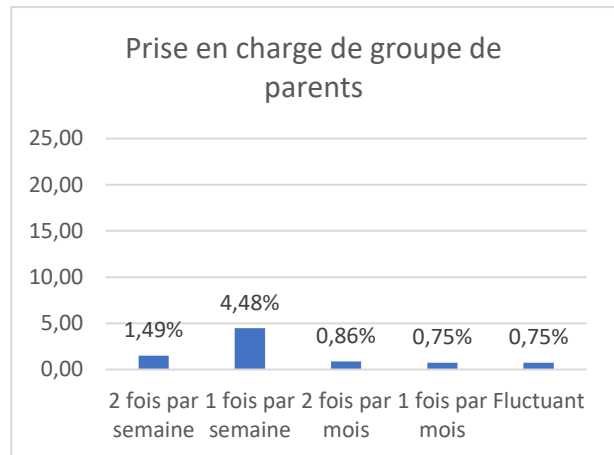
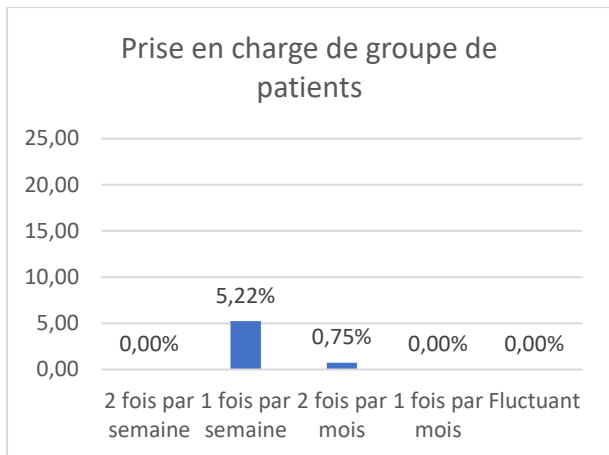
Question 6 – Utilisation des livrets : Le diagramme en barres suivant expose comment les orthophonistes utilisent les livrets.



Au départ, ces livrets sont conçus pour être un outil de guidance c'est-à-dire être utilisés uniquement à la maison par les parents avec étayage de l'orthophoniste. Néanmoins, au regard de ces résultats, ce matériel semble être aussi un outil de prise en charge.

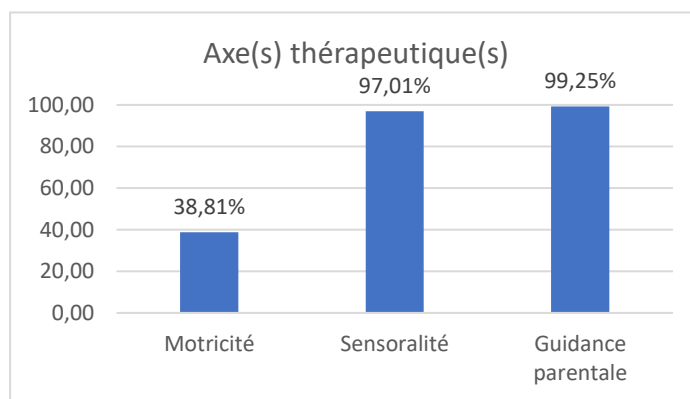
Question 7 – Mode et fréquence de prise en charge : Les trois diagrammes en barres ci-dessous exposent le mode et la fréquence de la prise en charge orthophonique proposée.





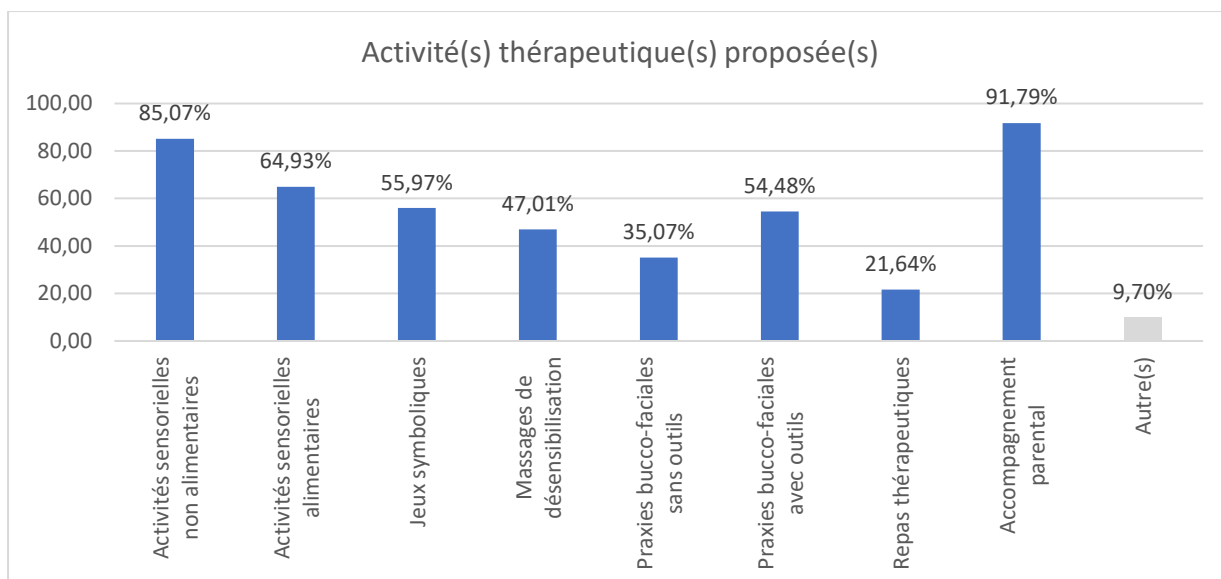
Les orthophonistes réalisent majoritairement une prise en charge individuelle et hebdomadaire.

Question 8 – Axe(s) thérapeutique(s) : Le diagramme en barres ci-après expose quel(s) axe(s) thérapeutique(s) l'orthophoniste cible durant la prise en charge.



L'accompagnement parental et la sensorialité sont les axes thérapeutiques nettement privilégiés par les orthophonistes durant leur prise en charge. La motricité est moins signifiée.

