



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



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

Par

BRICOUT Fanny
TERRIEN Constance

Troubles de l'oralité alimentaire chez le jeune enfant :
*Elaboration et évaluation d'un support de thérapie indirecte
en orthophonie*

Directrices de Mémoire

Cao-Nong Trang
Renard Mélissa

Membres du Jury

BO Agnès
DEMEILLERS Anne
GUILLON Fanny

Date de Soutenance
25 Juin 2015

ORGANIGRAMMES

1 Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CS
M. GILLET Germain

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

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

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

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

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

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques

Directeur Pr. VINCIGUERRA Christine

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation

Directeur Pr. MATILLON Yves

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine

Directeur Pr. SCHOTT Anne-Marie

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

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

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)

Directeur M. VANPOULLE Yannick

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

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur M. GUIDERDONI Bruno

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Éducation

Directeur M. MOUGNIOTTE Alain

POLYTECH LYON

Directeur M. FOURNIER Pascal

IUT LYON 1

Directeur M. VITON Christophe

2 Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Yves MATILLON
Professeur d'épidémiologie clinique

Directeur de la formation
Agnès BO, Professeur Associé

Directeur de la recherche
Agnès WITKO
M.C.U. en Sciences du Langage

Responsables de la formation clinique
Claire GENTIL
Fanny GUILLON

Chargées de l'évaluation des aptitudes aux études
en vue du Certificat de Capacité en Orthophonie
Anne PEILLON, M.C.U. Associé
Solveig CHAPUIS

Secrétariat de direction et de scolarité
Stéphanie BADIOU
Corinne BONNEL
Emmanuelle PICARD

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons adresser nos remerciements à l'ensemble des personnes qui nous ont aidées à mener à bien notre mémoire.

Merci à nos deux directrices de mémoire, Mélissa Renard et Trang Cao-Nong, pour nous avoir guidées dans notre projet de recherche. Nous les remercions également pour leur écoute, leurs conseils, leur bienveillance et leur confiance pendant ces deux années.

Nous souhaitons remercier les participants de ce mémoire pour le temps qu'ils ont consacré à notre projet.

Merci à Mme Witko ainsi qu'à l'équipe méthodologique (Mme Kleinsz, M. Lesourd et Mme Charlois). Leurs conseils et leur soutien nous ont permis d'avancer dans la réflexion de notre mémoire et dans notre méthodologie de travail.

Merci à Mme Senez de nous avoir permis de participer à sa formation et pour son aide bibliographique précieuse.

Merci également à Mmes Kunz, Singier, Andres-Roos, Guillon et Ferrouillet-Durant pour leurs relectures et leurs conseils.

Merci aux orthophonistes Mmes Balboni et Ehrlich qui ont accepté de nous recevoir en stage pour approfondir notre pratique clinique auprès d'enfants présentant des troubles de l'oralité.

Merci à tous nos professeurs et nos maîtres de stage qui nous ont permis d'acquérir les connaissances et la maturité nécessaires à l'élaboration de notre mémoire de fin d'études.

Merci à nos parents pour nous avoir soutenues tout au long de notre projet professionnel et durant ces quatre années, et ce, malgré la distance. Merci pour leur confiance et leur amour.

Merci à ma sœur Adeline de m'écouter et m'accompagner dans les moments les plus joyeux comme les plus difficiles.

Un grand merci à Sébastien pour avoir été à mes côtés, pour son soutien, ses encouragements et sa confiance.

Merci à nos amis pour le courage, le réconfort et les joies qu'ils nous ont apportés.

Enfin, un grand merci mutuel à notre moitié de binôme. Nous nous sommes accompagnées depuis la préparation du concours jusqu'à la fin de ces quatre années. Et c'est avec le soutien et les encouragements de l'autre que nous avons chacune construit nos chemins personnel et professionnel.

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
1 Université Claude Bernard Lyon1.....	2
2 Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE	3
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	9
PARTIE THEORIQUE	10
I L’oralité alimentaire	11
1 De l’oralité fœtale à l’oralité secondaire.....	11
2 Les aspects sensoriels et moteurs de l’alimentation chez l’enfant.....	13
3 Les dimensions interactionnelles et psycho-affectives liées à l’oralité alimentaire	15
II Les troubles de l’oralité alimentaire	16
1 Etiologies des troubles de l’oralité alimentaire.....	16
2 Le rôle de l’intégration sensorielle dans les troubles de l’oralité	18
3 Evaluation et soins des troubles de l’oralité alimentaire.....	19
III Thérapie indirecte et troubles de l’oralité alimentaire	21
1 La thérapie indirecte	21
2 La thérapie indirecte dans le cadre de troubles de l’oralité alimentaire	23
IV Critères d’évaluation d’un support	25
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	26
I Problématique de recherche	27
1 Introduction à la problématique	27
2 Problématique.....	27
II Hypothèses	27
1 Hypothèse générale	27
2 Hypothèses opérationnelles.....	27
PARTIE EXPERIMENTATION	28
I Population	29
1 Echantillon.....	29
2 Recrutement de l’échantillon.....	30
II Matériel	30
1 Elaboration et format du support	30

2	Questionnaire pré-test	32
3	Questionnaire post-test	33
4	Diffusion des questionnaires	35
III	Procédure	35
1	Pré-test	35
2	Test	35
3	Post-test	35
	PRESENTATION DES RESULTATS	36
I	Résultats relatifs au temps de préparation des séances.....	37
1	Catégorie [0-30] en pré-test.....	37
2	Catégorie [30-60] en pré-test.....	38
3	Catégorie [60-90] en pré-test.....	38
II	Résultats relatifs au sentiment d’auto-efficacité professionnelle	39
III	Résultats relatifs à l’évaluation qualitative du support	40
1	Utilisation du support.....	40
2	Evaluation globale du support.....	41
3	Evaluation du manuel.....	42
4	Evaluation des fiches	42
5	Utilisation du support avec les parents.....	46
IV	Interprétation des résultats.....	47
	DISCUSSION DES RESULTATS.....	48
I	Analyse de l’impact du support sur la pratique	49
1	Réflexion autour du temps de préparation des séances.....	49
2	Réflexion autour du sentiment d’auto-efficacité professionnelle	50
3	Réflexion autour de l’évaluation qualitative	51
4	Dichotomie entre les résultats quantitatifs et qualitatifs	51
II	Limites méthodologiques et limites du support élaboré	52
1	Limites méthodologiques	52
2	Limites liées au support élaboré	53
III	Pistes de réflexion.....	54
1	Une nouvelle évaluation du support auprès des orthophonistes.....	54
2	L’évaluation du support auprès des aidants	55
3	De futurs apports pour le support.....	56
IV	Apports du travail de recherche.....	56

CONCLUSION.....	58
REFERENCES.....	59
ANNEXES.....	64
Annexe I : Courriel d’envoi du questionnaire.....	65
Annexe II : Questionnaire 1 pré-test.....	67
Annexe III : Questionnaire 2 post-test	73
Annexe IV : Extrait du support élaboré « Les fiches Oralité »	78
Schéma : La sphère oro-faciale	80
Mon bébé a une succion faible : comment l’aider à téter ?	81
TABLE DES MATIERES	83

SUMMARY

The care management of eating disorders is increasing in the clinical practice of speech therapy. Authors emphasize two main lines in these processes of specific care: the care brought to the child and the one developed with the parents. Indeed, accompanying the parents is necessary as they can sometimes feel destitute when facing the difficulties and yet they are the first actors of the development of their child and are present each and every day. Barbier (2014) highlights the importance of written documents in this transmission of information to the parents and it is in this context that our project was oriented towards the making of a written medium intended for indirect therapy in the case of children eating disorder. Consequently, through a pre-experiment, we have submitted propositions to a sample of fifteen speech therapists working on indirect therapy for eating disorders, as much on the content as on the shape of the future medium. After having assessed the professional handling before use, the support has been handed to the speech therapists in the trial in order to be transmitted to the parents during the sessions. Then, we asked ourselves to what extent the medium was adapted to the therapist's practice and if it allowed modifying the workload of preparation for the indirect therapy sessions for eating disorders. So we analysed the evolution of the preparation time of the sessions and the evolution of the feeling of professional self-efficiency of the participants. We also assessed the quality of the medium. The analysis of the quantitative results did not show a significant decrease of the preparation time of the sessions but we found out a partial increase of the feeling of professional self-efficiency. However, the qualitative results have shown that the medium had been perceived positively by the participants. Therefore, complementary research in the field of social science or taking an interest in parents could complete this first research process.

KEY-WORDS

Eating disorders - Parental support - Early intervention - Indirect intervention's medium - Practice's evaluation – Workload - Professional self-efficacy

INTRODUCTION

Les progrès médicaux rapides, en particulier dans la réanimation néonatale, entraînent une hausse constante des troubles de l'oralité alimentaire. En effet, les nouveau-nés pris en charge dans ces services reçoivent des soins nécessaires mais intrusifs, notamment au niveau de la sphère oro-bucco-faciale, qui peuvent porter atteinte à l'intégrité de leur construction orale et qui augmentent le risque de développer des troubles du langage oral. De plus, ces soins précoces mettent à mal les interactions parents-enfant en modifiant les schémas de parentage intuitif. Ainsi, la hausse des troubles de l'oralité alimentaire a pour conséquence une augmentation des besoins de prises en soins précoces dans ce domaine très spécialisé.

De nombreuses disciplines sont impliquées dans ces parcours de soins spécifiques. L'orthophonie y trouve naturellement sa place. En thérapie directe avec l'enfant, l'orthophoniste sollicite la sphère orale pour prévenir le risque de développer des troubles de l'alimentation et du langage oral. En thérapie indirecte, le professionnel travaille autour des interactions parents-enfant et accompagne les parents. Ces derniers sont donc impliqués dans la prise en soins. De nombreuses études pointent l'importance de cette implication, notamment pour les sollicitations sensorielles qui doivent être pluriquotidiennes et répétitives.

Cependant, à l'heure actuelle, le matériel orthophonique se rapportant aux thérapies indirectes dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire est très peu développé. De plus, la création de matériel personnalisé pour chaque famille peut s'avérer chronophage dans la pratique clinique orthophonique.

Ce manque a porté notre réflexion sur la création d'un matériel permettant d'impliquer les parents dans ce type de prises en soins : un support matériel qui transitera entre les séances et le domicile. Après une pré-expérimentation, nous avons choisi de créer des fiches numérisées dans lesquelles nous avons intégré les données théoriques et cliniques récoltées. Dans une visée rééducative, ce support a pour objectif de synthétiser en un seul document les données de la littérature actuelle et de soutenir l'orthophoniste qui l'utilise dans ses compétences professionnelles.

Nous avons également souhaité évaluer la pertinence de notre support en regard de la pratique orthophonique. Notre démarche nous a alors amenées à nous tourner vers le domaine de l'ergonomie, où nous avons pu faire émerger deux critères pour l'évaluation de matériel : l'adaptabilité et la charge de travail. Ainsi nous nous sommes demandé si notre support était adapté à la thérapie indirecte dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire et s'il permettait une modification de la charge de travail. Pour ce faire, deux mesures quantitatives ont été effectuées, celle du sentiment d'auto-efficacité professionnelle et celle du temps de préparation de séances, sans puis avec l'utilisation du support. Nous avons également procédé à une analyse qualitative des résultats concernant l'évaluation du support.

La première partie s'attachera à faire un état des connaissances théoriques actuelles concernant le développement et les troubles de l'oralité alimentaire, la thérapie indirecte dans un contexte généraliste puis orthophonique et enfin des critères d'évaluation d'un support seront présentés. Nous exposerons ensuite la problématique et les hypothèses soutenant notre démarche. Puis, nous détaillerons la méthodologie expérimentale choisie pour mener à bien notre procédure de recherche et présenterons les résultats obtenus. Enfin, nous discuterons des apports et limites de notre travail et exposerons les perspectives et pistes de réflexion que ce travail a pu susciter.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

I L'oralité alimentaire

L'oralité se définit comme «l'ensemble des activités orales, c'est-à-dire réalisées par la bouche» (Thibault, 2012, p115). Elle met en jeu des structures sensorielles, neuro-motrices, hormonales, digestives, centrales et a aussi des implications psycho-affectives et cognitives (Abadie, 2004b ; Chevalier, Garcia et Durigneux, 2012). L'oralité est «fondatrice de l'être» (Thibault, 2007, p137), car c'est principalement à travers les expériences autour de la sphère orale, notamment la succion, que les premières interactions, indispensables au développement, apparaissent (Crunelle et Crunelle, 2008).

Selon Abadie (2004b), les fonctions orales sont : l'alimentation, la ventilation, le cri, les explorations tactiles et gustatives, les relations érogènes, le langage et la communication. La bouche, au cœur de ces fonctions, peut être considérée comme le carrefour anatomique du langage et de l'alimentation. Ce qui suggère l'existence de deux oralités : une oralité verbale liée aux fonctions langagières et une oralité alimentaire liée aux fonctions d'alimentation (Abadie, 2012 ; Couly, 2010 ; Thibault, 2007). Ces deux oralités se construisent parallèlement et mettent en jeu les mêmes effecteurs anatomiques et sensori-moteurs et les mêmes voies neurologiques. Nous centrerons notre exposé sur l'oralité alimentaire.

1 De l'oralité fœtale à l'oralité secondaire

1.1 L'oralité débutante : de l'embryon au fœtus

L'embryogénèse est une période importante : les structures anatomiques et neurologiques se mettent en place et serviront de base au bon développement de l'oralité.

Le développement embryonnaire du massif facial commence dès la troisième semaine avec la neurulation pendant laquelle les structures de la face et du cerveau se différencient (Thibault, 2007). Les cellules de la crête neurale se divisent et font apparaître des bourgeons. C'est à la fin du premier mois que les 5 bourgeons faciaux formés délimitent la bouche embryonnaire appelée aussi stomodeum. Au cours du 2^{ème} mois, ils fusionnent et forment le massif facial. Leur convergence forme la cavité bucco-nasale primitive : il n'y a pas encore de délimitation entre la cavité buccale et les fosses nasales (Couly, 2010).

Au début du 3^{ème} mois, la tête se relève. La langue, alors verticale et intra-nasale, descend et devient horizontale et intra-buccale : le palais se ferme et sépare la cavité buccale des fosses nasales (Couly, 2010). Autour de la 10^{ème} semaine est décrit le réflexe de Hooker : la main touche les lèvres, la bouche s'ouvre et la langue sort pour toucher la main. Ce réflexe correspond à la première expérience sensori-motrice qui marque le passage de l'embryon au stade de fœtus (Thibault, 2007).

A cette même période, les premiers mouvements antéro-postérieurs linguaux, précurseurs de la succion, apparaissent : c'est le début de l'oralité primaire juvénile (Couly, 2010). Les séquences motrices de succion-déglutition apparaissent plus tard entre 12 et 15 semaines d'aménorrhée (Thibault, 2007). La déglutition a plusieurs fonctions : morphogénétique sur la croissance de la mandibule (Couly, 2010), de préparation aux reconnaissances olfactive et gustative du lait (Senez, 2002), d'entretien du milieu et de maturation du conduit fœtal gastro-intestinal et rénal (Ross et Nyland, 1998 cité par Rogers et Arvedson, 2005).

Le couple succion-déglutition va devoir être entraîné, notamment par la déglutition du liquide amniotique ou la succion des doigts, pour être optimal au terme de la grossesse. Le tronc cérébral est le principal acteur de cette coordination neurosensorielle qui se poursuit après la naissance à terme (Chevalier et al., 2012 ; Couly, 2010 ; Thibault, 2007). Chez le fœtus, on parle déjà d'oralité primaire.

1.2 L'oralité primaire du nouveau-né

Dans la continuité de l'oralité primaire du fœtus, l'oralité du nouveau-né met en jeu des structures neurologiques sous-corticales (Abadie, 2012). Elle se poursuit environ six mois après la naissance à terme (Abadie, 2004b ; Chevalier et al., 2012 ; Couly, 2010).

L'oralité alimentaire primaire est définie par le couple succion-déglutition (Schelstraete, 2008), auquel on peut ajouter la respiration. Cette oralité correspond à l'alimentation au sein ou au biberon (Leblanc, Bourgeois, Hardy, Lecoufle et Ruffier, 2012). La tétée au sein sollicite de nombreux muscles bucco-faciaux – linguaux (mouvements antéro-postérieurs par la succion), propulseurs de la mandibule, masséters, orbiculaires des lèvres et jugaux (Raymond, 2004) – et contribue donc à renforcer leur tonicité. Au biberon, l'activité musculaire est moindre (Schelstraete, 2008).

La succion est un acte complexe qui demande un équipement neurologique et anatomique intact. Elle est amorcée ou inhibée par une série de réflexes oraux archaïques : réflexe des points cardinaux, réflexe nauséeux, automatisme d'orientation de la langue, réflexe de pression alternative, réflexe de succion, réflexe de toux (Senez, 2002) et réflexe de frouissement (Couly, 2010). La motricité bucco-faciale est donc réflexe, tout comme la motricité globale dont elle est indissociable (Senez, 2002). Avec la maturation neurologique et les expériences sensori-motrices pluriquotidiennes et répétitives fournies par la tétée, ces réflexes vont s'inhiber (excepté la toux). La diversification alimentaire devient alors possible notamment grâce à la modification de la sensibilité buccale par la postériorisation du réflexe nauséeux (Chevalier et al., 2012) mais également grâce à la corticalisation progressive de la motricité buccale (Abadie, 2012).

1.3 Vers l'autonomie : l'oralité secondaire.

Autour des 5-6 mois de vie, la fonction alimentaire se corticalise progressivement et devient volontaire. C'est l'apparition de l'oralité secondaire qui perdurera tout au long de la vie (Couly, 2010). Elle est caractérisée par la mastication et par une complexification progressive des mouvements endo-buccaux et linguaux (Abadie, 2004b). Elle correspond au passage à l'alimentation à la cuillère mais aussi à la diversification alimentaire (Leblanc et al., 2012).

La transition de l'oralité primaire vers l'oralité secondaire n'est pas brutale. Senez (2002) et Thibault (2012) parlent de double stratégie alimentaire durant laquelle la succion cohabite avec l'alimentation à la cuillère. Les auteurs ne s'accordent pas sur la durée de cette double stratégie : selon Thibault (2012) elle dure un à deux ans, alors que pour Couly (2010) elle commence vers 6 mois pour se terminer à 5 ans.

Au niveau anatomique, le cou s'allonge et le larynx descend. La cavité buccale grandit et laisse plus d'espace à la langue (Thibault, 2012). Les dents de lait apparaissent entre 6 et 36 mois et marquent le début de l'occlusion qui participe à la fonctionnalité de la mastication (Couly, 2010).

Au niveau moteur, l'enfant aborde vers 6-8 mois l'âge des dissociations motrices : la motricité globale se dissocie de la motricité bucco-faciale. L'enfant, dont la musculature est plus développée, se verticalise. Ces deux phénomènes permettent des mouvements mandibulaires plus efficaces et des mouvements linguaux du haut vers le bas qui préparent la mastication (Puech et Vergeau, 2004 ; Tapin, 2001 cité par Thibault, 2012).

L'âge d'apparition des mouvements masticatoires et celui de leur efficacité diffèrent selon les études. Arvedson et Brodsky (2002, cités par Roger et Arvedson, 2005) notent des premiers mouvements de rotation diagonale de la langue vers 12 mois ; Senez (2002) et Thibault (2012) parlent d'une mastication approximative vers 2 ans mais d'une mastication adulte seulement vers 6 ans alors que Couly (2010) cite l'âge de 4 ans comme celui de l'efficacité masticatoire.

2 Les aspects sensoriels et moteurs de l'alimentation chez l'enfant

La sensorialité et la motricité de la sphère oro-faciale se développent dès la période embryonnaire (Leblanc et Ruffier-Bourdet, 2009) et jouent un rôle important dans le développement du comportement alimentaire (Thibault, 2007).

2.1 Les expériences sensori-motrices du fœtus au nouveau-né

L'oralité fœtale repose sur trois effecteurs sensoriels principaux : le toucher, l'olfaction et la gustation (dans l'ordre de développement). Ceux-ci sont fonctionnels dès le deuxième trimestre de grossesse (Abadie, 2004b). En ce qui concerne l'audition et la vision, le fœtus perçoit et réagit aux sons autour de 20 semaines et son œil est réactif à la lumière à 7 mois de grossesse (Leblanc et Ruffier-Bourdet, 2009).

Ainsi, bien avant le terme de la grossesse, le fœtus fait de nombreuses expériences sensorielles : il écoute la voix et les battements du cœur de sa mère, il réagit à la luminosité de l'extérieur, il fait des expériences tactiles (Leblanc et Ruffier-Bourdet, 2009), il réalise des expériences externes grâce aux sensations corporelles, mais aussi des expériences intra-buccales par l'intermédiaire du liquide amniotique qu'il met en bouche : consistance, goût, température. Ces derniers sont influencés par les prises alimentaires de la mère (Senez, 2002). Ces différentes expériences précoces, notamment olfactives et gustatives, ont été mises en évidence par l'étude des nouveau-nés prématurés (Schaal et Monnery-Patris, 2010).

L'oralité motrice apparaît chez l'embryon entre la 6^{ème} et la 7^{ème} semaine de grossesse (Thibault, 2007) et est en lien avec le développement du tronc cérébral. Cette motricité est automatique et permet la mise en place des premiers automatismes oraux dès la 9^{ème} semaine. De plus, elle permet le redressement de la tête, la descente de la langue et la fermeture du palais vers la 10^{ème} semaine (Senez, 2002). Les boucles sensori-motrices débutent avec le réflexe de Hooker et le couple succion-déglutition, caractéristique de la motricité fœtale, se met en place progressivement entre la 12^{ème} et la 15^{ème} semaine de grossesse et va être entraîné jusqu'au terme (Thibault, 2007).

A la naissance, l'enfant va retrouver de nombreux indices sensoriels, comme l'odeur ou la voix de sa mère, qui assurent une continuité entre son environnement fœtal et son environnement néo-natal (Senez, 2002). L'alimentation joue un rôle important dans cette continuité car l'enfant allaité va retrouver la consistance, l'odeur, le goût et la température du liquide amniotique, via le colostrum les premiers jours de l'allaitement, influencé également par les prises alimentaires de la mère. Senez (2004) parle d'un véritable cordon sensoriel reliant la mère au fœtus puis au bébé.

Le fœtus mémorise donc les nombreuses expériences sensorielles qu'il fait in-utero et s'en sert pour se repérer dans son nouvel environnement à la naissance (Schaal et Goubet, 2010), notamment grâce à la prise alimentaire. A chaque tétée, les indices sensoriels vont être renforcés et mémorisés par le bébé (Schaal, Delaunay-El Allam, et Doucet, 2005).

La motricité réflexe du nouveau-né est dans la continuité de la motricité du fœtus. La succion, entraînée in-utero, est optimale. La motricité globale est associée à la motricité bucco-faciale : l'ouverture et la fermeture de la bouche accompagnent respectivement l'extension et la flexion du cou (Senez, 2002).

Au niveau sensoriel, le nouveau-né présente aussi des caractéristiques innées et universelles, particulièrement étudiées dans le domaine de l'olfaction et de la gustation. Ainsi, on observe une acceptation du sucré et un rejet de l'amer et de l'acide, montrés grâce à l'étude des mimiques faciales (Bellisle, 2012 ; Rigal, 2002). Toutefois, ces préférences vont être modifiées par la maturation du système gustatif et par les expériences alimentaires proposées à l'enfant lors de la diversification alimentaire (Schwartz, Nicklaus et Boggio, 2010).

2.2 La diversification alimentaire

La diversification est une étape majeure dans le développement alimentaire de l'enfant. Ce dernier va s'appuyer sur ses expériences acquises, notamment gustatives, lors de l'alimentation au sein et/ou au biberon, pour orienter ses préférences vers les aliments dont certaines caractéristiques sensorielles sont connues (Schaal et al., 2005).

