



HAL
open science

Intérêt d'un carnet alimentaire dans l'évaluation orthophonique des troubles de l'oralité et l'instauration du partenariat parental

Clara Leveque

► **To cite this version:**

Clara Leveque. Intérêt d'un carnet alimentaire dans l'évaluation orthophonique des troubles de l'oralité et l'instauration du partenariat parental. Sciences cognitives. 2021. dumas-03283282

HAL Id: dumas-03283282

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03283282>

Submitted on 9 Jul 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.

Année universitaire 2020-2021

COLLEGE SCIENCES DE LA SANTE
Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie

Mémoire (U.E. 7.5) pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE
Grade Master

Présenté et soutenu publiquement en juin 2021

par Clara LEVEQUE

née le 26/06/1987 à Paris

**Intérêt d'un carnet alimentaire dans l'évaluation
orthophonique des troubles de l'oralité et l'instauration du
partenariat parental**

Sous la direction de :

Christine MAFAYOU

Membres du jury :

Anne LAMOTHE-CORNELOUP, orthophoniste, Bordeaux

Aude MARTINEZ, orthophoniste, Pessac

Année universitaire 2020-2021

COLLEGE SCIENCES DE LA SANTE
Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie

Mémoire (U.E. 7.5) pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE
Grade Master

Présenté et soutenu publiquement en juin 2021

par Clara LEVEQUE

née le 26/06/1987 à Paris

**Intérêt d'un carnet alimentaire dans l'évaluation
orthophonique des troubles de l'oralité et l'instauration du
partenariat parental**

Sous la direction de :

Christine MAFAYOU

Membres du jury :

Anne LAMOTHE-CORNELOUP, orthophoniste, Bordeaux

Aude MARTINEZ, orthophoniste, Pessac

Titre : Intérêt d'un carnet alimentaire dans l'évaluation orthophonique des troubles de l'oralité et l'instauration du partenariat parental

Résumé :

Contexte : Les troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant sont fréquents. Ils demandent une prise en soin pluridisciplinaire réalisée en partenariat avec les familles. Ils peuvent être évalués par les orthophonistes qui utilisent différents outils. Un carnet alimentaire a été créé par Christine Mafayou dans le cadre de sa pratique clinique. Nous avons constaté qu'il s'agissait d'un support peu cité dans la littérature et dans la pratique.

Objectif : Nous nous sommes interrogés sur son intérêt dans l'évaluation des troubles de l'oralité alimentaire et l'instauration du partenariat parental.

Méthode : Après quelques modifications, le carnet a été envoyé à des orthophonistes et à des parents de patients âgés de 2 à 10 ans. Les parents ont dû le remplir pendant 10 à 15 jours avant le bilan orthophonique afin d'apporter des informations sur les repas. Nous avons ensuite interrogé les deux groupes de participants via des questionnaires pour analyser sa pertinence.

Résultats : Il apparaît que le carnet est facile à utiliser et permet de recueillir des données précises et objectives sur l'alimentation de l'enfant. Il s'agit d'un outil intéressant pour l'évaluation des troubles de l'oralité, même s'il n'aide pas à poser le diagnostic orthophonique. Il est également décrit comme un outil pertinent pour la mise en place du partenariat parental. Il permet aux parents de mieux observer le comportement alimentaire de leur enfant. En revanche, il ne favorise ni une meilleure compréhension des troubles, ni des changements dans l'attitude des parents concernant les repas.

Perspectives : Le carnet pourrait aussi être utilisé au cours de la prise en soin. Il permettrait de mettre en évidence l'évolution du répertoire alimentaire et du comportement de l'enfant, ainsi que l'impact de l'intervention orthophonique et du partenariat parental. A ce titre, des modifications sont présentées pour enrichir encore la pertinence de cet outil.

Mots clés : trouble de l'oralité alimentaire – évaluation – carnet alimentaire – partenariat parental

Title: The value of a food diary in the speech therapy evaluation of feeding disorders and the establishment of a parental partnership

Abstract:

Context : Feeding disorders in children are frequent. They require multidisciplinary care in partnership with the families. They can be evaluated by speech therapists who use different tools. A food diary was created by Christine Mafayou in the context of her clinical practice. We found that it was a tool that was not often cited in the literature and in practice.

Objective: We wondered about its interest in the evaluation of feeding disorders and the establishment of a parental partnership.

Method: After some modifications, the diary was sent to speech therapists and parents of patients aged 2 to 10 years. Parents were asked to complete it for 10 to 15 days before the speech therapy assessment to provide information about meals. We then interviewed both groups of participants via questionnaires to analyze its relevance

Results: It appears that the diary is easy to use and allows the collection of precise and objective data on the child's diet. It is an interesting tool for the evaluation of feeding disorders, even if it does not help to make a speech therapy diagnosis. It is also described as an interesting tool for establishing a parental partnership. It seems to help parents to better observe their child's eating behavior. On the other hand, it does not promote either a better understanding of the disorders or changes in the parents' attitude towards meals.

Prospects: The diary could also be used during treatment. It would make it possible to highlight the evolution of the child's dietary repertoire and behaviour, as well as the impact of the speech therapy intervention and the parental partnership. As such, modifications are presented to further enrich the relevance of this tool.

Key words : feeding disorder - evaluation - food diary - parental partnership

REMERCIEMENTS

Pour commencer, je tiens à remercier sincèrement Madame Christine Mafayou, ma directrice de mémoire, pour sa confiance, son aide et nos échanges constructifs qui m'ont permis de réaliser ce projet.

Je souhaite également remercier Mesdames Anne Lamothe-Corneloup et Aude Martinez, pour avoir accepté de faire partie de mon jury et de consacrer du temps à mon travail.

Je remercie tous les orthophonistes et tous les parents ayant participé à cette étude.

Ce travail est l'aboutissement de cinq années de formation. Merci à tous les membres du CFUO (direction, équipe pédagogique, professeurs, personnels administratifs). Je remercie notamment Mesdames Elisabeth Longère et Gaëlle Bénichou pour leur investissement et leur soutien.

J'adresse aussi mes remerciements à l'ensemble de mes maîtres de stage (en particulier à Mesdames Christine Mafayou, Nathalie Neveux-Monard, Caroline Joret, Amy Jouberton et Sophie Tellier) qui ont participé à la construction de ma future pratique professionnelle.

Je remercie mes amies d'orthophonie pour tous les moments passés ensemble. Merci à Marlène et Maud pour nos échanges sur le mémoire.

Merci à Marianne, Marie-Laure et Simon pour leur relecture attentive.

Je remercie aussi mon mari pour son aide, sa présence et son soutien indéfectible.

Enfin je remercie particulièrement ma mère pour m'avoir soutenue et permis de réaliser ce projet de reconversion professionnelle.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| REMERCIEMENTS | 3 |
| TABLE DES MATIERES | 4 |
| TABLE DES ILLUSTRATIONS | 6 |
| TABLE DES ANNEXES | 7 |
| LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES | 7 |
| INTRODUCTION | 8 |
| CONTEXTE THEORIQUE | 9 |
| I. Définition de l'oralité | 9 |
| A. Généralités..... | 9 |
| B. L'oralité primaire..... | 9 |
| C. L'oralité secondaire | 10 |
| D. Oralité et sensorialité..... | 10 |
| E. Le développement du goût | 11 |
| F. Les différentes dimensions de l'oralité alimentaire..... | 12 |
| II. Les troubles de l'oralité alimentaire | 13 |
| A. Définition et prévalence | 13 |
| B. Les troubles de l'oralité liés à une étiologie médicale..... | 14 |
| C. Les aspects gnoso-praxiques liés au trouble de l'oralité | 15 |
| D. Les aspects sensoriels liés au trouble de l'oralité | 16 |
| E. Les troubles comportementaux et environnementaux liés au trouble de l'oralité | 18 |
| III. L'évaluation des troubles de l'oralité alimentaire | 20 |
| A. L'évaluation pluridisciplinaire des aspects médicaux | 20 |
| B. L'évaluation orthophonique des aspects gnoso-praxiques | 21 |
| C. L'évaluation orthophonique des aspects sensoriels..... | 22 |
| D. L'évaluation orthophonique des aspects comportementaux et environnementaux | 24 |
| E. La mise en place de l'alliance thérapeutique et du partenariat parental | 25 |
| Problématique et hypothèses | 26 |
| MATERIELS ET METHODES | 27 |
| I. Population..... | 27 |
| A. Population cible | 27 |
| B. Recrutement..... | 28 |
| C. Effectifs | 28 |
| II. Description du matériel | 28 |

| | |
|--|-----------|
| A. Le carnet alimentaire | 28 |
| B. Le questionnaire à destination des orthophonistes | 30 |
| C. Le questionnaire à destination des parents | 33 |
| III. Description de la procédure..... | 36 |
| IV. Recueil et traitement des données | 36 |
| A. Recueil des données | 36 |
| B. Traitement des données | 36 |
| RESULTATS..... | 37 |
| I. Les caractéristiques des participants..... | 37 |
| A. Les orthophonistes..... | 37 |
| B. Les patients..... | 38 |
| C. Les personnes ayant rempli le carnet alimentaire..... | 39 |
| II. La pertinence du carnet alimentaire comme outil d'évaluation des TOA..... | 39 |
| A. Les réponses des parents | 39 |
| B. Les réponses des orthophonistes | 42 |
| III. L'instauration de l'alliance thérapeutique et du partenariat parental | 45 |
| A. Les réponses des orthophonistes | 45 |
| B. Les réponses des parents | 47 |
| IV. Les perspectives liées à l'utilisation du carnet alimentaire | 50 |
| A. Les suggestions de modifications du carnet | 50 |
| B. L'utilisation future du carnet par les orthophonistes | 51 |
| C. L'intérêt du carnet au cours de la prise en soin | 51 |
| DISCUSSION..... | 52 |
| I. Interprétation des résultats et validation des hypothèses..... | 52 |
| A. Hypothèse 1 | 52 |
| B. Hypothèse 2..... | 53 |
| II. Limites..... | 55 |
| A. Population..... | 55 |
| B. Outils | 56 |
| III. Apports et perspectives..... | 59 |
| A. Apports du carnet alimentaire à la pratique orthophonique..... | 59 |
| B. Modifications du carnet..... | 60 |
| CONCLUSION | 61 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 62 |
| ANNEXES | 67 |

TABLE DES ILLUSTRATIONS

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Expérience dans la prise en soin des TOA | 37 |
| Figure 2 : Outils utilisés par l'évaluation orthophonique des TOA | 37 |
| Figure 3 : Aspects liés à l'étiologie des TOA des patients | 38 |
| Figure 4 : Avis des parents sur la facilité d'utilisation du carnet..... | 40 |
| Figure 5 : Avis des parents sur les difficultés d'utilisation du carnet..... | 40 |
| Figure 6 : Intérêt du carnet selon les parents pour fournir des informations précises à l'orthophoniste | 41 |
| Figure 7 : Eléments du carnet les plus et les moins appréciés cités par les parents (respectivement à gauche et à droite) | 41 |
| Figure 8 : Eléments du carnet les plus et les moins appréciés choisis par les parents | 42 |
| Figure 9 : Pertinence du carnet alimentaire pour obtenir des données objectives sur l'alimentation du patient | 43 |
| Figure 10 : Intérêt du carnet pour aider à poser le diagnostic orthophonique..... | 43 |
| Figure 11 : Eléments du carnet les plus et les moins appréciés par les orthophonistes (respectivement à gauche et à droite) | 44 |
| Figure 12 : Intérêt du carnet pour l'alliance thérapeutique selon les orthophonistes | 45 |
| Figure 13 : Mots clés relatifs à l'utilité du carnet dans l'alliance thérapeutique..... | 46 |
| Figure 14 : Avis des orthophonistes concernant l'effet positif du carnet sur les parents ... | 46 |
| Figure 15 : Effets positifs du carnet sur les parents décrits par une partie des orthophonistes (N=8) | 47 |
| Figure 16 : Avis des parents sur l'intérêt du carnet alimentaire dans la compréhension des TOA de leur enfant..... | 48 |
| Figure 17 : Avis des parents sur leur changement d'attitude suite à l'utilisation du carnet | 49 |
| Figure 18 : Utilité du carnet au cours de la prise en soin selon les orthophonistes..... | 51 |
| Figure 19 : Réflexion sur l'intérêt du carnet dans la PES selon les orthophonistes..... | 51 |
| | |
| Tableau 1 : Caractéristiques des patients (âge et sexe) | 38 |
| Tableau 2 : Explications des orthophonistes favorables et défavorables sur l'intérêt diagnostique du carnet..... | 44 |

TABLE DES ANNEXES

| | |
|--|----|
| Annexe 1 : « <i>Les oralités</i> » (Thibault, 2015) | 67 |
| Annexe 2 : « <i>Classification diagnostique des troubles sensoriels, traduit librement de Miller et al.</i> » (Ray-Kaeser & Dufour, 2013)..... | 67 |
| Annexe 3 : Les stades de l'hypersensibilité tactile (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009) ... | 68 |
| Annexe 4 : Les stades de l'hypersensibilité orale (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009).... | 68 |
| Annexe 5 : Définition de l'hyper nauséux (Senez, 2004)..... | 68 |
| Annexe 6 : Classification des degrés de sévérité de l'aversion alimentaire d'origine sensorielle (Senez & Martinet, 2015)..... | 69 |
| Annexe 7 : « <i>Boucle sensorielle primaire et secondaire</i> » (Levavasseur, 2017a)..... | 69 |
| Annexe 8: « Le bilan masticatoire » (Senez, 2013) | 70 |
| Annexe 9: Note d'information destinée aux parents au début du carnet alimentaire | 72 |
| Annexe 10 : Page type du carnet alimentaire (proposition thérapeutique élaborée par Christine Mafayou, orthophoniste et Clara Lévêque, étudiante en orthophonie) | 73 |
| Annexe 11 : Note d'information préliminaire au questionnaire à destination des orthophonistes | 74 |
| Annexe 12 : Note d'information préliminaire au questionnaire à destination des parents | 74 |
| Annexe 13 : Synthèse des étapes de la procédure | 75 |

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

- AAOS : aversion alimentaire d'origine sensorielle
- AVC : accident vasculaire cérébral
- PES : prise en soin
- PMI : protection maternelle infantile
- RGO : reflux gastro-œsophagien
- SA : semaine d'aménorrhée
- SNG : sonde naso-gastrique
- TOA : troubles de l'oralité alimentaire
- TSA : trouble du spectre de l'autisme

INTRODUCTION

La bouche est un « *carrefour anatomique du verbe et de l'aliment* » (Thibault, 2017) qui permet le développement de l'oralité verbale et alimentaire. L'oralité alimentaire se met en place progressivement in utero, à la naissance et dans les premières années de vie. Les troubles de l'oralité alimentaire (TOA) sont fréquents chez l'enfant. Ils se traduisent par « *des difficultés à s'alimenter par voie orale de manière adaptée et suffisante pour assurer un bon état nutritionnel et un bon développement psychomoteur* » (Leblanc, 2014). Des troubles de l'intégration sensorielle, des troubles oro-praxiques et des troubles comportementaux ou liés à l'environnement peuvent y être associés (Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004).

La prise en soin des troubles de l'oralité alimentaire (TOA) se fait généralement par des équipes pluridisciplinaires qui travaillent en partenariat avec les familles. L'évaluation orthophonique des TOA se fait grâce à différents outils reconnus. Un carnet alimentaire, comportant des indications sur le contenu et le déroulement des repas, a été créé par Christine Mafayou, orthophoniste, dans le cadre de sa pratique libérale. Nous avons décidé de nous interroger sur la pertinence de cet outil. Ainsi, dans quelle mesure ce carnet alimentaire est-il intéressant pour l'évaluation orthophonique des TOA et l'instauration du partenariat parental ?

Nous formulons comme 1^{ère} hypothèse que le carnet est pertinent pour l'évaluation des TOA. Il est facile à utiliser (hypothèse 1.1), permet de recueillir des données précises et objectives concernant l'alimentation de l'enfant (hypothèse 1.2), et peut aider à poser le diagnostic orthophonique (hypothèse 1.3). Notre 2^{ème} hypothèse postule que le carnet est intéressant pour l'instauration du partenariat parental en rendant les parents acteurs de la prise en soin. Nous pensons qu'il permet l'instauration de l'alliance thérapeutique et du partenariat parental (hypothèse 2.1). Son utilisation avant le bilan permet aux parents d'observer le comportement alimentaire de leur enfant et de mieux le comprendre (hypothèse 2.2). Enfin le carnet peut permettre des changements concernant les repas et l'attitude des parents (hypothèse 2.3). Nous avons analysé son utilisation par des orthophonistes et des parents de patients (âgés de 2 à 10 ans) grâce à des questionnaires.

Nous commencerons par rappeler le contexte théorique, en nous intéressant au concept d'oralité, aux TOA et à leur évaluation. Nous exposerons ensuite les caractéristiques de la population, du matériel et de la méthodologie. Nous présenterons les résultats obtenus aux questionnaires à destination des orthophonistes et des parents. Enfin, nous discuterons de la validation de nos hypothèses, avant d'envisager les limites et les perspectives de notre travail.

CONTEXTE THEORIQUE

I. Définition de l'oralité

A. Généralités

L'oralité est un terme issu de la psychanalyse, qui renvoie à la plupart des fonctions dévolues à la bouche : l'alimentation, la respiration, la sensorialité, la communication et le langage (Abadie, 2004). L'oralité alimentaire d'ingestion et l'oralité verbale expressive ont une neurogénèse commune et utilisent les mêmes voies anatomiques (Couly, 2017). Ces deux oralités accompagnent le développement de la sensorialité, qui permet l'ouverture sur le monde et la construction de la pensée (Thibault, 2017). L'oralité alimentaire se construit selon un processus neuro-développemental continu composé de deux temps : l'oralité primaire suivie de l'oralité secondaire (Couly, 2010).

B. L'oralité primaire

C'est lors du premier trimestre gestationnel que les structures buccales, linguales, pharyngées, laryngées et digestives de l'embryon se mettent en place pour permettre les premières séquences de succion suivies de déglutition (Couly, 2017). Vers la 10^{ème} semaine, l'embryon est capable d'entrouvrir sa bouche et de sortir la langue pour toucher sa main. C'est le réflexe de Hooker. Lors de la 12^{ème} SA, on peut observer des séquences coordonnées de succion et de déglutition de liquide amniotique. Il s'agit d'une succion-déglutition réflexe, assurée par le tronc cérébral. Cette oralité débutante intervient lors du passage de l'embryon au fœtus (Thibault, 2017). La succion nutritive est mature à 34 SA, mais la coordination succion-déglutition-respiration n'est fonctionnelle qu'à partir de 37 SA (Haddad, 2017).

A la naissance, le réflexe de succion est déclenché par les stimulations sensorielles des lèvres et de la langue. Il s'accompagne du réflexe de foussement et du réflexe des points cardinaux. On observe aussi des réflexes archaïques de protection comme les réflexes nauséux et de toux.

Sur le plan de l'oralité verbale, c'est le stade des vocalisations réflexes composées de sons végétatifs (bâillement, soupirs, gémissements) et de cris (Thibault, 2017).

A la fin de l'oralité primaire, la transition vers l'oralité secondaire se met en place.

C. L'oralité secondaire

L'oralité secondaire apparaît durant le deuxième semestre après la naissance. Il s'agit d'un temps de transition, qui peut être source de difficultés. L'oralité primitive de succion continue d'exister lors du passage à la cuillère (Thibault, 2015). Désormais, le cortex frontal commandant le tronc cérébral ainsi que le faisceau cortico-géniculé (la voie pyramidale de l'oralité) interviennent respectivement pour la déglutition et les stratégies motrices et praxiques. (Couly, 2017). Des mouvements endobuccaux latéraux et rotatoires apparaissent. La phase orale devient volontaire par la gestion de la propulsion du bolus vers les zones réflexogènes de la déglutition (Abadie, 2004).

Vers 6 mois, l'enfant découvre de nouveaux goûts et textures grâce à la diversification alimentaire. L'arrivée des premières dents permet le malaxage des aliments. Entre 13 et 15 mois, les compétences de mastication s'améliorent. A 24 mois, l'enfant a acquis les compétences lui permettant de manger n'importe quelle texture. L'alimentation proposée à l'enfant peut alors se rapprocher de celle de toute la famille, en l'adaptant aux besoins de son âge (Lecoufle & Leseq-Lambre, 2019). Les expériences motrices et sensorielles quotidiennes liées aux repas permettront un perfectionnement progressif de la mastication. Les praxies de mastication et de déglutition seront véritablement efficaces vers 4 ans (Couly, 2017).

Les oralités primaire et secondaire, alimentaire et verbale se situent dans un continuum comme l'illustre le schéma de Catherine Thibaut (voir annexe 1). La bouche est le lieu de l'ingestion et de la phonation mais aussi un terrain d'expériences sensorielles.

D. Oralité et sensorialité

Les sens se développent in utero dans un ordre précis : le toucher, l'odorat, le goût, l'audition puis la vue (Golse et Guinot 2004, cité par Boudou et Lecoufle, 2015). A 14 semaines, il existe déjà une sensibilité péri-orale (Granier -Deferre et Schaal, 2005 cité par Boudou et Lecoufle, 2015). L'appareil vestibulaire, l'olfaction et la gustation se développent ensuite. Dès 25 semaines, le fœtus perçoit les odeurs du liquide amniotique. Il est également capable d'écouter les bruits et les sons. Le ventre de la mère est une première expérience sensorielle multimodale (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009).