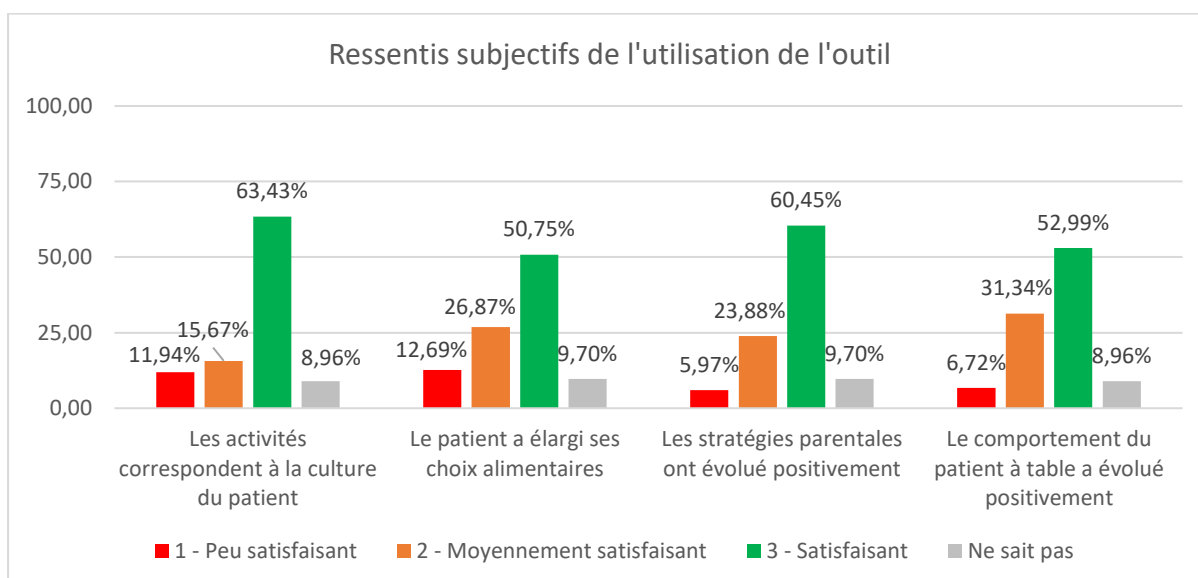
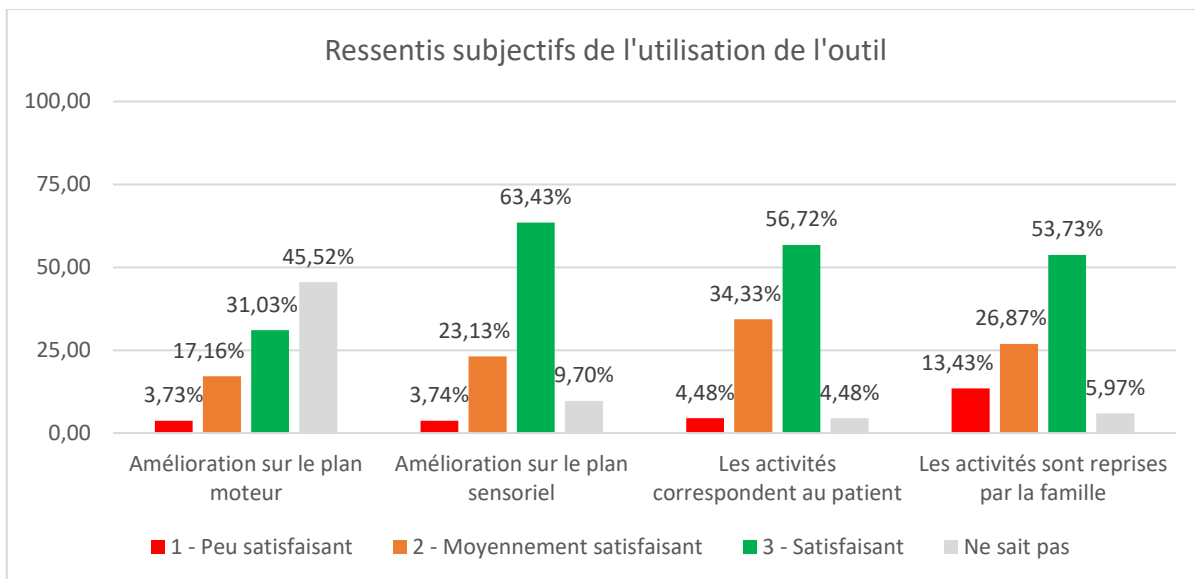
Question 9 – Activité(s) effectuée(s) en séance : 100% des orthophonistes interrogés proposent des activités thérapeutiques en parallèle de l'utilisation des livrets de guidance. Le diagramme en barres ci-dessous représente quelles activités thérapeutiques sont proposées par les orthophonistes.



L'accompagnement parental et la sensorialité sont plébiscités par les orthophonistes. Les jeux symboliques (dînette) ainsi que les massages de désensibilisation sont effectués par environ 1 orthophoniste sur 2. La motricité est également travaillée notamment avec des outils (masticatoires, vibrants). Les repas thérapeutiques sont peu proposés.

Les activités « autre(s) » recueillies concernent : le langage oral pour 4 orthophonistes, la communication pour 2 orthophonistes, les essais alimentaires pour 2 orthophonistes et la rééducation neuro-fonctionnelle pour 1 orthophoniste.

Question 10 – Fin de protocole : Les questions « ressentis sur l'utilisation des livrets » se répondent sous la forme d'un tableau à double entrée. Les orthophonistes ont pu choisir, pour chaque question concernant l'outil, si cela est « 1 – Peu satisfaisant / 2 – Moyennement satisfaisant / 3 – Satisfaisant / Ne sait pas ». Le diagramme en barres ci-dessous représente, en pourcentages, les réponses obtenues pour chaque question.



Ces huit résultats dénotent d'hétérogénéités. Il semble nécessaire d'étudier les données recueillies afin de répondre à ces différentes interrogations soulevées : pour quels patients les résultats sont satisfaisants ? Pour quels profils les résultats ne sont pas satisfaisants ? L'hypothèse générale et les hypothèses secondaires sont-elles validées ?

