



HAL
open science

Élaboration et pré-validation d'un questionnaire parental de dépistage des troubles de l'oralité secondaire chez des ex-prématurés à 8 mois pour une prise en charge orthophonique précoce

Rébecca d'Amore

► **To cite this version:**

Rébecca d'Amore. Élaboration et pré-validation d'un questionnaire parental de dépistage des troubles de l'oralité secondaire chez des ex-prématurés à 8 mois pour une prise en charge orthophonique précoce. Sciences cognitives. 2021. dumas-03274088

HAL Id: dumas-03274088

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03274088>

Submitted on 29 Jun 2021

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

Élaboration et pré-validation d'un questionnaire parental de
dépistage des troubles de l'oralité secondaire chez des ex-
prématurés à 8 mois pour une prise en charge orthophonique
précoce

Présenté et soutenu par

Rébecca D'AMORE

Mémoire **professionnel**

Mémoire soutenu publiquement le 25 juin 2021
devant le jury composé de

Nom, prénom	Qualité	DM, ou président jury ou membre jury
Mme Marie TERRIER	Orthophoniste	Directrice de mémoire
Dr Stéphane RONDEAU	Neuropédiatre	Président du jury de soutenance
Mme Marie PLAZIAT-LECROQ	Orthophoniste	Membre du jury de soutenance

Mémoire dirigé par Marie TERRIER



REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à adresser de grands remerciements à Marie, qui m'a épaulée et soutenue durant tout ce projet. Vous qui m'avez transmis vos connaissances théoriques et cliniques avec tant de bienveillance. Merci pour vos relectures et conseils si précieux. J'ai hâte de démarrer mon chemin professionnel à vos côtés !

Mes remerciements se tournent à présent vers Dr Stéphane Rondeau, qui me fait l'honneur de présider mon jury de soutenance, ainsi que vers Mme Marie Plaziat-Lecroq, auprès de qui j'ai été formée en stage et qui me fait le plaisir d'être membre de mon jury. À tous les deux, merci pour l'intérêt porté à mon travail.

Je remercie également toutes les personnes qui ont permis la mise en place de ce projet : les familles ayant participé à l'étude, les examinatrices qui y ont apporté leur expertise, Mmes Marie Nkouka-Bakher, Caroline Dubois-Levasseur, Sophie Radi, Marie Plaziat-Lecroq, Orlane Duhamel et Aude Charollais.

Mais aussi, merci à ma marraine d'études, Hortense, qui m'a encouragée et guidée pour reprendre la suite de son travail.

Et pour finir, à Justine, ma binôme et amie, qui, pendant toute l'année, m'a apporté grand soutien et réconfort : merci encore pour ton humour, ta bonne humeur et pour nos échanges tant personnels que professionnels.

Aussi, je remercie mes amies et futures collègues, alias « les cœurs » qui ont tant embelli ma vie d'étudiante. Merci pour tous ces excellents moments inoubliables.

À Manon, ma sœur de cœur : merci pour être devenue bien plus qu'une simple amie, pour ton soutien sans faille.

À la traductrice en or que tu es, merci Steffy !

À vous, mes parents ; je tiens tout particulièrement à vous remercier pour votre écoute, votre soutien, pour m'avoir toujours motivée et épaulée.

Enfin, j'adresse d'immenses remerciements à Guillaume, et à sa famille. Merci d'avoir été mon pilier durant ces études, merci pour tous nos fous rires et heureux moments passés ainsi qu'à venir. Également, merci pour ton aide précieuse dans l'analyse statistique de ce travail et pour tes nombreux conseils avisés.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PARTIE THÉORIQUE	2
VUE D'ENSEMBLE SUR LA NOTION D'ORALITE	2
<i>Les oralités, introduction</i>	2
Oralité alimentaire.....	2
Liens entre oralité verbale et oralité alimentaire.....	3
<i>Focus sur l'oralité alimentaire primaire</i>	4
Anatomie et embryogenèse : développement sensori-moteur intra-utérin.....	4
Le nouveau-né et l'oralité : coordination succion-déglutition-respiration et réflexes oraux.....	7
<i>L'oralité alimentaire secondaire</i>	9
Définition	9
Liens avec l'oralité primaire.....	9
FOCUS SUR L'ORALITE ALIMENTAIRE SECONDAIRE	10
<i>Diversification alimentaire : aspects anatomiques et physio-moteurs</i>	10
<i>Notion d'intégration neurosensorielle</i>	11
LES TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE (TOA)	12
<i>Appellations, définition et étiologies</i>	12
<i>Facteurs de risque</i>	13
<i>Focus sur les troubles de l'intégration neurosensorielle</i>	14
<i>Diagnostic au sein d'un bilan orthophonique</i>	14
LA PREMATURITE.....	16
<i>Définition de l'OMS et données épidémiologiques</i>	16
<i>Différents degrés de prématurité</i>	16
<i>Parcours de soins précoce de l'enfant prématuré</i>	17
Prise en soins en service de néonatalogie.....	17
Soins de développement	17
<i>Conséquences de la prématurité sur le bébé à court et long termes</i>	19
Prématurité et troubles de l'oralité.....	20
Intérêt d'une intervention orthophonique précoce.....	22
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	23
PROBLEMATIQUE	23
HYPOTHESES	24
PARTIE METHODE ET RESULTATS	26
METHODE.....	26
<i>Population</i>	26
Inclusion à notre étude.....	26

Exclusion	26
<i>Matériel</i>	27
Élaboration du questionnaire parental	27
<i>Procédure</i>	28
Soumission des questionnaires et remplissage.....	28
Création de la base de données	30
Retour aux parents et proposition de rendez-vous	30
Passations de bilans orthophoniques.....	31
<i>Pré-validation de l'outil</i>	32
Cohérence interne	33
Validité d'apparence et de contenu : soumission à un panel d'experts	33
Sensibilité des items	34
Validité contre-critère	34
RESULTATS.....	35
<i>Répartition de la population</i>	35
<i>Cohérence interne</i>	37
<i>Processus de validité d'apparence et de contenu</i>	37
Validité d'apparence.....	37
Validité de contenu.....	38
<i>Sensibilité des items</i>	38
Sensibilité des items constituant le score global.....	38
Sensibilité des items non compris dans le score global	51
<i>Validité contre-critère</i>	59
PARTIE DISCUSSION	61
ANALYSE DES HYPOTHESES DE CETTE ETUDE	61
<i>Hypothèse 1 : Les premières analyses de validation et de fiabilité sont propices à l'acceptabilité de l'outil.</i>	61
Sous-hypothèse 1 : Le questionnaire a une bonne corrélation inter-items.....	61
Sous-hypothèse 2 : Le questionnaire a une bonne validité d'apparence et de contenu selon les professionnels interrogés, sensibilisés aux TOA.	61
Sous-hypothèse 3 : Le questionnaire a une bonne sensibilité : il est composé d'items permettant de discriminer les nourrissons avec haut risques de TOA, des nourrissons sans difficulté.....	63
Sous-hypothèse 4 : La cohérence du diagnostic renforce la validité du questionnaire.....	67
<i>Hypothèse 2 : La forme d'administration du questionnaire est à ce jour satisfaisante.</i>	68
CRITIQUES METHODOLOGIQUES	70
<i>Points d'appui</i>	70
<i>Points à renforcer et optimisation du questionnaire</i>	71
EFFETS DE LA PRISE EN SOINS PRECOCE	72
<i>Apports de cette étude au regard de la précédente</i>	72
<i>Apports de cette étude pour la pratique orthophonique</i>	73

CONCLUSION..... 76

REFERENCES..... 77

ANNEXES 84

TABLE DES ACRONYMES

AG = Âge Gestationnel

GPE = Gastrostomie Percutanée Endoscopique

INS = Intégration Neuro Sensorielle

NE = Nutrition Entérale

NGAP = Nomenclature Générale des Actes Professionnels

NP = Nutrition Parentérale

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

RGO = Reflux Gastro-Cœsophagien

SA = Semaines d'Aménorrhée

SNG = Sonde Naso-Gastrique

SOF = Stimulations Oro-Faciales

SOOF = Stimulations Olfactives Oro-Faciales

TND = Trouble du Neuro-Développement

TOA = Troubles de l'Oralité Alimentaire

TABLES DES FIGURES

Figure 1 : Schéma explicatif des étapes de la méthode, première partie.	28
Figure 2 : Schéma explicatif des étapes de la méthode, seconde partie.....	29
Figure 3 : Schéma explicatif des étapes de la méthode, troisième partie.....	30
Figure 4 : Schéma explicatif des étapes de la méthode, quatrième partie.	31
Figure 5 : Schéma explicatif des étapes de la méthode, cinquième et dernière partie.	32
Figure 6 : Répartition de la population selon les niveaux de prématurité en pourcentage....	35
Figure 7 : Répartition de la population selon le sexe.....	35
Figure 8 : Répartition de la population selon le mode de réponse au questionnaire en pourcentage.	36
Figure 9 : Répartition de la population selon l'âge lors du questionnaire alimentaire en pourcentage.	36
Figure 10 : Item "Rot" - répartition en pourcentage par groupe.....	39
Figure 11 : Item "Haleine" - répartition en pourcentage par groupe.	39
Figure 12 : Item "Toux en position allongée" - répartition en pourcentage par groupe.....	40
Figure 13 : Item "Stridor" - répartition en pourcentage par groupe.	40
Figure 14 : Item "Réflexe nauséux- répartition en pourcentage par groupe.	41
Figure 15 : Item "Vomissement" - répartition en pourcentage par groupe.	42
Figure 16 : Item "Grimace" - répartition en pourcentage par groupe.....	42
Figure 17 : Item "Douleur / inconfort" - répartition en pourcentage par groupe.	43
Figure 18 : Item "Pleur" - répartition en pourcentage par groupe.....	44
Figure 19 : Item "Toux lors de la prise alimentaire" - répartition en pourcentage par groupe.	44
Figure 20 : Item "Refus" - répartition en pourcentage par groupe.	45
Figure 21 : Item "Protrusion" - répartition en pourcentage par groupe.	46
Figure 22 : Item "Signes de gêne lors des soins du visage" - répartition en pourcentage par groupe.	47
Figure 23 : Item "Signes de gêne lors du shampoing" - répartition en pourcentage par groupe.	47
Figure 24 : Item "Signes de gêne lors du contact avec certaines textures" - répartition en pourcentage par groupe.	48

Figure 25 : Item "Signes de gêne si l'enfant a les mains sales" - répartition en pourcentage par groupe.	49
Figure 26 : Item "Inquiétude" - répartition en pourcentage par groupe.....	50
Figure 27 : Item "Déplaisir" - répartition en pourcentage par groupe.	50
Figure 28 : Item "Traitement contre les RGO" - répartition en pourcentage par groupe.	51
Figure 29 : Item "Acceptation de la cuiller" - répartition en pourcentage par groupe.	52
Figure 30 : Item "Préférence entre pots fait maison et pots industriels" - répartition en pourcentage par groupe.	53
Figure 31 : Item "Essai des morceaux" - répartition en pourcentage par groupe.....	53
Figure 32 : Item "Toucher la nourriture avec les doigts" - répartition en pourcentage par groupe.	54
Figure 33 : Item "L'enfant tient sa tête sans osciller" - répartition en pourcentage par groupe.	55
Figure 34 : Item "Tenue assise" - répartition en pourcentage par groupe.....	55
Figure 35 : Item "Préhension manuelle d'objets" - répartition en pourcentage par groupe. .	56
Figure 36 : Item "Suivi psychomoteur" - répartition en pourcentage par groupe.	56
Figure 37 : Item "Durée de la prise alimentaire" - répartition en pourcentage par groupe. ..	57
Figure 38 : Item "Quantité ingérée au biberon" - répartition en pourcentage par groupe. ...	57
Figure 39 : Item "Quantité ingérée à la cuiller" - répartition en pourcentage par groupe.	58
Figure 40 : Comparaison des scores au questionnaire de dépistage et du résultat au bilan orthophonique.	60

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1 : « La bouche, carrefour anatomique du verbe et de l'aliment » (Thibault, 2015)	3
Illustration 2 : Schéma récapitulant les SOF qui peuvent être proposées dans les services néonatalogie (Haddad et al., 2015).....	18

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 - Questionnaire parental de dépistage des TOA secondaires à 8 mois d'âge réel ..	84
Annexe 2 - Modèle du mail d'envoi des questionnaires.....	86
Annexe 3 - Listing de gestion des envois des questionnaires	87
Annexe 4 - Tableur : base de données des réponses au questionnaire parental.....	88
Annexe 5 - Courrier envoyé aux familles pour proposer les rendez-vous de bilan orthophonique	89
Annexe 6 - Grille d'observation du développement de l'oralité alimentaire chez un bébé de moins de 18 mois	90
Annexe 7 - Grille de validité d'apparence et de contenu, soumise à un panel d'experts en TOA	94
Annexe 8 : Compte-rendu de bilan orthophonique de J.....	104
Annexe 9 : Compte-rendu de bilan orthophonique de M.	109
Annexe 10 : Compte-rendu de bilan orthophonique de R.....	114
Annexe 11 : Compte-rendu de bilan orthophonique de H.	118
Annexe 12 : Compte-rendu de bilan orthophonique de I.....	122
Annexe 13 : Compte-rendu de bilan orthophonique de L.	126
Annexe 14 : Compte-rendu de bilan orthophonique de D.	130
Annexe 15 : Compte-rendu de bilan orthophonique de K.....	132
Annexe 16 : Compte-rendu de bilan orthophonique de Is.	134
Annexe 17 : Version révisée du questionnaire parental de dépistage des TOA secondaires à 8 mois d'âge réel.	139

INTRODUCTION

Ancestralement, plusieurs domaines actuellement précisés dans nos actes professionnels figuraient sous le terme « les oralités » : articulation, parole, langage, communication, alimentation. C'est depuis la refonte de la nomenclature par l'avenant 16 en avril 2018 que la profession d'orthophoniste a élargi son champ de compétences à l'évaluation et à la prise en soins des Troubles de l'Oralité Alimentaire (TOA). Il n'en est pas moins le résultat de nombreuses années d'intérêt des professionnels sur les difficultés alimentaires des jeunes enfants en lien avec des fragilités sensori-motrices.

En effet, les orthophonistes, qui s'occupent et prennent en soin les maux de la sphère oro-faciale se sont interrogés sur les suctions contraintes, mais aussi sur les diversifications alimentaires compliquées ou sur le passage aux morceaux impossible chez certains enfants, amenant avec leur réflexion des axes de recherche clinique intéressants. Par ailleurs, les orthophonistes se sont aussi penchés sur la question de l'oralité alimentaire chez l'adulte, et notamment chez la personne âgée.

Effectivement, les âges extrêmes de la vie questionnent et suscitent l'intérêt comme leur vulnérabilité qui en découle.

C'est pourquoi mêler l'oralité alimentaire à la question de la prématurité fut un sujet de recherche fréquemment traité ces vingt dernières années, et notamment parce que c'est une population qui fréquente largement les consultations orthophoniques.

De par les recherches, les bébés prématurés ayant des TOA aussi appelés maintenant « troubles alimentaires pédiatriques » (Goday et al., 2019) sont mieux analysés dans leur dynamique globale, diagnostiqués et pris en soins. En effet, dans les services, les équipes paramédicales pluridisciplinaires orchestrées par des médecins se sont attelées à améliorer la qualité de vie des enfants nés trop tôt en agissant notamment sur le plaisir oral tout en préservant les apports caloriques par voie entérale par exemple.

Pour autant, la prise en soins orthophoniques demeure le plus souvent trop tardive. Ainsi, intégrer le dépistage précoce de TOA au parcours de soins paraît primordial pour un meilleur suivi par la suite.

PARTIE THÉORIQUE

VUE D'ENSEMBLE SUR LA NOTION D'ORALITE

Les oralités, introduction

La définition étymologique d'oralité, « qui se fait par la bouche », est liée à la définition psychanalytique du terme, en lien avec le stade oral décrit par Freud. Ce stade est le premier du développement selon l'auteur autrichien qui attribue au stade oral le fait que le bébé apprivoise le monde par la bouche et qu'il prenne du plaisir en s'alimentant et en découvrant sa cavité buccale. Cette notion issue de la psychanalyse a bien évolué et a laissé place à de nouveaux usages du mot. Aujourd'hui, l'oralité est définie, comme étant le « Caractère oral de la parole, d'un discours, d'un fait littéraire, etc. », ou encore le « Caractère d'une civilisation qui s'exprime par la seule tradition orale. », et l' « Ensemble des caractéristiques du stade oral. » (*Oralité*, s.d.).

Ce terme est notamment employé par les orthophonistes, médecins généralistes et pédiatres pour décrire les fonctions attribuées à la bouche. L'oralité est donc multiple : elle regroupe les vocalises, cris, le langage d'une manière plus générale via la parole, mais aussi l'alimentation, la déglutition, la succion, la respiration etc. (Brin-Henry et al., 2018). Toutes ces fonctions ont été scindées en deux notions que sont l'oralité alimentaire et l'oralité verbale.

Oralité alimentaire

L'oralité alimentaire se divise elle-même en deux temps : l'oralité primaire, réflexe et l'oralité secondaire, corticale.

L'oralité primaire, qui débute *in utero*, et qui se poursuit jusqu'aux 4 à 6 mois du nourrisson, est une oralité involontaire, automatique, réflexe, régie par le tronc cérébral. Aucune praxie volontaire n'est mise en jeu à ce stade développemental.

Alors que l'oralité secondaire, elle, engage des processus neurologiques volontaires, non automatiques. Une commande motrice est nécessaire, ordonnée par le cortex frontal moteur ainsi que par le faisceau cortico-géniculé.

Certains admettent que l'oralité alimentaire est rythmée en trois temps et s'accordent à dire qu'une oralité tertiaire débute entre 30 et 36 mois chez le jeune enfant. Celle-ci est définie comme étant une oralité empreinte de cognitions et de représentations de l'alimentation. L'oralité tertiaire ou « oralité cognitive » envisage que ce ne sont plus seulement les expériences sensori-motrices ou l'étayage parental qui sculptent le plaisir de manger. En effet, s'y ajoutent les représentations mentales construites autour de l'alimentation, sous-tendues par une cognition plus élaborée (Levavasseur, 2017).

Liens entre oralité verbale et oralité alimentaire

Selon C. Thibault « l'oralité est fondatrice de l'être ». Comme ci-précédemment vu dans la définition, l'oralité comprend une notion importante qui est celle du langage oral.

L'oralité alimentaire et l'oralité verbale se développent simultanément : la cavité buccale se partage donc, entre autres, les fonctions de communiquer et de se nourrir, ce que C. Thibault décrit dans son schéma « *la bouche, carrefour anatomique du verbe et de l'aliment* » (Thibault, 2015).

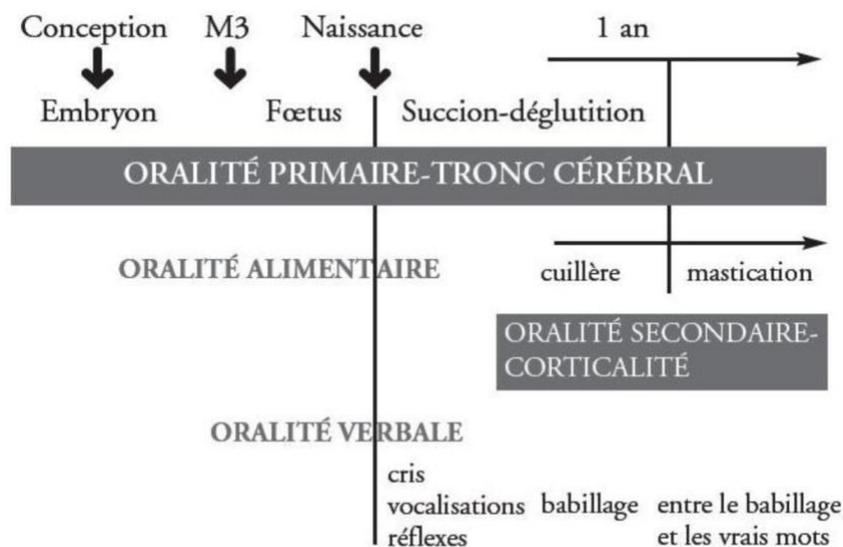


Illustration 1 : « La bouche, carrefour anatomique du verbe et de l'aliment » (Thibault, 2015)

Des liens intrinsèques entre oralité alimentaire et langage sont établis dans la littérature : l'oralité verbale et l'oralité alimentaire utilisent les mêmes voies anatomiques, mais le sens est inversé. En effet, l'oralité alimentaire emprunte le chemin de la bouche à l'intestin en passant par le pharynx alors que l'oralité verbale suit ce chemin : d'abord depuis le poumon en passant par le larynx puis le pharynx pour arriver dans la bouche (Couly, 2017). Si les

oralités utilisent des structures anatomiques semblables, elles activent également des réseaux de neurones situés dans la même zone cérébrale et précisément au niveau du cortex moteur frontal (Couly, 2020).

De surcroît, des relations ont été établies entre le besoin primaire de manger (ce qui est décrit alors dans l'oralité primaire et cette notion de réflexe) et celui, tout aussi instinctif, de communiquer verbalement. Après l'oralité réflexe, l'oralité alimentaire secondaire, elle cortiquée (mouvements praxiques volontaires), se développe parallèlement au langage verbal articulé.

Les expériences sensori-motrices vécues chez le tout petit lors de l'alimentation façonnent la construction de l'oralité verbale.

De plus, des aspects interactifs sont communs à l'alimentation et à la communication verbale : la proxémique (positionnement face à face), le regard, la gestualité, les productions vocales et verbales (Puch et al., 2004).

Pour finir, alimentation et langage sont deux champs de compétence appartenant à la pratique orthophonique. Ainsi, l'orthophoniste se doit, lorsqu'il reçoit une plainte pour l'un ou pour l'autre, d'investiguer systématiquement les deux.

Focus sur l'oralité alimentaire primaire

Anatomie et embryogenèse : développement sensori-moteur intra-utérin

L'oralité primaire ou oralité réflexe se développe dès la vie intra-utérine, c'est l'oralité fœtale. Initialement, la face est formée d'une cavité primitive buconasale. Puis, la bouche commence à se former en tant qu'entité propre pendant le 2^{ème} mois de gestation : elle est à l'état de stomadum, espace hypersensoriel. Effectivement, le stomadum détient de nombreux récepteurs sensoriels aux nerfs crâniens V, VII bis et IX, qui régissent la transmission de signaux jusqu'au tronc cérébral. Il est établi que le tronc cérébral joue un rôle déterminant dans l'oralité primaire (Abadie et al., 1999). En parallèle du développement buccal, on voit apparaître le réflexe de Hooker, vers la 10^{ème} semaine : l'embryon, en explorant ses mains, va les porter à la bouche, ce qui va entraîner l'ouverture réflexe de celle-ci ainsi qu'une protrusion linguale, automatique également. L'activité branchio-motrice fœtale précoce amène la formation du voile du palais et permet à la langue de s'horizontaliser. C'est aussi le

moment de la succion réflexe : les cellules neuronales de la substance réticulée bulbo-pontique reçoivent des signaux et émettent en réponse des efférences motrices de succion. Ici, les nerfs VII (pour la motricité des lèvres), XII (celle de la langue) et IX (celle du voile palatin) sont engagés. Donc, dès le 3^{ème} mois de gestation, la sensori-motricité est en place (Couly, 2017).

La succion précède le phénomène de déglutition : ces deux fonctions sont contrôlées par des arcs réflexes qui sont liés. Effectivement, la déglutition résulte également de l'action d'une zone bulbaire. De fait, dès la 11^{ème} semaine embryonnaire, les premières déglutitions fœtales (exclusivement du liquide amniotique) apparaissent. Également, dès la 12^{ème} semaine de gestation les mouvements de déglutition et de succion seront efficaces, fonctionnels et une coordination de l'enchaînement des deux sera observable (Senez, 2015). Ainsi, à ce moment précis, le fœtus déglutit fréquemment du liquide amniotique, soit environ 0,5 litres sur une durée de 24 heures (Couly, 2017).

Comme le précise Couly, la déglutition, fonction très archaïque, a un rôle morphogénétique : déglutir induit que la langue fait des mouvements de propulsion et de rétropulsion, nécessaires pour la construction mandibulaire. Un défaut de ces mouvements fœtaux automatiques pourrait entraîner des malformations morphologiques (rétrognathie ou prognathie). Entre la 22^{ème} et 24^{ème} SA, une rétrognathie peut être observable grâce à une échographie de profil, ce qui signerait des séquences succions-déglutitions pauvres et donc une oralité défectueuse. Cette recherche est faite lors de la seconde échographie obligatoire pour le suivi de grossesse, nommée « échographie morphologique », afin de mener à bien les investigations anténatales d'éventuelles pathologies (comme la séquence de Pierre Robin, par exemple).

En parallèle du développement de la motricité involontaire impliquée dans l'oralité d'ingestion primaire, la sensorialité se façonne et s'étoffe également précocement et ce, dès la vie fœtale. De fait, les systèmes sensoriels, multiples, se développent en plusieurs étapes successives étayées par les interactions du bébé et de son environnement. Les systèmes somesthésique et vestibulaire sont stimulés fréquemment pendant toute la durée de la grossesse. En effet, les stimulations tactiles, somesthésiques sont précoces : dès le commencement et jusqu'à la naissance le bébé sera en contact permanent avec le liquide amniotique qui l'entoure, ainsi qu'avec l'enveloppe utérine, mais il touche également ses mains, ses pieds... Les récepteurs sensoriels buccaux ont été observés chez les bébés dès le

second mois de gestation (vers 7-8 SA), puis, dès la 11^{ème} semaine, il y en aura sur les mains et pieds. Ils apparaîtront sur jambes et bras dès la 15^{ème} semaine de gestation. Les sollicitations vestibulaires demeurent riches et sont rythmées par tous les mouvements de la mère, mais également ceux du bébé (Lecanuet et al., 1996). Pour ce qui est de la nociception, la littérature n'est pas au clair sur les réponses à des stimuli nociceptifs : une étude a mis en avant un changement du rythme cardiaque lors d'un prélèvement de sang au niveau du cuir chevelu (Clark, et al., 1982). Le système chimiosensoriel, comprenant l'odorat et le goût, se développe de manière extrêmement précoce dès 12 SA, période à laquelle les papilles gustatives se forment. Elles seront matures à 13 SA. La stimulation chimique principale est portée par le LA, qui transporte les parfums et goûts des aliments mangés par la mère, avalé fréquemment par le bébé. Il y a une transmission précoce des informations chimiosensorielles de la mère au fœtus : les nourrissons préféreront les odeurs des aliments ingérés par leur mère pendant la grossesse (Schaal, 2000). A noter que le système olfactif, indissociable de celui du goût, étale son développement de la 1^{ère} à la 20^{ème} semaine de gestation.

L'audition, elle, commence son développement durant le dernier trimestre de la grossesse. L'ouïe n'est pas mature à la naissance, elle continue de se développer jusqu'aux 2 ans de l'enfant, au moins. Les études électro-physiologiques ont démontré une précocité de la transmission du signal sonore via les voies auditives dans le tronc cérébral. Entre 24 et 26 semaines d'âge gestationnel, il est admis que la cochlée est fonctionnelle. A partir de 30 semaines AG, ont été observées des réactions motrices et cardiaques aux bruits. Ces réponses se spécifient en fin de grossesse (entre 36 et 38 semaines d'AG) : elles diffèrent selon l'intensité, la fréquence de la stimulation. Également, différentes études ont prouvé que le fœtus pouvait discriminer deux fréquences, deux notes de musique et deux voix contrastées et qu'il peut traiter les différences de spectres. Toutefois, les objets d'étude s'axent préférentiellement sur les réponses à des stimulations auditives maternelles (Granier-Deferre et al., 2011). En parallèle, les perceptions visuelles se développent, bien que les stimulations visuelles soient limitées *in utero*. Les vésicules optiques, prémices de la rétine, sont observables vers 30 jours de gestation et celle-ci se développe jusqu'au 4^{ème} mois. Le processus de maturation de l'œil continue jusqu'en post-natal. Peu d'études ont mis en exergue des réponses de la part du fœtus à des stimuli visuels : une agitation motrice serait observable après une exposition de vingt minutes à de la lumière.

Il est évident que les recherches scientifiques ont essayé au maxima de décrire les systèmes sensoriels un à un pour comprendre au mieux leur développement et fonctionnement. Néanmoins, il est primordial de considérer une interaction de tous ces sens qui fonctionnent et qui sont activés simultanément : le bébé reçoit des stimuli traités alors par plusieurs sens. La multimodalité, soit le traitement d'une stimulation de manière plurisensorielle, est déjà intégrée chez le bébé, dès l'état fœtal. La multisensorialité est une notion phare de la pratique orthophonique notamment : la multiplication des canaux d'entrée rend les stimuli porteurs de sens, fréquents et cohérents, ce qui améliore les comportements.

Le fœtus entraîne donc, dès le commencement de la gestation, tous ses sens ainsi que la séquence réflexe et involontaire qu'est l'enchaînement succion-déglutition pour que celle-ci soit prête à la naissance afin d'envisager la succion nutritive au sein ou au biberon.

Si la séquence succion-déglutition était auparavant suffisante, arrive vers 30 SA une troisième fonction qui se coordonne aux deux autres. En effet, la séquence, agrandie, devient un enchaînement praxique volontaire : succion-déglutition-respiration, indispensable pour la succion nutritive du nouveau-né. La motricité intra-fœtale se développe donc jusqu'à la fin de la gestation. Ainsi, un bébé qui naîtrait avant cette période charnière n'aurait pas acquis cette compétence et aurait besoin d'une nutrition entérale afin de pallier les difficultés.

Le nouveau-né et l'oralité : coordination succion-déglutition-respiration et réflexes oraux

L'oralité alimentaire primaire, qui commence son développement *in utero*, se poursuit donc dans la vie extra-utérine.

Pendant la période de gestation, les succions pré-natales, comme vu ci-précédemment, ont plusieurs rôles comme le développement maxillo-facial, l'alimentation, les découvertes sensorielles notamment gustatives (lors de déglutition du LA). Chez le nouveau-né, il y a présence du réflexe de succion, qui détient toujours les mêmes fonctions auxquelles s'ajoutent un rôle social et une dimension d'attachement (lien mère-enfant), puisqu'en effet, les tétées, moments de succion nutritive, sont propices à un rapprochement, à des contacts visuels et à une communication entre les deux êtres qui se découvrent peu à peu. Le réflexe de succion est déclenché dès qu'un doigt ou une tétine est introduit dans la bouche. Toutefois, sont distinguées : la succion nutritive et la succion non-nutritive. La succion à visée nutritive s'inscrit dans une séquence en trois temps, présente dès les dernières semaines de gestation :

la coordination succion-déglutition-respiration. Ainsi, lorsqu'il a faim, le nouveau-né place sa bouche sur le mamelon ou sur la tétine, selon le mode d'alimentation choisi, et mobilise des schèmes moteurs oro-faciaux extrêmement fins : il met sa langue en forme de gouttière et fait de nombreux mouvements mandibulaires en alternant ouverture et fermeture verticale. Quand ces mouvements rythmés, ou encore « *bursts* », qui caractérisent la succion nutritive, sont terminés, le lait sort du biberon ou du sein. C'est alors que démarre la phase orale de la déglutition : lait en bouche, le nourrisson va propulser ce bolus en arrière de la bouche. Le bol alimentaire poursuit alors son trajet vers l'oropharynx. C'est à ce moment précis que le temps pharyngien débute et que la ventilation s'arrête : ce moment d'apnée caractérisé par l'inhibition des voies respiratoires avec l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage demeure succinct puisque la séquence s'enchaîne très rapidement. Le lait continue son trajet et la respiration reprend lorsqu'il arrive dans l'œsophage (temps œsophagien de la déglutition) (Senez, 2015).

La succion non-nutritive, à l'instar de la succion nutritive, se déroule en rafales, ponctuées de périodes de « pauses » ou de « repos ». En revanche, les deux mécanismes diffèrent en ce sens que les temps de rafales sont plus rapides lors de la succion non nutritive (Lecanuet, 2002). Cette dernière est réflexe et est observée préférentiellement en fin de repas : au fur et à mesure, apportant apaisement, réconfort, sécurité, protection, elle devient volontaire. En plus du réflexe de succion, le nouveau-né présente d'autres réflexes oraux à la naissance comme celui des points cardinaux : en réponse à un stimulus tactile sur la joue ou sur la commissure labiale, le nourrisson tourne sa tête du côté de ce stimulus en émettant un rictus. Il va de pair avec le réflexe de fuissement, indispensable pour que le bébé trouve le sein afin de se nourrir : en réponse à une stimulation tactile, le nourrisson oriente sa bouche vers la source nourricière. L'automatisme d'orientation de la langue se base sur le même principe que le réflexe précédent : si un des deux côtés des bords de la langue proche de l'apex est stimulé, alors la langue s'oriente vers cet endroit. Deux autres réflexes de défense ont été décrits : le réflexe de toux, qui consiste à expectorer afin de dégager les voies aériennes supérieures menacées par un corps étranger ainsi que le réflexe nauséux physiologique, en réponse à une irritation gustative, tactile ou olfactive qui peut être conditionnée par des stimuli visuels ou psychiques.

Ces automatismes oraux réflexes sont archaïques, primitifs et s'inscrivent au sein de d'autres réflexes de base comme le réflexe de Moro, ou la marche automatique du nouveau-né, par

exemple. Ils rendent compte d'une maturation cérébrale en indiquant que le système nerveux est fonctionnel. Au fur et à mesure que le nourrisson grandit, les mouvements deviennent volontaires, à l'instar de l'oralité primaire qui évolue pour laisser place à une oralité alimentaire secondaire, sous-tendue par une commande volontaire et non plus réflexe.

L'oralité alimentaire secondaire

Définition

L'oralité secondaire succède à l'oralité primaire : elle démarre lors de l'ajout de l'alimentation orale solide via la cuiller le plus souvent, en complément du lait. Les réflexes archaïques disparaissent progressivement, à l'exception du réflexe de toux dont les voies cérébrales ne se corticalisent pas puisqu'il demeure un réflexe de défense tout au long de la vie. Ainsi, progressivement, le nourrisson acquiert des schèmes praxiques volontaires contrôlés par le cortex frontal moteur. Le passage de la succion-déglutition réflexe à une alimentation engageant une mastication volontaire est rythmée par de nombreux changements. Effectivement, arrivent des stimuli sensoriels nouveaux comme la couleur de l'aliment, sa texture, sa consistance, son goût, sa température, conjugués à l'utilisation inédite de la cuiller, outil qui apporte lui aussi de nouvelles sensations somesthésiques. Également, le nouvel outil que l'on propose aux bébés pour les nourrir demande une adaptation de leur part, notamment dans les patterns bucco-moteurs engagés pour l'utiliser : les praxies utilisées pour manger à la cuiller diffèrent des schémas moteurs de succion réflexe. Cette adaptation demeure longue car, les praxies masticatoires ne seront matures qu'entre 4 et 6 ans.

Liens avec l'oralité primaire

L'oralité secondaire coexiste avec l'oralité primaire : le bébé pour qui la diversification alimentaire a démarré, demeure alimenté par du lait (au biberon ou au sein). Ainsi, durant cette période, et donc avant le retrait du lait (en poudre ou maternel), le bébé alterne entre la succion-déglutition réflexe et la déglutition volontaire. Cette double stratégie laissera place entière à la praxie de déglutition ensuite, qui s'accompagnera de mouvements masticatoires.

La littérature recense quelques études qui se sont intéressées à la corrélation entre la qualité de l'oralité primaire et celle de l'oralité secondaire. Par exemple, une équipe finlandaise a observé l'évolution des schèmes moteurs chez des bébés prématurés entre succion et alimentation solide. Les résultats de cette étude montrent que les schémas de succion précoce n'étaient pas prédictifs du développement ultérieur de l'alimentation sur le plan moteur, bien que certains sujets de la cohorte présentaient des difficultés sensorielles à certaines textures (Törölä, et al., 2012). Pour autant, cette présente recherche demeure biaisée puisqu'elle n'a pas eu recours à des outils fiables de diagnostic. Une autre étude, plus récente, menée par une équipe allemande, a également mis en exergue que les schémas de succion ne sont pas prédictifs du développement ultérieur de l'alimentation chez les nouveau-nés prématurés en bonne santé. En effet, après avoir évalué les schémas de succion à 34, 37 et 44 semaines d'âges post-menstruel, l'alimentation à la cuiller à 6, 9 et 12 mois d'âge post-menstruel et la mastication à 9, 12 et 24 mois d'âge post-menstruel, tous les sujets de l'étude n'ont pas démontré une progression stable de leurs habiletés motrices orales. La qualité des habitudes de succion n'était pas associée à la réalisation du niveau de compétence de l'alimentation assistée à la cuillère ou à la mastication (Hübl et al., 2020).

Si aujourd'hui ce sujet intéresse de plus en plus les équipes de recherche, les études restent peu puissantes de par la taille des échantillons, offrent uniquement des tendances et non des résultats totalement fiables. Le seul élément qui demeure une certitude reste les changements de schèmes sensori-moteurs entraînés par l'oralité secondaire par rapport à la succion exclusive.

FOCUS SUR L'ORALITE ALIMENTAIRE SECONDAIRE

Diversification alimentaire : aspects anatomiques et physio-moteurs

Si la période optimale d'introduction d'aliments non lactés n'a pas toujours fait consensus, certaines recommandations s'offrent tout de même aux parents concernés. Ainsi, selon l'OMS, au-delà des 6 mois de vie de l'enfant, le lait adapté au nourrisson, qu'il soit maternel ou déshydraté, n'a plus les propriétés suffisantes pour répondre aux besoins nutritionnels du jeune enfant (Organisation Mondiale de la Santé, 2020). De fait, à cette période développementale clé, on ajoute au lait une alimentation de complément. Ainsi, vient le

passage de l'oralité primaire (suction) à l'oralité secondaire (mouvements masticatoires), aussi appelée diversification alimentaire, qui débute autour des 4 mois de vie révolus d'un nourrisson, selon les recommandations françaises (Ameli, 2019a). Il est donc admis qu'entre 4 et 6 mois, les oralités primaires et secondaires commencent à coexister et ces deux stratégies perdureront jusqu'aux deux ans de l'enfant en moyenne dans nos sociétés occidentales pour ne laisser place par la suite qu'à une alimentation principalement solide (Thibault, 2017). La diversification alimentaire constitue un élément phare en matière d'oralité puisqu'elle met en jeu de multiples changements procéduraux pour se nourrir en demeurant une étape d'adaptation physio-motrice, sensorielle et psychologique importante : des schèmes moteurs différents sont mis en jeu, la posture corporelle diffère, l'outil introduit en bouche se distingue du biberon ou du mamelon, arrive la découverte de textures et de goûts différents, l'aspect social est modifié puisque l'aidant se présente désormais face au bébé et la cuiller unit les deux protagonistes des repas...

Au début de la diversification alimentaire, les enfants n'abandonnent pas de suite la suction : les aliments solides sont tétés, tout en gardant la même procédure pour la déglutition (Abadie et al., 1999). Puis, les schèmes praxiques conscients de la mastication se mettront doucement en place à la fin de la première année de vie du nourrisson. Afin de mener à bien les séquences de mouvements requises lors du passage à la cuiller, les cortex visuel et frontal doivent être matures : la coordination oculo-motrice est requise, ce qui est facilité par l'installation assise permise grâce à un tonus axial et une tenue de la tête correcte, vers 4 mois et demi d'âge développemental. S'ensuit naturellement l'éruption des dents temporaires, communément appelées « dents de lait », aux alentours de 6 à 7 mois. Jusqu'aux 3 ans de l'enfant, la denture déciduale s'installe chez l'enfant qui pourra alors mastiquer plus aisément les aliments en morceaux.

Notion d'intégration neurosensorielle

Le paragraphe précédent énumère les nombreuses adaptations de l'enfant lors du passage à la nourriture solide. Néanmoins, focalisons-nous sur la sensorialité et plus particulièrement sur le concept récent d'intégration neurosensorielle.

Décrite dans un premier temps à la fin du siècle dernier par A. J. Ayres, ergothérapeute, l'intégration sensorielle fait référence à une modulation graduelle, adaptative des

comportements générés par des stimulations sensorielles (McIntosh et al., 1999). En somme, l'humain est face à un processus cognitif complexe d'ajustements qui sont physiologiques et comportementaux en réponse à des sensations : les systèmes sympathique (gestion de la réaction de fuite entre autres) et parasympathique (gestion du retour au calme après une émotion vive) y sont engagés. L'intégration sensorielle comprend la coordination et le traitement de toutes les informations sensorielles importantes de l'événement, puis l'ajustement du comportement en fonction de ce traitement.

Notons que les réactions aux stimulations sensorielles sont omniprésentes et multimodales dans le quotidien d'un enfant, et même dans celui d'un adulte. Certains auteurs s'accordent à dire qu'aux 5 sens connus de tous, à savoir l'ouïe, l'odorat, la vue, le toucher (ici appelé somesthésie) et le goût, s'additionnent le sens vestibulaire, la proprioception, la nociception, le sens vibratoire, la thermoception...

Le passage à la cuiller est intrinsèquement lié à ces concepts d'intégration et de modulation neurosensorielle. Effectivement, si manger est une situation multisensorielle dès le début de la vie, la multimodalité se majore lors de la diversification alimentaire : le lait avait sensiblement un goût et une température identique, ce qui n'est plus le cas des purées par exemple. Davantage de stimuli à traiter en une bouchée, s'accompagnant d'un nouvel outil qui amène avec lui de nouvelles propriétés somesthésiques, motrices (bouche qui se positionne différemment, préhension qui se distingue de celle du biberon) mais aussi d'une nouvelle installation (aidant désormais face à l'enfant, position assise...).

Il paraît donc évident qu'une sensorialité troublée va engendrer des difficultés lors de la phase orale de l'alimentation.