Cette diversification alimentaire commence vers 6-8 mois et consiste en l'introduction de nombreuses caractéristiques sensorielles. Les textures passent du liquide au semi-liquide, mixé puis morceaux. La température change : l'enfant fait l'expérience du chaud, du froid, du tiède. Les caractéristiques gustatives et olfactives de l'alimentation sont différentes de celles qu'ingéraient la mère ou de celles du lait artificiel.

Pendant cette période, l'enfant passe du biberon ou du sein, à la cuillère. La proprioception intra-buccale de l'enfant s'en trouve modifiée par le nouvel outil introduit en bouche lors des repas. Durant cette phase de sevrage, les oralités primaire et secondaire vont coexister. L'enfant va conserver au départ une succion primitive avec des mouvements de langue antéro-postérieurs et en parallèle il va développer de nouvelles stratégies motrices orales. Deux étapes dans la succion interviennent durant la diversification alimentaire : le suckling et le sucking. Le suckling correspond à des mouvements antéro-postérieurs de la langue et donc à l'oralité primaire. Le sucking est considérée comme une vraie succion avec des mouvements de langue de haut en bas. La coexistence de ces deux étapes permet d'initier l'enfant à la manipulation et à la préparation du bolus (Tapin, 2001; Puech, Vergeau, 2004). Le temps oral de la déglutition devient volontaire, l'oralité alimentaire se corticalise progressivement et le schème succion-déglutition, auparavant réflexe, s'inhibe (Thibault, 2012). Aussi, les textures différentes entraînent la motricité linguale ; la langue doit aller chercher le morceau mis dans la bouche ou doit rassembler le bolus pour pouvoir le déglutir.

Le processus de diversification alimentaire est également en lien avec l'apparition des premières dents (vers 6 mois) ; on parle alors d'oralité dentée. Cette modification buccale fait émerger de nouveaux récepteurs sensoriels et mécaniques et donc participe à l'apparition de nouveaux schèmes moteurs oraux.

Le lien entre la motricité globale et la motricité bucco-faciale est également à prendre en compte. En effet, la motricité corporelle globale entraîne des modifications de posture, l'enfant se met assis puis debout. Ces modifications entraînent des changements au niveau de la sphère oro-faciale : le larynx descend, la langue vient se coller au palais.

Par ses expériences bucco-faciales alimentaires ainsi que non-alimentaires, l'enfant va développer des acquis sensoriels et moteurs nécessaires pour garantir une oralité optimale (Leblanc et Ruffier-Bourdet, 2009).

Toutefois, la diversification peut être problématique en raison du phénomène universel de néophobie alimentaire ou, plus précisément, une «prédisposition au rejet des aliments nouveaux» (Maier et al., 2010, p71). Ce phénomène est un comportement normal chez l'enfant, il peut être interprété comme une réponse adaptative de l'omnivore afin d'éviter d'ingérer des aliments toxiques non connus (Maier et al., 2010). La néophobie touche 77% des enfants entre 2 et 10 ans et elle est particulièrement intense entre 4 et 7 ans (Rigal, 2002). La sensibilisation, la familiarisation et l'apprentissage aident l'enfant à surmonter cette étape de diversification alimentaire (Rigal, 2002) et lui permettent de développer ses préférences alimentaires (Schaal, 2010).

3 Les dimensions interactionnelles et psycho-affectives liées à l'oralité alimentaire

La bouche joue un rôle essentiel dans le développement de l'enfant. Abadie (2007, p1) affirme que «la bouche est un organe clé de la construction neuro-développementale, corporelle et psychique de l'enfant : organe de la survie, de l'étayage, de l'expérimentation précoce du plaisir, de l'intégration multi-sensorielle et de la communication».

L'acte de nourrir un enfant suggère non seulement l'ingestion d'aliments mais également un temps relationnel et interactionnel entre l'enfant et sa mère (Crunelle et Crunelle, 2008).

3.1 La construction du Moi

Au travers de l'acte alimentaire, l'enfant va construire son Moi qui, selon la théorie freudienne, est régi par le principe de réalité. En effet, manger consiste à faire franchir aux aliments, porteurs de sens, la frontière dedans-dehors du corps (Chiva, 1985, cité par Thibault, 2012 ; Mercier, 2004). Couly (2010) note que «manger c'est transformer du «non-moi» qui devient «Moi »» (p9).

De nombreux auteurs s'accordent à dire que cette incorporation participe à la structuration de la vie psychique, de l'identité et de la personnalité de l'enfant (Delegay-Siksou, 1986 ; Vidailhet, 2012 ; Freud, 1962, cité par Thibault 2012).

Anzieu (1985) explique, via sa théorie du Moi-Peau, que le Moi de l'enfant s'étaye à partir des expériences tactiles de la surface du corps. Cette idée est reprise par Delegay-Siksou (1986) en élargissant les expériences tactiles à toutes les intégrations sensorielles.

Le Moi du nourrisson se construit grâce à l'intervention de la mère qui utilise trois notions fondamentales de la théorie de Winnicott : le holding, correspondant à la manière de porter l'enfant, d'échanger avec lui via les regards, le toucher, les paroles ; le handling, relatif à la manière de soigner l'enfant ; et l'object-presenting, étant la manière de présenter les objets – sein, biberon (Anzieu, 1985; Funck-Brentano, 2008 ; Winnicott, 1992). Ces trois notions sont liées au concept de la mère « suffisamment bonne », développé par Winnicott (1992). Cette mère utilise alors le holding, handling et l'object-presenting auprès de son enfant pour l'accompagner dans son développement.

Par ailleurs, lors de l'acte d'alimentation, la mère remplit son enfant d'abord au niveau alimentaire mais également au niveau sensoriel et affectif. Cette fonction nourricière est la « plus archaïque et fondatrice » pour l'enfant (Abadie, 2004a, p605). Couly (2010) précise que l'attachement qui se crée au travers de la mère nourricière « marque à jamais la vie de tout humain » (p56). De plus, c'est par l'acte d'alimentation que la mère construit son identité de mère nourricière et son sentiment de compétence. En effet, une atteinte de la fonction alimentaire a des répercussions sur la fonction nourricière de la mère et son sentiment de compétence ; ce qui représente un risque pour la relation mère-enfant (Thibault 2007).

3.2 Les aspects sociaux et relationnels

Pour le bébé, manger permet, dans un premier temps, de combler un besoin physiologique, de soulager une tension. Dans un second temps, la situation d'alimentation contribue à la mise en place des premiers échanges interactifs, des premières relations humaines (Ajuriaguerra et Marcelli, 1989 ; Couly, 2010 ; Crunelle et Crunelle, 2008 ; Thibault, 2007).

Selon Bowlby, le comportement d'attachement, est primaire et essentiel pour le développement social et relationnel de l'enfant ; il a une fonction de protection mais aussi

de socialisation (Viterbo et Renault, 2008). Le bébé s'attache à sa mère car elle est source de gratification, elle assouvit les besoins physiologiques primaires de son enfant (Bowlby, 1977 ; Lebovici et Soulé, 1970).

Aussi, au cours de l'alimentation, de nombreux échanges corporels entre la mère et l'enfant ont lieu. La répétition de ces échanges, à chaque tétée, développerait l'intégration multi-sensorielle qui participe à la construction de l'attachement et donc au développement psychique et relationnel de l'enfant (Abadie, 2012 ; Anzieu, 1985 ; Schaal et al., 2005).

Ainsi, nourrir un enfant n'est pas un acte anodin. En effet, «autour de l'alimentation se noue l'axe d'interaction le plus précoce entre mère et enfant, axe qui constituera le noyau de référence des divers stades ultérieurs du développement» de l'enfant (Ajuriaguerra et Marcelli, 1989, p125).

3.3 Les aspects interactionnels

La sphère orale est le lieu des premiers attachements et découvertes, mais aussi des premières interactions (Thibault 2012). En effet, l'interaction la plus précoce entre la mère et l'enfant se déroule et se renforce autour de l'acte de nourrissage (Schelstraete, 2008). De plus, au cours du repas, une interaction se crée entre la mère et l'enfant qui échangent des regards, des gestes et mimiques, des paroles. Ainsi, l'acte d'alimentation permet le développement des interactions humaines (Ajuriaguerra et Marcelli, 1989, p126).

Les habiletés pragmatiques se développent dès la naissance de l'enfant (Coquet, Ferrand et Roustit, 2006). Ainsi, c'est au cours des 6 premiers mois que se mettent en place les regards, les sourires, les vocalisations avec alternance de tours de parole et les gestes. Dès les premiers jours, les contacts oculaires représentent 75% du temps d'échange. Le contact visuel est le premier précurseur pragmatique à apparaître chez le bébé (Leclerc, 2005).

Lors des tétées, les échanges entre la mère et l'enfant sont riches et permettent de tisser les premiers liens affectifs et interactionnels indispensables au développement de l'enfant. Aussi, les précurseurs pragmatiques qui se développent lors de ce contexte d'interaction, permettent l'apparition des précurseurs formels et sémantiques qui interviennent dans le développement de la communication (Leclerc, 2005).

II Les troubles de l'oralité alimentaire

1 Etiologies des troubles de l'oralité alimentaire

1.1 Définitions et terminologie

Dans la littérature, les troubles de l'oralité alimentaire ont plusieurs terminologies. Manikam et Perman (2000) nomment les difficultés à s'alimenter par la bouche «impaired feedings». On retrouve plus généralement le terme de «feeding disorders». Thibault (2007) utilise le terme «dysoralité».

Les troubles de l'oralité alimentaire sont définis comme étant «l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale» (Thibault, 2007, p61). A ces difficultés peuvent s'ajouter des troubles de la déglutition, appelés dysphagies (Arvedson, 2008).

1.2 Prévalence des troubles de l'oralité alimentaire

Les troubles de l'oralité alimentaire concernent 25% des enfants avec un développement normal et 80% des enfants avec des troubles développementaux (Arvedson, 2008 ; Senez, 2014 ; Hermans, 2003).

De plus, Rogers et Arvedson (2005) ajoutent que 12% des enfants avec difficultés alimentaires ont également des troubles de la déglutition et 23% présentent un refus régulier de nourriture.

1.3 Etiologies des troubles de l'oralité alimentaire

Les troubles de l'oralité alimentaire sont complexes et leur étiologie est souvent multifactorielle : médicale, environnementale, psycho-affective, comportementale (Art-Rodas et Benoit, 1998 ; Bryant-Waugh, Markham et Kreipe, 2010).

De ce fait, il n'existe pas de classification étiologique universelle et claire des troubles de l'oralité alimentaire. Plusieurs auteurs s'appuient sur une distinction des troubles de l'oralité alimentaire en deux groupes. Burklow, Kathleen, Phelps, Schultz, McConnell et Rudolph (1998) différencient les causes organiques – regroupant les anomalies structurelles, les problèmes neuromusculaires et les raisons physiologiques – des étiologies non-organiques (antécédents environnementaux, rupture sociale).

Senez (2002) dissocie les causes neurologiques des causes non-neurologiques. Les premières concernent les encéphalopathies congénitales ou acquises et les secondes sont liées à des atteintes organiques, une prématurité inférieure à 34 semaines d'aménorrhée ou des cas particuliers comme les fentes labio-palatines.

Une classification américaine fait état des étiologies des troubles du comportement alimentaire. Il s'agit de la classification diagnostique de 0 à 3 ans (Zero to Three, 2005) reprise par Chatoor (2009). Cette classification distingue cinq étiologies possibles pour ces types de troubles : trouble de la régulation alimentaire, trouble alimentaire lié à des difficultés relationnelles (caregiver-infant reciprocity), anorexie infantile, aversion alimentaire d'origine sensorielle, trouble alimentaire associé à une affection médicale simultanée et trouble alimentaire associé à une pathologie gastro-intestinale.

D'autres auteurs parlent de causes organiques s'opposant à des causes psychogènes (Abadie, 2004a). Thibault (2007) reprend cette distinction organique versus psychogène et y ajoute un troisième groupe : les anorexies post-traumatiques. L'auteur explique qu'une hospitalisation précoce, pour diverses raisons (prématurité, réanimation, anomalies du tube digestif), peut entraîner un traumatisme précoce de la sphère orale, perturbant l'alimentation per os des enfants. Leblanc et al. (2012) utilisent le terme «origine sensorielle» pour définir ce troisième groupe de causes.

Nous nous appuyons sur la classification de Thibault (2007) : causes organiques, causes psychogènes et causes post-traumatiques. Nous prendrons également en compte les troubles de l'oralité alimentaire apparaissant dans le cadre d'un développement normal.

1.4 Manifestations des troubles de l'oralité alimentaire

Les troubles de l'oralité alimentaire ont plusieurs symptomatologies. Les auteurs décrivent : un manque d'appétit, un refus de la nourriture et de la nouveauté (néophobie alimentaire), des nausées et vomissements, des difficultés sensorielles, des troubles de déglutition et/ou de mastication, des problèmes comportementaux lors des repas tels que des angoisses, des conflits et du forçage de la part des parents (Manikam et Pernam 2000 ; Hermans, 2003 ; Bellis, Buchs-Renner et Vernet, 2009 ; Senez, 2014).

L'ensemble de ces symptômes a des conséquences à court et long terme, notamment sur le développement (cognitif, psychomoteur, langagier, affectif), la croissance staturo-

pondérale des enfants mais aussi sur le développement de la sphère oro-faciale (Manikam et Pernam, 2000 ; Thibault, 2007).

2 Le rôle de l'intégration sensorielle dans les troubles de l'oralité

2.1 Apports théoriques

La théorie de l'intégration sensorielle a été introduite par Ayres (1972 citée par Miller, Nielsen, Schoen, et Brett-Green, 2009), ergothérapeute américaine, à partir des années 1960. L'intégration sensorielle y est définie comme un processus neurologique qui permet à l'enfant de donner du sens à son environnement et de mettre en place une réponse comportementale adaptée par la réception, l'enregistrement, la modulation, l'organisation et l'interprétation des informations sensorielles (Pollock, 2009). Ces données concernent le tact, l'audition, l'olfaction, la vision mais aussi le sens vestibulaire, la proprioception en lien avec la position du corps dans l'espace et l'intéroception relative aux sensations corporelles internes (Barbier, 2014).

En cas de trouble de l'intégration sensorielle, l'enfant manifeste une réponse atypique à des sollicitations sensorielles ordinaires. Ayres (1972 citée par Miller, Nielsen, Schoen, et Brett-Green, 2009) a décrit ces troubles sous le terme de «sensory integration dysfunction». Le terme actuel est «sensory processing disorder» (Miller et al., 2009).

Miller et al. (2009) proposent une nosologie de ces troubles et les classent en trois catégories : les troubles moteurs d'origine sensorielle, les troubles de la discrimination sensorielle et les troubles de la modulation sensorielle. Les troubles moteurs sensoriels regroupent les dyspraxies et les troubles posturaux. Les troubles de la discrimination sensorielle correspondent à une difficulté pour interpréter les caractéristiques des stimuli sensoriels. Ils peuvent toucher tous les systèmes sensoriels : toucher, goût, odorat, audition, vision, sens vestibulaire, proprioception. Les troubles de la modulation sensorielle caractérisent des difficultés pour moduler les réponses aux stimulations sensorielles. Ils se divisent en trois sous-groupes : l'hyper-réaction sensorielle (sensory over-responsive) correspondant à une réponse exacerbée en réaction à un stimulus, le seuil de détection des stimuli sensoriels est anormalement bas ; l'hypo-réaction sensorielle (sensory under-responsive) qui est une réponse faible en réaction à un stimulus, le seuil de détection des stimuli sensoriels est anormalement haut. Enfin, le troisième sous-groupe est la recherche sensorielle (sensory seeking) : le sujet recherche une stimulation plus forte et/ou plus longue afin de demeurer en alerte constante.

Ces troubles sont peu connus en France, mais ils sont pourtant repérés régulièrement en clinique. Selon Barbier (2014), ils pourraient résulter d'un dysfonctionnement des systèmes parasympathique et sympathique, respectivement impliqués dans les états de fuite et de retour au calme et/ou d'un déficit dans la mise en place du processus d'habituation à un stimulus sensoriel. Ces troubles peuvent toucher la sphère orale car le repas est un moment où tous les sens sont en éveil (Leblanc et al., 2012) et où l'intégration sensorielle est maximale.

2.2 Impact des troubles de l'intégration sensorielle sur l'oralité alimentaire

Manger demande à l'enfant de faire un traitement simultané de nombreuses informations sensorielles : tactiles, gustatives, olfactives, auditives, visuelles, proprioceptives et intéroceptives (Barbier, 2014). En cas de troubles de l'intégration sensorielle ou neurosensorielle, l'enfant n'est pas capable de gérer l'ensemble des stimuli. Il met alors en place des défenses tactiles, tonico-posturales, orales et/ou comportementales afin de se protéger (Puech et Vergeau, 2004).

Dans le cadre des troubles de l'oralité alimentaire, l'hyper-sensibilité est la difficulté la plus décrite par les auteurs. Elle se manifeste par une augmentation des réflexes et du tonus et par une réponse majorée en intensité à un stimulus. Le plus souvent il s'agit

d'une forte sensibilité aux textures, températures, goûts et/ou odeurs des aliments. Cette sensibilité peut se manifester par des nausées et des vomissements dans les cas les plus sévères. L'appétit de ces enfants est souvent faible. L'hypo-sensibilité est aussi décrite mais est moins fréquente. Il s'agit d'un seuil de réactivité plus élevé ; l'enfant sera alors moins sensible aux caractéristiques des aliments (goût, texture, température, odeur). Il aura tendance à gober les aliments et n'aura pas de sensation de satiété (Barbier, 2014 ; Leblanc et al., 2012 ; Cermak, Curtin et Bandini, 2010 ; Manikam et Pernam, 2000 ; Ramsay, 2001).

D'autres manifestations sensorielles sont décrites dans la littérature, sous d'autres terminologies. Ainsi, Chatoor (2009) a décrit les aversions alimentaires d'origine sensorielle (sensory food aversion). Ces aversions peuvent devenir symptomatiques dès 6 mois, lors de la diversification alimentaire et être présentes chez des jeunes enfants sans contexte pathologique particulier. Les réactions de l'enfant sont souvent le refus de l'aliment ou de ses caractéristiques : odeur, goût, température, texture.

Senez (2014) a quant à elle défini le syndrome de dysoralité sensorielle (SDS). Elle explique que ce syndrome est polymorphe et présent chez 25% d'enfants à développement normal et 75% d'enfants présentant un trouble avéré (autisme, polyhandicap, enfant sous nutrition artificielle). Ces difficultés résulteraient d'une hyperexcitabilité des mécanorécepteurs et chimiorécepteurs du goût et de l'odorat. Ces manifestations peuvent être causées par un investissement négatif de la sphère orale, lié à une privation d'expériences sensorielles ou à des expériences sensorielles négatives (soins, douleurs...), notamment en cas de nutrition artificielle ou de troubles sensoriels (Puech et Vergeau, 2004 ; Schaal et Goubet, 2010 ; Senez, 2002).

3 Evaluation et soins des troubles de l'oralité alimentaire

Les troubles de l'oralité alimentaire ont des causes multiples et nécessitent donc une évaluation et une prise en soins pluridisciplinaires. L'orthophoniste a un rôle important dans la prévention, l'évaluation et les soins de ces troubles. En effet, ils entrent dans son champ de compétence, en plus des difficultés langagières qu'ils peuvent engendrer.

3.1 Evaluation des troubles de l'oralité alimentaire

Les troubles de l'oralité alimentaire sont complexes et leurs manifestations sont variées. L'évaluation de ces troubles nécessite donc une approche multidisciplinaire afin d'identifier l'ensemble des difficultés orales de l'enfant et les éléments entravant son alimentation (Hermans, 2003). De plus, une évaluation complète et adaptée des troubles de l'oralité alimentaire est nécessaire pour la mise en place d'une prise en soins adaptée (Art-Rodas et Benoît, 1998 ; Barbier, 2004).

L'évaluation orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire consiste en un examen clinique permettant de préciser la sémiologie du trouble, ses manifestations, les compétences et les difficultés de l'enfant. Cette évaluation permet également de déterminer si le trouble de l'oralité alimentaire est associé ou non à d'autres difficultés et s'il nécessite une prise en soins (Abadie, 2004a ; Thibault, 2007).

Les auteurs décrivent plusieurs éléments importants dans l'évaluation des troubles de l'oralité alimentaire. Tout d'abord, l'anamnèse avec les parents consiste à reprendre avec eux et de manière détaillée la plainte et les manifestations du trouble alimentaire, les histoires médicale, alimentaire, développementale et familiale ainsi que l'état actuel de l'enfant.

Par la suite l'orthophoniste fait un examen clinique des fonctions orales de l'enfant : respiration, déglutition et phonation ; ainsi qu'un examen endo-buccal et sensoriel. Il est également important d'observer un repas de l'enfant à domicile. Abadie (2004a) préconise de faire un examen neurologique et morphologique lors de l'évaluation des troubles de

l'oralité alimentaire. L'auteur précise aussi de prendre en compte le vécu et les ressentis parentaux par rapport aux difficultés alimentaires de l'enfant, ainsi que les non-dits.

Arvedson (2008) affirme qu'il est important de prendre en compte l'environnement de l'enfant, ce qui peut se faire lors de l'observation du repas au domicile. Ainsi, il s'agira pour l'orthophoniste de s'intéresser aux interactions parent-enfant, aux réactions de l'enfant, à ses attitudes corporelles et au contexte environnemental lors des repas.

Par conséquent, les troubles de l'oralité alimentaire nécessitent une prise en compte du contexte environnemental et familial de l'enfant ainsi qu'une évaluation complète, détaillée et pluridisciplinaire afin d'adapter au mieux la prise en soins.

3.2 Aspects généraux des soins des troubles de l'oralité alimentaire

Les auteurs s'accordent sur la pluridisciplinarité des prises en soins des troubles de l'oralité alimentaire : l'évaluation et la prise en charge nécessitent l'intervention de nombreux professionnels (Bellis et al., 2009 ; Cermak et al, 2010 ; Crunelle et Crunelle, 2008). Ces derniers sont : le pédiatre et les médecins, les chirurgiens, les infirmiers, les diététiciens ou nutritionnistes, les psychologues, les orthophonistes, les psychomotriciens, les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes. D'autres encore peuvent intervenir en fonction des difficultés que présente l'enfant.

Dunitz-Scheer (2007) ajoute que cette coopération pluridisciplinaire doit être transparente, c'est-à-dire que les professionnels doivent communiquer entre eux sur leurs objectifs thérapeutiques. Crunelle et Crunelle (2008) précisent que la transdisciplinarité consiste en un travail spécifique de la part de chaque praticien mais les objectifs sont communs : l'investissement de la sphère orale et de l'alimentation.

Les choix et le projet thérapeutiques se construisent grâce à l'évaluation et aux priorités thérapeutiques (Abadie, 2004a). Pour Manikam et Pernam (2000), plusieurs axes sont pris en compte dans la prise en soins des troubles de l'oralité alimentaire : le traitement de la condition médicale, les modifications des comportements inappropriés, l'accompagnement parental, un entraînement des compétences alimentaires de l'enfant et des compétences parentales. Abadie (2004a) ajoute une stimulation multi-sensorielle orale et corporelle globale et un soutien psychologique au cadre des prises en soins.

3.3 Aspects orthophoniques des soins des troubles de l'oralité alimentaire

Deux éléments sont importants dans le soin orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire : les soins apportés à l'enfant et l'accompagnement des parents (Barbier, 2014 ; Puech et Vergeau, 2004 ; Thibault 2007).

Dans le cadre des troubles de l'oralité alimentaire, les actions menées auprès de l'enfant et de ses parents ont pour intention que «chacun trouve sa place et son rôle» (Delaoutre-Longuet, 2010, p82).

L'objectif principal des soins orthophoniques des troubles de l'oralité alimentaire est d'aider l'enfant à (ré)-investir positivement la sphère orale et l'amener à une alimentation per os ou, le cas échéant, à une alimentation au mieux de ses capacités (Barbier 2010 ; Crunelle 2010 ; Leblanc et al, 2009 ; Thibault 2012).

Le projet thérapeutique est élaboré en fonction de l'évaluation de l'enfant, de ses compétences et des priorités discutées et déterminées avec les parents (Barbier, 2010, 2014).