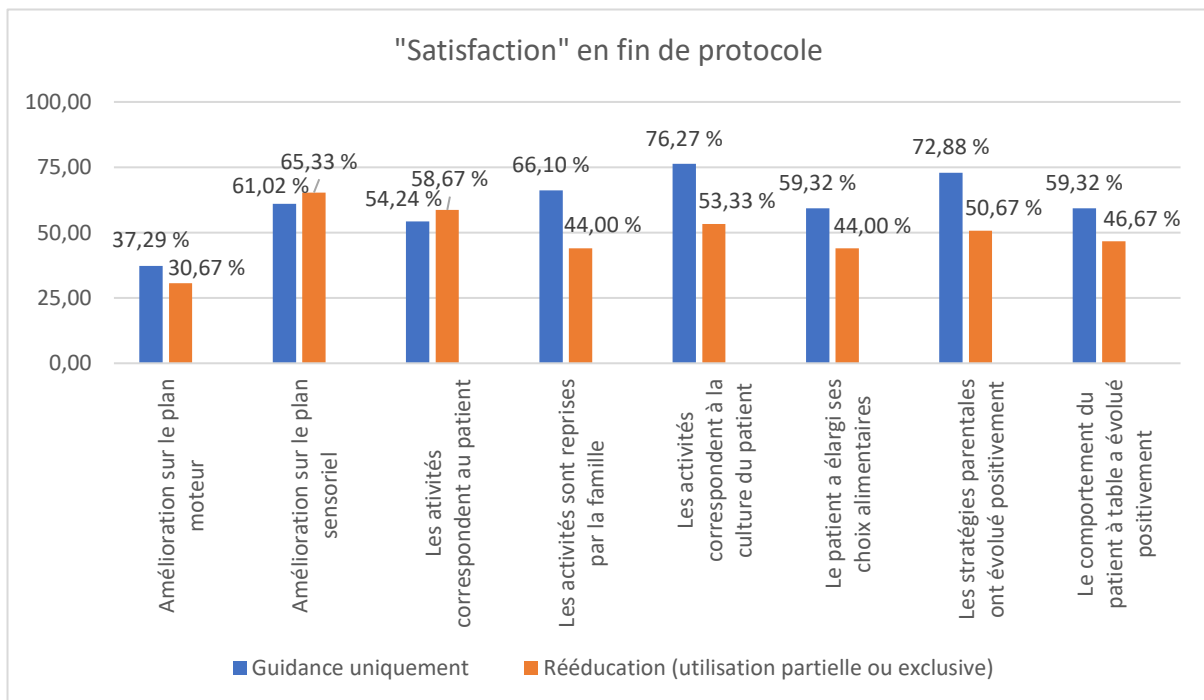
Discussion

1. Perception de l'outil selon les orthophonistes

L'objectif premier de ce mémoire est de connaître la pertinence de l'utilisation des « Livrets de Guidance Oralité » de E. Levasseur grâce à une enquête d'analyse des pratiques professionnelles. La validation ou non de cette hypothèse implique d'étudier les hypothèses secondaires.

1.1. Un outil de guidance

Initialement, ces livrets sont des outils de guidance. Or, l'analyse des pratiques professionnelles des orthophonistes a mis en évidence l'utilisation de ce matériel en rééducation. Il est donc plus difficile d'analyser les pourcentages de satisfaction sur l'ensemble de la population étant donné qu'une importante partie des orthophonistes (56%) ont utilisé ces livrets en rééducation (et non uniquement à la maison). Nous allons extraire les patients ayant bénéficié d'une utilisation exclusive de ces livrets à la maison en guidance uniquement (44%) versus les patients ayant bénéficié de ce matériel en rééducation (56%) en prenant en compte uniquement les pourcentages de « satisfaction ». Le diagramme en barres suivant est obtenu :



Au regard de ces données, les orthophonistes procédant à une guidance parentale uniquement semblent obtenir des résultats satisfaisants. La pertinence de cet outil comme matériel de guidance semble validée.

Toutefois, une utilisation en séances de rééducation permet aussi d'obtenir de corrects taux de satisfaction. Ce matériel semble donc être également adapté en rééducation. Cependant, des hétérogénéités sont retrouvées entre l'utilisation uniquement en guidance et l'utilisation en rééducation :

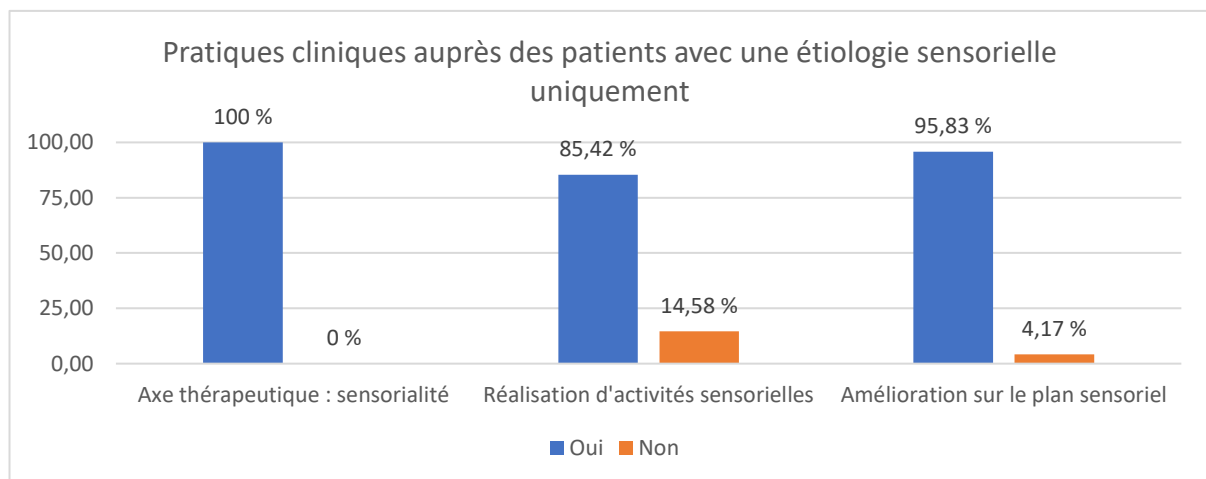
- « Les activités sont reprises par la famille » : 66% des orthophonistes utilisant ces livrets en guidance estiment observer des bénéfices ; alors que parmi les orthophonistes utilisant cet outil en rééducation ; 44% remarquent des progrès.
- « Les stratégies parentales ont évolué positivement : pour 73% des patients en guidance contre 50% des patients en rééducation.
- « Les activités correspondent à la culture du patient » : pour 76% des patients en guidance contre 53% des patients en rééducation.
- « Le patient a élargi ses choix alimentaires » : pour 59% des patients en guidance contre 44% des patients en rééducation.