A la naissance, une continuité transnatale s'opère et la mère répond aux attentes sensorielles du nouveau-né (Senez & Martinet, 2015). In utero, le nourrisson a enregistré les particularités du liquide amniotique en termes de texture, de température, d'odeur et de saveur (plutôt sucrée)

et va rechercher un « *aliment de confiance* » (le lait maternel) qui s'en rapproche le plus possible (Marlier et al., 1998). Il perçoit le goût du lait, l'odeur de sa mère, la chaleur et le contact de sa peau. Il reconnaît les battements de son cœur et le timbre de sa voix. Le portage de l'enfant fait également appel aux stimulations proprioceptives, vestibulaires et visuelles. Ainsi, un « *cordon sensoriel* » va continuer à relier la mère et l'enfant dans les premiers mois de vie (Senez & Martinet, 2015).

Plus tard, dans le cadre du repas familial, différentes stimulations vont entrer en jeu. Certaines sont liées au contexte : la lumière, les bruits (conversation, vaisselle), les odeurs (des aliments, des autres personnes), les perceptions tactiles (matière, textures des aliments) et proprioceptives (poids de la vaisselle). D'autres stimulations interviennent en mangeant : olfactives et visuelles avant la mise en bouche des aliments, puis gustatives, tactiles et proprioceptives lors de la mastication et de la déglutition (Prudhon-Havard et al., 2009).

L'enfant tout-venant peut percevoir et intégrer ces différentes informations sensorielles selon un mode multimodal (Barbier, 2014). Cela renvoie au concept d'intégration sensorielle (Ayres, 1972). Il s'agit du processus neurologique central qui détecte et organise les informations sensorielles dans le but de produire une réponse adaptée à l'environnement. Ces informations sont nécessaires pour le contrôle postural et gravitationnel, les praxies et la coordination. Ces habiletés sont à la base des comportements moteurs et émotionnels ainsi que des apprentissages (Ray-Kaesler & Dufour, 2013).

Les sens ont ainsi une place essentielle dans l'oralité alimentaire. Nous allons nous intéresser plus particulièrement au goût qui correspond à une perception multisensorielle.

E. Le développement du goût

La gustation est une activité sensorielle chimique qui permet d'apprécier la saveur d'un aliment. On distingue 5 saveurs primaires : le sucré, le salé, l'amer, l'acide et l'umami (Brondel et al., 2013). Différents types de récepteurs sensoriels sont sollicités par les aliments et les boissons. Il y a les récepteurs gustatifs, les récepteurs olfactifs permettant de percevoir l'odeur et l'arôme des aliments, les récepteurs somesthésiques trigéminaux permettant l'analyse de la texture et de la température. Les sensations visuelles et auditives sont également importantes. L'ensemble de ces sensations permet de définir la flaveur d'un aliment. (Farges & Robin, 2019). Avant toute expérience alimentaire, les nouveau-nés manifestent une mimique hédonique pour le sucré, indifférente pour le salé et grimaçante pour l'amer et l'acide (Couly, 2010).

Contrairement à ce qui était admis auparavant, une étude a montré que l'alimentation maternelle (pendant la grossesse et l'allaitement) a un impact limité sur l'acceptation des aliments lors de la diversification (Nicklauss, 2015). Elle a également mis en évidence l'importance de la variété alimentaire dès le début de la diversification. En effet, il existe une fenêtre d'opportunité, entre 4 mois et 2 ans, pour introduire les aliments mangés par la famille.

Entre 2 et 10 ans, 77% des enfants refusent de goûter de nouveaux aliments. C'est la néophobie alimentaire, qui est considérée comme une période normale du développement. Elle est particulièrement marquée entre 3 et 8 ans (Farges & Robin, 2019). Quatre hypothèses peuvent expliquer ce phénomène. Il pourrait s'agir d'une rigidité perceptive, selon laquelle il existe autant d'aliments nouveaux que de présentations nouvelles. Cela pourrait être la recherche d'un sentiment de sécurité au moment de l'entrée à l'école, ou la conséquence de l'autonomie croissante de l'enfant pouvant le conduire à s'interroger sur ses préférences. Enfin, cela pourrait correspondre au processus d'individuation de l'enfant (vers 2-3 ans) et à l'opposition aux parents (Rigal, 2009). La néophobie peut être atténuée voire surmontée. La familiarisation peut se faire à court terme lors de la préparation des repas par exemple, et à long terme par des expositions répétées. Le contexte du repas peut favoriser l'acceptation d'un nouvel aliment. S'il existe un climat affectif chaleureux et que les autres membres de la famille montrent une attitude positive vis-à-vis de l'aliment, l'enfant pourra progressivement modifier ses représentations (Rigal, 2004).

Quand l'enfant a acquis un langage construit (entre 30 et 36 mois), il accède à la nourriture à travers des représentations cognitives et non plus seulement à travers la dimension sensorielle. E. Levavasseur parle « *d'oralité tertiaire (ou oralité cognitive)* » (Levavasseur, 2017a). On inclut ainsi dans le goût la sensation hédonique (préférences, aversions) et les facteurs cognitifs (choix, habitudes culturelles) (Brondel et al., 2013).

De plus, si les choix alimentaires sont en partie déterminés génétiquement, les traditions sociales et familiales vont influencer les préférences de l'enfant (Farges & Robin, 2019).

F. Les différentes dimensions de l'oralité alimentaire

L'oralité alimentaire revêt 3 dimensions : métabolique, culturelle et symbolique (Thibault, 2004). La première est métabolique, incorporer un aliment revient à se nourrir grâce à ses propriétés nutritionnelles. Les parents souhaitent mettre en œuvre leur idée d'une bonne alimentation. Dans les entretiens menés lors d'une étude (Bordet et al., 2011), l'ensemble des

mères s'accordent pour définir le « *bien manger* » comme le fait de manger équilibré, varié, d'éviter les grignotages et les aliments trop gras ou sucrés, faire des repas complets (entrée-plat-dessert à partir de 24 mois), manger en quantité raisonnable, prendre ses repas en famille si possible et dans le plaisir. L'alimentation est donc vecteur de valeurs liées à la santé, au partage et à la socialisation.

Les choix alimentaires ont également une valeur culturelle. Ils permettent au sujet de définir son identité en se situant dans un groupe de référence. Des enquêtes sociologiques ont montré le rôle des mères dans la transmission de la culture alimentaire familiale (Tavan 2003, Donnat 2004, cité par Bordet et al., 2011).

L'alimentation est porteuse de sens et possède une dimension symbolique et affective. La relation familiale se fonde symboliquement par l'acceptation de la relation nourrissante entre le nouveau-né et ses parents (Couly, 2010). Il se nourrit au départ du lait de sa mère (ou de lait infantile) mais également de sa tendresse et de son attention. Dès la naissance, le repas s'inscrit dans une trame narrative où l'oralité verbale et l'oralité alimentaire se mêlent (Bullinger, 2004). La bouche est ainsi le médiateur du plaisir, de l'attachement et de la communication avec la mère (Kerlan, 2017). Plus tard, l'enfant exprime son plaisir ou dégoût par des mimiques. Les repas sont un des premiers terrains d'affirmation et de contestation de l'autorité parentale (Bordet et al., 2011). Il existe des enjeux éducatifs et psychologiques autour de l'alimentation, en lien avec l'histoire personnelle et familiale de l'enfant. Une étude a montré que les enfants dont les mères ont un trouble alimentaire ou psychiatrique ont plus de difficultés alimentaires (Micalli et al. 2009 cité par Bordet et al., 2011).

Ainsi, pour de nombreuses raisons, médicales, sensorielles, psychologiques ou environnementales, l'oralité alimentaire du jeune enfant peut être troublée.

II. Les troubles de l'oralité alimentaire

A. Définition et prévalence

Les difficultés alimentaires concernent 24% à 35% des enfants au développement normal et 33% à 80% des enfants avec retard ou handicap développemental (Leblanc, 2014). On retrouve dans la littérature les termes de « *difficultés alimentaires* », « *troubles de l'oralité* » ou « *dysoralité* ». Dans la littérature plus récente, les auteurs préfèrent employer le terme de « *troubles de l'oralité alimentaire* » (TOA) ou de « *troubles alimentaires pédiatriques* » (TAP), en référence à la terminologie américaine consensuelle « *Pediatric Feeding Disorders* »

(Guillon-Invernizzi et al., 2020). Nous retiendrons la terminologie de troubles de l'oralité alimentaire (TOA) qui permet une approche globale du trouble. Celui-ci se définit comme *« l'ensemble des difficultés à s'alimenter par voie orale de manière adaptée et suffisante pour assurer un bon état nutritionnel et un bon développement psychomoteur »* (Leblanc, 2014).

Parmi les critères diagnostiques du trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments du DSM-5, la principale caractéristique est l'évitement ou la restriction des ingestions de nourriture (critère A) se manifestant par une incapacité à atteindre les besoins nutritionnels et/ou énergétiques appropriés. *« Une ou plusieurs caractéristiques essentielles suivantes doivent être présentes : perte de poids significative, déficit nutritionnel significatif, nécessité d'une nutrition entérale par sonde ou de compléments alimentaires oraux, ou encore altération nette du fonctionnement psychosocial. »* (Crocq et al., 2016).

Les principaux comportements alimentaires à l'origine d'une sous-alimentation sont : le refus de manger des aliments solides, la sélectivité alimentaire, le faible appétit et la peur de l'étouffement (Perret & Zero to Three Organisation, 2019). Les degrés de sévérité varient du trouble de l'oralité sévère aux difficultés légères à modérées (Kerzner et al., 2015). Ces troubles peuvent être transitoires, développementaux, chroniques ou évolutifs (Van den Engel-Hoek et al., 2017). Il est fondamental d'identifier l'origine des troubles qui peuvent s'expliquer par des aspects organiques, gnoso-praxiques, sensoriels et comportementaux (Bandelier, 2015 ; Levavasseur, 2017a).

B. Les troubles de l'oralité liés à une étiologie médicale

Différentes pathologies organiques peuvent engendrer un TOA (Abadie, 2004). Cela concerne notamment :

- les pathologies digestives : allergie aux protéines de lait de vache, maladie cœliaque, reflux gastro-œsophagien (RGO)
- les syndromes infectieux et inflammatoires
- les troubles de la déglutition en lien avec des pathologies respiratoires ou neurologiques (tumeur du tronc cérébral, AVC, encéphalite).
- les pathologies et malformations ORL (fente vélo-palatine, fistule œso-trachéale, atrésie de l'œsophage...)
- les cardiopathies congénitales

- les pathologies pulmonaires (pneumopathie)
- certains syndromes liés à une atteinte du tronc cérébral comme le syndrome de CHARGE, le syndrome de Pierre Robin, les microdélétions du chromosome 22, le syndrome de Williams ou le syndrome de Prader-Willi.

La prématurité (avant 37 SA) est également un facteur de risque au regard de l'oralité (Haddad, 2017). La succion nutritive est mature à 34 SA, mais la coordination succion-déglutition-respiration n'est fonctionnelle qu'à partir de 37 SA. C'est pourquoi, avant 34 semaines, le bébé prématuré est nourri de façon artificielle par voie entérale ou parentérale.

Les principaux signes évocateurs de TOA en lien avec une étiologie médicale sont (Bandelier, 2015) :

- les allergies ou intolérances alimentaires
- la toux, signes d'inconfort pendant et/ou après l'alimentation
- les épisodes d'étouffement ou de cyanose
- les infections bronchiques et ORL
- la voix mouillée
- RGO / œsophagite
- les régurgitations, vomissements
- les amygdales hypertrophiées

Une origine organique est souvent présente dans le cadre d'un TOA. Ces aspects médicaux peuvent s'accompagner d'autres aspects comme des difficultés gnoso-praxiques.

C. Les aspects gnoso-praxiques liés au trouble de l'oralité

Les principaux signes liés aux aspects gnoso-praxiques sont (Bandelier, 2015) :

- les difficultés de succion
- les difficultés lors des transitions (sein/biberon, biberon/cuillère, premiers morceaux...)
- les difficultés d'acquisition de la mastication
- les fausses-routes, blocages alimentaires
- l'hypotonie oro-faciale
- le bavage

Une plainte fréquemment rencontrée est le retard ou la difficulté de passage aux morceaux. Les étiologies fréquemment observées sont les suivantes (Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2019) :

- Un trouble oro-moteur caractérisé par :
 - o des troubles du tonus lingual (hypertonie ou hypotonie)
 - o des troubles du tonus bucco-facial (hypertonie ou hypotonie)
 - o la persistance de mouvements antéro-postérieurs de la langue
 - o une force masticatoire diminuée
 - o une fatigabilité musculaire
- L'état bucco-dentaire lié à :
 - o une mauvaise hygiène bucco-dentaire (caries, sensibilité)
 - o une malposition dentaire ou un défaut de coordination occlusale
 - o une agénésie dentaire (déficit du coefficient masticateur)
- Une pauvreté des stimulations alimentaires en lien avec :
 - o un passage aux morceaux retardé (raison médicale, environnementale)
 - o des propositions alimentaires peu étayantes (goûts, textures...)
- Une hyperréactivité sensorielle, pouvant prendre différentes formes.

D. Les aspects sensoriels liés au trouble de l'oralité

Les TOA peuvent être d'origine sensorielle. Des chercheurs (Miller et al., 2007) ont développé une nouvelle terminologie proposant de remplacer les « *dysfonctions de l'intégration sensorielle* » par les « *troubles du traitement des stimuli sensoriels* » (voir annexe 2). Les troubles de la modulation sensorielle correspondent à des difficultés de traitement de l'information sensorielle arrivant au cerveau.

Un ou plusieurs signes sont évocateurs de troubles du traitement sensoriel (Bandelier, 2015) :

- l'hypersensibilité tactile
- l'hypersensibilité oro-faciale
- l'hyper-nauséux
- l'hyposensibilité oro-faciale.

L'hypersensibilité tactile se décline en 5 stades (voir annexe 3 - Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009).

L'hypersensibilité orale se définit comme le refus de tout contact (tactile et alimentaire) avec les zones exo-buccale (joues, menton, lèvres) ou endo-buccale (gencives, langue, palais). Elle se manifeste à travers différentes défenses de l'enfant (fermeture de la bouche, pleurs, nausées, vomissements...). Elle se décline aussi en 5 stades (voir annexe 4).

On retrouve fréquemment chez les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), une hypersensibilité tactile et orale ou au contraire une hyposensibilité dont les particularités peuvent être fluctuantes (Prudhon, 2017).

Certains enfants présentent une hypo-réactivité sensorielle orale ou globale (Guillon-Invernizzi et al., 2020). Ils ont besoin de plus de stimulations que les autres pour activer leur seuil de réaction et répondre aux stimuli sensoriels. L'hyposensibilité orale est souvent liée à une hypotonie oro-faciale. Les réactions motrices sont faibles et les pertes salivaires fréquentes. L'enfant perçoit difficilement ce qu'il a en bouche (volume, texture, saveurs, température). Le temps de repas est allongé et le risque de fausse-route est important.

On retrouve la présence d'un hyper nauséux (voir annexe 5) dans les aversions alimentaires d'origine sensorielle (AAOS) (Senez & Martinet, 2015). Les symptômes sont le manque d'appétit, le refus de la nouveauté, la sélectivité alimentaire, la lenteur, des problèmes de comportements aux repas, les nausées et les vomissements. Il peut y avoir 5 degrés de sévérité (voir annexe 6).

L'hyperréactivité sensorielle peut prendre plusieurs formes : gustative, olfactive, tactile, auditive, visuelle (Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2019). Elle peut se manifester par :

- des défenses visuelles (détournement du regard, évitement...)
- des défenses tonico-posturales (corps en extension, détournement de la tête...)
- des défenses olfactives (se bouche le nez)
- des défenses tactiles (refuse de toucher, gêne au contact...)
- des défenses comportementales (instabilité motrice, agitation...).

Les aspects sensoriels liés au TOA peuvent se manifester de différentes façons et s'accompagner de troubles comportementaux.

E. Les troubles comportementaux et environnementaux liés au trouble de l'oralité

Les aspects comportementaux liés au TOA sont généralement décrits par les signes suivants (Bandelier, 2015) :

- un désintérêt pour l'alimentation
- le refus de la nouveauté
- des problèmes de comportement au moment des repas (évitement, colère...)
- la peur d'avaler ou de s'étouffer
- de l'anxiété ou de l'appréhension précédant le repas
- la sélectivité alimentaire (goût, texture, couleur, température...)
- le désarroi des parents

Certains enfants ont développé un TOA en raison d'un vécu oral difficile (intubation, trachéotomie, épisode d'étouffement...). C'est le cas d'enfants présentant une anorexie post-traumatique après hospitalisation ou alimentation artificielle prolongée (Thibault, 2017). Cela s'explique par de multiples raisons : une expérimentation orale inexistante ou négative, la perturbation du rythme satiété/faim (dans le cas de nutrition artificielle) et la perturbation du lien mère-enfant. Catherine Thibaut cite également les anorexies psychogènes comme l'anorexie commune d'opposition du second semestre. Il s'agit souvent d'une réponse de l'enfant à une situation relationnelle difficile. Notons que les difficultés alimentaires du jeune enfant ont toujours des répercussions psychologiques sur la relation mère-enfant (Abadie, 2004). Il existe également des formes sévères d'anorexie mentale infantile (forme phobique, forme dépressive) ou des troubles liés à des psychoses infantiles débutantes. Dans le cas d'enfants ayant un TSA, on retrouve un manque d'appétit, la sélectivité alimentaire (dans 70% des cas), le refus de la nouveauté, l'importance de rituels et des problèmes de comportements lors des repas (Prudhon, 2017).

D'autres enfants présentent un comportement alimentaire déviant sans pathologie organique (Romano et al., 2015). Cela se manifeste soit par le refus de manger, soit par une sélectivité alimentaire, soit par une lenteur pour s'alimenter. Différentes raisons peuvent être à l'origine de ce trouble (Levy et al., 2009) :

- les enfants présentant un petit poids de naissance (prématurité ou retard de croissance intra-utérin), souvent nourris au-delà des signaux de satiété
- un évènement traumatique au moment de la diversification alimentaire
- des problématiques organiques entraînant des difficultés à s'alimenter qui vont persister après la résolution de la cause initiale
- une ou des attitude(s) parentale(s) inadaptée(s) favorisant le maintien du trouble :
 - o le nourrissage nocturne (ou lorsque l'enfant est somnolent)
 - o le forçage alimentaire
 - o l'alimentation persécutante (tentatives constantes pour nourrir l'enfant malgré ses refus)
 - o la distraction pendant le repas (écrans par exemple)
 - o l'alimentation mécanique (enfant nourri à heure fixe, sans tenir compte des signaux faim/satiété)
 - o le prolongement des repas (au-delà de 30 minutes).

Levavasseur propose une lecture pyramidale des TOA selon l'interaction de deux boucles sensorielles (Levavasseur, 2017a - voir annexe 7). La boucle sensorielle primaire concerne la situation prédisposant à des difficultés alimentaires (difficultés sensorielles, motrices, digestives, respiratoires) qui perturbent le bon déroulement du repas. A force de répétitions quotidiennes, l'enfant assimile le repas à un évènement négatif et développe un comportement difficile à table. Les parents peuvent alors réagir par des réponses inadaptées voire contre-productives (forçage, punition). La boucle sensorielle secondaire, qui se met en place entre le comportement de l'enfant et les réponses de l'environnement, ancre le TOA. Plus l'enfant grandit et plus il est difficile de percevoir l'impact de la boucle sensorielle primaire. Plus l'enfant est jeune, plus la prise en soin (PES) peut se concentrer sur l'ajustement des réponses parentales au trouble primaire.

Il existe 4 styles parentaux décrits dans la littérature (Kerzner et al., 2015) :

- Démocratique (recommandé) : les parents accompagnent l'alimentation de leur enfant. Ils établissent des règles avec souplesse et montrent un exemple d'alimentation positive. Les enfants mangent notamment plus de produits laitiers, de fruits et de légumes.
- Autoritaire (moitié des parents) : ils contrôlent l'alimentation de leur enfant, en ignorant ses sensations de faim et de satiété. Ils utilisent des conduites coercitives ou le forçage.

Cette attitude est contre-productive à long-terme (poids trop faible ou trop élevé de l'enfant).

- Permissif : les parents répondent à toutes les demandes de l'enfant (repas spéciaux) et établissent peu de règles. On observe un effet négatif de ce style parental au moment de la diversification, favorisant la néophobie alimentaire (Rigal, 2015).
- Négligent : les parents abandonnent leur rôle consistant à accompagner l'alimentation de l'enfant et à poser des limites. Ils négligent les besoins physiques et émotionnels de leur enfant. Il existe un risque d'obésité ou de retard staturo-pondéral.

Les étiologies des TOA sont multiples et le plus souvent intriquées (Bandelier, 2015). Ainsi, les signes cliniques évoquant les aspects organiques, gnoso-praxiques, sensoriels, comportementaux et environnementaux sont tous à rechercher lors de l'évaluation des TOA.

