

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

GELAS Fanny
MONIER-GUILLAUMIN Hélène

**CREATION D'UN OUTIL DE DEPISTAGE DES TROUBLES
DE L'ORALITE ALIMENTAIRE**

Grille parentale exploratrice pour des enfants âgés de 24 à 36 mois

Directeur de Mémoire

Thérond Béatrice

Membres du Jury

Canault Mélanie
Guillon-Invernizzi Fanny
Pozard Prescillia

Date de Soutenance
30 Juin 2016

I Université Claude Bernard Lyon 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

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 d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

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

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Institut des Sciences et Techniques de
la Réadaptation
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Pr. ETIENNE Jérôme

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**

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education
Directeur **M. MOUGNIOTTE Alain**

U.F.R. de Sciences et Techniques
des Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

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

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (ESCPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

II Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur de la formation

Agnès BO

Professeur Associé

Responsable des mémoires de 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

Responsable de la formation continue

Maud FERROUILLET-DURAND

Secrétariat de direction et de scolarité

Bertille GOYARD

Ines GOUDJIL

Delphine MONTAZEL

REMERCIEMENTS

Nous remercions très sincèrement toutes les personnes qui nous ont soutenues et aidées tout au long de ce projet.

Nous tenons à remercier tout particulièrement :

Notre directrice de mémoire, Béatrice Thérond, orthophoniste et intervenante dans notre formation à l'université Claude Bernard Lyon 1, pour le temps qu'elle nous a consacré et les conseils qu'elle nous a dispensés.

Les enfants ainsi que leurs parents. Nous avons pris énormément de plaisir à les rencontrer et à échanger avec eux. Merci aux parents pour leur très grande disponibilité, leur intérêt, leur gentillesse et leur accueil, toujours chaleureux.

La crèche municipale « Les p'tits Mariniers » située à Saint-Just-Saint-Rambert, dans la Loire. Nous avons toujours été très bien reçues par la directrice qui a su mettre à disposition sa curiosité pour notre projet et qui a su nous faire confiance. Merci aux autres professionnels de la structure pour avoir participé à la diffusion de notre outil auprès des parents.

Anne Demeillers, orthophoniste, qui nous a encouragées et aiguillées dans la naissance de notre projet. Lucie Beauvais, docteur en psychologie cognitive pour son apport méthodologique. Anne-Laure Charlois, statisticienne, pour sa disponibilité et sa réactivité dans le traitement de nos données. Enfin, Agnès Witko, responsable des mémoires de recherche de notre formation, pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

Fanny et Hélène

Je tiens à remercier mes parents pour leur soutien incommensurable, malgré la distance. Vous avez toujours respecté mes choix et vous étiez présents à chacun de mes pas dans la réalisation de mes rêves. Mes sœurs ont également fait partie de ce long voyage et elles m'ont apporté plus qu'elles ne l'imaginent. Un immense merci à mes grands-parents pour m'avoir supportée et accompagnée durant ces années estudiantines qui ne furent pas de tout repos !

Merci à mes amis, pour tous ces moments, ces années passées à vos côtés. Un merci particulier à Coralie, pour avoir pris le temps de relire notre mémoire et pour avoir toujours su trouver les mots pour me remobiliser durant ces grandes périodes de doute.

Une pensée particulière pour mes rencontres FNEO'iennes et plus spécialement pour Sarah, ma conseillère, ma béquille orthophonique.

Je remercie évidemment Hélène, ma binôme. Grâce à toi j'ai toujours essayé de viser la lune et tu as su faire grandir ma réflexion et me permettre d'évoluer dans ma projection orthophonique. Un merci tout spécial à ta famille, tes enfants et ton mari pour leur compréhension et leur soutien.

Enfin, je remercie toutes les personnes que j'ai pu croiser et qui m'ont permis de devenir celle que je suis aujourd'hui et la future orthophoniste que je serai demain.

Fanny

Je remercie tout particulièrement mon mari sans qui je ne serais pas arrivée au bout de ce long et merveilleux parcours. Sa compréhension, son soutien et sa patience sans limite m'ont donné la force de surmonter les moments les plus durs. Je remercie également mes deux petites puces, Loïse et Mathilde, mes petits anges dont le sourire et les yeux pétillants m'ont donné des ailes ! Merci aussi à ma maman pour ses encouragements, son écoute bienveillante, et son aide quotidienne. Une pensée particulière pour mon papa avec qui j'aurais aimé partager ma joie d'avoir enfin trouvé ma voie.

Merci également à mes amies de promo et mes amis de longue date pour avoir supporté mes petits moments de désespérance et m'avoir redonné à chaque fois le goût et l'envie de me dépasser. Un merci tout particulier à Emilie et Elodie pour l'intérêt qu'elles ont porté à notre projet.

Enfin, un grand merci à toi, Fanny, chère binôme. Ta joie de vivre, ta bonne humeur et ton dynamisme m'ont porté tout au long de ce projet ! Nos échanges réguliers furent très agréables et ont contribué à enrichir mon regard sur la manière d'envisager notre future et belle profession ! Alors, je te souhaite une très bonne route faite de belles rencontres professionnelles et humaines.

Hélène

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES.....	2
I Université Claude Bernard Lyon 1	2
II Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation.....	3
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION.....	10
PARTIE THEORIQUE.....	12
I Le développement de l'oralité alimentaire	13
1 L'oralité : définition	13
2 Le développement conjoint des deux oralités.....	13
3 Oralité alimentaire et expériences sensorielles	17
4 L'oralité alimentaire : des enjeux psycho-affectifs et interactionnels.....	19
II Le trouble de l'oralité alimentaire et ses conséquences	20
1 Le trouble de l'oralité alimentaire	20
2 Trouble de l'intégration neurosensorielle et oralité alimentaire.....	22
3 L'altération des autres sphères du développement de l'enfant	25
III La prévention en orthophonie	28
1 Orthophonie et prévention	28
2 Le dépistage	28
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	31
I Problématique	32
II Hypothèses.....	33
1 Hypothèse générale.....	33
2 Hypothèses opérationnelles	33
III Illustration des hypothèses.....	34
PARTIE EXPERIMENTATION	35
I Population	36
1 Critères d'inclusion et d'exclusion	36
2 Méthode de recrutement	36
3 Présentation de la population expérimentale	37
II Construction de l'outil de dépistage.....	37
1 Choix d'une grille parentale	37
2 Description de l'outil	38
3 Cadre théorique associé.....	39
III Le recueil des données	40

1	Chronologie de notre expérimentation	40
2	La nature des données recueillies.....	41
3	Principes de cotation	41
4	Conclusion permise par la grille	42
IV	Validation de la grille de dépistage	42
1	Le bilan d'oralité alimentaire	42
2	La passation du bilan	45
3	Conclusions permises par le bilan.....	46
	PRESENTATION DES RESULTATS	47
I	Analyse quantitative des résultats	48
1	L'efficacité d'un outil de dépistage : valeurs intrinsèques du test	48
2	Efficacité de notre grille parentale comme outil de dépistage	49
II	Analyse qualitative : corrélation entre les données du dépistage et les données du bilan.....	54
1	Les données de notre grille parentale comme outil de dépistage	54
2	Les données du bilan comme objet de validation de notre outil de dépistage.....	54
3	Croisement des résultats : la grille parentale comme outil de dépistage vs le bilan orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire	55
III	Synthèse des résultats	56
1	Caractéristiques de la grille parentale définie comme outil de dépistage.....	56
2	Arborescence des résultats en croisant les données de la grille parentale et du bilan orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire	57
	DISCUSSION DES RESULTATS	58
I	Vérification des hypothèses	59
1	Hypothèses opérationnelles	59
2	Hypothèse générale.....	60
II	Interprétation et discussion des résultats	61
1	La prévalence	61
2	Les valeurs intrinsèques de la grille parentale de dépistage	61
3	Les valeurs extrinsèques : les valeurs prédictives positives et négatives (VPP/VPN).....	63
4	Significativité des items composant la grille parentale	64
III	Critiques et limites de notre recherche	65
1	Population	65
2	Matériel et procédure.....	65
IV	Apports personnels et professionnels de notre étude	68
V	Intérêts cliniques et participation à la recherche en orthophonie	69
VI	Perspectives de recherche	70
	CONCLUSION.....	72

REFERENCES.....	74
ANNEXES.....	81
Annexe I : Le développement conjoint des deux oralités, en lien avec le développement neurologique, moteur et anatomique d’après Thibault (2007) ; Puech & Vergeau (2004) ; Coquet, Ferrand & Roustit (2010)	82
Annexe II : Les différentes étapes pour manger, de la vue au goût : approche SOS (Sequential Oral Sensory)	84
Annexe III : Classification des troubles de l’oralité alimentaire d’après I. Chatoor (2009) ..	85
Annexe IV : La grille parentale comme outil de dépistage.....	86
Annexe V : La grille de cotation pour les orthophonistes	89
Annexe VI : Cadre théorique associé à la grille parentale.....	90
Annexe VII : Confrontation des items de la grille parentale de dépistage et du bilan orthophonique d’oralité alimentaire	93
Annexe VIII : Fiche de recueil de données concernant le bilan	102
Annexe IX : Proposition d’un ajustement possible de la grille suite aux résultats de l’étude de recherche	107
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	108
TABLE DES MATIERES	109

SUMMARY

The oro-facial sphere groups all the vital and structural functions of the individual: respiration, food and swallowing. The eating orality takes an active part to the child's development. If this one is disturbed, the consequences are so many various. The literature proved the necessity of an early treatment concerning the feeding disorder. However, only 1 in 2 % of the feeding disorders are diagnosed at the child's. Nowadays, any French study allowing noticing more rapidly this pathology was led. From Quebec, English and German studies proved the validity of scales to diagnose easier the feeding disorder. Then we created a tool of screening of the feeding disorders. This screening enables the premature orientation of the children presenting a feeding disorder towards a speech therapist. Our tool is a parental questionnaire, which allows including the family in the procedure. Indeed, within the framework of a feeding disorder, it is the entire family sphere, which is affected. So, we distributed the parental questionnaire to 15 parents of ordinaries children. These 15 children benefited from an assessment of the eating orality. For our cross-section, the parental questionnaire reveals a 100 % sensibility and 83 % specificity, being understandable by the screening of 2 positive false children. Furthermore, the negative predictive value is 100 % and the positive predictive value is 60 %. These values depend on prevalence of the pathology, which stands out in 20 % in our study. The parental questionnaire consists of 30 items among which 4 stand out significantly. It could be interesting to investigate more profoundly these elements during the assessment of the eating orality and to identify them as alert signals. To confirm these trends, it is necessary to pursue the researches, on more important cross-sections, and to envisage the validation of the other tools to improve the precocity of the care treatment.

KEY-WORDS

Eating orality – Prevention – Screening – early treatment – parental questionnaire

INTRODUCTION

L'oralité a été étudiée dans un premier temps par les psychanalystes. Par la suite, d'autres professionnels de la santé s'en sont saisis. Aujourd'hui, les troubles de l'oralité font partie des champs de compétences des orthophonistes. L'oralité regroupe, selon Véronique Abadie (2004) « l'ensemble des fonctions orales c'est-à-dire dévolues à la bouche, à savoir l'alimentation, la ventilation, le cri, l'exploration tactile et gustative, les relations érogènes et le langage ». La bouche se situe donc au cœur de cette oralité. Au niveau anatomique, la bouche est une cavité qui communique en arrière avec le pharynx par l'isthme du gosier et en avant avec les lèvres. Elle assure les fonctions respiratoire, phonatoire et digestive. La bouche est également un lieu privilégié de sensorialité. C'est grâce à cette ouverture qu'un bon nombre d'expériences et d'apprentissages vont se faire. C'est en visualisant tous ces aspects que nous pouvons comprendre que beaucoup de dysfonctionnements sont possibles et peuvent entraîner un trouble. Les troubles de l'oralité alimentaire présentent une vaste diversité dans leur origine mais ils sont toujours source d'une grande souffrance, aussi bien pour l'enfant que pour son entourage. Les repas, habituellement temps de partage et d'interactions familiales, deviennent angoissants et source de déplaisir.

Le domaine de l'oralité alimentaire commence à être investi par les chercheurs et les cliniciens en orthophonie. Actuellement seulement 1 à 2% des troubles de l'oralité alimentaire sont diagnostiqués chez l'enfant (Nadon, 2011). Ce chiffre fait écho à certains enfants que nous avons pu rencontrer lors de nos divers stages. Par exemple, nous avons fait la connaissance d'un enfant de 10 ans suivi en orthophonie depuis 5 ans, pour un retard de parole et de langage. Au quotidien, il s'agit d'un enfant qui sélectionne la nourriture de façon très importante, préférant ce qui est mou, blanc et sucré, et rejetant des catégories entières d'aliments, tels que les légumes et les fruits. Il éprouve constamment le besoin de sentir les éléments qui l'entourent. Il mâchonne souvent ses vêtements. A table, il ne tient pas en place et préfère manger vite pour écourter le temps du repas. Conjuguée à nos lectures, notre expérience en tant que stagiaire nous a amenées à situer notre projet de recherche dans le champ de la prévention. En effet, une prise en soin précoce étant préconisée dans le cadre d'un trouble de l'oralité alimentaire, le dépistage serait un bon moyen pour réduire les délais de prise en charge.