LES TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE (TOA)

Appellations, définition et étiologies

La littérature scientifique à ce propos relate plusieurs termes à ce que l'on appellera ici TOA. Si C. Senez parle « d'aversion alimentaire d'origine sensorielle » (Senez, 2015) et que d'autres auteurs évoquent une « dysoralité sensorielle » comme étant un trouble du comportement alimentaire (Thibault, 2017), tous mettent en exergue l'aspect d'une sensorialité fragilisée. Si C. Thibault évoque que les troubles du comportement alimentaire

sont secondaires à une pathologie digestive ou à une pathologie extradigestive ou encore à des anomalies congénitales ou acquises de la déglutition, il est à bannir l'idée que les TOA n'existent qu'à la suite de causes organiques. En effet, le TOA peut être défini comme étant une difficulté d'alimentation *per os* pouvant être entraînée par des facteurs organiques cités ci-avant mais aussi par des causes (Thibault, 2017) :

- neurologiques (encéphalopathies, dans le cadre d'un polyhandicap...),
- psycho-comportementales,
- post-traumatiques (privation de stimulations oro-faciales -SOF- entraînée par la prématurité, la réanimation, les pathologies du tube digestif amenant l'obligation d'une alimentation par voie entérale ou parentérale),
- sensorielles (troubles de l'intégration neurosensorielle que nous avons déjà évoqués).

Facteurs de risque

Cliniquement, sont retrouvés bon nombre de signes cliniques communs chez les patients présentant des TOA. Cependant, la littérature scientifique reste peu conséquente à ce propos : peu d'études mettant en avant des critères de vulnérabilité (Couillien, 2019) existent. C'est pourquoi, force est de constater que nous nous basons sur l'expérience clinique des orthophonistes et autres professionnels amenés à soigner ou prendre en charge des patients ayant des TOA. Ainsi, si l'on se focalise sur les critères de vulnérabilité ayant été significatifs dans cette étude, nous pouvons déjà évoquer (Couillien, 2019) :

- le RGO, défini comme étant la remontée d'une partie ou de l'entièreté du contenu gastrique par l'œsophage en passant par le cardia (Ameli, 2020) causant alors des brûlures qui peuvent fortement gêner le bébé pour manger, pouvant entraîner des régurgitations acides, des éructations fréquentes, un hoquet, une toux pouvant être accentuée par la position allongée où le liquide remontera davantage. Le RGO touche environ 8% des enfants et demeure très fréquent chez les adultes (entre 20 à 40%) (Molkhou, 2005). Ainsi, le RGO est un des premiers éléments recherchés (à objectiver, ou à écarter) lors de l'examen clinique de l'orthophoniste, les douleurs provoquées pouvant contraindre fortement l'alimentation orale.
- les soins envahissants la sphère oro-faciale, comme la présence d'une SNG par exemple,

- les troubles de la déglutition
- la présence de troubles sensoriels chez l'un des parents.

Cette étude avait rejeté la prématurité comme étant un facteur de risque à la dysoralité sensorielle mais celle-ci entraînant, de fait, un passage dans un service de néonatalogie et donc, pour la plupart, des soins envahissants, on retiendra qu'il faut tout de même interroger sur le terme de la naissance et en tenir compte.

Focus sur les troubles de l'intégration neurosensorielle

Le TOA se distingue d'autres troubles du comportement alimentaire à l'instar de la néophobie alimentaire, physiologique, ou de l'anorexie, pouvant être psychogène, post-traumatique ou autre, par son étiologie d'origine en partie sensorielle. En effet, comme énoncé auparavant, le mécanisme d'intégration neurosensorielle se trouve au cœur de l'oralité alimentaire. C'est le processus d'habituation qui est lié à cette intégration neurosensorielle et qui, donc, peut être défaillant. En effet, on peut observer chez certains enfants des sur-réactions à certaines stimulations sensorielles provoquant des réponses trop vives émotionnellement et donc inadaptées ; c'est l'hypersensibilité. A l'inverse, on objectivera une hyposensibilité lorsque la réaction comportementale à un stimulus sensoriel est absente ou présente selon un seuil d'activation très élevé.

Diagnostic au sein d'un bilan orthophonique

Depuis avril 2018, la NGAP prévoit le diagnostic et la prise en soins des troubles de l'oralité au sein du champ de compétences des orthophonistes. C'est donc de leur devoir d'évaluer et de rééduquer ces dysfonctionnements.

Bien que la recherche sur ce pan du travail de l'orthophoniste ne demeure que peu élargie, il est d'ores et déjà possible d'élaborer un protocole de bilan pour évaluer et examiner les jeunes enfants afin d'objectiver le TOA.

Pour débiter, comme dans tout bilan orthophonique, se déroule l'entretien anamnestique. A la recherche de signes cliniques précis, que l'on retrouvera notamment dans le questionnaire parental, pour repérer un éventuel RGO, des antécédents familiaux, des antécédents médicaux ou chirurgicaux ayant pu affecter la zone oro-faciale, d'éventuels marqueurs de

dysfonctionnements sensori-moteurs etc., l'orthophoniste interview les parents, et l'enfant quand il peut répondre. Également, dans les éléments recherchés par le praticien en quête de comprendre le profil du patient, on pensera à d'autres facteurs prédisposant comme un réflexe hypernauséux, un déplaisir notable pour l'enfant à manger, des quantités ingérées réduites, des refus ostentatoires (cris, gestes, grimaces...). Le thérapeute retracera l'histoire de la maladie, mais aussi le développement précoce du patient depuis sa naissance et même avant celle-ci : des interrogations sur la grossesse, l'accouchement, les suites de couches, les premiers apprentissages (marche, langage, propreté) seront soumises aux parents. De plus, on s'attachera à revenir sur l'alimentation dès la naissance : comment se déroulait-elle ? comment l'enfant était-il nourri ?...

A noter tout de même que l'orthophoniste reçoit une famille (patient, parents...) dans le cadre de ces difficultés lors de l'alimentation mais n'omet pas d'investiguer les aspects langagiers (oralité verbale) et communicatifs, intrinsèquement liés à l'oralité alimentaire comme vu précédemment.

L'intégralité de ces données récoltées et de l'observation active de l'orthophoniste qui a déjà pu repérer l'étayage parental, le comportement du patient, l'aspect externe de sa face (respiration, déglutition, schèmes praxiques de la parole, morphologie faciale et notamment mandibulaire avec le repérage d'une prognathie ou d'une rétrognathie) va guider l'examen clinique qui suivra l'anamnèse. Effectivement, à défaut de posséder un protocole normé pour détecter les TOA, l'orthophoniste va procéder à un examen clinique et fonctionnel dans le but de rechercher une gêne organique dans un premier temps : observation de la zone oro-faciale de l'enfant (en externe, puis en interne) afin de qualifier les aspects anatomiques des organes buccaux et supra-laryngés (voile du palais, amygdales...). L'examen se poursuit avec l'évaluation de la motricité et de la sensorialité du patient : d'un point de vue général, on propose des activités manuelles au patient, mais également de toucher des textures etc. et d'un point de vue plus spécifique à l'oralité alimentaire, on procède à des essais alimentaires. A cette étape, l'orthophoniste recherche des indicateurs de fragilité motrice : schèmes masticatoires, déglutition efficace... et des indicateurs de fragilité sensorielle avec un repérage d'hyper ou d'hypo sensibilité, de réflexe hypernauséux, de refus ou de gêne... Le bilan d'oralité doit également explorer l'étayage parental, ce qu'E. Levavasseur appelle « pilier environnemental » (Levavasseur, 2017). En effet, il demeure primordial de saisir les comportements familiaux et de comprendre la dynamique familiale car on sait que les

difficultés alimentaires vont causer de grandes tensions intra-familiales. Ainsi, le bilan est déjà la première étape de prise en soins des TOA puisque à l'issue de celui-ci, l'orthophoniste se doit d'expliquer aux parents comment aider leur enfant, le développement de l'alimentation, les fragilités sensori-motrices éventuelles et les points d'appui, mais également de réorienter vers des professionnels concernés si la cause organique nécessite une prise en charge annexe.

LA PREMATURITE

Définition de l'OMS et données épidémiologiques

Une naissance est communément dite prématurée lorsque le bébé naît vivant avant 37 SA, sachant que le terme d'une gestation humaine se situe à 41 SA (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Chaque année naissent prématurément environ 15 millions de bébés selon l'OMS, soit l'équivalent d'1 naissance sur 10. Ce nombre ne cesse de croître année après année, ce qui représente environ 5 à 7% des naissances en Europe selon une étude de 2002 (Goldenberg, 2002). Notons par ailleurs qu'en 2015 la prématurité causait environ 1 million de décès par an (Ameli.fr, 2020).

Selon des données épidémiologiques récentes, des facteurs de risque à la naissance prématurée ont été objectivés tels qu'un antécédent de naissance prématurée, une grossesse tardive tout comme être une jeune maman, être célibataire ou ne pas vivre avec son conjoint, avoir été peu scolarisé ou appartenir à un faible niveau socio-économique, le surpoids, le stress, être fumeur, entre autres (Wen et al., 2004). Sont également mis en avant comme facteur de risque à une mortalité ou morbidité néonatale suivant une naissance prématurée : la grossesse gémellaire, la pré-éclampsie, le petit poids à la naissance, la rupture prématurée des membranes... Les causes les plus généralement retrouvées sont donc : les grossesses plurielles, les anomalies anatomiques de l'utérus ou du placenta, les infections génitales et urinaires, mais aussi les infections générales comme la grippe par exemple (Ameli.fr, 2019). Cette source ajoute d'autres causes, moins fréquentes, telles que le diabète gestationnel ou l'hypertension artérielle gravidique...

Différents degrés de prématurité

Sont admises trois sous-catégories de prématurité (Organisation Mondiale de la Santé, 2018):

- la prématurité extrême (< 28 SA);
- la grande prématurité (entre 28 et 32 SA);
- la prématurité moyenne, voire tardive (entre 32 et 37 SA).

A noter, qu'en France, la limite de viabilité est de 22 SA. En termes de poids la limite est à 500 grammes.

Parcours de soins précoce de l'enfant prématuré

Prise en soins en service de néonatalogie

Lorsqu'a lieu une naissance prématurée, la prise en soins du bébé se poursuit en service de néonatalogie. Ce service spécialisé dans le suivi des nouveau-nés prématurés, entre autres, n'existe que dans les maternités de niveau II et de niveau III. A savoir que les bébés nés avant 32 SA ne seront pris en charge que dans les maternités de niveau III. L'unité de néonatalogie est composée d'une équipe compétente et habiletée à dispenser les soins particuliers que nécessitent les nouveau-nés prématurés : pédiatres, infirmières puéricultrices et auxiliaires de puériculture prennent donc soin de ces bébés très vulnérables qui sont alors généralement placés en couveuse (Mpedia, 2016). La fragilité de l'enfant né prématurément entraîne de nombreuses complications. Ainsi, les soins dispensés sont multiples : aide matérielle pour délivrer de l'oxygène comme aide à la respiration (intubation, lunettes à oxygène, masque sur le nez...), une nutrition entérale (NE) ou parentérale (NP) afin de pallier les carences nutritives et la perte de poids, un placement en couveuse pour obtenir une température corporelle assez chaude mais également pour que le bébé se développe dans un environnement aseptisé afin d'amoindrir les risques d'infections. Également sont pratiqués des examens médicaux : échographie, électroencéphalogramme, examen clinique du pédiatre etc. afin d'observer l'évolution du développement du tout petit (Mpedia, 2019).

Soins de développement

Ayant pour but d'accompagner le développement pondéral, cognitif et psychomoteur, les services de néonatalogie ont eu à cœur d'intégrer des protocoles particuliers dont la maxime est d'accompagner les enfants en suivant leurs rythmes intra-individuels suivant les domaines.

Alors, depuis quelques dizaines années maintenant, les maternités prodiguent les « soins de développement » décrits par André Bullinger, encore appelés « soins de soutien au développement » ou même « soins de soutien au développement psychomoteur » par d'autres auteurs. Par conséquent, les services de néonatalogie proposent des soins sensorimoteurs qui ont pour objectif d'adapter l'environnement : repérage des situations dystimulantes pour les éviter ou les adapter, intégrer les soins sensorimoteurs dans les projets de soins (adaptation des postures en flexion, prodiguer des SOF...), favoriser l'alliance avec l'enfant au cours des soins et soutenir la relation parentale (Kloekner, 2008).

Les SOOF sont également monnaie courante dans les unités de néonatalogie. Elles consistent à stimuler la bouche avec quelques gouttes de lait, par exemple, et ont pour fonction d'accélérer le passage à l'alimentation orale après la SNG (Fucile et al., 2002) et d'accroître la vitesse de maturation des schèmes de succion (Fucile et al., 2007). L'intérêt est donc grandissant d'utiliser ces stimulations, qui ne sont autres que de légères pressions appuyées par contact tactile, puisqu'elles exercent les réflexes oro-faciaux et ont de réels bénéfices sur l'autonomie alimentaire en plus d'améliorer la qualité de la succion. Récemment, des chercheurs ont voulu définir plus précisément la fenêtre développement opportune pour proposer ces stimulations olfactives : ont été proposées à un groupe de nourrissons prématurés (nés entre 28 et 33 SA) soit des stimulations avec du lait maternel (groupe contrôle) soit des stimulations factices (eau) pour le groupe dit « témoin ». Cette étude randomisée a mis en avant qu'une période optimale pourrait exister afin de mettre les SOOF en place : les bébés nés avant 31 SA qui ont reçu du lait maternel comme stimulations ont appris à se nourrir avant les nourrissons témoins puis, l'impact des stimulations au lait maternel est significativement différent entre les nourrissons nés avant ou après 31 SA (Davidso et al., 2019).

Sollicitations Oro-Faciales (SOF), issues du programme de stimulations appliqué au centre hospitalier Liège, Battisti, 2004

Types de SOOF	Description	Fréquence et durée	Objectifs
 Petites SOF	- Application de légères pressions avec l'index de l'oreille vers la commissure labiale homolatérale - Légères pressions des points cardinaux	- Proposition avant chaque alimentation - durée : <1 minute	Stimulation du réflexe du fouissement (orientation de l'enfant vers la source nourricière)
 Moyennes SOF	-1) Massages circulaires de la paume de la main -2) Pressions en remontant le long des bras jusqu'à l'oreille -3) Réalisation de la « petite SOF » -4) Massages circulaires de la joue, en partant toujours de l'arrière vers l'avant et de bas en haut -5) Légères pressions avec l'auriculaire ou l'index autour de la bouche -6) Pressions en remontant vers la tempe puis sur le front pour passer de l'autre côté et recommencer les étapes 3, 4 et 5 -7) Pressions légères du pourtour des lèvres	- Proposition une fois par jour avant une alimentation - durée : <2 minutes	Prise de contact avec l'enfant et évaluation de sa « disponibilité » à être sollicité Stimulation du réflexe du fouissement (orientation de l'enfant vers la source nourricière) Décontraction des joues. Stimulation du réflexe des points cardinaux Déclenchement de l'ouverture de bouche et des mouvements de succion

Illustration 2 : Schéma récapitulant les SOF qui peuvent être proposées dans les services néonatalogie (Haddad et al., 2015).

Les SOOF ne sont pas les seules stimulations faciales : on parlera alors de SOF lorsqu'on stimule l'oralité sans pour autant y intégrer systématiquement des odeurs. Ayant toujours comme objectif ultime de solliciter positivement la sphère orale du bébé, les SOF sont axées sur la posture : favoriser le regroupement de son corps (fouissement) avec les mains près de l'orifice buccal. En position fœtale le nouveau-né sera dans une position mêlant confort et sécurité. Aussi, dans le cadre des SOF et afin de maintenir les compétences orales du bébé malgré l'alimentation entérale, est proposée une petite quantité d'alimentation *per os* à l'heure du repas. Puis, les aides à la succion font aussi partie intégrante des SOF.

Existe aussi le NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), développé par Als, au sein duquel les parents sont également intégrés pendant les soins et sont invités à pratiquer le peau à peau par exemple. Le peau à peau réduit le stress (Mörelus et al., 2016) et a des effets positifs sur le développement cérébral de l'enfant (Butruille et al., 2017). Ce projet individualisé et spécialisé pour les bébés prématurés a aidé également à la réduction des sur-stimulations et des stimulations nocives dans les services.

Pour résumer, inclure les familles aux soins et les soutenir puis les reconforter pour faciliter la mise en place de la relation parents-enfants ainsi que la proposition de stratégies comportementales (posture en enveloppement, peau à peau, mise au sein pour suctions nutritive et non nutritive) et de stratégies environnementales (nuisances sonores et autres stimuli sensoriels nocifs et nuisants limités) sont largement pris en compte dans les services que fréquentent les nourrissons prématurés (néonatalogie). Ces pratiques sont également mises en place dans certaines unités Kangourou qui peuvent accueillir mère et enfant fragile(s) nécessitant une attention et des soins particuliers.

Conséquences de la prématurité sur le bébé à court et long termes

La naissance prématurée entraînant une immaturité anatomo-physiologique va avoir, de fait, des conséquences à court, moyen et long terme selon les cas de figure. Effectivement, à la naissance, à l'instar du développement de la sphère oro-faciale ralenti, l'immaturité de plusieurs organes est notable. Notamment, on peut noter un retard neurologique, cardio-respiratoire, pondéral, digestif, métabolique, sensoriel etc. Il est donc nécessaire voire vital de mettre en place une prise en soins adaptée à ces jeunes bébés.

Les séquelles peuvent être plus ou moins sévères : trouble du développement moteur (allant de la paralysie cérébrale, entraînant un handicap moteur lourd, au trouble neuromoteur mineur comme le trouble de la coordination par exemple), trouble neuro-développemental ou autres difficultés cognitives et/ou comportementales, des courbes staturo-pondérales écartées de la norme...

Comme dit ci-avant, la prématurité est reconnue comme étant un facteur de risque important de TND comme les handicaps intellectuels, les troubles de la communication, entre autres (Haute Autorité de Santé, 2020b). Des chercheurs observant les conséquences de la prématurité ont également avancé qu'une grande prématurité était un facteur de risque important de troubles du langage oral : notamment que la compréhension orale et que la composante phonologique étaient fortement impactées (Charollais et al., 2010). De plus, il est également admis que la prématurité est un facteur de risque de troubles alimentaires, comme nous le verrons ci-après, et également de contraintes attentionnelles, mnésiques, praxiques, neuro-visuelles, exécutives, sensorielles... (Marret et al., 2015). Par ailleurs, ces troubles peuvent coexister et s'influencer les uns les autres rendant les profils psycho-comportementaux, médicaux et cognitifs complexes et donc les prises en charge multiples, ce qui justifie une pluridisciplinarité de prise en soins nécessitant une communication entre tous les acteurs de celle-ci. La prise en charge multidisciplinaire et précoce est d'autant plus justifiée qu'il a été prouvé que les difficultés cognitives entraînaient des difficultés scolaires.

Prématurité et troubles de l'oralité

Certains auteurs ont eu à cœur de répertorier quels étaient les profils d'enfants concernés par les troubles alimentaires. Ainsi, la prématurité est clairement apparue comme étant un facteur de risque de troubles de l'oralité alimentaire : dans l'étude, sur les 700 participants, il y avait une nette surreprésentation des bébés nés avant 37 SA (Rommel et al., 2003). Les recherches EPIPAGE ont également avancé des propos concomitants cette étude : les prématurés sont plus sélectifs et présentent davantage de réflexes nauséux ou de vomissements lors de la prise alimentaire.

Il est évident qu'en surcroît d'une immaturité anatomo-physiologique, les soins prodigués en service de néonatalogie peuvent être délétères pour le développement oro-myo-facial extra-utérin. L'enfant né prématurément ne pourra pas boire au sein ou au biberon puisque la

coordination succion-respiration-déglutition n'est pas efficiente. Alors, malgré la mise en place des soins de développement, qui contribuent à soutenir le développement de l'oralité, des stimulations négatives persistent lors de leur passage en néonatalogie :

- présence d'une nutrition entérale (NE) envahissant la sphère orale du petit pour tous les bébés nés avant 34 SA,
- manque de fréquence et de cohérence de stimulations, en étant, *a fortiori*, séparé des parents puisqu'en couveuse et donc soigné par de multiples personnes (voix, odeurs différentes, etc.)

La NE est envisagée dans le cadre d'une naissance prématurée dans le cas où la courbe staturo-pondérale est anormale : cette technique d'alimentation artificielle vient assouvir les besoins nutritifs des enfants qui ne peuvent se sustenter via la bouche pour cause d'immaturation physiologique de l'organe buccal ayant entraîné une contrainte sensorielle ou une dysphagie avec contrainte fonctionnelle avérée. La NE peut être assurée par une SNG (sonde reliée au tube digestif via le nez), par une GPE (sonde directement reliée directement à l'estomac via une stomie, orifice sur la paroi abdominale) ou par une jéjunostomie (stomie également, mais la sonde est, dans ce cas, reliée à l'intestin). Lorsque le tube digestif est non fonctionnel, aucune technique de NE n'est envisageable : l'enfant est donc nourri par NP (l'alimentation transite directement dans la circulation du sang via un système en intra-veineux). Ces techniques engendrent une baisse voire un total arrêt de l'alimentation orale et contraignent donc le développement de l'INS pouvant entraîner une hypersensibilité endo-buccale. Parallèlement, le développement praxique est aussi mis à mal puisqu'il ne sera pas soutenu par les patterns moteurs de la succion, s'ils ne sont pas entraînés. Il demeure donc primordial de maintenir une succion non-nutritive et de stimuler la zone oro-faciale via les soins de développement comme dit ci-avant, même si les apports caloriques suffisants sont amenés par une NE ou NP afin d'éviter la dénutrition.

Des chercheurs ont également prouvé que la durée du respirateur artificiel pouvait impacter la qualité de succion, le plaisir de manger, les praxies de la bouche et même l'éclosion du langage chez des enfants prématurés réanimés (Delfosse et al., 2006).

Intérêt d'une intervention orthophonique précoce

Il paraît donc indispensable d'intervenir de manière extrêmement précoce lorsque l'on sait que les premiers facteurs de risque de TOA arrivent dès la naissance et dès la prise en soins en néonatalogie. L'intervention orthophonique précoce est essentielle : si elle ne prend pas la forme habituelle des prises en soins orthophoniques avec des séances en présentiel afin de faire un travail avec l'enfant, elle peut se présenter comme une guidance ou un accompagnement parental. D'autant plus dans un contexte anxieux de naissance prématurée, les parents, souvent demandeurs de conseils, il est incontournable de prévenir d'éventuelles difficultés alimentaires. La guidance est d'autant plus importante que les parents, meilleurs connaisseurs de leur enfant, sont actifs dans le soin et leur rôle est alors sublimé. Notre rôle en tant qu'orthophoniste dans cette prise en charge précoce est d'apporter nos connaissances en matière d'alimentation et d'aspects sensori-moteurs tout en ayant conscience que les parents ont une connaissance pointue du fonctionnement de l'enfant. Ainsi, en prémices d'un quelconque accompagnement, l'orthophoniste se doit de mener un bilan complet comprenant un entretien anamnestique puis une évaluation des aspects organiques, sensoriels, environnementaux et moteurs en observant l'enfant lors d'un repas et son étayage parental...

En intervenant de manière ultra-précoce, les stimuli sensoriels nocifs sont moins fréquents et donc les stimulations fréquentes, cohérentes et positives modifient l'INS. Ainsi, les réactions comportementales en réponse à ces stimuli sont plus adaptées. De même, si l'intervention orthophonique précoce est mise en place, alors les praxies bucco-faciales seront moins contraintes : des sollicitations orales (suction non-nutritive par exemple) seront maintenues, soutenant le développement moteur et ainsi favorisant l'apprentissage de praxies utiles pour l'articulation et pour le langage oral.

Pour finir, l'enjeu est de taille puisqu'une oralité contrainte et non soignée va durer et l'oralité cognitive, comme vu ci-avant, va prendre le relais. Il faut donc profiter de la grande plasticité cérébrale dans la première année de vie et jusqu'aux 2 ans de l'enfant : cette fenêtre de développement est propice à rétablir de la cohérence. Lorsque l'oralité tertiaire arrive, l'implicite n'est plus en supériorité : les enfants sont cognitivement capables de refuser, les représentations négatives de la nourriture seront plus difficiles à effacer, et l'INS sera contrainte depuis déjà trop de temps. Une intervention orthophonique sera encore possible,

évidemment mais les effets délétères de mauvaises représentations de l'alimentation entraînent une prise en charge plus longue et où l'enfant devient l'acteur principal, avec, en parallèle un accompagnement parental toujours préconisé.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

PROBLEMATIQUE

Il est admis aujourd'hui que le système complexe et multimodal de la sensorimotricité, très en lien avec notre alimentation, se développe très précocement, *in utero*, et que son développement se poursuit jusqu'à la fin de la grossesse afin que toutes les fonctions soient matures et fonctionnelles.

Ainsi, une arrivée précoce à la vie extra-utérine prive le nourrisson d'une partie des expériences motrices et multisensorielles importantes *in utero* (Griffith et al., 2018). Le nourrisson prématuré est admis à la naissance en service de néonatalogie au sein duquel des soins vitaux mais envahissants lui sont prodigués : intubation, SNG, sur-stimulations visuelles (lumières, passants...), auditives (bruits des machines en réanimation, de nombreuses voix et pas uniquement celles des parents), en plus d'une séparation parentale.

Ainsi, le bébé prématuré est beaucoup plus vulnérable et la modification des schèmes de développement sensoriels et moteurs peuvent avoir des conséquences à long terme (troubles des apprentissages, retards de croissance) mais aussi des conséquences plus à court terme (incapacité d'ingérer *per os*, par exemple). Notamment, la prématurité a des conséquences inéluctables sur l'oralité alimentaire. Effectivement, le fait d'être réanimé et donc intubé à la naissance, peut causer des troubles de l'oralité comme le précisent certains auteurs (Delfosse et al., 2006).

Il est donc cohérent de créer un questionnaire parental de dépistage d'un éventuel trouble de l'oralité chez des ex-prématurés qui sont davantage à risque de développer des difficultés alimentaires. Également, il est intéressant de le faire si tôt dans le développement du bébé pour promouvoir l'intervention orthophonique précoce en oralité (« Early Intervention », 2008) qui a des effets considérables sur la récupération et sur la modification de la trajectoire développementale. De plus, agir de manière extrêmement précoce contourne

la problématique de l'oralité dite cognitive (Levavasseur, 2017). C'est donc pour ces raisons qu'un questionnaire de dépistage de trouble de l'oralité alimentaire 1 mois post-hospitalisation en service de néonatalogie a été administré.

A noter tout de même que, dans la pratique orthophonique, il est commun de voir se présenter des familles qui relatent des difficultés dans l'oralité secondaire pour leur enfant, c'est-à-dire, à compter de la diversification alimentaire et plus spécifiquement du passage aux morceaux, moment charnière pour les familles. La mise en place d'un questionnaire parental de dépistage précoce d'un éventuel trouble de l'oralité secondaire paraît alors indispensable.

Comme il est établi scientifiquement qu'une naissance prématurée est un facteur de risque de TOA, l'étude portera sur des enfants ex-prématurés, à 8 mois d'âge réel. Ils seront les mêmes que ceux interrogés à 1 mois post-hospitalisation. Il apparaît nécessaire de réévaluer ceux qui n'étaient pas à risque lors de l'oralité alimentaire primaire car une étude scientifique très récente a démontré que les bonnes compétences en succion (lors de l'oralité d'ingestion primaire) n'étaient pas prédictives de bonnes compétences de mastication ou d'alimentation à la cuiller chez des ex-prématurés en bonne santé (Hübl et al., 2020). Ainsi, l'apprentissage spécifique des schèmes moteurs engagés dans l'alimentation orale à la cuiller (lors de la diversification alimentaire donc) pourrait être plus prédictif et pourrait avoir un plus grand impact sur les compétences motrices orales comme la mastication, que les compétences précoces de succion. Comme l'avait montré Sheppard, l'apprentissage moteur demeure une donnée probante pour améliorer les habiletés motrices (Sheppard, 2008). Tout comme il apparaît évident d'apporter un suivi et de réévaluer également les bébés pour qui une suspicion de TOA avait été apposée pour observer si les difficultés perdurent ou si elles ont changé suite au passage à la cuiller par exemple.

Notre problématique est alors la suivante :

Une grille parentale à 8 mois d'âge réel en service de néonatalogie serait-elle un outil efficace pour dépister les troubles de l'oralité alimentaire secondaires chez des ex-prématurés ?

HYPOTHESES

Hypothèse 1 : Les premières analyses de validation et de fiabilité sont propices à l'acceptabilité de l'outil.

Sous-hypothèse 1 : Le questionnaire a une bonne corrélation inter-items.

Sous hypothèse 2 : Le questionnaire a une bonne validité d'apparence et de contenu selon les professionnels interrogés, sensibilisés aux TOA.

Sous-hypothèse 3 : Le questionnaire a une bonne sensibilité : il est composé d'items permettant de discriminer les nourrissons avec haut risques de TOA, des nourrissons sans difficulté.

Sous-hypothèse 4 : La cohérence du diagnostic renforce la validité du questionnaire.

Hypothèse 2 : La forme d'administration du questionnaire est à ce jour satisfaisante.

PARTIE METHODE ET RESULTATS

METHODE

Population

La population retenue pour notre étude faisant suite à la recherche effectuée également au sein du CHU de Rouen en 2019-2020 (Cugnet, 2020) a été sélectionnée selon des critères précis qui suivront.

Inclusion à notre étude

Critères d'inclusion qui doivent être respectés à l'unanimité :

- ex-prématurés (pas de critère de degré de prématurité en revanche),
- nés au CHU de Rouen,
- ayant entre 8 mois et 12 mois d'âge réel,
- ayant auparavant participé à la recherche précédente : réponse au questionnaire parental à 1 mois post-hospitalisation (Cugnet, 2020)

49 réponses ont été récoltées dans l'étude précédente, représentant une cohorte de 49 enfants prématurés à des degrés différents, tous nés au CHU de Rouen et sans trouble neurodéveloppemental objectif. Cette cohorte était composée de 24 filles et de 25 garçons. L'objectif étant ici d'essayer de conserver l'ensemble des primo-répondants.

Exclusion

Si au moins 1 des critères suivants est relevé, l'enfant a été exclu de notre étude...

- naissance à terme
- enfants prématurés avec troubles congénitaux particuliers (pathologie syndromique, polyhandicap ou tout autre trouble neurodéveloppemental)
- enfants prématurés transférés dans un autre centre hospitalier ou une autre clinique

- enfants contactés lors de la première étude mais n'ayant pas donné suite au premier questionnaire (Cugnet, 2020)
- enfants décédés entre la première étude et la nôtre

Matériel

Élaboration du questionnaire parental

Selon Kessen, « personne d'autre que le parent attentif ne peut mieux connaître les changements subtils qui ont lieu dans le monde de l'enfant et de son comportement [...] ». Il paraissait donc probant de sonder les parents qui vivent en permanence avec l'enfant évalué. Ils connaissent son rythme de vie, peuvent aisément observer des changements, évolutions. Ils sont en mesure d'observer des comportements récurrents mais aussi certains plus rares (Camaioni et al., 1991).

Il semble évident que le questionnaire devait être le plus clair, compréhensible et facile d'accès en plus d'être court, tout en étant sensible au maximum afin de dépister une dysoralité alimentaire. En effet, les familles multiplient les consultations dans le cadre de la naissance prématurée de leur enfant, il demeurerait donc important que le questionnaire soit simple et sensible tout en limitant les inquiétudes des parents.

C'est ainsi que l'outil ([Annexe 1](#)) a vu le jour, après la conception qui s'est déroulée de novembre 2019 à mai 2020.

Le questionnaire parental résulte d'un travail d'analyse des données littéraires scientifiques actuelles, des résultats aux deux dernières études précédant celle-ci et menées par Mme Couillien (Couillien, 2019) qui a mis en évidence des facteurs de risque de TOA et par Mme Cugnet (Cugnet, 2020) qui avait élaboré un questionnaire parental analysant le développement de l'alimentation en phase d'oralité primaire chez des enfants nés prématurément et qui a mis en exergue des critères solides mais aussi des biais, sur lesquels notre outil s'appuie donc *a fortiori*.

Ainsi, le questionnaire s'articule autour de 5 domaines très importants à observer pour le dépistage d'une dysoralité alimentaire :

l'observation d'un RGO, représentant un facteur prédicteur important comme dit ci-avant ;

l'observation des indices de rejet durant l'alimentation, qui pourraient donner un indice sur l'évitement de situation d'alimentation ;

l'observation du déroulement du passage à la diversification alimentaire, donnant des informations sur d'éventuelles difficultés aux changements d'outils, d'installation et de textures ;

l'observation des aspects sensori-moteurs, décrits précédemment comme étant une des causes majeures à la présence d'un TOA ;

l'observation quantitative et qualitative du déroulement de l'alimentation .

L'évaluation de ces domaines est établie selon une échelle de Likert. Ainsi, nous demandions aux parents de juger de la fréquence des comportements proposés (items) :

0 : jamais observé ; 1 : peu observé ; 2 : parfois observé ; 3 : souvent observé ; 4 : toujours observé.

Nous avons choisi de partir sur le même format de réponse qu'avait choisi Mme Cugnet sur le précédent questionnaire puisque les parents y étaient déjà familiarisés.

Nous avons tout de même fait varier le mode de réponse puisque l'échelle de Likert ne se prêtait pas à tous nos items. Donc, des réponses binaires « OUI/NON » ont été proposées, ainsi que des réponses sous formes de check-list ou d'expression plus libre, qui seront analysées sous forme qualitative.

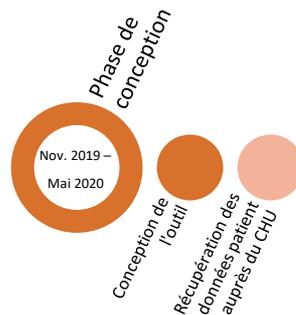


Figure 1 : Schéma explicatif des étapes de la méthode, première partie.

Procédure

Soumission des questionnaires et remplissage

A la suite de la phase de création, la récolte des données a pu démarrer, en juin 2020. Les parents devaient remplir ce questionnaire renseignant le développement alimentaire de leur enfant à ses 8 mois d'âge réel. Ainsi, le premier contact avec chaque famille se faisait aux 8 mois de leur enfant.

A la différence du premier questionnaire envoyé par voie postale, dans notre étude, les questionnaires ont été, le plus souvent, proposés par téléphone en première intention. Si les parents ne répondaient pas, ils étaient recontactés par le même mode de communication maximum 15 jours après. Lorsqu'ils n'étaient pas disponibles pour répondre, nous convenions ensemble d'un autre rendez-vous téléphonique ou alors d'autres préféraient recevoir le questionnaire par mail afin de le remplir seuls, à tête plus reposée ou avec leur conjoint(e). Dans le mail ([Annexe 2](#)), nous précisions à nouveau l'intérêt de remplir la grille et nous informions que nous restions disponibles pour quelque question qu'il soit. La durée du remplissage selon cette modalité était d'environ 4 minutes.

Par contact téléphonique, la durée moyenne d'un appel était d'environ 20 minutes : les parents en profitaient pour nous interroger et se renseigner, demander des conseils et attendaient des réponses précises. Notre rôle était d'informer, de répondre aux questions, sans les alarmer ou inquiéter. C'est d'ailleurs ce canal qui a été préférentiellement choisi.

Nous tenions un listing ([Annexe 3](#)) en y mettant les dates du premier contact, et les dates des éventuelles relances et en y précisant les disponibilités ou non des parents s'ils nous en avaient fait part.

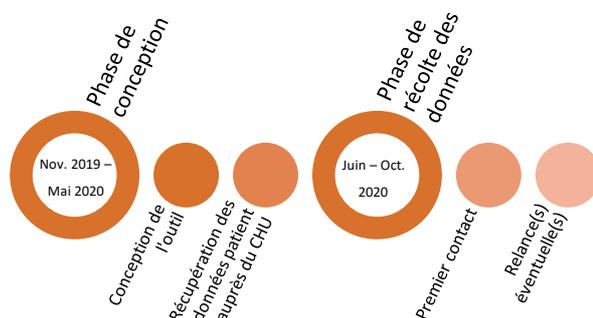


Figure 2 : Schéma explicatif des étapes de la méthode, seconde partie.

Création de la base de données

Après réception des questionnaires dûment remplis, nous avons élaboré une base de données. Le but était de centraliser les données au sein d'un tableur ([Annexe 4](#)) afin de faciliter l'analyse statistique qui se déroulerait par ailleurs. Ainsi, chaque item du questionnaire était référencé dans le tableur en colonne et chaque sujet était inscrit en ligne. Les identités des membres de la population ont été anonymisées et chaque répondant a donc un numéro.

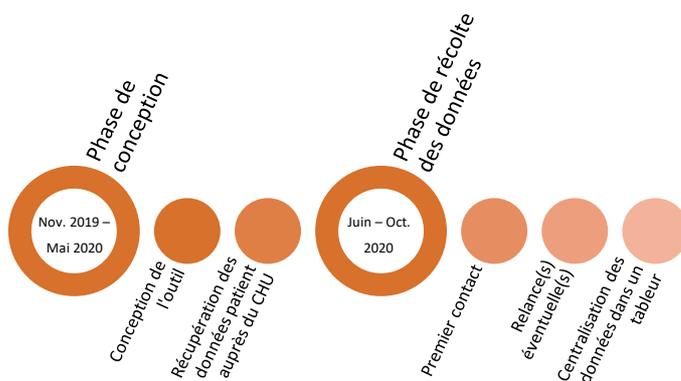


Figure 3 : Schéma explicatif des étapes de la méthode, troisième partie.

Retour aux parents et proposition de rendez-vous

Après avoir récolté la quasi-totalité des réponses, nous avons choisi de recontacter l'ensemble de la cohorte pour proposer un rendez-vous ([Annexe 5](#)). Le choix de recontacter tout le monde était évident : prouver que le questionnaire est sensible pour dépister un TOA en objectivant, à l'aide d'un bilan orthophonique, le diagnostic concomitant mais aussi en corrélant des résultats normaux à un questionnaire avec un bilan orthophonique sans pose de diagnostic de TOA. Ainsi, début octobre 2020, nous avons envoyé un mail à notre population. N'ayant obtenu que 3 réponses, nous avons opté pour une relance quelques semaines après, nous permettant de fixer 4 rencontres de plus. Les évaluations orthophoniques se sont donc déroulées d'octobre 2020 à fin janvier 2021.

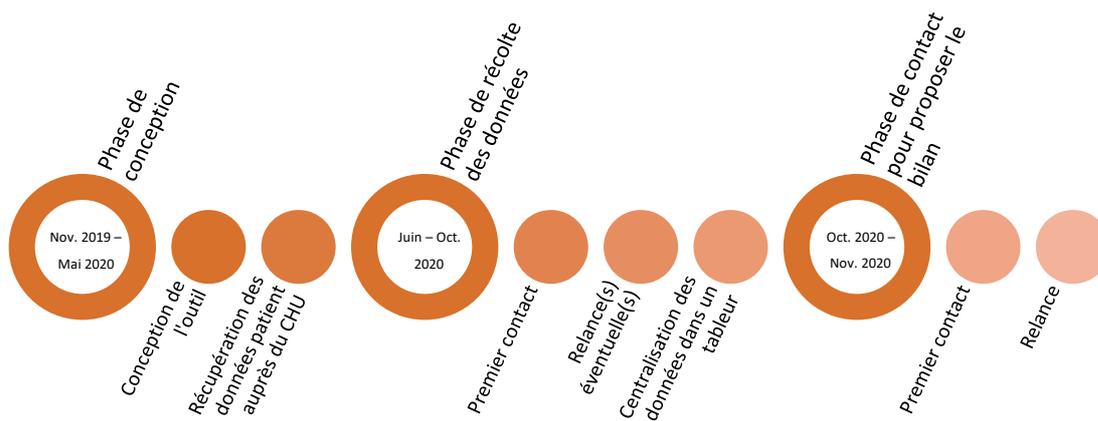


Figure 4 : Schéma explicatif des étapes de la méthode, quatrième partie.

Passations de bilans orthophoniques

Au préalable fixés avec les familles par échanges de courriel ou d’appels téléphoniques, les rendez-vous de bilan orthophonique se déroulaient au CAMSP du CHU de Rouen avec une collègue étudiante en orthophonie qui observait le versant langagier des bébés, sous la supervision d’une orthophoniste. Nous recevions le ou les parents ou bien un parent accompagné d’un proche, avec l’enfant et nous expliquions la démarche. Le but étant ici de faire le point sur le développement global du bébé (versant alimentation de mon côté et versant communicatif-langagier pour mon homologue) et de répondre aux questions en apportant des réponses professionnelles et en réorientant si les interrogations n’étaient pas à notre portée ou sortaient de notre champ de compétences.

Chacune des 9 passations durait entre 1 et 2 heures et se déroulaient ainsi :

- Temps de rencontre et d’échange autour du développement global avec un recueil d’informations anamnestiques importantes pour la pose du diagnostic
- Testing avec observations sensori-motrices globales grâce à du matériel adapté, explorations de la sphère oro-buccale, essais alimentaires...
- Restitution aux parents : retour des observations, pose du diagnostic avec perspectives de prises en soins (conseils de guidance parentale), réponse aux questions.

La trame du bilan était la même pour tous les bébés présents. Les bilans étalonnés n’existant pas pour évaluer les aspects sensori-moteurs et alimentaires, nous avons élaboré une grille d’observation ([Annexe 6](#)) dont les items répertoriés ont été développés dans la partie

théorique comme étant des explorations importantes à faire lorsque nous sommes à la recherche d'un TOA. Cette grille permet une lecture globale du développement de l'enfant selon 4 axes : aspect sensoriel, aspect moteur, aspect environnemental, aspect organique (Levasseur, 2017). Cet outil est purement clinique, n'est en rien validé scientifiquement, et ne fait donc l'objet d'aucun étalonnage.

A la suite des évaluations orthophoniques, et après échanges professionnels avec l'autre étudiante, la grille d'observation était remise au propre et faisait office de compte-rendu de bilan. Validé par l'orthophoniste diplômée, ce compte-rendu de bilan était envoyé aux parents le souhaitant.