Pour ce faire, l'orthophoniste peut utiliser des gestes techniques comme les massages intra et extra-buccaux, la désensibilisation buccale et/ou des gestes d'aides à la succion. Ces gestes techniques permettent d'accélérer les processus de maturation des schèmes succion-déglutition-mastication et donc de faciliter les prérequis à l'alimentation (Delaoutre-Longuet, 2010). Mais l'orthophoniste peut également axer une partie de la

prise en soins sur les sollicitations sensorielles, pour permettre à l'enfant d'expérimenter des sensations. Ces sollicitations sensorielles vont être proposées au corps entier afin de faire céder les défenses que l'enfant a pu mettre en place au niveau corporel global et afin de pouvoir aborder plus sereinement la bouche. Elles font intervenir l'ensemble des sens : toucher, goût, odorat, vue, audition ainsi que la proprioception et le sens vestibulaire (Barbier, 2014). Les praxies bucco-faciales sont importantes à travailler car elles interviennent dans l'acte de s'alimenter. Par exemple, rassembler le bolus alimentaire nécessite une bonne tonicité linguale et jugale.

En somme, les prises en soins des troubles de l'oralité alimentaire sont spécifiques à chaque enfant, individuelles et adaptées en fonction des difficultés et compétences de l'enfant mais aussi du contexte environnemental et familial (Dunitz-Scheer, 2007 ; Manikam et Pernam, 2000). Par ailleurs, les parents sont les premiers éducateurs de l'enfant et sont présents au quotidien. Ils sont donc les acteurs privilégiés des thérapies indirectes des troubles de l'oralité alimentaire et verbale.

III Thérapie indirecte et troubles de l'oralité alimentaire

1 La thérapie indirecte

1.1 Bases théoriques

Les approches socio-interactionnistes ont largement contribué au développement des thérapies indirectes. Elles ont mis en évidence, dans le domaine de l'acquisition du langage, le rôle primordial des interactions réciproques entre l'enfant et son environnement (Bloom et Lahey, 1978 ; Bohannon et Bonvillian, 1997 ; Bruner, 1975 ; McLean et Snyder-McLean, 1978 cités par Girolametto, 2000). Vigotsky (1978, cité par Bruner, 1983), dont la théorie est fondatrice de ces approches, précise que l'apprentissage des concepts par l'enfant est de nature sociale car il se construit dans l'interaction avec l'autre. Ainsi, l'environnement joue un rôle capital dans les apprentissages, comme celui du langage.

Plus récemment, Leffel et Suskind (2013) affirment que l'environnement langagier précoce aurait même un impact plus large sur la trajectoire de vie de l'enfant, son niveau d'éducation et ses capacités cognitives ultérieures.

Le modèle écologique de Bronfenbrenner (1994) appuie, quant à lui, l'importance du milieu dans le développement humain. En effet, ce dernier résulte des interactions régulières et prolongées entre l'individu et son environnement (Bronfenbrenner, 1994). La famille - donc les parents - est le premier contexte environnemental dans lequel évolue l'enfant et influence donc fortement son développement (Guide, Santé et Services Sociaux du Québec, 2009).

1.2 Définitions et grands principes

Alors que la thérapie directe se fixe sur le patient lui-même et cherche à obtenir des changements par le soin direct soignant/soigné, la thérapie indirecte se centre sur l'entourage du patient et plus particulièrement sur l'aidant. La thérapie indirecte a donc pour but d'obtenir des modifications de l'environnement qui influenceraient favorablement l'évolution du patient. Le soin indirect dans la prise en charge du jeune enfant paraît capital. En effet, dès que l'on s'adresse au jeune enfant, les parents sont impliqués (Belargent, 2000). On trouve alors les termes : «accompagnement familial», «guidance», «accompagnement parental». Ces derniers se réfèrent tous à une intervention parents-professionnels soutenant les pratiques parentales (Guide, Santé et Services Sociaux du Québec, 2009).

L'accompagnement familial est inscrit dans le référentiel de compétences des orthophonistes (Bulletin Officiel n°32, 2013). Il touche différents domaines tels que la communication, l'alimentation et la déglutition. Il a pour principes essentiels : l'écoute, la facilitation du quotidien et des interactions, l'information des parents, le respect des parents comme premiers éducateurs, leur implication sans les transformer en thérapeutes et enfin le développement du potentiel de l'enfant et sa perception par les parents (Crunelle, 2010). Le Guide, Santé et Services Sociaux du Québec (2009) ajoute à cette liste le soutien à la parentalité qui passe par le respect des croyances mais aussi par l'augmentation du sentiment d'auto-efficacité des parents. Ce concept d'auto-efficacité rejoint celui d'« empowerment », terme apparu suite à la publication de la Charte d'Ottawa (1986), lors de la 1^{ère} conférence pour la promotion de la santé. En effet, il peut être défini comme « l'apport de ressources pour améliorer le contrôle de l'existence » (Rappaport, 1987, p.119 cité par Hutchison et Lord, 1993, traduction libre). Ainsi, le thérapeute va aider les parents dans leurs possibilités à contrôler leurs actions et ainsi à influencer le développement de leur enfant.

Chez le jeune enfant, l'accompagnement familial est indissociable de la prise en charge précoce (Crunelle, 2010). Pour Dunst (2007), ce terme correspond aux expériences et opportunités que le parent ou aidant offre à l'enfant afin que ce dernier puisse acquérir les compétences comportementales qui lui permettront d'interagir avec son environnement. Cette définition met en évidence l'un des principes fondamentaux de l'accompagnement familial : la place centrale des parents ou aidants dans le développement de l'enfant. Dunst souligne également que l'efficacité de l'intervention précoce est liée au sentiment de confiance et de compétence parentale ainsi qu'à la capacité du soignant à supporter et renforcer ces compétences.

1.3 Différents types d'accompagnement

Nous l'avons vu précédemment, plusieurs termes sont utilisés pour désigner l'accompagnement des familles. Même s'ils se réfèrent tous au même concept, ils peuvent désigner des modalités différentes.

Ainsi, Bo (2014) définit 3 types d'accompagnement familial : le type I, le stade primaire, se compose d'échanges formels et informels, d'informations argumentées, d'écoute et de conseils. Le type II désigne un travail par objectifs où les directives sont élaborées par l'orthophoniste qui collabore avec les parents ; il est basé sur l'acquisition de techniques par les parents et sur l'entraînement. Dans les accompagnements de type I et II, l'orthophoniste reste le principal agent de l'intervention, la relation de soin est indirecte mais verticale. Le type III place les parents au centre du soin, ils deviennent les principaux agents du développement de leur enfant. On parle alors de partenariat et « d'intervention des parents » car ce sont eux qui choisissent les stratégies : la relation est horizontale.

Oberson (2003) a également décrit, dans le domaine du langage, plusieurs formes d'accompagnement familial. La première, « la guidance sous forme de conseils », consiste en une suggestion de situations et d'activités pour favoriser l'émergence du langage et encourager les parents dans leur rôle. La seconde, « l'invitation aux séances », permet au thérapeute de créer une relation avec l'enfant sans la présence du parent. L'enfant est ainsi confronté à un autre style langagier que celui dont il a l'habitude. Les parents sont parfois invités et en constatent ainsi les bénéfices. Enfin, la dernière forme est « la participation aux séances » : sous forme de jeux à 3 (parent-enfant-thérapeute), le parent, étayé par l'orthophoniste, va s'approprier puis généraliser les comportements utilisés.

Crunelle (2010), pour sa part, différencie la guidance de l'accompagnement. La première se définit en termes de conseils et d'informations donnés aux parents, la relation est asymétrique car basée sur une transmission de savoirs. L'accompagnement, quant à lui, fait référence à un partenariat où l'écoute est centrale, l'accompagnant ne guide pas mais marche pas à pas avec les parents.

2 La thérapie indirecte dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire

2.1 Le ressenti des parents

Les parents, et plus généralement l'entourage de l'enfant, sont confrontés à un trouble parfois précoce et sévère. L'annonce du trouble et les difficultés qu'il engendre sont souvent difficiles à appréhender pour la famille qui s'en trouve alors dévastée (Barbier, 2014 ; Crunelle, 2010).

Les auteurs rapportent l'état émotionnel des parents suite à l'annonce du diagnostic. Ils parlent de réactions fortes comme le déni, la colère, la culpabilité, le sentiment d'impuissance et d'incompréhension, les angoisses ou le rejet (Crunelle, 2010 ; Delaoutre-Longuet, 2010 ; Denni-Krichel, 2003 ; Senez, 2010). Thibault (2007) parle de «cataclysme émotionnel dans lequel les parents se trouvent enfermés» (p96). Ces ressentis ne sont pas uniquement en lien avec l'annonce d'un diagnostic mais aussi avec les difficultés que rencontre le parent pour nourrir son enfant, et ce même en l'absence de diagnostic.

Des relations conflictuelles, entre l'enfant et ses parents, se mettent en place (Cermak et al., 2010 ; Puech et Vergeau, 2004). En effet, l'acte d'alimentation étant vital, les parents, par peur de voir mourir leur enfant, peuvent mettre en place des «stratégies d'alimentation compensatoires» (Ramsay et Gisel, 1996, cité par Ramsay, 2001, p3), ou utiliser des comportements de forçage et de tension, générant de l'opposition chez l'enfant (Manikam, 2000 ; Thibault, 2007) et perturbant les conditions nécessaires à l'attachement (Denni-Krichel, 2003).

Cependant, les parents sont soucieux d'accompagner leur enfant et souhaitent faire au mieux pour l'aider (Thibault, 2007). Aussi, ce sont les premiers éducateurs auprès de l'enfant. Un travail d'accompagnement auprès d'eux est indispensable.

2.2 Prise en soins indirecte des troubles de l'oralité alimentaire

Les parents, démunis face à la situation, sont en demande d'aide. Barbier (2004) précise que «le but de l'accompagnement parental [est] de les accompagner sur le chemin qu'ils décident de prendre» (p148). Un des enjeux des thérapies indirectes dans le cadre des troubles de l'oralité alimentaire est de «renforcer le sentiment de compétence des parents» (Crunelle, 2010, p10).

Plusieurs auteurs décrivent les éléments fondamentaux de l'accompagnement parental dans le cadre des troubles de l'oralité alimentaire (Barbier, 2004 ; Crunelle, 2010 ; Thibault, 2007, 2012 ; Senez, 2010). On retrouve l'écoute et l'information afin d'expliquer les difficultés aux parents et afin de les déculpabiliser ; la valorisation des initiatives parentales et l'apport de conseils au quotidien pour faciliter les situations d'alimentation et convaincre les parents de leurs compétences ; l'incitation des parents pour qu'ils trouvent d'eux-mêmes les solutions les mieux adaptées pour eux et pour l'enfant ; le ressenti et les jeux de rôles pour permettre de faire prendre conscience aux parents de ce que l'enfant éprouve au quotidien ; les actes techniques et les sollicitations sensorielles reprises au quotidien pour accompagner l'enfant.

Thibault (2007) explique qu' «il faut alors renforcer les tendances positives des parents et les inciter à adopter certains comportements, les rendre créatifs, actifs» (p96).

2.3 Matériel pour les prises en soins des troubles de l'oralité alimentaire

Le matériel existant pour les prises en soins des troubles de l'oralité alimentaire peut être décrit selon deux axes : la thérapie directe et la thérapie indirecte.

Pour la thérapie directe, il existe des livrets à destination des professionnels regroupant des idées d'activités pour les prises en soins. Nous pouvons citer par exemple le livret « Boîte à idées pour oralité malmenée du jeune enfant » de Leblanc, Bourgeois, Hardy, Lecoufle et Ruffier (2012), regroupant à la fois des informations théoriques et d'autres plus pratiques.

Le matériel Hop Toys est aussi largement utilisé en séance par les orthophonistes et peut être repris à la maison par les parents : « Chewy Tube® » (tubes à mastiquer), « Z-Vibes® » (stimulation oro-faciale par vibration), verres échancrés, masticateur, balles et brosses sensorielles, etc... D'autres objets rééducatifs peuvent être cités : « Brush baby® » (doigtier pour nettoyer la bouche), abaisse-langue, filet de mastication, guide-langue, instruments de musique notamment à vent pour travailler les praxies bucco-faciales. Ces dernières peuvent également être travaillées à travers des jeux tels que : « Amuz'bouche® » (Hop Toys), « Monstre-moi® » (Orthoeditions) ou encore « Grimassimix® » (Piatnik).

Les ouvrages tels que ceux de Crunelle et Crunelle (*Les troubles de l'alimentation et la déglutition : évaluation et rééducation*, 2006), Senez (*Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*, 2002) et Thibault (*Orthophonie et Oralité, La sphère oro-faciale de l'enfant*, 2007) font référence dans le domaine orthophonique et proposent un état des lieux des informations théoriques, de l'évaluation et de la prise en soins des troubles de l'oralité alimentaire. De plus, pour les professionnels, les mémoires d'orthophonie semblent être une source non négligeable pour leurs prises en soins.

Pour la thérapie indirecte, peu de matériel est recensé. Des ouvrages spécifiques existent en accompagnement parental mais dans le domaine de la communication comme : « Parler, un jeu à deux, comment aider votre enfant à communiquer » (Pepper & Weitzman, 2004) ou encore « Les Apprentis au pays de la communication » (Leclerc, Boyer et Vézina, 2005). L'ouvrage de Barbier (*Accompagnement parental à la carte*, 2004) fait référence en oralité car il contient quelques fiches spécifiques à ce domaine.

Des ouvrages et livrets existent et sont à destination des parents, mais ne sont pas spécifiques à la thérapie indirecte en orthophonie. Nous pouvons citer ceux d'Huard et Redonnet intitulé « Praxies en folie pour les petits », celui de Don et Gaquiere (2013) intitulé « Les difficultés à s'alimenter » et celui de Kokel et Carraretto (2009) intitulé « Passeport pour l'oralité ». Il existe également des livres et histoires édités par Nutricia comme ceux de Leblanc et al. (*Lili Rose et une drôle de petite sonde*, 2009 ; et *Jules, gastrostomie et compagnie*, 2011).

Les prises en soins indirectes des troubles de l'oralité alimentaire nécessitent une cohérence dans le déroulement du projet thérapeutique et, à plus petite échelle, des séances. Le transfert d'informations aux parents est important. Barbier (2004) précise que ce transfert, « doit se faire à l'aide de documents écrits, accompagnés de photos ou, si possible, de petites séquences filmées » (p154).

Cette citation est au centre de notre travail. Ce dernier portera sur l'élaboration puis l'évaluation d'un support pour les thérapies indirectes des troubles de l'oralité alimentaire.

IV Critères d'évaluation d'un support

En orthophonie, aucune procédure méthodologique n'est proposée afin d'évaluer des supports de rééducation. Nous nous sommes donc tournés vers le domaine de l'ergonomie dans lequel Bastien et Scapin (1993) décrivent une liste de critères pour l'évaluation des systèmes interactifs informatiques.

Les huit critères proposés sont : le guidage, la charge de travail, le contrôle explicite, l'adaptabilité, la gestion des erreurs, l'homogénéité et la cohérence, la signifiante des codes et dénomination et enfin la compatibilité.

Ces critères ne sont pas destinés à l'évaluation de supports non-interactifs. Cependant, afin de réaliser une évaluation formalisée de notre support, nous retiendrons deux critères que nous tenterons d'adapter à notre objectif.

Le premier critère retenu est la *charge de travail*. Elle consiste en la réduction de la charge perceptive et/ou mnésique. Ce critère se décompose en deux sous-critères : la *brièveté*, qui correspond à la réduction du nombre d'étapes par lesquelles l'utilisateur doit passer pour arriver à son objectif ; c'est-à-dire une réduction du nombre d'étapes par lesquelles l'orthophoniste passe pour préparer sa séance en thérapie indirecte dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire ; et la *densité informationnelle* qui est l'évitement de la surcharge d'informations et de la multiplication des supports, c'est-à-dire que l'orthophoniste a, dans un même support, un condensé d'informations nécessaires aux prises en soins des troubles de l'oralité alimentaire.

Le second critère retenu est l'*adaptabilité*. Elle correspond à la capacité du support à pouvoir s'ajuster selon le contexte, les besoins et préférences des utilisateurs. Ce critère se décompose en deux sous-critères : la *flexibilité* qui est la capacité à s'adapter à des situations variées de prises en soins et la *prise en compte de l'expérience de l'utilisateur*, qui correspond aux moyens accompagnant l'utilisateur dans son niveau d'expertise pour atteindre son objectif de travail. Le support, répondant au critère d'adaptabilité, pourrait alors soutenir, dans diverses situations, les compétences professionnelles de l'orthophoniste et augmenter son sentiment d'auto-efficacité professionnelle.

Ce sentiment d'auto-efficacité professionnelle sera mesuré grâce à l'échelle d'auto-efficacité professionnelle de Follenfant et Meyer (2003). Cette échelle en quatre points ou catégories hiérarchisées («pas du tout d'accord» ; «pas vraiment d'accord» ; «plutôt d'accord» ; «tout à fait d'accord») se compose de 10 items.

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

I Problématique de recherche

1 Introduction à la problématique

Les troubles de l'oralité alimentaire sont définis comme l'ensemble des difficultés d'alimentation par voie orale (Thibault, 2007). Ils ont de multiples manifestations et ont des répercussions sur le développement cognitif, psychomoteur, langagier et affectif de l'enfant (Manikam et Pernam, 2000).

L'intervention de l'orthophoniste est primordiale pour aider le patient à réinvestir sa sphère orale sur les plans alimentaire et langagier. De plus, un travail d'accompagnement parental est indispensable (Thibault, 2007), pour soutenir les parents dans les interactions quotidiennes avec leur enfant, car ils restent les premiers éducateurs.

Cet accompagnement des parents passe notamment par l'écoute, la valorisation, le ressenti, la mise en situation et la transmission d'informations. Pour ce dernier élément, Barbier (2004) met en avant l'importance des supports écrits afin de conserver une trace de ce qui a été vu et dit en séances. Cependant, les supports adaptés à ces prises en soins sont peu nombreux. Les orthophonistes peuvent donc être confrontés à rechercher des informations et créer du matériel personnalisé pour chaque famille, ce qui peut entraîner une charge de travail importante. C'est dans ce contexte de thérapie indirecte et face au constat d'un manque de matériel que notre réflexion s'est portée sur l'élaboration et l'évaluation d'un support pour la pratique orthophonique.

2 Problématique

Nous nous demandons si le support élaboré permet une modification de la charge de travail dans le cadre des thérapies indirectes des troubles de l'oralité alimentaire et s'il est adapté à la pratique orthophonique.

II Hypothèses

1 Hypothèse générale

Nous nous attendons à ce que le support créé réduise la charge de travail dans le cadre des thérapies indirectes des troubles de l'oralité alimentaire et soit adapté à la pratique orthophonique.

2 Hypothèses opérationnelles

2.1 Hypothèse 1

Avec le support, le temps de préparation des séances de thérapie indirecte dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire serait réduit, en post-test, par rapport au pré-test sans le support.

2.2 Hypothèse 2

Pour chaque item de l'échelle d'auto-efficacité professionnelle en quatre catégories hiérarchisées (Follenfant et Meyer, 2003), la proportion des réponses des participants passerait à une catégorie supérieure en post-test, par rapport au pré-test sans le support.

2.3 Hypothèse 3

L'évaluation qualitative révélerait le caractère adapté et pertinent du support.

Chapitre III

PARTIE EXPERIMENTATION

I Population

1 Echantillon

Notre population initiale se compose de 30 orthophonistes. Seulement 15 d'entre eux sont allés au bout de la procédure. Il s'agit donc de l'échantillon que nous avons retenu : 15 orthophonistes libéraux, salariés ou mixtes, exerçant en France. La répartition du mode d'exercice pour cet échantillon est décrite ci-dessous (Figure 1).

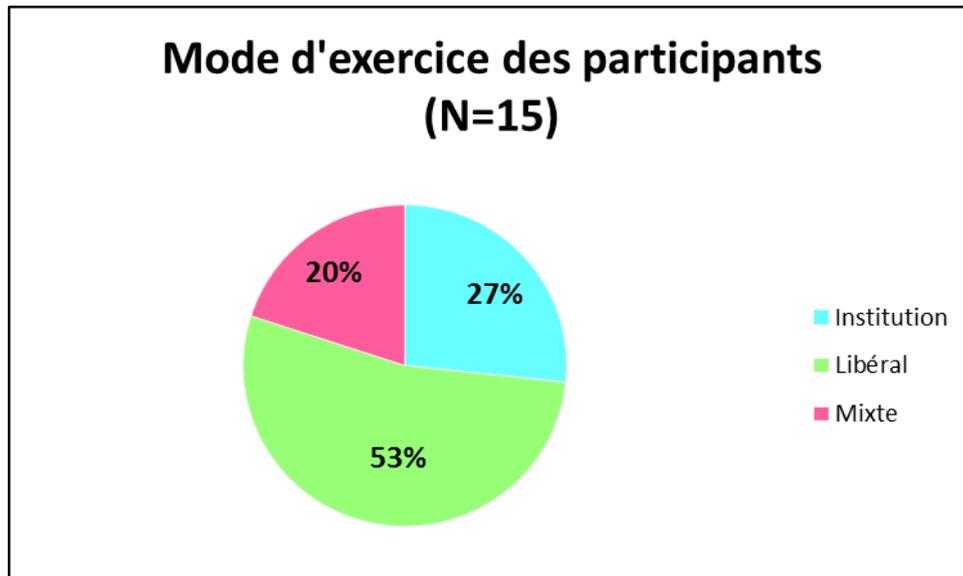


Figure 1 : Répartition du mode d'exercice pour l'échantillon

Tous pratiquent la thérapie indirecte auprès de parents d'enfants âgés de 0 à 6 ans et porteurs de troubles de l'oralité alimentaire, associés à un développement normal, à un trouble alimentaire d'origine organique ou à un trouble alimentaire d'origine post-traumatique. Les orthophonistes prenant en soins des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire associé à un trouble alimentaire d'origine psychogène sont exclus. Les participants devaient être disponibles entre les mois d'avril et décembre 2014.

Afin de mieux rendre compte du profil de l'échantillon, nous avons trouvé intéressant de présenter le pourcentage des orthophonistes ayant reçu une formation initiale en oralité et/ou en accompagnement familial (AF) mais également celui des orthophonistes ayant suivi des formations continues dans ces deux domaines. Ces pourcentages sont présentés dans les graphiques ci-dessous (Figures 2 et 3).

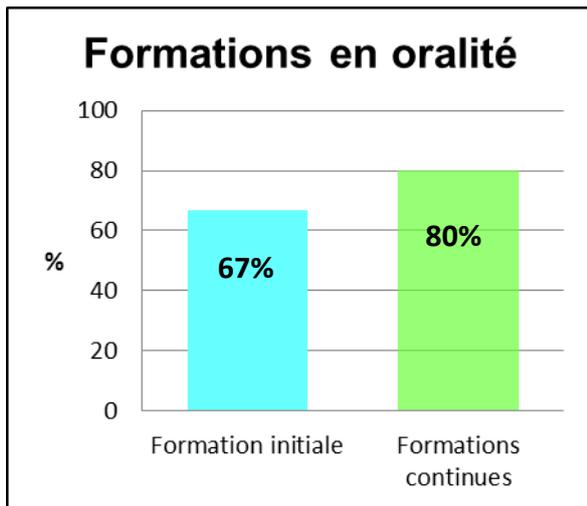


Figure 2 : Répartition des formations en oralité

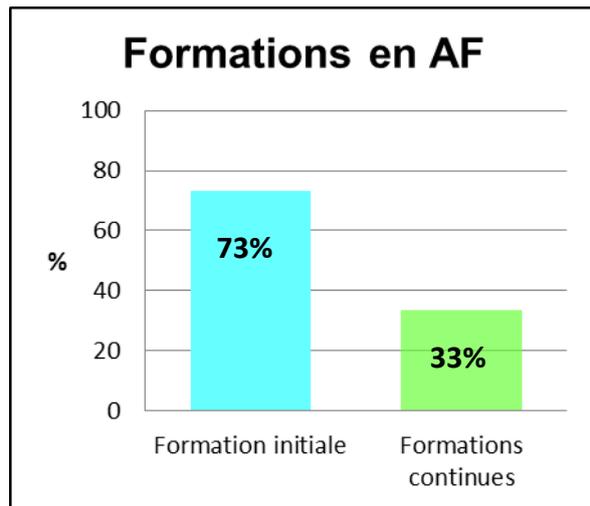


Figure 3 : Répartition des formations en accompagnement familial

2 Recrutement de l'échantillon

Le recrutement des participants s'est fait sur la base du volontariat. Nous avons utilisé les mailing-lists orthophoniques, les réseaux sociaux et les réseaux professionnels (Réseau R4P ; Réseau Orthopoly ; Groupe Miam-Miam) afin de diffuser le plus largement possible notre sujet de recherche. Les professionnels intéressés par notre sujet pouvaient nous contacter par voie électronique, et recevaient en retour un document d'information reprenant les principaux éléments de notre recherche (cf. Annexe I).