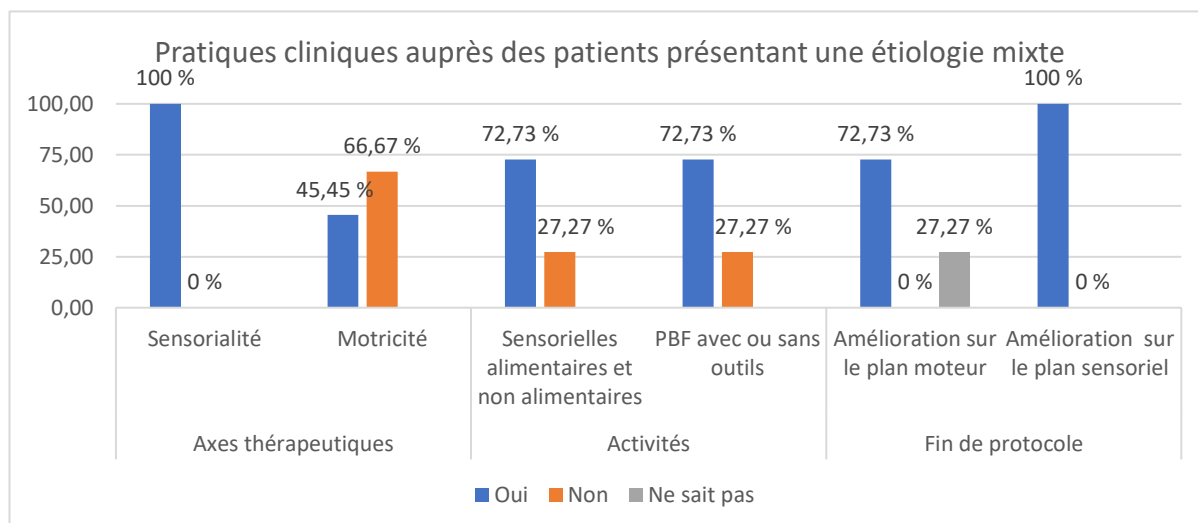
Concernant l'hétérogénéité des données lors des questions dites « environnementales », rappelons que l'environnement joue un rôle primordial dans ces troubles (Taylor et al., 2015) ; il peut contribuer à maintenir ou non des difficultés. (Levasseur, 2017). D'autres questions méritent alors d'être posées : les familles se sentent-elles plus investies lorsqu'un outil de guidance leur est proposé ? Ou, au contraire, les orthophonistes utilisent-ils cet outil en séances car celui-ci n'est pas compris et / ou exploité par la famille ? Pour comprendre cette hétérogénéité, nous avons recherché des caractéristiques au sein des profils de ces patients. En analysant les données, une particularité concernant l'âge des patients émerge : 48% des patients bénéficiant d'une utilisation des livrets en séances sont âgés de plus de 30 mois. Ainsi, l'âge élevé de ces patients peut être une explication à l'utilisation des livrets en séances et / ou au désinvestissement des familles : les activités nécessitent-elles plus d'adaptation ?

1.2. Un outil sensori-moteur

Les livrets de guidance contiennent explicitement des activités concernant la sensorialité et la motricité. Les résultats obtenus exposent que 63% des orthophonistes estiment « satisfaisant » les bénéfices sur le plan sensoriel et 31% jugent « satisfaisant » les progrès moteurs. Rappelons qu'en parallèle des livrets, la sensorialité est un axe thérapeutique pour 97% des professionnels et la motricité pour 39% d'entre eux. Ainsi, l'outil paraît adapté sur le versant sensoriel. La motricité cependant se voit nettement moins améliorée et 45% des orthophonistes reconnaissent « ne pas savoir » si le patient a progressé sur le plan moteur. Une partie de l'hypothèse semble validée.

Pour comprendre ces résultats, nous allons rechercher comment les orthophonistes procèdent spécifiquement face à un trouble de l'oralité dont une étiologie sensorielle ou motrice ou mixte est retrouvée. Les pratiques cliniques nous permettront peut-être de comprendre l'hétérogénéité des bénéfices constatés. L'échantillon étudié se compose alors de 62 patients : 48 présentent une étiologie sensorielle exclusivement, 3 une origine motrice et 11 une étiologie mixte. Les pratiques professionnelles effectuées pour les patients avec une étiologie sensorielle et mixte sont présentés ci-après ; en revanche seuls 3 patients présentent une causalité motrice exclusivement, ce qui constitue un trop faible échantillon pour proposer une analyse.