Nous avons donc choisi de créer un outil de dépistage afin de permettre un repérage précoce de ces troubles et ainsi une prise en soin orthophonique plus rapide et plus adaptée (C. Thibault, 2007). Des études québécoises (Ramsay, Martel, Porporino & Zygmuntowicz, 2011), allemandes (Fichter, Quadflieg, Gierk, Voderholzer & Heuser, 2015) et anglaises (Dovey, Jordan, Aldridge & Martin, 2013) ayant ouvert les portes de la création de ce type d'outil, il nous a semblé intéressant de mener une recherche française. Susceptible de remettre en cause l'estime parentale et le rôle nourricier de la mère, le trouble de l'oralité alimentaire peut occasionner un bouleversement des interactions familiales. Les parents étant au centre des difficultés de leur enfant, il nous semblait donc intéressant de poser la question de la pertinence d'une grille parentale comme outil de dépistage des troubles de l'oralité alimentaire.

Nous avons choisi de cibler les enfants de 24 à 36 mois. Ces derniers se situent dans l'oralité secondaire et corticalisée. L'étape neurologique clé ayant été normalement franchie, il nous semblait plus aisé d'identifier un potentiel trouble dans cette tranche d'âge.

Alors, une grille parentale serait-elle un outil de dépistage efficace concernant l'oralité alimentaire chez les enfants âgés de 24 à 36 mois ?

Pour le vérifier, nous exposerons, tout d'abord, les données théoriques concernant l'oralité alimentaire et le dépistage. Ensuite, nous décrirons le protocole expérimental mis en place pour valider nos hypothèses. Enfin, après avoir présenté les résultats obtenus, nous apporterons une réponse à notre problématique puis nous ouvrirons de nouvelles perspectives pour la recherche et pour la clinique.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

I Le développement de l'oralité alimentaire

1 L'oralité : définition

Mot issu du latin « os, oris » signifiant « au travers de la bouche », le terme d'oralité, d'abord défini par la psychanalyse freudienne, est aujourd'hui fortement repris par le milieu médical et pédiatrique. C'est une notion autour de laquelle s'articule l'ensemble du développement de l'enfant. (Boudou, Lecoufle, 2015). L'oralité renvoie à des fonctions aussi variées que la sensori-motricité fœtale, l'adaptation à la vie extra-utérine, la fondation du lien mère-enfant, l'adaptation de l'enfant à ses besoins nutritionnels et sa construction cognitive, relationnelle et culturelle. Pour l'orthophoniste, l'oralité renvoie à l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche (Abadie, 2004). Segment initial du tube digestif et élément fondamental de la sphère bucco-faciale (Mercier, 2004), la cavité buccale est impliquée dans les fonctions fondamentales que sont l'alimentation, la ventilation, le cri, l'exploration tactile et gustative, les relations érogènes, le langage et la communication (Abadie, 2004).

Liée à des mécanismes de fonctionnement complexes, l'oralité met en jeu des structures sensorielles, motrices, neuro-intégratives, hormonales, digestives et centrales (Abadie, 2004). Ces dernières sont en constante interaction et leur intégrité garantit le bon développement des deux oralités, alimentaire et verbale.

2 Le développement conjoint des deux oralités

D'un point de vue développemental, la fonction alimentaire, présente dès l'embryogénèse, précède l'émergence de la fonction langagière. Pourtant, l'oralité alimentaire ne peut se concevoir isolément de l'oralité verbale, ces dernières se développant sur la base des mêmes supports anatomiques et neurophysiologiques (Couly, 2010, McFarland, Tremblay, 2006). La bouche peut alors être considérée comme le « carrefour anatomique du verbe et de l'aliment » (Thibault, 2004).

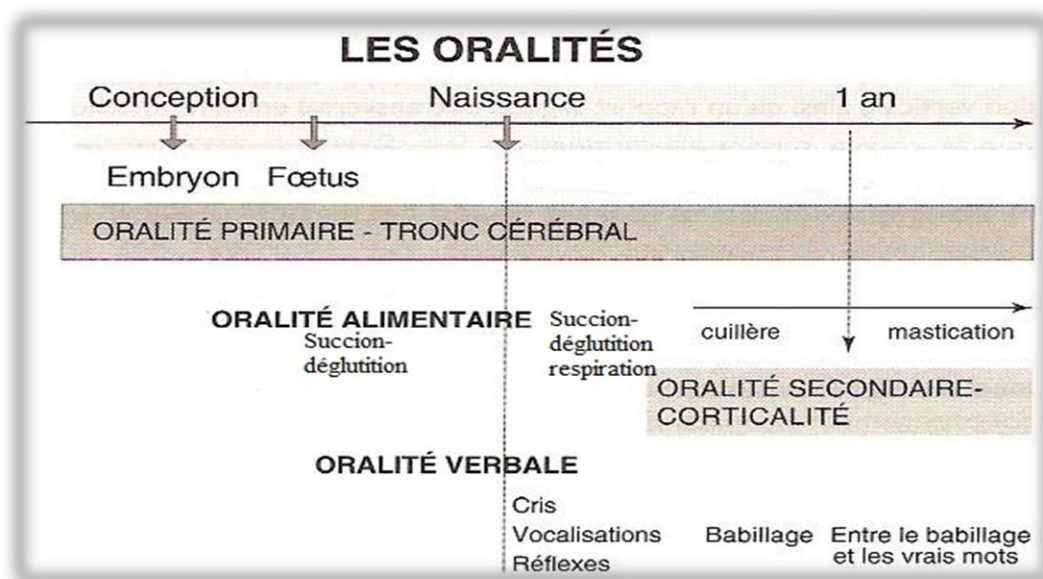


Figure 1. Les oralités alimentaire et verbale, d'après C. Thibault (2007)

2.1 L'oralité primaire

Depuis le troisième mois gestationnel jusqu'au 6^{ème} mois après la naissance, l'oralité alimentaire relève d'une activité réflexe tributaire de la bonne maturation du tronc cérébral.

2.1.1 La vie intra-utérine et l'oralité débutante

C'est autour de la sphère orale que l'embryon commence à se mouvoir : la main vient toucher les lèvres, la bouche s'ouvre et la langue sort pour toucher la main. A travers le réflexe de Hooker, rendu possible grâce à la déflexion céphalique, cette première boucle sensori-motrice signe les débuts de l'oralité primaire. Les premiers mouvements antéro-postérieurs de succion apparaissent vers la dixième semaine de vie intra-utérine, la langue prend toute sa place dans la cavité buccale. L'activité motrice permet à la langue, auparavant verticale et située dans les fosses nasales, de descendre dans la cavité buccale en position horizontale. Commandée par le tronc cérébral, cette séquence motrice entraîne la fermeture du palais secondaire. Ce n'est qu'entre les douzième et quinzième semaines que se met en place la déglutition. Dès lors, le couple succion-déglutition joue un rôle morpho-génétique fondamental, assurant une bonne croissance de la cavité buccale (Couly, 2010), contribuant à la mise en place de la fonction rénale, et préparant à la reconnaissance olfactive et gustative du lait maternel. Le fœtus déglutit le liquide amniotique, suce ses doigts ou ses orteils, entraînant ainsi le couple succion-déglutition dans un but ultime : que cet automatisme moteur soit fonctionnel de façon optimale dès la naissance. En fait, celui-ci ne le sera pas avant la 36^{ème} semaine de gestation.

A son entrée dans le milieu atmosphérique, sur la base de supports neurologiques en pleine maturation et de structures anatomiques constituées et intactes, le bébé dispose donc déjà des compétences nécessaires pour s'alimenter.

2.1.2 De la naissance à 6 mois

Orchestrés par le tronc cérébral, les réflexes oraux, au même titre que l'agrippement, la marche ou encore le cri, sont des aptitudes innées qui témoignent d'une bonne autonomie néonatale. Les afférences sensorielles, à la fois tactiles, gustatives et olfactives, déclenchent les réflexes et permettent au bébé de se nourrir. Les tétées régulières permettent la stimulation sensori-motrice des lèvres, du pré-maxillaire et de la langue. Le réflexe de succion-déglutition, impulsé par les sensations de faim, devient alors de plus en plus performant. La protrusion de langue et l'avancée des lèvres vers la source d'excitation engagent l'activité succionnelle : le bébé propulse en avant le couple mandibule-langue pour happer et enserrer fermement le mamelon ou la tétine. La fermeture hermétique des lèvres contribue alors à créer une dépression intra-buccale. La langue, en forme de gouttière et la pointe légèrement en avant, extrait le lait dans un mouvement ondulatoire péristaltique, par trois ou quatre coups de pression alternative (Senez, 2002). Au sein, les muscles bucco-faciaux sont plus sollicités qu'au biberon (Schelstraete, 2008). Lors de la déglutition réflexe, la position haute du larynx et la mise en contact du voile avec l'épiglotte assurent la protection des voies aériennes. L'oralité motrice primaire suppose donc une synchronisation parfaite entre succion, déglutition et respiration.

L'oralité primaire est aussi celle des vocalisations réflexes, caractérisées principalement par les pleurs, les cris et les sons végétatifs émis par le nouveau-né. Les oralités alimentaire et verbale semblent ainsi toutes deux liées par la nécessité vitale, le cri exprimant avant tout l'urgence de satisfaire un besoin alimentaire (Thibault, 2007). Elles sont d'ailleurs toutes

deux commandées par les mêmes zones du système nerveux central. L'apparition de la lallation dès la deuxième semaine de vie montre cependant que la sphère orale devient, au-delà d'un instrument nécessaire à la survie, un lieu de plaisirs : le plaisir de téter et d'être en lien charnel avec la mère mais aussi celui de jouer avec ses organes phonatoires. A partir du 3^{ème} mois, le bébé, en découvrant la respiration buccale ajoute des sons sur la ventilation. C'est l'apparition du babillage rudimentaire, caractérisé principalement par des émissions vocaliques et une motricité buccale très peu dissociée. Dès lors, la motricité utilisée au moment de l'alimentation sera la même que la motricité utilisée pour l'oralité verbale (Green, Moore, & Higashikawa, Steeve, 2000).

Au rythme des expériences sensori-motrices pluriquotidiennes et répétitives et au fil de la maturation neurologique, le bébé apprend à contrôler sa sphère orale. Certains réflexes primaires oraux s'inhibent progressivement. La succion initialement automatique devient volontaire à partir de 6-8 mois. Elle « se renforce et se complexifie par la mémorisation corticale » des sensations et des schémas moteurs dans les aires pariéto-frontales ascendantes (Senez, 2002). Cette maturation neurologique signe le passage d'une oralité archaïque et réflexe à une oralité secondaire et volontaire. C'est aussi le passage d'une « bouche pleine de sein » à une « bouche pleine de mots » (Rouchy, 2001).

2.2 L'oralité secondaire

2.2.1 L'oralité de mastication : corticalisation et apprentissage de nouveaux schémas moteurs

Dès 6-8 mois, et jusqu'à la deuxième année environ, l'enfant met en place une double stratégie alimentaire à la croisée de l'oralité primaire et de l'oralité secondaire, utilisant tantôt la praxie de succion, tantôt celle de mastication. Marqué par l'apparition des dents de lait, ce passage à la cuillère dépend avant tout de la maturation du cortex cérébral : c'est lorsque les noyaux gris centraux et le système cérébelleux dominent que l'enfant abandonne la succion au profit de la mastication-déglutition (D. Bleeckx, 2001).

Le bébé entre dans une période charnière : celle des dissociations et de l'ouverture corporelle vers l'extérieur. Dès 6 mois, la motricité buccale, jusque-là assujettie aux mouvements d'extension et de flexion du corps, s'émancipe progressivement de la motricité globale : un meilleur contrôle du tronc puis la dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne rend l'enfant capable de mouvements de rotation. Le pouce, en s'opposant aux autres doigts, forme la pince nécessaire à la préhension manuelle. Les afférences visuelles plus efficaces annoncent une coordination œil/main/bouche grandissante. Parallèlement à l'acquisition de la station assise, la langue se montre capable de reproduire volontairement des mouvements latéraux dont l'efficacité prédit la mise en place future d'une bonne mastication (Senez, 2002). Avec la verticalité, le cou de l'enfant s'allonge, le larynx descend et le volume de la cavité buccale s'accroît. Le temps buccal volontaire et le temps pharyngien réflexe, se dissocient. Selon M. Puech et D. Vergeau (2004), entre 6 et 12 mois, l'enfant tête les aliments présentés à la cuillère, combinant des mouvements de suckling (mouvements antéro-postérieurs de langue en rapport avec la posture de flexion du nourrisson) et de sucking (mouvements linguaux allant du haut vers le bas, en lien avec la position verticale de l'enfant). Il va ensuite progressivement parvenir à mieux contrôler le bolus alimentaire dans sa bouche, à le mobiliser latéralement, à le propulser vers le pharynx ou à le cracher. Peu à peu, par apprentissage et imitation, il abandonne le temps de

préparation buccale succionnelle pour passer directement au temps buccal proprement dit (Thibault, 2012).

Au cours de la deuxième année, les praxies masticatoires se développent (Thibault, 2012). D'après Le Révérend et al. (2014), les dents, de par leur action masticatoire, jouent un rôle primordial dans l'introduction de nouvelles textures. L'enfant aura cependant encore du mal à malaxer les fibres animales ou végétales (Senez, 2002). La propreté orale grâce à la contention labiale, ainsi que l'utilisation coordonnée des outils du repas s'acquièrent progressivement pour être pleinement fonctionnelles au cours de la troisième année. Ce n'est enfin que vers l'âge de 6-7 ans que la mastication hélicoïdale, suffisamment organisée, sera semblable à celle de l'adulte (Le Révérend et al, 2014).