III. L'évaluation des troubles de l'oralité alimentaire

A. L'évaluation pluridisciplinaire des aspects médicaux

A l'hôpital, il existe quelques consultations transdisciplinaires spécialisées à Paris, Bordeaux, Toulouse, Nantes, Lille et Angers (Leblanc, 2014). La démarche du pédiatre face à un TOA consiste à éliminer une étiologie organique, à évaluer l'impact nutritionnel, respiratoire et psychique du trouble (Abadie, 2004). Cela implique une consultation longue et transdisciplinaire, en présence d'une psychologue, d'une psychomotricienne et/ou d'une orthophoniste. Elle débute par une anamnèse de l'histoire orale et médicale de l'enfant. Le pédiatre doit analyser les symptômes décrits en reprenant le développement de l'oralité alimentaire (expériences orales fœtales, premiers jours, allaitement, sevrage, alimentation au biberon, diversification, acquisition de l'autonomie alimentaire). La consultation permet également d'observer les interactions entre la mère et l'enfant. La psychomotricienne et l'orthophoniste analysent le comportement de l'enfant, son développement psychomoteur et ses praxies orales spontanées. La psychologue a quant à elle un rôle d'observation et d'écoute active. Elle relève les non-dits maternels, le lexique utilisé pour décrire les repas (souvent péjoratif) et les réactions de l'enfant à l'évocation des troubles. Un bilan de l'état général est également proposé comprenant la constitution de la courbe staturo-pondérale, la mesure du périmètre crânien, puis un examen somatique complet (digestif, nutritionnel, oro-facial et neurodéveloppemental). Enfin, un en-cas est proposé à l'enfant pour observer son comportement et ses praxies orales.

Le pédiatre, le médecin généraliste ou le médecin de la Protection Maternelle Infantile (PMI) peuvent contribuer au dépistage des TOA du jeune enfant. Dans un mémoire d'orthophonie (Boisnault, 2018), il a été montré que les troubles de l'oralité font partie des pathologies pour lesquelles les médecins généralistes connaissent le moins l'indication orthophonique. Un autre mémoire (Quesnel, 2014) a mis en évidence que pendant leurs études, les médecins généralistes, les médecins de PMI et les pédiatres ne sont pas ou peu formés sur les TOA de l'enfant. Certains se forment au cours de leur développement professionnel continu.

En institution, les aspects médicaux sont évalués par le médecin travaillant en lien avec toute l'équipe paramédicale (aides-soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciennes, infirmiers, orthophonistes). Un bilan orthophonique à visée diagnostique peut être sollicité.

Quel que soit son mode d'exercice, l'orthophoniste a un rôle primordial dans la prévention et la prise en soin précoce des TOA (Bandelier, 2015). Il peut repérer durant l'anamnèse ou l'observation clinique des signes liés à des aspects organiques. Il va alors orienter ou se tourner vers le corps médical (pédiatre, ORL, allergologue, gastropédiatre, neuropédiatre). Des examens médicaux complémentaires (nasofibroscopie, radiocinéma, manométrie, Phmétrie) ou des évaluations paramédicales (diététique, psychomotricité, ergothérapie, kinésithérapie) peuvent également être suggérés.

B. L'évaluation orthophonique des aspects gnoso-praxiques

L'orthophoniste propose tout d'abord une évaluation de la sphère oro-faciale (Thibault, 2017). Il peut utiliser l'EVALO 2-6 (Coquet et al., 2009) pour tester les praxies bucco-faciales des jeunes enfants. Il peut aussi s'en servir pour évaluer les éléments phonétiques, phonologiques, lexicaux et morfo-syntaxiques du langage oral afin de croiser les données des oralités verbale et alimentaire (Coquet, 2017).

L'orthophoniste réalise si besoin un bilan des compétences oro-motrices et masticatoires (Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2019). Ce bilan n'est pas proposé en première intention quand l'enfant a un trouble de la sensibilité orale ou lorsqu'il n'a pas développé les pré-requis nécessaires à la mastication (tout-petit, handicap...). Dans l'anamnèse, l'orthophoniste commence par recueillir des données développementales telles que l'âge de l'enfant, l'histoire médicale et neuro-développementale et le développement de l'alimentation. Il peut également

demander aux parents le contenu d'une journée alimentaire type (sur 48/72 heures). Il procède ensuite à une observation de l'enfant :

- l'état bucco-dentaire
- la morphologie faciale et mandibulaire (béance, rétrognathie, prognathie)
- les fonctions au repos : position de la langue, ventilation (nasale ou buccale), tonus bucco-facial.
- la posture et l'installation lors du repas (chaise haute, chaise « classique »...)
- l'environnement lors du repas (calme, bruyant, en présence ou non de la famille)

Concernant le bilan masticatoire fonctionnel, l'orthophoniste peut évaluer les compétences oro-motrices lors d'un essai alimentaire (Senez & Martinet, 2015). Catherine Senez a élaboré un protocole de bilan masticatoire (voir annexe 8). Il consiste à proposer à l'enfant un biscuit fondant de type madeleine en premier lieu, puis un biscuit croustillant de type petit-beurre (avec feedback auditif et vibratoire). L'orthophoniste place le morceau entre les molaires, puis sur l'apex lingual. Il laisse ensuite l'enfant terminer seul son biscuit. Il évalue les mouvements de langue, l'étanchéité labiale, la vidange buccale, le rythme et l'efficacité de la mastication, la présence de déglutitions secondaires. Par ailleurs, il peut assister à un repas (en famille ou en institution) où il notera la qualité de la mastication, les textures proposées, la fatigabilité et d'éventuels troubles de la déglutition. Certains enfants, présentant de bonnes capacités au niveau des praxies bucco-faciales, montrent une mastication inefficace ou absente en raison de l'aspect sensoriel des textures. L'orthophoniste tire ainsi des conclusions concernant la mastication et peut relever des signes de « *dysoralité sensorielle* ».

C. L'évaluation orthophonique des aspects sensoriels

Pour évaluer les aspects sensoriels des TOA, l'orthophoniste dispose de différents outils. Il peut utiliser les échelles d'évaluation précédemment évoquées (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009 ; Senez & Martinet, 2015) afin de diagnostiquer une hypersensibilité tactile et/ou oro-faciale, une hyposensibilité globale et/ou orale ou une aversion alimentaire d'origine sensorielle (AAOS).

Le profil sensoriel (Dunn, 2010) est un test de référence pour évaluer l'intégration sensorielle des enfants de 3 ans à 10 ans. Il a pour but d'objectiver l'impact des troubles sensoriels sur la vie quotidienne (ECPA par Pearson, 2019). Il fournit des informations sur les

tendances de l'enfant à réagir aux stimuli. Il se présente sous forme d'un questionnaire de 125 items qui se regroupent en 14 sections réparties en 3 thèmes :

- le traitement de l'information sensorielle (auditive, visuelle, vestibulaire, tactile, multisensorielle, orale)
- la modulation (liée à l'endurance et au tonus, à la position du corps et au mouvement, au niveau d'activité et aux réponses émotionnelles)
- les réponses comportementales et émotionnelles.

Une version abrégée de 38 questions existe pour réaliser un test de dépistage (screening). Elle permet de cibler principalement les items en lien avec la modulation sensorielle.

Les parents remplissent le questionnaire seuls ou avec l'aide d'un professionnel. Cette approche permet de les amener à s'interroger sur le fonctionnement particulier de leur enfant. Placer le parent au centre du processus d'observation favorise aussi son implication dans la prise en soin (ECPA par Pearson, 2019). L'évaluation globale des aspects sensoriels permet à l'orthophoniste de dégager le profil sensoriel de l'enfant. Il pourra ainsi le mettre en relation avec les éléments évoqués au sujet des repas.

Concernant les textures et les aliments acceptés, l'orthophoniste peut poser une question ouverte aux parents («*Quelles sont les présentations /les textures que votre enfant accepte de manger ?* »). Il peut ensuite demander des précisions au sujet des liquides, des potages, des purées lisses, des purées écrasées grossièrement, des morceaux de viande, de légumes et de fruits, des quiches, des plats en sauce, des glaces, des biscuits salés ou sucrés (Levavasseur, 2015b). Un inventaire alimentaire plus détaillé et présenté par groupe alimentaire peut sinon être proposé. Il permet d'évaluer les habitudes de l'enfant et de la famille et de détecter une sélectivité alimentaire potentiellement liée à des aspects sensoriels (Levavasseur, 2017b).

Des chercheurs (Bruns & Thompson, 2011) proposent d'utiliser un journal alimentaire («*food diary*») pour évaluer les difficultés alimentaires des enfants présentant un TSA. Le journal alimentaire permet de mettre en évidence la quantité et le type d'aliments et de liquides ingérés par l'enfant. Il permet aussi de relever les textures, les températures et les présentations acceptées par l'enfant selon les différents lieux et les différentes personnes. Les informations détaillées contribuent ainsi à détecter une hyposensibilité ou une hypersensibilité liée à certains aliments (présentation, texture). Les auteurs proposent une forme libre du journal alimentaire ou un format préparé sous forme de cases à remplir ou à cocher. L'exemple donné dans leur cas clinique est un format libre avec l'indication des aliments et boissons consommés par l'enfant

pendant une semaine. Ils suggèrent enfin de compléter l'utilisation de cet outil, par une observation des repas afin d'analyser les interactions et le comportement de l'enfant.

D. L'évaluation orthophonique des aspects comportementaux et environnementaux

Pour évaluer les aspects comportementaux et environnementaux, l'orthophoniste peut utiliser un questionnaire alimentaire (Levavasseur, 2015a). Il permet d'aborder avec les parents les points suivants : le comportement de l'enfant ; les textures acceptées ; les aliments essayés, acceptés ou refusés ; l'installation et le cadre du repas ; les astuces ou stratégies éducatives. Le croisement des réponses permet d'orienter l'hypothèse diagnostique et la guidance parentale.

Concernant le comportement de l'enfant, E. Levavasseur (Levavasseur, 2015a) propose de donner différents exemples aux parents (« il refuse de manger », « il crache », « il pleure », « il est lent », « il peut vomir [...] avoir des nausées », « il trie », « il peut tousser », « il mâche longuement »...). Cela permet de voir une éventuelle hypersensibilité intrabuccale, l'incidence sur le quotidien familial, une problématique entretenue par les exigences familiales, une fragilité motrice ou l'existence de fausse-route. Il est également important de préciser si ces comportements sont identiques dans tous les contextes (crèche, nourrice, cantine, grands-parents...). L'orthophoniste peut également assister à un repas ou un « *goûter bilan* » pour observer le comportement et l'autonomie de l'enfant, les interactions avec les parents et le ressenti de chacun (Coquet, 2017). Sinon Mc Curtin (McCurtin, 2017), propose d'inclure au bilan l'évaluation d'une séquence vidéo d'un repas filmé dans un contexte naturel pour observer les mêmes points et comparer l'évolution de l'enfant entre les différents bilans. Une analyse fonctionnelle peut aussi être proposée afin de déterminer la raison (ou la fonction) d'un comportement inapproprié, en particulier chez les enfants présentant un TSA (Bruns & Thompson, 2011). Il s'agit d'analyser les éléments déclencheurs, les conditions favorisantes et les conséquences du comportement problématique.

L'orthophoniste échange aussi avec les parents sur l'installation lors du repas. Pour l'enfant qui peut tenir assis dans un siège, une bonne installation doit comporter un appui axial (dossier assez haut), un appui des coudes et un appui des pieds (Senez & Martinet, 2015). Pour les patients polyhandicapés, leur tête doit être dans l'axe du tronc, bien fléchie et détendue afin d'éviter toute contraction musculaire. Une photographie de l'installation de l'enfant peut aider à préciser la description des parents. L'orthophoniste s'interroge également sur le cadre du repas pour savoir où l'enfant mange, avec qui, avec ou sans aide, avec quel ustensile. Comme le

rappelle E. Levavasseur ces différents points font partie du bilan et sont aussi abordés sous forme de guidance parentale (Levavasseur, 2015c).

E. La mise en place de l'alliance thérapeutique et du partenariat parental

L'instauration de l'alliance thérapeutique commence lors du premier contact. La prise de rendez-vous est en effet importante dans l'alliance que le thérapeute construit avec les parents (Lecoufle, 2020). L'orthophoniste va cerner la plainte, l'urgence de la demande et pouvoir commencer à expliquer sa démarche et ses outils. L'anamnèse est ensuite un temps essentiel pour échanger avec les parents sur l'alimentation actuelle, l'histoire médicale, les grandes étapes de l'oralité et le développement sensori-moteur de l'enfant. Le bilan orthophonique permet la rencontre du savoir des parents sur leur enfant avec celui de l'orthophoniste. Il établit la base de l'accompagnement parental ou du partenariat parental.

Dans l'accompagnement parental, l'orthophoniste est un « *accompagnateur qui marche à côté des parents* » (Crunelle, 2010). On peut le distinguer de la guidance parentale, où le thérapeute se positionne en « *guide* », en expert qui détient le savoir et le délivre sous forme d'informations et de conseils. L'accompagnement parental peut comporter des conseils mais il va au-delà. Il exige « *une posture éthique* » (Kerlan, 2017) faite d'écoute bienveillante, de respect des croyances culturelles et familiales. Isabelle Barbier le définit en soulignant la finalité recherchée : « *le but de l'accompagnement parental n'est pas de "guider" chaque pas des parents mais bien de les accompagner sur le chemin qu'ils décident de prendre en les informant, en les incitant à chercher et à trouver des solutions par eux-mêmes, en valorisant leurs initiatives, en respectant leurs coutumes et leurs règles de vie et surtout en les dirigeant vers l'autonomie* » (Barbier, 2004). Cette conception de l'accompagnement parental peut sembler proche du partenariat parental.

Des auteurs ont proposé une nouvelle classification terminologique afin de différencier ces approches complémentaires (Périchon & Gonnot, 2021). Ils définissent l'accompagnement parental comme une relation de coopération symétrique, où le thérapeute modélise certaines techniques pour que les parents puissent les reproduire en enrichissant leurs compétences parentales. Le projet thérapeutique est décidé par l'orthophoniste mais il intègre les particularités du patient et de son environnement. Le partenariat parental est présenté comme « *un processus collaboratif, dynamique et intégratif reposant sur une relation de confiance réciproque (alliance thérapeutique). Les parents sont acteurs et co-décisionnaires du projet de soin de leur enfant.* ». Le partenariat parental s'appuie sur les savoirs tirés de l'expérience des parents, ce qui renforce leur investissement dans la PES. Il intègre les attentes, les besoins et

les représentations propres à chaque famille. Il vise l'autonomie du patient, l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de son entourage, dans les sphères familiales, sociales et scolaires.

Outre l'identification des différents aspects liés au TOA de l'enfant, un des objectifs de l'évaluation orthophonique est d'instaurer une relation de confiance avec les parents (alliance thérapeutique) et de les rendre acteurs de la prise en soin.

Problématique et hypothèses

Après avoir développé le contexte théorique lié aux troubles de l'oralité alimentaire (TOA), nous constatons que les étiologies sont multiples et plurifactorielles. Des outils existent pour évaluer les différents aspects liés aux TOA. Nous pensons qu'un outil comme un carnet alimentaire pourrait être proposé aux parents afin qu'ils puissent apporter plus d'informations lors du bilan orthophonique.

La question est ainsi de savoir dans quelle mesure le carnet alimentaire est pertinent pour l'évaluation orthophonique des TOA de l'enfant et l'instauration du partenariat parental.

Nous formulons les hypothèses suivantes :

- Hypothèse 1 : le carnet alimentaire est un outil pertinent pour l'évaluation des TOA
 - Hypothèse 1.1 : le carnet est un outil facile à utiliser.
 - Hypothèse 1.2 : il permet de recueillir des données précises et objectives concernant l'alimentation de l'enfant.
 - Hypothèse 1.3 : il peut aider à poser le diagnostic orthophonique.

- Hypothèse 2 : le carnet alimentaire est intéressant pour l'instauration du partenariat parental en rendant les parents acteurs de la prise en soin.
 - Hypothèse 2.1 : le carnet permet l'instauration de l'alliance thérapeutique et du partenariat parental
 - Hypothèse 2.2 : l'utilisation du carnet avant le bilan permet aux parents d'observer le comportement alimentaire de leur enfant et de mieux le comprendre
 - Hypothèse 2.3 : le carnet peut permettre des changements concernant les repas et l'attitude des parents.

MATERIELS ET METHODES

I. Population

A. Population cible

a. Les patients et leurs parents

Nous avons décidé d'inclure dans notre étude :

- des enfants de 2 à 10 ans
- sans distinction de sexe
- dont les parents demandaient un bilan orthophonique initial relatif à un trouble de l'oralité alimentaire (TOA)

L'âge de 2 ans correspond au début de l'alimentation familiale et à un certain degré d'autonomie lors des repas. L'âge limite de 10 ans correspond à la préadolescence. Il s'agit d'une période sujette aux troubles du comportement alimentaire décrits dans le DSM-V (boulimie, anorexie notamment) que nous n'avons pas souhaité intégrer à l'étude.

Nous avons exclu au départ les enfants présentant un TOA en lien avec une étiologie médicale (enfants polyhandicapés ou présentant un TSA par exemple). Nous souhaitons cibler les enfants dits « *tout-venant* » (Levavasseur, 2017a) avec TOA sans étiologie médicale, pour homogénéiser les résultats de l'étude. En raison de difficultés de recrutement, nous avons décidé de supprimer les critères d'exclusion afin de pouvoir inclure des patients et leurs parents dans notre étude.

b. Les orthophonistes

Les critères excluèrent au départ les orthophonistes travaillant en structure ou en exercice mixte. La plupart des enfants « *tout-venant* » ayant un TOA sans étiologie médicale connue sont en effet généralement suivis par des orthophonistes exerçant en libéral.

Suite à la suppression des critères d'exclusion des patients, nous avons également élargi le recrutement aux orthophonistes travaillant en structures ou en exercice mixte. Aucun critère concernant l'âge ou la localisation géographique des professionnels n'a été jugé pertinent.

B. Recrutement

Nous avons commencé par le recrutement des professionnels, début décembre, grâce au groupe « *Orthophonistes d'Aquitaine* » du réseau social *Facebook*. Trente-neuf orthophonistes ont manifesté leur intérêt pour participer au mémoire. Nous leur avons envoyé des informations relatives au protocole, le carnet alimentaire et les liens vers les deux questionnaires. Les orthophonistes ont demandé aux parents les contactant pour un bilan initial d'oralité, s'ils étaient d'accord pour utiliser le carnet alimentaire et participer à l'étude.

Un mois et demi plus tard, nous n'avions aucune réponse aux questionnaires à destination des orthophonistes et des parents. Nous avons donc élargi les critères d'inclusion. Puis nous avons relancé le recrutement grâce :

- à d'autres groupes d'orthophonistes du réseau social *Facebook* (« *Ortho-infos* », « *Accompagnement parental et partenariat parental en orthophonie* » principalement)
- au réseau professionnel de certaines orthophonistes
- à un syndicat régional.

Les orthophonistes intéressés pour recevoir le carnet et les informations relatives au mémoire ont été 387.

Au final, le carnet alimentaire, les informations relatives au protocole du mémoire et les liens vers les deux questionnaires ont été envoyés à 426 orthophonistes.

C. Effectifs

Au terme du recrutement le nombre d'orthophonistes ayant participé à l'étude est de 19 (3 orthophonistes ayant été exclus pour avoir utilisé le carnet sans patient ou dans le cadre de la prise en soin). Le nombre de patients est de 22 (car 3 orthophonistes l'ont proposé à 2 patients différents). Le nombre de parents ayant répondu au questionnaire est de 14.

II. Description du matériel

A. Le carnet alimentaire

a. La version initiale

Le carnet alimentaire a été élaboré par Christine Mafayou dans le cadre de sa pratique orthophonique libérale. Dans la version initiale, le carnet comportait une page par journée avec la date à inscrire en haut. Puis pour les 4 repas (petit-déjeuner, déjeuner, goûter, dîner), le parent

devait indiquer : « *l'heure de début et de fin* », « *le lieu et les personnes* », le « *menu* », le smiley (vert, jaune ou rouge) correspondant au déroulement global du repas et le comportement (cases à cocher : « *reste assis, se lève, a besoin d'aide, a besoin des doudous* »). Un espace libre intitulé « *observations* » était laissé en bas, avec deux lignes à compléter concernant la digestion de l'enfant.

b. La version modifiée

Après réflexion, nous avons décidé de modifier légèrement le carnet alimentaire. Afin de préciser l'utilisation des smileys, nous avons ajouté « *évaluation globale* » et une couleur de smiley (vert clair) pour qu'il y ait 4 choix. Pour chaque repas, nous avons reformulé « *lieu et personnes* » par « *installation et personnes (aidantes ou présentes)* ». L'item « *heure de début et de fin* » a été remplacé par la « *durée* ». Le terme « *repas* » a été préféré à « *menu* » pour indiquer que le parent devait noter ce qui était réellement mangé au repas, et non ce qui était prévu au menu. Nous avons également ajouté après l'indication « *repas* » entre parenthèses : « *Noter aliments, quantité approximative, N pour un aliment nouveau et ♥ pour les aliments très appréciés* », afin d'avoir des précisions sur les prises alimentaires (groupes alimentaires, textures, quantités), l'existence de néophobie alimentaire et les aliments « *copains* ».