II Matériel

Notre projet a nécessité deux types de matériels : le support et les deux questionnaires pré-test et post-test qui ont servi à l'élaboration et l'évaluation dudit support. Les deux questionnaires sont disponibles en Annexe II et Annexe III. Ces derniers ont été validés par nos deux directrices de mémoire et par une orthophoniste habituée à la pratique des thérapies indirectes dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire.

1 Elaboration et format du support

L'élaboration du support pour les thérapies indirectes dans le cadre des troubles de l'oralité alimentaire en orthophonie s'est faite en plusieurs étapes. Pour plus de lisibilité, ces différentes étapes ont été récapitulées dans le Tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1: Récapitulatif des étapes d'élaboration du support

Étapes	Démarches effectuées et contenu du support
<p align="center">1^{ère} étape : recueil des informations et travail bibliographique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation d'ouvrages de référence dans le domaine de l'oralité et de l'accompagnement familial. • Consultation et regroupement d'idées à partir de supports d'accompagnement familial en orthophonie, particulièrement en langage oral • Participation à la formation de C. Senez : «Déglutition – Oralité – Alimentation chez l'enfant» (Paris, 2014). • Recherche d'informations cliniques et pratiques : lecture d'ouvrages destinés au grand public, participation à un café-partage avec une pédiatre et des parents organisé par l'Association «Une Souris Verte», stages auprès d'orthophonistes pratiquant la thérapie indirecte dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire.
<p align="center">2^{ème} étape : émergence des 7 grandes catégories du support à partir du travail bibliographique et réflexion autour de la forme des fiches</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les 7 grandes catégories choisies sont : Manuel ; Informations ; Protocoles ; Alimentation ; Praxies ; Sensorialité ; Comptines ; Fiches libres. • A l'intérieur de ces catégories, deux types de fiches numérisées sont proposées : une forme «clé en main» prête à être utilisée et une autre pré-remplie avec une partie libre.
<p align="center">3^{ème} étape : pré-expérimentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ensemble des propositions soumis aux participants via une pré-expérimentation présentée dans le premier questionnaire (rubrique V. «Attentes par rapport au support»). La pré-expérimentation a également permis de recueillir d'autres informations utiles à l'élaboration du support (questions 3.6. et 3.7. de la rubrique III. «Pratique professionnelle» et rubrique IV. «Outils et matériels»).

<p>4^{ème} étape : mise en forme concrète du support</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conservation de l'organisation du support en catégories à l'intérieur desquelles sont intégrées les fiches numérisées «clé en main» et «pré-remplies» auxquelles nous avons ajouté des fiches libres. Format A5 choisi pour qu'il puisse se glisser dans un cahier ou classeur. Manuel d'utilisation à disposition. • Support final intitulé «Les fiches oralité». Se compose de 62 fiches numérisées, «clé en main», «pré-remplies » ou « libres», organisées en catégories et accompagnées d'un manuel. • Support, manuel et références utilisées présentés en Annexe IV
<p>5^{ème} étape : diffusion du support</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La diffusion du support aux participants s'est faite par voie électronique, sous forme de dossier compressé.

2 Questionnaire pré-test

Ce questionnaire pré-test (cf. Annexe II) a pour objectif de recueillir des informations sur le profil des participants et sur la forme et le contenu du support que nous souhaitons élaborer.

Il se compose de cinq catégories : identité, formations, pratique professionnelle, outils et matériels, attentes par rapport au support. Les questions posées étaient ouvertes, fermées ou à choix multiple. Le Tableau 2 présente les informations recueillies et les objectifs de ce questionnaire pré-test.

Tableau 2: Données recueillies pour chaque catégorie du questionnaire pré-test et leur objectif

Titre de la catégorie	Données recueillies	Objectif
Identité	Informations administratives et mode d'exercice des participants.	Dresser le profil des participants.
Formations	Informations liées aux formations initiale et continue.	Connaître le niveau d'expertise théorique des participants, dans les domaines de l'oralité alimentaire et des thérapies indirectes.
Pratique professionnelle	Temps de préparation des séances avant l'utilisation du support (lié à l'hypothèse opérationnelle 1). Questions à choix multiple : cinq réponses en tranches de 30 minutes allant de 0 à 120 minutes. Score obtenu à l'échelle d'auto-efficacité professionnelle avant l'utilisation du support (échelle adaptée de l'échelle d'auto-efficacité au travail de Follenfant et Meyer (2003) ; lié à l'hypothèse opérationnelle 2). Pré-expérimentation : intérêt de proposer un support.	Evaluer la pratique clinique avant l'utilisation du support.
Outils et matériels	Pré-expérimentation : Références de matériel.	Répertorier le matériel utilisé dans la pratique en thérapie indirecte et pour les troubles de l'oralité alimentaire. Connaître la pertinence de l'utilisation d'un support dans ces pratiques cliniques.
Attentes par rapport au support	Pré-expérimentation : avis sur les catégories et la forme des fiches.	Cerner les attentes sur le contenu et la forme du support proposé.

Certaines questions, posées en première intention, n'ont donné lieu à aucune analyse ultérieure (notamment la question sur le type d'accompagnement familial pratiqué).

3 Questionnaire post-test

Ce questionnaire post-test (cf. Annexe III) a pour objectif de recueillir les informations sur l'utilisation du support par les participants mais également de comparer la pratique professionnelle des participants avec le support, à celle avant l'utilisation du support.

Le questionnaire post-test se compose de neuf catégories : identité, utilisation du support, patients, pratique professionnelle, évaluation globale du support, évaluation du manuel, évaluation des fiches, utilisation du support avec les parents, suggestions. Les questions posées étaient ouvertes, fermées ou à choix multiple. Le Tableau 3 présente les informations recueillies et les objectifs de ce questionnaire post-test.

Tableau 3: Données recueillies pour chaque catégorie du questionnaire post-test et leur objectif

Titre de la catégorie	Données recueillies	Objectif
Identité	Informations administratives.	Identifier le participant.
Utilisation du support	Informations sur l'utilisation ou non du support.	Savoir si le participant a utilisé le support.
Patients	Informations sur la patientèle pendant l'expérimentation.	Recueillir les données nous permettant de calculer le pourcentage de patients avec lesquels les participants ont utilisé le support.
Pratique professionnelle	<i>Questions identiques au questionnaire pré-test</i> Temps de préparation des séances avec le support (lié à l'hypothèse opérationnelle 1). Score obtenu à l'échelle d'auto-efficacité professionnelle avec le support (échelle adaptée de l'échelle d'auto-efficacité au travail de Follenfant et Meyer (2003) ; lié à l'hypothèse opérationnelle 2).	Comparer la pratique clinique sans et avec le support.
Evaluation globale du support	Informations qualitatives sur l'utilisation du support.	Evaluer le support.
Evaluation du manuel	Informations qualitatives sur le manuel.	Evaluer le manuel.
Evaluation des fiches	Informations qualitatives sur les fiches.	Evaluer les fiches.
Utilisation du support avec les parents	Informations sur l'avis des parents, recueillies par l'orthophoniste.	Connaître l'avis des parents par rapport au support.
Suggestions	Commentaires sur le support notamment sur les manques et les éléments éventuels à ajouter.	Connaître les manques et les éléments éventuels à ajouter au support.

4 Diffusion des questionnaires

Les deux questionnaires ont été diffusés par voie électronique. Pour chacun d'eux, deux formes ont été proposées aux participants : un format document Word et un format accessible par un lien internet pouvant être complété en ligne.

III Procédure

L'expérimentation suit une procédure de type pré-test / test / post-test.

1 Pré-test

Cette étape consistait à recueillir des informations sur la pratique professionnelle des 30 orthophonistes de la population avant l'utilisation du support élaboré. Ce recueil s'est fait à l'aide de la rubrique «Pratique professionnelle» du questionnaire pré-test décrite ci-dessus et plus particulièrement à l'aide des questions relatives au temps de préparation des séances et au score d'auto-efficacité professionnelle.

Le déroulement de cette étape s'étendait de début mai à fin juin 2014

2 Test

Après cette première étape de recueil d'informations, la phase test consistait, pour les orthophonistes, à utiliser le support en séances de thérapie indirecte des troubles de l'oralité alimentaire. Nous avons également précisé, lors de l'envoi du support, les critères auxquels les patients devaient répondre.

L'utilisation du support s'est faite de juillet à décembre 2014, sur le lieu de travail des orthophonistes.

3 Post-test

La phase post-test consistait, pour les 15 participants ayant été au bout de la procédure, à répondre à un second questionnaire. Cette étape consistait à recueillir les réponses relatives à l'évolution de la pratique professionnelle avec le support (temps de préparation des séances et score d'auto-efficacité professionnelle) et à l'évaluation qualitative du support.

Le second questionnaire a été diffusé début novembre 2014 et clôturé mi-décembre 2014.

Chapitre IV

PRESENTATION DES RESULTATS

Les résultats seront présentés en trois parties. La première correspondra aux résultats relatifs au temps de préparation des séances, la seconde sera associée aux résultats en lien avec le sentiment d'auto-efficacité professionnelle et enfin la troisième sera relative à l'évaluation qualitative du support.

Pour évaluer l'évolution du temps de préparation des séances, une comparaison de la répartition des individus entre les catégories de temps a été réalisée à l'aide du test χ^2 de Pearson.

Pour évaluer l'impact du support sur le sentiment d'auto-efficacité professionnelle, une comparaison de la proportion des réponses des participants, en pré-test et en post-test a été effectuée avec le test du χ^2 de Pearson.

Les tests ont été réalisés sur le même échantillon en pré-test et en post-test.

Le seuil de significativité est fixé à $p \leq .05$. Cela signifie qu'on accepte un risque de 5% d'erreur quand on affirme que l'effet est significatif. On parle de tendance jusqu'à $p = .08$, voire $.09$. Cela concerne surtout les effets attendus dans les hypothèses, qui n'atteignent pas tout à fait le seuil de significativité mais qui vont quand même dans le sens attendu.

Pour l'évaluation qualitative du support, des pourcentages ont été effectués afin de dégager les grandes tendances des avis concernant le support. Les sous-parties correspondent aux rubriques du second questionnaire : « Evaluation globale du support », « Evaluation du manuel », « Evaluation des fiches » et « Utilisation du support avec les parents ».

I Résultats relatifs au temps de préparation des séances

Les résultats concernant le temps de préparation des séances, entre le pré-test et le post-test, sont présentés par des graphiques. Nous regarderons de quelle manière les participants qui mettaient entre 0 et 30 min en pré-test ont évolué en post-test et nous ferons de même pour les catégories de temps [30-60] et [60-90]

1 Catégorie [0-30] en pré-test

La figure 4 présente l'évolution, entre le pré-test et le post-test, des participants qui ont répondu mettre entre 0 et 30 minutes pour préparer les séances de thérapies indirectes dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire, en pré-test.

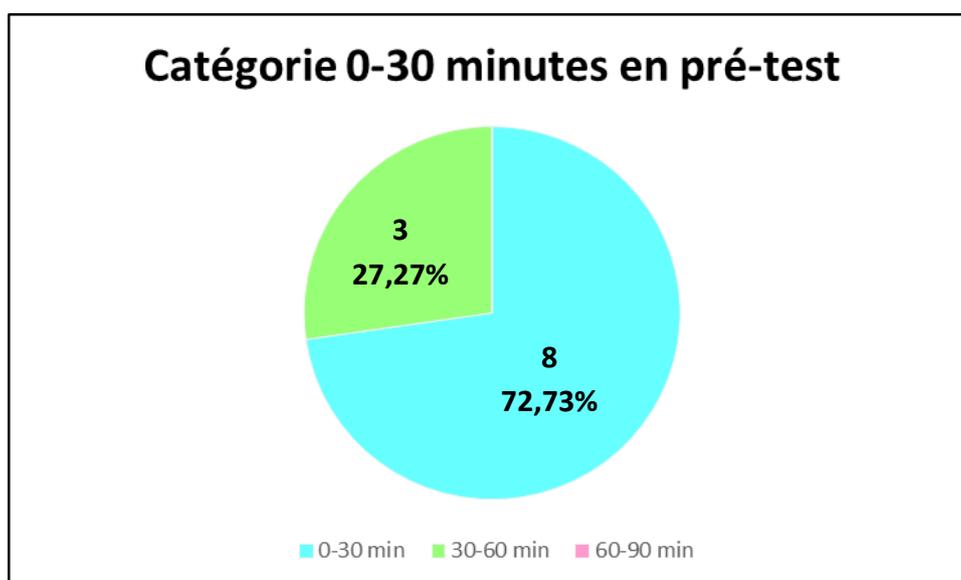


Figure 4 : Evolution des participants de la catégorie [0-30] en pré-test

Un total de onze participants avaient répondu mettre entre 0 et 30 minutes pour préparer les séances, en pré-test. Huit d'entre eux, soit 72,73%, sont restés dans la catégorie [0-30] en post-test ; ces huit participants n'ont pas changé leur temps de préparation entre le pré-test et le post-test.

Et trois participants sur les onze de la catégorie, soit 27,27%, sont passés dans la catégorie [30-60] en post-test ; leur temps de préparation des séances a augmenté entre le pré-test et le post-test. Aucun des participants de la catégorie [0-30] en pré-test, soit 0%, ne répond avoir mis entre 60 et 90 minutes pour préparer les séances en post-test.

2 Catégorie [30-60] en pré-test

La figure 5 présente l'évolution, entre le pré-test et le post-test, de la réponse des participants. Un participant avait répondu, en pré-test, qu'il passait entre 30 et 60 minutes à préparer les séances de thérapies indirectes dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire.



Figure 5 : Evolution du participant de la catégorie [30-60] en pré-test

Ce participant est passé dans la catégorie [0-30] en post-test ; ce qui signifie que 100% des orthophonistes qui étaient dans la catégorie [30-60] en pré-test, sont passés dans la catégorie [0-30] en post-test. Ce participant a diminué son temps de préparation entre le pré-test et le post-test.

3 Catégorie [60-90] en pré-test

La figure 6 présente l'évolution, entre le pré-test et le post-test, des participants qui ont répondu mettre entre 60 et 90 minutes pour préparer les séances de thérapies indirectes dans le cadre de l'oralité alimentaire en pré-test.

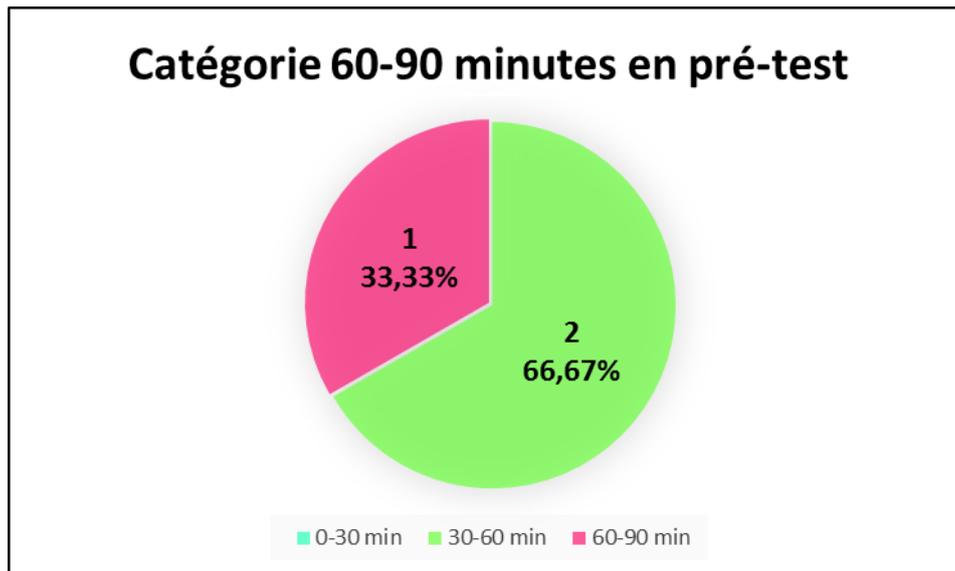


Figure 6 : Evolution des participants de la catégorie [60-90] en pré-test

Trois participants ont répondu, en pré-test, mettre entre 60 et 90 minutes pour préparer une séance de thérapie indirecte dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire. Deux d'entre eux, soit 66,67%, sont passés dans la catégorie [30-60] en post-test ; leur temps de préparation a diminué entre le pré-test et le post-test. Le dernier des trois, soit 33,33%, est resté dans la catégorie [60-90] en post-test ; son temps de préparation des séances est inchangé par rapport au pré-test. Aucun des trois participants qui étaient dans la catégorie [60-90] en pré-test, soit 0%, n'est passé dans la catégorie [0-30] en post-test.

Ainsi, sur l'échantillon des quinze participants, neuf sont restés dans la même catégorie de temps en post-test, par rapport au pré-test. Trois ont diminué leur temps de préparation des séances en passant, en post-test, à une catégorie de temps inférieure à celle du pré-test. Et trois encore ont augmenté leur temps de préparation des séances en passant, en post-test, à une catégorie de temps supérieure à celle du pré-test.

Cependant, la différence de répartition entre les trois catégories de temps n'est statistiquement pas significative ($p = .098$).

II Résultats relatifs au sentiment d'auto-efficacité professionnelle

Pour chacun des 10 items, nous avons fait une comparaison de la proportion des réponses des participants en pré-test à celle du post-test.

S'il y a une dépendance entre les réponses pré-test et post-test, c'est-à-dire qu'il existe une corrélation entre ces réponses, alors la différence est significative. De même, si les réponses pré-test et post-test sont indépendantes alors il n'y a pas de corrélation entre ces réponses et donc pas de significativité. Les résultats sont repris dans le Tableau 4.

Tableau 4: Présentation des proportions des réponses des participants à l'échelle d'auto-efficacité professionnelle, en pré et post-test

Items	Intitulé de l'item	P	Significativité
1	Je parviens toujours à résoudre les problèmes difficiles.	$p = .04507$	Significatif
2	Si quelqu'un (parents, entourage de l'enfant) a des difficultés pour comprendre mes explications, je peux trouver un moyen pour améliorer la situation.	$p = .8365$	Non-significatif
3	Il est facile pour moi de maintenir les objectifs de la séance.	$p = .1354$	Non-significatif
4	J'ai confiance en moi pour faire face efficacement aux questions inattendues des parents et autres aléas.	$p = .09726$	Non-significatif
5	Grâce à mes compétences, je peux gérer les situations inattendues lors d'une séance.	$p = .1117$	Non-significatif
6	Je peux résoudre la plupart des difficultés d'explication.	$p = .1408$	Non-significatif
7	Je reste calme face à des difficultés de transmission des informations, car je suis capable de les surmonter.	$p = .8365$	Non-significatif
8	Lorsque je suis confronté(e) à des problèmes d'explication des informations, je peux trouver plusieurs idées pour les résoudre.	$p = .001545$	Significatif
9	Face à une difficulté en séance avec les parents, je sais toujours quoi faire.	$p = .1534$	Non-significatif
10	Quoiqu'il arrive en séance avec les parents, je sais généralement faire face.	$p = .4776$	Non-significatif

Pour les items 1 (« Je parviens toujours à résoudre les problèmes difficiles ») et 8 (« Lorsque je suis confronté(e) à des problèmes d'explication des informations, je peux trouver plusieurs idées pour les résoudre »), les proportions des réponses des orthophonistes en pré-test et celles en post-test sont dépendantes. La significativité est $p = .04507$ pour l'item 1 et $p = .001545$ pour l'item 8. En effet, ces deux seuils sont inférieurs à $p = .05$.

Pour les autres items (2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 et 10), le seuil de significativité est supérieur à $p = .09$. Ainsi, les proportions des réponses des orthophonistes en pré-test et celles en post-test sont indépendantes.

III Résultats relatifs à l'évaluation qualitative du support

1 Utilisation du support

Parmi les 30 orthophonistes de la population initiale, seulement 15 orthophonistes ont utilisé le support, soit 50%. Parmi ces 15 orthophonistes, le taux d'utilisation moyen était de 53%. Ce qui signifie que les orthophonistes ont utilisé le support avec plus d'un patient sur deux. Le taux d'utilisation minimum était de 15% et le maximum de 100%.

Les principales raisons de la non-utilisation évoquées en commentaires étaient :

- Pas de nouvelles prises en soins ou pas de prises en soins dans ce domaine sur la période d'expérimentation
- Temps d'appropriation du support trop conséquent.

2 Evaluation globale du support

La Figure 7 représente les pourcentages en lien avec l'évaluation globale du support.

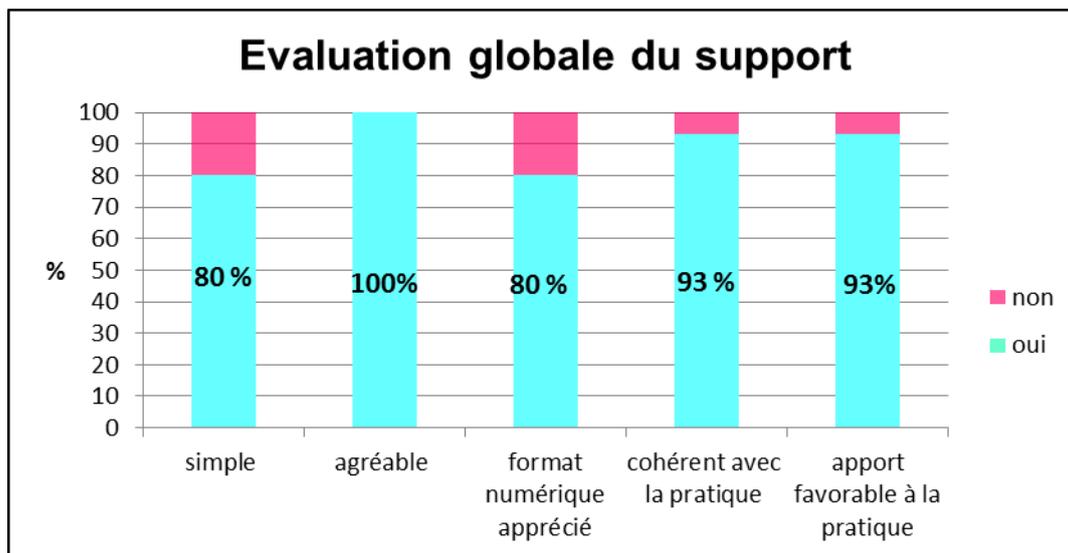


Figure 7 : Evaluation globale du support

Le caractère agréable est admis par 100% des orthophonistes. La simplicité de l'utilisation du support et la pertinence de la forme numérisée requièrent 80% de réponses positives.

Nous avons laissé la possibilité aux participants de commenter la question sur la pertinence de la version numérisée. Les commentaires concernaient principalement :

- Une volonté d'avoir une version numérisée et une version papier
- Des difficultés d'appropriation du support et de repérage conséquentes au volume de fiches trop important.

Enfin, 93% des orthophonistes ont répondu positivement pour la cohérence du support avec la pratique clinique dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire et également pour l'apport favorable du support dans les prises en soins.