Durant cette période prime donc la découverte de la nouveauté : le lait maternel n'est plus le seul apport nutritif, l'enfant expérimente des aliments inconnus aux goûts et aux textures variés. La rencontre avec des consistances différentes l'amène ainsi à affiner ses compétences gnoso-praxiques.

2.2.2 Le lien entre oralité verbale et oralité alimentaire (cf. Annexe I)

Les études actuelles tendent à montrer que le développement de l'oralité alimentaire est étroitement lié à l'émergence du langage. Les praxies propres aux deux oralités « se mettent en place en même temps, en utilisant les mêmes organes et les mêmes voies neurologiques (zones frontales et pariétales) » (Thibault, 2007). Ainsi, la langue « apprend à manger et à parler » (Couly, 2010), au fur et à mesure que les structures bucco-faciales se musclent et sont de mieux en mieux coordonnées. En se complexifiant, les mouvements bucco-faciaux permettent à la mastication d'être de plus en plus efficiente et aux phonèmes d'être de plus en plus précis. La succion soutient ainsi l'émission des phonèmes /p/, /b/, /m/ entre 2 et 3 mois, tandis que les premiers mouvements masticatoires précèdent l'articulation des phonèmes /t/, /d/, /n/ entre 8 et 10 mois (Rondal, Seron, 1999). Progressant du babillage rudimentaire au babillage canonique puis mixte, l'enfant produira finalement ses premiers mots. La marche est alors acquise et l'alimentation composée de textures solides. D'autres études ont démontré le lien étroit entre le développement anatomique, moteur et comportemental des muscles oro-faciaux et de la mandibule avec l'évolution des textures alimentaires. (Le Révérend et al, 2014). En adaptant son contrôle mandibulaire aux textures alimentaires, l'enfant affine sa compétence motrice au niveau de sa sphère bucco-faciale. (Wilson, Green, 2009). Selon Flikkert (cité par Senez, 2002), les enfants mettent plus de deux ans pour maîtriser l'ensemble du répertoire consonantique et vocalique. Il est alors probable que « la mastication d'un enfant de 2 ans s'exprimant parfaitement sans déformer les mots soit plus efficace que celle d'un autre enfant du même âge mais escamotant la plupart des mots qu'il prononce » (Senez, 2002). Au-delà des simples praxies, la préparation et le moment du repas stimulent l'élaboration du lexique. Nombre de premiers mots appartiennent au champ lexical de l'alimentation. Du mot-phrase aux premières phrases, l'enfant « appelle les choses et émet des sons proches sémiotiquement des aliments à ingérer : /lɛ /, /pɛ/ » (Thibault, 2007).

Le développement des oralités alimentaires et verbales est marqué par l'acquisition de schèmes moteurs qui se précisent et s'affinent au fil de la maturation neurologique. Ce processus se construit en réponse aux stimulations sensorielles données par la bouche et le corps tout entier.

3 Oralité alimentaire et expériences sensorielles

L'acte de s'alimenter constitue une expérience sensorielle multimodale, impliquant la quasi-totalité des sens. Ces derniers jouent un rôle fondamental dans l'acquisition des capacités sensorielles et motrices nécessaires au bon développement de l'oralité alimentaire (Leblanc et Ruffier-Bourdet, 2009).

3.1 De la vie intra-utérine à la naissance : les premières expériences sensorielles

Les différents systèmes sensoriels se développent successivement dès la phase embryonnaire : le toucher, l'odorat, le goût, puis l'audition et enfin la vue (Golse et Guinot, 2004). Ces sens entrent en interaction grâce à des liaisons intermodales qui permettent au fœtus de percevoir son environnement et d'en élaborer ses premières représentations (Boudou et Lecoufle, 2015). Le bébé vit donc ses premières expériences sensorielles au cours de la vie intra-utérine (Leblanc et Ruffier-Bourdet, 2009). Les récepteurs cutanés, présents dès la 4ème semaine de gestation, permettent à la région péri-orale (Granier-Deferre et Schaal, 2005) ainsi qu'au corps tout entier d'expérimenter des sensations diverses de chaleur, de contact, de pression. Le fœtus déglutit de plus ou moins grandes quantités de liquide amniotique. Grâce à la mise en relation des systèmes olfacto-gustatifs, sous l'influence des aliments ingérés par la maman pendant sa grossesse, il découvre et mémorise des odeurs et des goûts variés (Mennella et al., 1995). Certaines études montrent ainsi la capacité des nouveaux-nés prématurés à reconnaître différentes saveurs (Granier-Deferre, Schaal et Decasper, 2004).

A la naissance, une continuité sensorielle s'opère (Boudou et Lecoufle, 2015). C. Senez (2002) parle de « cordon sensoriel » pour définir le lien existant entre l'enfant et sa mère lors du passage de la vie fœtale à la vie extra-utérine. En situation d'alimentation, le bébé s'appuie sur les capacités de discrimination sensorielle acquises durant la vie intra-utérine. Dans ses premiers jours de vie, il retrouve la voix de sa mère ainsi que ses caresses. Il retrouve dans le colostrum les propriétés du liquide amniotique en termes de consistance, de goût, d'odeur et de température. Les expériences olfactives anténales impactent les préférences alimentaires du bébé (Schaal, Marlier, Soussignan, 2000).

Hepper et al. (2003) montrent les effets persistants de l'alimentation in utero au-delà de l'oralité primaire. Les aliments ingérés par la mère continuent d'influencer la sensibilité olfactive et gustative de l'enfant. Par exemple, l'enfant manifestera une préférence pour un gratin à l'ail par rapport à un gratin sans ail si sa maman en a mangé pendant sa grossesse.

3.2 Oralité secondaire et sensorialité

Au moment de la diversification alimentaire, de nouvelles expériences sensorielles surviennent. L'enfant s'intéresse à l'aspect des aliments qu'il va mettre en bouche. Il découvre progressivement de nouvelles textures. Du liquide, il passe au semi-liquide, puis au mixé et enfin aux morceaux. Ces derniers peuvent être mâchés et avalés aux environs de 12 mois (Arvedson, 2008). Il goûte les aliments chauds, froids, tièdes. Les praxies masticatoires s'affinent en s'adaptant aux sensations intra-buccales (Le Révérend, 2014).

L'envie de manger débute avec le plaisir des yeux, les récepteurs de la rétine activant la zone temporelle (Gordon-Pomarès, 2004). S'ensuit le plaisir olfactif. Les récepteurs du nez activés envoient des messages nerveux au cerveau pour préparer la phase orale de la

déglutition (Boudou et Lecoufle, 2015). Vient ensuite le plaisir tactile. L'enfant aura parfois besoin de manipuler l'aliment avec les mains avant de le toucher avec la bouche puis la langue. C'est une fois toutes ces étapes sensorielles franchies que l'enfant osera l'expérience du goût (cf. Annexe II). Associée à l'odorat, la stimulation gustative permet de découvrir la flaveur de l'aliment (Thibault, 2007). Le contrôle cortical déclenche ensuite le réflexe de déglutition.

La langue est l'organe tactile du goût. Grâce à l'ensemble de ses papilles gustatives, elle perçoit les quatre saveurs : sucré, salé, acide, amer. Elle opère ainsi une sélection gustative des aliments en permettant l'acceptation ou le refus de ces derniers. Une sélectivité alimentaire normale semble correspondre à chaque âge de développement : le bébé a une attirance innée pour le sucré et rejette l'amer et l'acide (Bellisle, 2012). Sélectivité et néophobie font donc partie intégrante du développement alimentaire normale. Entre 2 et 10 ans, 77% des enfants refusent de goûter aux aliments nouveaux (Rigal, 2004). Rare entre 1 an et demi et 2 ans, la néophobie s'accroît entre 2 et 10 ans, sans que cela constitue une conduite pathologique (Bellisle, 2012). Pour N. Rigal, la néophobie traduit alors la recherche de sécurité dans le domaine alimentaire, ainsi qu'une certaine rigidité perceptive. Cette dernière peut cependant céder avec l'éducation sensorielle et la familiarisation.

3.3 L'intégration sensorielle au cœur de l'oralité alimentaire

L'enfant affirme ses préférences alimentaires par effet d'apprentissage (Delaunay-El Allam et al, 2006). En effet, la maturation du système gustatif se fait au rythme des expériences sensorielles variées, répétées et pluriquotidiennes. Gordon-Pomarès (2004) insiste sur le rôle de la mémoire gustative. En fonction des stimuli encodés comme plaisants ou aversifs, les messages sensoriels captés par la rétine, le nez et la peau, indiquent le plaisir ou le déplaisir alimentaire. L'intégration sensorielle joue donc un rôle essentiel dans le développement de l'oralité alimentaire.

L'intégration sensorielle définit le processus neurologique qui permet d'organiser l'information sensorielle pour planifier nos mouvements, organiser notre comportement et répondre de façon adéquate aux sollicitations de l'environnement. Les stimuli, analysés en termes de modalité, d'intensité et de durée, sont traités par le système nerveux central (Ayres, 2005). Dès la vie intra-utérine, les entrées sensorielles multiples permettent au bébé de se structurer, de créer des liens multimodaux, notamment sur le plan sensori-moteur (Boudou et Lecoufle, 2015). Bullinger (2007) parle du concept d'instrumentation pour décrire la manière dont le bébé utilise les systèmes sensori-moteurs comme outils pour comprendre et agir dans son milieu. Les composantes sensori-motrices jouent un rôle fondamental lors du repas. En effet, les praxies de succion ou de mastication se déclenchent en réponse aux stimuli visuels, olfactifs et tactiles. Le lien étroit entre perception et motricité permet la mobilisation de différentes coordinations sensori-motrices, actives dès la naissance (tête-œil, œil-main, main-bouche). Ces dernières sont mises en jeu de façon pluriquotidienne en situation d'alimentation, comme lécher ses doigts ou porter la cuillère en bouche (Boudou et Lecoufle, 2015). Elles permettent de parvenir à l'état final de plaisir alimentaire.

Le bon développement de l'oralité alimentaire dépend du bon investissement de la sphère orale. Celui-ci s'étaye cependant à travers un investissement harmonieux et global du corps (Leblanc et Ruffier-Bourdet, 2009). Bullinger (2007) replace ainsi les conduites alimentaires dans le cadre d'un dialogue tonico-postural entre la mère et l'enfant. Le bébé

oscille entre tensions et détente corporelles. D'après la théorie sensori-motrice, les « flux sensoriels » modulent les réponses toniques du nourrisson. Les flux tactiles nous font réagir aux textures et aux variations de température, tandis que les flux olfactifs et gustatifs organisent le choix de la nourriture. Ces flux sont traités par deux systèmes complémentaires. Le système archaïque traite des aspects qualitatifs (chaud/froid, agréable/désagréable), déclenchant des réponses d'extension désorganisatrice de la posture adaptée à la prise alimentaire. Le système récent, lié à la sensibilité profonde, traite des aspects spatiaux de la stimulation, permettant l'ajustement des lèvres, des gencives et de la langue pour l'exploration de l'objet mis en bouche. C'est par le processus d'habituation que l'enfant va extraire des régularités et développer, à partir de ces invariants, la capacité à s'adapter à la nouveauté.

4 L'oralité alimentaire : des enjeux psycho-affectifs et interactionnels

4.1 La fondation du lien mère-enfant

Pour Spitz (1968), la bouche est « le berceau de toute expérience extérieure ». C'est à travers les premiers contacts du corps avec celui de la mère que se constitue le « Moi-peau », contenant psychique (Anzieu, 1985). Introduire un objet dans son moi digestif, c'est faire soi ce qui vient du dehors (Couly, 2010). A travers diverses sensations visuelles, tactiles, thermiques, gustatives et olfactives, par des expériences de plaisir et de déplaisir, l'enfant s'approprie le monde qui l'entoure, développe la conscience de ses limites entre lui et l'extérieur, définit le soi et le non soi. La bouche est ainsi impliquée dans toute une série de fonctions centrales dans l'ontogénèse de la personne (Golse et Guinot, 2004).

La sphère orale joue un rôle dans la construction des premiers attachements mère-enfant. Les sourires, les pleurs, la succion, le peau à peau sont autant de manifestations corporelles participant à ces liens affectifs privilégiés (Couly, 2010), fournissant à l'enfant l'occasion de se sentir suffisamment enveloppé, aimé, rassuré, porté (Winnicott, 1992). De son côté, la mère nourricière prend confiance dans sa capacité à prendre soin de son enfant (Thibault, 2007).

Moment de partage privilégié, le repas permet donc de sceller les liens affectifs nécessaires au développement affectif et cognitif de l'enfant. Dans les comportements répétés du quotidien, les situations de nourrissage sont les premiers moments d'intimité et de partage, qui vont donner envie à l'enfant de poursuivre l'exploration du monde extérieur (Witko, 2013).

4.2 La situation du repas, source d'interactions

Les situations d'alimentation représentent des instants privilégiés d'interactions d'abord entre la mère et son bébé, puis entre l'enfant et les autres personnes présentes à table.

Manger consiste à répondre aux besoins physiologiques, mais il s'agit aussi d'un acte appris, dont l'une des finalités est l'intégration de l'enfant à la communauté des mangeurs (Bordet, 2010). Le repas s'impose comme un moment ritualisé, limité dans un temps, un lieu et un déroulement prédéfini. Le repas, comme le bain et le coucher, fait partie intégrante des routines quotidiennes favorisant les interactions et les conduites langagières à l'intérieur de cadres souples et flexibles (Bruner, 1983). Pour le bébé, sur les 15-20 minutes de succion,

seules les cinq premières sont véritablement nutritives. Le reste du temps passé au sein, le nourrisson fait des pauses, s'endort, est stimulé de nouveau par les caresses ou la voix maternelles, échange des regards, des mimiques avec sa mère. Les premières tétées permettent ainsi la mise en place des premiers échanges réciproques, des premiers tours de parole et donc des premières habiletés pragmatiques.