Par ailleurs, 2 sujets de la cohorte ont été orientés vers le CAMSP par leur pédiatre et ont donc bénéficié de plusieurs bilans au sein de cette structure, dont un bilan orthophonique. De fait, nous avons 9 bébés qui ont bénéficié du questionnaire et de l'évaluation orthophonique en tout et pour tout.

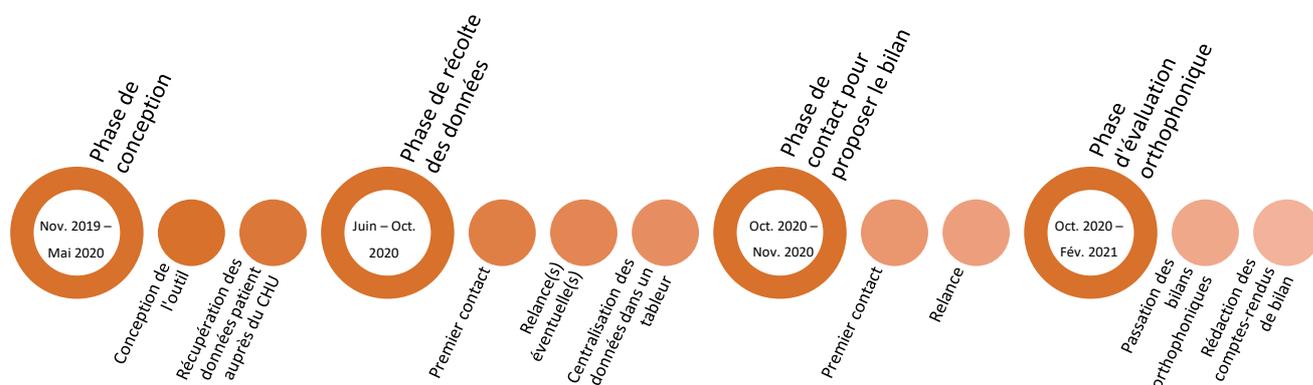


Figure 5 : Schéma explicatif des étapes de la méthode, cinquième et dernière partie.

Pré-validation de l'outil

Au sein du processus de validation de l'outil, plusieurs caractéristiques psychométriques doivent être vérifiées : la cohérence interne ou encore appelée fidélité, la validité d'apparence et de contenu, la sensibilité des items du questionnaire ainsi que la validité contre-critère. Pour ce faire, nous utiliserons le Logiciel R comme logiciel statistique après avoir entré la base de données correspondant aux données des questionnaires au préalablement anonymisés.

Cohérence interne

Afin d'évaluer la sous-hypothèse 1, et donc de mesurer la fidélité, le coefficient de Cronbach a été utilisé. Ce dernier étant largement répandu dans la construction de test ou d'outil d'évaluation depuis sa théorisation en 1951. Le coefficient de corrélation de Cronbach peut être utilisé pour différents types d'items, nul besoin que ceux-ci soient dichotomiques, et a pour fonction de déterminer les indices d'homogénéité des items d'un outil (Cronbach, 1951). Plus cet indicateur est proche de 1, meilleure est la cohérence interne et donc mieux est mesurée la dimension attendue. Il est communément admis qu'à partir d'un coefficient de Cronbach supérieur à 0.7 la cohésion interne est dite acceptable (Peterson, 1995).

Validité d'apparence et de contenu : soumission à un panel d'experts

Intégré au processus de pré-validation du questionnaire, nous avons voulu savoir si, aux yeux d'experts prenant en charge des patients ayant des TOA, l'outil présentait une apparence convenable et un contenu approprié. Donc, nous avons élaboré une grille ([Annexe 7](#)) à destination de plusieurs spécialistes du domaine des TOA : une neuropédiatre, une pédiatre, une diététicienne et trois orthophonistes ont constitué le panel d'experts et ont évalué l'apparence et le contenu du questionnaire parental.

Ces grilles d'évaluation ont donc été soumises à 6 professionnelles de santé formées à l'évaluation et la prise en charge des enfants avec des dysoralités alimentaires et feront l'objet d'une évaluation quantitative.

Plus en détails, les jurées ont noté, selon une échelle de Likert, dans un premier temps l'apparence de la grille, ce qui évalue la forme de l'outil : la longueur du questionnaire parental, les modalités de réponse, la clarté et la simplicité de chaque item. Dans un second et dernier temps, c'est le fond de l'outil qui a été soumis à une évaluation de la part de notre jury : la pertinence de chaque domaine et puis de chaque item.

Pour apprécier la validité d'apparence et de contenu, nous ferons une analyse quantitative en calculant différents indices : en premier lieu des indices de validité d'apparence (I-ICV clarté et I-ICV simplicité), puis, un indice de validité de contenu (I-ICV pertinence). Ces indices sont jugés valides lorsqu'ils sont égaux ou supérieurs à 0.78 (Polit et al. 2007). Ensuite, nous ferons une analyse qualitative en traitant les remarques et commentaires des différentes jurées.

Sensibilité des items

Ici, nous voulons déterminer quels items sont plus à même de dépister des TOA. En premier lieu, nous allons fixer un seuil pathologique, qui nous permettra de scinder notre population en 2 groupes distincts : le groupe de sujets ayant obtenu un score inférieur au score dit pathologique, qui est donc à faible risque de TOA et l'autre qui regroupe les répondants pour lesquels leur score est supérieur ou égal au seuil fixé et qui sont donc à risque de TOA. Ensuite, nous ferons une analyse statistique plus fine pour comparer ces deux groupes et alors déterminer quels items sont sensibles (et donc importants à conserver) et lesquels le sont moins ou pas du tout. Pour chaque item, nous ferons une analyse de la répartition des réponses entre les 2 groupes.

Validité contre-critère

Pour pré-valider notre questionnaire, à visée de dépistage, il est important de le corrélérer à un diagnostic. Comme précisé en amont, le diagnostic sera clinique (les données chiffrées, étalonnées n'étant pas disponibles dans ce champ de compétences de l'orthophonie). Ainsi, la validité contre-critère sera considérée comme étant bonne si le résultat au bilan orthophonique (la présence objectivée d'un trouble ou non) converge vers le même résultat obtenu au questionnaire de dépistage (score supérieur ou égal au score pathologique). En pratique, la conclusion du compte-rendu de bilan orthophonique sera donc corrélée avec le score obtenu au questionnaire de dépistage du même enfant : les statistiques seront uniquement qualitatives au vu de la faible population ayant bénéficié d'une évaluation orthophonique (n = 9). En effet, aucun test statistique ne pourra être mené à bien. Nous nous attèlerons à décrire les résultats obtenus en y faisant figurer les pourcentages de vrais négatifs, vrais positifs, faux négatifs et faux positifs.

RESULTATS

Répartition de la population

Après avoir proposé le questionnaire aux 49 répondants de l'étude précédente, nous avons récolté 43 réponses. Il est donc important de mettre en avant que la perte de sujets est moindre : 1 enfant a été exclu de l'étude puisque décédé et les 5 autres n'ont pas fait suite à nos appels et mails pour la récolte des données. Alors, nous allons observer de plus près notre population d'étude.

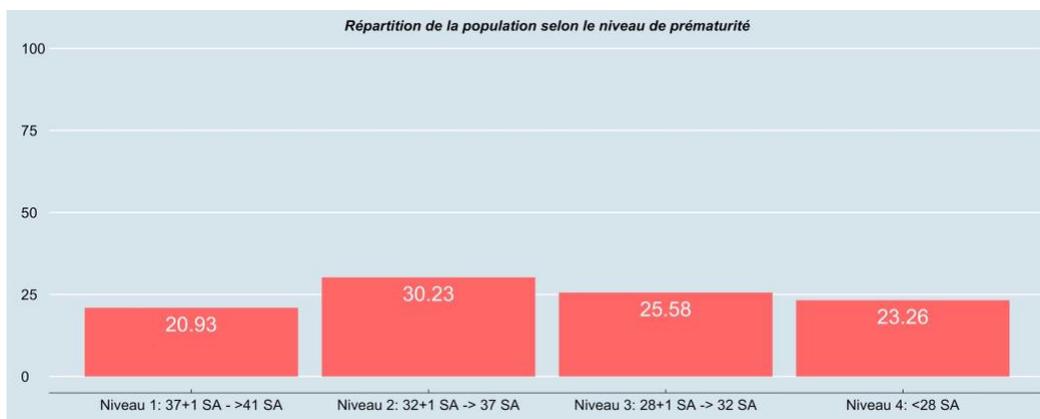


Figure 6 : Répartition de la population selon les niveaux de prématurité en pourcentage.

La population est assez homogène quant aux différents niveaux de prématurité, avec une légère surreprésentation du degré de prématurité moyenne.

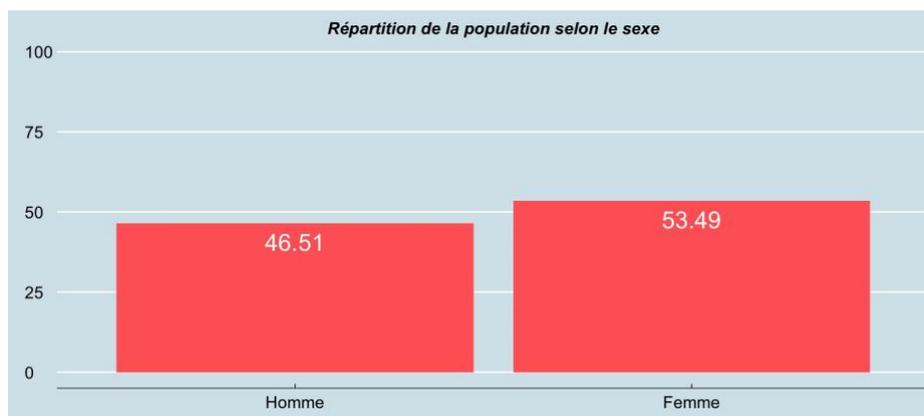


Figure 7 : Répartition de la population selon le sexe.

De même, l'homogénéité est notable en termes de répartition de la population selon le sexe, avec un peu plus de filles (23) que de garçons (20).

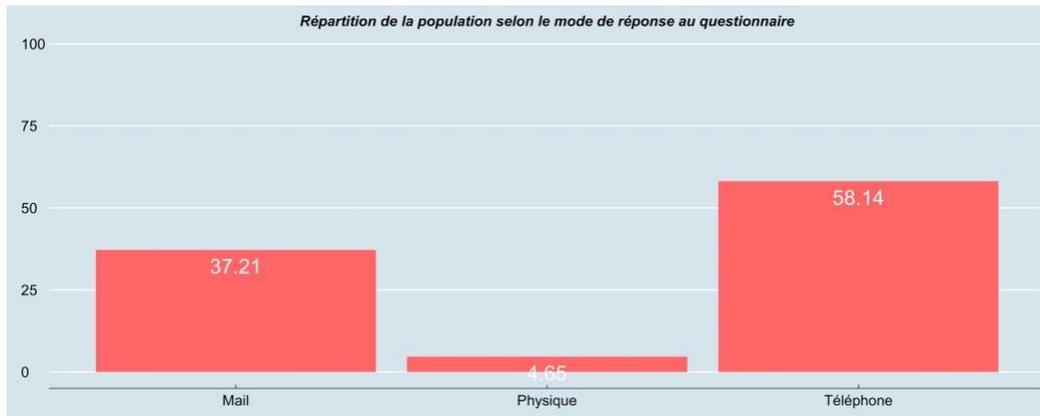


Figure 8 : Répartition de la population selon le mode de réponse au questionnaire en pourcentage.

Une majorité des familles, soit 25 sur 43 répondants, a choisi de répondre directement au questionnaire par téléphone, contre 16 qui ont préféré y répondre par courriel. 2 questionnaires ont été remplis en physique, en consultation de bilan orthophonique, au CAMSP.

Nous avons remarqué que la préférence de répondre au téléphone résidait dans la possibilité d’avoir un échange, ce qui permettait aux parents de poser leurs questions et d’avoir un interlocuteur. Il est vrai que les parents d’enfants qui débutent leur vie avec un parcours de soins conséquent pour la plupart, ont besoin d’être rassurés. Quant à la position de l’étudiante : il fallait rester fidèle au questionnaire en n’orientant pas les réponses et en respectant à la lettre les intitulés. Si des interrogations émanaient des parents pendant la passation du questionnaire, la discussion et les réponses aux questions étaient plutôt amenées ensuite afin de biaiser au minimum leurs ressentis. Les familles qui préféraient répondre ultérieurement par courriel étaient souvent en manque de temps à l’instant de l’appel ou en manque de réponses aux items du questionnaire et formulaient qu’ils avaient besoin de le remplir posément avec leur conjoint et non immédiatement.

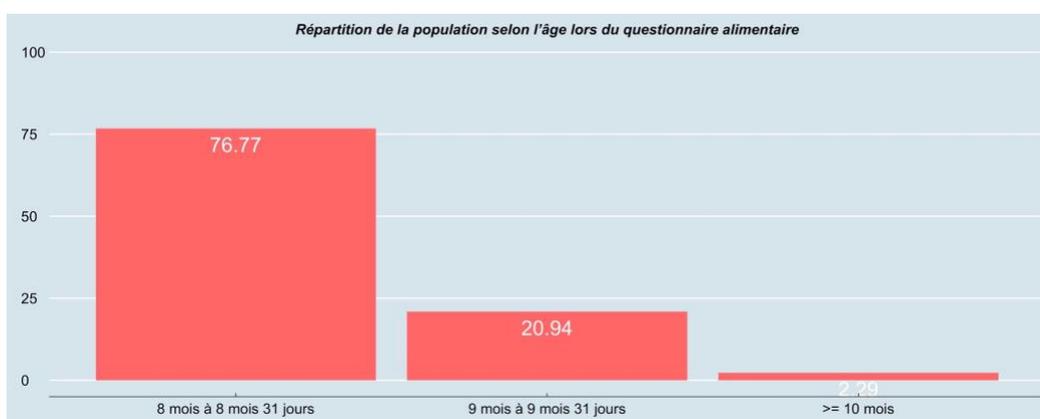


Figure 9 : Répartition de la population selon l'âge lors du questionnaire alimentaire en pourcentage.

La grande majorité des bébés avaient donc bien 8 mois lors de la passation du questionnaire (soit 33 des sujets). 9 bébés avaient entre 9 mois et 9 mois 31 jours et 1 avait plus de 10 mois.

Cohérence interne

Afin de constituer un score global permettant d'établir un seuil pathologique par la suite, nous avons décidé d'y intégrer la plupart des items cotés de 0 à 4.

Les variables binaires OUI/NON et les variables à réponse libre ou à check-list (date de naissance, terme, niveau de prématurité, âge lors du questionnaire, poids à la naissance, poids actuel, type(s) de nutrition actuel(s), sexe, traitement contre les reflux, préférence commerce/maison, acceptation des morceaux, acceptation de cuiller, durée des repas, maintien de la tête, tenue de la station assise, préhension d'objets dans ses mains, suivi psychomoteur) ainsi que les 3 items (« l'enfant touche-t-il les aliments avec ses doigts ? », « quantité prise au biberon » et « quantité prise à la cuiller ») ne rentrent pas en compte dans le score global.

Ainsi, sur les 18 items constituant le score global, le coefficient de Cronbach calculé est égal à 0,75, ce qui nous permet d'objectiver une bonne cohérence interne du questionnaire.

Processus de validité d'apparence et de contenu

Validité d'apparence

La moyenne des variables évaluant la clarté des items du questionnaire parental est à 3,7/4. Ainsi, l'indice I-CVI CLARTÉ = 0,93.

Les items jugés les moins clairs avec une note moyenne à 3,33/4 sont « Votre enfant tient-il assis ? » et « Votre enfant tient-il sa tête sans osciller ? »

La moyenne des variables évaluant la simplicité des items du questionnaire parental est à 3,6/4. Ainsi, l'indice I-CVI SIMPLICITÉ = 0,92.

Les items jugés les moins pertinents avec des notes moyennes allant de 3,5/4 à 3,6/4 sont « STRIDOR », « Votre enfant a-t-il une préférence marquée pour les petits pots du commerce/les pots fait-maison ? ou Accepte-t-il les deux indifféremment ? », « Votre enfant

accepte-t-il les morceaux ? », « Quels types de morceaux accepte-il le cas échéant ? », « Votre enfant est-il gêné pendant le shampoing ? », « Votre enfant est-il gêné quand il a les mains sales ? », « Votre enfant tient-il sa tête sans osciller ? », « La prise alimentaire est source de déplaisir pour votre enfant ? », « La prise alimentaire dure environ... », « Quelle est la quantité ingérée par prise ? ».

Validité de contenu

La moyenne des variables évaluant la pertinence des items du questionnaire parental est à 3,8/4. Ainsi, l'indice I-CVI PERTINENCE = 0,96.

Les 2 items jugés les moins pertinents avec des notes moyennes à 3,2/4 sont « ROT » et « HALEINE ».

Sensibilité des items

Tout d'abord, nous avons calculé un score global sur les 18 variables qui seront nommées « items constituant le score global » uniquement. Ce score global pouvant être d'un maximum de 72 et d'un minimum de 0. A savoir que, plus il est élevé, plus le risque de TOA est important. Ainsi, nous avons fixé un seuil pathologique à « score_global \geq 16 ». En-deçà de « score_global = 16 », les enfants étaient dits « sans difficultés notables ».

De ce score seuil, nous avons donc pu constituer 2 groupes : d'une part « les bébés sans difficultés notables » qui sont 31 en tout, et d'autre part, « les bébés à risque de développer un TOA » qui sont au nombre de 12.

Ainsi, afin de savoir quels items sont les plus significatifs, nous allons exposer les résultats des 2 groupes pour chaque item du questionnaire. Les graphiques figureront en pourcentage, ce qui demeure plus parlant au vu du déséquilibre du nombre de sujets dans chaque groupe.

Sensibilité des items constituant le score global

- 1) RGO ou signes de RGO
 - ROT

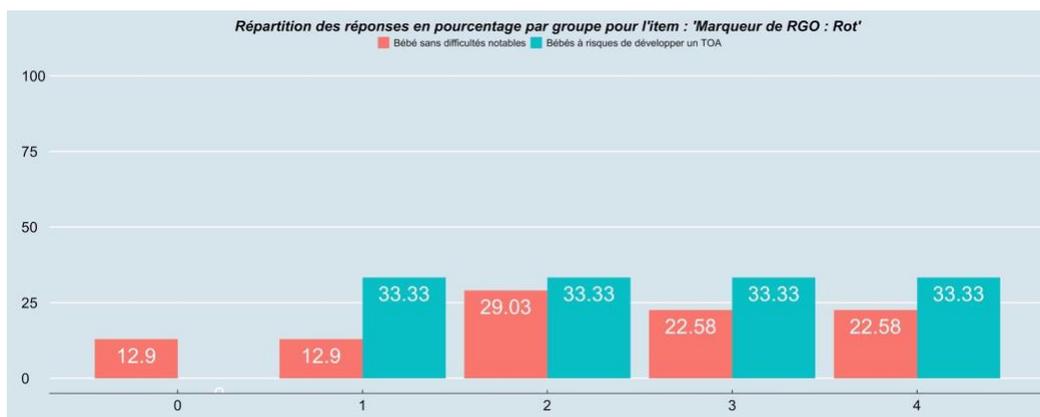


Figure 10 : Item "Rot" - répartition en pourcentage par groupe.

Pour cet item, dans la population sans difficultés notables, on observe que 12,9% des nourrissons ne réalisent jamais de rôts en dehors des repas ; 12,9% en réalisent peu ; 29,03% en réalisent parfois ; 22,58% en réalisent souvent ; 22,58% en réalisent toujours. Dans la population à risque de développer un TOA, aucun n'en réalise jamais ou peu ; 33,33% en réalisent parfois ; 33,33% en réalisent souvent et 33,33% en réalisent toujours.

Les résultats montrent p-value = 0,05, ce qui prouve qu'il existe une différence significative entre les réponses des deux groupes et que l'item est statistiquement discriminant.

- HALEINE

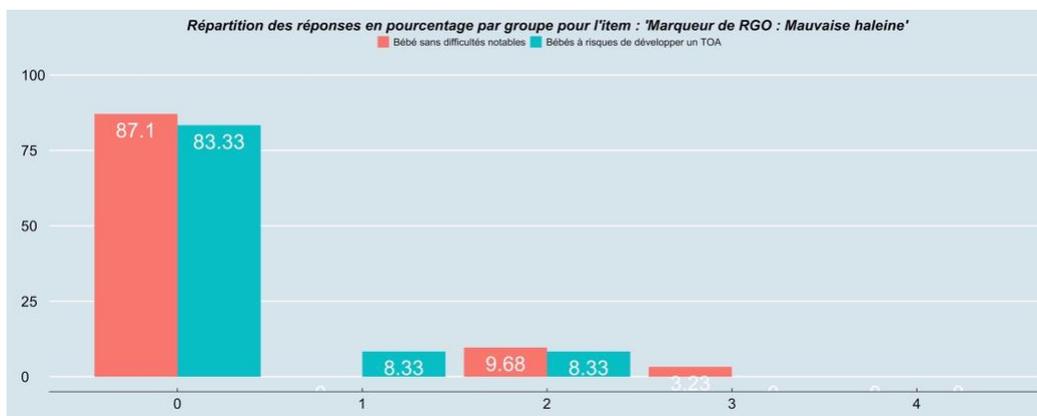


Figure 11 : Item "Haleine" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 87,1% des bébés n'ont jamais une mauvaise haleine d'après leurs parents ; aucun n'a peu de mauvaise haleine ; 9,68% ont parfois mauvaise haleine ; 3,23% ont souvent mauvaise haleine. Dans la population à risque de développer un TOA, 83,33% des bébés n'ont jamais une mauvaise haleine d'après leurs parents ; 8,33% ont peu de mauvaise haleine ; 8,33% ont

parfois une mauvaise haleine ; aucun n'a souvent une mauvaise haleine. Dans les 2 groupes, aucun bébé n'a toujours une mauvaise haleine.

Les résultats montrent p-value = 0,87, ce qui prouve qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item n'est donc pas statistiquement discriminant.

- TOUX



Figure 12 : Item "Toux en position allongée" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 32,26% des bébés ne toussent jamais d'après leurs parents ; 32,26% des bébés toussent peu ; 29,03% toussent parfois ; 6,45% toussent souvent et aucun ne tousse toujours. Dans la population à risque de développer un TOA, 16,67% des bébés ne toussent jamais ; 16,67% toussent peu ; 41,67% toussent parfois 16,67% toussent souvent et 8,33% toussent toujours. Les résultats montrent p-value = 0,04, ce qui prouve qu'il existe une différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item est statistiquement discriminant.

- STRIDOR

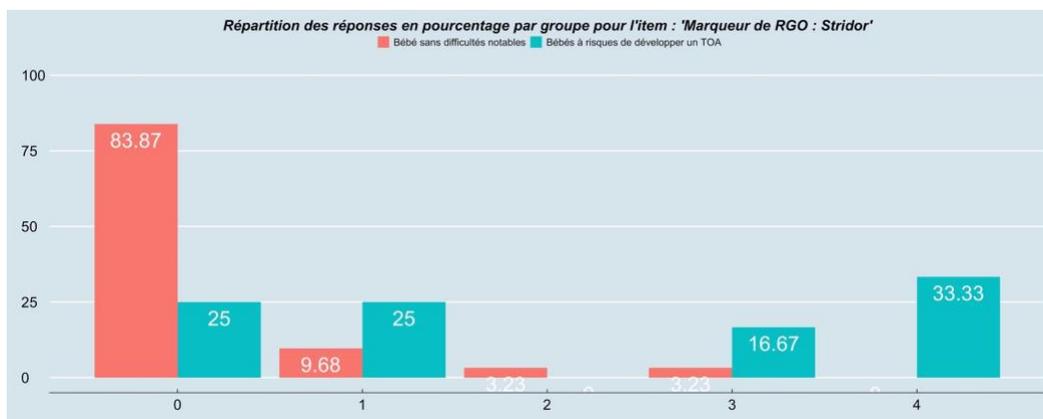


Figure 13 : Item "Stridor" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 83,87% des bébés n'ont jamais de stridor d'après leurs parents ; 9,68% ont peu de stridor ; 3,23% ont parfois un stridor ; 3,23% ont souvent un stridor et aucun n'en a toujours. Dans la population à risque de développer un TOA, 35% des bébés n'ont jamais de stridor d'après leurs parents ; 25% ont peu de stridor ; aucun bébé n'a parfois un stridor ; 16,67% ont souvent un stridor et 33,33% ont toujours un stridor.

Les résultats montrent p-value = 0,00, ce qui prouve qu'il existe une différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item est statistiquement discriminant.

Conclusion : Pour cette première partie, traitant des marqueurs de RGO, les items les plus significatifs statistiquement sont « ROT », « TOUX » et « STRIDOR ». L'item « HALEINE », au vu du test utilisé mais aussi, plus qualitativement si nous observons le graphique qui est peu évocateur d'une différence entre les 2 groupes, n'est pas discriminant.

2) Indices de rejet durant l'alimentation

- REFLEXE NAUSEEUX

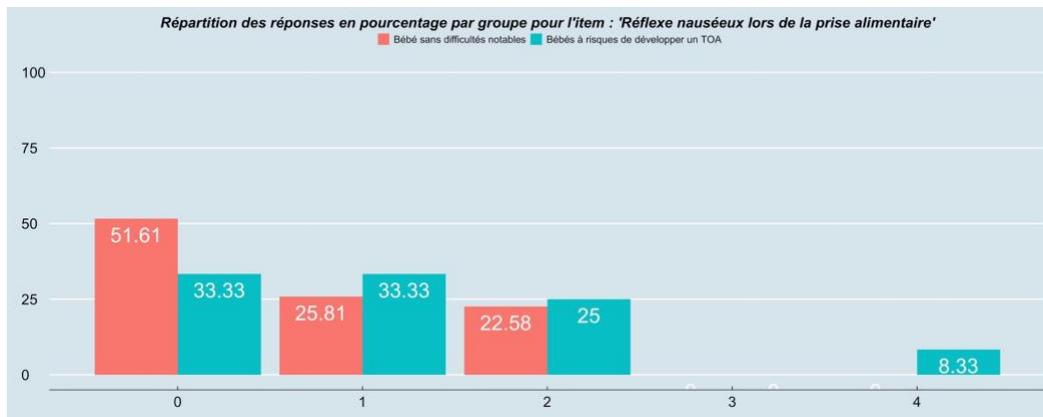


Figure 14 : Item "Réflexe nauséeux- répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 51,61% des bébés n'ont jamais de réflexe nauséeux pendant l'alimentation ; 25,81% ont peu de réflexe nauséeux pendant l'alimentation ; 22,58% ont parfois un réflexe nauséeux pendant l'alimentation et aucun n'en a toujours. Dans la population à risque de développer un TOA, 33,33% des bébés n'ont jamais de réflexe nauséeux pendant l'alimentation ; 33,33% ont peu de réflexe nauséeux pendant l'alimentation ; 25% en ont parfois et 8,33% en ont toujours. Aucun bébé de la cohorte (qu'il soit à risque de TOA ou sans difficultés notables) n'a souvent de réflexe nauséeux pendant l'alimentation.

Les résultats montrent $p\text{-value} = 0,16$, ce qui prouve qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item n'est donc pas statistiquement discriminant.

- VOMISSEMENT

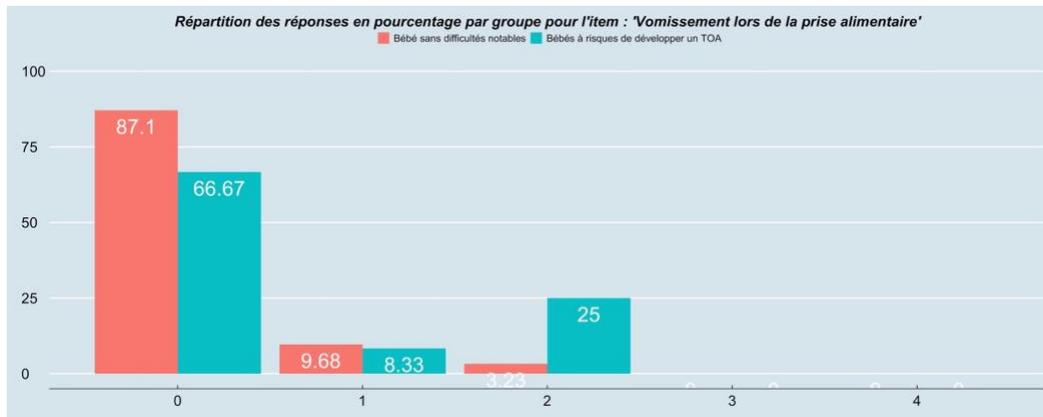


Figure 15 : Item "Vomissement" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 87,1% des bébés n'ont jamais de vomissement pendant l'alimentation ; 9,68% ont peu de vomissement pendant l'alimentation ; 3,23% en ont parfois. Dans la population à risque de développer un TOA, 66,67% des bébés n'ont jamais de vomissement pendant l'alimentation ; 8,33% ont peu de vomissement pendant l'alimentation ; 25% en ont parfois. Aucun bébé de la cohorte (qu'il soit à risque de TOA ou sans difficultés notables) n'a souvent ou toujours un vomissement pendant l'alimentation.

Les résultats montrent $p\text{-value} = 0,14$, ce qui prouve qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item n'est donc pas statistiquement discriminant.

- GRIMACE

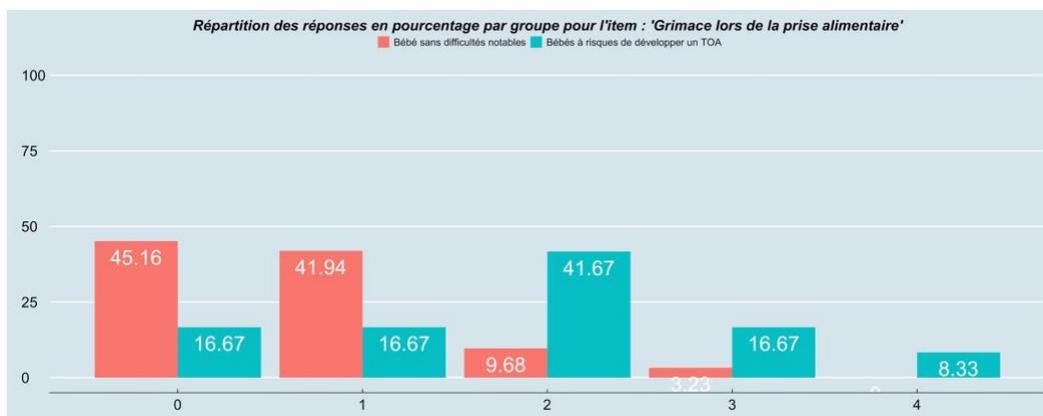


Figure 16 : Item "Grimace" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 45,16% des bébés ne font jamais de grimaces pendant l'alimentation ; 41,94% en font peu ; 9,68% en font parfois ; 3,23% en font souvent et aucun n'en fait toujours. Dans la population à risque de développer un TOA, 16,67% des bébés ne font jamais de grimaces pendant l'alimentation ; 16,67% en font peu ; 41,67% en font parfois ; 16,67% en font souvent et 8,33% en font toujours.

Les résultats montrent p-value = 0,00, ce qui prouve qu'il existe une différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item est statistiquement discriminant.

- SIGNE DE DOULEUR/D'INCONFORT



Figure 17 : Item "Douleur / inconfort" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 80,65% des bébés ne montrent jamais de signes de douleur ou d'inconfort pendant l'alimentation ; 16,13% montrent peu de signes de douleur ou d'inconfort pendant l'alimentation ; 3,23% en montrent parfois ; et aucun n'en fait souvent ou toujours. Dans la population à risque de développer un TOA, 50% des bébés ne montrent jamais de signes de douleur ou d'inconfort pendant l'alimentation ; 33,33% en montrent peu ; aucun n'en montre parfois ; 16,67% montrent souvent des signes de douleur ou d'inconfort pendant l'alimentation et aucun n'en montre toujours.

Les résultats montrent p-value = 0,09, ce qui prouve qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item n'est donc pas statistiquement discriminant.

- PLEUR

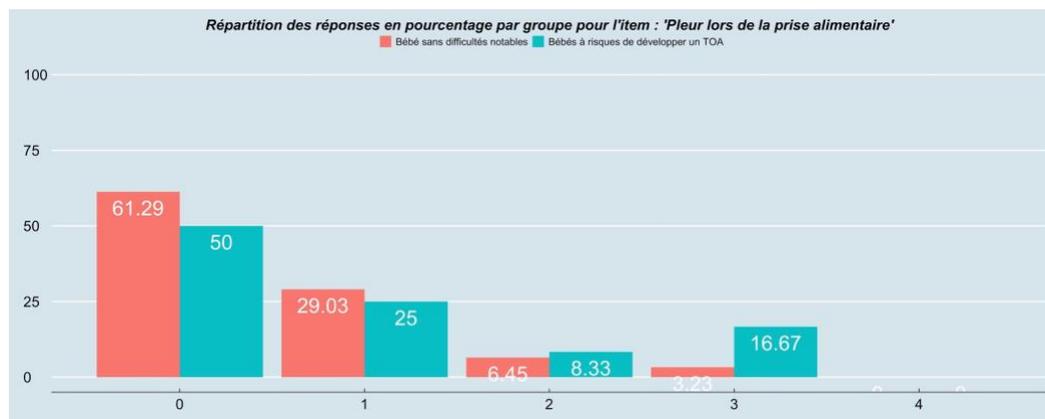


Figure 18 : Item "Pleur" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 61,29% des bébés ne pleurent jamais pendant l'alimentation ; 29,03% pleurent peu pendant l'alimentation ; 6,45% pleurent parfois pendant la prise alimentaire ; 3,23% pleurent souvent pendant l'alimentation. Dans la population à risque de développer un TOA, 50% des bébés ne pleurent jamais pendant l'alimentation ; 25% pleurent peu pendant la prise alimentaire ; 8,33% pleurent parfois pendant l'alimentation ; 16,67% pleurent souvent pendant l'alimentation. Aucun bébé de la cohorte (qu'il soit à risque de TOA ou sans difficultés notables) ne pleure toujours pendant la prise alimentaire.

Les résultats montrent $p\text{-value} = 0,19$, ce qui prouve qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item n'est donc pas statistiquement discriminant.

- TOUX (lors de la prise alimentaire)

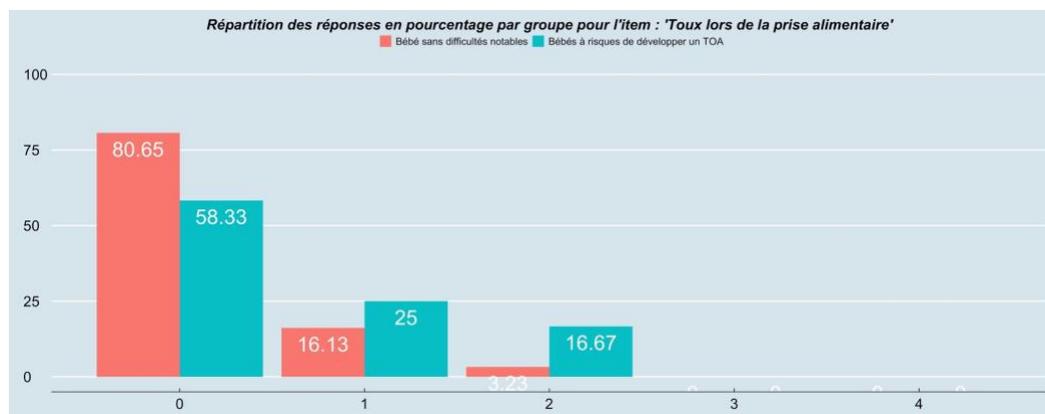


Figure 19 : Item "Toux lors de la prise alimentaire" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 80,65% des bébés ne toussent jamais pendant l'alimentation ; 16,13% toussent peu pendant l'alimentation ; 3,23% toussent parfois pendant la prise alimentaire. Dans la population à risque de développer un TOA, 58,33% des bébés ne toussent jamais pendant l'alimentation ; 25% toussent peu pendant la prise alimentaire ; 16,67% toussent parfois pendant l'alimentation. Aucun sujet de la cohorte (qu'il soit sans difficultés notables ou à risque de développer un TOA) ne tousse souvent ou toujours pendant qu'il mange.

Les résultats montrent p-value = 0,08, ce qui prouve qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item n'est donc pas statistiquement discriminant.

- REFUS

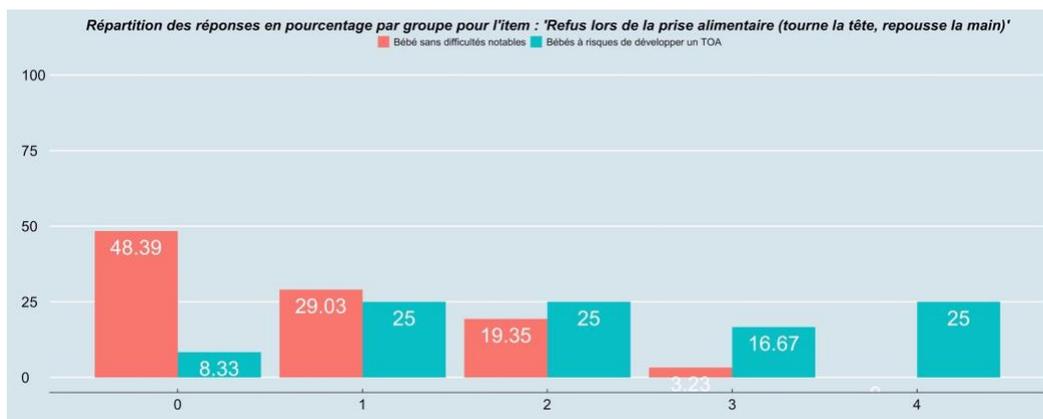


Figure 20 : Item "Refus" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 48,39% des bébés ne montrent jamais de signes de refus pendant l'alimentation ; 29,03% montrent peu de signes de refus pendant l'alimentation ; 19,35% montrent parfois des signes de refus pendant l'alimentation ; 3,23% montrent souvent des signes de refus pendant l'alimentation et aucun n'en montre toujours. Dans la population à risque de développer un TOA, 8,33% des bébés ne montrent jamais de signes de refus pendant l'alimentation ; 25% montrent peu de signes de refus pendant l'alimentation ; 25% montrent parfois des signes de refus pendant l'alimentation ; 16,67% montrent souvent des signes de refus pendant l'alimentation et 25% en montrent toujours.

Les résultats montrent p-value = 0,00, ce qui prouve qu'il existe une différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item est statistiquement discriminant.

- LANGUE QUI REPOUSSE LA CUILLER

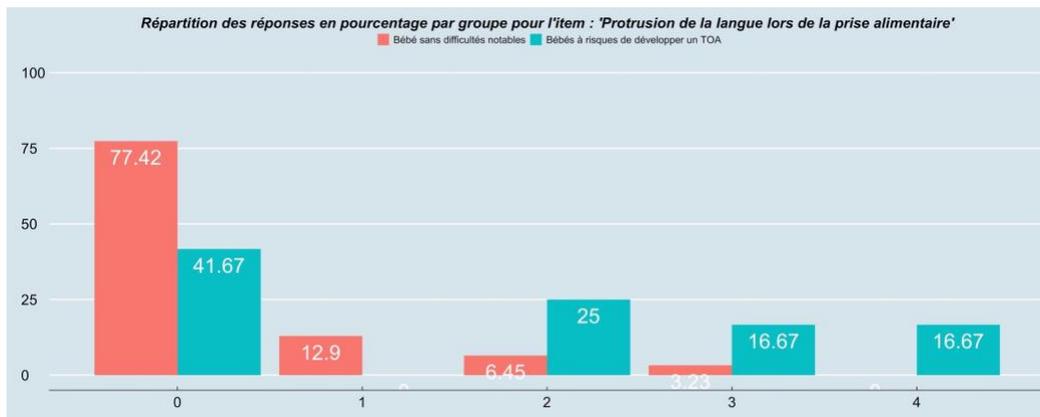


Figure 21 : Item "Protrusion" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 77,42% des bébés ne montrent jamais de signes de protrusion linguale pendant l'alimentation ; 12,9% en montrent ; 6,45% en montrent parfois ; 3,23% en montrent souvent et aucun n'en montre toujours. Dans la population à risque de développer un TOA, 41,67% des bébés ne montrent jamais de signes de protrusion linguale pendant l'alimentation ; aucun ne montre peu de signes de protrusion linguale pendant qu'il mange ; 25% en montrent parfois ; 16,67% en montrent souvent et 16,67% en montrent toujours.

Pour cet item, les résultats montrent $p\text{-value} = 0,02$, ce qui prouve qu'il existe une différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item est statistiquement discriminant.

Les résultats montrent $p\text{-value} = 0,02$, ce qui prouve qu'il existe une différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item est statistiquement discriminant.

Conclusion : Pour cette seconde partie, mettant en lumière les indices de rejet durant l'alimentation, les items les plus significatifs statistiquement sont « GRIMACE », « REFUS » et « PROTRUSION ». Les items « REFLEXE NAUSEUX », « VOMISSEMENT », « SIGNE DE DOULEUR/D'INCONFORT », « PLEUR », et « TOUX pendant la prise alimentaire », ne sont statistiquement pas discriminants. Les propos seront nuancés dans la discussion.

3) Aspects sensori-moteurs

- VOTRE ENFANT EST GÊNÉ PENDANT LES SOINS DU VISAGE ?