Nous avons également trouvé intéressant d'insérer dans cette partie Résultats, quelques commentaires globaux sur le support :

- Caractère parfois un peu figé des protocoles
- Idée d'ajouter des vidéos
- Idée d'utiliser une police plus grosse, plus de couleurs, des espaces plus importants pour annoter, des coloriages pour associer plus l'enfant et les parents
- Difficultés pour les parents d'être confrontés à la normalité
- Support complet qui reprend les différents domaines d'intervention de l'orthophoniste

3 Evaluation du manuel

La Figure 8 représente les pourcentages de réponses en lien avec l'évaluation du manuel.

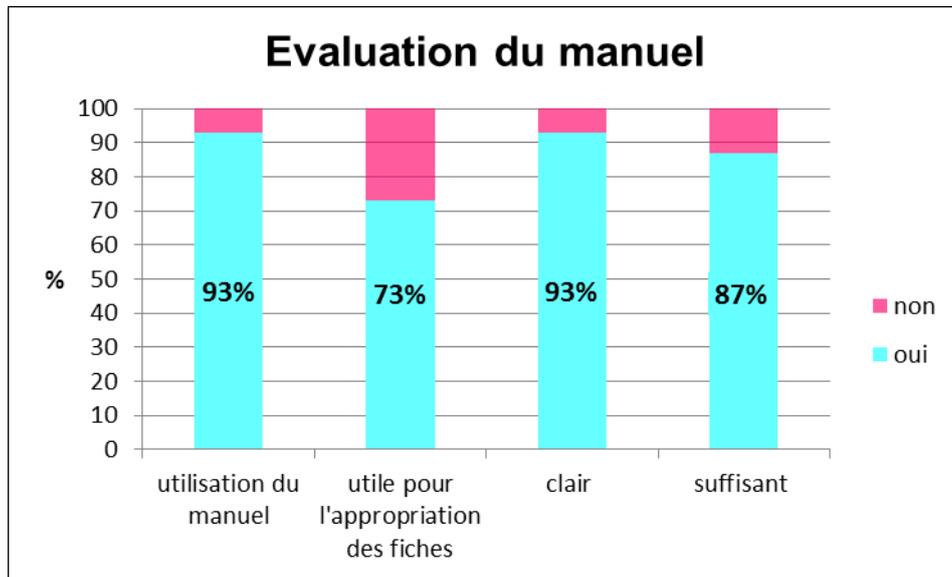


Figure 8 : Evaluation du manuel

93% des orthophonistes ont utilisé le manuel fourni avec le support. La grande majorité des participants ont répondu que le manuel leur a été utile pour s'approprier les fiches (73%), qu'il était clair (93% de réponses positives) et qu'il suffisait pour prendre en main le support (87%).

4 Evaluation des fiches

La Figure 9 représente les pourcentages de réponses des orthophonistes sur l'évaluation des fiches.

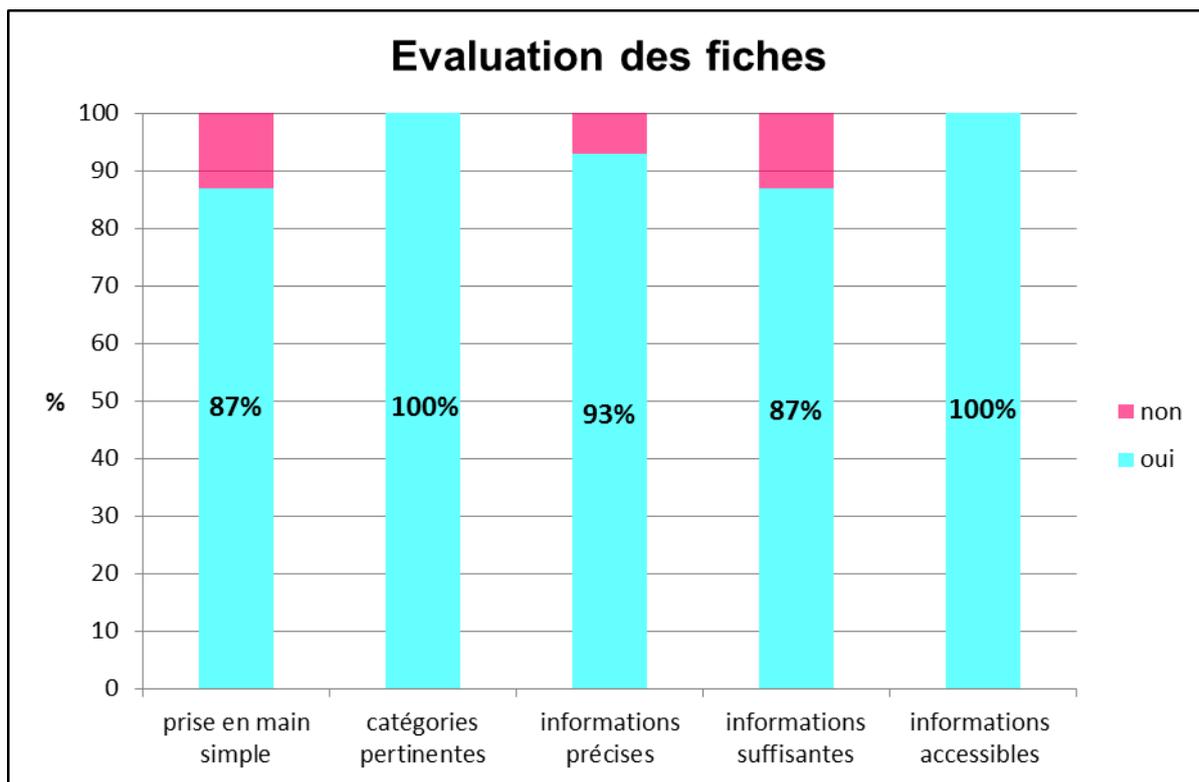


Figure 9 : Evaluation des fiches

La pertinence de l'organisation des fiches en catégories et l'accessibilité des informations théoriques sont admises par 100% des orthophonistes.

La simplicité de la prise en main des fiches et la question « Les informations théoriques contenues dans les fiches étaient-elles suffisantes ? » ont recueilli 87% de réponses positives.

Enfin, 93% des orthophonistes ont répondu « oui » pour la précision des informations théoriques.

Pour les figures 10 et 11, les non-réponses correspondent aux participants n'ayant pas utilisé les fiches et donc ne les ayant pas évaluées.

La Figure 10 représente les pourcentages en lien avec la question « La forme des fiches était-elle agréable ? ».

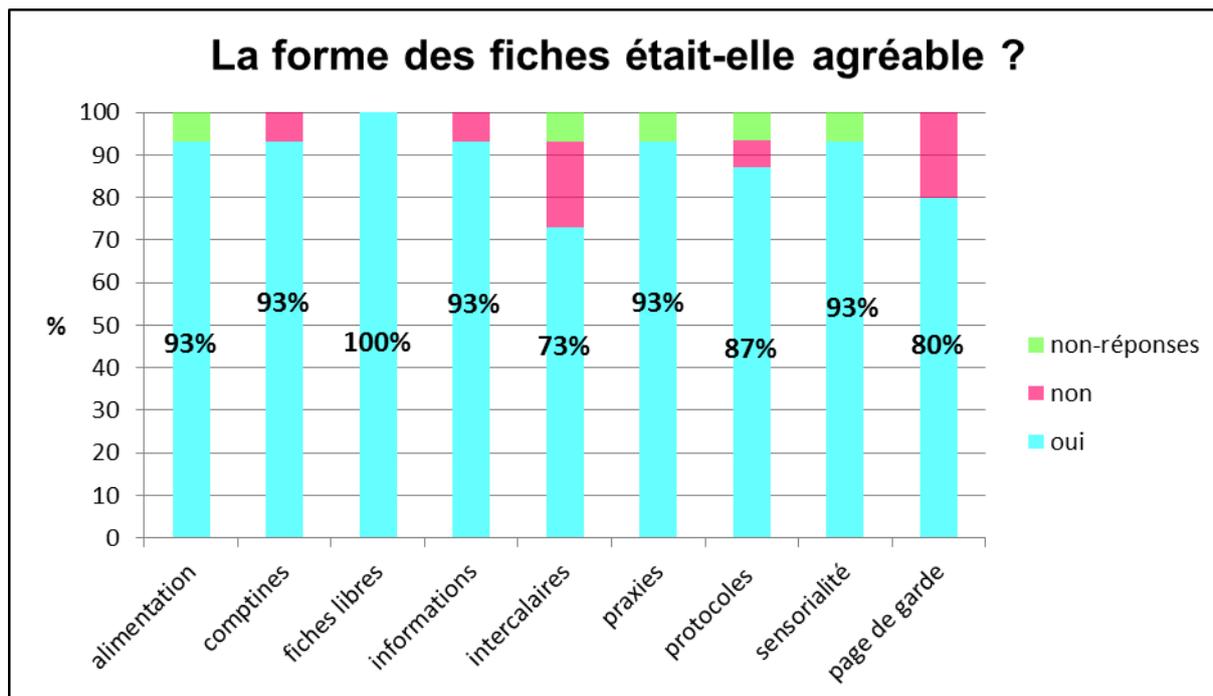


Figure 10 : La forme des fiches était-elle agréable ?

Le détail des réponses est le suivant :

- 100% des participants ont répondu « oui » pour les « Fiches libres »
- 93% des orthophonistes ont répondu « oui » pour les fiches « Alimentation » (7% de non-réponses), « Comptines » (7% de « non »), « Informations » (7% de « non »), « Praxies » (7% de non-réponses) et « Sensorialité » (7% de non-réponses).
- 87% ont répondu oui pour les fiches « Protocoles ». On note 6,5% de non-réponses et 6,5% de « non ».
- 80% ont répondu « oui » pour la page de garde.
- Enfin, 73% ont répondu « oui » pour les fiches « Intercalaires ». On note 20% de « non » et 7% de non-réponses.

La Figure 11 représente les pourcentages en lien avec la question « La forme des fiches était-elle adaptée ? ».

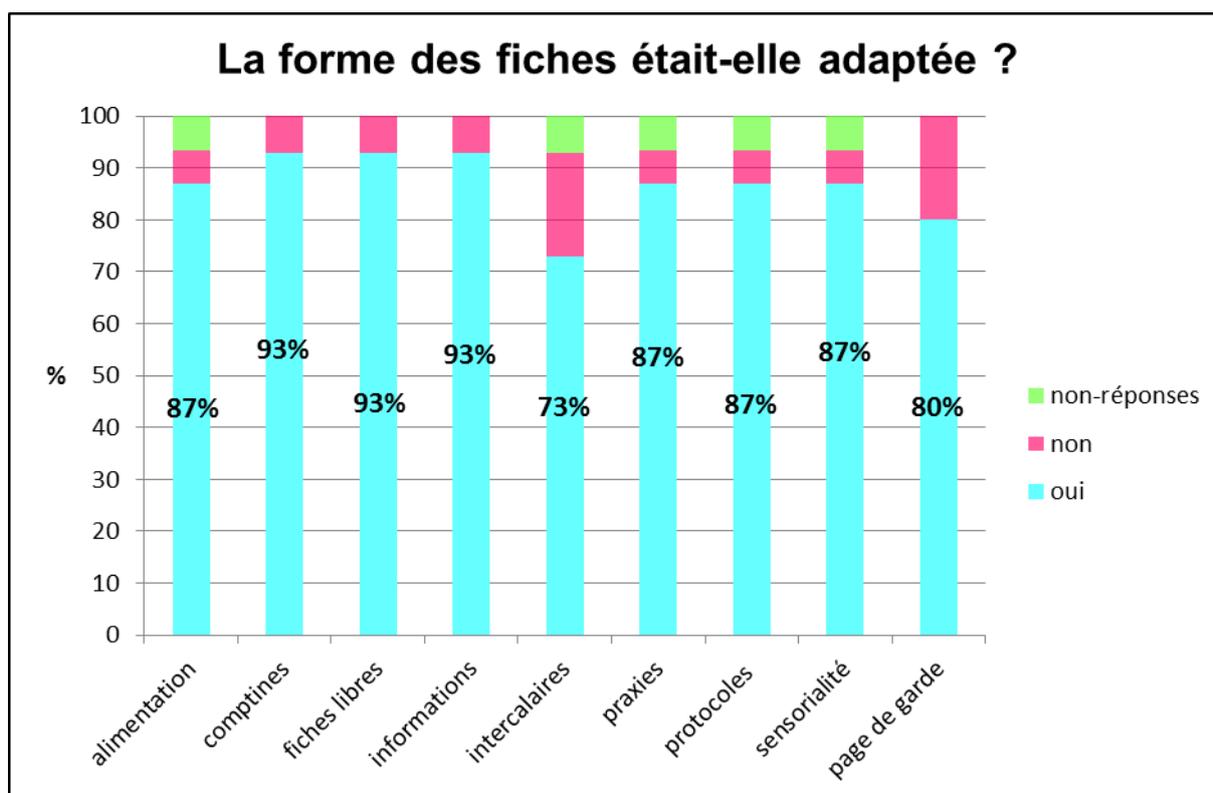


Figure 11 : La forme des fiches était-elle adaptée ?

Le détail des réponses est le suivant :

- 93% des orthophonistes ont répondu « oui » et 7% « non » pour les fiches « Comptines » « Fiches libres » et « Informations ».
- 87% ont répondu « oui », 6,5% « non » et 6,5% de non-réponses pour les fiches « Alimentation », « Praxies », « Protocoles » et « Sensorialité »
- 80% ont répondu « oui » pour la page de garde.
- Enfin, 73% ont répondu « oui » pour les fiches « Intercalaires ». On note 20% de « non » et 7% de non-réponses.

Nous avons trouvé intéressant de relever certains commentaires relatifs à la forme des fiches. Certains peuvent parfois expliquer les réponses négatives aux questions :

- Idée d'une version sonore pour les comptines et visuelle pour les massages.
- Idée de titre « Mes fiches oralité », moins impersonnel
- Fiches parfois peu accessibles avec les tout-petits (praxies) ou encore avec les enfants en grande difficulté (sensorialité)
- Fiches parfois trop denses
- Fiches parfois trop générales et non-adaptées à un problème particulier
- Idée d'une fiche sur les méfaits du forçage alimentaire et sur l'enrichissement des repas.
- Idée d'une fiche sur l'hyposensibilité.

5 Utilisation du support avec les parents

La Figure 12 représente les pourcentages de réponses des orthophonistes, par rapport à la satisfaction des parents vis-à-vis du support.

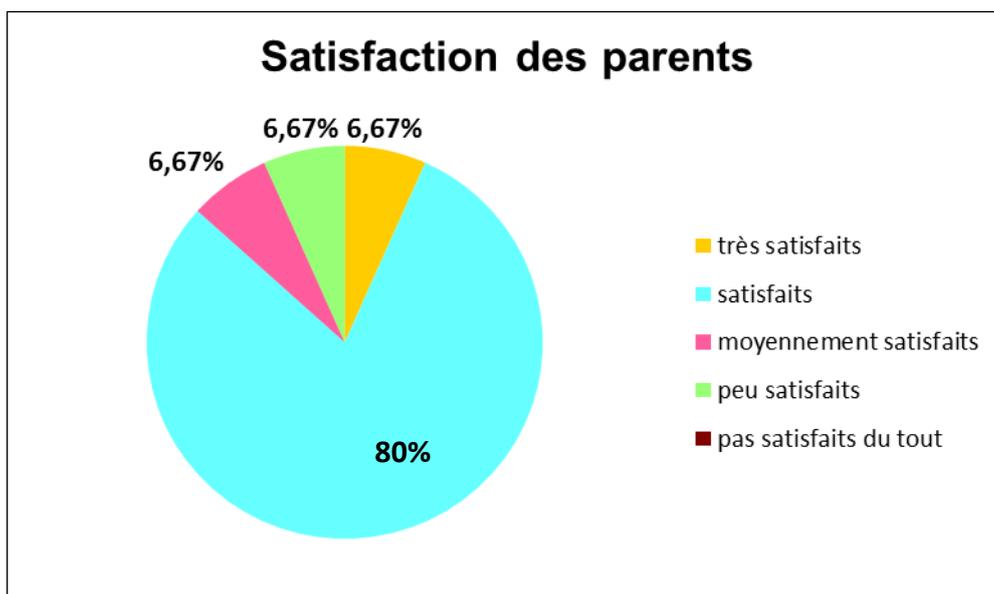


Figure 12 : Satisfaction des parents

Les orthophonistes répondent que, dans 80% des cas, les parents sont satisfaits du support. Aucun participant n'a répondu que les parents n'étaient « pas satisfaits du tout » des fiches.

La Figure 13 représente les pourcentages de réponses des orthophonistes en lien avec l'utilisation du support avec les parents.

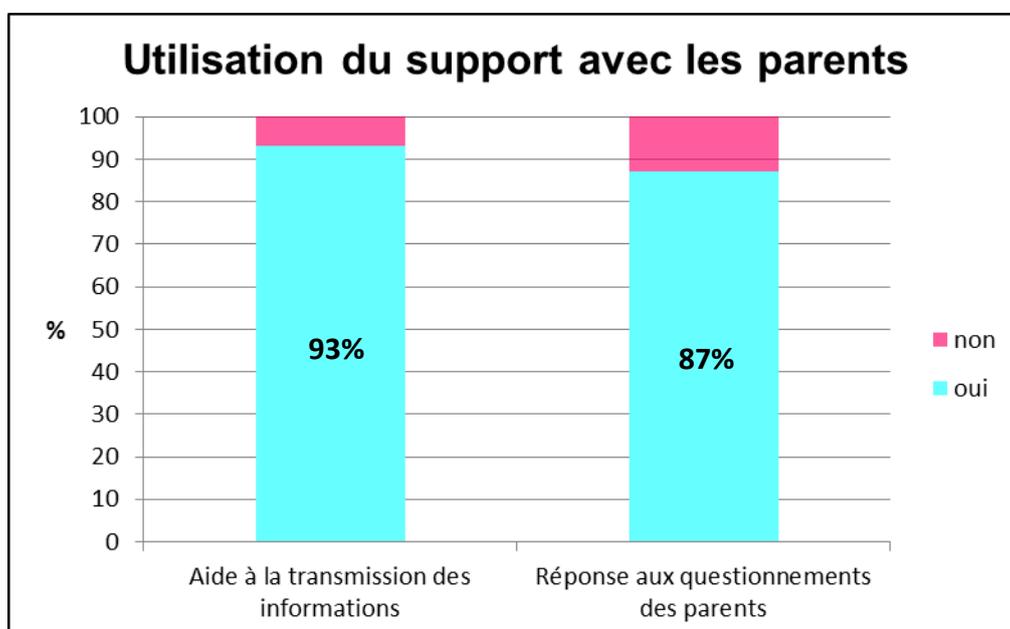


Figure 13 : Utilisation du support avec les parents

Une grande majorité des participants ont répondu que le support les a aidés dans la transmission des informations aux parents (93% de réponses positives) et que le support était adapté aux questionnements des parents (87% de « oui »).

Dans les commentaires relatifs à ces deux questions, les orthophonistes notent que les fiches permettent d'appuyer les propos du professionnel et soulignent leur appui théorique. De plus, le parent présent peut transmettre l'information au conjoint ou au reste de la famille, à l'aide des fiches.

IV Interprétation des résultats

Les éléments ci-dessous sont la synthèse de nos résultats en lien avec notre problématique de départ.

Notre première hypothèse opérationnelle, qui stipulait que, avec le support, le temps de préparation des séances de thérapies indirectes dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire serait réduit en post-test, par rapport au pré-test sans le support, **est invalidée**. En effet, la différence de répartition entre les trois catégories de temps n'est pas significative ($p = .098$). Cela signifie que le temps de préparation des séances de thérapie indirecte dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire n'est pas significativement réduit en post-test par rapport au pré-test sans le support.

Notre seconde hypothèse opérationnelle, qui stipulait que, pour chaque item de l'échelle d'auto-efficacité professionnelle en quatre catégories hiérarchisées (Follenfant et Meyer, 2003), la proportion des réponses des participants passerait à une catégorie supérieure en post-test, par rapport au pré-test sans le support, **est partiellement validée**. En effet, la différence de catégories entre le pré-test et le post-test est significative pour deux items sur dix : l'item 1 ($p = .04507$) et l'item 8 ($p = .001545$). Pour les autres items, il y a indépendance des réponses, la différence entre les catégories n'est donc pas significative. Cela signifie que pour deux items sur dix de l'échelle d'auto-efficacité professionnelle, la proportion des réponses des participants est passée de manière significative à une catégorie supérieure en post-test, par rapport au pré-test sans le support.

Cependant, notre troisième hypothèse opérationnelle qui annonçait que l'analyse qualitative révélerait le caractère adapté et pertinent du support **est validée**.

Par conséquent, selon les critères quantitatifs d'évaluation choisis au départ, le support ne permet pas une modification significative de la charge de travail en thérapie indirecte des troubles de l'oralité alimentaire mais est partiellement adapté à la pratique orthophonique. Les critères qualitatifs révèlent quant à eux un support adapté et pertinent.

Ainsi, notre hypothèse générale n'est que partiellement validée.

Chapitre V

DISCUSSION DES RESULTATS

Dans cette dernière partie, nous analyserons en premier lieu l'impact du support sur la pratique à travers une réflexion sur les résultats quantitatifs et qualitatifs. Nous exposerons ensuite les limites méthodologiques de notre travail. Enfin, nous exposerons de nouvelles pistes de réflexion dans la continuité de ce projet de recherche.

I Analyse de l'impact du support sur la pratique

Au cours de ce travail de recherche, nous avons voulu savoir si le support élaboré avait eu des répercussions sur la pratique professionnelle des orthophonistes, dans le cadre des séances de thérapie indirecte des troubles de l'oralité alimentaire.

A travers une analyse des résultats quantitatifs - en lien avec le temps de préparation des séances de thérapie indirecte et le sentiment d'auto-efficacité professionnelle - nous tenterons d'expliquer l'impact du support sur la pratique.

Nous analyserons également les résultats qualitatifs que nous tenterons d'éclairer par des apports théoriques. Ces derniers résultats vont à l'encontre des résultats quantitatifs. Nous expliquerons donc cette dichotomie.

1 Réflexion autour du temps de préparation des séances

Nous souhaitons savoir si le support élaboré permettait une modification de la charge de travail dans le cadre des thérapies indirectes des troubles de l'oralité alimentaire en nous interrogeant sur le temps de préparation des séances de rééducation. Les résultats ont montré qu'il n'y a pas eu de réduction significative du temps de préparation des séances avec le support. Ce dernier n'a donc pas eu d'impact sur le temps de préparation des séances. Plusieurs points peuvent expliquer ce phénomène.

Premièrement, certains participants ont augmenté leur temps de préparation des séances, d'autres l'ont diminué et enfin, certains n'ont pas changé de catégorie. Notre travail s'est attaché à décrire l'évolution de l'effectif de chaque catégorie de temps entre le pré-test et le post-test. Il aurait donc été intéressant de rendre compte de cette diversité et de proposer une analyse intra-individuelle, pour chaque participant.

Deuxièmement, la question sur le temps de préparation des séances se présentait sous formes de tranches horaires de 30 minutes ([0-30] ; [30-60] ; [60-90] et [90-120] et plus de 120 minutes). Après analyse des réponses, nous nous sommes aperçues que ces tranches étaient trop larges pour nous permettre d'observer une différence entre le pré-test et le post-test. En effet, si un orthophoniste passe d'un temps de préparation de séance de 25 minutes sans le support à un temps de préparation de 5 minutes avec le support, son temps de préparation de séance a diminué mais il reste dans la catégorie [0-30]. Ainsi l'analyse statistique ne révélera pas de diminution du temps de préparation des séances pour ce participant.

Ensuite, même si nous avons posé des questions sur les formations initiales et continues, nous n'avons pas sélectionné les orthophonistes en fonction de leur niveau d'expertise dans le domaine de l'oralité. Nous n'avons pas réalisé d'enquête pré-expérimentale approfondie sur les pratiques. Cependant, il est possible que cela ait pu influencer les réponses en lien avec le temps de préparation des séances. En effet, le niveau d'expertise de l'orthophoniste pourrait être en lien avec le temps qu'il met pour préparer ses séances : plus l'expertise est grande, plus on peut imaginer que le temps de préparation des séances est réduit, et ce avec ou sans le support.