Concernant le comportement de l'enfant, nous avons complété les cases à cocher par les propositions suivantes : « *refuse des aliments* », « *regarde un écran* », « *pleure* », « *tousse* », « *nausée* », « *vomissement* ». Le refus des aliments peut ainsi être abordé avec les parents pour préciser comment l'enfant le manifeste (mots, gestes, réactions émotionnelles) et comment ils y réagissent. L'évocation des écrans permet de voir si l'enfant a besoin de distracteur pour manger. La toux et les vomissements peuvent être des signes liés à des aspects médicaux. Les vomissements peuvent aussi renvoyer à des difficultés d'ordre sensoriel, tout comme les pleurs et les nausées. La dimension psycho-comportementale est également décelable par les items « *pleure* », « *se lève* » et « *a son doudou* ». Elle est à mettre en relation avec l'évaluation globale du repas (smileys) et les données plus environnementales fournies par la durée, l'installation et les personnes (présentes ou aidantes).

Des cases à cocher ont aussi été rajoutées en bas de page, pour préciser l'état digestif : « *normal* », « *mal au ventre* », « *constipation* », « *diarrhée* », « *reflux (RGO)* ».

c. La version finale

Cette version du carnet a été testée auprès de trois parents, nous avons ensuite décidé d'ajouter le lieu pour le déjeuner, et les boissons consommées à chaque repas. La note

d'information préliminaire destinée aux parents (voir annexe 9) ainsi que la version finale sont disponibles en annexe (voir annexe 10).

Une version PDF modifiable a également été élaborée grâce au logiciel *Soda PDF 360* pour les parents ne possédant pas d'imprimante. Ceux-ci pouvaient ainsi directement remplir ou cocher les cases du carnet alimentaire sur informatique.

B. Le questionnaire à destination des orthophonistes

Nous avons créé un questionnaire visant à évaluer la pertinence du carnet alimentaire auprès des orthophonistes participant à l'étude.

a. Description des thématiques

Il comporte 28 questions, réparties selon les 6 thématiques suivantes :

- L'identification des pratiques professionnelles des participants :
 - o Mode d'exercice professionnel (questions 2 et 3)
 - o Expérience et formation dans le domaine de l'oralité (questions 4 et 5)
 - o Les outils d'évaluation habituellement utilisés (question 6)
- Les renseignements sur le patient : sexe, âge, type d'étiologie des troubles de l'oralité (question 7)
- L'intérêt du carnet alimentaire :
 - o A mettre en relation avec le soin pris par les parents pour remplir le support (questions 8 et 9)
 - o Pour collecter des données objectives sur l'alimentation de l'enfant (questions 10, 11, 12)
 - o Son influence sur l'orientation de l'anamnèse (question 12) et son aide pour poser le diagnostic orthophonique (questions 19, 20, 21)
 - o Les éléments les plus et les moins appréciés (questions 22 et 23)
- L'instauration de l'alliance thérapeutique (questions 13 et 14)
- Les effets positifs ou négatifs du carnet sur les parents (questions 15,16,17,18)
- Les perspectives liées à :
 - o Une nouvelle utilisation du carnet (question 24)
 - o Des modifications et améliorations du carnet (questions 25 et 26)

- Son intérêt dans la prise en soin (questions 27 et 28)

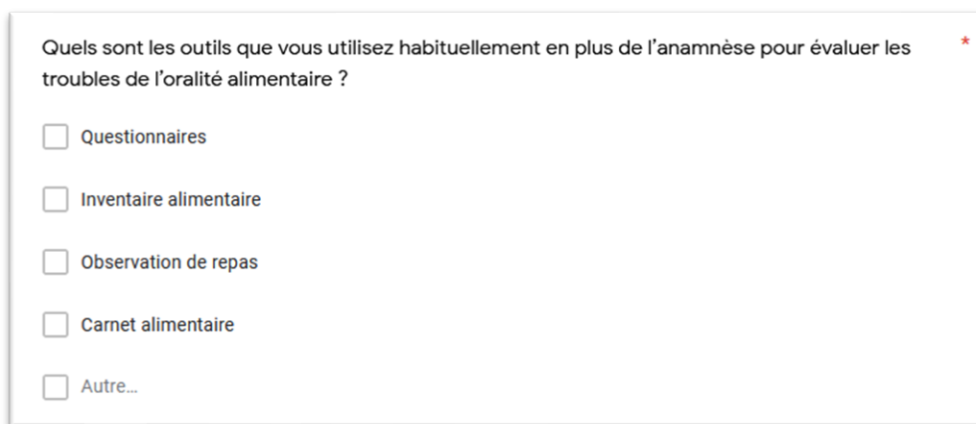
b. Description de la forme des questions et des modalités de réponses

Nous avons élaboré le questionnaire à destination des orthophonistes en proposant des questions fermées et ouvertes.

Les questions fermées présentent 2 types de réponses :

- Des réponses à choix multiples (plusieurs propositions à cocher)

Exemple : question 6



Quels sont les outils que vous utilisez habituellement en plus de l'anamnèse pour évaluer les troubles de l'oralité alimentaire ? *

- Questionnaires
- Inventaire alimentaire
- Observation de repas
- Carnet alimentaire
- Autre...

- Des réponses uniques (une proposition à cocher) :
 - Réponse à une question dichotomique (de type oui ou non)

Exemple : question 8



Le carnet a-t-il été rempli par le(s) parent(s) pendant au moins 7 jours (consécutifs ou non) ?

- Oui
- Non

- Réponse parmi les degrés d'adhésion de l'échelle de Likert.

Exemple : question 19

Les informations données dans le carnet vous ont-elles aidé à poser le diagnostic ? *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Sans avis
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

○ Réponse parmi différentes propositions

Exemple : question 4

Depuis combien de temps prenez-vous en soin les troubles de l'oralité alimentaire ? *

- 0 à 1 ans
- 1 à 2 ans
- 2 à 5 ans
- Plus de 5 ans

Nous avons ensuite posé des questions ouvertes, avec un encart pour rédiger une réponse longue.

Exemple : question 7

Pour pouvoir présenter les profils des patients de l'étude, pourriez-vous préciser le sexe, l'âge de l'enfant et le type d'étiologie du trouble de l'oralité (aspects médicaux, sensoriels, gnoso-praxiques, comportementaux, environnementaux) ? *

Réponse longue

Certaines questions ouvertes permettent d'expliquer la réponse donnée à la question fermée précédente.

Exemple : question 21

En quoi les informations fournies dans le carnet ne vous ont-elles pas aidé à poser le diagnostic ? *

Réponse longue

c. Diffusion

Le questionnaire à destination des orthophonistes a été élaboré et diffusé grâce au logiciel *Google Forms*. Nous avons réalisé une phase de test avant sa diffusion, auprès de 3 personnes afin de vérifier sa clarté et sa cohérence. Il commence par une note de remerciements et d'informations relatives à la collecte des données (annexe 11).

C. Le questionnaire à destination des parents

Nous avons également élaboré un questionnaire pour évaluer la pertinence du carnet alimentaire auprès des parents.

a. Description des thématiques

Ce questionnaire comporte 22 questions, réparties en 4 thématiques :

- L'utilisation du carnet alimentaire :
 - o Les personnes l'ayant rempli (question 2)
 - o La fréquence et la durée utilisées pour le remplir (questions 3 et 4)
 - o Les difficultés rencontrées (questions 5 à 8)
- Les effets du carnet sur les parents :
 - o Concernant la compréhension et l'observation du comportement alimentaire de leur enfant (questions 10 et 11)
 - o Concernant le changement d'attitude des parents vis-à-vis de leur enfant (questions 12 et 13)
 - o Concernant les changements effectués lors des repas (questions 14 et 15)
- L'intérêt du carnet :
 - o Pour fournir des informations précises à l'orthophoniste (question 9)
 - o Au regard des éléments les plus et les moins appréciés (questions 16,17, 20 et 21)
- Les axes d'améliorations du carnet à suggérer (questions 18 et 19)

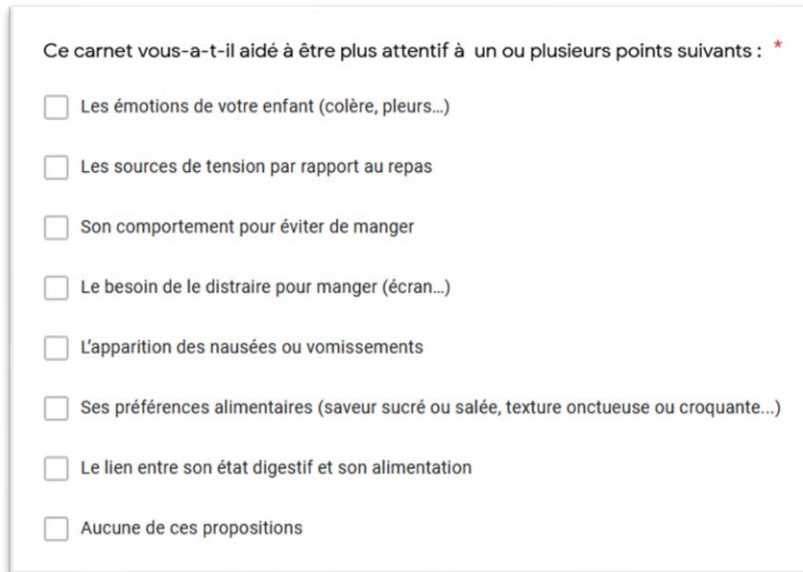
b. Description de la forme des questions et des modalités de réponses

Nous avons élaboré le questionnaire à destination des parents en choisissant des questions fermées et ouvertes.

Les questions fermées ont 2 types de réponse :

- Des réponses à choix multiples

Exemple : question 11



Ce carnet vous-a-t-il aidé à être plus attentif à un ou plusieurs points suivants : *

- Les émotions de votre enfant (colère, pleurs...)
- Les sources de tension par rapport au repas
- Son comportement pour éviter de manger
- Le besoin de le distraire pour manger (écran...)
- L'apparition des nausées ou vomissements
- Ses préférences alimentaires (saveur sucré ou salée, texture onctueuse ou croquante...)
- Le lien entre son état digestif et son alimentation
- Aucune de ces propositions

- Des réponses uniques :

- o Réponse à une question dichotomique (de type oui ou non)

Exemple : question 14



Suite à l'utilisation du carnet, avez-vous fait des changements concernant les repas de votre enfant? *

- Oui
- Non

- o Réponse formulée grâce à l'échelle de Likert

Exemple : question 10

Ce carnet vous a-t-il aidé à comprendre le comportement alimentaire de votre enfant ? *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Sans avis
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

- Réponse choisie parmi différentes propositions

Exemple : question 3

A quelle fréquence le carnet a-t-il été rempli ? *

- Après chaque repas
- Tous les jours
- Tous les 2 jours
- 2 fois par semaine
- 1 fois par semaine
- Au bout de 2 semaines

Le questionnaire comporte également des questions ouvertes à réponse textuelle. Les parents pouvaient ainsi répondre librement à une question ou expliquer leur réponse à une question fermée.

Exemple : question 8

Quelles rubriques du carnet ont été difficiles à remplir ? Pourquoi ? *

Réponse longue

c. Diffusion

Le questionnaire à destination des parents a été élaboré et diffusé grâce à *Google Forms*. Nous avons effectué une phase de test avant sa diffusion, auprès de 4 personnes afin de vérifier sa clarté et sa cohérence. Il débute par une note de remerciements et d'information relative à la collecte des données (annexe 12).

III. Description de la procédure

Le déroulement de la procédure a été synthétisé sous forme de schéma (voir annexe 13).

Suite au recrutement, le carnet alimentaire, le lien des questionnaires et les informations relatives au protocole ont été envoyés par mail aux orthophonistes intéressés.

La majorité des orthophonistes (recrutés à la fin du mois de janvier) a eu un mois et une semaine pour proposer le carnet alimentaire aux parents demandant un bilan initial pour les troubles de l'oralité de leur enfant.

Les professionnels devaient envoyer le carnet 10 à 15 jours avant le bilan, pour que les parents aient le temps de le remplir et éventuellement d'opérer des changements.

Après le bilan orthophonique, les parents étaient invités à remplir le questionnaire (envoyé par mail par l'orthophoniste). L'orthophoniste devait également répondre au questionnaire réservé aux professionnels. La clôture des réponses a eu lieu début mars.

IV. Recueil et traitement des données

A. Recueil des données

Le recueil des réponses aux questionnaires s'est fait automatiquement grâce à l'outil *Google Forms*. Les données ont ensuite été exportées sous le tableur *Google Sheets* pour leur traitement.

B. Traitement des données

Les données obtenues sont uniquement subjectives et dépendantes de chaque orthophoniste et de chaque parent. La méthode d'analyse employée est purement descriptive. Aucun test de corrélation n'a été réalisé étant donné l'indépendance des variables et la taille des échantillons.

Des calculs de pourcentages, des graphiques (à barres et à colonnes) et des graphiques à secteurs ont été utilisés pour le traitement des questions fermées.

Les réponses aux questions ouvertes ont été synthétisées pour l'analyse qualitative. Certaines ont été catégorisées et traitées grâce à un logiciel de nuages de mots (*nuagesdemots.fr*). La représentation visuelle permet de mettre en évidence la fréquence des mots-clés et l'importance de certaines idées.

RESULTATS

I. Les caractéristiques des participants

A. Les orthophonistes

Parmi les orthophonistes participant à l'étude (N=19), la majorité travaillait en libéral (89,5%). Une orthophoniste (5,3%) exerçait en salariat (Jardin d'Enfant Spécialisé) et une autre (5,3%) avait un exercice mixte en libéral et service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) pour déficients intellectuels.

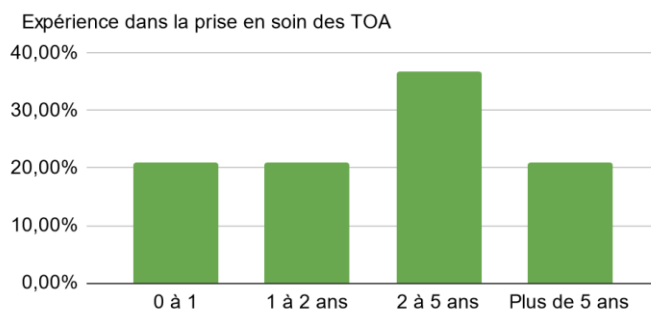


Figure 1 : Expérience dans la prise en soin des TOA

Les profils des professionnels sont plutôt variés (figure 1), avec une prédominance d'expérience entre 2 et 5 ans dans la prise en soin des TOA.

La plupart (89,5%) ont réalisé une formation dans le domaine de l'oralité alimentaire en plus de leur formation initiale.

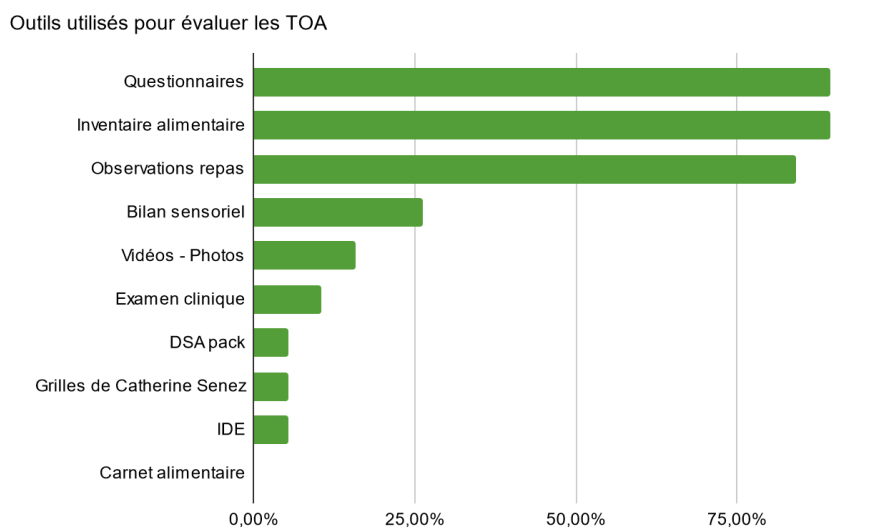


Figure 2 : Outils utilisés par l'évaluation orthophonique des TOA

Dans les outils utilisés par les orthophonistes pour évaluer les TOA (figure 2), on retrouve une prédominance des questionnaires, des inventaires alimentaires (utilisés par 89,5% des orthophonistes) et de l'observation des repas (réalisée par 84 % des orthophonistes). La majorité des orthophonistes (63%) utilise conjointement des questionnaires, un inventaire alimentaire et une observation de repas dans leur évaluation des TOA. Parmi ceux-ci, 66% n'utilisent que ces 3 outils. D'autres outils ont été évoqués : l'Inventaire du Développement de l'enfant (IDE), les grilles de Catherine Senez (bilan masticatoire, AAOS, RGO, classification des fausses-routes), et le profil sensoriel de Dunn (catégorisé en tant que « bilan sensoriel »). On remarque qu'aucun orthophoniste n'utilise de carnet alimentaire.

B. Les patients

Nous allons exposer les caractéristiques des patients (N=22) dans le tableau ci-dessous.

| Caractéristiques | Proportions d'enfants en % | | | | | |
|------------------|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | 2 à 3 ans | 3 à 4 ans | 4 à 5 ans | 5 à 6 ans | 6 à 7 ans | 7 à 10 ans |
| Age | 43 % | 14% | 19% | 5% | 5% | 14% |
| Sexe | Masculin | | | 62% | | |
| | Féminin | | | 38% | | |

Tableau 1 : Caractéristiques des patients (âge et sexe)

L'âge des patients allait de 2 à 10 ans, et la moyenne d'âge était de 4 ans et 5 mois. On observe une part importante de très jeunes enfants (43% ont 3 ans ou moins) et une prédominance masculine (62%).

Aspects liés à l'étiologie des TOA des patients

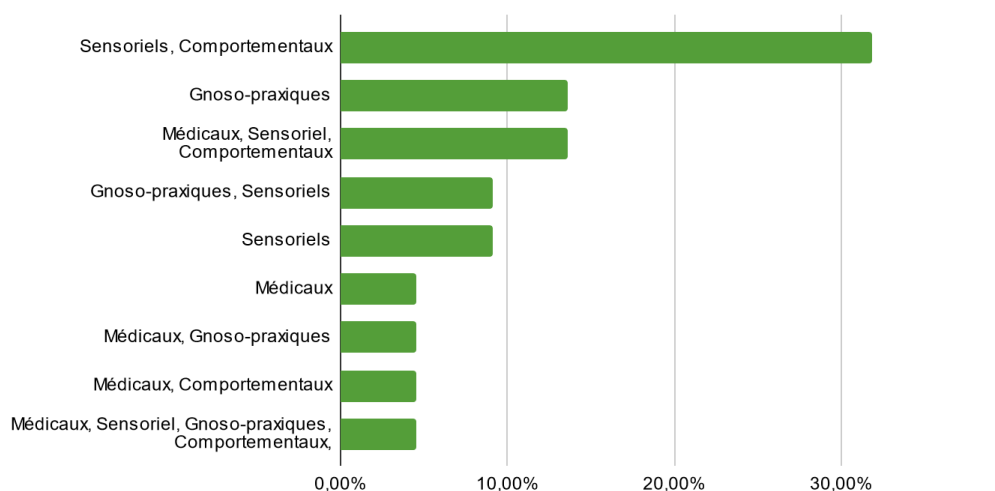


Figure 3 : Aspects liés à l'étiologie des TOA des patients

Afin de décrire le profil des patients (N=22) nous avons recueillis pour chacun les différents aspects liés à l'étiologie du TOA (figure 3). Nous avons regroupé les réponses aux questions ouvertes selon 4 aspects (médicaux, gnoso-praxiques, sensoriels et comportementaux). Une majorité de patients (68,2%) présentait au moins 2 aspects liés au TOA. Les enfants présentant des troubles sensoriels et comportementaux sont les plus nombreux (31,8%).

Les orthophonistes ont précisé les aspects sensoriels en indiquant qu'il s'agissait d'hypersensibilité, parfois en lien avec un TSA. Les aspects comportementaux faisaient référence aux comportements de l'enfant (refus fréquents, troubles du comportement, anxiété) ou à l'environnement (TOA présents dans la famille, stress des parents, contexte de la cantine). Les aspects médicaux renvoyaient notamment à des problèmes de RGO et à des syndromes génétique (microdélétion 18Q2132) ou polymalformatif (fente labio-vélo-palatine par exemple).

C. Les personnes ayant rempli le carnet alimentaire

Parmi les parents ayant participé (N=14), les mères ont majoritairement rempli le carnet alimentaire (78,6%). L'assistante maternelle l'a parfois fait avec la mère (7,1%) ou avec les 2 parents (14,3%).

II. La pertinence du carnet alimentaire comme outil d'évaluation des TOA

A. Les réponses des parents

- a. L'utilisation du carnet
 - Fréquence et durée :

Concernant la fréquence, les parents ont majoritairement rempli le carnet tous les jours (64,3%), certains après chaque repas (21,4%) et une minorité (14,3%) tous les 2 jours.

La plupart (93%) indique avoir rempli le carnet pendant au moins 7 jours (consécutifs ou non).

- Facilité ou difficulté d'utilisation

A-t-il été facile de remplir le carnet ?