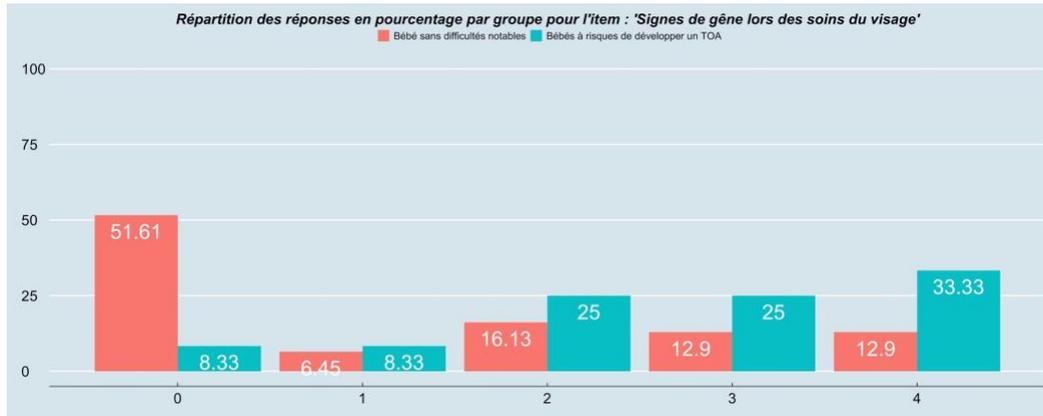


Figure 22 : Item "Signes de gêne lors des soins du visage" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 51,61% des bébés ne montrent jamais de signes de gêne lors des soins du visage ; 6,45% en montrent peu ; 16,13% en montrent parfois ; 12,9% en montrent souvent et 12,9% en montrent toujours. Dans la population à risque de développer un TOA, 8,33% ne montrent jamais de signes de gêne lors des soins du visage ; 8,33% en montrent peu ; 25% en montrent parfois ; 25% en montrent souvent et 33,33% en montrent toujours.

Les résultats montrent p-value = 0,01, ce qui prouve qu'il existe une différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item est statistiquement discriminant.

- VOTRE ENFANT EST GÊNÉ PENDANT LE SHAMPOING ?

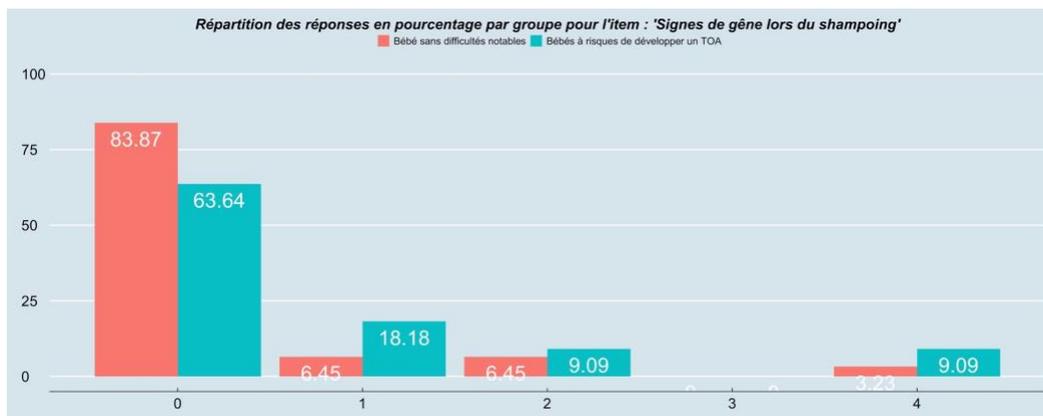


Figure 23 : Item "Signes de gêne lors du shampoing" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 83,87% des bébés ne montrent jamais de signes de gêne pendant le shampoing ; 6,45% en montrent peu ; 6,45% en montrent parfois ; aucun n'en montre souvent et 3,23% en montrent toujours. Dans la population à risque de développer un TOA, 63,64% des bébés ne montrent

jamais de signes de gêne pendant le shampoing ; 18,18% en montrent peu ; 9,09% en montrent parfois ; aucun n'en montre souvent et 9,09% en montrent toujours.

Les résultats montrent p-value = 0,25, ce qui prouve qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item n'est donc pas statistiquement discriminant.

- VOTRE ENFANT EST GÊNÉ S'IL EST EN CONTACT AVEC CERTAINES TEXTURES ?

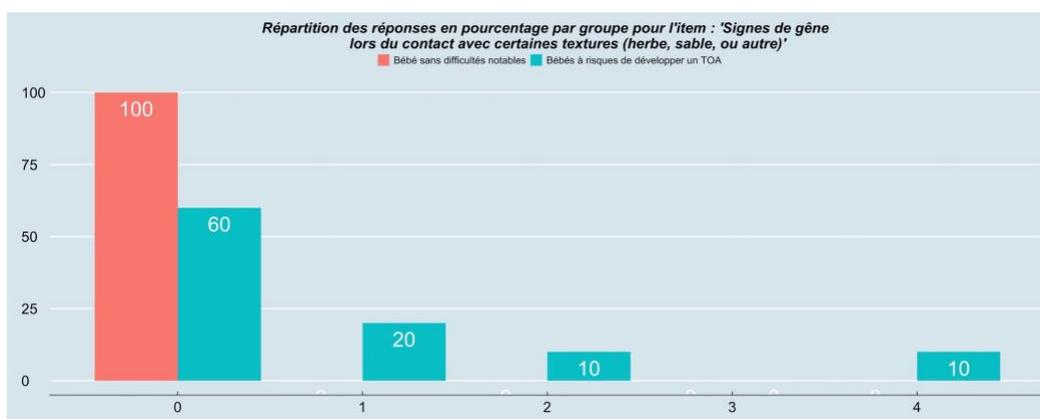


Figure 24 : Item "Signes de gêne lors du contact avec certaines textures" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 100% des bébés ne montrent jamais de signes de gêne lorsqu'il est en contact avec des textures particulières ; aucun n'en montre peu, parfois, souvent ou toujours. Dans la population à risque de développer un TOA, 60% des bébés ne montrent jamais de signes de gêne lorsqu'il est en contact avec des textures particulières ; 20% en montrent peu ; 10% en montrent parfois ; aucun n'en montre souvent et 10% en montrent toujours.

Les résultats montrent p-value = 0,09, ce qui prouve qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item n'est donc pas statistiquement discriminant.

- VOTRE ENFANT EST GÊNÉ QUAND IL A LES MAINS SALES ?

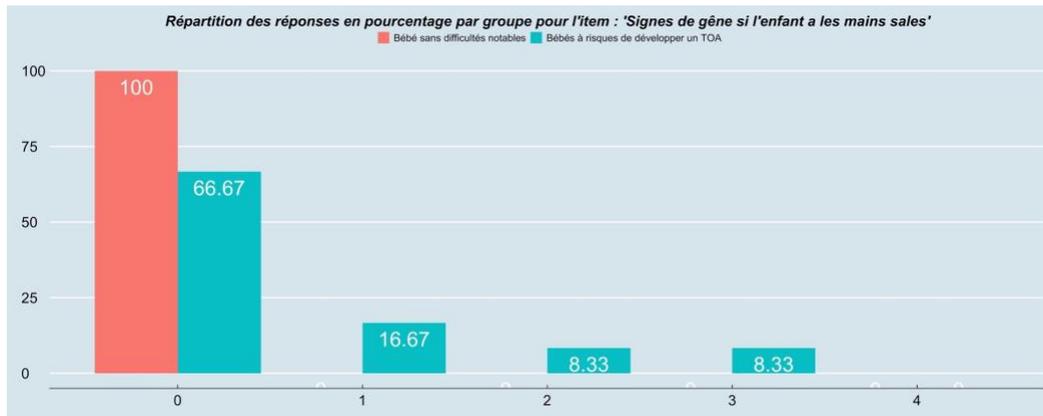


Figure 25 : Item "Signes de gêne si l'enfant a les mains sales" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 100% des bébés ne montrent jamais de signes de gêne lorsqu'il a les mains sales ; aucun n'en montre peu, parfois, souvent ou toujours. Dans la population à risque de développer un TOA, 66,67% des bébés ne montrent jamais de signes de gêne lorsqu'ils ont les mains sales ; 16,67% en montrent peu ; 8,33% en montrent parfois ; 8,33% en montrent souvent et aucun n'en montre toujours.

Les résultats montrent p -value = 0,00, ce qui prouve qu'il existe une différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item est statistiquement discriminant.

Conclusion : Pour cette troisième partie, mettant en exergue les aspects sensori-moteurs, les items les plus significatifs statistiquement sont « GÊNE PENDANT LES SOINS DU VISAGE », et « GÊNE QUAND LES MAINS SONT SALES ». Les items « GÊNE LORS DU SHAMPOING », et « GÊNE LORS DU TOUCHER DE TEXTURES » ne sont statistiquement pas discriminants. Les propos seront nuancés dans la discussion.

- 4) Observations de du déroulement de l'alimentation
 - LA PRISE ALIMENTAIRE EST-ELLE UNE SOURCE D'INQUIÉTUDE POUR VOUS ?

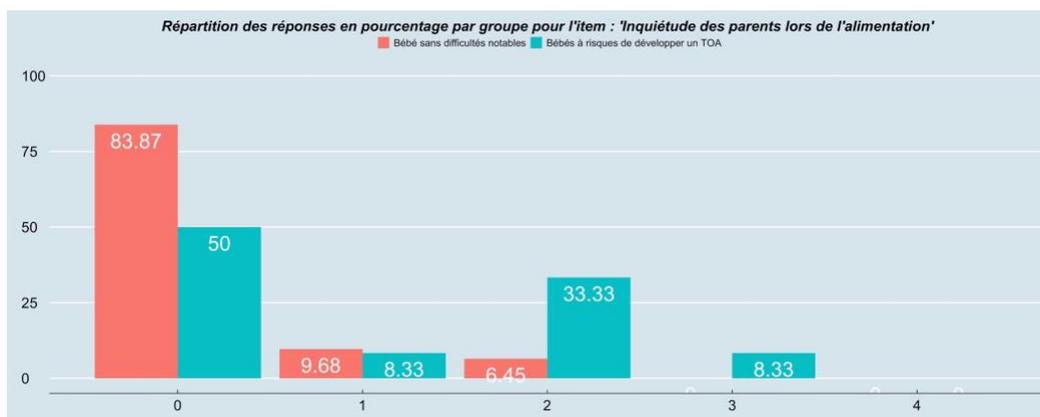


Figure 26 : Item "Inquiétude" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 83,87% des parents ne sont jamais inquiets vis-à-vis de l'alimentation de leur enfant ; 9,68% sont peu inquiets, 6,45% sont parfois inquiets, et aucun parent de ce groupe ne rapporte être souvent ou toujours inquiet. Dans la population à risque de développer un TOA, 50% des parents ne sont jamais inquiets vis-à-vis de l'alimentation de leur enfant ; 8,33% sont peu inquiets ; 33,33% sont parfois inquiets ; 8,33% sont souvent inquiets et aucun n'est toujours inquiet.

Les résultats montrent p-value = 0,04, ce qui prouve qu'il existe une différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item est statistiquement discriminant.

- LA PRISE ALIMENTAIRE EST-ELLE UNE SOURCE DE DÉPLAISIR POUR VOTRE ENFANT ?

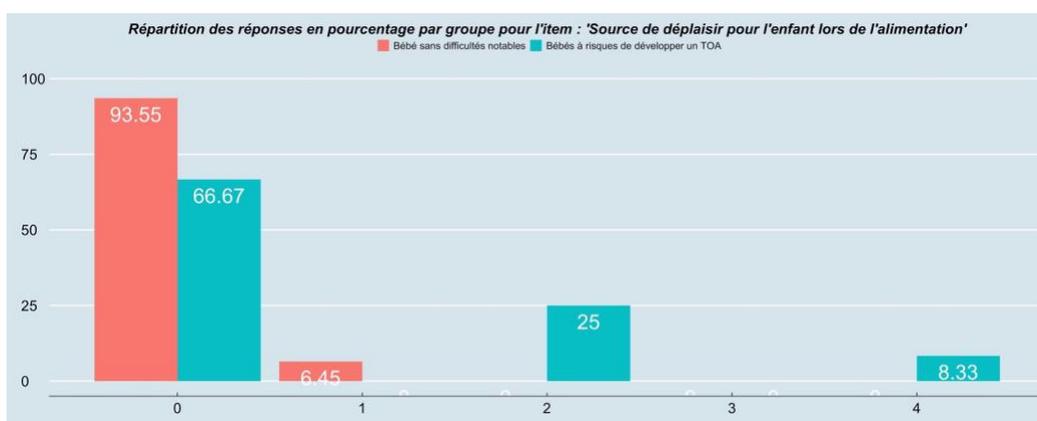


Figure 27 : Item "Déplaisir" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 93,55% des bébés ne ressentent jamais de déplaisir lors de la prise alimentaire ; 6,45% ressentent peu de déplaisir lorsqu'ils mangent, aucun ne ressent parfois, souvent ou toujours

de déplaisir en mangeant. Dans la population à risque de développer un TOA, 66,67% des bébés ne ressentent jamais de déplaisir lors de la prise alimentaire ; aucun n'en ressent peu ; 25% ressentent parfois du déplaisir en mangeant ; aucun n'en ressent souvent et 8,33% ressentent toujours un déplaisir en mangeant.

Les résultats montrent p-value = 0,07, ce qui prouve qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item n'est donc pas statistiquement discriminant.

Conclusion : Pour cette dernière partie, qui traitait de l'observation du déroulement de la prise alimentaire, l'item le plus significatif statistiquement est « INQUIÉTUDE DES PARENTS ». L'item « DÉPLAISIR DE L'ENFANT » n'est statistiquement pas discriminant. Les propos seront nuancés dans la discussion.

Sensibilité des items non compris dans le score global

- 1) RGO ou signes de RGO
 - TRAITEMENT CONTRE LE RGO

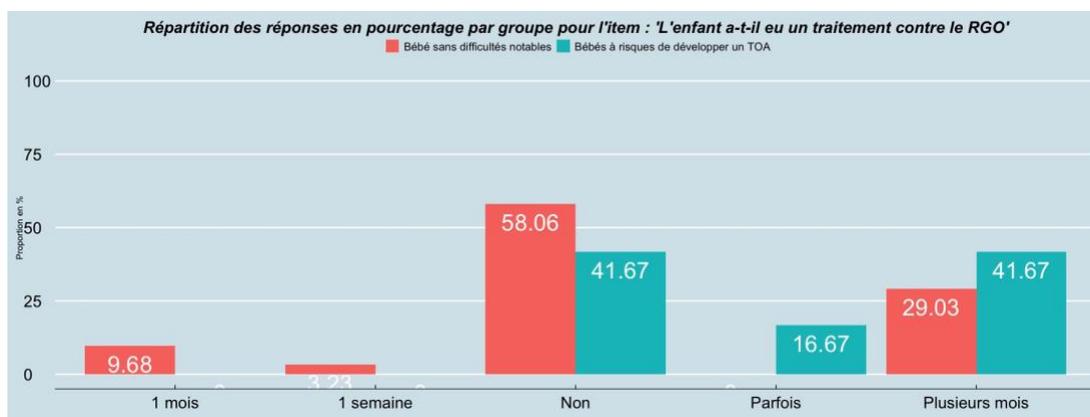


Figure 28 : Item "Traitement contre les RGO" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 58,06% des bébés n'ont pas eu de traitement contre le RGO ; aucun n'en a eu parfois ; 3,23% en ont eu pendant 1 semaine ; 9,68% des bébés ont eu un traitement contre le RGO pendant 1 mois et 29,03% en ont eu pendant plusieurs mois. Dans la population à risque de développer un TOA, 41,67 des bébés n'ont pas eu de traitement contre le RGO ; 16,67% en ont parfois eu ; aucun n'en a eu pendant 1 semaine ou pendant 1 mois et 41,67% en ont eu pendant plusieurs mois.

Les résultats montrent $p\text{-value} = 0,11$, ce qui prouve qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item n'est donc pas statistiquement discriminant.

Conclusion : Pour cette première partie, traitant des marqueurs de RGO, l'item présent n'est pas discriminant au vu des statistiques. Ce propos sera discuté ensuite.

2) Diversification alimentaire

- VOTRE ENFANT ACCEPTE-T-IL LA CUILLER ?

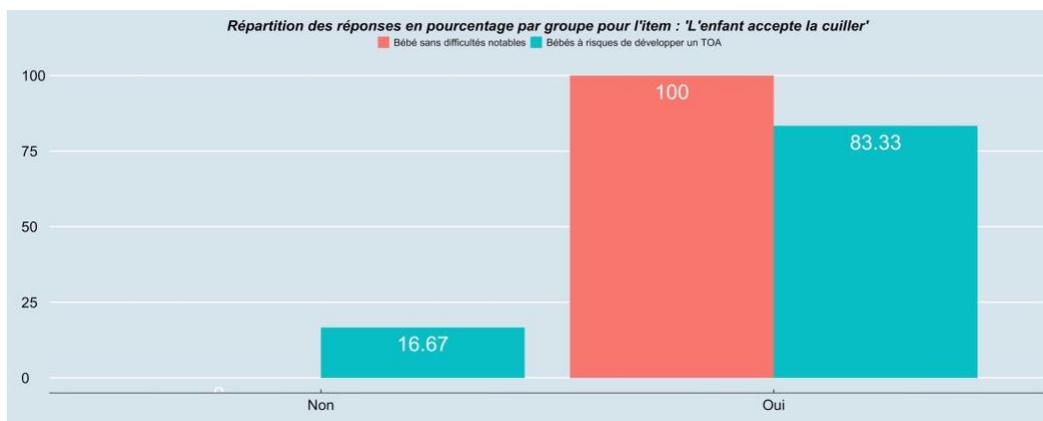


Figure 29 : Item "Acceptation de la cuiller" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant que tous les bébés appartenant au groupe « sans difficultés notables » acceptent la cuiller. Dans la population à risque de développer un TOA, 83,33% des bébés acceptent la cuiller contre 16,67% qui ne l'acceptent pas.

Les résultats montrent $p\text{-value} = 0,13$, ce qui prouve qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item n'est donc pas statistiquement discriminant.

- A-T-IL UNE PRÉFÉRENCE MARQUÉE POUR LES PETITS POTS DU COMMERCE ET/OU LES POTS FAIT-MAISON ?

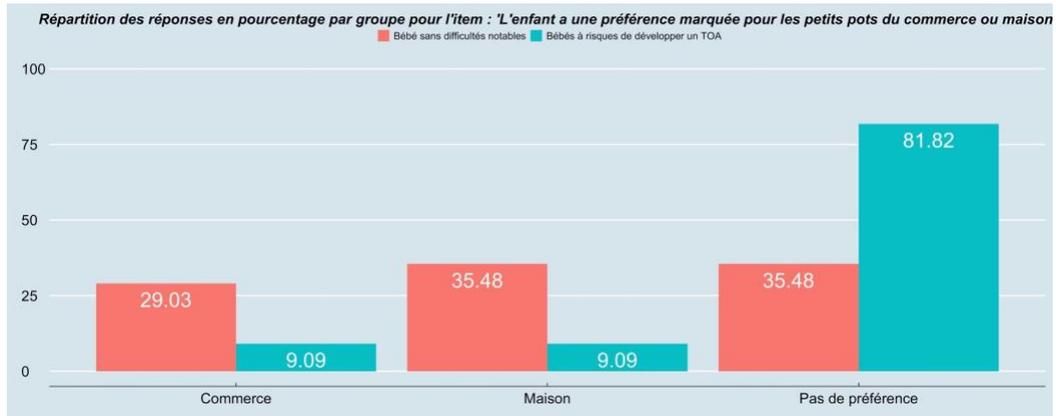


Figure 30 : Item "Préférence entre pots fait maison et pots industriels" - répartition en pourcentage par groupe.

En observant les résultats à cet item, nous pouvons admettre que, dans la population sans difficultés notables, 29,03% des bébés préfèrent les petits pots du commerce, 35,48% préfèrent les pots fait-maison et 35,48% n'ont pas de préférence entre les 2 types de pots. Dans la population à risque de TOA, 9,09% préfèrent les pots du commerce, 9,09% préfèrent les pots fait-maison et 81,82% n'ont pas de préférence notable.

Les résultats montrent p-value = 0,03, ce qui prouve qu'il existe une différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item est statistiquement discriminant.

- AVEZ-VOUS DÉJÀ ESSAYÉ DE PROPOSER DES MORCEAUX À VOTRE ENFANT ?

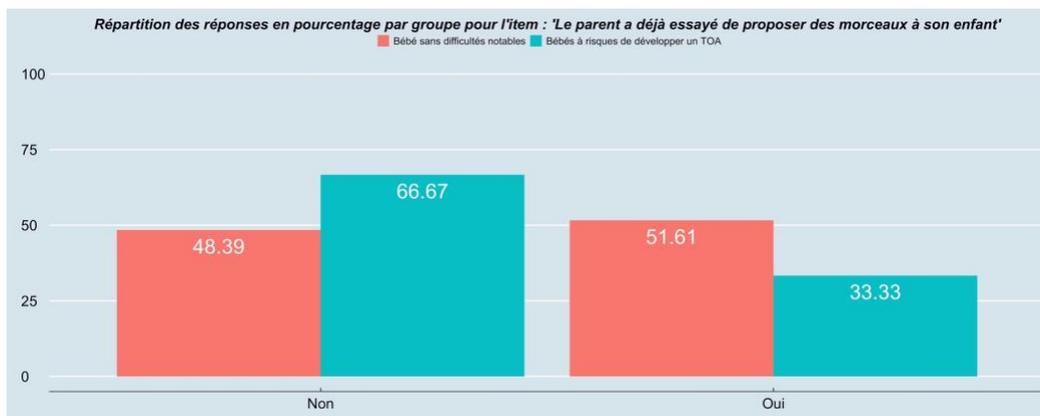


Figure 31 : Item "Essai des morceaux" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, chez les bébés sans difficultés notables, 48,39% de leurs parents n'avaient pas proposé de morceaux contre 51,61% qui leur avaient proposé. Chez les bébés à risque de TOA, 66,67% de leurs parents n'avaient pas proposé et 33,33% avaient proposé.

Les résultats montrent $p\text{-value} = 0,46$, ce qui prouve qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item n'est donc pas statistiquement discriminant.

Conclusion : Pour cette seconde partie, mettant en lumière le déroulé de la diversification alimentaire, l'item le plus significatif statistiquement est « PRÉFÉRENCE ENTRE POTS FAIT-MAISON ET POTS INDUSTRIELS ». Les items « ACCEPTATION DE LA CUILLER », et « ESSAI DES MORCEAUX » ne sont statistiquement pas discriminants. Les propos seront nuancés dans la discussion.

3) Aspects sensori-moteurs

- VOTRE ENFANT TOUCHE-T-IL LA NOURRITURE AVEC SES DOIGTS ?

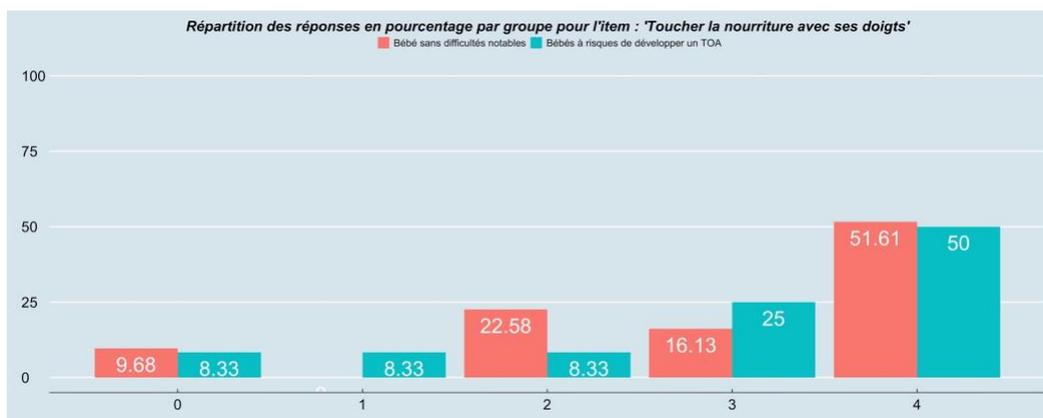


Figure 32 : Item "Toucher la nourriture avec les doigts" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, que 9,68% des bébés ne touchent jamais la nourriture avec leurs doigts ; aucun ne le fait peu ; 22,58% le font parfois ; 16,13% le font souvent et 51,61% le font toujours. Dans la population à risque de développer un TOA, 8,33% des bébés ne touchent jamais la nourriture avec leurs doigts ; 8,33% le font peu ; 8,33% le font parfois ; 25% le font souvent et 50% le font toujours. Les résultats montrent $p\text{-value} = 1,00$, ce qui prouve qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item n'est donc pas statistiquement discriminant.

- VOTRE ENFANT TIENT-IL SA TÊTE SANS OSCILLER ?

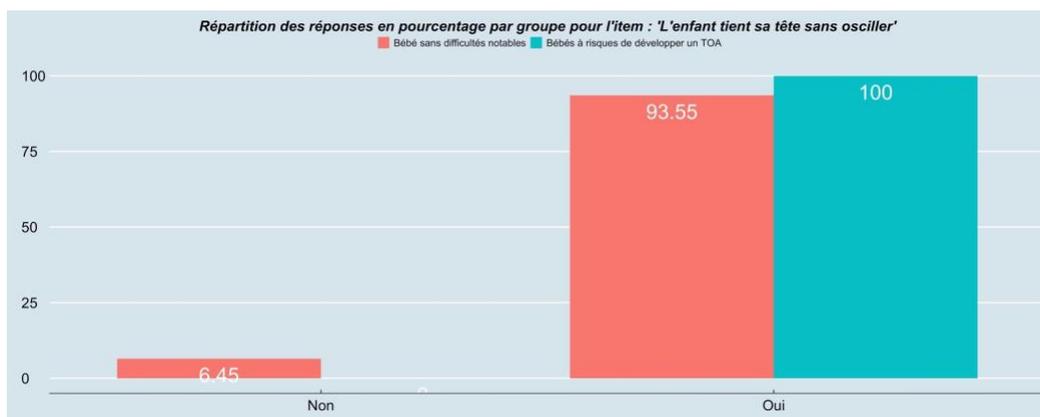


Figure 33 : Item "L'enfant tient sa tête sans osciller" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, chez les bébés sans difficultés notables, 93,55% tiennent leur tête sans osciller contre 6,45% qui ne le font pas. En revanche, tous les bébés à risque de TOA, tiennent leur tête sans osciller.

Les résultats montrent p-value = 0,93, ce qui prouve qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item n'est donc pas statistiquement discriminant.

- VOTRE ENFANT TIENT-IL ASSIS ?

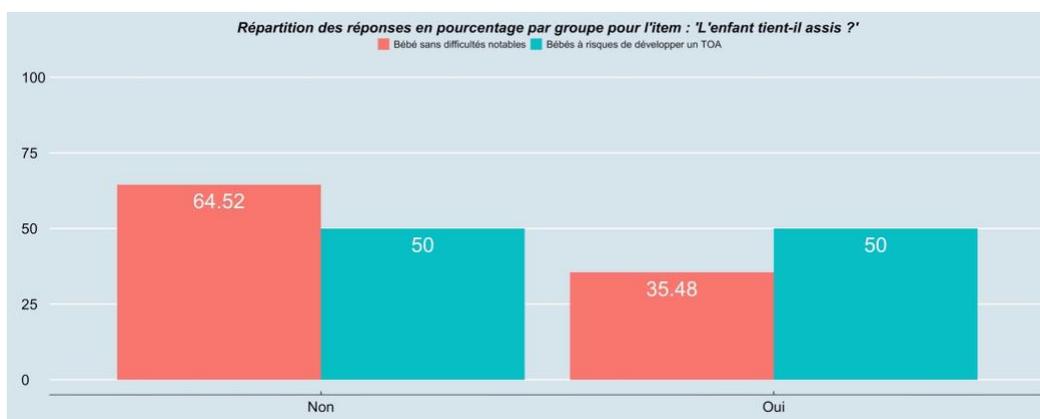


Figure 34 : Item "Tenue assise" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, chez les bébés sans difficultés notables, 35,48% tiennent assis contre 64,52% qui ne le font pas. Chez les bébés à risque de TOA, 50% tiennent assis et 50% ne tiennent pas assis.

Les résultats montrent p-value = 0,60, ce qui prouve qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item n'est donc pas statistiquement discriminant.

- VOTRE ENFANT TIENT-IL DES OBJETS DANS SES MAINS ?

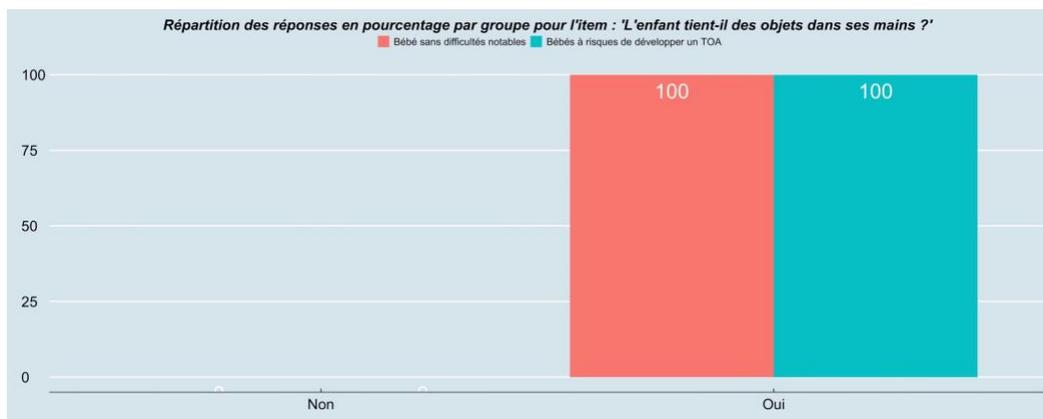


Figure 35 : Item "Préhension manuelle d'objets" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats montrent que l'entièreté de la cohorte a acquis la préhension manuelle d'objets, quel que soit le groupe apparent (à risque de TOA/sans difficultés notables).

Les résultats montrent p-value = 0,00, ce qui prouve qu'il existe une différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item est statistiquement discriminant.

- VOTRE ENFANT A-T-IL BÉNÉFICIÉ D'UN SUIVI PSYCHOMOTEUR ?

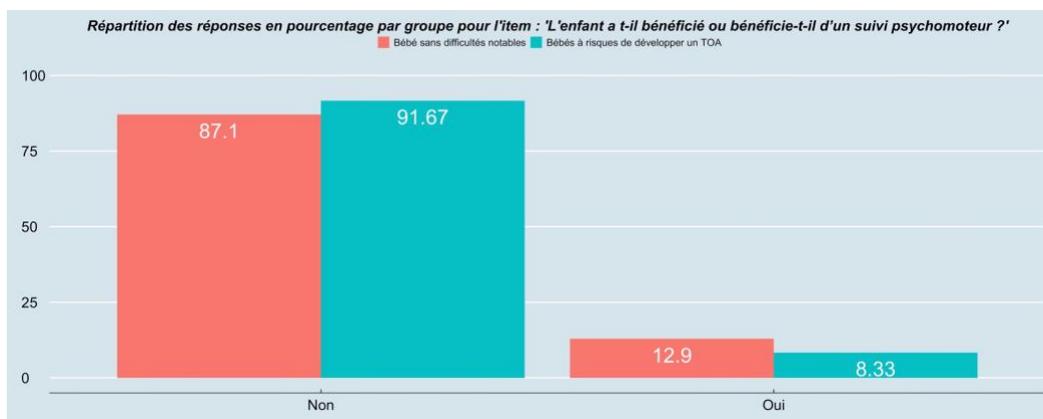


Figure 36 : Item "Suivi psychomoteur" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, chez les bébés sans difficultés notables, 12,9% ont déjà consulté en psychomotricité contre 87,1% qui n'ont jamais consulté chez un psychomotricien. Chez les bébés à risque de TOA, 8,33% ont déjà vu un psychomotricien contre 91,67% qui n'en ont jamais vu.

Les résultats montrent p-value = 1,00, ce qui prouve qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item n'est donc pas statistiquement discriminant.

Conclusion : Pour cette troisième partie, mettant en exergue les aspects sensori-moteur, l'item le plus significatif statistiquement est « PRÉHENSION D'UN OBJET ». Les items « TOUCHE LA NOURRITURE AVEC SES DOIGTS », « TIENT SA TÊTE », « TIENT ASSIS » et « SUIVI PSYCHOMOTEUR » ne sont statistiquement pas discriminants. Les propos seront nuancés dans la discussion.

4) Observations du déroulement de l'alimentation

- DURÉE DE LA PRISE ALIMENTAIRE

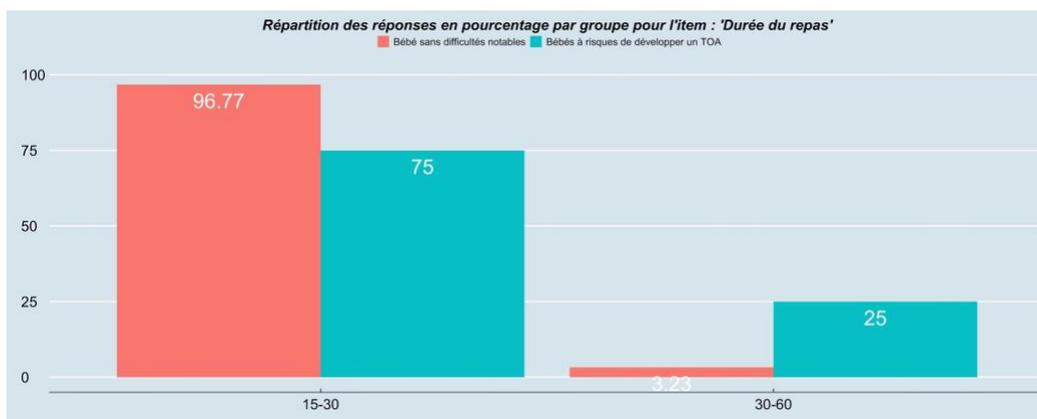


Figure 37 : Item "Durée de la prise alimentaire" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, chez les bébés sans difficultés notables, 96,77% prennent entre 15 et 30 minutes par repas contre 3,23% qui prennent entre 30 minutes et 1 heure pour s'alimenter. Chez les bébés à risque de TOA, 75% mangent entre 15 et 30 minutes contre 25% qui prennent entre 30 minutes et 1 heure pour manger.

Les résultats montrent p-value = 0,04, ce qui prouve qu'il existe une différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item est statistiquement discriminant.

- QUANTITÉ INGÉRÉE LORS DE LA PRISE ALIMENTAIRE AU BIBERON

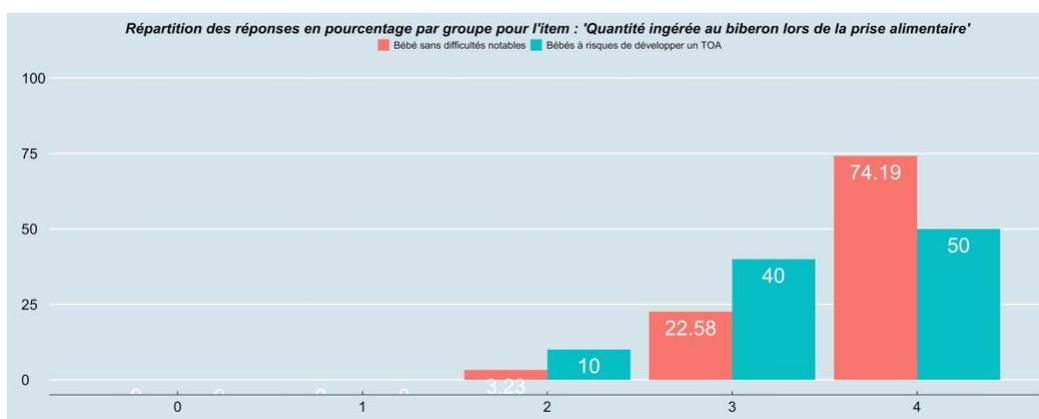


Figure 38 : Item "Quantité ingérée au biberon" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, qu'aucun des bébés n'ingère rien/quasiment rien ou un quart de la portion proposée au biberon, 3,23% ingèrent la moitié de la portion proposée ; 22,58% ingèrent les trois quarts de la portion proposée et 74,19% ingèrent la totalité de la portion proposée. Dans la population à risque de développer un TOA, aucun des bébés n'ingère rien/quasiment rien ou un quart de la portion proposée, 10% ingèrent la moitié de la portion proposée ; 40% ingèrent les trois quarts de la portion proposée et 50% ingèrent la totalité de la portion proposée.

Les résultats montrent p-value = 0,15, ce qui prouve qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item n'est donc pas statistiquement discriminant.

- QUANTITÉ INGÉRÉE LORS DE LA PRISE ALIMENTAIRE À LA CUILLER

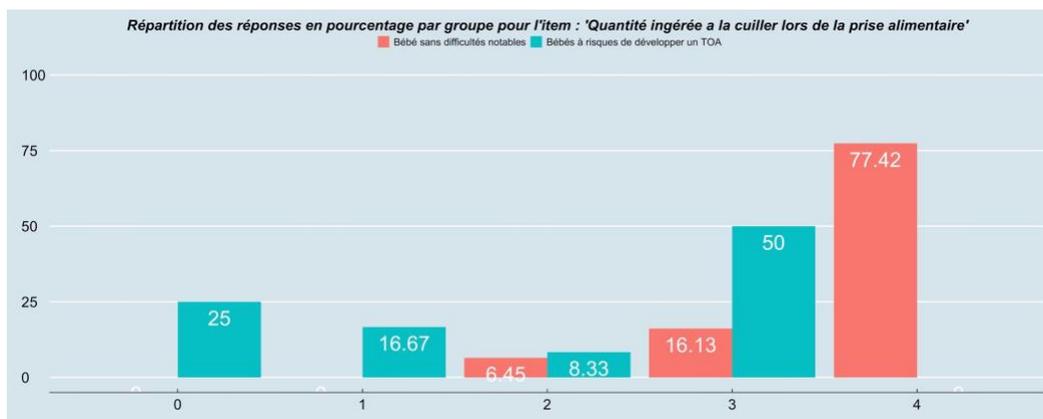


Figure 39 : Item "Quantité ingérée à la cuiller" - répartition en pourcentage par groupe.

Les résultats à cet item mettent en avant, dans la population sans difficultés notables, qu'aucun des bébés n'ingère rien/quasiment rien ou un quart de la portion proposée à la cuiller, 6,45% ingèrent la moitié de la portion proposée ; 16,13% ingèrent les trois quarts de la portion proposée et 77,42% ingèrent la totalité de la portion proposée. Dans la population à risque de développer un TOA, 25% des bébés n'ingèrent rien/quasiment rien ; 16,67% ingèrent un quart de la portion proposée, 8,33% ingèrent la moitié de la portion proposée ; 50% ingèrent les trois quarts de la portion proposée et aucun n'ingère la totalité de la portion proposée.

Les résultats montrent p-value = 0,00, ce qui prouve qu'il existe une différence significative entre les réponses des deux populations et que l'item est statistiquement discriminant.

Conclusion : Pour cette dernière partie, mettant en exergue les observations du déroulement de l'alimentation, les items les plus significatifs sont « DURÉE DE LA PRISE ALIMENTAIRE » et « QUANTITÉ INGÉRÉE À LA CUILLER ». L'item « QUANTITÉ INGÉRÉE AU BIBERON » n'est statistiquement pas discriminant. Les propos seront nuancés dans la discussion.

Validité contre-critère

Nous avons donc pu corrélérer les scores du questionnaire aux résultats du bilan de 9 enfants : 7 enfants reçus en bilan et évalués en binôme avec une autre étudiante, et 2 enfants dont l'évaluation a été menée par une orthophoniste, comme expliqué auparavant.

La répartition de la population dépistée à qui nous avons soumis un diagnostic peut se scinder en 4 types :

- les « vrais négatifs » sont les sujets pour qui le questionnaire de dépistage était « sain », soit ayant peu de risques d'être porteur de troubles, ce qui est confirmé par le bilan qui écarte la présence d'un TOA.
- les « vrais positifs » sont les sujets pour qui le questionnaire de dépistage était « à risque de développer un TOA », ce qui est confirmé par le diagnostic posé en fin de bilan.
- les « faux négatifs » sont les sujets pour qui le questionnaire de dépistage était « sain », soit ayant peu de risques d'être porteur de troubles, ce qui est malheureusement remis en cause par le bilan qui atteste la présence d'un TOA.
- les « faux positifs » sont les sujets pour qui le questionnaire de dépistage était « à risque de développer un TOA », ce qui est infirmé par le bilan qui écarte la présence d'un TOA.

A noter que, pour le tableau ci-après, la mention « 0 » correspond à un enfant dit « sain » lors du questionnaire de dépistage ou du bilan et que la mention « 1 » correspond à un enfant dit « à risque de développer un TOA » lors du questionnaire de dépistage et « pathologique » lors du bilan.

			Bilan orthophonique		Total
			0	1	
Questionnaire de dépistage	0	Effectif	5	1	6
		% compris dans questionnaire	83.3%	16.7%	100.0%
		% compris dans bilan	100.0%	33.3%	75.0%
	1	Effectif	0	3	3
		% compris dans questionnaire	0.0%	100.0%	100.0%
		% compris dans bilan	0.0%	75.0%	25.0%
Total	Effectif	5	4	9	
	% compris dans questionnaire	55.5%	44.5%	100.0%	
	% compris dans bilan	100.0%	100.0%	100.0%	

Figure 40 : Comparaison des scores au questionnaire de dépistage et du résultat au bilan orthophonique.