L'acte d'alimentation permet donc le développement des interactions humaines (Ajuriaguerra et Marcelli, 1989). Au cours du repas, les actes de parole utilisés sont multiples, exprimés verbalement ou de manière non verbale, par les gestes, les mimiques, la posture. Entre 6 et 12 mois, l'enfant peut demander, refuser, protester, répondre à l'adulte et pointer des objets (Coquet, Ferrand et Roustit, 2009). Dans ces situations d'échanges, l'imitation joue également un rôle important. Comme il imite les gestes de l'adulte pour se nourrir, l'enfant reproduit bientôt la musicalité, les sons, les mots puis les attitudes de communication de l'adulte, faisant du repas un véritable lieu de théâtre familial (Couly, 2010).

Le développement de l'oralité alimentaire est une période sensible du développement de l'enfant, souvent émaillée de difficultés (Abadie, 2004). Si le fragile équilibre entre les composantes anatomiques, physiologiques, sensorielles, motrices et neurologiques qui le sous-tendent est perturbé, l'enfant peut souffrir d'un trouble de l'oralité alimentaire.

II Le trouble de l'oralité alimentaire et ses conséquences

1 Le trouble de l'oralité alimentaire

1.1 Définition et terminologie

Sans véritable consensus, diverses terminologies sont employées dans la littérature scientifique. En France, C. Thibault (2007), utilise le terme de « dysoralité » pour définir « l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale ». Ces difficultés pour s'alimenter peuvent s'accompagner de troubles de la déglutition ou dysphagies (Arvedson, 2008).

Dans la littérature anglo-saxonne, les termes « impaired feedings » (Manikam et Perman, 2000) ou « feeding disorders » désignent les difficultés liées à l'oralité alimentaire. Pour la suite de notre étude, nous retiendrons le terme général de trouble de l'oralité alimentaire. Ce dernier renvoie à l'altération d'une ou plusieurs composantes de la fonction d'alimentation, à savoir la mise en bouche, le suçotement, la mastication, l'action d'avaler et de déglutir (Cascales, Oliver, Bergeron, Chatagner & Raynaud, 2014).

1.2 Prévalence

De nombreuses études montrent l'importance de la prévalence des troubles de l'oralité alimentaire chez le nourrisson et le jeune enfant dans la population générale. Si les problèmes alimentaires touchent 35 à 80% des enfants présentant un retard ou un handicap développemental (Chatoor et Ganiban, 2003), ils concernent aussi les enfants sans pathologie identifiée, dits à développement normal. 25% d'entre eux présentent en effet des difficultés (Senez, 2002 ; Manikam et Perman, 2000), parmi lesquels 52% n'ont pas faim, 42% interrompent le repas très rapidement, 35% choisissent les aliments avec soin et 33% en évitent certains pour en privilégier d'autres » (Manikam, 2000).

Les troubles de l'oralité alimentaire se retrouvent fréquemment chez les enfants nés prématurément, avant 34 semaines (Senez, 2002). En effet, les traumatismes vécus dans les premiers jours de vie fragilisent la capacité à s'alimenter. Une alimentation artificielle prolongée ou proposée trop tardivement perturbe nombre de composantes nécessaires à la construction d'une oralité alimentaire fonctionnelle. Suite aux soins intrusifs, le bébé peut être amené à perdre le réflexe de succion, à développer des hyperréactivités (haut-le-cœur, nausées, vomissements), à ne pas tolérer la diversification des textures, à développer des difficultés de mastication dues à une hypotonie bucco-faciale (Bellis, 2009). 40 à 70% d'entre eux présentent des difficultés d'alimentation durant la petite enfance et 1% à 2% d'entre eux des troubles du comportement alimentaire (Thibault, 2012). D'après Rogers et Arvedson (2005), 12% des enfants nés prématurément présentant des difficultés alimentaires présentent également des troubles de la déglutition et 23% refusent régulièrement la nourriture proposée.

A l'origine du trouble de l'oralité alimentaire se trouvent des étiologies multiples, avec le plus souvent une intrication complexe de facteurs organiques, environnementaux et psycho-affectifs (Cascales et al, 2014). Pour répondre à cette complexité, plusieurs classifications ont été élaborées. Ces dernières tiennent compte des différentes causalités pour permettre aux soignants de choisir les dispositifs de soin les plus adaptés (Cascales et al, 2014).

1.3 Classifications et étiologies

D'autres auteurs, parmi lesquels V. Abadie (2004), dissocient les causes organiques (digestives et extra-digestives) des causes psychogènes. C. Thibault (2007) ajoute à cette classification les anorexies post-traumatiques. Les causes organiques se retrouvent dans toutes les classifications car elles sont présentes dans la plupart des troubles de l'oralité alimentaire rencontrés (Burklow et al., 1998). V. Abadie (2004) distingue les pathologies organiques suivantes :

Pathologies digestives	Pathologies extra-digestives
Allergies alimentaires entraînant un transit anormal ou des douleurs abdominales (maladie cœliaque, allergie aux protéines de lait de vache)	Altérations de l'équilibre faim-satiété , dans le cadre de syndromes inflammatoires et infectieux
Reflux Gastro-Oesophagien (RGO)	Intolérances alimentaires d'origine métabolique
Douleurs coliques fonctionnelles , fréquentes entre 3 et 4 mois	Troubles de la déglutition dans le cadre de pathologies respiratoires ou d'atteintes neurologiques centrales ou périphériques
Troubles de la motricité oro-oesophagienne chez le nourrisson (dus à une immaturité dans le tronc cérébral de la coordination sensori-motrice impliquée dans l'oralité primaire)	Pathologies pulmonaires notamment présentes dans de nombreux syndromes génétiques (Syndromes de Pierre Robin, de CHARGE, de Prader-Willi, de Cornelia-Delange ...)
	Cardiopathies congénitales pouvant entraîner un manque d'appétit des douleurs digestives, une prise de poids difficile.

Tableau 1. Causes organiques possibles d'un trouble de l'oralité alimentaire, d'après V. Abadie (2004)

C. Senez (2002) distingue les troubles de l'oralité alimentaire en fonction de leur origine neurologique ou non neurologique. Les encéphalopathies congénitales et acquises renvoient aux causes neurologiques, tandis que les atteintes organiques, la prématurité ou encore les fentes vélo-palatines non syndromiques relèvent de causes non neurologiques.

La classification américaine établie par I. Chatoor (2009), fait actuellement référence pour la communauté scientifique internationale (Cf. Annexe III). Dans une perspective psychopathologique, elle associe le symptôme observable, l'organisation du lien mère-enfant et inscrit chaque sous-type dans une période définie du développement de l'oralité de l'enfant (Abadie, 2004). Parmi 6 entités nosographiques définies (Chatoor, 2009), le DSM-V (2013) retient notamment l'anorexie infantile, les aversions sensorielles alimentaires, le trouble alimentaire post-traumatique. Une telle classification, en s'appuyant sur la sévérité des symptômes et le développement staturo-pondéral, donne ainsi les repères nécessaires pour différencier un trouble de l'oralité alimentaire des difficultés alimentaires ordinaires du petit enfant (Cascales et al, 2014).

L'étude de Burklow et al. (1998) montre que le trouble de l'oralité alimentaire présente souvent un caractère multifactoriel, où se mêlent les facteurs neurologiques, anatomiques et comportementaux. Burklow relève également le cas d'enfants atteints de troubles de l'oralité alimentaire en l'absence de difficultés organiques ou de troubles psychogènes. Ce point permet d'insister sur les aspects sensoriels impliqués dans le trouble de l'oralité alimentaire.

2 Trouble de l'intégration neurosensorielle et oralité alimentaire

2.1 Définition

Le trouble de l'intégration sensorielle se définit comme un trouble d'organisation des stimuli. Il entraîne une incapacité à produire une réponse adaptée qui engendre des difficultés à s'adapter dans le quotidien aux activités diverses, routinières ou non (Miller, Anzalone, Lane, Cermak et Osten, 2007). Miller distingue trois types de troubles d'intégration sensorielle :

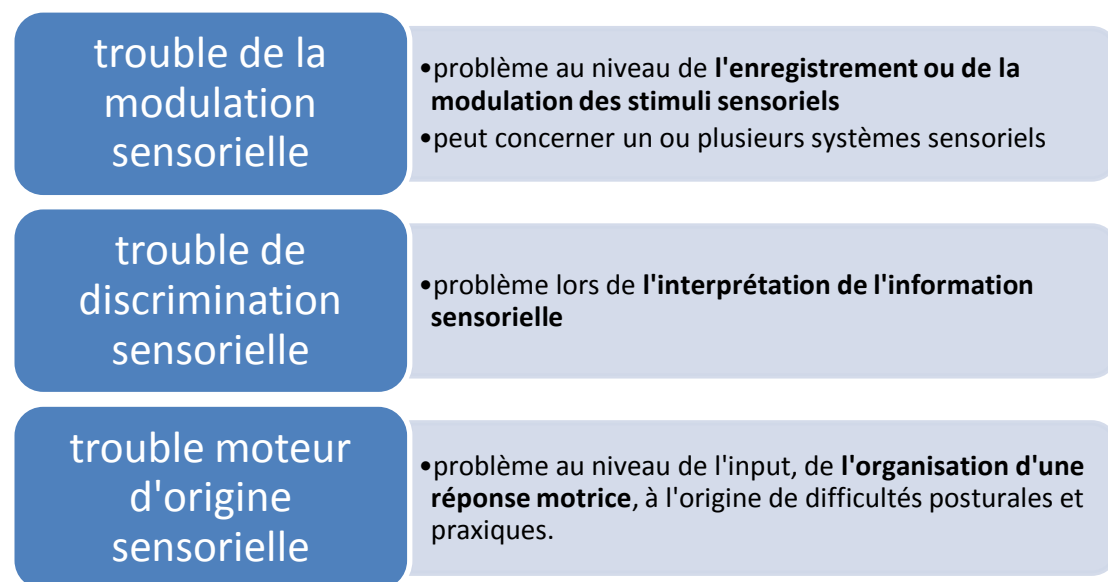


Figure 2. Classification diagnostique des troubles de l'intégration sensorielle, d'après L.J. Miller (2007)

Dû à un dysfonctionnement des systèmes sympathique et parasympathique, le trouble d'intégration sensorielle se caractérise par une hyper ou une hypo réactivité aux stimuli sensoriels (Barbier, 2014). L'hyporéactivité se définit par une réponse inexistante ou trop faible aux stimuli sensoriels. L'hyperméactivité correspond au contraire à une réponse trop rapide ou intense par rapport à l'in-put de départ (Miller, Anzalone, Lane, Cermak et Osten, 2007). Dans les deux cas, la réponse aux stimuli sensoriels est inadaptée, donnant lieu à

des comportements déviants. W. Dunn (2001) décrit notamment des comportements de recherche sensorielle chez les personnes hyposensibles, consistant à trouver des stimulations fortes. En revanche, des comportements d'évitement sont décrits chez les personnes hypersensibles.

L'enfant, ne parvenant pas à traiter l'information sensorielle de manière appropriée, développe des comportements alimentaires inhabituels.

2.2 Trouble de l'intégration sensorielle et comportement alimentaire

2.2.1 Lien entre sensibilité corporelle et sensibilité orale

Le trouble de l'oralité alimentaire s'exprime souvent dans le cadre d'un trouble de la sensibilité corporelle et globale. « Les sollicitations, qu'elles soient corporelles ou sensorielles, sont perçues comme irritatives et vont engendrer une réponse exagérée en intensité » (Leblanc et al., 2012). Incapable d'intégrer les stimuli du quotidien, l'enfant ne « s'habitue pas au contact du sable sous les pieds nus, au son du train (...), au contact de la cuillerée de purée sur les lèvres alors que le biberon n'avait posé aucun problème » (Barbier, 2014). Ainsi, les enfants qui présentent des défenses tactiles ont un répertoire alimentaire limité et montrent des aversions alimentaires plus nombreuses et intenses que les enfants tout-venant (Smith et al., 2005).

Le lien entre les sensorialités manuelle et buccale influe sur le développement harmonieux de la fonction alimentaire (Boudou et Lecoufle, 2014). Le bébé explore l'objet avec ses mains avant de le porter à la bouche pour mieux en découvrir les propriétés physiques. La proximité des aires cérébrales sensitives et motrices des mains et de la bouche explique que lorsque l'une des deux zones est stimulée, l'autre l'est aussi. L'hypersensitivité tactile accompagne ainsi souvent une difficulté à mettre en bouche (Leblanc et Ruffier-Bourdet, 2009). Chez l'enfant, le clinicien peut alors relever une exploration orale appauvrie, un comportement d'évitement au toucher des régions extra-buccale (joues, menton, lèvres) et intra-buccale (gencives, langue, palais, intérieur des joues). Plus grand, le brossage des dents est mal toléré (Boudou et Lecoufle, 2014).

L'évaluation du trouble de l'oralité alimentaire doit donc comprendre une observation des sensibilités corporelle et orale vis-à-vis des matières alimentaires et non alimentaires. Pour chacune d'entre elles, Leblanc et Ruffier-Bourdet (2009) ont défini 5 stades, allant de l'aversion pour le contact et le toucher de tout type de matière (stade 5) à l'absence d'irritabilité sensorielle (Cf. annexe VII, p. 98-99).