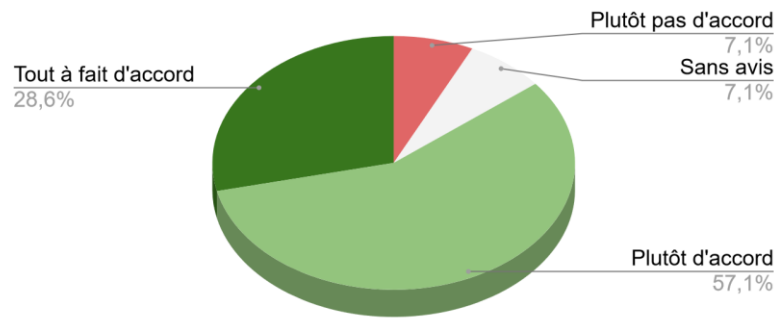


Figure 4 : Avis des parents sur la facilité d'utilisation du carnet

Certaines rubriques ont-elles été difficiles à remplir ?

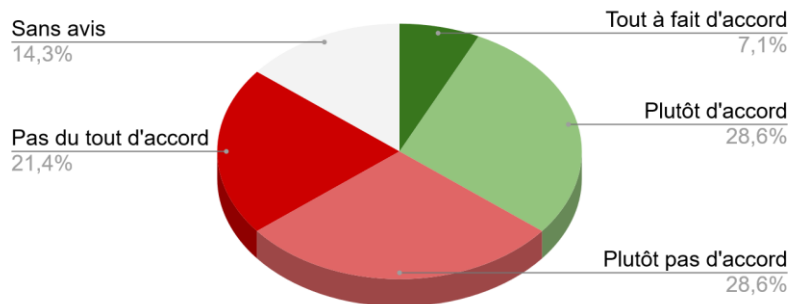


Figure 5 : Avis des parents sur les difficultés d'utilisation du carnet

Les participants ont majoritairement répondu « *plutôt d'accord* » (57,1%) et « *tout à fait d'accord* » (28,6%) au sujet de la facilité à remplir le carnet (figure 4). Un participant (correspondant à 7,1% de « *plutôt pas d'accord* ») a indiqué trouver cela difficile car « *tous les critères ne pouvaient pas être remplis* ».

Nous voyons dans la figure 5 que la majorité des parents (21,4% et 28,6%) n'a pas estimé qu'il était difficile de remplir les rubriques du carnet. Parmi les parents ayant répondu « *plutôt d'accord* » (28,6%), les difficultés évoquées sont : la rubrique déjeuner difficile à remplir quand l'enfant est à la cantine, la durée du repas, l'absence de justification sur le comportement de l'enfant, le codage pour les aliments nouveaux (N) et très appréciés (♡).

b. L'intérêt du carnet

▪ La transmission d'informations

Concernant l'intérêt du carnet pour transmettre des informations précises à l'orthophoniste, les parents ont répondu majoritairement positivement (42,9% sont « *plutôt d'accord* » et 28,6% « *tout à fait d'accord* »).

Ce carnet vous a-t-il été utile pour donner des informations précises à l'orthophoniste ?

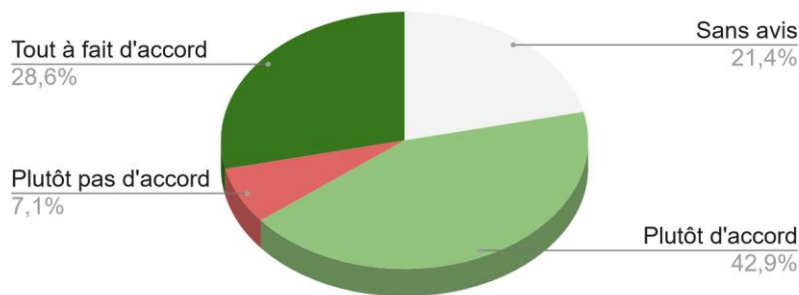


Figure 6 : Intérêt du carnet selon les parents pour fournir des informations précises à l'orthophoniste

▪ Éléments les plus et les moins appréciés par les parents

Pour analyser les éléments du carnet les plus et les moins appréciés, nous avons réalisé des nuages de mots (figure 7). Les réponses libres ont été synthétisées pour retenir les idées essentielles. Parmi les mots ressortant le plus (au moins 2 fois) nous retrouvons « *simplicité* » et « *suivi des repas* » pour les aspects les plus aimés (à gauche). Concernant les éléments les moins appréciés (à droite), 3 parents n'ont « *rien* » indiqué. Parmi les réponses données, on peut noter la « *redondance* » du carnet (citée 3 fois) et les « *smileys* » (cités 2 fois) jugés « *pas assez clairs* » par un parent et inutiles par un autre.



Figure 7 : Éléments du carnet les plus et les moins appréciés cités par les parents (respectivement à gauche et à droite)

En complément des réponses libres évoquées ci-dessus, les parents ont exprimé leur avis sur le même point en choisissant parmi des suggestions.

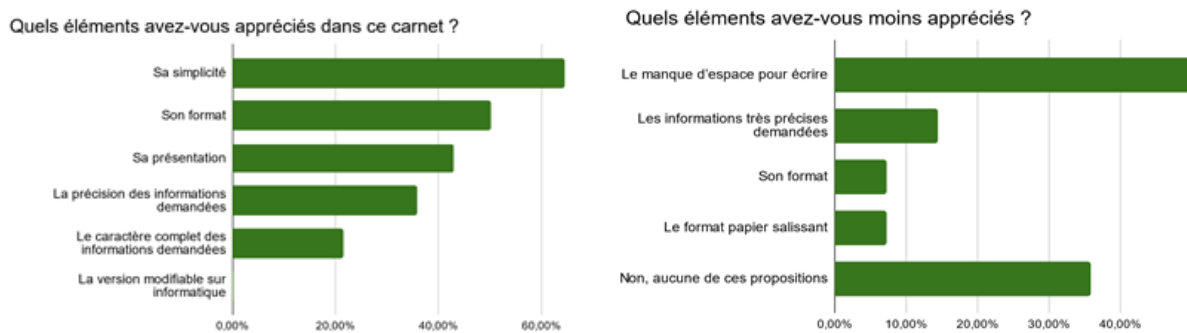


Figure 8 : Eléments du carnet les plus et les moins appréciés choisis par les parents

Ainsi les éléments les plus appréciés choisis par les parents (figure 8) sont : sa simplicité (64,3%), son format (50%) et sa présentation (42,3)%. Concernant les éléments les moins appréciés, on retrouve majoritairement le manque de place pour écrire (50%). Une partie des parents (35,7%) affirme qu'aucune des propositions n'est à retenir comme point faible du carnet.

B. Les réponses des orthophonistes

Nous allons maintenant nous intéresser aux réponses des orthophonistes relatives à la pertinence du carnet alimentaire.

a. L' utilisation du carnet

Concernant l'utilisation du carnet par les parents, les orthophonistes (N = 19) ont précisé que 84,2% des parents avaient rempli le carnet pendant au moins 7 jours (consécutifs ou non). La majorité des professionnels a également indiqué que les familles avaient rempli correctement la plupart des rubriques du carnet (36,8% tout à fait d'accord et 47,4% plutôt d'accord).

b. L'intérêt du carnet

▪ Le recueil de données :

Tous les orthophonistes ont répondu positivement au sujet de l'intérêt du carnet pour recueillir des données objectives sur l'alimentation de l'enfant (figure 9).

Le carnet vous paraît-il pertinent pour obtenir des données objectives sur l'alimentation du patient ?

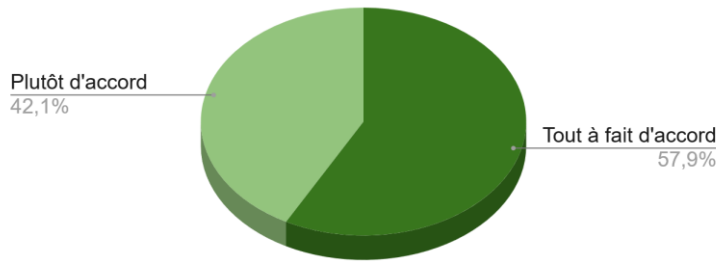


Figure 9 : Pertinence du carnet alimentaire pour obtenir des données objectives sur l'alimentation du patient

▪ L'intérêt du carnet pour aider à poser le diagnostic :

Les informations obtenues à la lecture du carnet vous ont-elles aidé à poser le diagnostic ?

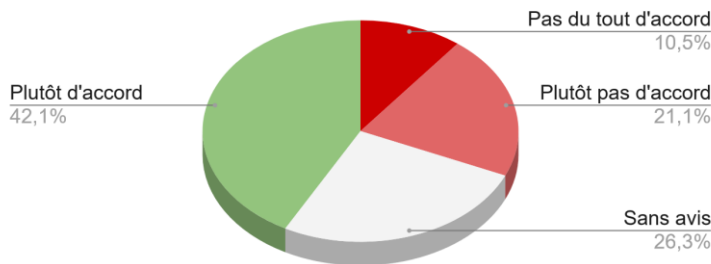


Figure 10 : Intérêt du carnet pour aider à poser le diagnostic orthophonique

Concernant l'intérêt du carnet pour aider à poser le diagnostic (figure 10), les réponses sont hétérogènes même si de nombreux orthophonistes (42,1%) sont « *plutôt d'accord* ». On relève que presque un tiers des professionnels a répondu plutôt négativement (10,5% sont « *pas du tout d'accord* » et 21,1% « *plutôt pas d'accord* ») et que 26% ne se prononcent pas.

On peut remarquer que les réponses des orthophonistes se prononçant en faveur de l'intérêt du carnet pour aider à poser le diagnostic, concernent une majorité de patients (55%) présentant des aspects médicaux liés à l'étiologie du TOA.

| | |
|---|--|
| <p>Dans leur explication, les orthophonistes ayant répondu « <i>plutôt d'accord</i> » disent que le carnet permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De « <i>voir de nombreuses journées alimentaires avec les réactions de l'enfant et appréciations des parents [et] de recouper les informations avec celles reçues en bilan</i> ». | <p>Les orthophonistes ayant répondu plutôt négativement donnent les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « <i>La plainte des parents donne plus d'informations pour poser le diagnostic</i> » |
|---|--|

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - De « rapporter certaines choses oubliées par les parents ou l'orthophoniste lors du bilan » - « d'illustrer de façon plus précise les moments où l'enfant peut présenter un réflexe nauséux ». - « d'observer la sélectivité de l'enfant et/ou les limites dans les propositions parentales ». - « d'avoir une vision des repas à la maison et en dehors (nounou) et des informations cruciales sur le comportement de l'enfant ». - « d'inférer quelles sont les difficultés au niveau des textures et donc au niveau sensoriel et masticatoire » | <ul style="list-style-type: none"> - « Les éléments déjà questionnés dans l'anamnèse, les vidéos et les observations cliniques permettent de mettre en évidence les troubles le plus souvent. Mais cela permet surtout d'expliquer aux parents ». - « Les éléments diagnostics relevaient plus de l'observation pratique et des informations sensorielles pour ce patient » - « C'est un plus pour comprendre l'enfant et ses attitudes, et son alimentation, mais mon questionnaire me permet déjà de poser le diagnostic ». - « Le diagnostic était évident sans la réalisation du carnet alimentaire, celui-ci n'était pas nécessaire pour poser le diagnostic » - « C'est le bilan moteur et sensoriel, plus l'anamnèse qui m'aident au diagnostic » |
|--|---|

Tableau 2 : Explications des orthophonistes favorables et défavorables sur l'intérêt diagnostique du carnet.

▪ Les éléments les plus et les moins appréciés par les orthophonistes :

Nous avons réalisé des nuages de mots pour analyser les éléments les plus et les moins appréciés par les professionnels. Les réponses ont été traitées au préalable en regroupant certains mots-clés et synonymes.

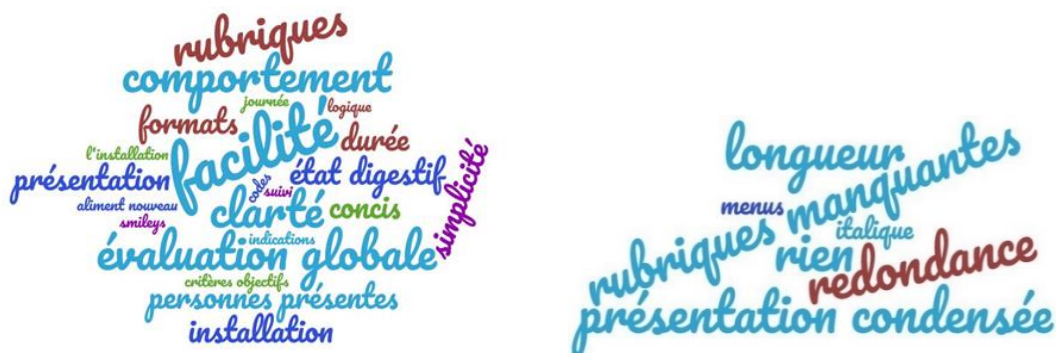


Figure 11 : Eléments du carnet les plus et les moins appréciés par les orthophonistes (respectivement à gauche et à droite)

Parmi les mots les plus utilisés pour décrire les point forts du carnet, on retrouve les termes « facilité », « clarté » (4 fois) et « rubriques », « comportement », « évaluation globale » (3 fois). Quatre orthophonistes ont indiqué avoir apprécié les rubriques relatives au repas en dehors

des aliments : « *comportement* », « *installation* », « *durée* » du repas, « *personnes présentes* », « *état digestif* », « *codes* » (N et cœur), « *évaluation globale* » et « *smileys* ». Deux orthophonistes ont identifié la « *présentation* » et la concision comme points positifs. Quelques-uns ont mentionné la facilité de remplissage pour les parents, grâce à la redondance et au format (1 page par journée). L'intérêt d'« *avoir des critères objectifs et systématiques pour l'évaluation* » a été mis en avant par une participante. Une autre a apprécié les deux formats proposés (papier et informatique).

Concernant les aspects les moins appréciés par les orthophonistes, 6 indiquent n'avoir « *rien* » à signaler. Six ont répondu qu'il y avait des « *rubriques manquantes* » (sur les « *ressentis* » et réactions des parents, le « *matériel préféré* » de l'enfant, ses comportements positifs, « *son état émotionnel, sa fatigabilité, son encombrement nasal* », « *son état digestif à chaque repas* »). Enfin d'un côté la « *longueur* » (citée 4 fois), de l'autre la « *présentation condensée* » et la « *redondance* » (citées 2 fois) du carnet apparaissent comme des éléments moins appréciés. Une orthophoniste a indiqué ne pas apprécier l'écriture en italique et une autre que les parents notent les « *menus* » prévus au lieu des repas réellement mangés par l'enfant.

III. L'instauration de l'alliance thérapeutique et du partenariat parental

A. Les réponses des orthophonistes

a. L'instauration de l'alliance thérapeutique

Le carnet est-il utile pour l'alliance thérapeutique avec les parents ?

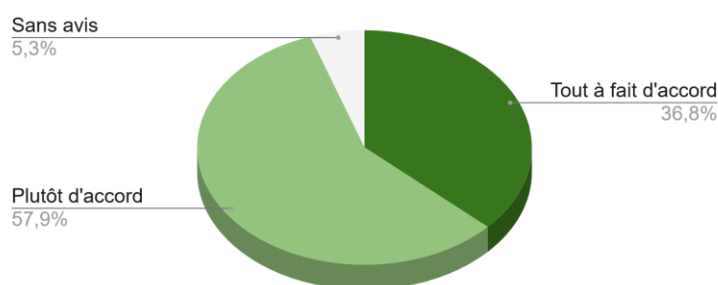


Figure 12 : Intérêt du carnet pour l'alliance thérapeutique selon les orthophonistes

Les orthophonistes ont très majoritairement répondu positivement à l'utilité du carnet pour l'alliance thérapeutique (57,9% sont « *plutôt d'accord* » et 36,8% sont « *tout à fait d'accord* », 5,3% « *sans avis* »). Nous avons réalisé un nuage de mots à partir de leur réponse libre.



Figure 13 : Mots clés relatifs à l'utilité du carnet dans l'alliance thérapeutique

Les orthophonistes indiquent que le carnet permet de « rendre les parents acteurs » (cité 3 fois) et de les « impliquer » (4 occurrences) dès la prise de rendez-vous. Il les pousse à « l'observation » (cité 4 fois) des repas et du comportement de leur enfant et à la « réflexion » (cité 3 fois). Il leur permet une « prise de conscience » (3 occurrences) des troubles et « une prise de recul » sur le « répertoire alimentaire » (2 occurrences), « les aversions », et les « manifestations comportementales ». Cet échange autour du carnet permet aussi une « prise de conscience » de la nécessaire « collaboration » entre eux et l'orthophoniste. Une orthophoniste met en évidence que le fait de le remplir donne une indication sur « l'implication et la motivation des parents » dès le départ. Plusieurs orthophonistes précisent qu'il permet de construire un « partenariat parental » (cité 3 fois) en « co-décidant des objectifs thérapeutiques ». Il peut donner des « idées d'amélioration » aux parents et servir de « base » (2 occurrences) pour voir l'« évolution » (cité 4 fois) à court-terme de l'alimentation et du comportement de l'enfant.

b. Les effets positifs et négatifs du carnet sur les parents

Selon votre regard clinique, ce carnet a-t-il eu un effet positif sur les parents ?

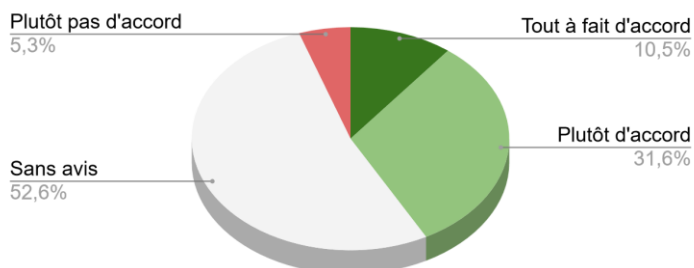


Figure 14 : Avis des orthophonistes concernant l'effet positif du carnet sur les parents

Quand on interroge les orthophonistes sur l'effet positif du carnet sur les parents, une majorité (52,6%) est « sans avis ». Une autre partie se prononce favorablement (10,5% sont

« tout à fait d'accord », et 31,6% sont « plutôt d'accord »). Parmi les réponses favorables (42,1%), différentes explications sont données. Elles sont présentées ci-dessous sous forme de nuage de mots.



Figure 15 : Effets positifs du carnet sur les parents décrits par une partie des orthophonistes (N=8)

Globalement, le carnet a amené les parents à prendre du « recul », à « une objectivité dans l'observation des repas », à un « questionnement » (cité 3 fois) « sur les conditions d'alimentation et les aliments refusés ou acceptés », et à « une prise de conscience » (2 occurrences) « des points forts et des points faibles de leur enfant ». Cela a permis « l'implication » (cité 2 fois) des parents dans la prise en soin, plus d'« échanges » avec l'orthophoniste, et une adaptation des « propositions » parentales autour de l'alimentation.

A la question « Selon vous, ce carnet a-t-il eu un effet négatif sur les parents ? », la majeure partie des orthophonistes répond négativement (47,4% ne sont « pas du tout d'accord », et 31,6% « plutôt pas d'accord »). Une orthophoniste (soit 5,3%) est « plutôt d'accord » pour dire que le carnet a eu un effet négatif. Dans l'explication donnée, elle note qu'il y a eu du « découragement sur le projet de diversification alimentaire et le renforcement du forçage alimentaire ».

B. Les réponses des parents

Nous allons à présent exposer les réponses des parents relatives à la compréhension des troubles de leur enfant et aux changements mis en place.

a. L'observation et la compréhension des troubles de l'enfant

Ce carnet vous a-t-il aidé à comprendre le comportement alimentaire de votre enfant ?

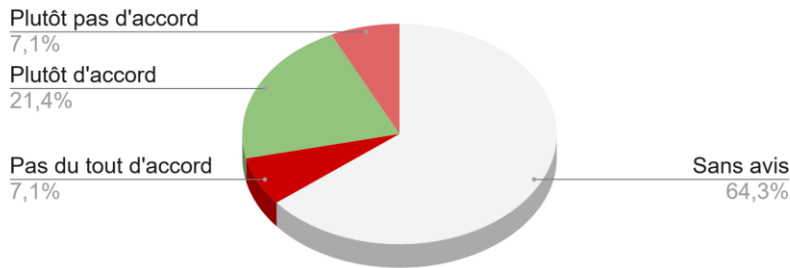


Figure 16 : Avis des parents sur l'intérêt du carnet alimentaire dans la compréhension des TOA de leur enfant

Les parents (N=14) sont majoritairement (64,3%) « sans avis » sur l'intérêt du carnet dans la compréhension des TOA de leur enfant. Une petite partie de parents (21,4%) est « *plutôt d'accord* » pour affirmer son intérêt et une partie encore plus faible se prononce défavorablement (7,1% sont « *plutôt pas d'accord* » et 7,1% « *pas du tout d'accord* »).

Dans une question à choix multiple complémentaire, ils ont pu se prononcer sur des suggestions plus précises.