Afin de lire de manière optimale ce tableau, dans lequel il faut croiser les données, nous avons fait parler les chiffres en ces termes :

- 83.3% étaient dits « sains » grâce au questionnaire de dépistage et le sont réellement suite au bilan (vrais négatifs).
- 16.7% étaient dits « sains » grâce au questionnaire de dépistage et sont finalement porteurs de TOA (pathologiques) après le bilan. En d'autres termes, il y a un faux négatif (sur les 8 enfants vus en bilan). Donc, il y a 33.3% des enfants pour qui le bilan révèle des troubles (pathologiques) alors que le questionnaire n'en avait pas suspecté.
- Il y a 100.0% des enfants pour qui le bilan ne révèle pas de TOA qui étaient dits « sains » lors du questionnaire de dépistage.
- 0.0% des enfants (soit aucun enfant) étaient dits « à risque de développer un TOA » grâce au questionnaire et ne le sont finalement pas suite au bilan. Il n'y a donc aucun faux positif.
- 100.0% des enfants qui étaient dits « à risque de développer un TOA » grâce au questionnaire de dépistage l'étaient bel et bien suite au bilan (vrais positifs).
- 75.0% des enfants pour qui le diagnostic de TOA a été posé après le bilan (soit 4 au total) étaient « pathologiques » lors du remplissage du questionnaire (3 enfants).
- Il n'y a pas (0.0%) d'enfant pour qui le bilan n'a révélé aucun trouble alors que le questionnaire de dépistage en avait suspecté.
- Au total, 5 enfants sur 9 (soit 55.5%) ne présentent pas de TOA contre 4 sur les 9 vus en bilan qui en sont porteurs (soit 44.5%).

PARTIE DISCUSSION

La discussion aura pour principal objectif de critiquer notre travail afin d'offrir une perspective d'amélioration du questionnaire.

ANALYSE DES HYPOTHESES DE CETTE ETUDE

Hypothèse 1 : Les premières analyses de validation et de fiabilité sont propices à l'acceptabilité de l'outil.

Sous-hypothèse 1 : Le questionnaire a une bonne corrélation inter-items.

Cette sous-hypothèse est validée, l'indice alpha de Cronbach étant supérieur à 0,7. Ainsi, nous pouvons admettre que la corrélation inter-items est convenable, ce qui prouve que notre questionnaire dispose d'une cohérence interne satisfaisante et donc que la fidélité de l'outil est correcte.

Sous-hypothèse 2 : Le questionnaire a une bonne validité d'apparence et de contenu selon les professionnels interrogés, sensibilisés aux TOA.

Selon notre panel d'experts, notre outil a une bonne validité d'apparence et de contenu puisque tous les indices calculés sont supérieurs à 0,78. Donc, cette sous-hypothèse est également validée.

A noter tout de même que la population juge était constituée de 6 jurées, ce qui est suffisant statistiquement pour valider les indices, mais qui semble tout de même peu. Nous avons eu la volonté d'avoir plus de réponses et avons donc distribué le document de validité à 4 autres professionnels (2 neuro-pédiatres, 1 psychomotricienne et 1 ergothérapeute). Il aurait pu être intéressant d'avoir davantage de retours bien que ceux-ci nous apportent déjà des pistes d'amélioration.

Nous allons donc détailler ce qui ressort des éléments qualitatifs des jurées. Tout d'abord, la nécessité d'interroger sur les intolérances aux protéines de lait de vache, élément vérifié dans

le dossier-patient et qui donc ne figurait pas sur l'outil, mais qui est absolument à vérifier comme le précise la jurée.

Puis, demander si l'enfant a bénéficié ou bénéficie d'un suivi en kinésithérapie (puisque l'item choisi ne concernait que la psychomotricité). En effet, cet aspect devrait être ajouté comme le souligne à juste titre l'experte puisque nous nous sommes rendu compte, au cours des appels téléphoniques et des retours de questionnaires par mail, que beaucoup de parents indiquaient que le suivi en psychomotricité n'était pas en place mais que la prise en soins en kinésithérapie avait débutée. Effectivement, bon nombre d'enfants nés prématurément ont recours à la prise en soins en kinésithérapie et il a été prouvé que l'intervention précoce est essentielle au développement de la fonction motrice chez les nourrissons à risque (Coutinho et al., 2014). Rappelons également que la fonction motrice en matière d'oralité alimentaire est incontournable. Ainsi, cette notion serait à prendre en compte.

De plus, il nous a été conseillé d'étayer davantage les aspects sensoriels en contextualisant les prises alimentaires (les environnements : lieux, outils, schémas des repas et dynamique familiale sur les temps d'alimentation). Ces aspects, primordiaux pour déterminer la présence ou non du trouble, ont largement été traités lors du bilan ([Annexe 6](#)), ce qui nous paraissait plus logique puisque l'outil a pour objectif premier de dépister en étant concis et clair. Ces éléments demeurent incontournables et doivent être renseignés en bilan pour profiler les axes thérapeutiques et les moyens à mettre en œuvre pour intervenir.

Enfin, une des expertes nous fait part de son questionnement personnel quant à l'ajout éventuel d'items évaluant les compétences socles (attention conjointe, mise en place du regard) afin « d'écarter un doute de Trouble du Spectre de l'Autisme ou autre suspicion en lien avec un TOA ». Ces aspects nous semblent évidemment incontournables pour la pose diagnostique et pour les mêmes raisons que celles évoquées avant, nous avons choisi de les réserver lors de l'évaluation orthophonique. Néanmoins, il est important de souligner que les TOA sont fréquents chez les patients porteurs de Trouble du Spectre de l'Autisme : sélectivité alimentaire (Sharp et al., 2013) et dyssensorialité orale en lien avec des particularités sensorielles bien plus globales.

En somme, la soumission de ce questionnaire de validité nous a permis de statuer sur la validité d'apparence et de contenu d'une manière statistique, mais nous a également permis de récolter des avis personnels et commentaires, sur des aspects plus qualitatifs. Notamment

grâce à ce questionnaire, nous allons pouvoir réintégrer de nouveaux items pertinents à notre outil dans la suite de la discussion.

Sous-hypothèse 3 : Le questionnaire a une bonne sensibilité : il est composé d'items permettant de discriminer les nourrissons avec haut risques de TOA, des nourrissons sans difficulté.

Débutons par faire un retour sur la partie traitant des marqueurs de RGO. Tout d'abord, comme précisé au début de notre étude, le RGO est fréquent chez les enfants nés prématurément.

Plusieurs options afin de pallier ce trouble sont disponibles, la première étant les solutions médicamenteuses comme les traitements par Inhibiteurs de la Pompe à Protons tels que l'Inexium® qui est recommandé par la HAS (Haute Autorité de Santé, 2020a) afin de réduire l'acidité de l'estomac ou les traitements protecteurs de la muqueuse œsophagienne tels que le Gaviscon® .

Ainsi, il nous paraissait primordial d'interroger sur la prise de médicaments au sein de l'outil. Pour autant, l'item « TRAITEMENT CONTRE LE RGO » n'apparaît pas comme étant statistiquement discriminant. Néanmoins, nous choisirons tout de même de conserver l'évaluation de cet item mais, nous modifierons la modalité de réponse qui semble peu adaptée.

Existent aussi des conseils alimentaires et nutritionnels, qui consistent en l'adaptation des repas ingérés, ce qui, dans le cas du bébé, amènera à choisir un lait anti-reflux ou un lait épaissi, option choisie en première intention par beaucoup de parents. En effet, lors de nos échanges avec les familles, plusieurs d'entre elles nous indiquent la prise de lait anti-reflux. Ainsi, il est intéressant que cet item puisse figurer dans les propositions d'optimisation de l'outil.

A savoir qu'il existe également d'autres aménagements environnementaux pour limiter le RGO ou les conséquences de celui-ci comme les adaptations posturales (éviter les positions allongées après le repas puisqu'elles facilitent la remontée du lait). Donc, il paraît capital d'interroger sur les signes évocateurs de RGO qui surviennent dans le quotidien puisque la non prise d'un traitement ou d'un lait anti-reflux n'exclut en rien l'hypothèse de reflux. Pour les signes de RGO, les items les plus significatifs statistiquement sont « ROT », « TOUX » et « STRIDOR ». Si nous avons déjà rappelé auparavant l'importance de détecter la présence

éventuelle d'un RGO nous pouvons maintenant affirmer qu'il est tout à fait pertinent d'avoir introduit dans cet outil des signes évocateurs de RGO tels que la toux en position allongée, le rot et le stridor. A noter tout de même, comme l'ont justement mentionné la plupart des experts du jury de validité, que le stridor est à expliquer dans l'outil. D'ailleurs, lors des remplissages de questionnaire par téléphone, peu voire aucun parent ne connaissait ce terme qui nécessitait une définition pour que les parents prennent position quant à leur réponse. Maintes fois, cet item nous a semblé peu clair car peu compris par les parents et nous a donc questionné sur la nécessité de l'intégrer mais la littérature est claire à ce propos, le stridor est réellement un signe évocateur discriminant de RGO (Nierlson et al., 1990) et donc il n'est pas recommandé de l'écarter.

Pour finir sur les signes de RGO, nous avons aussi inséré l'item « HALEINE » qui apparaît, au vu du test utilisé mais aussi, plus qualitativement si nous observons le graphique, comme étant non discriminant. Pour autant, la nécessité de garder cet item est claire et mise en avant par la corrélation entre halitose (mauvaise haleine) et RGO qui a été prouvée par la communauté scientifique (Moshkowitz et al., 2007). A noter aussi que l'échantillon trop faible de notre population d'étude est certainement un biais à la mise en avant de l'halitose comme étant un signe évocateur de RGO.

Poursuivons sur l'analyse des items traitant des signes de rejet alimentaire. Ceux qui apparaissent comme discriminants statistiquement sont « GRIMACE », « REFUS » et « PROTRUSION » qui sont trois éléments retrouvés fréquemment en clinique lors des bilans orthophoniques et qui apparaissent donc très importants et à conserver. Pour ce qui est des cinq autres items, ils ne sont pas significatifs au vu des statistiques. Cependant, pour chacun des items « RÉFLEXE NAUSÉUX », « VOMISSEMENT », « SIGNES DE DOULEUR/D'INCONFORT », « PLEUR », « TOUX lors de la prise alimentaire », au regard des graphiques, nous pouvons observer qu'il y a plus de réponses du groupe susceptible de développer un TOA à partir de la note « 2 = parfois observé », ce qui prouve tout de même qu'il y a une légère tendance à ce que ce groupe présente ces signes. En effet, si nous nous référons à la clinique, puisque la littérature manque à ce propos, il est très fréquent que les parents nous rapportent des pleurs et des signes de douleur / d'inconfort pendant l'anamnèse ou même lors des passations de questionnaire au téléphone. Effectivement, à plusieurs reprises, des parents ont rapporté une agitation motrice, une excitation, des colères/pleurs

lors des repas, signes interprétés à juste titre comme une demande d'arrêt ou un refus. Quant au réflexe hypernauséux, qui consiste en l'inversion du processus de déglutition en réponse à une stimulation gustative ou odorante afin de ne pas avaler des substances qui gênent considérablement sur le plan sensoriel, il est très souvent rapporté dans les anamnèses ou visibles lors du testing orthophonique (Senez, 2004). A noter que, parfois, cette réaction exacerbée peut même aller jusqu'au vomissement ; c'est d'ailleurs ce que 25% du groupe d'enfants à risque de développer un TOA rapportent comme signe de refus qui survient « parfois ». Tous les signes de refus alimentaire insérés au questionnaire sont largement retrouvés en pratique clinique. Aussi, Senez écrit Alors, nous souhaitons garder l'intégralité des items dans la version optimisée du questionnaire.

Continuons alors avec l'analyse critique des items traitant des aspects sensori-moteurs. Les items les plus significatifs statistiquement sont « PRÉHENSION D'UN OBJET », « GÊNE PENDANT LES SOINS DU VISAGE », et « GÊNE QUAND LES MAINS SONT SALES ». En plus de la preuve statistique, ces items sont fréquemment retrouvés en clinique comme étant des marqueurs importants de capacités sensori-motrices. Comme expliqué précédemment, les habiletés sensorielles et motrices sont au cœur de l'oralité alimentaire secondaire et méritent d'être investiguées en phase de dépistage. Approfondies et décrites en détails lors de l'évaluation orthophonique, ces facultés sensori-motrices constituent un axe thérapeutique primordial lors de la rééducation. Ainsi, il nous paraît incontournable de garder ces items.

Quant aux items « TOUCHE LA NOURRITURE AVEC SES DOIGTS », « TIENT SA TÊTE », « TIENT ASSIS », « SUIVI PSYCHOMOTEUR », « GÊNE LORS DU SHAMPOING », et « GÊNE LORS DU TOUCHER DE TEXTURES », ils ne sont statistiquement pas discriminants.

Les items « TIENT SA TÊTE », « TIENT ASSIS » et « SUIVI PSYCHOMOTEUR » ont montré des résultats incohérents : plus d'enfants considérés comme étant sans difficultés notables avaient un suivi psychomoteur et n'arrivaient pas à tenir assis ou à maintenir leur tête sans osciller. Ainsi, nous nous sommes questionnés sur la formulation de ces questions. Plusieurs jurés qui ont donné leur avis concernant la validité du questionnaire ont émis que les items « TIENT SA TÊTE », « TIENT ASSIS » étaient moins clairs et moins simples que d'autres. Aussi, à plusieurs reprises, les parents interrogés se questionnaient sur la posture assise « tient-il assis seul ? sans appui ? ou avec appui ? se met-il assis seul ? ». Il faudrait donc préciser ces items pour le questionnaire optimisé. Les questionnements soulevés par les experts et les

parents pour l'item « SUIVI PSYCHOMOTEUR » sont les suivants : « pourquoi ne pas interroger sur le suivi en kinésithérapie ? ». Ainsi, puisque cet item ne nous semble pas révélateur de troubles potentiels, nous avons décidé de l'enlever. Les items « GÊNE LORS DU SHAMPOING », « GÊNE LORS DU TOUCHER DE TEXTURES » seront conservés malgré le manque de preuves de significativité statistique puisque, si l'on regarde de manière subjective les graphiques, nous pouvons observer qu'aucun enfant sans difficultés notables n'a de gêne lors du shampoing alors qu'une partie des enfants à risque de développer un TOA en a et c'est le même constat pour les textures qui gênent davantage les enfants à risque. En lien avec la pratique orthophonique où ces constats sont manifestes, il nous paraît donc judicieux d'interroger sur ces points. Quant à l'item « TOUCHE LA NOURRITURE AVEC SES DOIGTS », nous ne pouvons tirer de conclusion sur ses résultats puisque sa formulation n'était pas uniformisée avec les autres. Nous garderons cet item en le modifiant, puisqu'il est largement observé lors des bilans orthophoniques. En effet, un enfant qui est gêné pour explorer sa nourriture tactilement présente des particularités sensorielles qui interrogent sur un potentiel trouble alimentaire.

Si nous analysons maintenant les items mettant en exergue le déroulement alimentaire nous pouvons voir que les items les plus significatifs sont « INQUIÉTUDE DES PARENTS », « DURÉE DE LA PRISE ALIMENTAIRE » et « QUANTITÉ INGÉRÉE À LA CUILLER ». Ils seront donc gardés. Les items « DÉPLAISIR DE L'ENFANT » et « QUANTITÉ INGÉRÉE AU BIBERON » ne sont statistiquement pas discriminants. Pourtant, ils seront conservés au sein du questionnaire puisque le déplaisir est un ressenti subjectif au même titre que l'inquiétude des parents et semble indispensable à prendre en compte notamment dans le suivi orthophonique. En effet, la gêne et/ou le déplaisir ressentis amènent une plainte qui, à cet âge, est rarement voire jamais exprimée par le patient lui-même. Donc, il est important, selon nous, de savoir que les repas et que l'alimentation sont déplaisants pour essayer d'objectiver les impacts fonctionnels. De surcroît, connaître la quantité ingérée au biberon demeure intéressante pour la confronter qualitativement avec la quantité ingérée à la cuiller.

Nous terminerons par émettre une critique des items concernant la diversification alimentaire. Statistiquement, l'item « PRÉFÉRENCE ENTRE POTS FAIT-MAISON ET POTS INDUSTRIELS » apparaît comme étant significatif. Pourtant, si nous observons de plus près le

graphique, la majorité des enfants à risque de TOA ne montre pas de préférence et une infime partie de ce groupe a une préférence marquée pour les pots industriels ou pour les pots fait-maison. Ce constat ne corrobore que peu avec la pratique orthophonique : de manière récurrente, les enfants pris en soins pour une dysoralité alimentaire préfèrent les petits pots industriels puisque leur texture, très lisse avec absence certaine de morceaux, ne va pas varier d'un repas à l'autre. Les purées fait-maison sont moins appréciées par ces enfants puisque la texture ne sera jamais exactement la même d'un repas à un autre et que la présence de morceaux moins lisses peut les gêner. Ainsi, cette question, pour laquelle nous ne retrouvons pas cette tendance classique des cabinets d'orthophonie, pourrait être supprimée.

L'item « ACCEPTATION DE LA CUILLER » n'est pas statistiquement pas discriminant et a apporté bien des questionnements parentaux. Effectivement, lors des remplissages téléphoniques, les parents ne comprenaient pas toujours cette interrogation. Un des jurés du panel d'experts ayant objectivé la validité d'apparence et de contenu nous a aussi rapporté que cette question était moins claire. Ici, l'objectif était de savoir si la diversification alimentaire était bien tolérée par l'enfant selon le parent répondant. Ainsi, nous opterons plutôt pour la formule « L'alimentation à la cuiller est-elle difficile selon vous ? » dans la version optimisée du questionnaire.

Quant à l'item « ESSAI DES MORCEAUX », il demeure non significatif aux yeux des statistiques, même si la proportion de réponses « NON » est plus importante dans le groupe d'enfants à risque de développer un TOA. Cet item nous apporte assez peu d'éléments puisqu'il paraît totalement évident que les enfants peu à l'aise avec l'alimentation diversifiée ne se sont pas vus goûter des morceaux. Ainsi, cet item n'a pas lieu de rester au sein du questionnaire.

Sous-hypothèse 4 : La cohérence du diagnostic renforce la validité du questionnaire.

Force est de constater que les rappels et relances sur la proposition de rendez-vous pour des bilans orthophoniques ont permis de rencontrer plus de patients que dans l'étude précédente, mais pas assez pour valider cette hypothèse qui est donc partiellement atteinte. En effet, il aurait fallu pouvoir voir les 43 enfants interrogés par questionnaire afin d'avoir une interprétation au maximum fiable des chiffres. Nous avons tout de même eu l'envie de mettre en place cette cohérence diagnostic/dépistage en invitant l'intégralité des sujets à se présenter à nous pour une évaluation orthophonique et pas seulement les bébés ayant été

détectés comme susceptibles de développer un TOA puisque nous avons à cœur de prouver que l'outil était capable de dépister un trouble et d'écarter un non trouble.

Si nous observons de plus près la population qui a été vue en bilan nous pouvons voir que 4 enfants sont venus alors qu'ils avaient un score global < 16 les plaçant dans le groupe des bébés sans difficultés notables et que 5 enfants avaient été considérés comme susceptibles de développer un TOA, leur score global étant supérieur ou égal à 16. A noter tout de même qu'il y avait un faux négatif (enfant nommé « J. »), comme précisé dans les résultats ([Annexe 8](#)). Cette notion amène donc une interrogation capitale : pourquoi accepter une rencontre si l'enfant semble manger sans encombre lors du remplissage du questionnaire ? Premier élément de réponse : la question de l'évolution de la plainte, qui est primordiale. En effet, si nous reprenons le cas du bébé dit faux-négatif, la maman accompagnatrice de J., lors du rendez-vous nous a formulé une plainte alimentaire importante et a précisé qu'à la date du remplissage du questionnaire tout allait pour le mieux. De fait, l'écart de date entre la passation du questionnaire (les enfants avaient majoritairement entre 8 et 9 mois) et l'évaluation orthophonique (les enfants avaient plutôt 11 ou 12 mois d'âge réel) est un potentiel biais pour la validité contre-critère. Second élément de réponse à notre questionnement : le stress et l'angoisse dans lesquels vivent les parents d'enfants nés prématurément. Effectivement, plusieurs fois lors des rencontres avec les familles, lorsque nous demandons la raison de leur venue, elles répondent « nous préférons nous assurer que tout allait bien, et si tel n'était pas le cas, nous préférons mettre en place des stratégies rapidement ». C'était le cas des enfants nommés M. ([Annexe 9](#)), R. ([Annexe 10](#)), H. ([Annexe 11](#)), I. ([Annexe 12](#)) et L. ([Annexe 13](#)).

Pour les enfants dont la plainte alimentaire était bien présente dès la passation du questionnaire et persistait, comme pour D. ([Annexe 14](#)), K. ([Annexe 15](#)), la raison de leur venue était, elle, plus claire et davantage ciblée. Pour le cas de l'enfant que l'on appellera « Is. » ([Annexe 16](#)) c'est l'inverse de J., la plainte alimentaire était présente et importante aux 8 mois mais avait disparu lors de notre rencontre, qu'ils ont préféré maintenir pour pouvoir s'entretenir avec nous et poser leurs questions.

Hypothèse 2 : La forme d'administration du questionnaire est à ce jour satisfaisante.

L'outil utilisé, construit au regard de la littérature et des besoins actuels de dépistage précoce afin d'améliorer la prise en soins des enfants porteurs de TOA, a été validé par l'équipe de jurées interrogées pour donner leurs avis quant à la clarté, la simplicité et la pertinence du questionnaire. Ainsi, à ce jour, la forme d'administration du questionnaire s'avère plutôt satisfaisante. Pour autant, il nous paraît peu probable qu'il soit intégré au sein du service sous sa forme de passation actuelle. À noter également que les changements de formulation et les propositions d'ajouts ou de suppression d'items doivent aussi y être intégrés.

Pour rappel, il a été soumis (par mail ou par téléphone) à des parents d'enfants nés prématurément à 8 mois d'âge réel, au moment de la diversification alimentaire. Dans tous les cas, la première intention de contact se faisait au téléphone et le taux de perte de sujets entre la cohorte de la première étude et la nôtre demeure assez faible (5 non-répondants et 1 enfant décédé), ce qui nous apporte un élément de réponse important : le contact en synchrone est plus apprécié et amène un taux de participation plus important. Pourtant, nous savons que les appels téléphoniques demeurent chronophages. Ainsi, nous avons réfléchi à optimiser cette passation de questionnaire tout en évitant la modalité asynchrone (mail ou courrier). Aussi, nous avons réfléchi à proposer ce questionnaire à des enfants légèrement plus âgés, au vu de leur prématurité, parfois très grande. Effectivement, parfois, nous appelions au tout début de la diversification alimentaire et les expériences à la cuiller étaient alors assez réduites. Donc, l'âge réel de 8 mois serait à revoir. De plus, nous nous sommes posé une question essentielle : comment faire passer ce questionnaire parental en systématique à tous les enfants prématurés du service ?

Ainsi, en tenant compte des remarques qui viennent d'être évoquées, nous avons pensé à faire passer ce questionnaire à la visite pédiatrique systématique des 12 mois de l'enfant. Lors de ce rendez-vous, les auxiliaires puéricultrices du service ont été formées à proposer l'Inventaire Français du Développement Communicatif (Kern et al., 2010), qui est également un questionnaire parental évaluant le développement langagier et communicatif du bébé de 8 à 30 mois. À l'instar de la passation de l'IFDC, notre outil pourrait être proposé aux familles. Au besoin, en cas d'illettrisme ou de barrière de la langue, par exemple, les auxiliaires de puériculture pourraient lire les items aux parents. Ainsi, le questionnaire d'alimentation serait administré à tous les enfants nés prématurément, puis, analysé par le pédiatre qui orienterait les familles vers un orthophoniste en libéral si nécessaire. Cette option nous paraît être la plus

judicieuse, puisque finalement la mission de dépistage et d'intervention orthophonique précoces serait alors correctement remplie.

CRITIQUES METHODOLOGIQUES

Points d'appui

D'après notre panel d'experts, l'outil conçu respecte ses engagements tant sur le fond que sur la forme : court et compréhensible, les professionnelles interrogées seraient favorables à la mise en place systématique de ce questionnaire en service de suivi des enfants prématurés. Son contenu est clair et simple, donc accessible à une majorité de personnes ; mais aussi ses items sont pertinents et permettent de mettre en avant les enfants avec des risques potentiels de TOA. Les avis de ces juges corroborent les résultats objectifs répertoriés avec 100% de vrais positifs et 1 faux négatif sur 9 enfants vus en bilan. Bien que les résultats doivent être pris avec prudence puisque le nombre d'enfants évalués demeure minime, nous soulignons que le bilan a pu être réalisé chez trois fois plus d'enfants que lors de la précédente étude. Au cours des échanges avec les parents, nous relevons également qu'ils ont fortement apprécié le suivi mis en place et les conseils prodigués. En restant disponible par mail ou par téléphone, les parents n'ont pas hésité à nous recontacter pour demander conseil, aussi bien après leur réponse au questionnaire qu'après les évaluations orthophoniques au besoin. En effet, les familles pour qui les enfants avaient été diagnostiqués et qui se sont vu prodiguer des conseils, ont été jointes ultérieurement au bilan pour suivre l'avancée, répondre aux éventuelles questions et craintes. Des rendez-vous de suivi ont même été proposés si nécessaire. La méthodologie mise en place permet de respecter l'engagement du dépistage et d'intervention précoces en appuyant cette dernière via la guidance parentale. Effectivement, l'idée de l'accompagnement parental est très intéressante pour les prises en soins de troubles alimentaires. Le but est de prodiguer des conseils parentaux adaptés et individualisés au profil de l'enfant. Ramsay en a listé quelques-uns et notamment, expliquer, en amont, les aspects physiologiques de l'alimentation et les étapes du processus alimentaire. Aussi, l'objectif est d'aider les parents dans le cheminement d'acceptation du trouble : ce n'est pas volontairement que l'enfant refuse de se nourrir mais bien qu'il existe des contraintes organiques, motrices, sensorielles et/ou environnementales associées. Soumettre ces conseils

et adaptations a pour but principal de réduire les tensions engendrées par le TOA (Ramsay, 2001). Pour prodiguer des conseils avisés aux patients lors de la restitution du bilan, nous nous sommes servis de plusieurs outils qui recensent des activités à faire au quotidien avec l'enfant, mais aussi des conseils d'adaptation de l'environnement (outils comme la cuiller, le siège notamment...).

Points à renforcer et optimisation du questionnaire

Néanmoins, la méthodologie choisie comporte des limites.

Premièrement, discutons de la méthodologie de passation des questionnaires. Le choix du canal de remplissage du questionnaire serait à l'isser, et comme dit précédemment, la passation synchrone s'avère plus opportune (meilleure compréhension des questions, échanges si besoin et notamment début de l'accompagnement parental). Puis, nous rappelons l'apport considérable et intéressant du questionnaire de validité soumis au panel d'expertes mais nous devons admettre que nous avons été pris par le temps pour les envois. En effet, les enfants de la cohorte ayant 8 mois d'âge réel durant l'été 2020, nous n'avons pu soumettre le questionnaire de validité en amont des passations du questionnaire parental, alors que c'est ce qu'il aurait fallu faire afin de réajuster l'outil soumis à validation. Aussi, la décision de soumettre le questionnaire de validité en version papier remis en main propre ou par courriel n'était pas judicieux. La création de ce questionnaire sous format informatisé où les répondants peuvent le remplir instantanément aurait été préférable et aurait permis, d'après nous, un plus grand nombre de retours.

Deuxièmement, la méthode versant statistique serait à améliorer. Le choix d'insérer plusieurs modalités de cotation n'a pas facilité l'exploration et l'analyse des données. De surcroît, et c'est un biais auparavant évoqué, la formulation des questions est à revoir.

Pour finir, nous pouvons discuter la passation de ce questionnaire. Au vu de notre approche, il nous paraissait évident que tous les enfants devaient être vus à nouveau après le questionnaire pour le valider. Pour autant, un laps de temps trop important entre le questionnaire et l'évaluation orthophonique a été relevé comme étant une limite. Cependant, cet écueil pose question. Même si la passation du questionnaire pourrait se faire lors de la visite pédiatrique des 12 mois, le bilan orthophonique pourrait difficilement être fait 1 à 2 semaines après. En effet, malgré les créneaux d'urgence mis en place dans plusieurs cabinets

libéraux, le temps d'attente pour un bilan chez un orthophoniste dépasse régulièrement cette fourchette temporelle idéale pour corrélérer le questionnaire et le bilan.

Au terme de ces critiques, nous avons donc révisé le questionnaire pour en créer un nouveau qui tient compte des éléments discutés ([Annexe 17](#)).

EFFETS DE LA PRISE EN SOINS PRECOCE

Apports de cette étude au regard de la précédente

L'étude menée faisant suite au travail mené chez les mêmes enfants, nés prématurément, et interrogés 1 mois post-hospitalisation en service de néonatalogie, nous allons maintenant faire figurer les apports de la poursuite de la recherche.

Dans l'étude précédente, la cohorte de 49 sujets comptabilisait 18 bébés à risque de développer un TOA, suspectés via le questionnaire (Cugnet, 2020). Parmi ce groupe, 3 avaient été reçus en bilan et nous les nommerons L., T. et B. Après évaluation orthophonique, le diagnostic de TOA avait seulement été posé pour L. et T. Ainsi, l'étude avait mis en avant 2 vrais positifs et 1 faux positif. Parmi ces 3 enfants, dans notre travail actuel : L. est décédé, T. n'a pas répondu au questionnaire donc nous pouvons en conclure que la nécessité de suivi n'était pas importante et par conséquent, que le travail de guidance parentale mis en place a suffi, et B. poursuit son développement normal faisant partie du groupe sans risque de développer un TOA dans notre travail actuel. Il est d'une part possible qu'un suivi ait commencé avec un orthophoniste après le bilan, ce qui aurait entraîné la non-réponse à notre questionnaire. D'autre part, nous pouvons supposer que notre recherche a permis de mettre en avant les bienfaits de l'accompagnement parental pour une famille. Effectivement, nous pouvons présager que les conseils prodigués dans le cadre de leur évaluation orthophonique leur ont permis d'être autonomes dans leur adaptation et qu'ils n'aient pas eu besoin de consulter à nouveau. En effet, la guidance parentale, et notamment la collaboration avec les parents est intéressante pour modifier la trajectoire développementale. Assurément, au-delà de prodiguer des informations aux aidants, d'échanger avec eux et de les écouter, nous pouvons les intégrer à la prise en soins en les rendant plus acteurs. Cette intervention se trouverait dans le second type d'accompagnement familial parmi les 3 qui sont référencées :

la collaboration avec les parents (Auzias et al., 2011). Ainsi, les préconisations apportées par l'orthophoniste pour les parents élargissent les ressources à leur disposition ainsi que leur rôle : ils s'imprègnent des avis et de ce que fait le thérapeute en séance pour reproduire, dans le quotidien, les principes suggérés.

Sur les 18 enfants dépistés comme étant à risque de développer un TOA primaire, 6 le sont toujours après interrogation de notre questionnaire d'oralité secondaire. Parmi ces 6, le diagnostic a été avancé pour 2 enfants, D. et K., qui ont été évalués en bilan. Les 12 autres ne sont plus considérés comme étant à risque. Notre étude prouve donc le besoin de suivre ces enfants nés prématurément sur le moyen voire le long terme puisqu'ils multiplient les risques d'être porteurs de troubles.

Aussi, sur les 31 enfants repérés comme étant sans difficultés notables durant la période d'oralité primaire, 5 ont été dépistés comme étant à risque de développer un TOA secondaire par le questionnaire. Parmi eux, un bébé, Is., a été diagnostiqué avec un TOA suite à l'évaluation orthophonique. Ces observations corroborent la littérature récente qui admet que les bonnes compétences lors de l'oralité primaire (suction notamment) ne sont pas prédictives de bonnes compétences mastication ou d'alimentation à la cuiller chez des ex-prématurés en bonne santé (Hübl et al., 2020). Donc, comme démontré par Sheppard, c'est l'apprentissage moteur, très spécifique dans l'oralité secondaire, qui serait davantage prédictif (Sheppard, 2008).

Ainsi, à la lumière de nos résultats, il apparaît principal de conserver l'évaluation de l'oralité secondaire puisque l'apparition de l'outil cuiller et de l'alimentation solide constituent des facteurs de risque de TOA, souvent repérés en clinique comme étant la plainte initiale.

Apports de cette étude pour la pratique orthophonique

Il est vrai, comme souligné ci-avant, que la plainte initiale des familles qui consultent l'orthophoniste pour des difficultés alimentaires demeure formulée fréquemment ainsi : « la diversification alimentaire est difficile » ou bien encore plus souvent « mon enfant ne mange aucun morceau ».

Le but de ce travail était de déceler précocement les fragilités qui pourraient survenir chez des enfants nés prématurés afin de mettre en place une intervention orthophonique précoce,

notamment par le biais de la guidance parentale. Nous avons vu jusqu'alors que la nécessité de conserver un questionnaire à 1 mois post-hospitalisation n'était pas le plus opportun mais que dépister d'éventuelles fragilités sur l'oralité secondaire aux 12 mois de l'enfant paraissait plus significatif. Nous pouvons ajouter également que, dans la boîte à outils de l'orthophoniste, il n'existe pas, à notre connaissance, de tests objectivant les difficultés alimentaires de manière étalonnée sur la tranche d'âge présentement concernée, ni d'outil de dépistage. Cependant, pour des jeunes enfants tout de même un peu plus âgés nous avons des outils type questionnaires à notre disposition pour étayer nos observations cliniques afin d'appuyer notre hypothèse diagnostique. Il existe notamment l'Inventaire du Développement de l'Enfant, dans sa version complète, qui est étalonné de 15 mois à 5 ans 11 mois. Dans ce questionnaire, les domaines qui nous intéressent sont « autonomie », « moteur global », « moteur fin » et « développement général » (Duyme et al., 2011). Toutefois, aucune investigation des habiletés sensorielles ne figure dans ce test. Les aspects sensoriels pouvant être évalués via le Profil Sensoriel, étalonné de 3 ans à 10 ans 11 mois (Dunn, 2010). Ainsi, l'intérêt de créer un questionnaire de dépistage regroupant tous les domaines à investiguer en bilan et de l'administrer en systématique est multiple. Le premier apport est le fait de faire le dépistage de fragilités de manière tout à fait précoce afin de mettre en place le plus rapidement possible l'intervention orthophonique et de profiter de la grande plasticité cérébrale pour modifier les comportements le cas échéant. De plus, le fait de dépister lors du rendez-vous pédiatrique obligatoire des 12 mois est moins chronophage que de prévoir un entretien annexe pour faire le questionnaire si jamais la mise en place de soins orthophoniques n'était pas prégnante. Le deuxième avantage de cette passation fixée à 12 mois, en même temps que l'évaluation de la communication et du langage par l'IFDC, est de faire des liens entre oralité alimentaire et oralité verbale. En effet, ces deux fonctions sont intrinsèquement liées comme nous avons pu auparavant le préciser dans cet écrit mais aussi comme nous avons pu le voir lors des bilans d'évaluation orthophonique puisque nous investiguons les deux pans. Ce questionnaire parental semble donc un outil réellement intéressant et aidant pour la pratique orthophonique. Si nous prenons l'exemple d'un enfant prématuré qui consulterait aux environs de ses 24 mois en orthophonie parce qu'il refuse de manger les morceaux, nous pourrions avoir, au même titre que le résultat à l'IFDC, l'état de ses compétences sensori-motrices et de l'alimentation à 12 mois dans le dossier médical, ce

qui demeurerait d'une grande aide pour analyser le profil de ce patient et pour établir le diagnostic.

Le lien avec le langage oral notamment amène donc des perspectives de poursuite d'étude. Effectivement, il pourrait être tout à fait avantageux de revoir les enfants de la cohorte pour évaluer leur langage oral à 2 ou 3 ans par exemple. D'autant plus que nous savons que les enfants nés prématurément sont plus à risque de troubles des apprentissages et notamment de trouble du développement du langage oral, et même de trouble spécifique du langage écrit, comme auparavant précisé dans cet écrit.

Afin de conclure cette discussion, ce travail nous a grandement apporté dans l'élaboration de notre identité professionnelle en tant que future thérapeute et l'outil mis en place, bien que statistiquement peu robuste, a un grand intérêt clinique et pratique. Cette recherche nous a également permis d'automatiser notre expérience d'évaluation, de l'anamnèse à la restitution en passant par le testing. Puis, au détour des échanges avec les familles, mais aussi grâce aux avis critiques des professionnelles juges, et par l'optimisation de l'outil initialement créé, nous avons appris à mieux cerner la systémique de l'enfant prématuré ainsi que les conséquences de cette naissance pré-terme notamment sur le développement alimentaire mais aussi sur le développement communicatif, langagier et global.

CONCLUSION

Si l'oralité alimentaire intéresse depuis deux décennies les équipes soignantes, notamment lorsqu'elle est en lien avec un public d'enfants prématurés, c'est parce qu'elle demeure un enjeu de santé publique important. Effectivement, afin de réduire les effets à long terme de la naissance prématurée et puisque ces enfants sont mieux pris en soins sur le plan médical, il est tout autant important que l'orthophonie s'insère dans la boucle. Donc, pour faciliter l'entrée de l'évaluation et des soins orthophoniques dans la prise en charge globale des bébés nés prématurément, l'outil créé s'avère intéressant.

Effectivement, bien que peu robuste statistiquement, ce questionnaire parental a tout de même permis de distinguer des enfants dits sans difficultés notables des bébés dits à risque de développer un TOA, tendance confirmée par l'évaluation orthophonique avec pose de diagnostic, ce qui permet d'avancer le caractère correct de la pré-validation.

Néanmoins, cet outil pourrait largement être amélioré, tant par sa passation, pouvant être proposée au rendez-vous pédiatrique des 12 mois, que par son contenu et notamment par sa cotation qui devrait être harmonisée. Proposer cet outil en physique permet de conserver les échanges enrichissants qui ont été menés par téléphone durant cette étude. Le début de l'accompagnement parental a pu débuter à ce moment tout en apaisant les familles car le contexte de prématurité engendre fréquemment de l'anxiété chez les parents notamment. Répondre aux questions et prodiguer des conseils en parallèle de l'outil de dépistage semble un format opportun.

L'autre avantage primordial de ce questionnaire parental chez le tout petit est l'intervention précoce, ce qui est indispensable pour agir en ayant plus d'impact fonctionnel. Ainsi, il est capital que ce questionnaire fasse partie intégrante du parcours de soins des enfants nés prématurément, quel que soit leur degré de prématurité.