L'enfant qui présente un trouble de l'intégration sensorielle adopte des comportements alimentaires révélateurs et symptomatiques du trouble (Cascales & Olives, 2012).

2.2.2 Hyposensibilité orale et comportement alimentaire

L'hyposensibilité orale correspond à une réduction de l'acuité du goût, de l'odorat et des récepteurs multisensoriels, altérant les capacités de discrimination des saveurs, des odeurs et des textures (Boudou et Lecoufle, 2014). Le réflexe nauséeux peut être inexistant.

Pendant le repas, l'enfant hyposensible (hyporéactif) ressent difficilement la satiété. Il va bouger constamment, manger trop rapidement, manger avec les mains, lécher son assiette, n'arrivant pas à utiliser les outils adéquats (Barbier, 2014). Il a tendance à mettre une grande quantité d'aliments dans sa bouche, à les garder longtemps en bouche pour rechercher des

sensations gustatives. Il peut avoir des difficultés à sentir la présence d'aliments ou de salive dans la bouche, présentant alors des risques de fausses routes. Ces enfants présentent souvent des comportements actifs de recherche sensorielle, préférant les aliments épicés, croquants, durs, les liquides pétillants et les températures chaudes ou glacées (Boudou et Lecoufle, 2014).

2.2.3 Hypersensibilité orale et comportement alimentaire

Automatisme primaire chez le nourrisson, le réflexe nauséeux met en jeu les capacités de discrimination des canaux sensoriels olfactifs et gustatifs. Il permet au nouveau-né de n'accepter que les nutriments adaptés à sa survie, en interdisant la déglutition des substances nocives, étrangères au lait. Il correspond à un processus inverse à celui de la déglutition, depuis la contraction du diaphragme jusqu'à la protrusion de langue et l'ouverture de la bouche. Entre 0 et 7 mois, ce réflexe doit s'inhiber pour que l'enfant puisse accepter la cuillère puis l'alimentation en morceaux (Senez, 2002). Grâce à la maturation neurologique et aux expériences sensori-motrices pluriquotidiennes, le nauséeux se postérise au niveau des piliers du voile du palais ou de la base de langue. Il ne se déclenche plus au contact d'aliments nouveaux, mais seulement en réponse à une stimulation improprie à la consommation.

Chez les enfants présentant une réaction accrue aux entrées sensorielles, les comportements d'aversion et de rejet alimentaires, se déclenchent en réponse à une stimulation non nociceptive, en lien avec une hypersensibilité olfactive et gustative persistante (Senez, 2002). C. Senez (2004) parle d'hypersensibilité orale, variable suivant les individus et dont certains cas familiaux évoquent une composante héréditaire. Ce dernier gène considérablement l'évolution de l'alimentation et constitue donc « un point important de compréhension des difficultés alimentaires de l'enfant, encéphalopathe ou non » (Senez, 2002).

L'enfant hypersensible (hyperréactif) est lent à se mettre à table. L'hypersensibilité orale peut ainsi engendrer des troubles alimentaires marqués par l'inappétence, la lenteur, les aversions et l'absence de plaisir oral. L'enfant refuse par exemple toute substance trop différente du lait, en goût, texture et température. Il pourra montrer une aversion pour les aliments trop froids, les morceaux et grumeaux, le salé et l'acide trop distincts du sucré originel. (Senez, 2004). Plus fréquemment, les enfants expriment des dégoûts pour la viande qu'ils gardent en bouche et mâchent longtemps (Senez, 2004). Avec l'avancée en âge, ils trouvent des stratégies d'évitement de plus en plus élaborées et réduisent progressivement la liste des aliments acceptés (Barbier, 2014). A l'introduction de l'alimentation en bouche, l'enfant montre des réactions de rejet : il grimace, a des haut-le-cœur, peut avoir des vomissements. Le passage du sein au biberon, celui de la diversification alimentaire et le passage aux morceaux sont problématiques (Boudou et Lecoufle, 2015). Ce sont souvent de petits mangeurs, avec un nauséeux renforcé par la fatigue et dont la maigreur est « parfois préoccupante » (Senez, 2004). Les régurgitations et les vomissements, souvent associés, peuvent renforcer le trouble alimentaire. L'hyperextension de la tête et du corps domine lorsque les stimulations sont trop vite perçues comme irritatives (Bullinger, 2007).

Comme tout le reste du corps, la sphère orale devient une zone surprotégée par un ensemble de défenses tonicoposturales, tactiles, orales et/ou comportementales (Leblanc et Ruffier-Bourdet, 2012). Focalisé sur son inconfort, l'enfant a du mal à planifier et à coordonner ses mouvements en fonction de la stimulation perçue. Ainsi, la perturbation des

entrées sensorielles peut entraîner un déficit moteur et gêner le renforcement des praxies de succion puis de mastication.

2.3 Conséquence sur la compétence motrice

L'immaturation ou le dysfonctionnement des mouvements bucco-faciaux entravent l'oralité alimentaire (Brix et Raphael, 2002). Cette interaction est présente dès la vie fœtale. G. Couly (2010) insiste notamment sur le rôle morphogénétique de la langue puisque de ses actions de propulsion et de rétropulsion dépend la croissance de la mandibule.

Or, le manque d'expériences sensori-motrices positives et renforçatrices fragilise les praxies bucco-oro-faciales. Dans certains cas, l'approche du biberon ou la mise en bouche n'initient pas l'acte moteur (Puech et Vergeau, 2004). Les praxies de succion ou de mastication ne peuvent alors s'exercer quotidiennement. L'hypotonie de la sphère oro-faciale peut expliquer une mastication sans force, des fuites labiales, un défaut de mobilité linguale et vélaire (Martin-Royer et Cazenave, 2014).

Les praxies de déglutition peuvent également être perturbées. La mauvaise organisation des informations sensorielles mal traitées peut induire la mauvaise qualité des pressions nécessaires à la fermeture du vélo-pharynx et expliquer la présence de résidus alimentaires sur la langue, une progression du bolus mal contrôlé, une déglutition avec plusieurs essais, des bruits d'aspiration lors de la succion et une fuite d'aliments.

Manikam (2000) énonce ainsi les manifestations récurrentes d'un trouble alimentaire chez l'enfant. L'absence de sensation de soif, la dysphagie, le refus de s'alimenter, l'absence d'autonomie pendant le repas, le rejet des quantités d'aliments proposés, la durée anormale des repas et la sélection des aliments selon le type et la texture peuvent être les conséquences observables d'un développement pathologique de l'oralité alimentaire.

Pour l'enfant, l'acte de s'alimenter devient alors un effort quotidien, une source d'insatisfaction permanente qui n'est pas sans conséquences sur les autres sphères de son développement.

3 L'altération des autres sphères du développement de l'enfant

3.1 Construction cognitive et trouble de l'oralité alimentaire d'origine sensorielle

Si l'enfant ne parvient pas à s'habituer aux différents stimuli auditifs, visuels, tactiles, olfactifs, gustatifs, le processus d'habituation demeure impossible. L'enfant ne peut alors construire de nouvelles compétences lui permettant d'agir sur le monde (Barbier, 2014). En effet, l'intégration sensorielle est aux fondements des apprentissages de l'enfant :

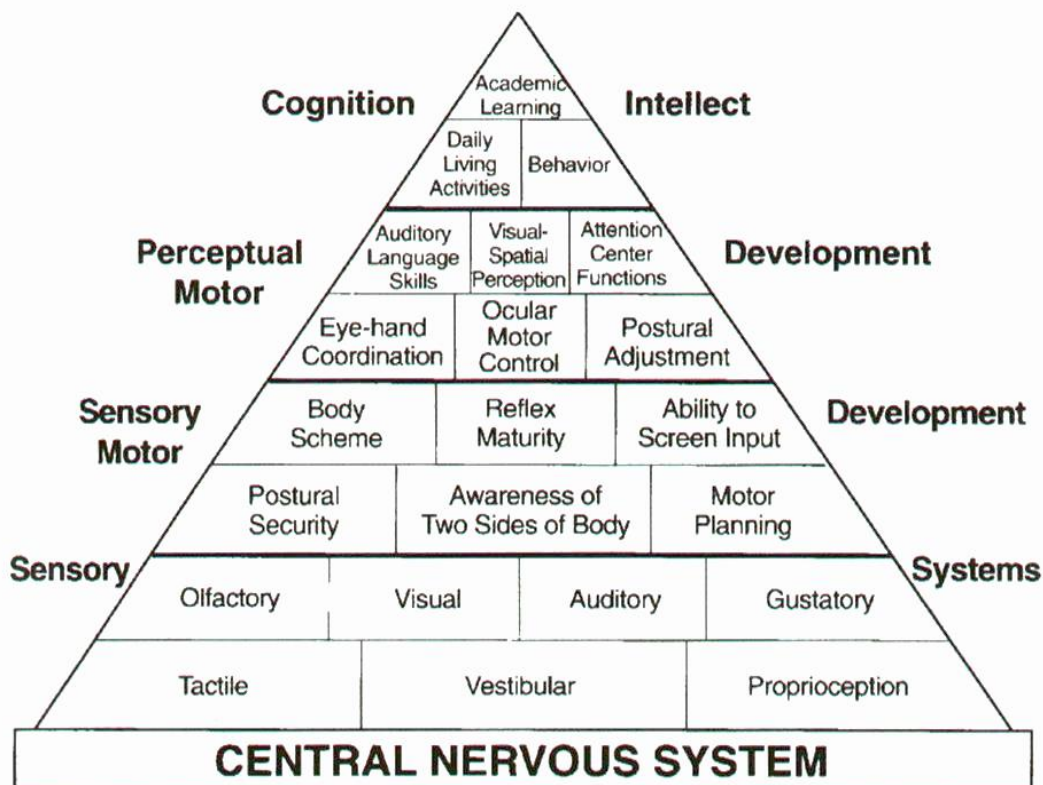


Figure 3. Pyramid of learning (Williams et Shellenberger, 1996)

Si l'intégration sensorielle dysfonctionne, la sphère cognitive de l'enfant peut être perturbée. Les apprentissages nécessaires à la construction de l'individu, par « effet domino », ne pourront être soutenus. Fautes d'expériences gnoso-praxiques et de repères sensoriels, l'enfant ne parvient pas à tirer les invariants qui lui permettent de comprendre puis d'explorer son environnement (Bullinger, 2004). Un enfant hypersensible au niveau du corps et de la sphère oro-faciale ne va pas investir sa bouche pour explorer ce qui l'entoure. Or, d'un point de vue piagétien, cette étape est fondamentale dans la construction de l'intelligence.

3.2 Répercussions sur l'oralité verbale

« Une oralité malmenée, un manque d'investissement de la fonction alimentaire (...) peut empêcher l'étayage d'autres fonctions plus tardives comme le langage » (Bellis, 2009).

En effet, dans la pratique clinique, les difficultés touchant l'oralité alimentaire semblent souvent coexister avec des difficultés de langage expressif. Empruntant les mêmes voies neurologiques et gnoso-praxiques, l'incompétence des praxies alimentaires impacterait les capacités articulatoires. Une enquête menée par S. Vannier (2008) montre ainsi que 50% des enfants ayant un trouble de l'articulation présentent aussi un trouble de la déglutition.

Le manque de stimulations positives de la cavité buccale, dû à des techniques d'alimentation invasives, retarderait le développement de l'oralité verbale, avec notamment un manque de maturation des articulateurs (Senez, 2002). Une étude de Delfosse, Soullignac, Depoortere et Crunelle (2006) constate le décalage dans les développements alimentaire et langagier chez les enfants prématurés réanimés à la naissance. D'après eux, les difficultés de langage se rencontrent significativement chez les enfants dont les étapes alimentaires ont été décalées, avec au cœur de la problématique orale, une sensibilité particulière de la bouche. Les enfants prématurés ayant connu des difficultés de succion puis

avec la cuillère et plus tard avec l'alimentation en morceaux, présentent parfois un retard de langage, avec un recours à la communication gestuelle, l'absence totale de construction de phrases simples de type sujet-verbe-objet, et la non utilisation du pronom « je » (Delfosse et al, 2006).

3.3 Répercussions sur les interactions mère-enfant

Centré sur ses difficultés alimentaires, l'enfant qui présente un trouble de l'oralité alimentaire n'est plus disponible pour la réciprocité des interactions. Angoissé à l'idée de manger, « son image du corps fonctionne sur un schéma dysharmonieux, voire anticomcommunicationnel » (Bullinger, 2007). D. Crunelle (2004) décrit par exemple les difficultés rencontrées dans les interactions entre des enfants cérébrolésés présentant des troubles de la déglutition et leurs parents lors des situations d'alimentation.

En situation d'alimentation, l'enfant présentant un trouble de l'oralité peut adopter des comportements qui rendent les interactions mère-enfant très difficiles. Le désintérêt pour la nourriture explique que l'enfant n'exprime pas sa faim. Manger ne fait donc pas partie des thèmes de prédilection pour échanger avec les autres. Puech et Vergeau (2004) décrivent de plus des comportements d'opposition non propices aux interactions harmonieuses au moment des repas :

Parfois en opposition active, l'enfant refuse le contact, détourne la tête, la met en extension, pleure, crie, gesticule, protège son visage avec son bras. Il refuse l'introduction des aliments dans la bouche par occlusion des mâchoires et contraction de la sangle labiale. La langue se réfugie au fond de la cavité buccale et repousse la nourriture vers l'extérieur. L'enfant développe des stratégies extrêmes comme des manœuvres d'expulsion, tels le vomissement ou la toux pendant ou après le repas. En opposition passive, l'enfant n'ouvre la bouche sous aucun prétexte. Le regard reste fuyant et l'enfant peut se réfugier dans le sommeil. Le temps du repas s'éternise tandis que les quantités ingérées restent minimes.