L'utilisation du carnet alimentaire a aidé :

- 57,1% des parents à être plus attentifs au comportement de leur enfant pour éviter de manger
- 42,9 % des parents à être plus attentifs :
 - o aux sources de tension par rapport au repas
 - o au besoin de distraire l'enfant pour manger (écrans par exemple).
- 35,7 % des parents à faire plus attention aux émotions de leur enfant
- 28,5 % des parents à être plus attentifs :
 - o au lien entre l'état digestif et l'alimentation de leur enfant
 - o aux préférences alimentaires (saveurs sucrée ou salée, textures onctueuse ou croquante...)
- 7,1% des parents à observer l'apparition des nausées ou vomissements

Tous les parents ont choisi une ou plusieurs propositions. Aucun n'a choisi de cocher la case « aucune de ces propositions ».

b. Les changements mis en place par les parents

- Changements d'attitude

Le carnet a-t-il changé votre attitude à l'égard de l'alimentation de votre enfant ?

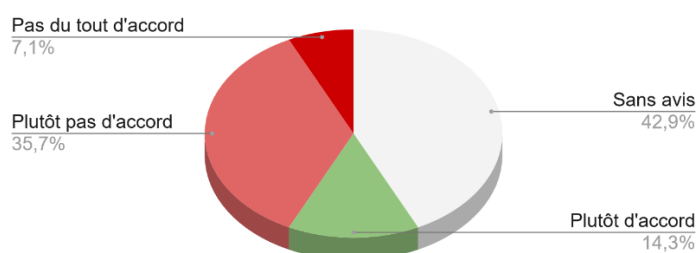


Figure 17 : Avis des parents sur leur changement d'attitude suite à l'utilisation du carnet

Une grande partie des parents (42,9%) est « *sans avis* » sur la question de leur changement d'attitude suite à l'utilisation du carnet.

Dans les avis exprimés, on relève une part plus importante de réponses négatives (35,7% « *plutôt pas d'accord* » et 7,1% « *pas du tout d'accord* »). Seulement 14,3% des parents sont « *plutôt d'accord* » pour affirmer que le carnet leur a permis de changer d'attitude à l'égard de l'alimentation de leur enfant.

Des suggestions ont été proposées aux parents « *sans avis* » et « *plutôt d'accord* » (N= 8). Trois parents sur huit affirment avoir été « *plus patients face aux difficultés de [leur] enfant* » et « *plus attentifs à son alimentation* ». Un parent se dit également « *plus patient face aux difficultés de [son] enfant* » mais « *plus anxieux vis-à-vis des repas* ». Un parent affirme avoir été « *plus patient face aux difficultés de [son] enfant* » et un autre « *plus attentif à son alimentation* ». Deux parents n'ont retenu aucune des suggestions. Au final, au moins la moitié des parents (4 sur 8) affirment avoir été « *plus patients face aux difficultés de [leur] enfant* » et « *plus attentifs à son alimentation* ».

▪ Changements des repas

Suite à l'utilisation du carnet, 64,3% des parents (N=14) affirment n'avoir apporté aucun changement aux repas, tandis que 35,7% des parents en ont opéré.

Les parents ayant fait des changements (N= 5), les ont expliqués dans leur réponse libre. Un parent évoque son « *changement d'attitude* » et un autre indique « *manger plus souvent avec [son] enfant et être plus calme quand il ne veut pas manger* ». Deux parents ont « *intégré un nouvel aliment* », et un autre précise avoir diminué « *les plats préparés pour l'amener à reprendre connaissance avec les textures [qu'ils avaient] mises de côté face aux difficultés* ».

IV. Les perspectives liées à l'utilisation du carnet alimentaire

A. Les suggestions de modifications du carnet

a. Par les parents

La moitié des parents (N=14) a répondu avoir des modifications du carnet à suggérer (50% de « oui »). Nous avons retranscrit les 7 réponses ci-dessous :

- « Indiquer aliments proposés et aliments consommés »
- « Mettre un [espace] pour expliquer le comportement avec des phrases pas juste des cases »
- « Mettre une case "joue en mangeant" et "haut-le-coeur" ».
- « Rajouter un fiche de "présentation" ; par exemple l'âge et sexe de l'enfant, [âge de début] des petits pots, RGO ou non, pratique de la DME, date des premières dents, [sommeil], fratrie, système de garde »
- « On pourrait ajouter, la quantité afin de voir ce que l'enfant a tendance à manger plus facilement »
- « Intégrer au questionnaire la notion du temps écoulé entre chaque prise alimentaire (ex: repas et dessert 1h après) »
- Avoir « plus de place pour écrire » et que ce soit « plus aéré ».

b. Par les orthophonistes

La majorité (63,2%) des orthophonistes (N=19) a une ou des pistes d'amélioration du carnet à proposer. Nous avons synthétisé les réponses libres de ces derniers.

Sur la forme, deux orthophonistes suggèrent de faire «un carnet moins long » « à proposer plusieurs fois afin de ne pas laisser les parents » pour l'une, «avec des cases à cocher et moins d'écrit » pour la seconde. Une autre émet l'idée de « se focaliser sur un repas de la journée [...] car les enfants sont à l'école, ou vont manger chez leur grand-parent... ». Enfin une professionnelle propose d'«améliorer l'aspect visuel de la page » et une dernière d'avoir « plus de place pour noter les observations au niveau du repas ».

Sur le contenu, 3 orthophonistes évoquent la possibilité d'ajouter « les ressentis des parents à chaque repas » et « quelles stratégies (changement de menu, forçage, chantage ...) » ils ont utilisées. Deux autres préconisent de « distinguer ce qui est proposé de ce qui est réellement mangé par l'enfant ». Incorporer des « items comportementaux positifs » est suggéré par 2 professionnels. Deux autres proposent d'«évaluer le côté sensoriel (vision des aliments, odeurs, goûts, textures) ». L'ajout à chaque repas « de l'état digestif » est proposé par une

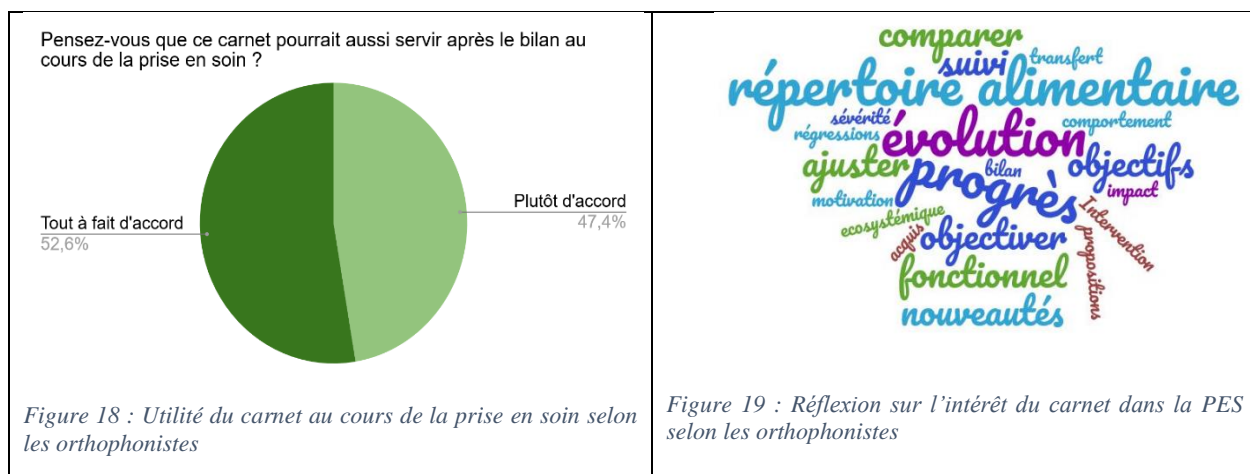
orthophoniste, et «*le matériel utilisé (la cuillère préférée ou telle assiette)*» par une autre. Enfin, une orthophoniste suggère d'avoir «*un item sur l'état émotionnel de l'enfant, sa fatigabilité, son encombrement nasal* » et une autre d'incorporer l'évaluation globale du repas par l'enfant.

B. L'utilisation future du carnet par les orthophonistes

Presque tous les orthophonistes pensent utiliser ce carnet pour une prochaine prise en soin (94,7% ont répondu «*oui*»). Seule une orthophoniste (5,3%) est «*sans avis* ».

C. L'intérêt du carnet au cours de la prise en soin

Tous les orthophonistes sont «*tout à fait d'accord* » (52,6%) ou «*plutôt d'accord* » (47,4%) pour affirmer que le carnet peut aussi servir au cours de la prise en soin (figure 18). Nous avons synthétisé leurs réponses explicatives sous forme de nuage de mots (figure 19).



Les orthophonistes ont largement souligné l'intérêt du carnet dans la PES pour mettre en évidence «*l'évolution* » (13 occurrences) du «*répertoire alimentaire* » (cité 5 fois). Il permettrait d'«*objectiver* » (3 occurrences), «*les progrès* » (cité 5 fois) ou les «*régressions* » relatives aux aliments et au «*comportement* » en comparant au carnet initialement rempli. Une orthophoniste y voit un intérêt pour «*réévaluer le degré de sévérité du trouble* », une autre pour évaluer «*l'impact de la prise en soin* » et un autre pour voir le «*transfert des acquis dans les différents écosystèmes* ». Il pourrait être à ce titre facteur de «*motivation* » pour l'enfant et sa famille. Trois professionnels pensent qu'il peut aussi permettre de «*réajuster les objectifs thérapeutiques* » et les «*propositions* » au cours de la PES «*en lien avec les parents* ».

DISCUSSION

Pour rappel, notre étude a pour but d'analyser l'intérêt d'un carnet alimentaire dans l'évaluation orthophonique des TOA et l'instauration du partenariat parental. Nous avons élaboré des questionnaires à destination des parents et des orthophonistes afin d'en mesurer la pertinence.

Après avoir exposé nos résultats dans la partie précédente, nous allons les interpréter et discuter de la validation de nos hypothèses.

I. Interprétation des résultats et validation des hypothèses

A. Hypothèse 1

Nous avons formulé comme première hypothèse que le carnet alimentaire est un outil pertinent pour l'évaluation des TOA. Celle-ci se décline en 3 points que nous allons analyser.

- Hypothèse 1.1 : le carnet est un outil facile à utiliser.
- Hypothèse 1.2 : il permet de recueillir des données précises et objectives concernant l'alimentation de l'enfant.
- Hypothèse 1.3 : il peut aider à poser le diagnostic orthophonique

Les parents ont majoritairement répondu positivement (85,7%) au sujet de la facilité à remplir le carnet (figure 4). Parmi les éléments les plus appréciés qu'ils citent, on retrouve en tête le mot « *simplicité* » (figure 7). C'est également l'élément qu'ils choisissent le plus (64,3%) dans les suggestions proposées (figure 8). Parmi les mots les plus utilisés pour décrire les points forts du carnet par les orthophonistes, on retrouve les termes « *facilité* » et « *clarté* » (figure 11). **Notre hypothèse 1.1 est donc validée.**

Concernant l'intérêt du carnet pour transmettre des informations précises, les parents ont majoritairement (71,5%) répondu positivement (figure 6). Les orthophonistes, quant à eux, se prononcent tous (100%) en faveur de la pertinence du carnet pour obtenir des données objectives sur l'alimentation du patient (figure 9). Les rubriques relatives au repas en dehors des aliments (installation, personnes présentes, durée, comportement, état digestif, évaluation

globale) ressortent parmi les éléments les plus appréciés (figure 11). **L'hypothèse 1.2 est donc validée.**

Nous avons montré que les réponses des orthophonistes au sujet de l'intérêt du carnet pour aider à poser le diagnostic étaient hétérogènes (figure 10 et tableau 2). Dès lors **l'hypothèse 1.3 n'est pas validée.**

Ces résultats sont à mettre en relation avec les données de la littérature. Des chercheurs (Bruns & Thompson, 2011) ont souligné l'intérêt d'un journal alimentaire (« *food diary* ») pour évaluer les TOA des enfants présentant un TSA. Cet outil permet de mettre en évidence le type et les quantités de liquides et d'aliments ingérés par l'enfant, les textures et présentations acceptées par l'enfant selon les lieux et les personnes. Cependant ce journal alimentaire n'a pas de visée diagnostique généraliste. Il vise les aspects sensoriels pour détecter si l'enfant présente une hypersensibilité ou une hyposensibilité liée à certains aliments.

Une orthophoniste (Levavasseur, 2015a) a mis en évidence qu'un questionnaire alimentaire (abordant le comportement de l'enfant, les textures acceptées ou refusées, l'installation et le cadre du repas, les astuces ou stratégies éducatives) permettait d'orienter l'hypothèse diagnostique. Nous voyons que le carnet alimentaire tel que nous l'avons conçu reprend globalement le même contenu mais n'aide pas systématiquement à poser le diagnostic orthophonique.

B. Hypothèse 2

La seconde hypothèse est que le carnet alimentaire est intéressant pour l'instauration du partenariat parental en rendant les parents acteurs de la prise en soin. Nous allons analyser ses 3 composantes :

- Hypothèse 2.1 : le carnet permet l'instauration de l'alliance thérapeutique et du partenariat parental
- Hypothèse 2.2 : l'utilisation du carnet avant le bilan permet aux parents d'observer le comportement alimentaire de leur enfant et de mieux le comprendre
- Hypothèse 2.3 : le carnet peut permettre des changements concernant les repas et l'attitude des parents

Les orthophonistes interrogés ont très majoritairement (94,7%) répondu positivement à l'utilité du carnet dans l'alliance thérapeutique avec les parents (figure 12). Les termes revenant 3 à 4 fois dans leur explication (figure 13) sont : « *observation* », « *réflexion* », « *prise de conscience* », « *implication* », « *parents* » « *acteurs* », « *partenariat parental* ». **L'hypothèse 2.1 est donc validée.**

L'hypothèse 2.2 est que le carnet permettrait une meilleure observation et compréhension du TOA de leur enfant de la part des parents. En réalité, ceux-ci sont majoritairement (64,3%) « *sans avis* » sur l'intérêt du carnet alimentaire dans la compréhension des TOA de leur enfant (figure 16). Il est sûrement difficile de répondre à une question aussi large sans connaissance académiques sur les TOA. C'est pourquoi nous avons posé une question à choix multiple complémentaire. Les parents ont tous (100%) indiqué avoir été plus attentifs à un ou plusieurs points : le comportement de leur enfant pour éviter de manger (57,1%) ; les sources de tensions au repas (42,9%), le besoin de distraction (42,9%) ; les émotions de leur enfant (35,7%) ; le lien entre l'état digestif et l'alimentation (28,5%) ; les préférences alimentaires (28,5%), l'apparition de nausées ou vomissements (7,1%). Ces résultats sont à mettre en lien avec les réponses des orthophonistes précédemment évoquées. Nous avons vu que les termes « *observation* », « *prise de conscience* » et « *réflexion* » revenaient 3 à 4 fois dans le nuage de mot (figure 13). **L'hypothèse 2.2 est donc partiellement validée.**

L'hypothèse 2.3 concernait les changements relatifs aux repas et à l'attitude des parents suite à l'utilisation du carnet. La plupart des parents (64,3%) affirme n'avoir apporté aucun changement aux repas. D'autre part, une grande partie d'entre eux (42,9%) dit être « *sans avis* » sur la question de leur changement d'attitude tandis qu'une proportion similaire (42,8%) se prononce négativement (figure 17). Les orthophonistes se disent majoritairement (52,6%) « *sans avis* » sur les effets positifs du carnet sur les parents (figure 14). Mais la majeure partie d'entre eux (79%) n'a pas observé d'effet négatif. **L'hypothèse 2.3 n'est donc pas validée.**

La littérature récente (Périchon & Gonnot, 2021) éclaircit le terme de partenariat parental pour le définir comme « *un processus collaboratif, dynamique et intégratif reposant sur une relation de confiance réciproque (alliance thérapeutique). Les parents sont acteurs et co-décisionnaires du projet de soin de leur enfant.* ». Nous pouvons relever qu'à ce titre les

réponses des orthophonistes sont en accord avec cette conception. Nous voyons également que le carnet « *s'appuie sur les savoirs tirés de l'expérience des parents* » (ibid), en observant le comportement alimentaire de leur enfant au quotidien et en le retranscrivant dans le carnet. Nous avons noté que « *placer le parent au centre du processus d'observation favorise son implication dans la prise en soin et les échanges avec [l'orthophoniste]* » (ECPA par Pearson, 2019). Cette implication renforce « *l'investissement dans la prise en soin* », évoqué par Périchon et Gonot (2021) et dans les réponses libres des orthophonistes. Le carnet peut « *intégrer les attentes, les besoins et les représentations propres à chaque famille* » car il est rempli par les parents et analysé spécifiquement par l'orthophoniste. Enfin, cet outil paraît en accord avec les objectifs du partenariat parental. En effet, il « *vise l'autonomie du patient, l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de son entourage, dans les sphères familiales, sociales et scolaires* » (ibid), en abordant l'alimentation de l'enfant à travers différents contextes. Toutefois l'observation du trouble par les parents n'implique pas forcément une meilleure compréhension du TOA de leur enfant. De même, le carnet n'est pas suffisant pour entraîner des changements significatifs dans le comportement de la majorité des parents.

II. Limites

A. Population

a. Echantillons

La première limite que nous pouvons relever est la petite taille de nos échantillons et le risque de sur-généralisation de nos résultats. En effet, les effectifs recrutés sont faibles pour les orthophonistes (N=19), les patients (N=22) et les parents (N=14). Nous remarquons également que sur les 22 parents à qui les orthophonistes ont envoyé le carnet, seulement 14 ont participé. Nous n'avons pas d'explication donnée de la part des parents n'ayant pas répondu au questionnaire (manque de temps, d'intérêt, difficultés...). De même à l'échelle du recrutement global, le carnet ayant été envoyé à 426 orthophonistes, nous ne savons pas combien avaient réellement l'envie de participer à l'étude, ni combien ont trouvé le carnet à priori inintéressant. Une vingtaine d'entre eux s'est excusée de n'avoir pu participer en raison de l'absence de bilan ou d'une annulation de la part des parents. Une orthophoniste n'a pas participé car elle était gênée d'envoyer le carnet aux parents sans jamais les avoir rencontrés.

b. Les patients

Concernant les patients, nous souhaitions au départ avoir des profils plus homogènes. Nous avons cherché des enfants avec un TOA sans étiologie médicale connue. Nous avons évoqué les difficultés de recrutement rencontrées dans la partie « Matériels et méthodes ». Nous avons donc recruté une variété de profils correspondant à la pratique clinique et à l'imbrication des aspects étiologiques telle que décrite dans la littérature (Bandelier, 2015). Par ailleurs, nous avons observé que contrairement à ce que nous aurions pu penser le carnet alimentaire n'aide pas plus à poser le diagnostic en l'absence d'étiologie médicale du TOA.

c. Les orthophonistes

Il existe peut-être un biais de représentativité des orthophonistes étant donné que tous ont été recrutés par les réseaux sociaux (groupes *Facebook*), excepté une orthophoniste. Ceci peut entraîner une sur-représentation de personnes ayant des pratiques professionnelles similaires.

D'autre part, le nombre d'orthophonistes en structure est faiblement représenté (10,5%) dans notre échantillon. Cela s'explique par le choix initial des critères d'exclusion, puis par la courte durée laissée entre l'envoi du carnet et la clôture des questionnaires. Or nous savons que les contraintes institutionnelles demandent parfois du temps.

d. Les parents

Les critères d'inclusion ou d'exclusion concernaient uniquement les patients. Toutefois certains orthophonistes n'ont pas pu proposer le carnet aux parents en raison d'une maîtrise insuffisante de la langue française ou du langage écrit. Le niveau socio-culturel des parents ne nous semblait pas être une variable déterminante mais elle joue en réalité un rôle dans l'accès aux outils sur supports écrits.

B. Outils

a. Le carnet alimentaire

Certaines critiques ont été formulées à l'encontre du carnet alimentaire par les parents et les orthophonistes.

La « longueur » et la « redondance » reviennent dans les éléments les moins appréciés par les parents et les professionnels (figures 7 et 11). Le « manque de place pour écrire » (figure 8) et la « présentation condensée » (figure 11) sont aussi des défauts du carnet.

Plusieurs orthophonistes ont évoqué des « *rubriques manquantes* » (figure 11) : les items comportementaux positifs, les ressentis et réaction des parents, le matériel utilisé et l'état émotionnel de l'enfant. Quelques participants (orthophonistes et parents) ont indiqué que la distinction entre aliments proposés et mangés n'était pas forcément évidente.

Certains parents ont précisé que la rubrique « *évaluation globale* » avec les « *smileys* » n'était pas claire (figure 7). Plusieurs orthophonistes l'ont en revanche appréciée (figure 11). Mais, il est vrai que le parent peut se demander s'il s'agit du déroulement global du repas ou de l'état émotionnel de l'enfant. En l'occurrence, « *l'évaluation globale* » visait l'ensemble du repas (aliments mangés, comportement, interactions avec les personnes présentes ou aidantes).

Enfin, le carnet comporte un biais de validité interne. Nous avons montré qu'il est utile pour apporter des informations objectives (hypothèse 1.2 validée). Mais il reste rempli par la subjectivité des parents. Certains ont pu transcrire des informations erronées. Il existe un biais de désirabilité sociale qui consiste à vouloir donner une bonne image de soi pour les parents, comme pour les professionnels.

b. Le questionnaire à destination des orthophonistes

Nous nous sommes rendus compte de certaines questions discutables dans notre questionnaire relatives à l'évaluation du TOA et à l'instauration du partenariat parental.