REFERENCES

- Abadie, V., Champagnat, J., Fortin, G., et al. (1999). Succion-déglutition-ventilation et gènes du développement du tronc cérébral. *Archives de Pédiatrie*, 6(10), 1043-1047.
- Ameli. (2019). Alimentation du bébé : La diversification alimentaire. Disponible sur <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/alimentation-0-3-ans/debut-diversification-alimentaire>
- Ameli. (2019). Anomalies du déroulement de la grossesse. Disponible sur <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grossesse-difficultes/anomalies-deroulement-grossesse>
- Ameli. (2020). Reflux gastro-œsophagien de l'adulte : Symptômes et causes. Disponible sur <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/rgo-adulte/definition-symptomes-causes>
- ASHA (2008). Early Intervention. Disponible sur <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/early-intervention/>
- Auzias, L., et Le Menn, M.-A. (2011). *L'accompagnement familial dans la pratique clinique orthophonique au Québec et en France*. (Mémoire d'orthophonie). Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederle, E., et al. (2018). *Dictionnaire d'Orthophonie* (4^e éd.). Isbergues: Ortho Edition.
- Butruille, L., Blouin, A., De Jonckheere, J., et al. (2017). Impact of skin-to-skin contact on the autonomic nervous system in the preterm infant and his mother. *Infant Behavior & Development*, 49, 83-86. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.07.003>
- Camaioni, L., Castelli, M. C., Longobardi, E., et al. (1991). A parent report instrument for early language assessment. *First Language*, 11(33), 345-358. <https://doi.org/10.1177/014272379101103303>

- Charollais, A., Stumpf, M.-H., Beaugrand, D., et al. (2010). Évaluation à 6 ans du langage de l'enfant né grand prématuré sans paralysie cérébrale : Étude prospective de 55 enfants. *Archives de Pédiatrie*, 17(10), 1433-1439. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2010.06.012>
- Clark, S. L., Gimovsky, M. L., et Miller, F. C. (1982). Fetal heart rate response to scalp blood sampling. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 144(6), 706-708. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(82\)90441-0](https://doi.org/10.1016/0002-9378(82)90441-0)
- Couillien, M. (2019). *Analyse des facteurs de risques aux troubles de l'oralité alimentaire : Mise en évidence de critères de vulnérabilité*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Rouen-Normandie, Rouen.
- Couly, G. (2017). L'oralité du fœtus, fondement du langage. *Rééducation Orthophonique*, (271), 13-27.
- Couly, G. (2020). Manger ou parler. *médecine/sciences*, 36(2), 160-162. <https://doi.org/10.1051/medsci/2020015>
- Coutinho, G. A. X., Lemos, D. D. M., et Caldeira, A. P. (2014). Impact of physiotherapy on neuromotor development of premature newborns. *Fisioterapia Em Movimento*, 27(3), 413-420. <https://doi.org/10.1590/0103-5150.027.003.AO12>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Cugnet, H. (2020). *Elaboration d'un questionnaire parental de dépistage précoce des troubles de l'oralité alimentaire en sortie d'hospitalisation à destination des enfants nés prématurément*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Rouen-Normandie, Rouen.
- Davidson, J., Ruthazer, R., et Maron, J. L. (2019). Optimal Timing to Utilize Olfactory Stimulation with Maternal Breast Milk to Improve Oral Feeding Skills in the Premature

- Newborn. *Breastfeeding Medicine*, 14(4), 230-235.
<https://doi.org/10.1089/bfm.2018.0180>
- Delfosse, M.-J., Soullignac, B., Depoortere, M.-H., et al. (2006). Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. *Devenir*, 18(1), 23-35.
<https://doi.org/10.3917/dev.061.0023>
- Dunn, W. (2010). Profil sensoriel. *Montreuil : ECPA*.
- Duyme, M., Zorman, M., Tervo, R., et al. (2011). French norms and validation of the Child Development Inventory (CDI) : Inventaire du Developpement de l'Enfant (IDE). *Clinical Pediatrics*, 50(7), 636-647. <https://doi.org/10.1177/0009922811398390>
- Fucile, S., Gisel, E. G., et Lau, C. (2007). Effect of an oral stimulation program on sucking skill maturation of preterm infants. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(3), 158-162. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2005.tb01109.x>
- Fucile, S., Gisel, E., et Lau, C. (2002). Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. *The Journal of Pediatrics*, 141(2), 230-236.
<https://doi.org/10.1067/mpd.2002.125731>
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., et al. (2019). Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 68(1), 124–129. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
- Goldenberg, R. L. (2002). The management of preterm labor. *Obstetrics & Gynecology*, 100(5, Part 1), 1020-1037. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(02\)02212-3](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(02)02212-3)
- Granier-Deferre, C., et Busnel, M.-C. (2011). L'audition prénatale, quoi de neuf ? *Spirale*, 59(3), 17-32. <https://doi.org/10.3917/spi.059.0017>
- Griffith, T. T., Bell, A. F., White-Traut, R., et al. (2018). Relationship Between Duration of Tube Feeding and Success of Oral Feeding in Preterm Infants. *Journal of Obstetric*,

- Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN*, 47(5), 620-631.
<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.06.002>
- Haddad, M., et Ciperre, C. (2015). *Oralité & Sollicitations olfactives et oro-faciales néonatales*. Disponible sur <https://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/f1/60ndq2pe9e5g5sd986ldqh41oqz4u6-org.pdf>
- Haute Autorité de Santé. (2020). Haute Autorité de Santé—INEXIUM. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215579/fr/inexium
- Haute Autorité de Santé. (2020). Troubles du neurodéveloppement—Repérage et orientation des enfants à risque. Disponible sur Haute Autorité de Santé website: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque
- Hübl, N., da Costa, S. P., Kaufmann, N., et al. (2020). Sucking patterns are not predictive of further feeding development in healthy preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 58, 101412. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.101412>
- Kern, S., et Gayraud, G. (2010). Inventaire français du développement communicatif (IFDC). *Grenoble: Editions La Cigale*.
- Kloeckner, A. (2008). Apports en néonatalogie de la sensorimotricité selon A. Bullinger. *Contraste*, 28-29(1), 157-178. <https://doi.org/10.3917/cont.028.0157>
- Lecanuet, J.-P. (2002). Des rafales et des pauses : Les suctions prénatales. *Spirale*, 22(2), 37-48. <https://doi.org/10.3917/spi.022.0037>
- Lecanuet, J.-P., et Schaal, B. (1996). Fetal sensory competencies. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 68, 1-23. [https://doi.org/10.1016/0301-2115\(96\)02509-2](https://doi.org/10.1016/0301-2115(96)02509-2)

- Levasseur, É. (2017). Prise en charge précoce des difficultés alimentaires chez l'enfant dit « tout-venant » ou « vulnérable ». *Rééducation Orthophonique*, 54(271), 151-169.
- Liu, L., Oza, S., Hogan, D., et al. (2016). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15 : An updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet (London, England)*, 388(10063), 3027-3035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31593-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8)
- Marret, S., Chollat, C., de Quelen, R., et al. (2015). Parcours et développement neurologique et comportemental de l'enfant prématuré. *Archives de Pédiatrie*, 22(2), 195-202. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2014.11.016>
- McIntosh, D. N., Miller, L. J., Shyu, V., et al. (1999). Sensory-modulation disruption, electrodermal responses, and functional behaviors. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 41(9), 608-615. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1999.tb00664.x>
- Molkhou, P. (2005). Reflux gastro-œsophagien de l'enfant. *EMC - Médecine*, 2(4), 401-413. <https://doi.org/10.1016/j.emcmed.2005.06.005>
- Mörelus, E., Örténstrand, A., Theodorsson, E., et al. (2016). OC09—Early maternal contact has an impact on preterm infants' brain systems that manage stress. *Nursing Children and Young People*, 28(4), 62-63. <https://doi.org/10.7748/ncyp.28.4.62.s40>
- Moshkowitz, M., Horowitz, N., Leshno, M., et al. (2007). Halitosis and gastroesophageal reflux disease : A possible association. *Oral Diseases*, 13(6), 581-585. <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2006.01341.x>
- Mpedia. (2016). Service de néonatalogie, accueils et services pour bébé. Disponible sur <https://www.mpedia.fr/art-neonatalogie-quest-ce-que-cest/>
- Mpedia. (2019). Bébé prématuré en couveuse, quel développement. Disponible sur <https://www.mpedia.fr/art-prematures-et-surveillance/>

- Nierlson, D. W., Heldt, G. P., et Tooley, W. H. (1990). Stridor and Gastroesophageal Reflux in Infants. *Pediatrics*, 85(6), 1034-1039.
<https://pediatrics.aappublications.org/content/85/6/1034>
- Oralité. (s.d.). Dans *Dictionnaire de français Larousse*. Disponible sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/oralit%C3%A9/56294>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). Naissances prématurées. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2020). Alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Peterson, R. A. (1995). Une méta-analyse du coefficient alpha de Cronbach. *Recherche et Applications en Marketing*, 10(2), 75-88.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/076737019501000204>
- Polit, D. F., Beck, C. T., et Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459-467. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
- Puch, M., et Vergeau, D. (2004). Dysoralité : Du refus à l'envie. *Rééducation Orthophonique*, 42(220), 123-137.
- Ramsay, M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. *Devenir*, 13(2), 11-28. <https://doi.org/10.3917/dev.012.0011>
- Rommel, N., De Meyer, A.-M., Feenstra, L., et al. (2003). The Complexity of Feeding Problems in 700 Infants and Young Children Presenting to a Tertiary Care Institution. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 37(1), 75-84.
<https://doi.org/10.1097/00005176-200307000-00014>

- Schaal, B. (2000). Human Foetuses Learn Odours from their Pregnant Mother's Diet. *Chemical Senses*, 25(6), 729-737. <https://doi.org/10.1093/chemse/25.6.729>
- Senez, C. (2004). Hyper nauséux et troubles de l'oralité chez l'enfant. *Rééducation Orthophonique*, 42(220), 91-101.
- Senez, C. (2015). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (2^e éd.). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Sharp, W. G., Jaquess, D. L., et Lukens, C. T. (2013). Multi-method assessment of feeding problems among children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(1), 56-65. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.07.001>
- Sheppard, J. J. (2008). Using Motor Learning Approaches for Treating Swallowing and Feeding Disorders : A Review. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 39(2), 227-236. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2008/022\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2008/022))
- Thibault, C. (2015). L'éducation gnoso-praxique orale précoce au sein de l'accompagnement orthophonique chez le jeune enfant né prématuré. *Contraste*, 41(1), 253-270. <https://doi.org/10.3917/cont.041.0253>
- Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant* (2^e éd.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Törölä, H., Lehtihalmes, M., Yliherva, A., et al. (2012). Feeding skill milestones of preterm infants born with extremely low birth weight (ELBW). *Infant Behavior and Development*, 35(2), 187-194. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2012.01.005>
- Wen, S. W., Smith, G., Yang, Q., et al. (2004). Epidemiology of preterm birth and neonatal outcome. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 9(6), 429-435. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2004.04.002>

ANNEXES

Annexe 1 - Questionnaire parental de dépistage des TOA secondaires à 8 mois d'âge réel



Questionnaire d'évaluation des troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant prématuré à 8 mois d'âge réel. Questionnaire 2 : oralité secondaire
CHU ROUEN

NOM :
Prénom :
Date de naissance :

Poids actuel :
Type de nutrition actuelle :
Allaitement – Biberon – Cuiller - Mixte

0 / 1 / 2 / 3 / 4 : 0 → Jamais observé
1 → Peu observé
2 → Parfois observé
3 → Souvent observé
4 → Toujours observé

- Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu un traitement contre les reflux gastro-œsophagien (gaviscon – inexistum) :
 Non Occasionnellement Durant 1 semaine
 Durant 1 mois Durant plusieurs mois

OU

ROT : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
MAUVAISE HALEINE : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
TOUX en position allongée : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
STRIDOR (sifflement lors de la respiration) : 0 / 1 / 2 / 3 / 4

- Lors de la prise alimentaire vous observez chez votre enfant :

REFLEXE NAUSEUX (haut-le-cœur) : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
VOMISSEMENT : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
GRIMACE : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
SIGNE DE DOULEUR/D'INCONFORT : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
PLEUR : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
TOUX : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
REFUS (tourne la tête, repousse de la main) : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
LANGUE QUI REPOUSSE LA TETINE/LA CUILLER : 0 / 1 / 2 / 3 / 4

- Concernant la diversification alimentaire :

Votre enfant accepte-t-il la cuiller ? OUI/NON

A-t-il une préférence marquée pour : les petits pots du commerce/les pots fait-maison ? (entourez l'un ou l'autre)

OU Accepte-t-il les deux indifféremment ? (entourez les deux)

Avez-vous déjà essayé de proposer des morceaux à votre enfant ? OUI/NON

Si oui, quel(s) type(s) de morceaux : (entourez la/les proposition.s)

- Légumes cuits, fondants
 - o Seuls
 - o Dans une purée
- Fruits fondants
 - o Seuls
 - o Dans une compote
- Autres aliments :

- **Concernant la sensorialité d'un point de vue plus général :**

Votre enfant touche-t-il la nourriture avec ses doigts ? 0 / 1 / 2 / 3 / 4

Votre enfant est gêné (cris, pleurs, grimaces, refus...)

- **Pendant les soins du visage ?** 0 / 1 / 2 / 3 / 4
- **Pendant le shampoing ?** 0 / 1 / 2 / 3 / 4
- **S'il est en contact avec certaines textures (herbe, sable ou autre) ?**
0 / 1 / 2 / 3 / 4

- **Quand il a les mains sales ?** 0 / 1 / 2 / 3 / 4

- **Concernant la motricité d'un point de vue plus général :**

Votre enfant tient-il sa tête sans osciller ? OUI/NON

Votre enfant tient-il assis ? OUI/NON

Votre enfant tient-il des objets dans ses mains ? OUI/NON

Votre enfant a-t-il bénéficié ou bénéficie-t-il d'un suivi psychomoteur ? OUI/NON

- **Lors de la prise alimentaire :**

Celle-ci est-elle une source d'inquiétude pour vous : 0 / 1 / 2 / 3 / 4

Celle-ci est-elle une source de déplaisir pour votre enfant : 0 / 1 / 2 / 3 / 4

Celle-ci dure environ : entre 15 à 30 minutes entre 30 à 60 minutes plus de 60 minutes

Quelle est la quantité ingérée par prise :

0 : n'ingère rien ou quasiment rien

1 : ingère un quart de la portion proposée

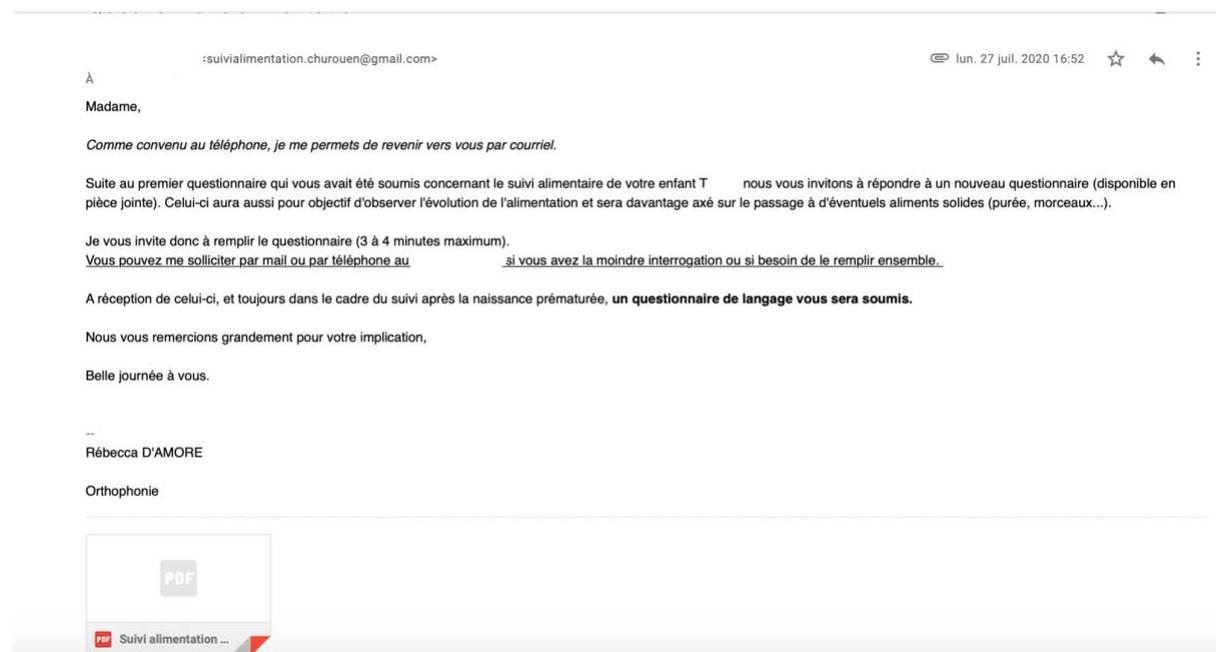
2 : ingère la moitié de la portion proposée

3 : ingère les trois quarts de la portion proposée

4 : ingère la totalité de la portion proposée

- **Au biberon s'il est concerné** 0 / 1 / 2 / 3 / 4
- **A la cuiller s'il est concerné** 0 / 1 / 2 / 3 / 4

Annexe 2 - Modèle du mail d'envoi des questionnaires



Annexe 3 - Listing de gestion des envois des questionnaires

	A	B	C	D	E	F	G
	PM	DATE DE NAISSANCE	DATE DES 8 MOIS	NUMERO TEL	ADRESSE MAIL	ENVOI QUESTIONNAIRE	REMARQUES
1							
2	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 07/07 tel	
3	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 17/06 mail	
4	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 17/06 mail	
5	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 15/06 tel	
6	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 01/07 mail	
7	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 17/07 tel	
8	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 17/07 tel	
9	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 09/07 physique	
10	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 09/07 physique	
11	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 15/06 tel	
12	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 19/06 tel	
13	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 19/06 tel	
14	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 17/07 mail	
15	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 25/06 tel	
16	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 25/06 tel	
17	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 29/06 tel	
18	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 29/06 mail	
19	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 22/07 tel	
20	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	arrêt des essais.	
21	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 25/08 mail	
22	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 22/07 tel	
23	Y. Noms	10/11/2019	ne pas contacter!	ne pas contacter!	ne pas contacter!	ne pas appeler - enfant décédé	
24	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 22/07 mail	Ne parle pas bien français
25	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 17/07 tel	Ne parle pas bien français
26	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 12/08 mail	
27	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 12/08 mail	
28	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	arrêt des essais.	
29	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 10/08 tel	
30	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 10/09 tel	
31	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 10/08 tel	
32	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 10/08 tel	Indisponible dès le 14/08
33	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 13/08 tel	
34	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 15/08 tel	
35	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 28/08 tel	
36	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 28/08 tel	
37	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 04/09 mail	
38	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 25/08 tel	
39	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 03/09 mail	
40	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 03/09 mail	
41	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 03/09 tel	
42	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 24/09 mail	
43	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 30/09 mail	
44	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 13/10 tel	
45	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 24/09 tel	
46	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 30/09 mail	
47	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	QUESTIONNAIRE REMPLI 15/10 mail	
48	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	arrêt des essais.	
49	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	arrêt des essais.	
50	Y. Noms	08/07/09	08/08/09	06 20 20 20 20 20 20 20	nom.y@univ.fr	arrêt des essais.	

Annexe 4 - Tableur : base de données des réponses au questionnaire parental

IDENTITE	DATE_NAISS	TERMIN	PREAGE	QUESTIONNA	POIDS	POIDS	ATYPE	NSEX	ITTT	REFLUX	ROTS	HALEINE	TOUX	STRIDOR	NAUSEUX	VOMISSEMENT	GRIMACES	DOULEURS	PLEUR	TOUX
1	08/07/2019	24	4	12 MOIS	860	5350	B+C	M	NON		2	2	2	1	0	0	3	1	0	0
2	08/09/2019	26	4	9 MOIS 8 JOURS	950	7200	B+C	M	1 MOIS		3	0	0	0	0	0	1	0	0	1
3	08/09/2019	26	4	9 MOIS 8 JOURS	1160	7300	B+C	M	NON		3	0	0	0	0	0	1	0	1	0
4	23/09/2019	26	4	8 MOIS 24 JOURS	1140	6160	B+C	M	NON		3	0	2	0	0	0	1	0	0	0
5	26/09/2019	27	4	8 MOIS 27 JOURS	1190	6750	B+C	F	PARFOIS		4	0	2	1	1	0	3	1	1	0
6	27/09/2019	26	4	9 MOIS 20 JOURS	890	7000	B+C	F	NON		2	0	2	1	1	1	0	0	0	0
7	27/09/2019	26	4	9 MOIS 20 JOURS	810	6500	B+C	F	NON		2	0	2	2	1	1	2	0	0	0
8	08/10/2019	24	4	9 MOIS	875		B	M	X MOIS		4	0	2	4	0	0	2	0	0	0
9	08/10/2019	24	4	9 MOIS	880		B+C	M	X MOIS		4	0	3	4	0	2	0	0	0	1
10	10/10/2019	29	3	8 MOIS 5 JOURS	1100	7500	B+C	M	NON		2	0	1	0	2	0	1	0	0	0
11	15/10/2019	30	3	8 MOIS 4 JOURS	1300	5500	B+C	F	NON		3	0	1	0	2	0	1	1	1	0
12	15/10/2019	30	3	8 MOIS 4 JOURS	1160	5500	B+C	M	NON		3	0	1	0	0	0	0	1	1	0
13	15/10/2019	30	3	9 MOIS 2 JOURS	1500	8600	A+C	M	X MOIS		3	0	3	0	2	0	0	0	0	1
14	25/10/2019	33	2	8 MOIS	1840	9000	B+C	F	X MOIS		1	0	2	0	2	0	0	0	1	0
15	25/10/2019	33	2	8 MOIS	1030	8000	B+C	M	X MOIS		1	0	2	0	2	0	0	0	0	0
16	29/10/2019	25	4	8 MOIS	920	6000	B+C	F	NON		1	0	1	0	0	0	1	1	1	0
17	29/10/2019	29	3	8 MOIS	1350		B+C	F	1 MOIS		3	0	0	0	0	0	1	0	0	0
18	29/10/2019	35	1	8 MOIS 23 JOURS	1510	7000	B+C	M	NON		3	0	2	4	2	0	0	0	0	0
19	03/11/2019	34	1	9 MOIS 22 JOURS	1460	8200	B+C	F	X MOIS		4	0	1	1	2	0	1	0	0	0
20	08/11/2019	30	3	8 MOIS 14 JOURS	1310	8530	B+C	M	NON		2	0	3	0	0	0	1	0	0	0
21	12/11/2019	32	2	8 MOIS 10 JOURS	1200	6600	A+B+C	F	NON		3	0	0	0	0	0	2	1	2	0
22	12/11/2019	31	3	8 MOIS 5 JOURS	1280	6015	A+C	F	X MOIS		2	0	3	0	2	0	4	3	3	2
23	27/11/2019	33	2	8 MOIS 16 JOURS	1500	6500	B+C	F	NON		2	1	1	1	1	0	1	1	1	1
24	27/11/2019	33	2	8 MOIS 16 JOURS	2090	9000	B+C	M	NON		3	2	2	3	1	1	2	3	1	1
25	02/12/2019	29	3	8 MOIS	1070	4700	A+C	M	NON		2	0	2	0	0	0	2	0	0	0
26	04/12/2019	34	1	9 MOIS 6 JOURS	3590	8500	B+C	M	X MOIS		2	0	0	3	4	2	3	0	0	0
27	07/12/2019	34	1	8 MOIS 1 JOUR	3380	8500	B+C	F	1 MOIS		0	0	1	0	0	0	1	0	0	2
28	08/12/2019	35	1	8 MOIS 2 JOURS	2990	8000	B+C	F	NON		0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
29	13/12/2019	33	2	8 MOIS	2040	8000	B+C	M	1 SEMAINE		0	0	2	0	0	2	0	0	0	0
30	15/12/2019	30	3	8 MOIS	1070	4700	A+C	M	NON		2	0	2	0	1	0	3	0	3	0
31	22/12/2019	36	1	8 MOIS 6 JOURS	2090	8200	B+C	M	NON		4	0	0	0	0	0	1	0	1	0
32	22/12/2019	36	1	8 MOIS 6 JOURS	1650	7300	B+C	M	NON		2	0	0	1	0	0	1	0	0	0
33	24/12/2019	29	3	8 MOIS 10 JOURS	1630	9500	B+C	M	X MOIS		4	2	2	0	0	0	0	0	0	0
34	25/12/2019	34	2	8 MOIS	2100	8000	B+C	F	X MOIS		4	0	0	0	2	0	0	0	2	0
35	01/01/2020	32	2	8 MOIS 2 JOURS	1690	7000	B+C	F	X MOIS		2	3	1	0	1	0	0	1	1	1
36	01/01/2020	32	2	8 MOIS 2 JOURS	1690	7000	B+C	F	X MOIS		2	2	1	0	1	0	0	1	1	1
37	05/01/2020	31	3	8 MOIS	1710	7300	B+C	F	X MOIS		4	0	1	0	0	0	0	0	1	0
38	16/01/2020	35	1	8 MOIS 12 JOURS	2510	7200	B+C	F	NON		4	0	2	0	1	0	0	0	0	0
39	12/01/2020	32	2	8 MOIS 18 JOURS	1520	4650	B+C	F	NON		4	0	1	0	0	0	0	0	0	0
40	20/01/2020	33	2	8 MOIS 23 JOURS	Ni	8400	B+C	M	X MOIS		2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41	23/01/2020	34	2	8 MOIS 1 JOUR	2040	8000	B+C	M	NON		4	0	0	0	1	1	1	2	3	0
42	23/01/2020	35	1	8 MOIS 7 JOURS	2750	8020	B+C	M	NON		1	0	0	0	2	0	0	0	0	0
43	23/01/2020	32	2	8 MOIS 21 JOURS	1550	6700	B+C	F	NON		0	0	1	3	0	0	2	0	0	1

IDENTITE	REFUS	INTRUSION	CULLER	COMMERCE	MAISON	MORCEAUX	ALIMENTS DOGS	SONS VISAGE	SHAMPOING	TEXTURES	MAINS SALES	TIENT TETE	ASSIS	OBJETS, MAINS	PSYCHOMOT	INQUIETUDE	DEPLAISIR	DUREE	QUANTITE BI	QUANTITE CULLER
1	2	0	OUI	COMMERCE	OUI	4	0	0	0	0	OUI	OUI	OUI	NON	0	0	0	15-30	4	4
2	1	0	OUI	PAS_PREF	NON	2	3	1	0	0	OUI	NON	OUI	OUI	NON	0	0	15-30	3	4
3	1	0	OUI	PAS_PREF	NON	2	3	1	0	0	OUI	NON	OUI	OUI	NON	0	0	15-30	3	4
4	2	0	OUI	MAISON	OUI	3	0	0	0	0	NON	NON	OUI	NON	2	0	0	15-30	4	4
5	3	0	OUI	PAS_PREF	OUI	2	3	0	0	0	OUI	NON	OUI	NON	1	0	0	15-30	3	3
6	0	0	OUI	MAISON	NON	4	0	0	0	0	OUI	NON	OUI	NON	0	0	0	15-30	4	4
7	0	0	OUI	MAISON	NON	4	0	0	0	0	OUI	NON	OUI	NON	0	0	0	15-30	4	4
8	3	0	NON	NON	4	3	0	0	0	0	OUI	NON	OUI	NON	0	0	0	15-30	4	0
9	0	0	OUI	PAS_PREF	NON	4	2	0	0	0	OUI	NON	OUI	NON	0	0	0	15-30	4	0
10	0	2	OUI	COMMERCE	NON	0	4	0	0	0	NON	NON	OUI	NON	2	0	0	15-30	3	4
11	0	1	OUI	PAS_PREF	OUI	4	0	2	0	0	OUI	OUI	OUI	NON	0	0	0	15-30	3	4
12	0	1	OUI	PAS_PREF	OUI	4	0	0	0	0	OUI	NON	OUI	NON	0	0	0	15-30	4	4
13	0	0	OUI	PAS_PREF	OUI	4	0	0	0	0	OUI	OUI	OUI	NON	0	0	0	30-60	3	4
14	0	0	OUI	COMMERCE	NON	2	3	0	0	0	OUI	NON	OUI	NON	0	0	0	15-30	4	4
15	0	0	OUI	COMMERCE	NON	2	3	0	0	0	OUI	NON	OUI	NON	0	0	0	15-30	4	4
16	1	0	OUI	COMMERCE	NON	4	0	4	0	0	OUI	NON	OUI	NON	0	0	0	15-30	4	4
17	0	0	OUI	COMMERCE	NON	2	0	0	0	0	OUI	NON	OUI	NON	0	0	0	15-30	4	4
18	2	0	OUI	COMMERCE	NON	4	3	0	0	0	OUI	OUI	OUI	NON	3	0	0	30-60	4	2
19	4	3	OUI	PAS_PREF	OUI	4	0	0	0	0	OUI	NON	OUI	NON	0	0	0	15-30	2	3
20	1	0	OUI	MAISON	OUI	4	0	0	0	0	OUI	NON	OUI	NON	0	0	0	15-30	4	4
21	2	0	OUI	MAISON	OUI	4	4	1	2	2	OUI	OUI	OUI	NON	2	4	0	15-30	3	3
22	1	4	OUI	PAS_PREF	NON	3	4	4	0	0	OUI	OUI	OUI	NON	2	2	0	30-60	3	3
23	1	2	OUI	PAS_PREF	NON	3	2	2	1	1	OUI	OUI	OUI	NON	0	0	0	15-30	3	3
24	1	2	OUI	PAS_PREF	NON	3	4	1	1	1	OUI	OUI	OUI	NON	3	0	0	15-30	4	3
25	2	3	OUI	PAS_PREF	NON	0	4	0	0	4	3	OUI	NON	OUI	NON	0	0	30-60	4	1
26	4	2	OUI	PAS_PREF	OUI	4	2	0	0	0	OUI	OUI	OUI	NON	2	2	0	15-30	3	1
27	3	0	OUI	MAISON	OUI	3	2	0	0	0	OUI	OUI	OUI	NON	3	0	0	15-30	2	4
28	0	0	OUI	COMMERCE	OUI	4	3	2	0	0	OUI	NON	OUI	OUI	0	0	0	15-30	3	4
29	2	2	OUI	COMMERCE	NON	0	0	0	0	0	OUI	NON	OUI	NON	0	0	0	15-30	4	4
30	4	4	NON	PAS_PREF	NON	1	1	1	0	0	OUI	NON	OUI	NON	2	2	0	15-30	0	0
31	2	0	OUI	MAISON	OUI	4	4	0	0	0	OUI	NON	OUI	NON	0	0	0	15-30	4	3
32	2	0	OUI	MAISON	OUI	4	4	0	0	0	OUI	NON	OUI	NON	0	0	0	15-30	4	3
33	0	0	OUI	PAS_PREF	OUI	3	2	0	0	0	OUI	OUI	OUI	OUI	0	0	0	15-30	4	4
34	1	0	OUI	PAS_PREF	OUI	4	0	0	0	0	OUI	OUI	OUI	NON	0	0	0	15-30	4	3
35	1	0	OUI	COMMERCE	OUI	2	2	0	0	0	OUI	NON	OUI	NON	1	1	0	15-30	4	4
36	1	0	OUI	COMMERCE	OUI	2	2	0	0	0	OUI	NON	OUI	NON	1	1	0	15-30	4	4
37	1	0	OUI	PAS_PREF	OUI	4	2	0	0	0	OUI	OUI	OUI	NON	0	0	0	15-30	4	4
38	0	0	OUI	PAS_PREF	NON	0	0	0	0	0	OUI	OUI	OUI	NON	1	0	0	15-30	4	3
39	0	0	OUI	PAS_PREF	NON	3	0	0	0	0	OUI	OUI	OUI	NON	0	0	0	15-30	4	3
40	0	0	OUI	MAISON	NON															

Annexe 5 - Courrier envoyé aux familles pour proposer les rendez-vous de bilan orthophonique



A ROUEN,
Le 06/10/20

Madame, Monsieur

Suite à votre participation aux questionnaires concernant le développement de l'oralité alimentaire et du langage, et toujours dans le cadre de travaux de recherche menés en partenariat par le département d'orthophonie de la faculté de médecine et le CHU de Rouen, nous vous proposons si vous le souhaitez, un rendez-vous pour faire le point sur vos questionnements et éventuelles inquiétudes à ce sujet. Ainsi, **des permanences tous les lundis après-midi du 12 octobre 2020 au 01 février 2021** sont ouvertes.

Si vous désirez prendre rendez-vous, merci de nous en faire part en nous contactant :

- par mail suivialimentation.chrouen@gmail.com

ou

- par téléphone au _____ ou au _____

Ainsi, nous vous proposerons plusieurs créneaux selon les disponibilités de chacun.

Ces rendez-vous seront assurés par les deux étudiantes en dernière année d'orthophonie, sous la responsabilité des orthophonistes qui seront disponibles si besoin.

Conformément au protocole sanitaire en vigueur, l'application des gestes barrières est indispensable : le port du masque sera obligatoire et du gel hydroalcoolique sera à la disposition de tous.

Nous vous prions madame, monsieur de recevoir nos sincères salutations.

Caroline Dubois-Levasseur,
Orthophoniste

Marie Terrier,
Orthophoniste

Justine Pouget,
Étudiante orthophoniste

Rébecca D'Amore,
Étudiante orthophoniste

Annexe 6 - Grille d'observation du développement de l'oralité alimentaire chez un bébé de moins de 18 mois

D'AMORE Rébecca – 2020-2021

OBSERVATION DU DEVELOPPEMENT DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE CHEZ UN BEBE DE – 18 MOIS

Date du jour : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Frères et sœurs : _____

Avez-vous noté une progression depuis le questionnaire ? **BEAUCOUP UN PEU PAS DU TOUT JE NE SAIS PAS**

Commentaires :

SPHÈRE ORGANIQUE			
PERI NATALITÉ	Grossesse _____ SA		
	Accouchement		
PASSAGE EN NEONAT		Déroulement :	
		Souffrance fœtale ?	
		AVB ? Césarienne ?	
		Forceps ? autres ?	
	APGAR		
	NE	SNG	GPE Autre : Combien de temps ?
	Pathologies connues	Digestive ? Respiratoire ?	Syndrome génétique ? Diagnostic médical posé ?
	ATCD méd.	Chute ? -TC-	
		Opérations ? Amygdales ? Végétations ? ATT ?	
	RGO	O	N TRAITEMENTS :
	Allergies	O	N
	PLV		
	Traitements méd.	O	N
	Suivis (para)médicaux	O	N
ATCD familiaux	TCA dans la famille ?		
ORALITÉ PRIMAIRE			
Déroulement	Biberon ?		Allaitement ?
	Durée ?		Quantités ? <i>courbe de poids</i>
	Qui lui donnait ?		

	Et quand ça changeait ?			
C'était...	Difficile ?	Plaisant ?	Angoissant ?	Long ?
ORALITÉ SECONDAIRE				
Déroulement	Age de la diversification ?			
	Que mange-t-il actuellement ?			
C'est...	Difficile ?	Plaisant ?	Angoissant ?	Long ?
SPHÈRE ENVIRONNEMENTALE				
Étayage	Qui lui donne ? Et que fait-il quand ça change ?			
	Que lui proposez-vous ?			
	Que faites-vous quand il refuse ?			
	Qu'avez-vous essayé pour le faire manger ? <i>ruser, jouer, chanter, forcer, céder...</i>			
Environnement	Où mange-t-il ?			
	Avec qui ?			
Installation	Outils			
	Dans quoi est-il installé ?			
	Comment ?			
SPHÈRE MOTRICE ET PRAXIQUE				
Globale	<i>Cf. partie langage et communication</i>			
Fine				
Oro-faciale	Langue	Mobilité	Frein	
		Tonicité	Aspect	
		Praxies linguales		
	Lèvres	Frein supérieur	Frein inférieur	

		Mobilité	Tonicité : <i>bavage</i> ?
		Praxies labiales	Mouillées ?
	Joues	Praxies jugales	
	Palais	Forme : <i>ogival</i> ?	
	Voile	Mobilité	
	Dents	Combien ?	État
	Vérifier les amygdales		
	Prognathie ? Rétrognathie ?		
Aspect fonctionnel	Respiration diurne	Buccale ?	
		Nasale ?	
	Respiration nocturne <i>RGO !!!</i>	Ronfle ?	Transpiration ?
		Oreiller mouillé ?	
	Déglutition	Vidange complète ?	
	Souffle	Bulles	
		Plume	
	Mouvements masticatoires <i>S'il a des dents !!!</i>	ChewyTube	
		Aliments	
SPHÈRE SENSORIELLE			
Somesthésie globale + visage	Lavage de cheveux ?		
	Pieds nus ?		
	Textures détestées ?		
	Serviette de douche ?		
	Soins visage ?		
	Le tour de la maison		
Somesthésie endo-buccale	Doigts dans la bouche lors de l'exploration		
	<i>Hypernauséux ?</i>		
	Massages Senez		
Sens vibratoire	Z-vibe		

Sens vestibulaire	Aime faire l'avion ?	
	Balancelle / balançoire ?	
Nociception	Sensible à la douleur ?	
Thermoception ?	Mange chaud ?	froid ?
NOTES :		

CONCLUSIONS GENERALES

Annexe 7 - Grille de validité d'apparence et de contenu, soumise à un panel d'experts en TOA

DOCUMENT FOURNI AUX POTENTIELS FUTURS UTILISATEURS POUR LA VALIDATION D'APPARENCE/CONTENU

Mémoire en vue de l'obtention du certificat de compétence en orthophonie
Rébecca D'AMORE
Juin 2021

<p><u>Identité de l'expert</u></p> <p>NOM et Prénom :</p> <p>Profession :</p> <p>Expérience, formations dans le domaine de l'alimentation du nourrisson :</p> <p>.....</p>
--

Dans un premier temps, en tant que professionnel intervenant auprès d'enfants nés-prématurément, nous avons besoin de votre avis pour valider l'apparence globale d'un questionnaire parental de dépistage des TOA.
Dans un second temps, votre expérience et vos connaissances, seront essentielles pour valider le contenu de ce questionnaire, sur les domaines choisis (1) puis sur les items qui le constituent (2).

Dans ce projet, il est question de conceptualiser un questionnaire de dépistage précoce des troubles de l'oralité alimentaire (TOA)
Les données sont recueillies à 8 mois d'âge réel en service de néonatalogie.

Le but étant de :

- Créer un outil clair et simple à remplir pour les parents
- Créer un outil permettant d'alerter les parents sans les inquiéter
- Mettre en avant des difficultés sur le plan sensori-moteur lors de l'alimentation
- Conseiller, guider, rassurer

Questionnaire d'évaluation des troubles de l'alimentation chez l'enfant prématuré à 8 mois d'âge
rel. Questionnaire 2 : oralité secondaire
CHU ROUEN

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Poids actuel :
Type de nutrition actuelle :
Allaitement – Biberon – Cuiller – Mixte

0 / 1 / 2 / 3 / 4 : 0 → jamais observé
1 → Peu observé
2 → parfois observé
3 → souvent observé
4 → toujours observé

• Votre enfant a-t-il eu un traitement contre les reflux gastro-œsophagiens (aviscon – Inexam) : Non Occasionnellement Durant 1 semaine Durant plusieurs mois

OU

ROT : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
MAUVAISE HALEINE : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
TOUX en position allongée : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
STRIDOR (sifflement lors de la respiration) : 0 / 1 / 2 / 3 / 4

• Lors de la prise alimentaire vous observez chez votre enfant :

REFLEXE NAUSEUX (haut-le-cœur) : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
VOMISSEMENT : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
GRIMACE : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
SIGNE DE DOULEUR/D'INCONFORT : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
PLEUR : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
TOUX : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
REFUS (tourne la tête, repousse de la main) : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
LANGUE QUI REPOUSSE LA TÊTE/LA CUILLER : 0 / 1 / 2 / 3 / 4

• Concernant la diversification alimentaire :

Votre enfant accepte-t-il la cuiller ? OUI/NON
A-t-il une préférence marquée pour : les petits pots du commerce/les pots fait-maison ? (entourez l'un ou l'autre)
OU Accepte-t-il les deux indifféremment ? (entourez les deux)

1

- Légumes cuits, fondants
 - o Seuls
 - o Dans une purée
- Fruits fondants
 - o Seuls
 - o Dans une compote
- Autres aliments :

• Concernant la sensorialité d'un point de vue plus général :

Votre enfant touche-t-il la nourriture avec ses doigts ? 0 / 1 / 2 / 3 / 4

Votre enfant est gêné (cri, pleurs, grimaces, refus...)

- Pendant les soins du visage ? 0 / 1 / 2 / 3 / 4
- Pendant le shampoing ? 0 / 1 / 2 / 3 / 4
- S'il est en contact avec certaines textures (herbe, sable ou autre) ? 0 / 1 / 2 / 3 / 4

- Quand il a les mains sales ? 0 / 1 / 2 / 3 / 4

• Concernant la motricité d'un point de vue plus général :

Votre enfant tient-il sa tête sans osciller ? OUI/NON

Votre enfant tient-il assis ? OUI/NON

Votre enfant tient-il des objets dans ses mains ? OUI/NON

Votre enfant a-t-il bénéficié ou bénéficie-t-il d'un suivi psychomoteur ? OUI/NON

- Lors de la prise alimentaire :
 - Celle-ci est-elle une source d'inquiétude pour vous : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
 - Celle-ci est-elle une source de plaisir pour votre enfant : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
 - Celle-ci dure environ : Entre 15 à 30 minutes Entre 30 à 60 minutes Plus de 60 minutes

Quelle est la quantité ingérée par prise :

- 0 : n'ingère rien ou quasiment rien
- 1 : ingère un quart de la portion proposée
- 2 : ingère la moitié de la portion proposée
- 3 : ingère les trois quarts de la portion proposée
- 4 : ingère la totalité de la portion proposée

- Au biberon s'il est concerné 0 / 1 / 2 / 3 / 4
- A la cuiller s'il est concerné 0 / 1 / 2 / 3 / 4

2

VALIDITÉ D'APPARENCE D'UN QUESTIONNAIRE PARENTAL DE DÉPISTAGE DES TOA CHEZ DES EX-PREMATURES A 8 MOIS D'ÂGE RÉEL

Dans l'ensemble :

L'outil vous semble-t-il bien dépister les DIFFÉRENTS ASPECTS des TOA ?

1 : Pas du tout 2 : Un peu 3 : Plutôt bien 4 : Très bien

La LONGUEUR de la grille vous semble-t-elle acceptable (la plus courte possible tout en restant exhaustive) ?

1 : Pas du tout 2 : Un peu 3 : Plutôt bien 4 : Très bien

Le choix de la MODALITÉ DE RÉPONSE vous semble-t-il pertinent ?

1 : Pas du tout 2 : Un peu 3 : Plutôt bien 4 : Très bien

Pour chaque item, indiquez s'il vous semble clair dans sa formulation et simple à coter.

OBSERVATIONS D'UN REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

	CLARTÉ des items de 1 à 4 1 : Très ambigu, 2 : ambigu, 3 : Plutôt clair, 4 : Très clair	SIMPLICITÉ des items de 1 à 4 1 : Très complexe, 2 : Complexe, 3 : Simple, 4 : Très simple
Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu un traitement contre le reflux gastro-œsophagien ?	1 2 3 4	1 2 3 4
ROT	1 2 3 4	1 2 3 4
MAUVAISE HALEINE	1 2 3 4	1 2 3 4
TOUX en position allongée	1 2 3 4	1 2 3 4
STRIDOR	1 2 3 4	1 2 3 4

OBSERVATIONS DES INDICES DE REJET DURANT L'ALIMENTATION

	CLARTÉ des items de 1 à 4 1 : Très ambigu, 2 : ambigu, 3 : Plutôt clair, 4 : Très clair	SIMPLICITÉ des items de 1 à 4 1 : Très complexe, 2 : Complexe, 3 : Simple, 4 : Très simple
Lors de la prise alimentaire vous observez :		
REFLEXE NAUSEEUX (haut-le-cœur)	1 2 3 4	1 2 3 4
VOMISSEMENT	1 2 3 4	1 2 3 4
GRIMACE	1 2 3 4	1 2 3 4
SIGNE DE DOULEUR/D'INCONFORT	1 2 3 4	1 2 3 4
PLEUR	1 2 3 4	1 2 3 4
TOUX	1 2 3 4	1 2 3 4
REFUS (tourne la tête)	1 2 3 4	1 2 3 4
LANGUE QUI REPOUSSE LA TETINE/CUILLER	1 2 3 4	1 2 3 4

OBSERVATIONS DU PASSAGE A LA DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE

	CLARTÉ des items de 1 à 4 1 : Très ambigu, 2 : ambigu, 3 : Plutôt clair, 4 : Très clair	SIMPLICITÉ des items de 1 à 4 1 : Très complexe, 2 : Complexe, 3 : Simple, 4 : Très simple
Votre enfant accepte-t-il la cuiller ?	1 2 3 4	1 2 3 4
A-t-il une préférence marquée pour les petits pots du commerce/les pots fait-maison ?	1 2 3 4	1 2 3 4
Ou		
Accepte-t-il les deux indifféremment ?		
Avez-vous déjà essayé de proposer des morceaux à votre enfant ?	1 2 3 4	1 2 3 4
Si oui, quel(s) type(s) de morceaux ?	1 2 3 4	1 2 3 4

OBSERVATIONS DES ASPECTS SENSORI-MOTEURS

	CLARTÉ des items de 1 à 4 1 : Très ambigu, 2 : ambigu, 3 : Plutôt clair, 4 : Très clair	SIMPLICITÉ des items de 1 à 4 1 : Très complexe, 2 : Complexe, 3 : Simple, 4 : Très simple
Votre enfant touche-t-il la nourriture avec ses doigts ?	1 2 3 4	1 2 3 4
Votre enfant est gêné (cris, pleurs, grimaces, refus...) pendant les soins du visage ?	1 2 3 4	1 2 3 4
Votre enfant est gêné (cris, pleurs, grimaces, refus...) pendant le shampoing ?	1 2 3 4	1 2 3 4
Votre enfant est gêné (cris, pleurs, grimaces, refus...) s'il est contact avec certaines textures (herbe, sable ou autre) ?	1 2 3 4	1 2 3 4
Votre enfant est gêné (cris, pleurs, grimaces, refus...) quand il a les mains sale ?	1 2 3 4	1 2 3 4

Votre enfant tient-il sa tête sans osciller ?	1	2	3	4	1	2	3	4
Votre enfant tient-il assis ?	1	2	3	4	1	2	3	4
Votre enfant tient-il des objets dans ses mains ?	1	2	3	4	1	2	3	4
Votre enfant a-t-il bénéficié ou bénéficie-t-il d'un suivi psychomoteur ?	1	2	3	4	1	2	3	4

OBSERVATIONS QUANTITATIVES ET QUALITATIVES DU DÉROULEMENT DE L'ALIMENTATION

Pendant la prise alimentaire

	CLARTÉ des items de 1 à 4 1 : Très ambigu, 2 : ambigu, 3 : Plutôt clair, 4 : Très clair				SIMPLICITÉ des items de 1 à 4 1 : Très complexe, 2 : Complexe, 3 : Simple, 4 : Très simple			
Celle-ci est-elle une source d'inquiétude pour vous ?	1	2	3	4	1	2	3	4
Celle-ci est-elle une source de déplaisir pour votre enfant ?	1	2	3	4	1	2	3	4
Celle-ci dure environ :	1	2	3	4	1	2	3	4
Quelle est la quantité ingérée par prise ?	1	2	3	4	1	2	3	4

VALIDITÉ DE CONTENU D'UN QUESTIONNAIRE PARENTAL DE DÉPISTAGE DES TOA CHEZ DES EX-PREMATURES A 8 MOIS D'ÂGE RÉEL

Pour chaque domaine puis chaque item, une évaluation de 1 à 4 vous sera demandée à propos de la PERTINENCE de l'item.