Dans ce contexte, le sentiment de compétence parentale peut être mis à mal (Abadie, 2004). Désarmés par des difficultés alimentaires inexpliquées ou mal interprétées, certains parents mettent en œuvre des stratégies compensatoires pour faire manger leur enfant, pouvant aller jusqu'au forçage. Au moment du repas, une suite d'interactions inadaptées peut se mettre en place (Ramsay, 2001) et le vécu affectif de l'enfant et du parent peut être mis à mal (Leblanc, Bourgeois, Hardy, Lecoufle et Ruffier, 2012).

3.4 La sphère psycho-affective

« L'espace oral, s'il se construit mal est à l'origine de bien des troubles dans le développement. Si cet espace ne se constitue pas de manière stable, c'est toute l'image corporelle qui est fragilisée » (Bullinger, 2007). L'instabilité tactile de la bouche, lieu de passage entre espaces gauche et droit, « rend périlleux » l'unification corporelle et impacte le développement psychomoteur ultérieur (Bullinger, 2007). La difficulté à ressentir le plaisir du remplissage, malgré les paroles enveloppantes de la mère, donne une expérience négative de l'altérité. Chez les enfants alimentés par gavage, l'absence du rythme faim/satiation/satiété les prive d'une « occasion de structurer [leur] identité » (Cyrułnik, 2000). En effet, « les distorsions liées au trouble de l'alimentation vont interrompre le développement harmonieux des fonctions régulatrices affectives, sensorimotrices et relationnelles habituellement comblées par l'alimentation et le maternage qui en découle » (Leroy-Malherbe, 2004). Des difficultés psychologiques, secondaires au trouble de l'oralité

alimentaire, peuvent apparaître chez l'enfant et ses parents. Inscrit dans un cercle vicieux où s'intriquent et interagissent les facteurs organiques et psychogènes, le trouble de l'oralité alimentaire peut alors perturber la sphère psycho-affective de l'enfant. Les difficultés pour s'alimenter peuvent ainsi être synonymes de « vécu douloureux physique [...] et relationnel » (Puech et Vergeau, 2004), les stimulations déplaisantes coexistant avec des interactions de faible qualité.

En interaction avec les autres sphères du développement de l'enfant, l'oralité alimentaire dysfonctionnante a donc des répercussions multiples et durables sur celles-ci. Cela justifie la nécessité d'une prise en charge précoce et pluridisciplinaire, préventive et interventionnelle, qui évitera la chronicisation des troubles. D'où la nécessité de se situer dans la prévention et le dépistage.

III La prévention en orthophonie

1 Orthophonie et prévention

En 1948, l'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». C'est dans les années 70 que le dépistage et le traitement précoce sont apparus comme une évidence aux yeux des orthophonistes. Les nombreux enfants en échec scolaire ont été l'élément déclencheur de cette prise de conscience. Il fallait agir et de toute urgence. C'est autour du langage oral que se sont organisés dans un premier temps la prévention et le dépistage.

L'OMS définit trois stades de prévention. Le stade primaire, il s'agit ici d'empêcher l'apparition de nouveaux cas. La prévention se fait à travers des campagnes de sensibilisation et d'information ou grâce à la vaccination. Le stade secondaire qui a pour objet de diminuer la prévalence d'une maladie et de réduire sa durée d'évolution. La prévention prend la forme d'actions de dépistage. Enfin, le stade tertiaire avec comme objectif la diminution de la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives. Dans ce cas, les actions thérapeutiques seront mises en avant.

Ainsi, les orthophonistes ont fini par généraliser la définition de l'OMS et l'intégrer à leur propre pratique professionnelle depuis plus de trente ans maintenant. L'article 4 du décret de compétences n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste stipule les divers champs d'intervention des orthophonistes en précisant les actions de prévention régissant la profession.

C'est dans ce contexte que le champ de la prévention en orthophonie évolue et prend une place de plus en plus importante.

2 Le dépistage

2.1 Sa mise en place

Le dépistage se définit comme le fait « de sélectionner dans la population générale les personnes porteuses d'une affection définie et de différencier, avec une certaine marge d'erreur, les sujets probablement sains des sujets probablement malades. » (OMS). Son objectif n'est donc pas de poser un diagnostic mais de repérer des facteurs de risque et des signes d'appel. Le dépistage est donc appliqué à des personnes asymptomatiques. En

général, un repérage est fait afin de cibler des personnes dites « à risque ». A la suite de ce repérage, un dépistage est effectué afin de confirmer les soupçons. Si le dépistage se révèle positif, un examen diagnostique va être réalisé. C'est cet examen et uniquement celui-ci qui permettra de confirmer ou non la présence d'un trouble, d'une pathologie. Le dépistage va donc permettre un premier « tri » parmi les sujets. Toutefois, « une médecine préventive qui permettrait de prendre en charge, de manière précoce et adaptée, des enfants manifestant une souffrance physique ou psychique ne doit pas être confondue avec une médecine qui s'aventurerait dans la prédiction, en emprisonnant paradoxalement ces enfants dans un destin qui, pour la plupart d'entre eux, n'aurait pas été le leur, si on ne les avait pas dépistés. Le danger est en effet d'émettre une prophétie auto réalisatrice, c'est-à-dire de faire advenir ce que l'on a prédit du seul fait qu'on l'a prédit » (Stiker in Contraste, 2007). Une grande vigilance demeure nécessaire afin de ne pas stigmatiser les personnes. Il faut utiliser le dépistage à bon escient et l'envisager comme un outil apportant une aide et un début de réponse à une inquiétude face à une personne repérée comme potentiellement porteuse d'un trouble.

2.2 Le dépistage orthophonique d'un trouble de l'oralité alimentaire

En orthophonie, on se situe le plus souvent dans le dépistage précoce. Il s'agit de détecter le plus rapidement possible les cas suspects de maladie, de trouble.

Cette précocité va permettre une prise en soin plus rapide et par conséquent mieux adaptée. L'intervention précoce « commence très tôt et se poursuit dans les premières années de vie, elle doit inclure le milieu familial et est de nature développementale. Il faut replacer les troubles dans le contexte neurobiologique, environnemental, social et affectif » (Thibault, 2012).

Concernant l'oralité alimentaire, nous savons qu'il existe une prévalence de 25% chez les enfants dits normaux (Manikam, 2000), et de 35 à 80% chez des enfants porteurs de handicap (Chatoor et Ganiban, 2003).

Une des difficultés majeures de la pose du diagnostic d'un trouble de l'oralité alimentaire réside dans la distinction des facteurs psychogènes et organiques. Il faut savoir si l'enfant ne sait pas ou ne peut pas manger, où s'il ne veut pas manger. Pour C. Senez, les troubles de l'oralité alimentaire sont encore mal identifiés, trop souvent attribués à une causalité psychologique. De même, ils restent trop souvent la cause inconnue et sous-jacente d'un trouble articulaire. Or, le dépistage orthophonique permet de mettre en exergue la présence de signes d'alerte et de facteurs de risque.

Actuellement, aucun outil de dépistage des troubles de l'oralité alimentaire n'a été confectionné en France. Des études concluantes ont été menées au Québec, en Allemagne et au Royaume-Uni. Si l'échelle d'alimentation de l'hôpital de Montréal pour les enfants a été traduite en français, elle présente seulement 14 items établis selon le modèle biopsychosocial. La validité de cette échelle (MCH-feeding scale) a été prouvée pour des enfants âgés de 6 mois à 6 ans (Ramsay et al, 2011). D'autres outils ont été mis en place afin d'évaluer les interactions mère-enfant durant un repas comme la CEBI, Children's Eating Behaviour Inventory, le BPFAS, Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale (Dovey, Jordan, Aldridge & Martin, 2013) ou encore le Munich Ed-Quest (Fichter, Quadflieg, Gierk, Voderholzer & Heuser, 2015).

Si l'on se réfère aux matériels français de dépistage disponibles dans d'autres domaines notamment le langage oral, nous pouvons constater la diversité des formes. Nous avons pu

remarquer une préférence pour les comptes-rendus parentaux. En effet, « cette technique (du compte-rendu parental) possède une grande validité écologique dans la mesure où les informations recueillies proviennent des parents, c'est-à-dire de personnes qui sont en contact quasi permanent avec les sujets et qui sont donc à même de les observer dans le plus grand nombre d'activités du quotidien » (Kern, 2003). En outre, dans une étude de 1991, Dale confirme le jugement objectif du parent face à son enfant, « *Parent report can provide valuable information on early child language development for clinical and research purposes. Previous research has documented the validity of parent report as an overall assessment of child language and as a measure of expressive vocabulary.* ». Les parents seront au cœur du dépistage et permettront un apport clinique essentiel afin de repérer le plus rapidement possible des enfants « à risque ». L'objectif premier sera de diminuer voire d'éviter tout trouble secondaire sous-jacent grâce à un repérage précoce et donc une prise en charge plus rapide et mieux adaptée.

Pour cela, la réhabilitation des sens (Gordon-Pomares, 2004), l'éducation gnoso-praxique précoce (Thibault, 2007) contribueront à restaurer le plaisir et l'envie de s'alimenter d'une manière autonome et sociale. « Le travail de l'oralité alimentaire et celui de l'oralité verbale seront menés de front » (Jouanic-Honnet, 2004). L'accompagnement parental sera au centre des objectifs thérapeutiques. Il s'agira de dédramatiser, d'impulser, de sécuriser l'enfant, de favoriser le lien mère-enfant et de renforcer le parent dans son estime de soi. En parallèle, « au sein de l'équipe de soins, l'orthophoniste participera à l'éducation précoce du jeune enfant : en accompagnant l'apparition des précurseurs à la communication orale dans les situations à risque de trouble du développement, ainsi qu'en soutenant l'acquisition des praxies de déglutition et d'alimentation pour préparer les mouvements indispensables aux réalisations articulatoires. » (Thomas in Contraste, 2014).

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

I Problématique

De nombreux auteurs affirment la place fondamentale de la sphère bucco-faciale dans le développement global de l'enfant. En effet, ils ont démontré les conséquences néfastes d'un trouble de l'oralité alimentaire sur le développement aussi bien langagier (C. Thibault, 2007), que cognitif (Williams et Shellenberger, 1996), sensori-moteur et psycho-affectif (Bullinger, 2007) de l'enfant. Construites originellement sur les bases de la fonction nourricière (Bowlby, 1988), les interactions mère-enfant sont aussi susceptibles d'être bouleversées (Ramsay, 2001). Dès lors, facteurs psychogènes et facteurs organiques s'intriquent de manière complexe.

Selon C. Senez (2002), les troubles de l'oralité sont souvent mal identifiés. En ce sens, C. Thibault insiste sur l'importance d'une prise en charge précoce et adaptée. Aussi, il semble pertinent de penser qu'un outil de dépistage concernant l'oralité alimentaire permettrait une orientation plus précoce de l'enfant dépisté à risque vers l'orthophoniste, et par conséquent, une prise en charge plus efficace évitant une chronicisation du trouble et de ses effets secondaires. Il convient donc de se situer non plus seulement au niveau du diagnostic, mais en amont de ce dernier, au niveau du dépistage.

Le trouble de l'oralité alimentaire se manifeste à travers des comportements significatifs observables au quotidien (M. Puech et D. Vergeau, 2004). En ce sens, le recours à la grille parentale comme outil de dépistage nous semble pertinent. Il permettrait d'inclure la famille qui se situe au cœur de l'oralité, tout en ayant un compte-rendu écologique (Kern, 2003) et fiable (Dale, 1991) sur les comportements de l'enfant. Ainsi, notre étude vise à évaluer la pertinence d'une grille parentale comme outil de dépistage de l'oralité alimentaire des enfants âgés de 24 à 36 mois.

Notre problématique est alors la suivante :

Une grille parentale serait-elle un outil de dépistage efficace concernant l'oralité alimentaire chez les enfants âgés de 24 à 36 mois ?

Nous avons défini les variables suivantes :

Les variables indépendantes sont au nombre de deux :

- VI 1 : Variable outil : grille parentale de dépistage et bilan d'oralité alimentaire
- VI 2 : Variable confirmation/infirmation du dépistage avec une modalité test (la grille parentale) et une modalité contrôle (le bilan orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire)

Les variables dépendantes sont également au nombre de deux :

- VD 1 : Nombre d'enfants dépistés : positifs (à risque) vs négatifs (sains)
- VD 2 : Nombre d'enfants soumis à la passation d'un bilan : pathologiques vs sains

II Hypothèses

1 Hypothèse générale

Nous nous attendons à ce que la grille parentale, structurée autour des liens étroits entre oralité alimentaire, langage et développement sensori-moteur soit un outil de dépistage pertinent concernant les troubles de l'oralité alimentaire.

2 Hypothèses opérationnelles

2.1 Hypothèse 1 : efficacité interne de l'outil

La grille parentale permettrait, au travers de la mise en exergue des signes d'alerte les plus pertinents, de distinguer significativement les enfants à risque des enfants non à risque de présenter un trouble de l'oralité alimentaire.

2.2 Hypothèse 2 : Il existerait une correspondance dans les résultats du dépistage et ceux du bilan diagnostic de l'oralité alimentaire.