Enfin, la période d'expérimentation était assez courte (de juillet à décembre 2014), ce qui implique que certains orthophonistes n'ont pas eu le temps de s'approprier ce support nouveau qualifié de « dense » et ne l'ont donc pas utilisé. Cette courte période d'appropriation a aussi pu influencer les réponses des 15 orthophonistes ayant utilisé le support. En effet, la nouveauté du support et la quantité de fiches trop importantes ont pu

avoir un effet sur le temps de préparation des séances : les orthophonistes, ne connaissant pas le support, ont pu mettre du temps pour se l'approprier et donc ont pu mettre plus de temps pour préparer leurs séances.

2 Réflexion autour du sentiment d'auto-efficacité professionnelle

Les réponses des orthophonistes à l'échelle d'auto-efficacité professionnelle montrent que leur sentiment d'auto-efficacité professionnelle a augmenté pour seulement deux items (1 et 8) sur les dix situations proposées. Le support a donc un impact, variable selon les items, sur le sentiment d'auto-efficacité professionnelle.

Plusieurs explications peuvent être mises en évidence.

En premier lieu, l'item 1 est assez général : «Je parviens toujours à résoudre les problèmes difficiles». Le caractère général a pu entraîner une hausse du sentiment d'auto-efficacité professionnelle sans qu'il n'y ait de réel lien avec le support. Ainsi, il aurait été intéressant de proposer une liste prédéfinie de « problèmes difficiles », en lien avec la thérapie indirecte des troubles de l'oralité alimentaire, résolus plus aisément avec le support, afin de réaliser une analyse plus fine. L'item 8, quant à lui, est en lien avec les explications aux parents : «Lorsque je suis confronté(e) à des problèmes d'explication des informations, je peux trouver plusieurs idées pour les résoudre». La hausse du sentiment d'auto-efficacité professionnelle sur cet item appuie le caractère adapté du support dans la transmission d'informations que l'on retrouve dans l'analyse qualitative.

Pour les autres items, qui n'ont pas évolué positivement en post-test, il est important de souligner que l'échelle d'auto-efficacité professionnelle choisie a été adaptée à l'évaluation de professionnels de santé dans le domaine spécifique des troubles de l'oralité alimentaire. Nous expliciterons ultérieurement les limites de cette adaptation.

Ensuite, nous avons relevé précédemment l'absence d'enquête pré-expérimentale approfondie sur les pratiques et donc l'absence de sélection des orthophonistes en fonction de leur niveau d'expertise dans le domaine de l'oralité. Ce niveau d'expertise est à mettre en lien avec le sentiment d'auto-efficacité professionnelle. Plus l'expertise est grande, plus l'orthophoniste peut se sentir efficace, et ce avec ou sans le support.

Le sentiment d'auto-efficacité professionnelle peut également être mis en lien avec le taux d'utilisation du support, notamment avec l'étendue d'utilisation. En effet, certains orthophonistes ont utilisé le support avec 15% de leurs patients dans le cadre de leurs séances alors que d'autres l'ont utilisé avec 100%. Nous pouvons supposer que les orthophonistes l'ayant peu utilisé seront moins à l'aise et le support n'entraînera donc pas de modification du sentiment d'auto-efficacité professionnelle. Comme évoqué précédemment, cette notion d'aisance et d'auto-efficacité professionnelle peut également être mise en lien avec les formations faites en oralité dans ce domaine. Nous pouvons faire l'hypothèse que les orthophonistes qui ne sont pas formés sont moins à l'aise et se sentent donc moins efficaces. De même pour le mode de travail, nous pouvons supposer que les orthophonistes travaillant en centre spécialisé ou en service néo-natal voient plus de patients ayant des troubles de l'oralité alimentaire que ceux travaillant en libéral. Ainsi, les orthophonistes libéraux pourraient être moins à l'aise et ainsi se sentir moins efficaces du fait du nombre restreint de patients dans ce domaine. Ces éléments ne restent qu'hypothétiques, il serait intéressant de croiser ces données.

Enfin, l'évolution du sentiment d'auto-efficacité professionnelle peut être expliquée par la courte durée de la période d'expérimentation. En effet, les orthophonistes ne connaissant pas le support et ayant peu de temps pour se l'approprier, il est possible que celui-ci ne les ait pas rapidement aidés à se sentir plus efficaces professionnellement.

3 Réflexion autour de l'évaluation qualitative

Les résultats qualitatifs obtenus montrent que les orthophonistes sont satisfaits du support. Les pourcentages de réponses positives dépassent tous 70%. Ainsi, le support élaboré semble être adapté à la pratique orthophonique dans le cadre des troubles de l'oralité alimentaire.

Pour l'évaluation globale, les participants ont relevé que le support proposé était cohérent avec leur pratique et qu'il concentrait l'ensemble des domaines d'intervention de l'orthophoniste dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire : les domaines techniques mais également sensoriels. De nombreux auteurs mettent en avant cette séparation entre les aspects techniques et sensoriels des prises en soins des troubles de l'oralité alimentaire. En effet, Barbier (2014), Delaoutre-Longuet (2010) et Senez (2010) spécifient l'intérêt des actes techniques comme les massages et les praxies bucco-faciales. Aussi, l'aspect sensoriel est mis en avant par d'autres auteurs comme Crunelle (2010), Thibault (2012) ainsi que Leblanc et Ruffier-Bourdet (2009).

Par ailleurs, nous nous sommes appuyées sur les éléments de la littérature pour construire le support, notamment pour les catégories des fiches (Informations, Protocoles, Alimentation, Praxies, Sensorialité, Comptines et Fiches Libres). Les résultats qualitatifs des orthophonistes, concernant l'évaluation des fiches, sont en adéquation avec la théorie. Les participants ont noté que l'organisation des fiches était pertinente.

De plus, les professionnels ont répondu positivement à l'ensemble de nos questions sur les fiches du support. Leur forme serait donc agréable et adaptée.

On relève cependant des manques comme des vidéos ou des fichiers audio notamment pour les comptines. Barbier (2004) préconisait d'utiliser un support avec les parents afin de transmettre les informations aux parents ou aux aidants. Toutefois, elle recommandait également l'utilisation de « séquences filmées » pour éviter que les propos échangés pendant les séances soient mal compris ou oubliés. Ainsi, les manques, relevés dans les commentaires des participants, sont cohérents avec les éléments théoriques concernant les supports pour les troubles de l'oralité alimentaire. Pour ce premier travail d'élaboration de support pour les thérapies indirectes dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire, il nous a paru difficile d'intégrer des fichiers audio et vidéo, notamment par rapport aux droits d'auteurs pour les documents déjà existants sur Internet. De plus, l'envoi du support s'est fait par voie électronique, la taille du fichier envoyé ne pouvait donc pas dépasser un seuil maximum.

Aussi, les fiches ont permis aux orthophonistes de transmettre des informations aux parents de leurs patients et celles-ci étaient adaptées au questionnement des parents (respectivement 93% et 87% de réponses positives). Cela est en lien avec le cadre des thérapies indirectes. L'écoute, les conseils et la transmission d'informations font partie des principes des thérapies indirectes décrites par Bo (2014) et Oberson (2003).

En somme, les orthophonistes ont majoritairement répondu (93%) que le support était cohérent avec la pratique orthophonique et qu'il était un apport favorable à la pratique professionnelle.

4 Dichotomie entre les résultats quantitatifs et qualitatifs

Nous relevons une dichotomie entre nos résultats quantitatifs et qualitatifs.

Les résultats qualitatifs montrent que les orthophonistes ont un avis positif sur le support. En effet, selon ces résultats, le support semble adapté à la pratique professionnelle dans le cadre des troubles de l'oralité alimentaire. Cependant les résultats quantitatifs ne montrent pas de diminution du temps de préparation des séances en post-test, ni d'augmentation significative du sentiment d'auto-efficacité professionnelle. Ainsi, selon ces deux critères, le support ne serait pas adapté à la pratique professionnelle.

Nous avons mis en évidence dans les parties précédentes les éléments expliquant la non-significativité des résultats quantitatifs : absence d'analyse intra-individuelle, questions trop larges, absence d'enquête pré-expérimentale approfondie sur les pratiques des participants, période d'expérimentation trop courte, adaptation d'échelles et étendue d'utilisation du support trop large.

Les résultats qualitatifs, malgré quelques manques, sont validés car ils semblent correspondre aux attentes des orthophonistes dans ce domaine – définies à travers une pré-expérimentation - et sont cohérents avec les données théoriques sur lesquelles nous nous sommes appuyées.

Ainsi, cette dichotomie semble résulter de choix non adaptés dans les mesures quantitatives.

II Limites méthodologiques et limites du support élaboré

Au cours de notre étude, nous nous sommes aperçues que notre travail comportait certaines limites méthodologiques : les questionnaires comme moyen d'évaluation, la forme des questions, le protocole d'expérimentation et les critères d'évaluation choisis peuvent représenter des biais à notre travail. De plus, le support élaboré semble comporter également quelques limites que nous tenterons d'exposer dans les parties suivantes.

1 Limites méthodologiques

1.1 La population

Notre population initiale comportait 30 orthophonistes participant au projet. Au cours de la procédure et pour diverses raisons, 15 orthophonistes n'ont pas pu utiliser le support et n'ont pas répondu au second questionnaire d'évaluation. Donc, un échantillon final de 15 orthophonistes a été retenu. Statistiquement, le nombre de 30 sujets dans un échantillon est considéré comme le seuil plancher, c'est-à-dire que cette taille d'échantillon permet de minimiser le risque d'avoir des biais dans la population. Ainsi, l'échantillon final de 15 orthophonistes, sur lequel notre étude a été réalisée, n'est statistiquement pas représentatif de la population.

Une autre limite méthodologique à notre travail est l'absence de groupe contrôle. En effet, il aurait été intéressant de comparer nos participants à d'autres orthophonistes n'ayant pas utilisé le support (groupe apparié) sur la même période d'expérimentation. Cela nous aurait permis de déterminer la part de l'utilisation du support sur la modification de la charge de travail et sur l'évolution du sentiment d'auto-efficacité professionnelle.

1.2 La méthodologie des questionnaires

L'utilisation de questionnaires comme outil méthodologique d'évaluation comporte certaines limites.

Tout d'abord, la terminologie et les formulations employées ont pu être comprises différemment par les participants. En effet, même si nous avons tenté d'être les plus explicites possible, le remplissage autonome des questionnaires a pu parfois impliquer des différences dans l'interprétation des termes utilisés.

Ensuite, pour permettre un dépouillement plus facile des réponses, nous avons proposé une majorité de questions fermées ou semi-fermées avec des choix préétablis.

Cela a pu influencer les réponses des participants et a même parfois rendu l'analyse imprécise. Cette influence est mise en évidence par Juan (1986), à travers une analyse

des spécificités de l'enquête par correspondance, qui parle « de risque d'induction directe des réponses ».

Pour certaines questions, nous avons laissé une partie libre «Suggestions». Nous nous sommes aperçues que parfois les commentaires des orthophonistes allaient à l'encontre de ce qu'ils avaient répondu dans les questions fermées. Cela illustre de nouveau l'effet d'induction mis en évidence par Juan (1986) : les questions fermées ou semi-fermées entraînent parfois le participant à répondre par défaut, car les réponses proposées ne correspondent pas exactement à ce qu'il souhaiterait répondre. Ainsi, les participants ont pu expliciter leur réponse aux questions fermées et semi-fermées dans la partie libre «Suggestions».

Une autre forme d'enquête pour l'évaluation du support aurait pu éviter les biais cités ci-dessus.

2 Limites liées au support élaboré

Le support élaboré, cœur de notre projet, a également entraîné quelques relatifs écueils quant à la procédure utilisée.

2.1 L'utilisation

Comme nous l'avons exposé précédemment, le support élaboré n'a pas été utilisé par 15 orthophonistes de l'échantillon initial. L'analyse des questionnaires et les retours électroniques que nous avons eus des participants nous ont permis de poser plusieurs hypothèses quant à cette non-utilisation.

La période d'utilisation de 5 mois seulement (de juillet à décembre 2014) n'a probablement pas permis aux orthophonistes de s'approprier convenablement le support qui a été décrit comme dense. Aussi, certains orthophonistes avaient des prises en soins qui se terminaient et n'ont donc pas pu donner les fiches numérisées aux parents qui avaient déjà eu les informations plus tôt dans la rééducation. Cela n'aurait pas eu de sens dans le déroulement des prises en soins.

Par ailleurs, les participants ont reçu le support sous format numérique. Nous nous demandons si une version papier du support n'aurait pas aidé les participants à s'approprier et à utiliser les fiches. En effet, si nous avons confié le support sous forme d'un classeur physique, il aurait été plus visible et l'étape d'impression aurait été court-circuitée.

De plus, l'utilisation de telle ou telle fiche peut également dépendre du niveau de conscience des parents, élément que nous n'avons pas pris en compte dans notre étude. En effet, cinq niveaux de conscience dans l'acceptation de la difficulté de leur enfant sont décrits: le déni, la pré-conscience, la conscience, l'analyse et l'action. Ainsi, en fonction du niveau de conscience des parents que l'orthophoniste reçoit, le professionnel peut choisir d'utiliser ou de ne pas utiliser les fiches avec eux. L'objectif pour l'orthophoniste est de préserver l'alliance thérapeutique et l'implication parentale en ne confrontant pas les parents à des informations qui ne seraient pas adaptées pour eux à un moment donné de la rééducation et qu'ils pourraient rejeter.

Enfin, nous avons fait le choix de ne pas distinguer les types I, II et III d'accompagnement familial (Bo, 2014). Cependant, nous pouvons nous demander si ce choix n'a pas influencé l'utilisation du support. En effet, il pourrait être intéressant de croiser les données sur le type d'accompagnement familial pratiqué et l'utilisation du support car certains types d'accompagnement nécessitent moins l'utilisation de support que d'autres types.

Ainsi, l'ensemble de ces biais peut expliquer la non-utilisation de certaines fiches voire du support dans son intégralité.

2.2 L'évaluation

Pour évaluer le support élaboré, nous n'avons pas trouvé de procédure méthodologique adéquate dans le domaine orthophonique. Par conséquent, il ne nous a pas été possible de confronter nos résultats à des références dans le domaine de l'évaluation de support en orthophonie. Nous nous sommes alors tournées vers le domaine de l'ergonomie dans lequel nous avons retenu les critères d'adaptabilité et de charge de travail de Bastien et Scapin (1993). Plusieurs limites sont à apporter à ce choix.

La première concerne le fait que ces critères ont été élaborés pour évaluer des supports interactifs (comme des logiciels par exemple), ce qui n'est pas le cas du support que nous avons élaboré qui est un support figé. La seconde limite de ces critères est qu'ils ne sont pas destinés à évaluer un matériel rééducatif, adressé à des patients, mais bien à évaluer du matériel adressé à des utilisateurs. Enfin, la troisième limite concerne le fait que nous avons retenu seulement 2 critères sur les 8 existants. Les auteurs ne précisent pas que ces critères peuvent être utilisés séparément pour l'évaluation d'un support, ce qui apporte un biais supplémentaire à notre étude.

Deux autres biais à l'évaluation du support et en lien avec l'échelle d'auto-efficacité professionnelle peuvent être mis en évidence. En effet, pour évaluer le critère d'adaptabilité, nous avons choisi une échelle d'auto-efficacité professionnelle initialement prévue pour évaluer l'augmentation du sentiment d'auto-efficacité professionnelle chez les enseignants grâce à leur formation. Ainsi, nous avons tenté d'adapter la formulation des items à notre domaine d'intervention : les troubles de l'oralité alimentaire. Mais cette reformulation biaise l'échelle de départ. De plus, afin de ne pas nous éloigner de l'échelle de départ, la formulation que nous avons choisie a pu paraître parfois éloignée de la pratique orthophonique.

Ces adaptations ont pu desservir notre travail et la méthodologie choisie pour l'évaluation du support.

III Pistes de réflexion

La dichotomie entre les résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus, les différentes limites méthodologiques évoquées dans la partie précédente ainsi que l'évolution de notre réflexion tout au long de ce travail de recherche nous amènent à d'autres perspectives. Dans la continuité de travail d'élaboration et d'évaluation du support, d'autres études pourraient être menées. Nous tenterons ici d'expliquer ces différents points.

1 Une nouvelle évaluation du support auprès des orthophonistes

De nombreuses limites méthodologiques ont été révélées par ce premier travail de recherche, ainsi il pourrait être profitable de refaire une évaluation du support auprès des professionnels.

Tout d'abord il serait intéressant de prendre un échantillon de participants plus important. Cela permettrait de rendre l'échantillon statistiquement représentatif de la population générale des orthophonistes prenant en soins les troubles de l'oralité alimentaire. Une sélection des orthophonistes en fonction de leur formation, en prenant un groupe d'orthophonistes formés en oralité et des orthophonistes non-formés en oralité, pourrait apporter des informations sur la pertinence du support selon le niveau d'expertise. En effet nous pouvons nous demander si le support soutient davantage l'orthophoniste non-formée que l'orthophoniste formée en oralité, lors des prises en soins. Aussi, nous pourrions penser à effectuer une étude comparative entre les orthophonistes pratiquant en cabinet libéral et les orthophonistes pratiquant en institution ou à l'hôpital. Cela permettrait d'observer si le support a un impact significativement différent sur ces deux types de pratiques.

Nous pourrions aussi imaginer réaliser une enquête pré-expérimentale approfondie sur les pratiques : formation, lieu de travail, type d'accompagnement familial mené, pratique professionnelle en thérapie indirecte etc. Cela permettrait de mieux cerner la population et d'éviter les biais concernant les différences de pratique.

Il serait aussi intéressant d'envisager une présentation plus personnalisée du support. A partir de l'exemple récent (2014) des Réseaux Aurore et Ecl'aur ayant mis en place un outil d'évaluation de la succion des enfants prématurés (intitulé « Fleur de Lait », d'après Petit et Grattepanche, 2012), nous pourrions également imaginer proposer une formation ou une séance d'information aux orthophonistes pour permettre une utilisation optimale du support que nous avons élaboré, avec un rappel théorique de base sur les troubles de l'oralité alimentaire lors de la séance de formation ou information. Une présentation physique de notre support motiverait peut-être plus son utilisation par les orthophonistes.

Ensuite, la formulation des questions, les termes utilisés et l'utilisation de questions fermées nous ont d'abord apparus comme des choix judicieux, notamment dans le traitement des résultats. Cependant, une autre étude avec des questions formulées différemment et moins orientées serait plus intéressante et n'induirait pas les réponses des participants. Par exemple, une question ouverte à propos du temps de préparation des séances amènerait une réponse plus précise et permettrait une comparaison plus fiable que des catégories de 30 minutes. Une formulation des questions plus uniformisée, en proposant par exemple une échelle en 10 points pour l'ensemble des questions, permettrait également aux orthophonistes une plus large palette de choix pour répondre aux questions, plutôt que des dichotomies en oui/non.

Egalement, une perspective de recherche en sociologie peut être intéressante. Ainsi, des entretiens semi-dirigés avec les professionnels et une grille d'évaluation de ces entretiens avec de nombreux critères pourraient permettre de recueillir les termes utilisés par les orthophonistes par rapport au support et de permettre des réponses plus libres et moins orientées avec des formulations qui seraient propres à l'examineur. Cette approche éviterait d'induire les réponses des participants.

Enfin, la période d'expérimentation du support était courte et les orthophonistes ont exprimé que le temps d'appropriation des fiches n'était pas assez long. Ainsi, un post-test différé pourrait apporter des résultats différents. En effet, il permettrait de savoir si, avec un plus long temps d'utilisation, les orthophonistes ont pu s'approprier le support et si le temps de préparation des séances a diminué. Pour l'outil « Fleur de lait » sus-cité, une évaluation est actuellement envisagée après 3 ans de diffusion et d'utilisation.

2 L'évaluation du support auprès des aidants

Le support élaboré est fait pour accompagner les orthophonistes dans les thérapies indirectes dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire. Pour l'évaluation du support, nous avons choisi d'interroger seulement les professionnels. Cependant, ce support est à destination des parents ou aidants d'enfants porteurs de troubles de l'oralité alimentaire. Il serait alors pertinent d'interroger les accompagnants. En effet, leur avis est important car ce support peut être adapté à la pratique orthophonique mais ne pas répondre aux besoins des parents.

Dans ce cas, il peut être intéressant de prendre un large panel de parents d'enfants porteurs de troubles de l'oralité alimentaire, toutes étiologies confondues dans un premier temps et de s'interroger sur leur ressenti vis-à-vis de ce support : comment ont-ils perçu le support, s'il les a aidés à comprendre les informations données par le professionnel, s'il les a aidés à transmettre des informations à la famille (ou au conjoint), s'il a permis de faire le lien entre les différents professionnels que l'enfant voit, s'il a eu un impact positif ou négatif sur eux, sur leur investissement dans la prise en soins et s'il leur a permis de reprendre des éléments vus en séance, au domicile.

3 De futurs apports pour le support

Le support que nous avons élaboré, bien que dense, est non-exhaustif. Il serait intéressant de le compléter. Les participants ont relevé des éléments à ajouter aux fiches que nous leur avons proposées. Ainsi, il serait important de compléter le support par des fichiers audio pour les comptines, des fichiers vidéo pour les massages, les praxies et peut-être pour expliquer la chaîne alimentaire de manière animée. Les enfants pourraient être plus attirés par une version animée et les parents pourraient reprendre les comptines au domicile.

Le bilinguisme est aussi très présent dans la pratique orthophonique. La barrière de la langue avec les parents d'enfants en difficulté peut être présente. Ainsi, une version multilingue peut être envisagée pour pouvoir répondre aux besoins à la fois des orthophonistes mais également des parents.

Enfin, il serait pertinent de proposer les fiches en les adaptant au style d'apprentissage du parent. Flessas et Lussier (1995) ont décrit quatre styles d'apprentissage : séquentiel verbal, séquentiel non-verbal, simultané verbal et simultané non-verbal. Le parent qui a un style majoritairement séquentiel verbal a besoin de détails et de contrôle pour apprendre, il s'appuie sur le comment dire ; il préférera peut-être des fiches détaillées. Le parent qui est majoritairement dans le style séquentiel non-verbal est habile dans le comment faire, il s'attache plus à l'action qu'à ce qui est dit ; des exercices en séances, des vidéos explicatives peuvent lui être plus favorables dans l'apprentissage. Le parent simultané verbal saisit l'ensemble des informations et fait des synthèses de ce qu'il a vu ou entendu ; ce parent a besoin de schémas explicatifs et de résumés synthétiques. Enfin, le parent simultané non-verbal s'appuie sur son vécu pour comprendre les situations et préfère le laisser-faire, c'est un parent souvent imaginatif et dans l'initiative ; des fiches avec peu d'informations et surtout des fiches libres peuvent lui permettre de laisser s'exprimer sa créativité. Les styles d'apprentissage sont le sous-bassement théorique des séances de thérapies indirectes. L'orthophoniste cherche à connaître le style d'apprentissage du parent pour adapter les modalités des séances. Ainsi, proposer plusieurs formes d'une même fiche, en fonction des styles d'apprentissage, pourrait avoir un impact sur l'investissement du parent dans les prises en soins de son enfant. Il serait donc intéressant de mettre en lien ces données avec une possible évolution graphique du support : plus ou moins d'images, plus ou moins de textes et d'explications ou plus de fiches libres par exemple.

De par ces limites, il serait donc intéressant de proposer de nouveaux critères d'évaluation mais aussi de se pencher sur l'impact du support auprès des parents. Enfin, nous espérons que d'autres pourront se pencher sur ce premier support afin de le compléter et de l'ajuster tant au niveau théorique que formel.

IV Apports du travail de recherche

Le support élaboré n'a pas eu l'impact que nous attendions sur la pratique orthophonique, notamment sur le temps de préparation de séances mais également sur le sentiment d'auto-efficacité professionnelle des participants. Cependant, les résultats qualitatifs ne vont pas dans le sens de l'analyse de ces deux critères d'évaluation. Ils mettent plutôt en évidence un support adapté, tant dans sa forme que dans son contenu, et qui convient à la pratique orthophonique.