- 1 = NON PERTINENT**
- 2 = PEU PERTINENT**
- 3 = PLUTÔT PERTINENT**
- 4 = TRÈS PERTINENT**

I- PERTINENCE DES DOMAINES D'ÉVALUATION PRÉSENTS DANS LA GRILLE

Pour chacun des 5 domaines principaux retenus pour le dépistage des TOA, indiquez si sa présence vous semble pertinente.

OBSERVATIONS D'UN REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN	1	2	3	4
OBSERVATIONS DES INDICES DE REJET DURANT L'ALIMENTATION	1	2	3	4
OBSERVATIONS DU PASSAGE A LA DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE	1	2	3	4
OBSERVATIONS DES ASPECTS SENSORI-MOTEURS	1	2	3	4
OBSERVATIONS QUANTITATIVES ET QUALITATIVES DU DÉROULEMENT DE L'ALIMENTATION	1	2	3	4

S'il y a d'autres domaines qui vous sembleraient indispensables à faire figurer dans la grille d'observation mais qui n'y sont pas, vous pouvez les lister ici :

II- PERTINENCE DES ITEMS PRÉSENTS DANS LA GRILLE

Pour chaque item de dépistage, indiquez si sa présence dans la grille vous semble pertinente.

OBSERVATIONS D'UN REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

Votre enfant a-t-il eu un traitement contre le reflux gastro-œsophagien ?	1	2	3	4
ROT	1	2	3	4
MAUVAISE HALEINE	1	2	3	4
TOUX en position allongée	1	2	3	4
ETERNUEMENT	1	2	3	4
STRIDOR	1	2	3	4

OBSERVATIONS DES INDICES DE REJET DURANT L'ALIMENTATION

REFLEXE NAUSEEUX (haut-le-cœur)	1	2	3	4
VOMISSEMENT	1	2	3	4
REGURGITATION	1	2	3	4
GRIMACE	1	2	3	4
SIGNE DE DOULEUR/D'INCONFORT	1	2	3	4
PLEUR	1	2	3	4
TOUX	1	2	3	4
REFUS (tourne la tête)	1	2	3	4
LANGUE QUI REPOUSSE LA TÊTE/CUILLER	1	2	3	4

OBSERVATIONS DU PASSAGE A LA DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE

<p> Votre enfant accepte-t-il la cuiller ? A-t-il une préférence marquée pour les petits pots du commerce/les pots fait-maison ? Ou Accepte-t-il les deux indifféremment ? Avez-vous déjà essayé de proposer des morceaux à votre enfant ? Si oui, quel(s) type(s) de morceaux ? </p>	<p>1 2 3 4</p> <p>1 2 3 4</p> <p>1 2 3 4</p> <p>1 2 3 4</p>
--	---

OBSERVATIONS DES ASPECTS SENSORI-MOTEURS

<p> Votre enfant touche-t-il la nourriture avec ses doigts ? Votre enfant est gêné (cris, pleurs, grimaces, refus...) pendant les soins du visage ? Votre enfant est gêné (cris, pleurs, grimaces, refus...) pendant le shampoing ? Votre enfant est gêné (cris, pleurs, grimaces, refus...) s'il est contact avec certaines textures (herbe, sable ou autre) ? Votre enfant est gêné (cris, pleurs, grimaces, refus...) quand il a les mains sales ? Votre enfant tient-il sa tête sans osciller ? Votre enfant tient-il assis ? Votre enfant tient-il des objets dans ses mains ? Votre enfant a-t-il bénéficié ou bénéficie-t-il d'un suivi psychomoteur ? </p>	<p>1 2 3 4</p>
--	---

OBSERVATIONS QUANTITATIVES ET QUALITATIVES DU DÉROULEMENT DE L'ALIMENTATION

Pendant la prise alimentaire

Celle-ci est-elle une source d'inquiétude pour vous ?	1	2	3	4
Celle-ci est-elle une source de déplaisir pour votre enfant ?	1	2	3	4
Celle-ci dure environ :	1	2	3	4
Quelle est la quantité ingérée par prise ?	1	2	3	4

Annexe 8 : Compte-rendu de bilan orthophonique de J.

D'AMORE Rébecca – 2020-2021

OBSERVATION DU DEVELOPPEMENT DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE CHEZ UN BEBE DE – 18 MOIS

Date du jour : 23/11/2020

NOM : / Prénom : J.

Date de naissance : 09/12/2019 Âge : 11 mois 15 jours

Frères et sœurs : 1 grande sœur de 5 ans et demi

Avez-vous noté une progression depuis le questionnaire ?

BEAUCOUP UN PEU PAS DU TOUT JE NE SAIS PAS

Commentaires : [Plainte actuelle](#) : la maman remarque que J. ne mange pas tout à fait comme sa sœur au même âge, est plus sélective (notamment sur les morceaux de fruits).

Questionnaire alimentaire rempli le 18/08/2020

SPHÈRE ORGANIQUE			
PERI NATALITÉ	Grossesse	Grossesse sans particularités	
	Accouchement	Naissance à 36+5 SA – poids : 2290g	
PASSAGE EN NEONAT		Déroulement : Souffrance fœtale ? Non .	
		AVB ? Césarienne ? Travail spontané	
		Forceps ? autres ?	
	APGAR	8 et 8	
	NE	SNG	GPE Autre : RAS. Combien de temps ? SNG pendant 1 semaine.
	Pathologies connues	RAS	
	ATCD méd.	RAS	
	RGO	O	N TRAITEMENTS : Prise de Gaviscon depuis 15 jours : moins de régurgitations et moins de difficultés à la prise des biberons.
	Allergies	O	N
	PLV		
	Traitements méd.	O	N
	Suivis (para)médicaux	O	N A fait quelques séances de psychomotricité (hypertonie des membres supérieurs, travail sur les réflexes archaïques et massages du corps). Conseil d'un bilan kiné par la psychomotricienne.
ATCD familiaux TCA dans la famille ?	Père a eu un suivi orthophonique (difficultés en lecture/écriture sans diagnostic précis). Onde (maternel) a eu suivi orthophonique (multi-dys).		
ORALITÉ PRIMAIRE			
Déroulement	Biberon ?	Allaitement ?	
	Durée ? Très rapide lorsque J. est disposée pour le boire. Il arrive (assez rarement) qu'elle ne le prenne pas, ce qui est certainement en lien avec les douleurs du RGO.		
	Quantités ? RAS. Courbe de poids tout à fait dans la norme de son âge.		

	<p>Qui lui donnait ? Et quand ça changeait ? RAS quant au changement de contexte.</p>		
C'était...	<p>Difficile ? Plaisant la plupart du temps ? Angoissant ? Long ? Mais aujourd'hui, les biberons sont mieux pris, depuis qu'il y a la prise de Gaviscon.</p>		
ORALITÉ SECONDAIRE			
Déroulement	<p>Age de la diversification ? 4 mois Que mange-t-il actuellement ? Aujourd'hui, la diversification se déroule plutôt bien dans l'ensemble : elle mange correctement les purées, compotes, yaourts (textures lisses). Elle mange aussi très bien le pain, le fromage, des biscuits tels que des boudoirs. Mais, J. a des difficultés avec les fruits fondants, qu'elle refuse de toucher. Elle les recrache lorsqu'ils sont pris seuls mais peut les manger quand ils sont mélangés à un yaourt. Même schéma pour les légumes en morceaux qui ne sont pas acceptés seuls mais tolérés quand mélangés aux purées.</p>		
C'est...	<p>Difficile ? Plaisant ? Angoissant ? Long ? La maman confie être un peu inquiète que J. refuse certains aliments.</p>		
SPHÈRE ENVIRONNEMENTALE			
Étayage	<p>Qui lui donne ? Et que fait-il quand ça change ? RAS lors du changement de personne (parents, grand-mère...).</p> <p>Que faites-vous quand il refuse ? Lorsqu'elle ne veut plus manger, sa maman met en place des comportements d'adaptation : essaie de le faire rire, théâtralise, joue...ce que j'ai encouragé à continuer de faire tout en ne forçant pas pour ne pas bloquer J.</p>		
Environnement	<p>Où mange-t-il ? A table.</p> <p>Avec qui ? Avec ses parents et sa sœur qui mangent en même temps. J'ai précisé que c'était très intéressant que J. voie sa famille manger en même temps qu'elle car elle rentre dans les processus d'imitation à son âge.</p>		
Installation	<p>Outils Cuiller très large : j'ai donc conseillé à la maman une cuiller moins large, adaptée à la taille de la bouche de J.</p> <p>Dans quoi est-il installé ? Chaise « Trip-trap » : installation optimale</p>		
SPHÈRE MOTRICE ET PRAXIQUE			
Globale	Développement moteur :		
Fine	<ul style="list-style-type: none"> - tient assise depuis ses 7 mois et s'assoie seule depuis ses 9 mois - peut tenir debout avec appui - se déplace à 4 pattes <p>RAS motricité fine : acquisition de la pince pouce/index, bonne coordination bi-manuelle</p>		
Oro-faciale	Langue	Mobilité RAS	Frein RAS
		Tonicité RAS	Aspect RAS
	Lèvres	Frein supérieur RAS	Frein inférieur RAS
		Mobilité RAS	Tonicité : bavage ? Normal.

	Praxies labiales	trop jeune	Mouillées ? Oui
Joues	Praxies jugales	trop jeune	
Palais	Forme : ogival ?	Normal au toucher et à la vue.	
Voile	Mobilité	Non vérifiée	
Dents	Combien ?	2 incisives en bas, 4 incisives en haut, en bon état	
Vérifier les amygdales Non visibles à l'œil Prognathie ? Rétrognathie ? Mâchoires : RAS			
Aspect fonctionnel	Respiration diurne	Buccale ? Nasale ?	
	Respiration nocturne	Ronfle ? Oui	Transpiration ? Oui
		RGO !!!	Drap mouillé ? Oui
	Déglutition	Vidange complète ? Oui	
	Souffle	Bulles Trop jeune	
		Plume	
Mouvements masticatoires	ChewyTube	Le porte à la bouche sans problème, le croque avec les incisives et le mastique avec les gencives.	
<i>S'il a des dents !!!</i>	Aliments (solides, nécessitant une mastication)	Test avec des boudoirs ramenés par la famille : mouvements masticatoires corrects, mastication des 2 côtés, vidange complète. RAS !	
SPHÈRE SENSORIELLE			
Somesthésie globale + visage	Lavage de cheveux ?	C'est mieux que depuis cet été.	
	Pieds nus ?	Préfère être pieds-nu, n'aime pas trop mettre ses chaussons. Accepte bien les chaussures désormais.	
	Textures détestées ?	N'aime pas toucher les légumes et les fruits coupés. Déteste avoir un bonnet sur la tête.	
	Serviette de douche ?	RAS	
	Soins visage ?	RAS	
	Le tour de la maison	RAS – tolère très bien ce jour <i>La maman décrit J. comme un enfant « pas câline » : elle n'aime pas toujours lorsqu'on la serre dans les bras, notamment avec sa sœur ou ses parents. (sens proprioceptif)</i>	
Somesthésie endo-buccale	Doigts dans la bouche lors de l'exploration	Pas d'hypernauséux, mais demeure gênée : J. fait des grimaces, gémit un peu.	
		<i>Je remarque tout de même qu'il y a une dissociation : lorsque c'est elle qui s'auto-stimule en bouche, elle insère son poing = recherche d'hyperstimulations dans ce cas-là.</i>	
	Massages Senez	Lorsque je lui fais, J. pleure. Je montre à la maman qui lui refait : J. est moins gênée qu'avec moi et accepte plus facilement.	
Sens vibratoire	Z-vibe	RAS : l'attrape et le met en bouche sans problème.	

Sens vestibulaire	Aime faire l'avion ? Dépendant de sa fatigue selon la maman. Aujourd'hui, elle a accepté de le faire.
	Balancelle / balançoire ? RAS, adore.
Nociception	Sensible à la douleur ? RAS
Thermoception ?	Mange chaud ? froid ? Déteste et ne mange pas lorsque c'est trop froid (à la sortie du frigidaire). Le cas échéant, la maman réchauffe donc les compotes pour qu'elles soient tièdes.

NOTES :

Audition : PEA en néonatalogie révèlent audition normale.

Vue : vue normale mais un œil davantage fermé car conduit lacrymal bouché → prise en charge.

Langue parlée au domicile : français.

Elle est gardée par ses parents et va en crèche 3x/semaine : bon comportement avec les adultes et les pairs.

Sommeil : réveils nocturnes assez fréquents.

Sur le plan langagier :

- Compétences sociales

J. a un bon élan à l'interaction.

Elle sait repérer la source sonore.

Le sourire-réponse est présent.

Le regard est tout à fait correct : bonne accroche, et bonne poursuite visuelle avec le jouet lumineux et les bulles.

L'imitation motrice est possible.

La permanence de l'objet, n'est pas tout à fait en place lorsqu'on teste aujourd'hui. La maman nous rapporte que, chez elle, elle cherche le jouet lorsque quelqu'un le cache.

De même pour la réponse au prénom et les demandes qui sont encore en cours de développement aujourd'hui.

Les gestes conventionnels sont présents (coucou, bravo) à la maison, mais pas lors du rendez-vous.

- Jeux

Jeu sensoriel observable : porte tout à la bouche, touche les jouets qui sont à sa disposition.

Aime la musique, danser...

Chez elle, J. joue au boulier, peut regarder des petits livres, joue avec un marteau pour taper ou avec des petits jouets sonores/qui roulent par exemple : ébauche de jeu fonctionnel.

- Compréhension

Elle comprend lorsqu'on lui dit « non ».

Elle regarde les objets indiqués.

La compréhension sur consigne simple en contexte est possible « donne », « viens », ce jour.

- Production

J. vocalise, rit, émet des cris, des gazouillis et du babillage canonique, diversifié « mamamama ».

CONCLUSIONS GENERALES

La contrainte sensorielle est à ce jour objectivée.

En effet, en écoutant la plainte parentale et en observant J. je retrouve des particularités sensorielles :

- Dissociation entre hypersensibilité somesthésique intra-buccale lorsque j'explore sa bouche et hyposensibilité lorsqu'elle s'auto-stimule la bouche
- Hypersensibilité somesthésique globale : textures évitées au toucher, difficultés avec le port du bonnet
- Hypersensibilité thermoceptive : déteste le froid
- Difficultés proprioceptives

Tout de même, lors des essais alimentaires (boudoirs, yaourt personnel et compote de l'hôpital qu'elle n'a pas l'habitude manger), je retrouve, à ce jour :

- aucun réflexe hypernauséux,
- une vidange complète,
- une possibilité de se dégager par la toux,
- et des mouvements masticatoires corrects.

Ainsi, l'accompagnement parental dans un premier temps me paraît être une option judicieuse puisque J. n'est pas dans un refus catégorique de manger : elle s'alimente et prend du poids. La prise en charge en présentiel ne me paraît pas justifiée car les conseils de guidance à mettre en place quotidiennement pourront l'aider.

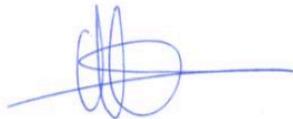
Je referai un point au téléphone dans quelques semaines pour jauger l'avancée au niveau alimentaire.

J'ai conseillé à la maman de consulter à nouveau si les difficultés persistaient et inquiétaient au niveau de l'alimentation solide.

Guidance parentale :

- Conseils sur l'alimentation :
 - Proposer de la découverte sensorielle associée à des activités quotidiennes de cuisine : les épluchures, les légumes crus, cuits ou en purée pour que J. puisse l'explorer avec ses mains : « patouille » dans les aliments.
 - Proposer de la découverte sensorielle associée à des activités ludiques : exploration sensorielle dans des bacs (pâtes, semoules, riz etc. crus) et cacher des objets à l'intérieur
 - Proposition de peinture au doigts, de jouer avec de la pâte à modeler : test de différentes textures
 - Massages de Senez : A FAIRE PLURI- QUOTIDIENNEMENT (5 fois par jour). Le modèle a été montré à la maman et les schémas récapitulatifs ont été envoyés par mail.
- Possibilité d'accompagner cette routine par une comptine pour faciliter l'accès à la bouche et rendre ce moment moins désagréable pour J.

Marie TERRIER, orthophoniste



Rébecca D'AMORE, étudiante orthophoniste

R. D'AMORE

Annexe 9 : Compte-rendu de bilan orthophonique de M.

D'AMORE Rébecca – 2020-2021

OBSERVATION DU DEVELOPPEMENT DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE CHEZ UN BEBE DE – 18 MOIS

Date du jour : 19/10/2020

NOM : / Prénom : M.

Date de naissance : 23/09/2019 Âge : 12 mois 26 jours

Frères et sœurs : enfant unique

Avez-vous noté une progression depuis le questionnaire ?
Commentaires :

BEAUCOUP UN PEU PAS DU TOUT JE NE SAIS PAS

Questionnaire alimentaire rempli le 15/06/2020

SPHÈRE ORGANIQUE			
PERI NATALITÉ	Grossesse	Grossesse sans particularités	
	Accouchement	Naissance à 26+4 SA – poids : 1140g	
PASSAGE EN NEONAT		Dérroulement : Souffrance fœtale ? Non.	
		AVB ? Césarienne ? Travail spontané	
		Forceps ? autres ?	
	APGAR		
	NE	SNG	GPE Autre : RAS. Combien de temps ? Maman ne sait plus dire exactement. Présence de SOOF pendant la présence de la NE.
	Pathologies connues	RAS	
	ATCD méd.	RAS	
	RGO	O	N TRAITEMENTS : pas de traitement médicamenteux → seulement prise de lait A/R
	Allergies	O	N
	PLV		
	Traitements méd.	O	N
	Suivis (para)médicaux	O	N A eu kinésithérapie ponctuelle.
ATCD familiaux	Tante dyslexique		
<i>TCA dans la famille ?</i>			
ORALITÉ PRIMAIRE			
Dérroulement	Biberon ?	Allaitement ? Très difficile donc arrêté rapidement	
	Durée ? Aujourd'hui rapide : 10-15 min pour 180 mL.		
	Quantités ? RAS.		
	Qui lui donnait ?		
	Et quand ça changeait ?		
	RAS quant au changement de contexte.		

C'était...	Difficile ? Plaisant ?angoissant ? Long ? Mais aujourd'hui, les biberons sont mieux pris, depuis qu'il y a eu la mise en place de la diversification alimentaire.																		
ORALITÉ SECONDAIRE																			
Déroulement	Age de la diversification ? 6 mois Que mange-t-il actuellement ? Aujourd'hui, la maman s'inquiète en termes de quantité pour l'alimentation solide car trouve qu'il mange peu ; mange des purées lisses mais aussi purées avec quelques morceaux, des compotes, des biscuits fondants (boudoirs...). Elle rapporte également que M. n'aime pas toucher les légumes types courgette ou butternut avec ses doigts : il peut avoir un réflexe <u>hypernauséeux</u> dans ce cas. Mais, il peut toucher la purée, la compote, du fromage sans souci. Actuellement, les biberons sont très bien pris (180 mL en 10-15 min sans contrainte sensorielle et sans reflux).																		
C'est...	Difficile ? Plaisant ?angoissant ? Long ?																		
SPHÈRE ENVIRONNEMENTALE																			
Étayage	Qui lui donne ? Et que fait-il quand ça change ? Il peut manger davantage lorsque c'est sa tante qui lui donne. Que faites-vous quand il refuse ? Lorsqu'il ne veut plus manger, sa maman met en place des comportements d'adaptation : essaie de le faire rire, théâtralise, joue...ce que j'ai encouragé à continuer de faire.																		
Environnement	Où mange-t-il ? Cuisine, à table Avec qui ? Avec ses parents																		
Installation	Outils RAS (on lui donne à manger mais M. veut avoir sa propre cuiller, est désireux de faire seul) Dans quoi est-il installé ? Chaise haute ou assis dans le canapé pour le goûter : position semi-allongée sans appui pour les pieds → conseils donnés à la maman pour optimiser l'installation																		
SPHÈRE MOTRICE ET PRAXIQUE																			
Globale	Développement moteur :																		
Fine	<ul style="list-style-type: none"> - a su se retourner à 6 mois - tient assis depuis ses 9 mois (ne se met pas assis seul) - peut tenir debout avec appui - se déplace à 4 pattes RAS motricité fine																		
Oro-faciale	<table border="0"> <tr> <td>Langue</td> <td>Mobilité RAS</td> <td>Frein RAS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tonicité RAS</td> <td>Aspect RAS</td> </tr> <tr> <td>Lèvres</td> <td>Frein supérieur RAS</td> <td>Frein inférieur RAS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Mobilité RAS</td> <td>Tonicité : beverage ? RAS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Praxies labiales trop jeune</td> <td>Mouillées ? Non</td> </tr> <tr> <td>Joues</td> <td>Praxies jugales trop jeune</td> <td></td> </tr> </table>	Langue	Mobilité RAS	Frein RAS		Tonicité RAS	Aspect RAS	Lèvres	Frein supérieur RAS	Frein inférieur RAS		Mobilité RAS	Tonicité : beverage ? RAS		Praxies labiales trop jeune	Mouillées ? Non	Joues	Praxies jugales trop jeune	
Langue	Mobilité RAS	Frein RAS																	
	Tonicité RAS	Aspect RAS																	
Lèvres	Frein supérieur RAS	Frein inférieur RAS																	
	Mobilité RAS	Tonicité : beverage ? RAS																	
	Praxies labiales trop jeune	Mouillées ? Non																	
Joues	Praxies jugales trop jeune																		

	Palais	Forme : égale ? D'apparence normal, je n'ai pu le toucher car M. bougeait beaucoup
	Voile	Mobilité Non vérifiée
	Dents	Combien ? 2 incisives en bas et 2 incisives en haut, en bon état
	Vérifier les amygdales Non visibles à l'œil	
	Prognathie ? Rétrognathie ? Mâchoires : RAS	
Aspect fonctionnel	Respiration diurne	Buccale ? Visage allongé, cerné. Nasale ?
	Respiration nocturne RGO !!!	Ronfle ? Non Draps mouillés ? Non
	Déglutition	Vidange complète ? Oui
	Souffle	Bulles Plume Trop jeune
	Mouvements masticatoires S'il a des dents !!!	ChewyTube Le porte à la bouche sans problème, le croque avec les incisives et le mastique avec les gencives. Aliments (solides, nécessitant une mastication) Non testés ce jour
	SPHÈRE SENSORIELLE	
Somesthésie globale + visage	Lavage de cheveux ? RAS	
	Pieds nus ? RAS	
	Textures détestées ? N'aime pas toucher les légumes type courgette ou butternut avec ses mains.	
	Serviette de douche ? RAS	
	Soins visage ? RAS	
Le tour de la maison RAS – tolère très bien, rigole		
Somesthésie endo-buccale	Doigts dans la bouche lors de l'exploration Pas d'hypernauséux, n'est pas gêné ce jour.	
	Massages Senez RAS – n'est pas gêné	
Sens vibratoire	Z-vibe N'a pas pu être testé ce jour.	
Sens vestibulaire	Aime faire l'avion ? Oui	
	Balancelle / balançoire ? RAS	
Nociception	Sensible à la douleur ? « Pas spécialement »	
Thermoception ?	Mange chaud ?	froid ? RAS pas de préférence, peut manger chaud ou froid

NOTES :

Audition : PEA en néonatalogie révèlent audition normale.

Vue : examens ophtalmologiques récents révèlent une vue normale.

Langues parlées au domicile : français et arabe.

Sur le plan langagier :

- Compétences sociales

M. est attiré par l'autre (adultes comme enfant). Il a un bon élan à l'interaction.

Il sait repérer la source sonore et adore les jouets musicaux.

Le sourire-réponse est présent.

Le regard est tout à fait correct : bonne accroche, il est très intéressé par tous les objets et toutes les personnes. M. est très curieux.

L'attention conjointe est efficiente.

L'imitation motrice est possible. L'imitation verbale n'est pas présente.

La permanence de l'objet, tout comme le pointage proto-impératif, la demande et le choix ne sont pas tout à fait en place lorsqu'on teste aujourd'hui. La maman nous rapporte que, chez lui, il cherche le jouet lorsque quelqu'un le cache et peut faire un choix avec le contact visuel.

Les gestes conventionnels ne sont pas présents (coucou, bravo) lors du rendez-vous.

- Jeux

Jeu sensoriel +++ observable : porte tout à la bouche, touche et manipule tous les jouets.

Ébauche de jeu fonctionnel chez lui, non observable ce jour : adore les petites voitures et les jeux sonores, mais se lasse assez vite des jouets d'après la maman.

- Compréhension

Il comprend lorsqu'on lui dit « non » et lorsqu'on lui demande « où est maman ? ».

Il regarde les objets indiqués facilement.

La compréhension sur consigne simple en contexte est difficile « donne », « viens » ce jour.

- Production

M. vocalise, rit, émet des cris et des gazouillis.

Présence de babillage canonique mais pas de mots ce jour.

CONCLUSIONS GENERALES

Je ne relève pas ce jour de contrainte sensori-motrice et donc pas de trouble de l'oralité alimentaire.
Les conclusions du bilan ne justifient donc pas une prise en charge. L'accompagnement parental dans un premier temps me paraît être une option judicieuse puisque la plainte est belle et bien présente.

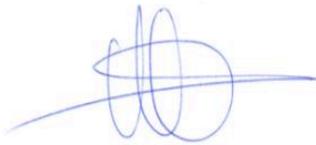
Guidance parentale :

- Conseils sur l'alimentation :
 - Proposer de la découverte sensorielle associée à des activités quotidiennes de cuisine : les épluchures, les légumes crus, cuits ou en purée pour que M. puisse l'explorer avec ses mains : « patouille » dans les aliments.
 - Proposer de la découverte sensorielle associée à des activités ludiques : exploration sensorielle dans des bacs (pâtes, semoules, riz etc. crus) et cacher des objets à l'intérieur
 - Massages de Senez : 5 à 7 fois par jour (modèle montré à la maman)

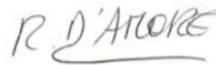
- Conseils sur le développement communicatif et langagier :
 - Verbaliser ++ les actes quotidiens
 - Reformuler les productions de M., y mettre du sens
 - Parler bien en face de M. afin qu'il voie les schèmes moteurs de la parole, avec un Langage Adressé à l'Enfant (prosodie adapté, lexique simple)
 - Livres à structures répétitives pour favoriser l'attention conjointe
 - Favorisation de la multimodalité : bébé signes (quelques signes ont été donnés à la maman)
 - Comptines gestuées
 - MOUCHAGE dans le cadre d'une respiration buccale diurne et nocturne

Je laisse la possibilité de me recontacter en cas d'interrogations pour conseiller la maman.

Marie TERRIER, orthophoniste



Rébecca D'AMORE, étudiante orthophoniste



Annexe 10 : Compte-rendu de bilan orthophonique de R.

D'AMORE Rébecca – 2020-2021

OBSERVATION DU DEVELOPPEMENT DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE CHEZ UN BEBE DE – 18 MOIS

Date du jour : 09/11/2020

NOM : / Prénom : R.

Date de naissance : 01/01/2020 Âge : 10 mois 8 jours

Frères et sœurs : 1 sœur jumelle

Avez-vous noté une progression depuis le questionnaire ?

BEAUCOUP UN PEU PAS DU TOUT JE NE SAIS PAS

Commentaires :

Questionnaire alimentaire rempli le 03/09/2020

SPHÈRE ORGANIQUE			
PERI NATALITÉ	Grossesse	32 SA	
	Accouchement	1690g	
PASSAGE EN NEONAT	Déroulement :	Souffrance fœtale ? Non.	
		AVB ? Césarienne ?	
		Forceps ? autres ?	
APGAR	7 puis 9		
NE	SNG	GPE	Autre : RAS. Combien de temps ? 2 semaines.
Pathologies connues	Œsophagite		
ATCD méd.	RAS.		
RGO	O	N	TRAITEMENTS : a eu du Gaviscon pendant plusieurs mois. En prend toujours lorsque crise de douleurs ou refus de s'alimenter. N'en a pas eu depuis septembre 2020. A eu IPP (Inexium) pendant quelques jours.
Allergies	O	N	
PLV			
Traitements méd.	O	N	
Suivis (para)médicaux	O	N	A eu suivi ostéopathique ponctuel.
ATCD familiaux TCA dans la famille ?	Père hyperactif ; tante maternelle a eu suivi orthophonique ; grand-mère maternelle illettrée		
ORALITÉ PRIMAIRE			
Déroulement	Biberon ?		Allaitement ?
	Durée ? quand pas de douleur liée au RGO : 10 minutes, sinon c'était très long (> 1h) Quantités ? Fluctuantes en fonction des douleurs également.		

	<p>Qui lui donnait ? Et quand ça changeait ? RAS quant au changement contexte.</p>																								
C'était...	<p>Difficile ? Plaisant ?angoissant ? Long ?</p>																								
ORALITÉ SECONDAIRE																									
Déroulement	<p>Age de la diversification ? 4 mois et demi/5 mois Que mange-t-il actuellement ? Biberon le matin avec yaourt si besoin de compléter et biberon la nuit Purée avec morceaux fondants/compote/yaourt...</p>																								
C'est...	<p>Difficile ? Plaisant ?angoissant ? Long ?</p>																								
SPHÈRE ENVIRONNEMENTALE																									
Étayage	<p>Qui lui donne ? Et que fait-il quand ça change ? Peu importe qui lui donne (parents, tante, nourrice...), aucun effet sur le comportement.</p> <p>Que faites-vous quand il refuse ? Refuse très peu, est décrite comme « gourmande » et « qui mange beaucoup ».</p>																								
Environnement	<p>Où mange-t-il ? Cuisine</p> <p>Avec qui ? En famille, avec sa sœur jumelle, ses parents...</p>																								
Installation	<p>Outils RAS (ne mange pas encore seule avec la cuiller mais peut la tenir)</p> <p>Dans quoi est-il installé ? Chaise haute (pieds sans appuis, tablette au-dessus des coudes, jambes non perpendiculaires au tronc, plutôt position semi-allongée) → conseils donnés pour qu'elle soit mieux installée</p>																								
SPHÈRE MOTRICE ET PRAXIQUE																									
Globale	RAS :																								
Fine	<p>Bonne coordination bi-manuelle Retournements, tenue et mise en position assise, quadrupédie : acquis Essaie de se mettre debout</p>																								
Oro-faciale	<table border="0"> <tr> <td>Langue</td> <td>Mobilité RAS</td> <td>Frein RAS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tonicité RAS</td> <td>Aspect RAS</td> </tr> <tr> <td>Lèvres</td> <td>Frein supérieur RAS</td> <td>Frein inférieur RAS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Mobilité RAS</td> <td>Tonicité : bavage ? Bavage +</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Praxies labiales trop jeune</td> <td>Mouillées ? Oui</td> </tr> <tr> <td>Joues</td> <td>Praxies jugales trop jeune</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Palais</td> <td>Forme : ogival ? RAS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Voile</td> <td>Mobilité Non vérifiée</td> <td></td> </tr> </table>	Langue	Mobilité RAS	Frein RAS		Tonicité RAS	Aspect RAS	Lèvres	Frein supérieur RAS	Frein inférieur RAS		Mobilité RAS	Tonicité : bavage ? Bavage +		Praxies labiales trop jeune	Mouillées ? Oui	Joues	Praxies jugales trop jeune		Palais	Forme : ogival ? RAS		Voile	Mobilité Non vérifiée	
Langue	Mobilité RAS	Frein RAS																							
	Tonicité RAS	Aspect RAS																							
Lèvres	Frein supérieur RAS	Frein inférieur RAS																							
	Mobilité RAS	Tonicité : bavage ? Bavage +																							
	Praxies labiales trop jeune	Mouillées ? Oui																							
Joues	Praxies jugales trop jeune																								
Palais	Forme : ogival ? RAS																								
Voile	Mobilité Non vérifiée																								

	Dents	Combien ? 2 incisives en bas, en bon état
	Vérifier les amygdales	Non visibles à l'œil
	Prognathie ? Rétrognathie ?	Mâchoires : RAS
Aspect fonctionnel	Respiration diurne	Buccale ? MIXTE Nasale ?
	Respiration nocturne <i>RGO !!!</i>	Ronfle ? Oui Transpiration ? Non Drap mouillé ? Oui, beaucoup
	Déglutition	Vidange complète ? Oui
	Souffle	Bulles Trop jeune Plume
	Mouvements masticatoires <i>S'il a des dents !!!</i>	ChewyTube Le porte à la bouche sans problème, le croque avec les incisives et le mastique avec les gencives. Aliments (solides, nécessitant mastication) Non testés ce jour
	SPHÈRE SENSORIELLE	
Somesthésie globale + visage	Lavage de cheveux ?	RAS – adore l'eau
	Pieds nus ?	RAS
	Textures détestées ?	RAS
	Serviette de douche ?	RAS
	Soins visage ?	Est gênée, pleure.
	Le tour de la maison	RAS
Somesthésie endo-buccale	Doigts dans la bouche lors de l'exploration	Pas d'hypernauséux, n'est pas gênée.
	Massages Senez	RAS
Sens vibratoire	Z-vibe	Le prend dans sa main. Hésite légèrement à le mettre dans la bouche mais finalement le fait sans être gênée (pas d'hypernauséux).
Sens vestibulaire	Aime faire l'avion ?	Oui
	Balancelle / balançoire ?	RAS
Nociception	Sensible à la douleur ?	Oui, pleure quand se fait mal
Thermoception ?	Mange chaud ? froid ?	RAS pas de préférence, peut manger chaud ou froid

NOTES :

R. est une enfant sociable, souriante, qui vient vers moi ne me connaissant pas, qui accepte volontiers ce que je lui propose. R. joue préférentiellement avec des jeux sonores. Elle porte les objets et jeux à la bouche. La coordination bi-manuelle et le passage des objets d'une main à l'autre est acquis.

Par ailleurs elle sait se retourner, tient et sait se mettre assise, et a acquis la quadrupédie. Elle commence à se mettre debout.

Au niveau de la communication, elle a de bonnes compétences : elle reconnaît les personnes qui lui sont familières, a une bonne poursuite visuelle. Le babillage canonique est présent et diversifié. R. a 3 mots dans son lexique actif « papa », « maman », « tata ». Elle répond à l'appel de son prénom. Le développement communicatif et langagier est tout à fait correct.

Le sommeil est sans particularité, elle n'a pas de mal à s'endormir le soir mais réclame encore un biberon la nuit. L'endormissement pour la sieste est plus difficile.

CONCLUSIONS GENERALES

R. ne nécessite pas de prise en charge orthophonique : l'essai alimentaire à la compote ne met pas de particularité sensorimotrice ou anatomique en avant. La présence du RGO douloureux par moments peut contraindre R. dans son alimentation : je conseille donc à la maman d'en parler au pédiatre (éventuel traitement qu'il jugera nécessaire ou non).

Des conseils sont prodigués face à la plainte présente : « patouille » dans des textures ou avec les aliments, laisser manger avec les mains...afin que R. puisse appréhender les aspects sensori-moteurs des aliments par elle-même.

Préconisation de recontacter un(e) orthophoniste si le passage aux morceaux pose problème.

De même pour la communication et le langage, la guidance parentale s'est axée sur : lecture partagée, jeux, prosodie adaptée, pointage et oralisation simultanément...

Marie TERRIER, orthophoniste



Rébecca D'AMORE, étudiante orthophoniste

R. D'AMORE

Annexe 11 : Compte-rendu de bilan orthophonique de H.

D'AMORE Rébecca – 2020-2021

OBSERVATION DU DEVELOPPEMENT DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE CHEZ UN BEBE DE – 18 MOIS

Date du jour : 09/11/2020

NOM : / Prénom : H.

Date de naissance : 01/01/2020 Âge : 10 mois 8 jours

Frères et sœurs : 1 sœur jumelle

Avez-vous noté une progression depuis le questionnaire ?

BEAUCOUP UN PEU PAS DU TOUT JE NE SAIS PAS

Commentaires :

Questionnaire alimentaire rempli le 03/09/2020

SPHÈRE ORGANIQUE			
PERI NATALITÉ	Grossesse	32 SA	
	Accouchement	1530g	
PASSAGE EN NEONAT	Déroulement :		
	Souffrance fœtale ?	Non.	
	AVB ? Césarienne ?		
	Forceps ? autres ?		
APGAR	5 puis 8		
NE	SNG	GPE	Autre : RAS. Combien de temps ? 2 semaines et demie.
Pathologies connues	Œsophagite		
ATCD méd.	RAS.		
RGO	O	N	TRAITEMENTS : a eu du Gaviscon pendant plusieurs mois. Arrêt total à ce jour.
Allergies	O	N	
PLV			
Traitements méd. Suivis (para)médicaux	O	N	A eu suivi ostéopathique ponctuel.
ATCD familiaux TCA dans la famille ?	Père hyperactif ; tante maternelle a eu suivi orthophonique ; grand-mère maternelle illettrée		
ORALITÉ PRIMAIRE			
Déroulement	Biberon ?	Allaitement ?	
	Durée ? quand pas de douleur liée au RGO : 10 minutes, sinon c'était très long (> 1h) Quantités ? Fluctuantes en fonction des douleurs également.		
	Qui lui donnait ? Et quand ça changeait ? RAS quant au changement contexte.		

C'était...	Difficile ?	Plaisant ?	Angoissant ?	Long ?
ORALITÉ SECONDAIRE				
Déroulement	Age de la diversification ? 4 mois et demi/5 mois Que mange-t-il actuellement ? Biberon le matin avec yaourt si besoin de compléter et biberon la nuit Purée avec morceaux fondants/compote/yaourt...			
C'est...	Difficile ?	Plaisant ?	Angoissant ?	Long ?
SPHÈRE ENVIRONNEMENTALE				
Étayage	Qui lui donne ? Et que fait-il quand ça change ? Peu importe qui lui donne (parents, tante, nourrice...), aucun effet sur le comportement. Que faites-vous quand il refuse ? Refuse très peu. Quand refuse : arrêt et donne du Gaviscon, ce qui fonctionne très bien car mange aux repas d'après.			
Environnement	Où mange-t-il ? Cuisine Avec qui ? En famille, avec sa sœur jumelle, ses parents...			
Installation	Outils RAS (ne mange pas encore seule avec la cuiller mais peut la tenir) Dans quoi est-il installé ? Chaise haute (pieds sans appuis, tablette au-dessus des coudes, jambes non perpendiculaires au tronc, plutôt position semi-allongée) → conseils donnés pour qu'elle soit mieux installée			
SPHÈRE MOTRICE ET PRAXIQUE				
Globale	RAS :			
Fine	Bonne coordination bi-manuelle Retournements, tenue et mise en position assise, quadrupédie : acquis Décrite comme étant « un peu maladroite »			
Oro-faciale	Langue	Mobilité	RAS	Frein RAS
		Tonicité	RAS	Aspect RAS
	Lèvres	Frein supérieur	RAS	Frein inférieur RAS
		Mobilité	RAS	Tonicité : bavage ? Bavage +
	Joues	Praxies labiales	trop jeune	Mouillées ? Oui
		Praxies jugales	trop jeune	
	Palais	Forme : égale ?	RAS	
	Voile	Mobilité	Non vérifiée	
Dents	Combien ?	2 incisives en bas, en bon état		

	Vérifier les amygdales Non visibles à l'œil Prognathie ? Rétrognathie ? Mâchoires : RAS
Aspect fonctionnel	Respiration diurne Buccale ? MIXTE Nasale ?
	Respiration nocturne Ronfle ? Oui Transpiration ? Non RGO !!! Drap mouillé ? Oui, beaucoup
	Déglutition Vidange complète ? Oui
	Souffle Bulles Plume Trop jeune
	Mouvements masticatoires ChewyTube S'il a des dents !!! Le porte à la bouche sans problème, le croque avec les incisives et le mastique avec les gencives. Aliments (solides, nécessitant mastication) Non testés ce jour
SPHÈRE SENSORIELLE	
Somesthésie globale + visage	Lavage de cheveux ? RAS – adore l'eau
	Pieds nus ? RAS Textures détestées ? RAS
	Serviette de douche ? RAS
	Soins visage ? RAS
	Le tour de la maison RAS
Somesthésie endo-buccale	Doigts dans la bouche lors de l'exploration Pas d'hypernauséux, n'est pas gênée.
	Massages Senez RAS
Sens vibratoire	Z-vibe Le prend dans sa main et le porte directement dans sa bouche, sans être aucunement gênée.
Sens vestibulaire	Aime faire l'avion ? Oui
	Balancelle / balançoire ? RAS
Nociception	Sensible à la douleur ? Oui, pleure quand se fait mal
Thermoception ?	Mange chaud ? froid ? RAS pas de préférence, peut manger chaud ou froid

NOTES :

H. est une enfant sociable, souriante, qui vient vers moi ne me connaissant pas, qui accepte volontiers ce que je lui propose. H. porte les objets et jeux à la bouche. La coordination bi-manuelle et le passage des objets d'une main à l'autre est acquis. Par ailleurs elle sait se retourner, tient et sait se mettre assise, et a acquis la quadrupédie. Elle est tout de même décrite par sa maman comme « maladrite ».