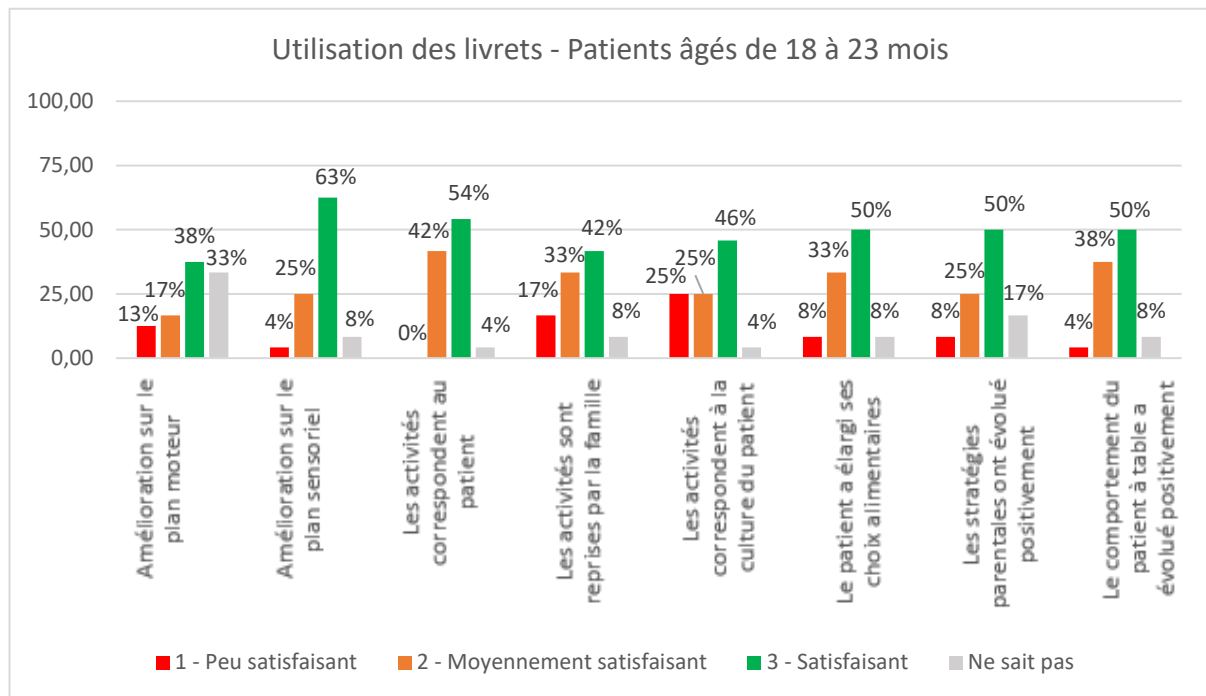


A la suite de ces données, plusieurs questions se posent : la répartition de l'échantillon elle-même est déjà hétérogène : pourquoi la motricité est si peu objectivée ? Est-ce le hasard de l'échantillon ? Egalement, le premier diagramme met en évidence que lorsqu'un trouble sensoriel est identifié, 100% des orthophonistes travaillent la sensorialité. Il en est de même face à un trouble mixte, 100% des professionnels prennent en charge la sensorialité. Néanmoins, seuls 45% des orthophonistes intègrent la motricité à leur projet thérapeutique face à un trouble mixte.

Ainsi, les pratiques professionnelles des orthophonistes démontrent la pertinence de cet outil sur le plan sensoriel mais ne permettent pas cette même observation sur le plan moteur. Bien que la motricité soit un axe majeur des livrets cet aspect n'est pas perçu par les orthophonistes. De nombreux auteurs préconisent cependant une évaluation et une prise en charge tant sensorielle que motrice (Barbier, 2014) (Grevesse, 2017). Or, les orthophonistes travaillent nettement moins la motricité que la sensorialité y compris quand une étiologie motrice est pourtant identifiée. Que pensent les orthophonistes derrière le mot « moteur » ? Le mot « moteur » a-t'il été mal choisi dans le cadre de cette enquête ? Les orthophonistes travaillent-ils la motricité sans le percevoir ? Cette possible méconnaissance de l'aspect moteur se retrouve dans les résultats finaux de l'enquête pour la totalité de l'échantillon : 45% des orthophonistes ne savent pas si une amélioration sur le plan moteur est réalisée.

1.3. Un outil destiné aux patients âgés de 18 à 23 mois

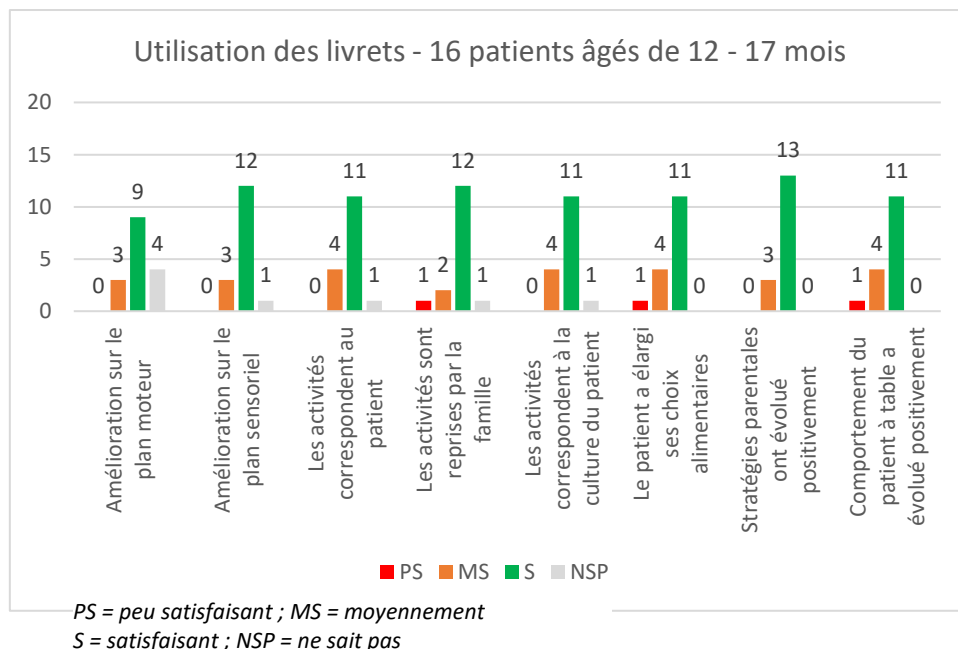
Rappelons que l’auteur a créé ces livrets pour des patients âgés de 18 à 23 mois. Parmi les 134 patients, 24 seulement font partie de cette tranche d’âge soit 18% de la population. Pour répondre à l’hypothèse, nous allons observer les ressentis des orthophonistes à la fin de l’utilisation de cet outil pour cette catégorie d’âge :