Ces dernières constatations, bien que qualitatives, nous amènent à réfléchir sur les apports de notre travail dans le domaine orthophonique.

Tout d'abord, notre projet a permis la création d'un support inexistant en orthophonie et pourra servir de base de réflexion à de futures études sur le sujet. De plus, le support élaboré est un apport dans le domaine encore jeune et en pleine expansion de la prise en

soins orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire chez le jeune enfant et plus aussi dans celui de l'accompagnement des parents des petits patients atteints de ces troubles.

De plus, ce projet constitue une tentative de formalisation d'un protocole d'évaluation d'un matériel de rééducation orthophonique, en croisant des domaines plus ou moins éloignés de l'orthophonie comme l'ergonomie ou la sociologie. Cette tentative pourrait donner naissance à une formalisation plus solide, plus fiable et reproductible d'une évaluation de support en orthophonie ou dans d'autres domaines médicaux et paramédicaux. Ainsi, cela constitue un intérêt notable pour de futures études.

En somme, ce travail d'élaboration et de recherche nous a beaucoup apporté aussi bien au niveau personnel que professionnel. Il nous a permis d'expérimenter nos limites mais aussi de renforcer nos points forts et notre esprit d'équipe. Il nous a également permis de découvrir la démarche scientifique expérimentale et d'approfondir nos connaissances autour du domaine de l'oralité alimentaire, spécialité que nous nous sentons aujourd'hui prêtes à approcher dans notre future pratique.

CONCLUSION

La littérature indique l'importance de mettre en place un support écrit avec les parents d'enfants porteurs de troubles de l'oralité alimentaire. C'est dans cette perspective que notre travail s'est inscrit. Ainsi, notre recherche avait pour objectif de concevoir et d'évaluer un support de thérapie indirecte dans le cadre des troubles de l'oralité alimentaire chez le jeune enfant. Grâce à deux questionnaires, soumis à 15 orthophonistes exerçant dans le domaine de l'oralité alimentaire, nous avons recueilli les informations nécessaires pour élaborer le support puis pour l'évaluer quantitativement et qualitativement. Deux critères ont été retenus pour l'évaluation quantitative : la charge de travail et l'adaptabilité en lien avec le sentiment d'auto-efficacité professionnelle.

Du fait d'un échantillon trop faible et d'un temps trop court entre la phase d'utilisation du support et son évaluation, l'analyse statistique a infirmé notre première hypothèse et validée seulement partiellement la seconde. En effet, cette analyse montre que le support n'a pas eu d'impact significatif sur le temps de préparation des séances et qu'il augmente partiellement le sentiment d'auto-efficacité professionnelle. Par conséquent, selon nos critères d'évaluation quantitative, le support ne diminue pas la charge de travail des orthophonistes et n'est adapté que partiellement à la pratique orthophonique. Toutefois, la troisième hypothèse opérationnelle, concernant les données qualitatives, est validée et modulent ces résultats.

Les domaines d'intervention de l'orthophoniste évoluent, tout comme les pratiques et les techniques de prises en soins. En effet, dans ce domaine très angoissant pour les parents, il est important de mettre ces derniers au cœur des prises en soins de leur enfant. Du fait de cette évolution des pratiques, la relation parent-professionnel a changé. Dans le cadre des thérapies indirectes, les parents peuvent être plus ou moins impliqués dans les soins, par l'orthophoniste, ainsi, plus le professionnel fait entrer le parent dans la rééducation, moins la relation entre eux est hiérarchisée et plus le parent est actif dans les soins.

Par ailleurs, les parents reçoivent de plus en plus d'informations et de formations ; aussi, des associations de parents et professionnels se développent. Par conséquent, le niveau d'expertise des parents évolue. Le domaine de l'oralité est également en pleine expansion ; des services de consultations spécifiques se créent notamment à Paris et à l'étranger.

Tous ces changements sont associés à une modification de la pratique orthophonique qui, désormais, veut s'appuyer sur des outils rigoureux et sur des preuves (Evidence Based Practice) afin de contrôler l'efficacité des prises en soins.

Il nous paraît important de continuer les recherches dans ce domaine et de proposer des supports pour les orthophonistes et les parents. Nous avons relevé de nombreux facteurs qui ont pu biaiser les résultats obtenus pour cette étude. Et les données recueillies ne sont pas suffisantes pour évaluer le support. Ainsi, des recherches complémentaires, en supprimant les biais énoncés ou s'inscrivant dans des domaines tels que la sociologie, peuvent apporter de nouvelles informations sur les prises en soins indirectes des troubles de l'oralité alimentaire chez le jeune enfant.

REFERENCES

- Abadie, V. (2004a). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de pédiatrie*, 11, 603-605.
- Abadie, V. (2004b). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 60-70.
- Abadie, V. (2007). Préfaces. Dans C. Thibault (2007). *Orthophonie et Oralité, La sphère oro-faciale de l'enfant* (p.11). Issy-les-Moulineaux, France : Masson.
- Abadie, V. (2012). Développement de l'oralité alimentaire. Dans O. Goulet, M. Vidailhet et D. Turck (dir.), *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique, 2ème édition* (p1-10). Rueil-Malmaison, France : Doin éditeurs.
- Ajuriaguerra, J. et Marcelli, D. (1989). *Psychopathologie de l'enfant*. Paris, France : Masson.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris, France : Dunod.
- Arts-Rodas, D. et Benoit, D. (1998) Feeding problems in infancy and childhood: identification and management. *Paediatr Child Health*, 3 (1), 21-27.
- Arvedson, J.C. (2008). Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: Clinical and instrumental approaches. *Developmental Disabilities Research reviews*, 14, 118-127.
- 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. (2010). Une cuillerée pour Papa...Une cuillerée pour Maman....Mais bébé, lui, ne mange pas....Comment accompagner le refus alimentaire chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 242, p67-77.
- Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*, 39 (1), 143-159.
- Bastien, J.M.C. et Scapin, D.L. (2001). Evaluation des systèmes d'information et critères ergonomiques. Dans C. Kolski (éd.), *Systèmes d'information et interactions homme-machine. Environnements évolués et évaluation de l'IHM Interaction Homme Machine pour les systèmes interactifs, (vol. 2)* (p53-79). Hermès : Paris, France.
- Belargent, C. (2000). Accompagnement familial et prise en charge précoce de l'enfant porteur de handicap. *Rééducation orthophonique*, 202, 25-44.
- Bellis, F., Buchs-Renner, I., Vernet M. (2009) De l'oralité heureuse à l'oralité difficile : Prévention et prise en charge dans un pôle de pédiatrie. *Spirale*, 51, 55-61.
- Bellisle, F. (2012). Acquisition des goûts alimentaires : l'innée et l'acquis. Dans O., Goulet, M., Vidailhet, et D. Turck (dir.), *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique, 2ème édition* (p.12-24). Rueil-Malmaison : Doin éditeurs.
- Bo, A. (2014). Prévention primaire en orthophonie en milieu vulnérable : Impact d'un Programme d'Intervention en Orthophonie destiné aux assistantes maternelles de la Pouponnière de Mbour (Sénégal) et centré sur le langage et la communication. *Les Entretiens de Bichat*, 2014, 87-98.
- Bowlby, J. (1977). *L'attachement : Attachement et perte (vol.1)*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. Dans T. Husen, et T-N. Postlethwaite (dir.), *International Encyclopedia of education, 2nd edition (vol. 3)* (p1643-1647). Oxford, UK : Pergamon Press.

Bruner, J.S. (1983). *Le développement de l'enfant : savoir faire savoir dire*. Paris : Presses Universitaires de France.

Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R.E. et Walsh, B.T., (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 98-111.

Bulletin Officiel, 2013, n°32.

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

Cermak, A., Curtin, C. et Bandini, L. (2010). Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 110, 238-246.

Charte d'Ottawa. (1986). Récupérée le 15 septembre 2014 sur le site Santé.gouv : http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf

Chatoor, I. (2009). Sensory food aversions in Infants and Toddlers, *Zero to three*, 44, 44-49.

Chevalier, B., Garcia, M. et Durigneux, J. (2012). ASI de types I et II : les enjeux de l'oralité alimentaire et de la déglutition. *Les cahiers de myologie*, 6, 18-19.

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

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

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.

Delaoutre-Longuet, C. (2010) Rôle d'un orthophoniste auprès des nouveau-nés prématurés. *Rééducation orthophonique*, 242, 79-83.

Delegay-Siksou, J. (1986). Allaiter : au sein ou au biberon ? Dans B. Brusset (dir.), *Nourrir un enfant* (p38-55). Toulouse, France : Privat.

Denni-Krichel, N. (2003). Le partenariat parents-orthophonistes. *Enfance et psy* 21, 50- 57.

Dunitz-Scheer, M. (2007). « Manger ou ne pas manger, telle est la question ». Le sevrage de la sonde dans la petite enfance : les programmes du Centre universitaire. *Médecin et hygiène, Devenir*, 19, 5-20.

Dunst, C. J. (2007). Early Intervention for Infants and Toddlers with Developmental Disabilities. Dans S.L. Odom, R.H. Horner, M.E. Snell, M. E. et J. Blacher, J. (dir), *Handbook of developmental disabilities* (p161-181). New York, USA : Guilford Press. Consulté le 04 septembre 2014 sur Google Books : <http://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=U4VpCKVomHkC&oi=fnd&pg=PA1&dq=handbook+of+developmental+disabilities&ots=Np3x62pAxv&sig=NDrSS0OSN721U3avOb8IBL2-ltk#v=onepage&q=handbook%20of%20developmental%20disabilities&f=false>

-
- Flessas, J. et Lussier, F. (1995). *Epreuve de simultanéité verbale Flessas-Lussier (S.V.F.L)*, Montréal Editions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Follenfant, A. et Meyer, T. (2003). Pratiques déclarées, sentiment d'avoir appris et auto-efficacité au travail. Résultats de l'enquête quantitative par questionnaires, dans Carré, P. et Charbonnier, O. (Dir.). *Les apprentissages professionnels informels*. Paris, France : L'Harmattan.
- Funck-Brentano, I. (2008). Donald W. Winnicott. Dans B. Golse (dir.). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant* (p75-90). Issy-les-Moulineaux Cedex, France : Masson.
- Juan, S. (1986) L'ouvert et le fermé dans la pratique du questionnaire. Analyse comparative et spécificités de l'enquête par correspondance. *Revue française de sociologie*, 27 (2), 301-316. Consulté le 31 mars 2015 sur le site Persée.fr : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_1986_num_27_2_2309
- Girolametto, L. (2000). Participation parentale à un programme d'intervention précoce sur le développement du langage : efficacité du programme parental de Hanen. *Rééducation Orthophonique*, 203, 31-62.
- Hermans, D. (2003). Les troubles alimentaires du nourrisson. *Louvain Med.*, 122, 152- 159.
- Hutchison, P. et Lord, J. (1993). The Process of Empowerment: Implications for Theory and Practice. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 12 (1), 5-22.
- Leblanc, V. et Ruffier-Bourdet, M. (2009). Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel. *Spirale*, 51, 47-54.
- Leblanc, V., Bourgeois, C., Hardy, E., Lecoufle, A. et Ruffier, M. (2012). *Boîte à idées pour une oralité malmenée du jeune enfant*. Saint-Ouen, France : Nutricia.
- Lebovici, S. et Soulé, M. (1970). *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*. Paris, France : Presse Universitaire de France.
- Leclerc, M-C. (2005). Les précurseurs pragmatiques de la communication chez les bébés. *Rééducation orthophonique*, 221, 157-170.
- Leffel, K. et Suskind, D (2013). Parent-Directed Approaches to Enrich the Early Language Environments of Children Living in Poverty. *Seminar Speech and Language*, 34, 267-277.
- Maier, A., Leathwood, P., Schaal, B. et Issanchou, S. (2010). Sensorialité et diversification alimentaire. *Médecine et enfance*, 30, hors- série, 71-79.
- Manikam, R., and Perman, J.A. (2000). Pediatric feeding disorders. *Journal of clinical Gastroenterology*, 30, 34-46.
- Mercier, A. (2004). La nutrition entérale ou l'oralité troublée. *Rééducation orthophonique*, 220, 33-46.
- Miller, L.J., Nielsen, D.M., Schoen, S.A. et Brett-Green, B.A. (2009). Perspectives on sensory processing disorder : a call for translational research. *Frontiers in Integration Neuroscience*, 22 (3), 1-10.
- Oberson, B. (2003). Guidance parentale et interactive en logopédie. *Langage et Pratiques*, 32, 29-41.
- Petit, I. et Grattepanche, C. (2012), Accompagner la progression du bébé prématuré au sein grâce à la « fleur de lait ». *Soins-Pédiatrie/Puériculture*, 268, 44-46.

-
- Pollock, N. (2009). Sensory integration: A review of the current state of the evidence. *Occupational therapy now*, 11 (5), 6-10. Récupéré le 12 septembre 2014 sur le site Canchild : <http://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/Sensory%20Integration.pdf>
- Puech, M. et Vergeau, D. (2004). Dysoralité : du refus à l'envie. *Rééducation orthophonique*, 220, 127-141.
- Ramsay, M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. *Devenir*, 13, 11-28.
- Raymond, J-L. (2004). Modelage bucco-facial et approche fonctionnelle de l'allaitement. *La lettre des Actualités Périnatales du Languedoc-Roussillon*, 15, 1-3. Récupéré le 04 septembre 2014 du site périnat-France : http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/lettre/pdf/15_2.pdf
- Rigal, N. (2002, juillet). Development of Taste. *Objective Nutrition*, 64. Consulté le 6 août 2014 sur le site Danone Institute : http://www.danoneinstitute.org/objective_nutrition_newsletter/on64.php
- Rogers, B. et Arvedson, J. (2005). Assessment of Infant Oral Sensorymotor and Swallowing Function. *Mental retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, 74-82.
- Santé et Services Sociaux du Québec. (2009). *Les services intégrés en périnatalité et petite enfance, favoriser le développement des enfants âgés de 1 à 5 ans : Guide d'intervention pour soutenir les pratiques parentales*. Québec, Canada : Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux.
- Schaal, B. (2010). Présentation : La sensorialité de l'enfant mangeur, consommateur et patient. *Médecine et enfance*, 30, hors- série, 3-11.
- Schaal, B., Delaunay-El Allam, M. et Doucet, S. (2005). Le sein et le lait médiateurs de signaux et promoteurs d'apprentissage. *Réalités en gynécologie-obstétrique*, 10, 17-25.
- Schaal, B. et Goubet, N. (2010). Le fœtus perçoit les odeurs et s'en souvient : la formation d'attentes sensorielles et leurs implications. *Médecine et enfance*, 30, hors- série, 20-34.
- Schaal, B. et Monnery-Patris, S. (2010). Le développement de l'olfaction au-delà de la prime Enfance. *Médecine et enfance*, 30, hors- série, 60-70.
- Schelstraete, C. (2008, juin) Les différentes sortes de suctions chez le nouveau-né. *Allait'info, actualités de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes*, 3-7.
- Schwartz, C., Nicklaus, S. et Boggio, V. (2010). Le développement de la gustation chez l'enfant. *Médecine et enfance*, 30, hors- série, 48-59.
- Senez, C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Marseille, France : Solal.
- Senez, C. (2004). Hyper-nauséux et troubles de l'oralité chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 93-105.
- Senez, C. (2010). La guidance parentale sur le plan de la déglutition et de l'alimentation de l'enfant avec une nutrition entérale à domicile (NED). *Rééducation orthophonique*, 242, p85-93.
- Senez, C. (2014, mai et septembre). *Déglutition – Oralité – Alimentation chez l'enfant*. Paris, France : Association Oralité Déglutition - Formation 2014.
- Thibault, C. (2007). *Orthophonie et Oralité, La sphère oro-faciale de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux, France : Masson.
-

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

Vidailhet, C. (2012). Troubles du comportement alimentaire. Dans O. Goulet, M. Vidailhet, et D. Turck, (dir.), *Alimentation de l'enfant en situation normale et pathologique, 2^{ème} édition* (p338-349). Rueil-Malmaison, France : Doin éditeurs.

Viterbo, E. et Renault, M. (2008). John Bowlby. Dans B. Golse (dir.) *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant* (p133-142). Issy-les-Moulineaux Cedex, France : Masson.

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

ZERO TO THREE (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders in infancy and early childhood*, (rev. ed.). Washington, DC: ZERO TO THREE Press.

ANNEXES

Annexe I : Courriel d'envoi du questionnaire

TERRIEN Constance

35, Rue Bataille 69008 LYON

06 84 28 77 44

constance.terrien@sfr.fr

BRICOUT Fanny

16, Bvd Jean XXIII 69008 LYON

07 87 06 43 98

fanny.bricout34@gmail.com

Le jeudi 4 septembre 2014

Objet : Courrier d'information sur la recherche en orthophonie

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux étudiantes à l'école d'orthophonie de Lyon, Université Claude Bernard Lyon1, Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation.

Dans le cadre de notre mémoire de recherche, nous avons pour objectif d'élaborer un outil, sous forme de fiches numérisées et imprimables. Cet outil se fera à partir de données théoriques et cliniques et sera destiné à la prise en soins indirecte (accompagnement parental) des troubles de l'oralité alimentaire.

Nous évaluerons également, l'impact de cet outil sur les séances de rééducation des troubles de l'oralité alimentaire, du point de vue de l'orthophoniste.

Les participants à notre projet devront :

- Répondre à un premier questionnaire (Q1) sur leur pratique en oralité notamment auprès des parents d'enfants porteurs de ces troubles.
- Utiliser l'outil en séance avec les parents, dans la mesure du possible (notamment si les orthophonistes ont un ou des patient(s) en oralité au moment de la diffusion).
- Répondre à un second questionnaire (Q2) sur la pertinence de l'outil et l'aide apportée à la pratique.

Les différents questionnaires seront rendus anonymes et les coordonnées demandées ne seront utilisées qu'à titre personnel pour recontacter les orthophonistes concernés.

Après la recherche et la validation de notre mémoire, nous pourrons faire part aux orthophonistes des principaux résultats concernant l'outil.

Nous avons résumé les dates principales, pour les orthophonistes participant à l'expérimentation de l'outil :

- ⇒ **16 Avril 2014 :**
 - Diffusion du premier questionnaire Q1
- ⇒ **20 Mai 2014 :**
 - Récupération du questionnaire Q1
- ⇒ **Début Juillet 2014 :**
 - Diffusion des fiches numérisées aux orthophonistes (de l'outil)
 - Diffusion de deuxième questionnaire Q2
- ⇒ **Juillet 2014- Novembre 2014 :**
 - Période d'utilisation de l'outil par les participants
- ⇒ **Fin Novembre 2014 :**
 - Récupération du questionnaire Q2

Pour plus de précisions, nous sommes disponibles par mail et par téléphone, n'hésitez pas à nous faire part de vos remarques et interrogations.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre recherche, et nous vous prions, d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Fanny BRICOUT et Constance TERRIEN

Annexe II : Questionnaire 1 pré-test

Ce premier questionnaire intervient dans le cadre de notre mémoire d'orthophonie. Nous recueillons ces informations dans le but de créer un support écrit destiné à la thérapie indirecte en oralité.

Toutes les informations que vous nous transmettez seront anonymisées, vos coordonnées ne seront utilisées qu'à titre personnel. La durée du questionnaire est estimée à une trentaine de minutes.

I. IDENTITE

1.1. Informations personnelles

Nom :

Prénom :

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

Ville où vous exercez :

1.2. Mode d'exercice : Veuillez cocher votre mode d'exercice, en précisant éventuellement le service concerné. *Plusieurs réponses possibles.*

- Cabinet libéral
- Institution : (précisez)
- Hôpital : (précisez le service)

II. FORMATIONS

2.1. Formation initiale

Centre de formation initiale :

Année d'obtention du diplôme :

2.2. Avez-vous reçu dans le cadre de la formation initiale, un enseignement en oralité ?

- Oui
- Non

2.3. Avez-vous suivi des formations complémentaires en oralité ?

- Oui
- Non

2.4. Si oui, laquelle/lesquelles :

- C. Senez
- C. Thibault
- F. Guillon
- I. Barbier
- Autres (précisez) :

2.5. Dans le cadre de la formation initiale, avez-vous reçu un enseignement en accompagnement familial ?

- Oui
- Non

2.6. Avez-vous suivi des formations complémentaires en accompagnement familial ?

- Oui
- Non

2.7. Si oui, laquelle/lesquelles :

- Centre Hanen
- A. Bo
- L. Kunz
- I. Barbier
- Autres : (précisez)

III. PRATIQUE PROFESSIONNELLE

3.1. Séances : En moyenne, combien de temps consacrez-vous à la préparation des séances de thérapie indirecte en dysoralités ?

- De 0 min à 30 min
- De 30min à 1h
- De 1h à 1h30
- De 1h30 à 2h

3.2. Actuellement, pratiquez-vous l'accompagnement familial (thérapie indirecte) dans les prises en soins des troubles de l'oralité alimentaire ?

- Oui
- Non

3.3. Si oui : quels types d'accompagnement familial (*définis par Bo, 2014*) faites-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- **Type I** : échanges formels ou informels, informations argumentées, conseils, écoute et étayage de l'orthophoniste à la famille.
- **Type II** : Collaboration avec les parents, échanges, conseils, objectifs et stratégies choisis par l'orthophoniste, apport de techniques.
- **Type III** : Intervention des parents, objectifs choisis par l'orthophoniste, stratégies choisies par le parent, partenariat.

3.4. Auto-efficacité professionnelle :

Dans la prise en soins indirecte des dysoralités, afin de transmettre différentes informations aux parents avec vos supports actuels , diriez-vous :	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je parviens toujours à résoudre les problèmes difficiles.				
Si quelqu'un (parents, entourage de l'enfant) a des difficultés pour comprendre mes explications, je peux trouver un moyen pour améliorer la situation.				
Il est facile pour moi de maintenir les objectifs de la séance.				
J'ai confiance en moi pour faire face efficacement aux questions inattendues des parents et autres aléas.				
Grâce à mes compétences, je peux gérer les situations inattendues lors d'une séance.				
Je peux résoudre la plupart des difficultés d'explication.				
Je reste calme face à des difficultés de transmission des informations, car je suis capable de les surmonter.				
Lorsque je suis confronté(e) à des problèmes d'explication des informations, je peux trouver plusieurs idées pour les résoudre.				
Face à une difficulté en séance avec les parents, je sais toujours quoi faire.				
Quoiqu'il arrive en séances avec les parents, je sais généralement faire face.				

3.5. Parmi les parents avec qui vous pensez utiliser le support écrit créé, précisez le profil d'implication parentale, le plus fréquemment rencontré : (*profils adaptés de Family Participation Rating Scale de Moeller, 2000*)

- **Profil 5, participation idéale** : Très bons ajustements de la famille qui prend en compte les difficultés de l'enfant. Utilisation des techniques transmises par l'orthophoniste, au domicile. Lors des séances : coopération active et présence régulière, indications suivies spontanément. Les parents font le lien entre les différents professionnels et impliquent les membres de la famille élargie à la rééducation.
- **Profil 4, bonne participation** : adaptation supérieure à la moyenne, participation régulière aux séances, rôle actif des parents mais pas principal. Efforts pour l'utilisation des techniques au domicile avec facilité parfois, et pour impliquer les membres de la famille élargie à la rééducation.
- **Profil 3, participation moyenne** : efforts pour comprendre et surmonter les difficultés de l'enfant. Participation à la plupart des séances. La transmission des informations à la famille élargie est limitée. Gestion de la rééducation perçue comme difficile par la famille et parfois assurée par un membre de la famille qui fait plus que sa part de responsabilité. Volonté d'utiliser les techniques mais besoin de soutien et d'indications au quotidien.
- **Profil 2, participation sous la moyenne** : difficultés d'acceptation du trouble. Présence aux séances peu régulière. Stress familial quotidien qui empêche la transposition efficace des techniques à la maison, peu d'investissement dans la rééducation. Les soins de l'enfant sont des défis quotidiens.
- **Profil 1, participation limitée** : le stress familial prend le pas sur les besoins quotidiens de l'enfant. Compréhension limitée du trouble et de ses conséquences. Participation très irrégulière ou très inefficace.