Au niveau de la communication, elle a de bonnes compétences : elle reconnaît les personnes qui lui sont familières, a une bonne poursuite visuelle. Le babillage canonique est présent et diversifié. H. a 2 mots dans son lexique actif « papa », « maman ». Elle répond à l'appel de son prénom. Le développement communicatif et langagier est tout à fait correct.

Le sommeil est sans particularité, elle n'a pas de mal à s'endormir le soir mais réclame encore un biberon la nuit. L'endormissement pour la sieste est plus difficile.

CONCLUSIONS GENERALES

H. ne nécessite pas de prise en charge orthophonique : l'essai alimentaire à la compote ne met pas de particularité sensori-motrice ou anatomique en avant.

Des conseils sont prodigués : « patouille » dans des textures ou avec les aliments, laisser manger avec les mains...afin que R. puisse appréhender les aspects sensori-moteurs des aliments par elle-même.

Préconisation de recontacter un(e) orthophoniste si le passage aux morceaux pose problème.

De même pour la communication et le langage, la guidance parentale s'est axée sur : lecture partagée, jeux, prosodie adaptée, pointage et oralisation simultanément...

Marie TERRIER, orthophoniste



Rébecca D'AMORE, étudiante orthophoniste

R. D'AMORE

Annexe 12 : Compte-rendu de bilan orthophonique de I.

D'AMORE Rébecca – 2020-2021

OBSERVATION DU DEVELOPPEMENT DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE CHEZ UN BEBE DE – 18 MOIS

Date du jour : 14/12/2020

NOM : / Prénom : I.

Date de naissance : 16/01/2020 Âge : 10 mois 28 jours

Frères et sœurs : 1 demi-sœur de 13 ans (5^{ème}), côté paternel

Avez-vous noté une progression depuis le questionnaire ? Pas de changement particulier car ça va globalement bien.

Commentaires :

Questionnaire alimentaire rempli le 24/09/2020

SPHÈRE ORGANIQUE			
PERI NATALITÉ	Grossesse	35+3 SA	
	Accouchement	2510g	
PASSAGE EN NEONAT		Déroulement : Mère alitée sur les 5 derniers mois de la grossesse (malformation de l'utérus). Souffrance fœtale ? Non. AVB ? Césarienne ? en urgence Forceps ? autres ?	
	APGAR	Non notifié dans le carnet de santé	
	NE	SNG	GPE Autre : RAS. Combien de temps ?.
	Pathologies connues	Otites assez fréquentes.	
	ATCD méd.	RAS	
	RGO	O	N TRAITEMENTS :
	Allergies	O	N
	PLV		
	Traitements méd.	O	N
	Suivis (para)médicaux	O	N Suivi ostéopathique pour rééducation tubaire.
ATCD familiaux TCA dans la famille ?		Demi-sœur suivie en orthophonie dans le cadre d'une maladie génétique.	
ORALITÉ PRIMAIRE			
Déroulement	Biberon ? ça se passait très bien	Allaitement ?	
	Durée ? Entre 15-30 min.		
	Quantités ? Courbe de poids normale. I. finissait et finit toujours tous ses biberons.		
	Qui lui donnait ? le père ou la mère		
	Et quand ça changeait ?		
	RAS quant au changement contexte.		

C'était...	Difficile ?	Plaisant ?	Angoissant ?	Long ?
ORALITÉ SECONDAIRE				
Déroulement	<p>Age de la diversification ? 4 mois et demi</p> <p>Que mange-t-il actuellement ? Biberon le matin. Purée maison ou du commerce avec morceaux fondants à l'intérieur. Aliments solides comme riz, boulghour, pâtes, bananes, boudoirs... Et tout se déroule bien. Elle n'aime juste pas le fromage (vache qui rit ou brique par ex.) et peut avoir un réflexe nauséux si elle en met dans sa bouche.</p>			
C'est...	Difficile ?	Plaisant ?	Angoissant ?	Long ?
SPHÈRE ENVIRONNEMENTALE				
Étayage	<p>Qui lui donne ? Et que fait-il quand ça change ? Peu importe qui lui donne (parents, personnel de crèche...), aucun effet sur le comportement.</p> <p>Que faites-vous quand il refuse ? Refuse extrêmement rarement.</p>			
Environnement	<p>Où mange-t-il ? Cuisine (∅ télévision)</p> <p>Avec qui ? En famille, avec ses parents...</p>			
Installation	<p>Outils RAS (ne mange pas encore seule avec la cuiller mais peut la tenir)</p> <p>Dans quoi est-il installé ? Chaise haute (pieds sans appuis, tablette à hauteur des coudes, jambes perpendiculaires au tronc) → conseils donnés sur l'intérêt que les pieds aient un appui</p>			
SPHÈRE MOTRICE ET PRAXIQUE				
Globale	RAS :			
Fine	Bonne coordination bi-manuelle Retournements, tient assise et se met assise seule depuis ses 6 mois, quadrupédie : acquis depuis ses 8 mois Se met debout depuis ses 9 mois			
Oro-faciale	Langue	Mobilité	RAS	Frein RAS
		Tonicité	RAS	Aspect RAS
	Lèvres	Frein supérieur	RAS	Frein inférieur RAS
		Mobilité	RAS	Tonicité : <i>bavage</i> ? RAS
	Joues	Praxies labiales	trop jeune	Mouillées ? Oui, normal à cet âge
		Praxies jugales	trop jeune	
	Palais	Forme : <i>ogival</i> ?	RAS	

Thermoception ? Mange chaud ? froid ?
RAS pas de préférence, peut manger chaud ou froid

NOTES :

I. est une enfant sociable, souriante, qui accepte volontiers ce que je lui propose.
Elle fréquente une crèche tous les jours de la semaine.

R. joue préférentiellement avec le Z-vibe et les anneaux à empiler, qu'elle met spontanément en bouche. La coordination bimanuelle et le passage des objets d'une main à l'autre est acquis.
Par ailleurs elle sait se retourner, tient et sait se mettre assise, et a acquis la quadrupédie. Elle sait se mettre debout et tient sans appui quelques instants.

Au niveau de la communication, elle a de bonnes compétences sociales : elle reconnaît les personnes qui lui sont familières, a une bonne poursuite visuelle. L'attention conjointe est présente et initiée, le pointage est en cours de développement. Elle peut faire un choix. L'imitation motrice et la permanence de l'objet sont en place
Le babillage canonique est présent et diversifié. I. sait dire « papa », « maman ». Elle répond à l'appel de son prénom. Le développement communicatif et langagier est tout à fait correct.

I. n'a pas de mal à s'endormir le soir. Des épisodes de réveils nocturnes étaient fréquents ces derniers mois mais disparaissent peu à peu.

CONCLUSIONS GENERALES

I. ne nécessite pas de prise en charge orthophonique : les essais alimentaires à la compote et au boudoir ne mettent pas de particularité sensori-motrice ou anatomique en avant. La vidange est complète et les organes masticateurs efficaces. Je ne relève aucune fausse route ce jour.

De même pour la communication et le langage, je ne repère pas ce jour de fragilité notable.

Marie TERRIER, orthophoniste



Rébecca D'AMORE, étudiante orthophoniste

R. D'AMORE

Annexe 13 : Compte-rendu de bilan orthophonique de L.

D'AMORE Rébecca – 2020-2021

OBSERVATION DU DEVELOPPEMENT DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE CHEZ UN BEBE DE – 18 MOIS

Date du jour : 18/01/2021

NOM : Prénom : L.

Date de naissance : 10/10/2019 Âge : 15 mois 8 jours

Frères et sœurs : ∅

Avez-vous noté une progression depuis le questionnaire ?

BEAUCOUP UN PEU PAS DU TOUT JE NE SAIS PAS

Questionnaire alimentaire rempli le 15/06/2020

SPHÈRE ORGANIQUE				
PERI NATALITÉ	Grossesse	29 SA		
	Accouchement	1100g		
PASSAGE EN NEONAT		Déroulement de la grossesse : sans particularités. Souffrance fœtale ? Non.		
		AVB ? Césarienne ? bon déroulement		
		Forceps ? autres ?		
	APGAR	8 puis 9		
	NE	SNG	GPE	Autre : RAS. Combien de temps ?
	Pathologies connues	RAS		
	ATCD méd.	RAS		
	RGO	O	N	TRAITEMENTS : ∅
	Allergies	O	N	
	PLV			
	Traitements méd.	O	N	Ventoline, Flixotide (depuis juillet 2020) matins et soirs
	Suivis (para)médicaux	O	N	A eu suivi kiné pendant 5 mois : l'a bien aidé pour le développement moteur. A eu suivi ostéopathique ponctuel.
ATCD familiaux TCA dans la famille ?	Cousines de la mère en obésité			
ORALITÉ PRIMAIRE				
Déroulement	Biberon		Allaitement	
	Durée ? très rapide Quantités ? normales ; courbe de poids correcte			
	Qui lui donnait ? le plus souvent, maman Et quand ça changeait ? lors du questionnaire (à ses 8 mois), L. prenait plus difficilement avec le papa, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui			

RAS quant au changement contexte.			
C'était...	Difficile ?	Plaisant ?	Angoissant ? Long ? Très rapide
ORALITÉ SECONDAIRE			
Déroulement	Age de la diversification ? 5 mois Que mange-t-il actuellement ? Biberon le matin avec jus d'orange et biberon le soir Purée avec morceaux fondants/compote/yaourt... Boudoirs au goûter → à noter que les morceaux sont bien acceptés par L., la maman rapporte que c'est plutôt elle qui freinait leur introduction		
C'est...	Difficile ?	Plaisant ?	Angoissant ? Les morceaux inquiètent quelque peu la maman, qui se dit tout de même moins inquiète qu'en juin. Long ? Très rapide (15 min, repas complet ingéré)
SPHÈRE ENVIRONNEMENTALE			
Étayage	Qui lui donne ? Et que fait-il quand ça change ? Peu importe qui lui donne (parents, personnels de crèche, moi-même...), aucun effet sur le comportement. Que faites-vous quand il refuse ? Refuse extrêmement rarement.		
Environnement	Où mange-t-il ? Salon (Ø TV) Avec qui ? Ses parents le plus souvent. Et avec d'autres enfants à la crèche.		
Installation	Outils Cuiller adaptée (assez plate et pas trop grande). L. ne mange pas encore seul avec la cuiller mais peut la tenir et la mettre en bouche. Dans quoi est-il installé ? Chaise haute (pieds sans appuis, tablette au-dessus des coudes) → conseils donnés pour que l'installation soit optimale		
SPHÈRE MOTRICE ET PRAXIQUE			
Globale	Retournements, tenue assise (depuis ses 7 mois) et mise en position assise tout seul (depuis ses 9 mois).		
Fine	Se déplace en rampant. Pas de quadrupédie. Tient debout depuis ses 11 mois et se met debout tout seul maintenant. Il peut marcher si on lui tient les 2 mains. Bonne coordination bi-manuelle. Bonne coordination oculo-manuelle. Décrit comme « prudent ».		
Oro-faciale	Langue	Mobilité RAS	Frein RAS
		Tonicité RAS	Aspect RAS
	Lèvres	Frein supérieur RAS	Frein inférieur RAS

	Mobilité RAS	Tonicité : <i>bavage</i> ? RAS
	Praxies labiales trop jeune	Mouillées ? Oui
Joues	Praxies jugales trop jeune	
Palais	Forme : palais ogival	
Voile	Mobilité Non vérifiée	
Dents	Combien ? 6, en bon état	
	Vérifier les amygdales Non visibles à l'œil Prognathie ? Rétrognathie ? Mâchoires : RAS	
Aspect fonctionnel	Respiration diurne Buccale ? MIXTE Nasale ?	
	Respiration nocturne RGO !!!	Ronfle ? Oui Transpiration ? Non
	Déglutition	Vidange complète ? Oui
	Souffle	Bulles Trop jeune Plume
	Mouvements masticatoires S'il a des dents !!!	ChewyTube Le porte à la bouche sans problème, le croque avec les incisives. Aliments (solides, nécessitant mastication) Ce jour, mastication efficace, des 2 côtés. Bons mouvements de diduction.
SPHÈRE SENSORIELLE		
Somesthésie globale + visage	Lavage de cheveux ? RAS – adore l'eau	
	Pieds nus ? RAS	
	Textures détestées ? RAS	
	Serviette de douche ? RAS	
	Soins visage ? n'aime pas trop, n'a jamais trop aimé	
	Le tour de la maison RAS – se laisse faire	
Somesthésie endo-buccale	Peut avoir un hypernauséux, rarement : avec des morceaux de banane par exemple.	
	Massages Senez Non faits.	
Sens vibratoire	Z-vibe Adore - le prend dans sa main et le porte dans sa bouche, sans être aucunement gêné.	
Sens vestibulaire	Aime faire l'avion ? Oui	
	Balancelle / balançoire ? RAS	

Nociception	Sensible à la douleur ? Décrit comme étant « tolérant à la douleur »	
Thermoception ?	Mange chaud ? Aime quand c'est tiède	froid ?
NOTES :		
<p>L. est un enfant sociable, souriant, qui vient vers moi ne me connaissant pas, qui accepte volontiers ce que je lui propose. Il porte les objets et jeux à la bouche.</p> <p>Au niveau de la communication, il a de bonnes compétences sociales : Il reconnaît les personnes qui lui sont familières, a une bonne poursuite visuelle et une attention visuelle efficace. La permanence de l'objet est présente. L'attention partagée et l'attention conjointe sont en place. L'imitation motrice et verbale sont possibles. Les gestes conventionnels sont utilisés, et ce de manière adaptée (fait coucou de la main pour dire bonjour et au revoir). Le babillage canonique est présent et diversifié. Il babille beaucoup ce jour ! Il utilise le pointage proto-impératif et peut utiliser (moins franchement) le pointage proto-déclaratif. L. a 2 mots dans son lexique actif « papa », « maman » prononcé /mama/. Pas de juxtaposition de mot à ce jour. Il répond à l'appel de son prénom et s'oriente vers les sources sonores. Ce jour, le jeu est fonctionnel : peut emboîter des cerceaux, des pièces de puzzle. Il regarde le livre et écoute les bruits. Chez lui, L. s'intéresse beaucoup aux livres, aime jouer avec des jeux en bois (emboîter, empiler...) et faire des puzzles. Le développement communicatif est tout à fait correct.</p> <p>L. est tout à fait dans l'interaction, comprend des consignes simples en contexte (« donne la cuiller » lorsqu'on fait les essais alimentaires par exemple) et peut désigner, en pointant, la voiture sur un livre quand je lui demande « elle est où la voiture ? ».</p> <p>Le sommeil est sans particularité, L. n'a aucun mal à s'endormir le soir. Il est décrit comme étant un grand dormeur (nuit moyenne à 12h de sommeil ; peut aller jusqu'à 16h). Pour les siestes (matin et après-midi), l'endormissement est aussi très facile.</p>		

CONCLUSIONS GENERALES

L. ne nécessite pas de prise en charge orthophonique : les essais alimentaires à la compote et au boudoir ne mettent pas de particularité sensori-motrice ou anatomique en avant.

Des conseils sont prodigués : lui proposer, le laisser découvrir les textures...

De même pour la communication et le langage, la guidance parentale s'est axée sur : verbalisations des activités de la vie quotidienne, lecture partagée, jeux, prosodie adaptée, pointage et oralisation simultanément...

Marie TERRIER, orthophoniste



Rébecca D'AMORE, étudiante orthophoniste

R. D'AMORE

Annexe 14 : Compte-rendu de bilan orthophonique de D.

D'AMORE Rébecca – 2020-2021

OBSERVATION DU DEVELOPPEMENT DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE CHEZ UN BEBE DE – 18 MOIS

Date du jour : 14/05/2020

NOM : / Prénom : D.

Date de naissance : 08/10/2019 Âge : 7 mois 6 jours

Frères et sœurs : 1 frère jumeau

Envoyé au CAMSP à la demande du Dr X., pédiatre pour des difficultés d'oralité et des particularités motrices.

D. est suivi dans le cadre d'une naissance prématurée à 24 SA (875g) dans un contexte de grossesse gémellaire avec dysplasie broncho-pulmonaire sévère (arrêt de l'oxygénothérapie à 39 semaines d'âge corrigé).

Traitements actuels : aérosols (ventoline, pulmicort) + inexistant et gaviscon dans le cadre d'un RGO et stridor.

D. a été vu en premier par le neuro-pédiatre et la kinésithérapeute du CAMSP en consultation commune qui retiennent :

- Une légère raideur des membres inférieurs et explosivité motrice sont à surveiller (PEC en kinésithérapie motrice conseillée)
- Un bon développement psychomoteur autre
- Un bon éveil, de bonnes interactions

Le bilan orthophonique de ce jour (14/05/20) met en avant : (D. avait donc 7 mois)

- Toujours la prise d'IPP (Inexistant) et de Gaviscon.
- Au biberon avec du lait Guigoz A/R : régurgite beaucoup, a beaucoup de glaires, beaucoup de rots après avoir bu. Pas de pleurs, mais maux de ventre importants (lien ++ avec le RGO).
Les régurgitations augmentent depuis 3 semaines.
Le matin : céréales dans le biberon et soir légumes en flocon dans le biberon.

Conseils de guidance parentale :

- Massages intra-buccaux 5x/jour jusqu'au prochain rendez-vous

Nouvelle consultation orthophonique du 09/07/20 mettant en avant : (D. avait donc 9 mois)

- Toujours la prise d'IPP (Inexistant) et de Gaviscon.
- Changement de lait → Novalac A/R : moins de régurgitations mais les selles sont liquides et trop fréquentes donc retour au Guigoz A/R 2^{ème} âge et donc retour de régurgitations plus fréquentes
- Refus de la cuiller (accepte la purée dans le biberon)
- Essai de la compote se jour : grimaces au début et après la prend bien.
- Essai au biberon : plusieurs fausses routes ce jour
- Pas de babillage pour l'instant
- Massages intra-buccaux faits et bien tolérés

Conseils de guidance parentale :

- Magic mix.
- Conseils sur le langage oral donnés à la maman qui posait des questions.

D'AMORE Rébecca – 2020-2021

Troisième consultation orthophonique du 27/08/20 mettant en avant : (D. avait donc 10 mois 19 jours)

- Toujours la prise d'IPP (Inexium) et de Gaviscon.
- Ne prend que de la compote au goûter mais ça fonctionne bien
- Toujours refus des purées salées ou des yaourts
- Plan sensoriel : OK
- Prend correctement du poids
- Pas d'utilisation du magic mix

Dernière consultation orthophonique du 24/09/20 mettant en avant : (D. avait donc 11 mois 16 jours)

- Toujours la prise d'IPP (Inexium) et de Gaviscon.
- Essai petit pot 6 mois épinards/semoule/poisson : apprécie ++, mange avec plaisir, appétit et rapidement mais présence d'un réflexe hypernauséux à la fin du pot et présence d'une fausse-route
- Refuse toujours les laitages
- Installation non adaptée : pas de quoi reposer ses pieds

Conseils de guidance parentale :

- Conseils sur l'installation à la maison : plus solide au niveau axial et repose-pieds.
- Rester sur ce goût de petit pot pendant quelques jours et introduire un nouveau goût ensuite.
- A revoir à la demande si besoin

CONCLUSIONS GENERALES

D. présente un trouble de l'oralité alimentaire caractérisé par un réflexe hypernauséux et un refus de l'alimentation solide qui, avec les conseils de guidance parentale et les massages intra-buccaux afin de lever la contrainte sensorielle, semblent s'améliorer.

La prise en charge ponctuelle axée sur l'oralité alimentaire paraît convenir avec de l'accompagnement parental. A la demande, je reverrai cette famille.

D. sera tout de même revu pour un bilan axé sur le langage oral et les compétences sociales.

Marie TERRIER, orthophoniste



Annexe 15 : Compte-rendu de bilan orthophonique de K.

OBSERVATION DU DEVELOPPEMENT DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE CHEZ UN BEBE DE – 18 MOIS

Date du jour : 14/05/2020

NOM : / Prénom : K.

Date de naissance : 08/10/2019 Âge : 7 mois 6 jours

Frères et sœurs : 1 frère jumeau

Envoyé au CAMSP à la demande du Dr X., pédiatre pour des difficultés d'oralité (prise lente et fastidieuse du biberon).

K. est suivi dans le cadre d'une **naissance prématurée à 24 SA (875g)** dans un contexte de **grossesse gémellaire** avec **dysplasie broncho-pulmonaire sévère** (arrêt de l'oxygénothérapie à 38 semaines). Il a été hospitalisé à deux reprises en février et en mars pour des bronchiolites.

Traitements actuels : aérosols (**ventoline, pulmicort**) + **gaviscon** dans le cadre d'un **RGO et stridor**.

K. a été vu en premier par **le neuro-pédiatre et la kinésithérapeute du CAMSP en consultation commune** qui retiennent :

- Un bon développement psychomoteur autre

Le **bilan orthophonique de ce jour** (14/05/20) met en avant : (K. avait donc 7 mois)

- Des **difficultés pendant les soins du visage : particularités sensorielles de type hypersensibilité somesthésique** alors que **le shampoing, le bain se déroulent bien (mais il pleurait avant pour le bain)**
- **Parfois repousse les biberons ou grimace vers la fin**
- **Il y a 2 mois : essai de la cuiller à la maison. La prise alimentaire est très longue : 1h pour 1 pot → tétait la cuiller. Vomit, tousse et a beaucoup de glaires.**
- **Biberon : prend bien et vite.**

→ **Troubles sensoriels très marqués.**

- **Conseils de guidance parentale :**
- **Massages intra-buccaux 5x/jour jusqu'au prochain rendez-vous**

Nouvelle consultation orthophonique du 04/06/20 mettant en avant : (K. avait donc 8 mois)

- Ajout de **l'Inexium** en plus du Gaviscon → **amélioration nette puisqu'il ne vomit plus et a moins de glaires.**
- **Essai de la cuiller après les biberons : n'en veut pas n'a plus faim.**
- **Massages intra-buccaux faits et bien tolérés.**

Conseils de guidance parentale :

- **Conseils sur le langage oral donnés à la maman qui posait des questions.**

Troisième consultation orthophonique du 09/07/20 mettant en avant : (K. avait donc 9 mois)

- **A la cuiller : prend bien, est rapide et la déglutition est correcte (bonne vidange et pas de fausse route)**

CONCLUSIONS GENERALES

K. présente un trouble de l'oralité alimentaire caractérisé par une contrainte sensorielle importante et un refus de l'alimentation solide accompagné de vomissement et de glaires. Après guidance parentale (conseils, massages intra-buccaux), l'alimentation semble s'améliorer.

La prise en charge ponctuelle sur le plan de l'oralité alimentaire paraît convenir avec de l'accompagnement parental. A la demande, je reverrai cette famille.

K. sera tout de même revu pour un bilan axé sur le langage oral et les compétences sociales.

Marie TERRIER, orthophoniste



Annexe 16 : Compte-rendu de bilan orthophonique de Is.

D'AMORE Rébecca – 2020-2021

OBSERVATION DU DEVELOPPEMENT DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE CHEZ UN BEBE DE – 18 MOIS

Date du jour : 15/02/2021

NOM : Prénom : Is.

Date de naissance : 15/12/2019 Âge : 14 mois

Frères et sœurs : mère enceinte de son deuxième enfant

Avez-vous noté une progression depuis le questionnaire ?

BEAUCOUP UN PEU PAS DU TOUT JE NE SAIS PAS

Commentaires :

Questionnaire alimentaire rempli le 15/08/2020

SPHÈRE ORGANIQUE			
PERI NATALITÉ	Grossesse	Naissance à 30 SA – poids : 1070g	
	Accouchement	Déroulement :	
PASSAGE EN NEONAT		Souffrance foétale ? Non.	
		AVB ? Césarienne ?	
		Forceps ? autres ?	
	APGAR	Pas de carnet de santé ce jour.	
	NE	SNG	GPE Autre : RAS. Combien de temps ? SNG pendant 3 à 4 semaines.
	Pathologies connues	RAS	
	ATCD méd.	IS a été hospitalisé en septembre 2020 (anémie).	
	RGO	O	N TRAITEMENTS :
	Allergies	O	N Pas d'allergie diagnostiquée. Mais a fait une crise allergique d'origine non identifiée début février 2021.
	PLV		
	Traitements méd.	O	N Ferrostate.
	Suivis (para)médicaux	O	N Est suivi par Mme X. 1x/semaine en libéral. Suivi pour le strabisme (ophtalmo et orthoptiste).
ATCD familiaux	RAS		
<i>TCA dans la famille ?</i>			
ORALITÉ PRIMAIRE			
Déroulement	Biberon ?	Allaitement ? Toujours avec bout de sein.	
	Durée ?	Allaitement rapide.	
	Quantités ?	RAS.	
	Qui lui donnait ?		
	Et quand ça changeait ?		
		RAS quant au changement de contexte.	
		A noter tout de même que depuis décembre 2020, alors qu'il ne l'avait jamais accepté, Is. boit au biberon et tête bien. L'allaitement a été arrêté dans la même période.	

C'était...	Difficile ?	Plaisant ?	Angoissant ?	Long ?
ORALITÉ SECONDAIRE				
Déroulement	Age de la diversification ? 7 mois Mise en place et déroulé de la diversification ? Au début, ls. ne voulait rien manger (réflexes nauséeux, refus, grimaces...). Ce n'est qu'à partir de septembre qu'il a commencé à accepter de manger des purées et des morceaux. Que mange-t-il actuellement ? Aujourd'hui, ls. mange de tout (mixé et morceaux). Il peut parfois encore y avoir un réflexe nauséeux, de manière très occasionnelle.			
C'était...	Difficile ?	Plaisant ?	Angoissant ?	Long ?
Maintenant : se déroule beaucoup mieux, c'est plaisant !				
SPHÈRE ENVIRONNEMENTALE				
Étayage	Qui lui donne ? Et que fait-il quand ça change ? RAS lors du changement de personne (parents, tante...). Que faites-vous quand il refuse ? Lorsqu'ls. présente un haut-le-cœur, la maman me rapporte qu'ils n'insistent pas. Quand il refuse sans présenter de particularités sensorielles les parents rulent/jouent, ce qui fonctionne plutôt bien.			
Environnement	Où mange-t-il ? A table. Avec qui ? Avec ses parents et sa tante le plus souvent.			
Installation	Outils Cuiller à café : j'ai donc conseillé à la maman une cuiller moins large, adaptée à la taille de la bouche d'ls. Dans quoi est-il installé ? Chaise « Trip-trap » : installation optimale.			
SPHÈRE MOTRICE ET PRAXIQUE				
Globale	Au niveau de la motricité, les acquisitions sont en cours.			
Fine	ls. tient assis et s'assoie seul. Il peut se tenir debout avec appui et faire l'ébauche de quelques pas toujours en appui. ls. a acquis la pince pouce-index et peut attraper de petites choses, il peut faire passer ses jouets d'une main à l'autre et contrôler ses gestes avec son regard. Un suivi en kinésithérapie est réalisé à raison de 1 séance par semaine.			
Oro-faciale	Langue	Mobilité RAS	Frein Non observé	
		Tonicité RAS	Aspect Non observé	
	Lèvres	Frein supérieur Non observé	Frein inférieur Non observé	
		Mobilité RAS	Tonicité : bavage ? Normal.	
		Praxies labiales trop jeune	Mouillées ? Non	
	Joues	Praxies jugales trop jeune		
	Palais	Forme : <i>ogival</i> ? Non observé		
Voile	Mobilité Non vérifiée			
Dents	Combien ?	2 incisives en bas, 2 incisives en haut, en bon état		

	Vérifier les amygdales Non visibles à l'œil Prognathie ? Rétrognathie ? Mâchoires : RAS
Aspect fonctionnel	Respiration diurne Buccale ? Nasale ?
	Respiration nocturne <i>RGO !!!</i> Ronfle ? Non Transpiration ? Non Drap mouillé ? Non
	Déglutition Vidange complète ? Oui
	Souffle Bulles Trop jeune Plume
	Mouvements masticatoires <i>S'il a des dents !!!</i> ChewyTube Ne le porte pas spontanément à la bouche. Aliments (solides, nécessitant une mastication) Lors des essais alimentaires, Is. ne veut, au début, pas manger avec moi et accepte de manger lorsque c'est son papa qui lui donne. Test avec un gâteau ramené par la famille : mouvements masticatoires corrects, mastication des 2 côtés, vidange complète. RAS Test avec un gâteau de l'hôpital : au début, beaucoup de grimaces, puis en mange quelques petits morceaux. De même pour la compote de l'hôpital : au début refuse puis finit par la manger.
SPHÈRE SENSORIELLE	
Somesthésie globale + visage	Lavage de cheveux ? RAS
	Pieds nus ? RAS
	Textures détestées ? En ce moment, n'aime pas les purées mixées.
	Serviette de douche ? RAS
	Soins visage ? RAS Le tour de la maison Ne tolère pas quand on lui touche le visage : grimaces, est gêné.
Somesthésie endo-buccale	Doigts dans la bouche lors de l'exploration Is. n'accepte pas l'exploration intra-buccale ce jour.
	Massages Senez Ainsi, nous n'avons pu mener à bien les massages intra-buccaux.
Sens vibratoire	Z-vibe RAS : l'attrape et le met en bouche sans problème.
Sens vestibulaire	Aime faire l'avion ? Adore.
	Balancelle / balançoire ? RAS.
Nociception	Sensible à la douleur ? RAS
Thermoception ?	Mange chaud ? froid ? RAS.
NOTES :	

Audition : PEA en néonatalogie révèlent audition normale.
Vue : vue normale – suivi dans le cadre d'un strabisme.

Is. vit dans bain langagier trilingue : berbère et marocain majoritairement et français.

Il est gardé à la maison par sa maman. La famille souhaiterait qu'il entre en crèche 1 à 2 journées par semaine afin de le socialiser. Cette démarche semble cohérente et de bon augure.

Is. est décrit par son papa comme souriant, et curieux. Toutefois, le jour de la rencontre, Is. a pleuré assez fréquemment. Il n'est pas à l'aise avec des inconnus au début.

L'endormissement se déroule bien et est ritualisé. Is. se réveille environ 2 fois par nuit mais se rendort facilement avec la tétine. Il fait 2h de sieste par jour. Il n'est pas confronté aux écrans.

Au niveau du jeu, Is. est dans le jeu protologique (sensoriel) : il secoue, regarde, tourne, tape et jette les jouets (préfère ceux qui n'en sont pas : les objets du quotidien). On note qu'il les porte très peu à la bouche. Is. est capable d'encastrer, de tourner les pages d'un livre, d'attraper un objet sur sa tête.

Au niveau de la communication, les regards sont présents et soutenus. La poursuite et l'attention visuelle le sont également.

Is. réagit aux bruits, aux voix (auxquelles il est particulièrement attentif) et répond à son prénom.

En ce qui concerne les précurseurs au langage, l'attention conjointe est bien présente, l'imitation aussi (action avec objet, geste, et vocale). Le tour de rôle se met en place. Nous n'avons pas observé ce jour une permanence de l'objet. Cependant, les parents peuvent la retrouver à la maison.

Les pointages proto-déclaratifs et proto-impératifs se mettent en place, bien que n'étant pas encore toujours fonctionnels.

Is. peut produire des demandes en les manifestant par des pleurs, le pointage ou en jetant pour attirer l'attention.

Le sourire réponse est acquis.

Is. peut faire des choix entre deux objets.

Les gestes conventionnels (coucou, bravo) sont en place. C'est un bébé intéressé par le monde qui l'entoure et qui cherche à communiquer.

Au niveau du langage, en réception, Is. peut comprendre des questions simples. Il commence à réaliser des consignes, et à désigner son papa ou sa maman quand on lui demande où ils sont. Il comprend « non » et « donne » (qu'il exécute). Chacun de ces points sont compris dans les 3 langues. En production, Is. produit du babillage rudimentaire de manière générale (C+V) et beaucoup de gazouillis. Il produit, de manière fluctuante ce jour, du babillage canonique (répétition de syllabes) et « baba » et « mama » pour désigner ses parents.

CONCLUSIONS GENERALES

- Sur le plan de la communication et du langage

Au total, Is. présente une bonne communication et interaction avec son monde. Les précurseurs au langage sont en place.

Au niveau du langage, en réception Is. comprend chacune de ses langues. En production, encore peu de mots sont émis.

Nous conseillons aux parents de maintenir et de continuer tout ce qui est déjà en place : comptines, comptines gestuelles, lectures, verbalisations, jeux.

- Sur le plan alimentaire

La contrainte sensorielle est à ce jour objectivée.

En effet, en écoutant la plainte parentale (les antécédents des difficultés de mise en place de la diversification alimentaire) et en observant Is., nous retrouvons des particularités sensorielles :

- Hypersensibilité somesthésique : n'aime pas toucher certaines textures (balle sensorielle), et particularités sensorielles intra-buccales.

Tout de même, lors des essais alimentaires (gâteau apporté par la famille, compote du CHU et gâteau type *Paille d'or*, qu'il n'a pas l'habitude manger), on retrouve, à ce jour :

- aucun réflexe hypernauséux,
- une vidange complète,
- une possibilité de se dégager par la toux,
- et des mouvements masticatoires corrects.

Ainsi, l'accompagnement parental dans un premier temps me paraît être une option judicieuse puisqu'ils. n'est pas dans un refus catégorique de manger : il s'alimente et prend du poids. La prise en charge fréquente en présentiel ne me paraît pas justifiée car les conseils de guidance à mettre en place quotidiennement pourront l'aider.

Nous referons un point au téléphone dans quelques semaines pour jauger l'avancée au niveau alimentaire. Nous reproposerons également un rendez-vous.

J'ai conseillé aux parents de consulter à nouveau si les difficultés persistaient et inquiétaient au niveau de l'alimentation solide.

Guidance parentale :

- Conseils sur l'alimentation :
 - Proposer de la découverte sensorielle associée à des activités quotidiennes de cuisine : les épluchures, les légumes crus, cuits ou en purée pour qu'ils. puisse l'explorer avec ses mains : « patouille » dans les aliments.
 - Proposer de la découverte sensorielle associée à des activités ludiques : exploration sensorielle dans des bacs (pâtes, semoules, riz etc. crus) et cacher des objets à l'intérieur
 - Proposition de peinture au doigts, de jouer avec de la pâte à modeler : test de différentes textures

Marie TERRIER, orthophoniste ; Rébecca D'AMORE et Justine POUGET, étudiantes orthophonistes



R. D'AMORE



Annexe 17 : Version révisée du questionnaire parental de dépistage des TOA secondaires à 8 mois d'âge réel.



Questionnaire d'évaluation des troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant prématuré à 8 mois d'âge réel.

Questionnaire 2 : oralité secondaire

NOM : **Poids actuel :**
Prénom : **Type de nutrition actuelle :**
Date de naissance : **Allaitement – Biberon – Cuiller - Mixte**

- RGO :

0 → Jamais
1 → Peu
2 → Parfois
3 → Souvent
4 → Toujours

PRISE DE LAIT A/R (ANTI-REFLUX) : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
PRISE DE GAVISCON : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
PRISE D'INEXIUM : 0 / 1 / 2 / 3 / 4

0 → Jamais observé
1 → Peu observé
2 → Parfois observé
3 → Souvent observé
4 → Toujours observé

ROT : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
MAUVAISE HALEINE : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
TOUX en position allongée : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
STRIDOR (sifflement lors de la respiration) : 0 / 1 / 2 / 3 / 4

- Lors de la prise alimentaire vous observez chez votre enfant :

REFLEXE NAUSEUX (haut-le-cœur) : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
VOMISSEMENT : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
GRIMACE : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
SIGNE DE DOULEUR/D'INCONFORT : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
PLEUR : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
TOUX : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
REFUS (tourne la tête, repousse de la main) : 0 / 1 / 2 / 3 / 4
LANGUE QUI REPOUSSE LA TETINE/LA CUILLER : 0 / 1 / 2 / 3 / 4

- Concernant la diversification alimentaire :

L'alimentation à la cuiller est-elle difficile selon vous ? 0 / 1 / 2 / 3 / 4

Avez-vous déjà essayé de proposer des morceaux à votre enfant ? OUI/NON

Si oui, quel(s) type(s) de morceaux : (entourez la/les proposition.s)

- Légumes cuits, fondants
 - o Seuls
 - o Dans une purée
- Fruits fondants
 - o Seuls
 - o Dans une compote
- Autres aliments :

- Concernant la sensorialité d'un point de vue plus général :

Votre enfant est gêné (cris, pleurs, grimaces, refus...)

- Pour toucher la nourriture avec ses doigts ? 0 / 1 / 2 / 3 / 4
- Pendant les soins du visage ? 0 / 1 / 2 / 3 / 4
- Pendant le shampoing ? 0 / 1 / 2 / 3 / 4
- Si ses mains ou ses pieds sont en contact avec certaines textures (herbe, sable ou autre) ? 0 / 1 / 2 / 3 / 4

- Quand il a les mains sales ? 0 / 1 / 2 / 3 / 4

- Concernant la motricité d'un point de vue plus général :

Pour votre enfant, c'est difficile :

- De tenir sa tête sans osciller ? 0 / 1 / 2 / 3 / 4
- De tenir assis sans appui ? 0 / 1 / 2 / 3 / 4
- De tenir des objets dans ses mains ? 0 / 1 / 2 / 3 / 4

- Lors de la prise alimentaire :

Celle-ci est-elle une source d'inquiétude pour vous : 0 / 1 / 2 / 3 / 4

Celle-ci est-elle une source de déplaisir pour votre enfant : 0 / 1 / 2 / 3 / 4

0 → 15 min maximum
1 → entre 15 et 30 min
2 → entre 30 min et 45 min
3 → entre 45 min et 1 heure
4 → plus d'1 heure

Celle-ci dure environ : 0 / 1 / 2 / 3 / 4

0 → ingère la totalité de la portion proposée
1 → ingère les trois quarts de la portion proposée
2 → ingère la moitié de la portion proposée
3 → ingère un quart de la portion proposée
4 → n'ingère rien ou quasiment rien

Quelle est la quantité ingérée par prise :

- Au biberon s'il est concerné 0 / 1 / 2 / 3 / 4
- A la cuiller s'il est concerné 0 / 1 / 2 / 3 / 4



Normandie Université

Élaboration et pré-validation d'un questionnaire parental de dépistage des troubles de l'oralité secondaire chez des ex-prématurés à 8 mois pour une prise en charge orthophonique précoce

Présenté et soutenu par
Rébecca D'AMORE

Résumé

Il est admis que les enfants prématurés, fréquentant les services de néonatalogie prodiguant des soins invasifs pouvant détériorer les habilités sensori-motrices de la sphère oro-faciale, demeurent alors plus à risque de troubles de l'oralité alimentaire (TOA). L'objectif de l'étude était de créer un outil de repérage des difficultés alimentaires précoces de ces enfants vulnérables. De fait, 43 familles d'enfants ex-prématurés ayant déjà reçu un questionnaire parental d'alimentation 1 mois après leur sortie d'hospitalisation ont reçu une nouvelle grille de dépistage des TOA secondaires à 8 mois d'âge réel, au moment de la diversification alimentaire. Puis, 9 enfants de la cohorte ont bénéficié d'un bilan afin d'évaluer objectivement leurs capacités sensori-motrices et alimentaires. L'évaluation orthophonique corrélée au questionnaire à visée de dépistage s'intègre dans le processus de pré-validation. Finalement, l'outil créé permet de dépister à bon escient les 12 sujets à risque de développer un TOA en les distinguant des 31 enfants sans difficultés notables. Néanmoins, le questionnaire pourrait être amélioré, notamment en étant fait passer en systématique à 12 mois lors du rendez-vous pédiatrique, ce qui amènerait des informations sur l'intégration des morceaux et permettrait de débiter efficacement l'accompagnement parental.

Mots clés : oralité, trouble de l'oralité alimentaire, prématurité, diversification alimentaire, dépistage précoce, questionnaire parental

Development and pre-validation of a parental screening questionnaire for secondary oral feeding disorders in ex-premature infants at 8 months for early speech therapy

Summary

It is well known that preterm infant, because of intensive cares undergone during their stay in neonatal service that might damage oral sensory-motors abilities, are more exposed to oral sensory feeding disorders. The purpose of the study is to create a tool designed to spot, among these vulnerable children, early feeding issues. Thus, after a first parental questionnaire about feeding received 1 month after the discharge from hospital, 43 families of preterm infant received a second screening of oral sensory feeding disorders at 8 months old, at time of the traditional spoon feeding. Then, 9 children of the cohort have been objectively assessed to measure their sensory-motor and feeding abilities.

The speech-therapy assessment and the screening questionnaire have been included in the pre-validation process of the tool. Eventually, this tool allowed to spot 12 children with risks to develop oral sensory feeding disorders by distinguish them from 31 children without noteworthy issues. Nevertheless, the questionnaire could be improved, for example, by a systematic screening at 12 months, which could bring information on introduction of pieces and allow to start a parental guidance.

Key words: oral feeding, oral sensory feeding disorders, prematurity, early screening, parental questionnaire

Mémoire dirigé par Marie TERRIER