2.2.1 Hypothèse 2a :

Parmi les enfants dépistés négatifs par la grille parentale c'est-à-dire comme n'ayant pas de potentiel trouble, le nombre d'enfants confirmés comme n'ayant effectivement aucun trouble de l'oralité alimentaire (cela correspond au vrai négatif noté VN) serait plus élevé que le nombre d'enfants objectivés comme finalement « pathologiques » (cela correspond au faux négatif, noté FN). Le nombre de VN serait supérieur au nombre de FN.

2.2.2 Hypothèse 2b :

De même, parmi les enfants dépistés positifs par la grille parentale c'est-à-dire comme présentant un potentiel trouble, le nombre d'enfants confirmés comme ayant effectivement un trouble de l'oralité alimentaire (cela correspond au vrai positif noté VP) serait plus élevé que le nombre d'enfants objectivés comme finalement « sains » (cela correspond au faux positif noté FP). Le nombre de VP serait supérieur au nombre de FP.

2.3 Hypothèse 3 : la grille parentale de dépistage pourrait secondairement permettre d'identifier des enfants à risque dans le cadre de pathologies autres que le seul trouble de l'oralité alimentaire.

2.3.1 Hypothèse 3a :

Prenant en compte le développement conjoint des deux oralités (alimentaire et verbale), notre grille parentale pourrait mettre en exergue des difficultés liées au langage expressif chez les enfants présentant ou non un trouble de l'oralité alimentaire.

2.3.2 Hypothèse 3b :

La grille parentale de dépistage pourrait secondairement permettre un premier repérage de pathologies plus globales dans le cadre desquelles le trouble de l'oralité alimentaire ne serait alors qu'un symptôme.

III Illustration des hypothèses

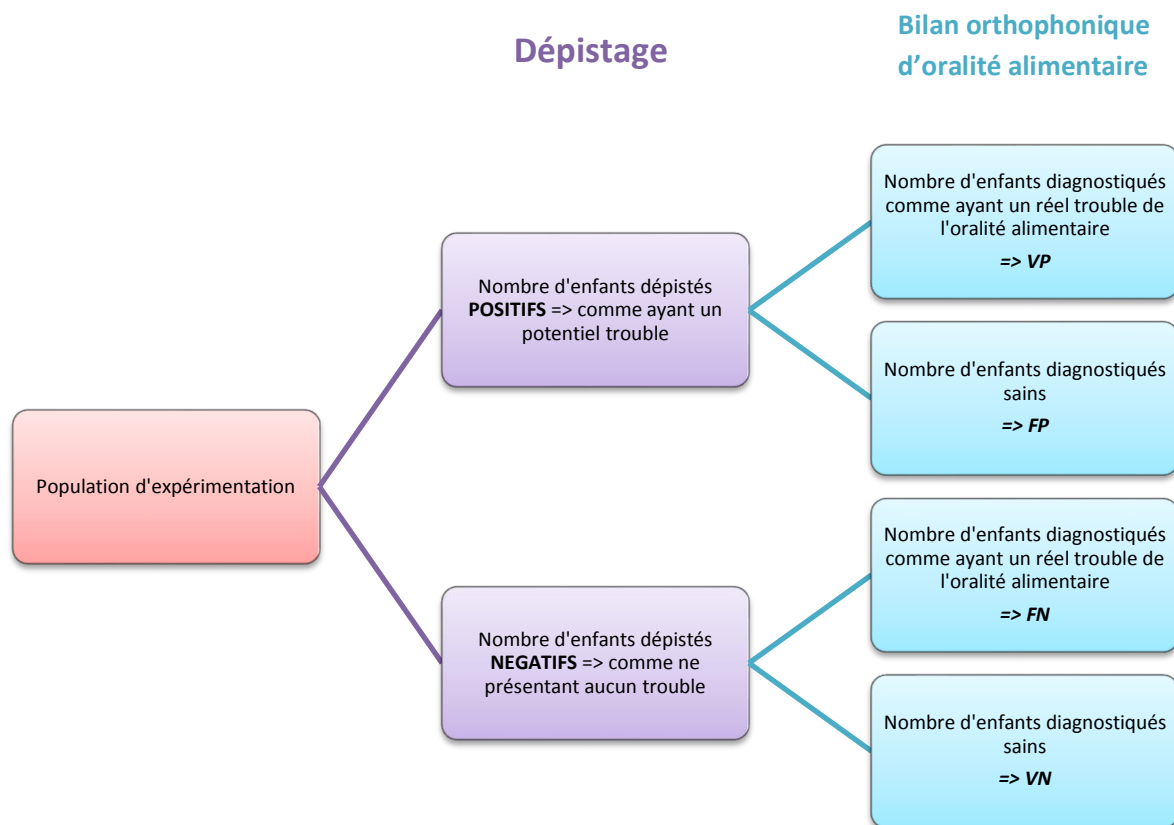


Figure 4. Illustration des hypothèses en arborescence

Chapitre III

PARTIE EXPERIMENTATION

I Population

1 Critères d'inclusion et d'exclusion

1.1 Tranche d'âge

Nous avons choisi de cibler des enfants âgés de 24 à 36 mois. En effet, arrivé à 2 ans, de par son développement neurologique et la multiplicité de ses expériences sensori-motrices, l'enfant a mis en place de nouvelles stratégies d'autonomie. A cet âge, la marche est acquise, l'enfant commence à former ses premières phrases, il s'est individualisé et s'ouvre aux autres, il mange de tout (du liquide au solide dur) (Tapin, 2001 et Puech 2005 cité par Thibault, 2007), utilise sa cuillère et boit au verre, il est capable de gestes plus fins et plus précis grâce à une meilleure coordination œil-main-bouche. De plus, à partir de cet âge « *le stade oral de la cuillère est remplacé par la stratégie de mastication. Il s'agit de l'oralité dentée, destructrice des aliments nouveaux comme autant de champs d'exploration multidimensionnels.* » (C. Thibault, 2007). Depuis l'âge de 6-9 mois, les réflexes archaïques (réflexe nauséeux, réflexe de foussement par exemple) ont normalement disparu, permettant de laisser place à une oralité volontaire, corticalisée.

Avant 2 ans, les enfants se développent selon un rythme qui leur est personnel, les disparités inter-individuelles sont donc très importantes, c'est le cas de la marche par exemple : certains enfants l'acquièrent à 11 mois tandis que d'autres l'acquièrent à 18 mois sans que cela soit pour autant alarmant. Cela rend alors l'utilisation d'un outil de dépistage délicat pour la tranche d'âge allant de 0 à 24 mois. En effet, à 24 mois, la maturation neurologique et psychomotrice a normalement eu lieu pour tous les enfants, il paraît plus simple de repérer un retard dans ces conditions (E. Kokel et A. Carraretto, 2009).

Bien que l'oralité alimentaire continue son évolution au-delà de 3 ans, notamment avec la mastication qui devient effectivement efficace à 6-7 ans (Le Révérend, 2014), nous avons choisi de cibler uniquement les enfants jusqu'à 36 mois. Etant données les nombreuses conséquences que peut engendrer un trouble de l'oralité alimentaire sur le développement global de l'enfant, il nous semblait fondamental de proposer notre outil avant l'entrée à l'école, moment clé dans la vie de l'enfant et des parents.

1.2 Des enfants tout-venant

Nous situant sur le plan du dépistage, en amont du diagnostic, il nous semblait nécessaire d'adresser notre grille à une population d'enfants la plus représentative possible de la population tout venant. Nous avons donc sélectionné des enfants âgés de 24 à 36 mois, qui ne bénéficiaient pas déjà d'une prise en charge orthophonique pour un trouble de l'oralité alimentaire. Le suivi orthophonique pour un trouble de l'oralité alimentaire constituait ainsi notre seul critère d'exclusion.

2 Méthode de recrutement

Pour constituer notre population, nous nous sommes adressées aux structures d'accueil de la petite enfance. Nous avons ainsi été en contact avec deux crèches qui, en identifiant les enfants âgés de 24 à 36 mois, nous ont guidées dans le repérage des enfants susceptibles de faire partie de notre échantillon. Dans un second temps, les professionnels de crèche ont distribué notre outil de dépistage auprès des familles concernées. Une fois la

grille parentale complétée et restituée dans les lieux d'accueil, nous avons réalisé les bilans d'oralité alimentaire à domicile. Grâce à cette collaboration, nous avons ainsi pu rencontrer quinze familles.

3 Présentation de la population expérimentale

Nous sommes allées à la rencontre de deux structures d'accueil, une située dans la Loire, l'autre établie dans le Nord. Nous avons alors récolté une vingtaine de grilles parentales dûment complétées. Cependant, malgré la fiche d'information expliquant les modalités de notre projet, il s'est avéré délicat par la suite de mobiliser certains parents pour un entretien afin de procéder à la passation du bilan de l'oralité alimentaire. Finalement, nous avons réussi à constituer une population composée de quinze enfants accompagnés de leur famille. Toutes ces familles habitent dans la Loire. En effet, nous n'avons pas pu rester en lien avec les familles du Nord. Nous avons seulement pu récolter les grilles mais nous n'avons pas pu appliquer notre protocole de validation en réalisant les bilans nécessaires.

Notre population se répartit donc comme suit :

Âge	Garçons	Filles	TOTAL
24 – 25 mois	4	2	6
26 – 27 mois	1	1	2
28 – 29 mois	1	2	3
30 – 31 mois	3	0	3
32 – 33 mois	1	0	1
34 – 35 mois	0	0	0
36 mois	0	0	0
TOTAL	10	5	15

Tableau 2. Répartition de la population d'expérimentation

II Construction de l'outil de dépistage

1 Choix d'une grille parentale

Les troubles de l'oralité alimentaire ont des répercussions sur la relation mère-enfant voire sur l'ensemble de la famille (V. Abadie, 2004). La problématique autour de l'alimentation de l'enfant devient alors un élément déstabilisant susceptible de remettre en question l'estime parentale. (M. Puech et D. Vergeau, 2004). Le rôle nourricier du parent s'en trouve fortement mis à mal comme le démontre Humphry (1991) : « *The experience of feeding and being fed may contribute to the development of both the infant and parent and shape the parent-infant relationship. When an infant has problems eating, the subsequent difficulty has implications for the developing relationship. Direct and indirect consequences of feeding problems for the parent-infant relationship* ». La famille entre alors dans un cycle infernal où, l'incompréhension régnant, les interactions deviennent inadaptées. Afin d'éviter le renforcement de ces attitudes nocives et l'installation durable de perturbations fonctionnelles, psycho-affectives, cognitives, langagières, et sociales, une intervention précoce s'avère nécessaire.

La prise en charge précoce demeure la clé pour éviter les conséquences néfastes d'un trouble de l'oralité alimentaire. C'est pourquoi le dépistage semble être une bonne solution pour pallier les difficultés rencontrées par les enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire.

Nous avons alors pensé au dépistage précoce ciblant les enfants âgés de 24 à 36 mois. Afin de rassembler la famille autour d'une potentielle difficulté, nous avons choisi de donner à notre outil de dépistage la forme d'une grille parentale. Les études de Dale (1991) et Kern (2003) ont notamment montré l'objectivité des parents dans l'évaluation des compétences de leur enfant. Dans le domaine du langage, la grille parentale apparaît ainsi comme un outil de dépistage efficace, déjà utilisé et reconnu. Les inventaires français du développement communicatif (Kern & Gayraud, 2010) s'appuient par exemple sur les questionnaires parentaux pour dépister les troubles de la communication chez le nourrisson, à 12, 18 et 24 mois. L'utilisation d'une grille parentale pour dépister les troubles de l'oralité alimentaire nous a alors semblé le plus pertinent. En effet, elle permet de prendre en considération les ressentis des parents, de les impliquer dès le dépistage, tout en focalisant leur attention sur des points précis à observer. Leur enfant n'est plus seulement considéré comme présentant une difficulté mais comme un être qui se développe et possède bon nombre de capacités. Le regard parental est orienté grâce à la grille et l'observation en devient facilitée. De plus, en se basant sur l'observation du quotidien, l'outil permet d'obtenir des résultats écologiques.

2 Description de l'outil

2.1 L'outil pour les parents (cf. annexe IV)

Nous avons créé une grille parentale de dépistage des troubles de l'oralité alimentaire pour les enfants âgés de 24 à 36 mois. Celle-ci se compose de trois pages.

La première page recueille les données générales sur la santé de l'enfant et les antécédents familiaux concernant l'alimentation. De cette manière, les parents fournissent des informations importantes susceptibles de mettre en évidence des facteurs de risque pouvant expliquer ou accentuer un potentiel trouble de l'oralité alimentaire (prématurité, présence de RGO, hypernauséeux chez les parents). Cette première partie renseigne également sur des comportements généraux de l'enfant pouvant être associés à la présence d'un trouble de l'oralité alimentaire (sommeil perturbé, comportement agité). Ces éléments ne pourront être interprétés qu'au regard des autres données de l'outil. Cette première page permet aux parents de faire le point, de prendre connaissance des antécédents familiaux de leur conjoint, de se mettre en condition afin de compléter plus aisément la grille. La consigne pour compléter la grille est énoncée clairement sur cette première page. Les parents savent alors ce qu'on attend d'eux et peuvent commencer à s'organiser.