3.6. Donnez-vous des supports (feuilles, cahier...) aux parents dans le cadre des prises en soins des dysoralités ?

- Oui
- Non

3.7. Les parents sont-ils demandeurs de supports, reprenant les informations et conseils délivrés lors des séances ?

- Oui
- Non

IV. OUTILS ET MATERIELS

4.1. Avez-vous connaissance de matériel existant (ouvrages, jeux, support de rééducation...) pour les prises en soins des dysoralités ?

- Oui
- Non

-
- 4.2. Si oui, précisez les références du matériel (*jusqu'à 3 réponses possibles*) :
- Référence 1 : (précisez)
 - Référence 2 : (précisez)
 - Référence 3 : (précisez)
- 4.3. Avez-vous connaissance de matériel existant **pour les parents**, dans le cadre des dysoralités :
- Oui
 - Non
- 4.4. Si oui, précisez les références du matériel (*jusqu'à 3 réponses possible*) :
- Référence 1 : (précisez)
 - Référence 2 : (précisez)
 - Référence 3 : (précisez)
- 4.5. Fabriquez-vous des supports pour vos prises en soins des dysoralités ?
- Oui
 - Non
- 4.6. Si oui, de quel type :
- Livret
 - Carnet
 - Schémas
 - Explications écrites
 - Autres :

V. ATTENTES PAR RAPPORT AU SUPPORT ECRIT

Le support se présentera sous formes de fiches numérisées, imprimables et qui pourront être insérées dans un classeur ou autre support apporté par le parent. Ce support est à destination des parents, mais sera mis en place par l'orthophoniste dans le cadre de séances d'accompagnement familial.

- 5.1. Parmi les éléments suivants, lesquels souhaiteriez-vous trouver dans le support ? (*plusieurs choix possibles*). *Une case commentaire est disponible pour toute autre remarque.*
- Repères théoriques sur le développement de la sphère orale (anatomiques et temporels)
 - Schémas anatomiques de la sphère oro-faciale
 - Protocole de désensibilisation du réflexe nauséeux

-
- Gestes d'aide à la succion
 - Aide à l'alimentation
 - Techniques de massages corporels et faciaux
 - Comptines
 - Informations sur l'alimentation (texture, quantité des cuillerées, température...)
 - Objectifs pour la séance suivante
 - Fiche « Astuce », pense-bête que les parents et l'orthophoniste pourront remplir
 - Fiche « Emploi du temps » pour noter les moments importants de la journée (temps de massages...)
 - Fiche « Questions » sur laquelle les parents pourront noter leurs interrogations, à poser à l'orthophoniste à la séance suivante
 - Fiche « Ma semaine » où les parents noteront ce qui s'est passé dans la semaine (positif et négatif)
 - Fiches « Liaison » que les autres professionnels pourront remplir
 - Fiche de diversification alimentaire
 - Fiches praxies
 - Fiches de jeux (souffle, tactiles...)
 - Autres : (précisez)

Commentaires

5.2. Quelle forme de fiche vous conviendrait le mieux ? *Une case commentaire est disponible pour toute autre remarque.*

- Fiches pré-remplies avec une partie libre (à remplir par l'orthophoniste avec le parent)
- Fiches « clé en main » prête à être utilisées
- Autres : (précisez)

Commentaires

Annexe III : Questionnaire 2 post-test

Ce second questionnaire intervient dans le cadre de notre mémoire d'orthophonie « Troubles de l'oralité alimentaire chez le jeune enfant : élaboration et évaluation d'un support écrit de thérapies indirectes en orthophonie ».

Il a pour but de recueillir votre avis sur les fiches, leur utilisation et leur pertinence dans le cadre de votre pratique clinique.

Toutes les informations que vous nous transmettez seront anonymisées. La durée du questionnaire est estimée à 30 minutes.

I. IDENTITE

Nom :

Prénom :

Adresse mail :

II. UTILISATION DU SUPPORT ECRIT

2.1. Avez-vous utilisé le support ?

- Oui
- Non

III. PATIENTS

Rappel des critères concernant les patients :

- *âgés de 0 à 6 ans*
- *porteurs d'un trouble sensoriel de l'oralité alimentaire lié à :*
 - o *Un développement normal*
 - o *Une origine organique*
 - o *Une origine post-traumatique*

3.1. Sur la période d'expérimentation, combien de patients, répondant aux critères (ci-dessus), avez-vous suivis au total ?

3.2. Avec combien d'entre eux avez-vous utilisé les fiches (au minimum utilisation d'une fiche) ?

IV. PRATIQUE PROFESSIONNELLE PATIENTS

4.1. Séances : En moyenne, en utilisant les fiches, combien de temps avez-vous consacré à la préparation des séances de thérapie indirecte en dysoralité ?

- De 0 min à 30 min
- De 30 min à 1h
- De 1h à 1h30
- De 1h30 à 2h

4.2. Auto-efficacité professionnelle :

Dans la prise en soins indirecte des dysoralités, pour transmettre différentes informations aux parents à l'aide des fiches Oralité , diriez-vous :	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je parviens toujours à résoudre les problèmes difficiles.				
Si quelqu'un (parents, entourage de l'enfant) a des difficultés pour comprendre mes explications, je peux trouver un moyen pour améliorer la situation.				
Il est facile pour moi de maintenir les objectifs de la séance.				
J'ai confiance en moi pour faire face efficacement aux questions inattendues des parents et autres aléas.				
Grâce à mes compétences, je peux gérer les situations inattendues lors d'une séance.				
Je peux résoudre la plupart des difficultés d'explication.				
Je reste calme face à des difficultés de transmission des informations, car je suis capable de les surmonter.				
Lorsque je suis confronté(e) à des problèmes d'explication des informations, je peux trouver plusieurs idées pour les résoudre.				
Face à une difficulté en séance avec les parents, je sais toujours quoi faire.				
Quoiqu'il arrive en séance avec les parents, je sais généralement faire face.				

V. EVALUATION GLOBALE DU SUPPORT ECRIT

5.1. L'utilisation du support était-elle simple ?

- Oui
- Non

5.2. L'utilisation du support était-elle agréable ?

- Oui
- Non

5.3. La version numérisée du support vous a-t-elle convenue ?

- Oui
- Non

Sinon, pourquoi ?

5.4. Le support est-il cohérent avec la pratique clinique, dans le cadre des thérapies indirectes en dysoralité ?

- Oui
- Non

5.5. Le support a-t-il constitué un apport favorable pour la prise en soins ?

- Oui
- Non

VI. EVALUATION DU MANUEL

6.1. Avez-vous utilisé le manuel ?

- Oui
- Non

6.2. Si oui, le manuel d'utilisation vous a-t-il été utile dans l'appropriation des fiches ?

- Oui
- Non

6.3. Le manuel d'utilisation était-il clair ?

- Oui
- Non

6.4. Le manuel était-il suffisant ?

- Oui
- Non

6.5. Auriez-vous préféré que nous venions vous présenter le support écrit, nous-mêmes ?

- Oui
- Non

VII. EVALUATION DES FICHES

7.1. La prise en main des fiches était-elle simple ?

- Oui
- Non

7.2. La forme des fiches vous paraît-elle adaptée ?

- Alimentation : oui non
- Comptines : oui non
- Fiches libres : oui non
- Informations : oui non
- Intercalaires : oui non
- Praxies : oui non
- Protocoles : oui non
- Sensorialité : oui non
- Page de garde : oui non

Commentaires

7.3. L'organisation des fiches en catégories était-elle pertinente ?

- Oui
- Non

7.4. Les informations théoriques contenues dans les fiches étaient-elles :

- Précises : oui non
- Suffisantes : oui non
- Accessibles : oui non

7.5. La forme (couleurs, images, police, agencement) des fiches vous a-t-elle paru agréable ?

- Alimentation : oui non
- Comptines : oui non
- Fiches libres : oui non
- Informations : oui non
- Intercalaires : oui non
- Praxies : oui non
- Protocoles : oui non
- Sensorialité : oui non
- Page de garde : oui non

VIII. UTILISATION DU SUPPORT ECRIT AVEC LES PARENTS

8.1. Les parents étaient-ils (cochez une case) :

- très satisfaits des fiches
- satisfaits des fiches
- moyennement satisfaits des fiches
- peu satisfaits des fiches
- pas satisfaits du tout des fiches

8.2. Les fiches vous ont-elles aidé à transmettre des informations aux parents ?

- Oui
- Non

Si oui, avez-vous un exemple concret illustrant cette situation :

8.3. Les fiches étaient-elles appropriées aux questionnements des parents ?

- Oui
- Non

Si oui, avez-vous un exemple concret illustrant cette situation :

IX. SUGGESTIONS

9.1. Avez-vous des suggestions pour améliorer le support, dans sa globalité ?

9.2. Y a-t-il eu des manques ou des éléments à ajouter dans le manuel ?

9.3. Y a-t-il eu des manques ou des éléments à ajouter dans les fiches ?

9.4. Autres commentaires :

Annexe IV : Extrait du support élaboré « Les fiches Oralité »

Contacts :

BRICOUT Fanny : fanny.bricout34@gmail.com

TERRIEN Constance : constance.terrien@sfr.fr

Sommaire

Manuel d'utilisation

Les fiches oralité

Informations

La nutrition artificielle : quelques informations pratiques

La stratégie OAE

La succion

L'oralité

Le syndrome de dysoralité sensorielle

Le reflux gastro-œsophagien

Schéma : La déglutition

Schéma : La digestion : comment ça se passe ?

Schéma : La langue

Schéma : La sphère oro-faciale

Protocoles

Mon bébé est né un peu trop tôt : il ne sait pas téter

Protocole de désensibilisation

Schéma de désensibilisation de la bouche

Mon bébé a une succion faible : comment l'aider à téter ?

Mon bébé est alimenté artificiellement : comment le préparer et l'encourager à téter ?

Alimentation

Alimentation : quelle durée ?

Alimentation : quelle quantité ?

Alimentation : quelle température ?

Dédramatiser le repas

L'environnement pendant le repas

L'installation au repas

Introduction d'un nouvel aliment

Qu'est-ce que manger ?

Le repas : dans quel ordre ?

Evolution des textures chez l'enfant de 0 à 2 ans

Les textures à éviter

Praxies

- La mastication
- Les praxies bucco-linguo-faciales : qu'est-ce que c'est ?
- Les praxies : la langue
- Les praxies : le voile du palais et le souffle buccal
- Les praxies : les joues
- Les praxies : les lèvres

Sensorialité

- Les massages
- Sensorialité : la sollicitation des sens
- Sensorialité : pistes pour solliciter les sens : la vue
- Sensorialité : pistes pour solliciter les sens : le goût
- Sensorialité : pistes pour solliciter les sens : le tact
- Sensorialité : pistes pour solliciter les sens : l'odorat
- Sensorialité : pistes pour solliciter les sens : l'ouïe

Comptines

- Comptine aliments
- Comptines pour le corps
- Comptines pour le visage et la bouche
- Comptines pour les mains
- Ma comptine

Fiches libres

- Fiche de liaison
- Les aliments : j'aime pas
- Les aliments : j'aime
- Les repas
- Ma journée
- Mes idées
- Mes questions
- Objectifs pour la prochaine séance
- Que s'est-il passé depuis la dernière fois ?

Références

Schéma : La sphère oro-faciale

La sphère oro-faciale regroupe de nombreux éléments du visage.

On retrouve : le nez et les fosses nasales, la bouche et sa structure (dents, gencives, langue, palais...), le pharynx (conduit à 3 étages, allant des fosses nasales à l'entrée de l'œsophage) et le larynx (avec ses cordes vocales nous permettant de parler).

Cette sphère oro-faciale **se développe très tôt** : dès la 3^e semaine de grossesse. Les structures du visage sont toutes présentes à la fin du 2^e mois de grossesse.

Tous les éléments de cette sphère sont importants. Ils fonctionnent ensembles dans les fonctions suivantes :

- La communication verbale : phonation et articulation
- La communication non verbale : mimiques, expressions du visage
- La respiration
- La déglutition
- La mastication

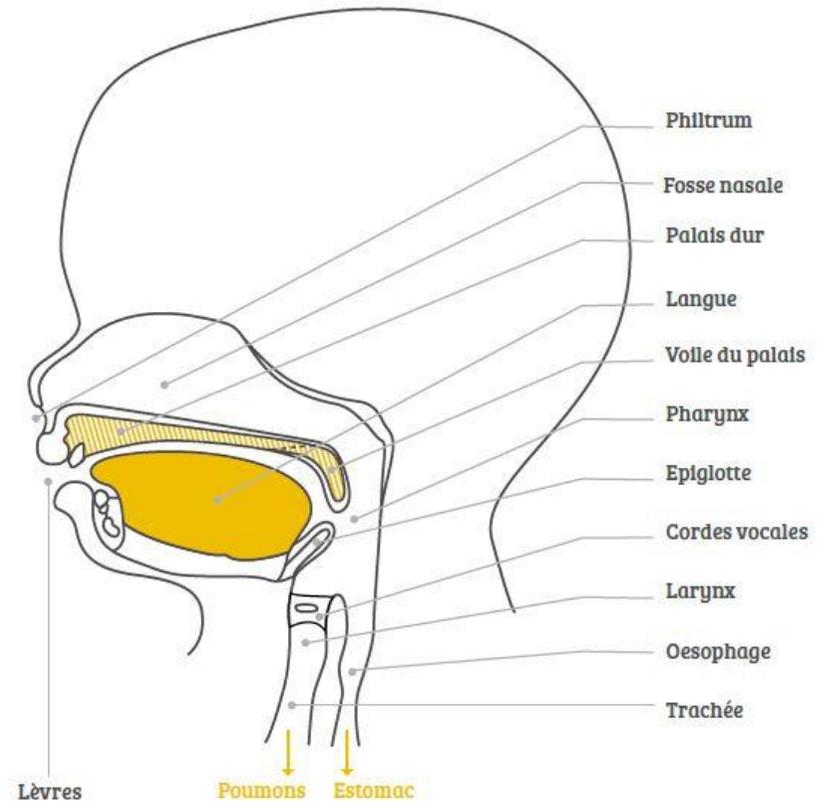


Schéma de la sphère oro-faciale :

Don, J. et Gasquière J. (2013). *Les difficultés à s'alimenter : chez l'enfant de 0 à 3 ans présentant un syndrome génétique.*

**Mon bébé a une succion faible :
comment l'aider à téter ?**

En pratique

Objectifs :

- Solliciter et renforcer la succion en dehors des prises alimentaires.
- Aider à la succion pendant la prise du biberon



Image de Microsoft Clipart (2010)

Solliciter et renforcer la succion en dehors des prises alimentaires :

- 1) Massez la bouche du bébé pour renforcer les muscles nécessaires à la succion.
- 2) Trempez le doigt dans le lait ou la solution glucosée.
- 3) Mettez votre doigt dans sa bouche.
- 4) Exercez une pression ferme sur la langue. Vous pouvez aussi faire des mouvements de va-et-vient avec le doigt.
- 5) Faites pivoter le doigt (intérieur vers le palais) tout en continuant les mouvements de va-et-vient.
- 6) Dès que votre bébé enclenche un mouvement avec sa langue, suivez-le et ne bougez plus votre doigt.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Répartition du mode d'exercice pour l'échantillon	29
Figure 2 : Répartition des formations en oralité	30
Figure 3 : Répartition des formations en accompagnement familial.....	30
Figure 4 : Evolution des participants de la catégorie [0-30] en pré-test.....	37
Figure 5 : Evolution du participant de la catégorie [30-60] en pré-test.....	38
Figure 6 : Evolution des participants de la catégorie [60-90] en pré-test.....	39
Figure 7 : Evaluation globale du support.....	41
Figure 8 : Evaluation du manuel.....	42
Figure 9 : Evaluation des fiches	43
Figure 10 : La forme des fiches était-elle agréable ?.....	44
Figure 11 : La forme des fiches était-elle adaptée ?	45
Figure 12 : Satisfaction des parents	46
Figure 13 : Utilisation du support avec les parents.....	46
Tableau 1: Récapitulatif des étapes d'élaboration du support	31
Tableau 2: Données recueillies pour chaque catégorie du questionnaire pré-test et leur objectif	33
Tableau 3: Données recueillies pour chaque catégorie du questionnaire post-test et leur objectif....	34
Tableau 4: Présentation des proportions des réponses des participants à l'échelle d'auto-efficacité professionnelle, en pré et post-test	40

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES.....	2
1 Université Claude Bernard Lyon1.....	2
1.1 Secteur Santé :.....	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :.....	2
2 Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE	3
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION.....	9
PARTIE THEORIQUE	10
I L'oralité alimentaire.....	11
1 De l'oralité fœtale à l'oralité secondaire.....	11
1.1 L'oralité débutante : de l'embryon au fœtus	11
1.2 L'oralité primaire du nouveau-né.....	12
1.3 Vers l'autonomie : l'oralité secondaire.	12
2 Les aspects sensoriels et moteurs de l'alimentation chez l'enfant.....	13
2.1 Les expériences sensori-motrices du fœtus au nouveau-né.....	13
2.2 La diversification alimentaire	14
3 Les dimensions interactionnelles et psycho-affectives liées à l'oralité alimentaire	15
3.1 La construction du Moi.....	15
3.2 Les aspects sociaux et relationnels.....	15
3.3 Les aspects interactionnels.....	16
II Les troubles de l'oralité alimentaire.....	16
1 Etiologies des troubles de l'oralité alimentaire.....	16
1.1 Définitions et terminologie	16
1.2 Prévalence des troubles de l'oralité alimentaire	17
1.3 Etiologies des troubles de l'oralité alimentaire.....	17
1.4 Manifestations des troubles de l'oralité alimentaire	17
2 Le rôle de l'intégration sensorielle dans les troubles de l'oralité	18
2.1 Apports théoriques.....	18
2.2 Impact des troubles de l'intégration sensorielle sur l'oralité alimentaire	18
3 Evaluation et soins des troubles de l'oralité alimentaire	19
3.1 Evaluation des troubles de l'oralité alimentaire	19

3.2	Aspects généraux des soins des troubles de l'oralité alimentaire	20
3.3	Aspects orthophoniques des soins des troubles de l'oralité alimentaire	20
III	Thérapie indirecte et troubles de l'oralité alimentaire.....	21
1	La thérapie indirecte	21
1.1	Bases théoriques	21
1.2	Définitions et grands principes.....	21
1.3	Différents types d'accompagnement	22
2	La thérapie indirecte dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire	23
2.1	Le ressenti des parents.....	23
2.2	Prise en soins indirecte des troubles de l'oralité alimentaire	23
2.3	Matériel pour les prises en soins des troubles de l'oralité alimentaire	24
IV	Critères d'évaluation d'un support	25
	PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	26
I	Problématique de recherche	27
1	Introduction à la problématique	27
2	Problématique.....	27
II	Hypothèses.....	27
1	Hypothèse générale	27
2	Hypothèses opérationnelles.....	27
2.1	Hypothèse 1.....	27
2.2	Hypothèse 2.....	27
2.3	Hypothèse 3.....	27
	PARTIE EXPERIMENTATION.....	28
I	Population.....	29
1	Echantillon.....	29
2	Recrutement de l'échantillon	30
II	Matériel.....	30
1	Elaboration et format du support	30
2	Questionnaire pré-test	32
3	Questionnaire post-test	33
4	Diffusion des questionnaires.....	35
III	Procédure.....	35
1	Pré-test	35
2	Test	35

3	Post-test	35
PRESENTATION DES RESULTATS.....		36
I	Résultats relatifs au temps de préparation des séances.....	37
1	Catégorie [0-30] en pré-test.....	37
2	Catégorie [30-60] en pré-test.....	38
3	Catégorie [60-90] en pré-test.....	38
II	Résultats relatifs au sentiment d'auto-efficacité professionnelle	39
III	Résultats relatifs à l'évaluation qualitative du support	40
1	Utilisation du support.....	40
2	Evaluation globale du support.....	41
3	Evaluation du manuel.....	42
4	Evaluation des fiches	42
5	Utilisation du support avec les parents.....	46
IV	Interprétation des résultats.....	47
DISCUSSION DES RESULTATS.....		48
I	Analyse de l'impact du support sur la pratique	49
1	Réflexion autour du temps de préparation des séances.....	49
2	Réflexion autour du sentiment d'auto-efficacité professionnelle	50
3	Réflexion autour de l'évaluation qualitative.....	51
4	Dichotomie entre les résultats quantitatifs et qualitatifs	51
II	Limites méthodologiques et limites du support élaboré	52
1	Limites méthodologiques	52
1.1	La population.....	52
1.2	La méthodologie des questionnaires	52
2	Limites liées au support élaboré	53
2.1	L'utilisation	53
2.2	L'évaluation	54
III	Pistes de réflexion.....	54
1	Une nouvelle évaluation du support auprès des orthophonistes.....	54
2	L'évaluation du support auprès des aidants	55
3	De futurs apports pour le support.....	56
IV	Apports du travail de recherche.....	56
CONCLUSION.....		58
REFERENCES.....		59

ANNEXES.....	64
Annexe I : Courriel d’envoi du questionnaire.....	65
Annexe II : Questionnaire 1 pré-test.....	67
Annexe III : Questionnaire 2 post-test	73
Annexe IV : Extrait du support élaboré « Les fiches Oralité »	78
Schéma : La sphère oro-faciale	80
Mon bébé a une succion faible : comment l’aider à téter ?	81
TABLE DES MATIERES	83

BRICOUT Fanny
TERRIEN Constance

TITRE DU MEMOIRE

Troubles de l'oralité alimentaire chez le jeune enfant : Elaboration et évaluation d'un support de thérapie indirecte en orthophonie

86 Pages

Mémoire d'orthophonie – **UCBL- ISTR** – Lyon 2015

RESUME

La prise en soins des troubles de l'oralité alimentaire se développe dans la pratique clinique orthophonique. Les auteurs mettent en évidence deux axes principaux dans ces parcours de soins spécifiques : la thérapie directe effectuée auprès de l'enfant et la thérapie indirecte menée avec les parents. En effet, l'accompagnement des parents est primordial car ceux-ci se retrouvent parfois démunis face aux difficultés de l'enfant. De plus, ils sont les premiers acteurs du développement de leur enfant et sont présents au quotidien. Barbier (2014) met en évidence l'importance de supports écrits dans la transmission d'informations aux parents et c'est dans ce contexte que notre projet s'est orienté vers l'élaboration d'un support écrit destiné à la thérapie indirecte dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant. Ainsi, à travers une pré-expérimentation, nous avons soumis des propositions, à un échantillon de 15 orthophonistes, sur le contenu et la forme du futur support afin d'élaborer des fiches numérisées. Suite à une évaluation de la pratique professionnelle avant utilisation, les fiches ont été fournies aux orthophonistes participant afin qu'ils les transmettent aux parents lors des séances. Nous nous sommes alors demandé dans quelle mesure ce support était adapté à la pratique orthophonique et s'il permettait une modification de la charge de travail dans la préparation des séances de thérapies indirectes dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire. Nous avons donc analysé l'évolution du temps de préparation des séances et celle du sentiment d'auto-efficacité professionnelle. Nous avons également procédé à une analyse qualitative. L'analyse des résultats quantitatifs n'a pas montré de diminution significative du temps de préparation des séances mais une augmentation partielle du sentiment d'auto-efficacité professionnelle. Cependant, les résultats qualitatifs ont montré que le support avait été perçu positivement par les participants. Ainsi, des recherches complémentaires s'inscrivant dans le domaine des sciences sociales ou s'intéressant aux parents pourraient compléter ce premier travail de recherche.

MOTS-CLES

Troubles de l'oralité alimentaire - accompagnement parental - intervention précoce - support écrit de thérapie indirecte - évaluation de la pratique - charge de travail - sentiment d'auto-efficacité professionnelle

MEMBRES DU JURY

BO Agnès, DEMEILLERS Anne, GUILLON Fanny

DIRECTEURS DE MEMOIRE

CAO NONG Trang, RENARD Mélissa

DATE DE SOUTENANCE

25 Juin 2015