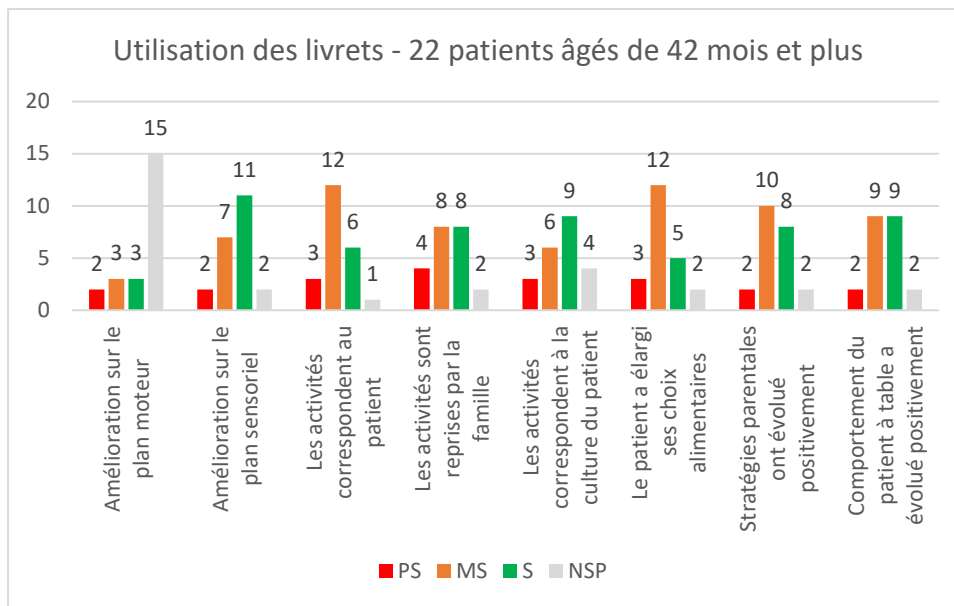


Les orthophonistes semblent satisfaits de cet outil pour les patients âgés de 18 à 23 mois. Rappelons cependant que l’échantillon est faible, malgré une population de 134 patients, seuls 24 patients appartiennent à cette catégorie. Pourquoi les orthophonistes proposent-ils ces livrets à des patients plus âgés ou plus jeunes ? Cet outil est-il également efficace pour d’autres âges ? Nous allons effectuer plusieurs échantillons correspondant aux différentes catégories d’âge et analyser les résultats obtenus à la suite de l’utilisation des livrets.

Concernant les patients âgés de 0 à 11 mois et de 12 à 17 mois d’excellents taux de satisfaction sont retrouvés pour toutes les catégories. Une analyse plus approfondie serait cependant nécessaire afin de confirmer la pertinence de cet outil pour des patients plus jeunes. Pour les 24 – 29 mois, les pourcentages de « satisfaisant » sont également élevés, mais se maintiennent à 40% pour les 3 dernières catégories environnementales

(élargissement des choix alimentaires, évolution positive des stratégies parentales et du comportement du patient à table). Ces résultats s’observent également pour la catégorie 30 – 35 mois avec également une diminution de la satisfaction pour la catégorie « les activités sont reprises par la famille ». La catégorie 36 – 41 mois expose quant à elle des taux de satisfaction élevés pour toutes les catégories. Des recherches approfondies seraient nécessaires pour comprendre les disparités de satisfaction entre cette catégorie et les patients âgés de 24 à 35 mois. Ces différences sont-elles liées aux livrets en eux-mêmes ? Au bilan effectué ? Au profil médical retrouvé ? Enfin, pour les patients âgés de 42 mois et plus, les taux de satisfaction sont nettement inférieurs à ceux de la moyenne. Tous les aspects : moteurs, sensoriels et environnementaux sont concernés. Ces livrets ne semblent donc pas correspondre à un développement cognitif trop avancé. D’ailleurs, de nombreux orthophonistes ont laissé en commentaires avoir trouvé les activités « trop enfantines » et « délaissées par les familles » pour des patients trop âgés. Pour illustrer nos observations, voici la représentation, en effectif, du ressenti des orthophonistes pour les patients âgés de 12 à 17 mois et pour les patients âgés de plus de 42 mois. Ces résultats restent cependant des données uniquement qualitatives :





Pour aller plus loin, nous allons rechercher dans quels cas les orthophonistes répondent « peu satisfaisant » à la question « les activités correspondent aux patients » afin de déterminer si l'âge impacte la satisfaction ou non. Parmi les « peu satisfaisants » : 50% d'entre eux sont âgés de plus de 4 ans ; l'âge semble donc altérer le bénéfice des livrets. Egalement, pour les 50 % des patients restants, tous âgés de 24 à 29 mois ; 33% d'entre eux présentent d'importantes pathologies. Ainsi, les activités proposées par les livrets ne correspondent peut-être pas à de telles pathologies ; une adaptation des activités pourrait peut-être être nécessaire. Ces données restent cependant peu interprétables en raison du faible échantillon des « peu satisfaisants ». Néanmoins, elles concordent avec les premières interprétations qualitatives observées précédemment.

1.4. Un outil culturel

Parmi les 134 patients, 79% des orthophonistes répondent « satisfaisant » ou « moyennement satisfaisant » à la question : « Les activités correspondent à la culture du patient ». Les livrets semblent donc concorder avec la culture du patient.

Cependant, les pratiques professionnelles démontrent que : 99% des patients ont bénéficié d'une anamnèse, 86% d'un inventaire alimentaire et 48% de l'observation d'un repas thérapeutique. Ces éléments du bilan ne permettent pas d'analyser significativement la culture du patient.

Egalement, pour 28 patients, les orthophonistes ont répondu « peu satisfaisant » ou « ne sait pas ». Ces patients présentent-ils un profil particulier pouvant expliquer ces réponses ? Les activités proposées (jeux, comptines) sont-elles éloignées de la culture des patients ? Une adaptation de ces livrets en d'autres langues serait-elle nécessaire ? Les données pour ces patients ne mettent pas en avant de particularités. Une enquête plus approfondie serait nécessaire pour comprendre ces hétérogénéités et améliorer l'utilisation de l'outil.

1.5. Un outil environnemental

L'investissement des familles semble être conséquent à la lumière des résultats obtenus : pour 80% des patients les orthophonistes répondent « satisfaisant » ou « moyennement satisfaisant » à la question « Les activités sont reprises par la famille ». Cependant, il serait intéressant de connaître le rôle de l'orthophoniste concernant cette adhésion : les tableaux à remplir sont-ils repris et discutés par l'orthophoniste ? L'accompagnement parental proposé par 99% des orthophonistes est-il à l'origine de l'investissement des familles ?

Par ailleurs, cet outil semble permettre l'amélioration des stratégies parentales ; 84% des orthophonistes jugent leur amélioration « satisfaisante » ou « moyennement satisfaisante ».

De même, les livrets semblent impacter positivement le comportement du patient à table (pour 84% des patients) à table et l'élargissement de ses choix alimentaires (pour 77% des patients). Cependant, l'analyse des pratiques professionnelles démontre que seuls 48% des orthophonistes observent un repas lors du bilan initial et 87% effectuent un inventaire alimentaire. Les orthophonistes ont-ils toutes les données nécessaires pour objectiver l'amélioration réelle du patient ? S'appuient-ils majoritairement sur les propos rapportés par les parents ? Des questionnaires parentaux ou des grilles utilisables par les proches seraient intéressants afin d'objectiver scientifiquement les améliorations et les corrélations possibles.