Concernant l'évaluation du TOA, la question 19 (« *Les informations données dans le carnet vous ont-elles aidé à poser le diagnostic ?* ») est sûrement trop large et n'a pas permis d'obtenir des résultats tranchés (figure 10). Nous aurions pu la préciser selon les aspects liés à l'étiologie du TOA : « *Le carnet vous a-t-il aidé(e) à mettre en évidence un ou des aspects liés au TOA ?* » en rajoutant des réponses à choix multiple : « *aspects médicaux* *aspects gnoso-praxiques* *aspects sensoriels* *aspects comportementaux et environnementaux* ». Par ailleurs, la question 12 au sujet de l'influence du carnet sur l'orientation ou le déroulement de l'anamnèse pourrait être supprimée car elle n'est pas pertinente. L'anamnèse est une étape préalable à l'analyse du carnet par l'orthophoniste. Le carnet peut confirmer certaines informations données par les parents ou les hypothèses diagnostiques faites par le professionnel. Enfin, nous aurions pu rajouter une question pour évaluer l'intérêt du code « *N (aliment nouveau)* » pour évaluer l'existence de néophobie alimentaire.

Pour évaluer la pertinence du carnet dans l'instauration du partenariat parental, nous avons posé la question 13 « *Ce carnet vous semble-t-il intéressant pour l'alliance thérapeutique avec les parents ?* ». Or nous voyons qu'il aurait fallu formuler la même question en remplaçant les

termes « *alliance thérapeutique avec les parents* » par « *partenariat parental* ». Nous concédons que cette distinction ne s'est éclaircie que tardivement à la lumière de la littérature récente (Périchon & Gonnot, 2021). En revanche, nous constatons que les explications données par les orthophonistes (figure 13) montrent une bonne compréhension du concept.

La question 15 sur les effets positifs observés par l'orthophoniste sur les parents, n'a pas obtenu de résultats significatifs (figure 14) puisqu'une majorité d'orthophonistes (52,6%) était « *sans avis* » et que 42,1% des orthophonistes se prononçaient positivement. Nous avons formulé cette question de façon assez générale pour ne pas orienter les réponses des professionnels. Mais nous aurions dû la poser avant celles sur l'instauration de l'alliance thérapeutique (questions 13 et 14). Cela aurait peut-être moins influencé certaines réponses allant dans le sens de l'instauration du partenariat parental. De plus, il est possible que des orthophonistes se soient prononcés « *sans avis* » pour éviter de se répéter par rapport aux deux questions précédentes sur l'instauration de l'alliance thérapeutique et sa justification.

Nous voyons donc que le questionnaire peut comporter des biais liés à la formulation ou à l'ordre de certaines questions. On peut aussi citer le biais de désirabilité sociale qui peut pousser les professionnels comme les parents à répondre de façon positive.

c. Le questionnaire à destination des parents

Nous pouvons relever certaines limites dans le questionnaire adressé aux parents.

Tout d'abord, la question 10 (« *Ce carnet vous a-t-il aidé à comprendre le comportement alimentaire de votre enfant ?* ») apparaît à posteriori peu pertinente. La compréhension des troubles suppose des explications de la part des professionnels ou la lecture de brochures comme « *Amuse-bouche pour difficultés alimentaires de l'enfant* » (Don et al., 2015). Nous aurions pu modifier cette question pour voir les effets du carnet sur l'observation des troubles (« *Ce carnet vous a-t-il aidé à observer le comportement alimentaire de votre enfant ?* »). Aussi, c'est la formulation de notre hypothèse 2.2 qu'il aurait fallu modifier pour se recentrer sur l'intérêt du carnet dans l'observation des troubles.

Ensuite, même si les réponses des parents au questionnaire ont été très pertinentes dans la majorité des cas, on peut remarquer quelques incohérences. L'utilisation d'un questionnaire auto-administré présente l'inconvénient de ne pas pouvoir accompagner les participants dans la compréhension de certaines questions.

Même s'il reste un outil intéressant grâce à son objectivité, le questionnaire peut aussi induire un autre biais en orientant les réponses par la formulation de suggestions. C'est le cas

des questions à choix multiple 11 et 13, concernant les points sur lesquels les parents ont été plus attentifs et les changements d'attitude au repas. Nous avons pu observer que tous les parents ont choisi une ou plusieurs propositions (question 11). Nous pouvons également évoquer le biais de désirabilité sociale qui peut les pousser à donner certaines réponses positives afin de montrer une bonne image d'eux.

III. Apports et perspectives

A. Apports du carnet alimentaire à la pratique orthophonique

Il existe très peu de données dans la littérature au sujet des carnets alimentaires dans l'évaluation des TOA. Certains chercheurs (Bruns & Thompson, 2011) suggèrent d'utiliser un journal alimentaire dans l'évaluation des TOA de l'enfant présentant un TSA. Le carnet alimentaire que nous avons proposé permet de mettre en évidence les mêmes informations (quantité et type de boisson et d'aliments, textures, présentations, selon différents lieux et personnes) en rajoutant les dimensions comportementales et environnementales. De plus, nous avons élargi le champ d'application de cet outil en l'étendant à l'ensemble des profils concernés par les TOA avec ou sans étiologie médicale.

Nous avons vu qu'aucun orthophoniste de notre échantillon n'utilisait habituellement de carnet alimentaire dans l'évaluation des TOA (figure 4). Or, nous avons montré sa facilité d'utilisation par les parents et sa pertinence pour collecter des informations précises et objectives sur l'alimentation de l'enfant (en validant nos hypothèses 1.1 et 1.2). Nos résultats suggèrent aussi son intérêt dans l'instauration de l'alliance thérapeutique et du partenariat parental (hypothèse 2.1 validée). Les participants ont aussi souligné différents points forts comme la facilité d'utilisation, le suivi des repas et les rubriques connexes (installation, comportement, durée des repas, personnes présentes et aidantes, état digestif). Nous pouvons supposer que ces raisons expliquent la très forte tendance des orthophonistes (94,7%) à se prononcer en faveur d'une nouvelle utilisation pour une prochaine prise en soin.

De plus, les orthophonistes interrogés se sont tous exprimés en faveur de l'utilité du carnet au cours de la prise en soin (figure 18). Dans l'analyse des réponses libres (figure 19), les professionnels expliquent que cet outil permettrait de montrer l'éventuelle « *évolution du répertoire alimentaire* ». Il s'agirait de le comparer au carnet initialement rempli pour « *objectiver* » les « *progrès* » ou les « *régressions* » concernant le comportement alimentaire

de l'enfant. L'intérêt serait aussi de mettre en lumière « *l'impact de la prise en soin* » sur le TOA du patient.

Au vu de ces apports à la pratique orthophonique, une réflexion sur les modifications du carnet peut être proposée.

B. Modifications du carnet

Nous allons prendre en compte les éléments les moins appréciés par les participants et discuter de certaines suggestions de modification.

L'une des premières modifications à envisager serait de réduire la longueur du carnet en proposant un format sur une semaine seulement. C'est d'ailleurs la durée proposée pour le journal alimentaire évoqué précédemment (Bruns & Thompson, 2011). Concernant le manque de place, nous pourrions augmenter l'espace pour écrire au sujet des repas. Cela permettrait également aux parents de noter ce qui est proposé, accepté ou refusé par l'enfant. Nous pourrions aussi mettre une fiche explicative au début du carnet pour préciser ce point important.

Nous ne retenons pas l'idée d'une fiche de « *présentation* » telle qu'évoquée par un parent, car toutes les informations proposées (âge et sexe de l'enfant, fratrie, RGO ou non, pratique de la DME...) sont abordées lors de l'anamnèse. Certaines autres suggestions ne seront pas non plus retenues car figurant déjà dans le carnet (ajout des quantités, case « *haut-le-cœur* ») ou prenant trop de place (indiquer l'état digestif à chaque repas, détailler l'évaluation sensorielle). L'idée formulée par une orthophoniste de se concentrer sur un repas ne permettrait pas d'avoir la même richesse d'informations (différents repas, différents contextes). De même, la suggestion de mettre plus de cases à cocher et moins d'écrit, nous semblerait nuire à l'informativité et la personnalisation du carnet.

En revanche, parmi les rubriques manquantes évoquées par les orthophonistes, nous pourrions rajouter les items comportementaux positifs et le matériel utilisé. L'état émotionnel de l'enfant et le ressenti des parents sont aussi des points intéressants. Nous n'avons pas souhaité les inclure pour rester sur des informations objectives. Concernant, les stratégies parentales, nous savons qu'elles sont importantes à identifier (Levasseur, 2017a) et qu'il faut prendre en compte le style parental (Kerzner et al., 2015). Mais il s'agit parfois d'un point délicat difficilement compatible avec des cases à cocher par les parents. Nous pensons que les informations fournies dans le carnet, y compris éventuellement sur les ressentis des parents et de l'enfant, peuvent servir de point de départ pour aborder cette question lors du bilan.

CONCLUSION

Notre étude visait à analyser la pertinence d'un carnet alimentaire dans l'évaluation orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant et l'instauration du partenariat parental. Nous avons tout d'abord légèrement modifié le carnet alimentaire, créé par Christine Mafayou. Puis nous avons recruté des orthophonistes recevant des demandes de bilan d'oralité pour des enfants de 2 à 10 ans. Le carnet a ainsi été transmis aux orthophonistes et aux familles. A l'issue du bilan orthophonique, un questionnaire a été adressé aux professionnels et aux parents pour recueillir leur avis sur l'intérêt cet outil.

Après avoir analysé nos résultats, il apparaît que le carnet est facile à utiliser pour les personnes qui ont participé. Il permet de recueillir des données précises et objectives sur l'alimentation de l'enfant. A ce titre, il s'agit d'un outil pertinent pour l'évaluation des TOA, même s'il ne constitue pas forcément une aide pour poser le diagnostic orthophonique. Les orthophonistes interrogés ont très majoritairement mis en avant l'intérêt pour la mise en place de l'alliance thérapeutique et du partenariat parental. Le carnet semble aider les parents à mieux observer le comportement alimentaire de leur enfant et les rend ainsi acteurs de la prise en soin. En revanche, il ne les aide pas à mieux comprendre les troubles. Il ne favorise pas non plus de changements dans leur attitude ou concernant les repas.

Nous avons évoqué les biais et les limites de notre étude concernant le recrutement des participants et la conception des outils utilisés. Toutefois, nous avons montré que le carnet alimentaire est un outil pertinent pour l'évaluation orthophonique des TOA. Il pourrait également être utilisé au cours de la prise en soin. Il permettrait de mettre en évidence l'évolution du répertoire alimentaire et du comportement du patient dans différents contextes et d'apporter un éclairage sur l'impact de la prise en soin. Nous avons enfin proposé une réflexion sur les modifications à apporter au carnet, dans la perspective d'améliorer cet outil peu répandu dans la pratique orthophonique.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie, V. (2004). Trouble de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 55-68.

Ayres, A. J. (1972). Types of sensory integrative dysfunction among disabled learners. *American Journal of Occupational Therapy*, 26(1), 13-18.

Bandelier, E. (2015). *Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant : Pistes de prise en charge*. Ortho édition.

Barbier, I. (2004). Les troubles de l'oralité du tout-petit et le rôle de l'accompagnement parental. *Rééducation orthophonique*, 220, 143-155.

Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : De la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*, 39(1), 143. <https://doi.org/10.3917/cont.039.0143>

Boisnault, M. (2018). *Connaissances des médecins généralistes sur la prescription de l'orthophonie (mémoire d'orthophonie)*. Nice.

Bordet, J., Bénony-Viodé, C., Pierrehumbert, B., Bénony, H., & Sanchez, S. (2011). Alimentation et transmission mère-enfant. *Champ psy*, 60(2), 63-78. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cpsy.060.0063>

Boudou, M., & Lecoufle, A. (2015). Les troubles de l'oralité alimentaire : Quand les sens s'en mêlent ! *Les entretiens de Bichat*.

Brondel, L., Jacquin, A., Meillon, S., & Pénicaud, L. (2013). Le goût : Physiologie, rôles et dysfonctionnements. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 27(3), 123-133. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2013.06.002>

Bruns, D. A., & Thompson, S. (2011). Time to Eat : Improving Mealtimes of Young Children With Autism. *Young Exceptional Children*, 14(4), 3-18. <https://doi.org/10.1177/1096250611402169>

Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*.

Coquet, F, Ferrand, P., & Roustit, J. (2009). *EVALO 2-6 -Evaluation du Langage Oral chez l'enfant de 2a3 à 6a3*. Ortho édition.

Coquet, Françoise. (2017). Retard et trouble du langage oral... Si on en parlait en termes d'oralité(s)? *Rééducation orthophonique*, 271, 67-91.

Couly, G. (2010). *Oralités humaines avaler et crier : Le geste et son sens*. Doin : Impr.

Couly, G. (2017). L'oralité fœtale, fondement du langage. *Rééducation orthophonique*, 271, 13-28.

Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5* ® : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.

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

Don, J., Gaquiere, M., Lecoufle, A., Vanmalghem, A., Vouters, J., & Leblanc, V. (2015). *Amuse-bouche pour difficultés alimentaires de l'enfant*. <http://www.groupe-miam-miam.fr/pdf/124441-Brochure-oralite-amuse-bouche-pour-difficultes-alimentaires-des-enfants%20.pdf>

Dunn, W. (2010). *Profil sensoriel—Mesurer l'impact des troubles sensoriels de l'enfant sur sa vie quotidienne*. ECPA.

ECPA par Pearson. (2019). *Plaquette de présentation du profil sensoriel de Dunn*. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjA8qCAuYzwAhWjoXEKHbeVCvcQFjAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.pearsonclinical.fr%2Fmwdownloads%2Fdownload%2Flink%2Fid%2F645%2F&usg=AOvVaw2kTBkJwGaGvQOSBx2FS-KF>

Ernsperger, L., & Stegen-Hanson, T. (2004). *Just take a bite. Easy, effective answers to food aversions and eating challenges !* Future Horizons Incorporated.

Farges, J.-C., & Robin, O. (2019). Formation de la cavité buccale et de ses annexes. Développement des grandes fonctions associées. In *La bouche de l'enfant et de l'adolescent* (p. 3-23). Elsevier Masson.

Guillon-Invernizzi, F., Lecoufle, A., & Lesecq-Lambre, E. (2020). Démarche diagnostique orthophonique des troubles alimentaires pédiatriques. *Rééducation orthophonique*, 281.

Haddad, M. (2017). Oralité et prématurité. *Rééducation orthophonique*, 271, 107-124.

Kerlan, M. (2017). Ethique et oralité : On ne parle pas la bouche pleine ! *Rééducation orthophonique*, 271, 95-105.

Kerzner, B., Milano, K., MacLean, W. C., Berall, G., Stuart, S., & Chatoor, I. (2015). A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*, 135(2), 344-353. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>

Leblanc, V. (2014). Évaluation des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, 21(5), 32. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(14\)71448-4](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(14)71448-4)

Leblanc & Ruffier-Bourdet, M. (2009). Trouble de l'oralité : Tous les sens à l'appel. *Spirale*, n° 51(3), 47. <https://doi.org/10.3917/spi.051.0047>

Lecoufle, A. (2020). Le bilan orthophonique des fonctions alimentaires du nourrisson (0-6 mois). *Rééducation orthophonique*, 281, 7-31.

Lecoufle, A., & Leseq-Lambre, E. (2019). Diagnostic et prise en charge orthophonique des troubles de la mastication. In *La bouche de l'enfant et de l'adolescent* (p. 219-224). Elsevier Masson.

Levavasseur, E. (2015a, août 19). *Bilan orthophonique, questionnaire alimentaire : Le comportement de l'enfant*. <https://oralite-alimentaire.fr/bilan-orthophonique-questionnaire-alimentaire-le-comportement-de-lenfant>

Levavasseur, E. (2015b, août 22). *Bilan orthophonique, questionnaire alimentaire : Textures et aliments*. <https://oralite-alimentaire.fr/bilan-orthophonique-questionnaire-alimentaire-textures-et-aliments>

Levavasseur, E. (2015c, août 28). *Bilan orthophonique, questionnaire alimentaire : Installation*. <https://oralite-alimentaire.fr/bilan-orthophonique-questionnaire-alimentaire-installation>

Levavasseur, E. (2017a). Prise en charge précoce des difficultés alimentaires chez l'enfant dit « tout-venant » ou « vulnérable ». *Rééducation orthophonique*, 271, 151-170.

Levavasseur, E. (2017b, mai). Inventaire-Alimentaire-OAV. *oralite-alimentaire.fr*. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj7_Jvf6-vuAhWtyoUKHeGtCzkQFjAAegQIARAC&url=https%3A%2F%2Foralite-alimentaire.fr%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F05%2FInventaire-Alimentaire-OAV.pdf&usq=AOvVaw0tmbDxnrOtQgOpSQjlOXk5

Levy, Y., Levy, A., Zangen, T., Kornfeld, L., Dalal, I., Samuel, E., Boaz, M., Ben David, N., Dunitz, M., & Levine, A. (2009). Diagnostic Clues for Identification of Nonorganic vs Organic Causes of Food Refusal and Poor Feeding: *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 48(3), 355-362. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e31818b1936>

Marlier, L., Schaal, B., & Soussignan, R. (1998). Neonatal responsiveness to the odor of amniotic and lacteal fluids : A test of perinatal chemosensory continuity. *Child Development*, 69(3), 611-623.

McCurtin, A. (2017). *The fun with food programme : Therapeutic intervention for children with aversion to oral feeding*. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1550450>

Miller, L., Schoen, S., James, K., & Schaaf, R. (2007). Lessons learned : A pilot study of occupational therapy effectiveness for children with sensory modulation disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 161.

Nicklauss, S. (2015, février 5). *Quand et comment se forment les préférences alimentaires chez l'enfant ? Résultats de l'étude OPALINE*. Les journées du Groupe Oralité de l'Hôpital Necker, Paris.

Périchon, J., & Gonnot, S. (2021). Le partenariat parental en orthophonie : Proposition d'une nouvelle classification terminologique. *L'Orthophoniste*, 406, 17-23.

Perret, P. & Zero to Three (Organisation). (2019). *DC : 0-5TM : classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance*.

Prudhon, E. (2017). Oralité alimentaire et Trouble du Spectre Autistique. *Rééducation orthophonique*, 271, 171-189.

Prudhon-Havard, E., Carreau, M., & Truffreau, R. (2009, juin). Les troubles sensoriels : Impact sur les troubles alimentaires. *Le bulletin scientifique de l'Arapi n°23*.

Quesnel, M. (2014). *Des attentes des médecins autour de l'oralité alimentaire de l'enfant... Création d'un outil d'information et confrontation aux connaissances et pratiques des praticiens de Haute-Normandie (mémoire d'orthophonie)*. Lille.

Ray-Kaesler, S., & Dufour, C. (2013). *Les concepts théoriques et l'approche thérapeutique d'Intégration Sensorielle Sensory Integration theoretical concepts and therapeutic approach*. <https://doi.org/10.13140/2.1.5159.2645>

Rigal, Natalie. (2004). La construction du goût chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 11-15.

Rigal, Natalie. (2009). La néophobie alimentaire, un interdit naturel à combattre. *Médecine et Nutrition*, 45(4), 176-180. <https://doi.org/10.1051/mnut/2009454176>

Rigal, Nathalie. (2015, février 5). "Education et Alimentation". Journée du Groupe Oralité de l'Hôpital Necker.

Romano, C., Hartman, C., Privitera, C., Cardile, S., & Shamir, R. (2015). Current topics in the diagnosis and management of the pediatric non organic feeding disorders (NOFEDs). *Clinical Nutrition*, 34(2), 195-200. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.08.013>

Senez, C. (2004). Hyper nauséux et troubles de l'oralité chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 93-102.

Senez, C. (2013, mai 24). *Journée GPF-MP « Autour de la bouche » des personnes gravement handicapées.*

Senez, C., & Martinet, M. (2015). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition.* De boeck-Solal.

Thibault, C. (2004). Editorial. *Rééducation orthophonique*, 220, 5-9.

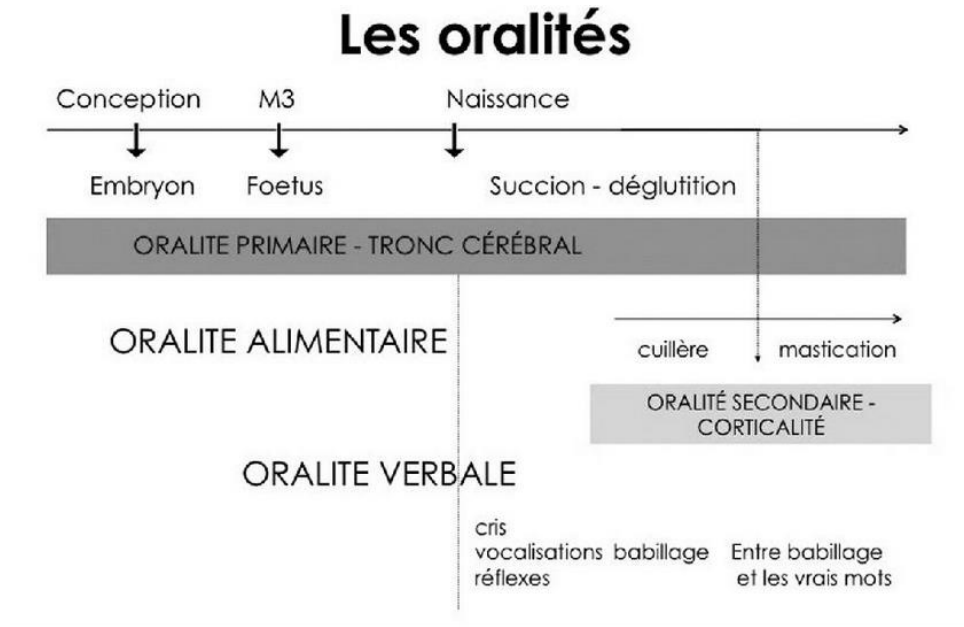
Thibault, C. (2015). L'oralité positive. *Dialogue*, 209(3), 35-48. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dia.209.0035>

Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant.*

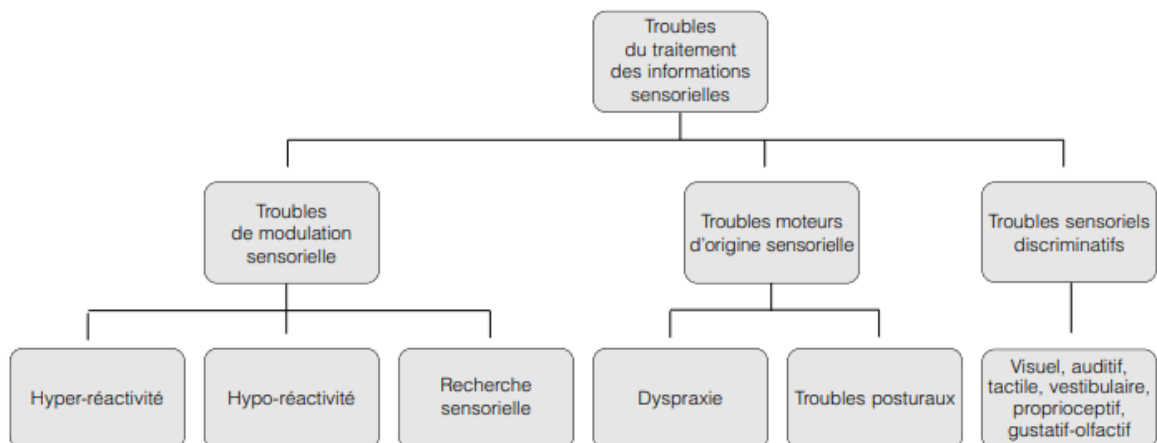
Van den Engel-Hoek, L., Harding, C., van Gerven, M., & Cockerill, H. (2017). Pediatric feeding and swallowing rehabilitation : An overview. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 10(2), 95-105. <https://doi.org/10.3233/PRM-170435>

ANNEXES

Annexe 1 : « Les oralités » (Thibault, 2015)



Annexe 2 : « Classification diagnostique des troubles sensoriels, traduit librement de Miller et al. » (Ray-Kaeser & Dufour, 2013)



Annexe 3 : Les stades de l'hypersensibilité tactile (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009)

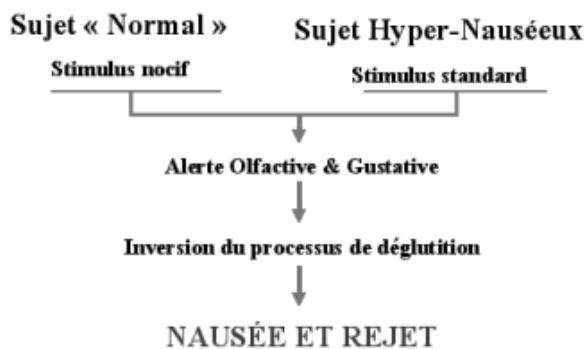
| | |
|---------|---|
| Stade 5 | Aversion pour le contact corporel et pour tout type de matière |
| Stade 4 | Le toucher du corps et des matières franches est possible. Les matières/textures sèches (riz cru, fruits crus non épluchés), molles (pâtes cuites) et aériennes (plume, farine) ne sont pas appréciées. |
| Stade 3 | La difficulté à ce stade est de toucher des matières molles et aériennes. |
| Stade 2 | Il reste une aversion pour les matières/textures collantes et aériennes. |
| Stade 1 | Le toucher est possible jusqu'aux textures molles et collantes. |
| Stade 0 | L'enfant n'a plus d'appréhension tactile |

Annexe 4 : Les stades de l'hypersensibilité orale (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009)

| | |
|---------|---|
| Stade 5 | L'enfant ne laisse aucun accès à son visage. |
| Stade 4 | Il est possible de toucher seulement le menton et les joues. |
| Stade 3 | L'enfant accepte d'être touché au niveau des zones exo-buccales. Les zones endo-buccales sont défendues. |
| Stade 2 | L'accès aux zones endo-buccales est possible. Des petits massages sur les gencives et les joues sont possibles dans la partie antérieure. |
| Stade 1 | Les massages sont possibles sur les gencives, les joues, la partie antérieure du palais et la pointe de la langue. |
| Stade 0 | Toutes les zones endo et exo-buccales peuvent être sollicitées, y compris les parties postérieures de la langue, du palais et des gencives. |

Annexe 5 : Définition de l'hyper nauséeux (Senez, 2004)

DÉFINITION



Annexe 6 : Classification des degrés de sévérité de l'aversion alimentaire d'origine sensorielle (Senez & Martinet, 2015)

| | |
|-------------------|--|
| Niveau N (normal) | L'enfant accepte les morceaux et prend plaisir à s'alimenter. Pas de sélection particulière pour les aliments. |
| Niveau 1 | Refus des morceaux consistants, certains (petits et non fibreux) sont acceptés, mais propension à stocker les fibres alimentaires (surtout animales), dans les sillons jugaux sans les déglutir. Pas de préférence particulière pour le sucré, ni de sensibilité au froid. Plaisir à s'alimenter, bon appétit. |
| Niveau 2 | Refus de tout morceau avec haut-le-cœur si forçage : alimentation mixée acceptée (fibres tendres accompagnées d'un liant). Petite préférence pour le sucré et réaction aux aliments froids. Plaisir à s'alimenter avec les aliments choisis. |
| Niveau 3 | Refus du moindre petit morceau avec haut-le-cœur si forçage. Alimentation type « pommade » avec une nette préférence pour le sucré. Réaction d'aversion au froid, seul le tiède est accepté. Aucun plaisir à s'alimenter, lenteur, peu d'appétit. |
| Niveau 4 | Refus du passage à une alimentation variée à la cuillère quel que soit l'âge. Seul le biberon de lait tiède est accepté. Aucun plaisir en dehors du lait, nausées fréquentes. |
| Niveau 5 | Refus total d'une alimentation orale. Le seul contact tactile sur les lèvres déclenche une nausée. Alimentation entérale par SNG ou gastrostomie. Aucun plaisir oral. |

Annexe 7 : « Boucle sensorielle primaire et secondaire » (Levavasseur, 2017a)



Annexe 8: « Le bilan masticatoire » (Senez, 2013)

Le BILAN MASTICATOIRE (1)

**CATHERINE SENEZ
FORMATRICE**

NOM :

PRENOM :

DATE :

MODE D'ALIMENTATION ACTUEL :

Attention! Ce bilan ne doit être fait qu'avec les personnes recevant déjà une alimentation en morceaux afin de déterminer s'il est possible de maintenir ce mode d'alimentation. Ce test doit se faire avec un biscuit qui fond vite avec la salive de type boudoir ou petit beurre et la tête doit être maintenue en bonne flexion afin de prévenir une fausse route si le morceau échappe à la personne testée.

1- INTRODUCTION ENTRE LES MOLAIRES A DROITE:

La langue

o • Se dirige du côté du morceau : OUI NON

o • Reste en position médiane avec mouvements de succion : OUI NON

Nombre de coups de mâchoire :

2- INTRODUCTION ENTRE LES MOLAIRES A GAUCHE :

La langue

o • Se dirige du côté du morceau : OUI NON

o • Reste en position médiane avec mouvements de succion : OUI NON

Nombre de coups de mâchoire :

3- INTRODUCTION SUR LE BOUT DE LA LANGUE :

o La langue envoie le morceau entre les molaires : OUI NON

A droite ? A gauche ?

o La langue se plaque au palais et le morceau est sucé : OUI NON

o La langue rejette le morceau : OUI NON

4- ANALYSE DU RYTHME ET DE LA VIGUEUR DE LA MASTICATION:

o Vigoureuse et bien rythmée :

o Lente et déprimée :

5- DEGLUTITIONS SECONDAIRES:

o Nettoie sa bouche avec la langue :

o Nettoie sa bouche avec ses doigts :

o Aucune :

6- OBSERVATION EN SPONTANE EN LAISSANT LE SUJET TERMINER SEUL SON BISCUIT:

o Met le biscuit entier dans la bouche et avale presque aussitôt :

o Croque le biscuit et mâche tranquillement :

Le BILAN MASTICATOIRE (2)

CATHERINE SENEZ
FORMATRICE

7- REFAIRE LE MEME TEST AVEC UN MORCEAU DE MADELEINE (certains mastiques lorsqu'il y a le renforcement auditif du biscuit qui craque sous les molaires et ne mastiquent pas quand ça ne craque pas!)

8- COTE PREFERENTIEL

Gauche : Droite :

9- OBSERVATION EN SPONTANE PENDANT TOUT UN REPAS

- Qualité de la mastication en fonction des textures:
- Fatigabilité de la mastication sur tout un repas : oui non

10- CONCLUSIONS

- Mastication efficace**: pas de problème.
- Mastication lente et faible** : quelques problèmes.
- Aucune mastication**: problème sévère.

11- DECISIONS:

- Pas de problème** = maintien de l'alimentation en morceaux.
- Quelques problèmes** = éliminer fibres dures: mouliné.
- Fatigabilité** = Maintien mastication desserts, goûter, plaisir, mais mouliné pour repas.
- Problèmes sévères** = alimentation mixée.

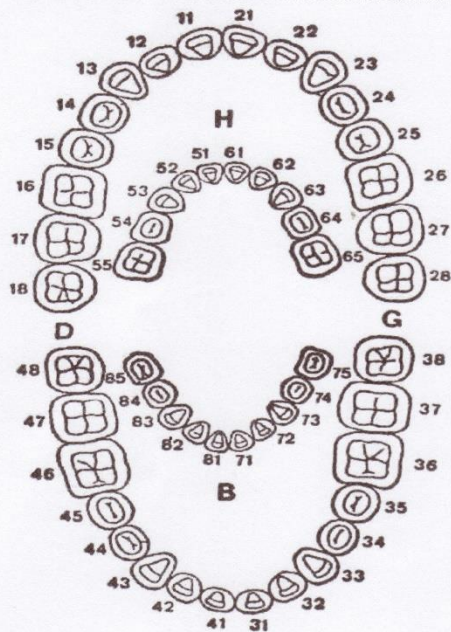
Remarques et observations particulières:

.....

.....

.....

.....



Extérieur: dentition adulte
Intérieur: dentition enfant

- Griser les molaires manquantes

Annexe 9: Note d'information destinée aux parents au début du carnet alimentaire

Bonjour,

Ce carnet a été conçu initialement par Christine Mafayou, orthophoniste et directrice de mémoire. Je l'ai modifié pour en proposer la version actuelle dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Le but de ce projet est d'étudier l'intérêt de ce carnet pour l'évaluation des troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant (2 à 10 ans).

Le carnet est à remplir tous les jours, pendant 10 à 15 jours avant le premier rendez-vous (bilan) avec l'orthophoniste.

J'ai réalisé un questionnaire rapide (temps estimé : 5 à 10 minutes) pour évaluer l'intérêt du carnet des repas du point de vue des parents. L'orthophoniste vous transmettra le lien vers ce questionnaire en ligne, à la suite du bilan.

Toutes les données individuelles collectées à travers ce document seront confidentielles, anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire. Si vous le souhaitez, vous pourrez être tenus informés des résultats de cette étude.

Je vous remercie sincèrement pour votre participation à la réussite de ce projet.

Clara Lévêque,
étudiante en 5^{ème} année au Centre de Formation
Universitaire en Orthophonie de Bordeaux.

Annexe 10 : Page type du carnet alimentaire (proposition thérapeutique élaborée par Christine Mafayou, orthophoniste et Clara Lévêque, étudiante en orthophonie)

Jour et date : _____

PETIT DEJEUNER

Evaluation globale : 😊 😐 😞 😡

Durée : _____

Installation et personnes (présentes ou aidantes) : _____

Repas (Noter boisson et aliments, quantité approximative, N pour un aliment nouveau et ♥ pour les aliments très appréciés) :

Comportement de l'enfant : se lève regarde un écran a son doudou pleure tousse
 refuse des aliments nausée vomissement

DEJEUNER (lieu : _____)

Evaluation globale : 😊 😐 😞 😡

Durée : _____

Installation et personnes (présentes ou aidantes) : _____

Repas (Noter boisson et aliments, quantité approximative, N pour un aliment nouveau et ♥ pour les aliments très appréciés) :

Comportement de l'enfant : se lève regarde un écran a son doudou pleure tousse
 refuse des aliments nausée vomissement

COLLATION

Evaluation globale : 😊 😐 😞 😡

Durée : _____

Installation et personnes (présentes ou aidantes) : _____

Repas (Noter boisson et aliments, quantité approximative, N pour un aliment nouveau et ♥ pour les aliments très appréciés) :

Comportement de l'enfant : se lève regarde un écran a son doudou pleure tousse
 refuse des aliments nausée vomissement

DINER

Evaluation globale : 😊 😐 😞 😡

Durée : _____

Installation et personnes (présentes ou aidantes) : _____

Repas (Noter boisson et aliments, quantité approximative, N pour un aliment nouveau et ♥ pour les aliments très appréciés) :

Comportement de l'enfant : se lève regarde un écran a son doudou pleure tousse
 refuse des aliments nausée vomissement

OBSERVATIONS :

ETAT DIGESTIF : normal mal au ventre constipation diarrhée reflux (RGO)

Annexe 11 : Note d'information préliminaire au questionnaire à destination des orthophonistes

Bonjour,

Dans le cadre de mes études d'orthophonie, je réalise un mémoire sur l'intérêt d'un carnet alimentaire dans l'évaluation des troubles de l'oralité de l'enfant (2-10 ans).

Vous avez proposé ce carnet aux parents de patients. Je vous adresse maintenant un questionnaire afin d'évaluer sa pertinence.

Je vous remercie très sincèrement de contribuer à la réussite de ce projet en le remplissant (temps estimé : environ 10 minutes).

Les données récoltées serviront uniquement dans le cadre du mémoire et seront anonymisées lors de la rédaction. Si vous le souhaitez, vous pourrez être tenu(e) informé(e) des résultats de cette étude.

Annexe 12 : Note d'information préliminaire au questionnaire à destination des parents

Bonjour,

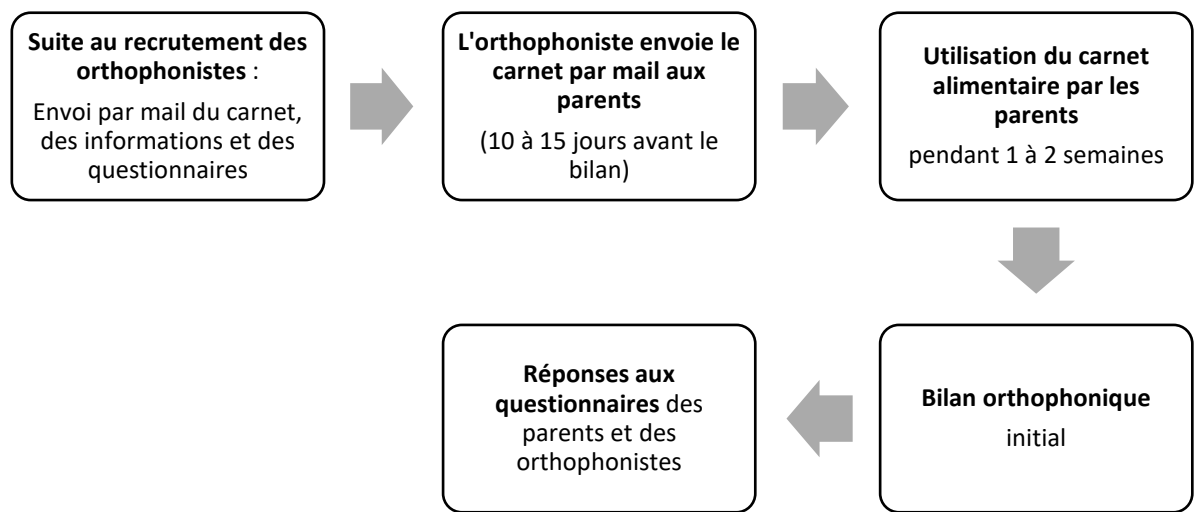
Dans le cadre de mes études d'orthophonie, je réalise un mémoire sur l'intérêt d'un carnet alimentaire dans l'évaluation des troubles de l'oralité de l'enfant (2 - 10 ans).

Vous avez utilisé ce carnet et je vous adresse maintenant un questionnaire afin d'évaluer sa pertinence.

Je vous remercie très sincèrement de contribuer à la réussite de ce projet en remplissant ce questionnaire (temps estimé : entre 5 et 10 minutes).

Les données issues de ce questionnaire serviront uniquement le temps de l'étude et seront anonymes dans la rédaction du mémoire. Si vous le souhaitez, vous pourrez être tenu(e) informé(e) des résultats de cette étude.

Annexe 13 : Synthèse des étapes de la procédure



Titre : Intérêt d'un carnet alimentaire dans l'évaluation orthophonique des troubles de l'oralité et l'instauration du partenariat parental

Résumé :

Contexte : Les troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant sont fréquents. Ils demandent une prise en soin pluridisciplinaire réalisée en partenariat avec les familles. Ils peuvent être évalués par les orthophonistes qui utilisent différents outils. Un carnet alimentaire a été créé par Christine Mafayou dans le cadre de sa pratique clinique. Nous avons constaté qu'il s'agissait d'un support peu cité dans la littérature et dans la pratique.

Objectif : Nous nous sommes interrogés sur son intérêt dans l'évaluation des troubles de l'oralité alimentaire et l'instauration du partenariat parental.

Méthode : Après quelques modifications, le carnet a été envoyé à des orthophonistes et à des parents de patients âgés de 2 à 10 ans. Les parents ont dû le remplir pendant 10 à 15 jours avant le bilan orthophonique afin d'apporter des informations sur les repas. Nous avons ensuite interrogé les deux groupes de participants via des questionnaires pour analyser sa pertinence.

Résultats : Il apparaît que le carnet est facile à utiliser et permet de recueillir des données précises et objectives sur l'alimentation de l'enfant. Il s'agit d'un outil intéressant pour l'évaluation des troubles de l'oralité, même s'il n'aide pas à poser le diagnostic orthophonique. Il est également décrit comme un outil pertinent pour la mise en place du partenariat parental. Il permet aux parents de mieux observer le comportement alimentaire de leur enfant. En revanche, il ne favorise ni une meilleure compréhension des troubles, ni des changements dans l'attitude des parents concernant les repas.

Perspectives : Le carnet pourrait aussi être utilisé au cours de la prise en soin. Il permettrait de mettre en évidence l'évolution du répertoire alimentaire et du comportement de l'enfant, ainsi que l'impact de l'intervention orthophonique et du partenariat parental. A ce titre, des modifications sont présentées pour enrichir encore la pertinence de cet outil.

Mots clés : trouble de l'oralité alimentaire – évaluation – carnet alimentaire – partenariat parental

Title: The value of a food diary in the speech therapy evaluation of feeding disorders and the establishment of a parental partnership

Abstract:

Context : Feeding disorders in children are frequent. They require multidisciplinary care in partnership with the families. They can be evaluated by speech therapists who use different tools. A food diary was created by Christine Mafayou in the context of her clinical practice. We found that it was a tool that was not often cited in the literature and in practice.

Objective: We wondered about its interest in the evaluation of feeding disorders and the establishment of a parental partnership.

Method: After some modifications, the diary was sent to speech therapists and parents of patients aged 2 to 10 years. Parents were asked to complete it for 10 to 15 days before the speech therapy assessment to provide information about meals. We then interviewed both groups of participants via questionnaires to analyze its relevance

Results: It appears that the diary is easy to use and allows the collection of precise and objective data on the child's diet. It is an interesting tool for the evaluation of feeding disorders, even if it does not help to make a speech therapy diagnosis. It is also described as an interesting tool for establishing a parental partnership. It seems to help parents to better observe their child's eating behavior. On the other hand, it does not promote either a better understanding of the disorders or changes in the parents' attitude towards meals.

Prospects: The diary could also be used during treatment. It would make it possible to highlight the evolution of the child's dietary repertoire and behaviour, as well as the impact of the speech therapy intervention and the parental partnership. As such, modifications are presented to further enrich the relevance of this tool.

Key words : feeding disorder - evaluation - food diary - parental partnership