1.6. Pertinence de l'outil

L'analyse des pratiques professionnelles semble objectiver la pertinence de cet outil mais permet aussi d'en élargir ses possibilités telles que : une utilisation des livrets auprès de patients âgés jusqu'à 2 ans et demi et une utilisation en séances de rééducation. Egalement,

ce matériel révèle apporter des améliorations sur le plan sensoriel et environnemental. La motricité n'est cependant pas suffisamment objectivée par les orthophonistes.

Les orthophonistes semblent d'une façon générale délaisser l'aspect moteur des troubles de l'oralité. En effet peu d'orthophonistes identifient une étiologie motrice, effectuent un bilan moteur ou réalisent des activités motrices lors des séances de rééducation. Or, la motricité fait partie intégrante du développement de l'enfant en parallèle de la sensorialité. Un développement harmonieux tant sensoriel que moteur est indispensable en oralité alimentaire.

Enfin, une pertinence qualitative de l'outil est observée. Ces livrets semblent être intéressants lors de la prise en charge des troubles de l'oralité. Néanmoins, les résultats obtenus exposent certaines limites.

2. Limites et perspectives

2.1. Limites

De nombreuses interrogations adviennent au regard de ces résultats. Cette première analyse des pratiques professionnelles des orthophonistes utilisant ces livrets de guidance ne permet pas de répondre à toutes les questions.

L'absence de données quantitatives est une première limite. Aucune comparaison des données à l'aide d'outils statistiques n'est possible. Des groupes de patients et des groupes témoins seraient nécessaires pour toutes les hypothèses de ce mémoire afin de mesurer réellement l'impact des livrets de guidance.

La seconde limite est la subjectivité des données recueillies. Les résultats obtenus ne permettent pas de comprendre comment l'outil est utilisé lors des séances de rééducation : l'orthophoniste utilise-t'il certaines activités seulement ? Des adaptations sont-elles nécessaires ? Si oui, lesquelles ? Ces diverses informations sont manquantes.

Une troisième limite concerne le choix du vocabulaire lors du questionnaire. Que pensent les orthophonistes derrière les termes « satisfaisant », « moyennement satisfaisant » et « peu

satisfaisant » ? L'interprétation subjective du vocabulaire peut entraîner une certaine hétérogénéité.

2.2. Perspectives

Ce mémoire propose une première approche des pratiques professionnelles des orthophonistes face à un trouble de l'oralité avec l'appui d'un outil thérapeutique dédié. De nombreux aspects restent cependant inexplorés. Par exemple, des questionnaires parentaux seraient pertinents afin de connaître leurs ressentis face aux activités proposées. De plus, des comparaisons entre les activités proposées par les orthophonistes et l'utilisation unique de ces livrets pourraient être effectuées. Plus généralement, une analyse des pratiques professionnelles réalisée au niveau national à propos de la prise en charge des troubles de l'oralité permettrait de connaître et de comprendre comment procèdent cliniquement les orthophonistes.

Egalement, ces livrets pourraient être proposés aux familles par des professionnels médicaux dès lors que des signes cliniques évoquant un trouble de l'oralité apparaissent afin de diminuer le plus rapidement l'impact de ce trouble durant le développement de l'enfant mais aussi de prévenir l'installation de ces difficultés. En effet, rappelons que ce trouble nécessite une prise en charge précoce et adaptée afin de ne pas ancrer les difficultés.

Enfin, des recherches plus approfondies concernant l'âge développemental des patients seraient appropriées afin de proposer des outils adaptés et individualisés aux différents profils médicaux et développementaux retrouvés.

Conclusion

En conclusion, ce mémoire est un premier pas dans la compréhension des troubles de l'oralité alimentaire. L'enquête proposée a permis d'analyser la clinique des orthophonistes et le profil des patients au regard de l'utilisation d'un outil de guidance. Les données obtenues démontrent une hétérogénéité des pratiques professionnelles : la réalisation des bilans, les axes thérapeutiques ou encore les activités diffèrent. Des discordances sont observées : alors que les patients présentant une étiologie sensorielle bénéficient tous d'une prise en charge axée sur la sensorialité, la motricité semble peu approfondie par les orthophonistes. Les profils des patients présentent également de nombreuses hétérogénéités ; notamment à propos de leur âge, des pathologies diagnostiquées et des étiologies retrouvées.

Egalement, les livrets de guidance oralité de E. Levasseur semblent pertinents dans la prise en charge des troubles de l'oralité. Des améliorations sont signifiées à propos de la sensorialité et de l'environnement. Une validité scientifique de ce matériel semble néanmoins nécessaire pour mesurer quantitativement son impact auprès des patients. Par ailleurs, le ressenti de l'environnement quant à ces livrets permettrait une double lecture et compléterait les observations recueillies auprès des orthophonistes.

De plus, l'oralité alimentaire est un domaine en plein essor. Ce mémoire a permis une première observation des pratiques cliniques lors de la prise en charge d'un trouble. Il met également en avant les bénéfices d'un outil adapté.

De nombreuses investigations restent possibles : que proposent les autres professionnels face à un trouble de l'oralité ? Comment développer le partenariat entre les cliniciens et l'entourage des patients ? Une harmonisation des pratiques lors du bilan est-elle possible ? Des protocoles d'évaluation sont-ils à créer ? Quels autres outils seraient nécessaires à la prise en charge de ce trouble ?

Bibliographie

1. American Psychiatric Association. (2013). Feeding and Eating Disorders DSM-5. *In Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
2. Barbier I. (2014). L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*, (39), 143-159. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-contraste-2014-1-page-143.htm>
3. Boudet-Berquier J., Salanave B., de Launay C. et al (2017). Introduction of complementary foods with respect to French guidelines: description and associated socio-economic factors in a nationwide birth cohort (Epifane survey). *Matern Child Nutr* 13(3).
4. Cascales T. Olives J-P, Bergeron M. et al. (2014). Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson : classification, sémiologie et diagnostic. *Annales Médico-Psychologique* 172, p.700-707.
5. Couly G. (2017). L'oralité fœtale, fondement du langage. In : Congrès scientifique de la Fédération Nationale des Orthophonistes (2017 ; Strasbourg). *Les oralités*. (p. 13-28). Isbergues : Ortho Edition.
6. Couly G. (2015). *Oralité du fœtus*. Montpellier : Sauramps Medical.
7. Chatoor I. (2002). Feeding disorders in infants and toddlers : diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 11(2).
8. Delaunay-El Allam, M. (2007). *L'expérience sensorielle du nouveau-né et sa rétention à long terme : une analyse expérimentale de l'apprentissage des odeurs chez l'enfant humain*. Thèse de Doctorat. Sciences de la Vie. Université de Bourgogne, Ecole doctorale des

sciences de la vie et de la santé. Disponible sur <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00162433/document>

9. Dunn W. (2010) *Profil sensoriel - Mesurer l'impact des troubles sensoriels de l'enfant sur sa vie quotidienne*. Traduction française par Pearson France - ECPA. Paris : ECPA.
10. Fewtrell M., Bronsky J., Campoy C. et al. (2017). Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 64(1), 119-132. Disponible sur <http://www.spgp.pt/media/1061/pdf29.pdf>
11. Garg P., Williams J. A. et Satyavrat V. (2015). A pilot study to assess the utility and perceived effectiveness of a tool for diagnosing feeding difficulties in children. *Asia Pac Fam Med*, 14(1), 7. Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4521487/pdf/12930_2015_Article_24.pdf
12. Grevesse P. (2017) Evaluation de la sensorialité orale et des conduites alimentaires du jeune enfant. In : Congrès scientifique de la Fédération Nationale des Orthophonistes (2017 ; Strasbourg). *Les oralités*. (p. 125 - 150). Isbergues : Ortho Edition.
13. Hallet F. (2011) L'intégration sensorielle d'après The Out-of-Sync Child de Carol Stock Kranowitz. Traduction et adaptation par Dr F. Hallet. Disponible sur : <http://ekladata.com/ted-caetera.eklablog.com/perso/jeux-integration-sensiorelle-kranowitz.pdf>

14. INSERM (2015) Prématurité - Ces bébés qui arrivent trop tôt. Dossier réalisé en collaboration avec Ancel P-Y & Rozé J-C. [en ligne]. *Inserm*. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite>
15. Kay A. Toomey. (2010). Introduction to the SOS approach to feeding program. [en ligne] *SOS Approach Conferences* Disponible sur : <http://sosapproach-conferences.com/wp-content/uploads/SOS-APPROACH-explanation.pdf>
16. Kerzner B., Milano K., MacLean W. C. et al. (2015). A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*, 135(2), 344-353. Disponible sur <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/135/2/344.full.pdf>
17. Kuhn P., Zores C., Astruc D. et al. (2011). Sensory system development and the physical environment of infants born very preterm. *Arch Pediatr*. 18 Suppl 2, S92-102.
18. Levavasseur E. (2017). Prise en charge précoce des difficultés alimentaires chez l'enfant dit «tout-venant » ou « vulnérable ». In : Congrès scientifique de la Fédération Nationale des Orthophonistes (2017 ; Strasbourg). *Les oralités*. (p. 151-170). Isbergues : Ortho Edition.
19. Levavasseur E. (2017). Genèse, lecture et prise en charge des troubles de l'oralité. *Oralité Alimentaire* [en ligne]. Disponible sur <http://oralite-alimentaire.fr/genese-des-troubles-deloralite>.
20. Miller L. J., Anzalone M. E., Lane S. J. et al. (2007). Concept evolution in sensory integration: a proposed nosology for diagnosis. *Am J Occup Ther*, 61(2), 135-140.
21. Nicklaus S. (2009). Les pratiques d'alimentation des jeunes enfants à travers le monde. *Lettre d'OPALINE n°13*. INRA Dijon. Disponible sur : https://www2.dijon.inra.fr/opaline/site_fr/doc/lettre_opaline_13.pdf

22. Peltó G. H., Levitt E. et Thairu L. (2003). Improving feeding practices: current patterns, common constraints, and the design of interventions. *Food Nutr Bull*, 24(1), 45-82. Disponible sur <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/156482650302400104>
23. Peretti N., Darcel N., Bargiacchi A. (2017). Neurobiologie des comportements alimentaires. In *Troubles des conduites alimentaires de l'enfant et de l'adolescent*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. (p. 3 - 10)
24. Perez P. (2015). La diversification alimentaire à travers le monde. *Spirale*, (72), 133-141. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-spirale-2014-4-page-133.htm>
25. Prudhon Havard E., Carreau M. et Tuffreau R. (2009). Les troubles sensoriels : impact sur les troubles alimentaires. *Bulletin scientifique de l'Arapi*, (23), 55-58. Disponible sur <http://www.arapi-autisme.fr/pdf/BS/23/BS23-9Prudon-et-al.pdf>
26. Quesnel M. (2014). *Des attentes des médecins autour de l'oralité alimentaire de l'enfant... Création d'un outil d'information et confrontation aux connaissances et pratiques des praticiens de Haute-Normandie*. Mémoire d'Orthophonie. Université de Lille 2. Disponible sur : <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/92efee69-6059-4ab1-a5708efd89931962>
27. Ramsay M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. *Devenir*, 13(2), 11-28. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-devenir-2001-2-page-11.htm>
28. Reilly S., Skuse D. (2000). SOMA – Schedule for Oral-Motor Assessment. Fiche descriptive - Outil d'évaluation pédiatrique. *Portail Enfance et Famille*. [en ligne] Disponible sur : http://www.portailenfance.ca/wp/wp-content/uploads/2015/11/SOMA_VG.pdf

29. Schaal B., Soussignan R. & Marlier L. (2002). Olfactory cognition at the start of life : The perinatal shaping of odour preferences. In Rouby C., Schaal B., Dubois D. et al, *Olfaction, Taste and Cognition* (p.421-440), New York : Cambridge University Press
30. Senez C. (2015). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (2^{ème} édition). Paris: De Boeck Solal.
31. Taylor C. M., Wernimont S. M., Northstone K. et al. (2015). Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*, 95, 349-359.
32. Tessier M.-J. (2011). *Marqueurs précoces des problèmes sensoriels chez le jeune enfant présentant des problèmes d'alimentation*. Disponible sur : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4989>
33. Turck D., Dupont C., Vidailhet M. et al. (2015). Complementary feeding: Evolving concepts and recommendations. *Archives De Pédiatrie: Organe Officiel De La Société Française De Pédiatrie*, 22(5), 457-460.
34. JORF n°0251 du 26 octobre 2017 - texte n° 127 - Avis relatif à l'avenant n° 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996 Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000035880652&dateTexte=&categorieLien=id>