La deuxième page correspond à la grille proprement dite. Cette grille se divise en trois grands thèmes : « l'enfant et son développement sensori-moteur », « l'enfant et le temps du repas » et enfin « l'enfant et sa communication ». Chaque grand thème est composé de dix items. Au total, les parents doivent répondre à trente items. D'après leurs observations de la vie quotidienne, ils doivent cocher le critère de fréquence qui correspond le mieux au comportement de leur enfant. Nous avons fait le choix de proposer quatre critères de fréquence : toujours, souvent, quelquefois et jamais. Nous avons estimé que ces quatre critères permettaient aux parents de répondre rapidement et efficacement, et de façon plus nuancée que s'il avait fallu répondre par oui ou non (différence entre jamais et parfois, entre souvent et toujours). En effet, les parents doivent cocher toujours si le comportement est systématique, souvent si le comportement est fréquent, quelquefois si le comportement est rare et enfin jamais si le comportement est absent. Les items sont simples et renvoient à des notions de la vie courante de l'enfant, à des comportements facilement observables et

quantifiables pour le parent. En rédigeant les items, nous avons en effet le souci de rendre la grille compréhensible et accessible pour tous les parents.

Enfin, il nous a paru évident de mettre en avant les observations, les ressentis, les interrogations des parents. Nous avons donc voulu laisser un champ libre à l'expression des parents. C'est pourquoi, pour clore l'outil, les parents ont une page complète afin de noter toutes leurs remarques, tout ce qui leur semble pertinent au regard de la grille. La page est séparée en trois zones afin de reprendre les trois grands thèmes. Nous avons pensé que cela faciliterait la prise de note des parents et que cela les aiderait à mobiliser des souvenirs concernant chaque thème. Pour nous, cette partie permet de confronter les observations parentales aux données de la grille parentale.

2.2 L'outil de cotation pour les orthophonistes (Cf. Annexe V)

En parallèle, nous avons constitué une grille de cotation pour les orthophonistes. Sur le modèle de la grille parentale, elle reprend les trois grands domaines de développement, décliné chacun en dix items. En reportant les cases cochées par les parents, le professionnel peut visualiser rapidement les items qui apparaissent dans la norme et ceux qui ne le sont pas. Pour chaque item, nous avons en effet attribué deux couleurs en fonction du critère fréquentiel sélectionné. La couleur verte représente un comportement qui suit le développement des enfants du même âge. La couleur rouge indique un développement déviant, s'éloignant de celui des enfants du même âge.

De plus, sur cette grille de cotation figurent en rouge les six items que nous avons définis au préalable comme étant des signaux d'alerte. Ainsi, un signal d'alerte dans le thème « l'enfant et son développement sensori-moteur » renseigne sur l'investissement de la sphère orale dans la première année de vie. Les quatre signaux d'alerte du domaine « l'enfant et le temps du repas » peuvent donner des indices sur la présence d'une sélectivité alimentaire, d'un déficit des praxies masticatoires ou encore la possibilité d'une hypersensibilité intra-buccale. Un dernier signal d'alerte concerne « l'enfant et sa communication ». Ce dernier tient compte du lien possible entre oralité verbale et oralité alimentaire. Si l'un de ces six signaux d'alerte est repéré, un trouble de l'oralité alimentaire pourra être suspecté. Il faudra alors approfondir le dépistage à l'aide d'un bilan orthophonique de l'oralité alimentaire, et ce afin de s'assurer du bon développement de l'enfant. Grâce à cette grille, l'orthophoniste peut ainsi vérifier l'absence de signaux d'alerte et identifier la présence d'un ou plusieurs éléments supposés déviants, justifiant un approfondissement des données obtenues à l'issue du dépistage.

3 Cadre théorique associé

3.1 La construction d'une revue de littérature (cf. Annexe VI)

Pour élaborer la grille parentale, nous avons choisi de balayer le développement global de l'enfant puisque l'oralité alimentaire semble se développer conjointement à l'oralité verbale (d'après les études récentes) et aux acquisitions sensori-motrices de l'enfant. Afin de construire notre grille parentale, nous avons alors réalisé en amont une revue de littérature. En effet, nous avons sélectionné puis classé les compétences acquises par les enfants âgés de 24 à 36 mois, selon trois grands domaines de développement. Le premier fait référence au développement sensori-moteur, le second reprend exclusivement le développement de l'oralité alimentaire, le troisième s'attache enfin au développement du langage et de la communication de l'enfant. Cette revue de littérature nous a également permis de dégager

des repères développementaux pour chaque comportement évoqué dans la grille. C'est à partir de ces âges clé d'acquisition des compétences psychomotrices, alimentaires et langagières que la grille de cotation et son code couleur ont été également réfléchis.

3.2 Le choix des items

Les items choisis s'inspirent des éléments investigués lors de l'anamnèse d'un bilan orthophonique de l'oralité alimentaire. Pour éviter toute forme de lassitude de la part des parents, nous avons limité notre choix à dix grandes compétences par grand thème. Nous avons dans un second temps traduit les compétences sous forme de phrases de la vie quotidienne. Ainsi les parents peuvent se référer à des situations concrètes. Par exemple, nous avons voulu savoir si le réflexe archaïque du nauséux avait bien disparu. Pour ce faire, nous avons fait le choix d'une phrase simple et facilement observable : « il aime se brosser les dents ». A travers cet énoncé nous pouvons déjà aborder des notions intervenant au niveau de la sphère buccale de l'enfant sans paraître trop intrusif. L'adulte, expert de son enfant, est ainsi reconnu et valorisé dans sa compétence parentale puisqu'il peut facilement répondre à ce genre d'item. Enfin, les items ont été choisis de manière à obtenir des indices révélateurs d'un trouble potentiel (signaux d'alerte) mais aussi d'autres renseignements sur l'origine possible du dysfonctionnement. L'orthophoniste, à partir des indices récoltés, pourra se questionner sur différents éléments : la sensibilité corporelle et la sensibilité extra ou intra-buccale, les praxies globales et fines et les praxies masticatoires, l'articulation, le lexique, la morphosyntaxe, l'appétence et le plaisir alimentaire et verbal.

III Le recueil des données

1 Chronologie de notre expérimentation

Nous avons réalisé notre expérimentation en plusieurs temps. Les différentes étapes de notre expérimentation sont exposées ci-dessous :

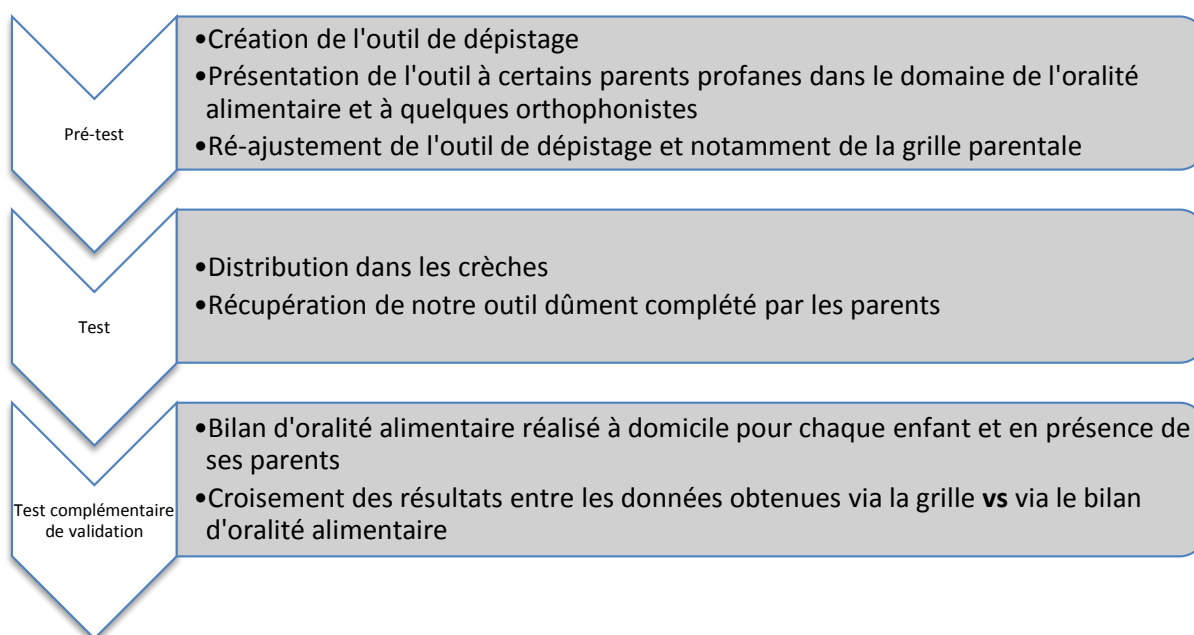


Figure 5. Procédure de l'expérimentation

Nous avons distribué notre outil lors du mois de juin 2015 et nous avons pu récolter le rendu de certaines grilles dès le mois de juillet. Pour augmenter notre échantillon, nous avons fait une deuxième distribution au cours de l'automne 2015. Nous avons finalement pu prendre connaissance de toutes les grilles à la fin du mois de novembre.

2 La nature des données recueillies

Les données recueillies permettent, à l'aide des signaux d'alerte, de distinguer les enfants à risque des enfants non à risque de présenter un trouble de l'oralité alimentaire.

Grâce à notre outil, nous avons pu recueillir une multitude d'informations. Chaque enfant a obtenu son profil de développement concernant les trois grands thèmes présentés dans la grille parentale. Les parents ont été les acteurs de cette réalisation, ce qui leur confère une place privilégiée dans la construction de notre expérimentation.

De par la forme de notre outil, nous avons pu distinguer les particularités de chaque enfant. Notre outil balaye un large champ autour du développement et des antécédents médicaux de l'enfant. Cela permet de faire des liens entre les différents éléments et de pouvoir émettre une ou plusieurs hypothèses quant à l'étiologie des diverses déviances.

3 Principes de cotation

Comme nous l'avons évoqué précédemment, nous avons créé une grille réservée exclusivement aux orthophonistes (cf. Annexe V). Celle-ci permet de coter la grille parentale au regard du développement théorique des enfants âgés de 24 à 36 mois. Comme nous l'avons dit, nous avons uniquement séparé la cotation en deux caractères :

- Soit l'enfant possède les items correspondant au développement des enfants de son âge. Cela est représenté par la couleur verte dans la grille.
- Soit son développement est supposé déviant par rapport aux enfants du même âge que lui. Dans ce cas, le rouge indiquera cette déviance.

De plus, afin que notre grille soit plus discriminante, nous avons défini six signaux d'alerte :

- « Il mettait des objets à la bouche lorsqu'il était plus petit »
- « Il mange comme vous »
- « Il mange des morceaux »
- « Il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche »
- « Il arrive à votre enfant de régurgiter et/ou vomir après un repas »
- « Il produit des phrases de 2 mots ou plus »

Parmi ces six signaux, quatre sont propres à l'oralité alimentaire, les deux restants concernent les deux autres domaines de notre grille, gravitant autour de l'oralité alimentaire.

Si l'un de ces signaux est repéré, cela doit interpeler le professionnel qui devra orienter la famille afin d'approfondir le domaine déficitaire et vérifier la présence d'un retard ou d'un trouble. L'outil de dépistage ne permet pas de poser un diagnostic. Il doit être réalisé en vue d'un approfondissement futur, si cela se révèle nécessaire. Dans la grille de cotation, les signaux d'alerte sont mis en évidence par la présence de « smiley », situés à côté de chaque item. Un smiley vert qui sourit signifie que l'enfant ne présente pas le signal d'alerte

concerné. Un smiley rouge inquiet suppose la présence d'un élément déviant. Le professionnel note le nombre total de signaux d'alerte présents. Cependant, la présence d'un seul signal d'alerte nécessite une investigation plus poussée de la part de l'orthophoniste. Dans un premier temps, celui-ci pourra repérer dans quel(s) domaine(s) le ou les signal(aux) d'alerte se trouvent, puis il pourra poursuivre ses recherches afin de confirmer ou d'infirmer la présence effective d'un retard ou d'un trouble de l'oralité alimentaire.

Afin de faciliter la lecture de la grille de cotation, les professionnels peuvent indiquer le nombre de cases rouges pour chacun des grands thèmes de la grille. Cela permet de repérer un développement moins investi qu'un autre et orienter le futur bilan. L'orthophoniste va ainsi pouvoir repérer la globalité des réponses du profil de l'enfant. Les items non identifiés comme signaux d'alerte permettent de conforter ces derniers et de donner une première indication sur l'origine des difficultés (sensorielles, praxiques...). Par exemple, les items « il aime marcher pieds nus », « il patouille avec ses mains » peuvent consolider les signaux d'alerte présents dans la rubrique « l'enfant et le temps du repas ».

4 Conclusion permise par la grille

Notre outil permet de repérer un enfant à risque de présenter un développement déviant par rapport aux enfants de son âge. Il permet de distinguer les enfants ayant un potentiel trouble de l'oralité alimentaire de ceux ne présentant pas de potentiel trouble de l'oralité alimentaire. De ce fait, il permet aussi d'orienter les enfants dépistés à risque vers un bilan diagnostic orthophonique.

IV Validation de la grille de dépistage

1 Le bilan d'oralité alimentaire

1.1 Les objectifs du bilan

Notre grille parentale de dépistage constitue une procédure préliminaire visant à mettre en exergue la présence d'un ou plusieurs signaux d'alerte, caractéristiques d'un présumé trouble de l'oralité alimentaire. Comme tout outil de dépistage, cette grille suppose d'être confirmée par la passation d'un bilan. A travers une investigation plus approfondie et exhaustive, ce dernier pourra véritablement objectiver la présence ou l'absence d'un trouble de l'oralité alimentaire. L'objectif de notre bilan consiste donc à rassembler un faisceau d'indices pertinents. Ces derniers confirmeront ou non ce qu'a pu identifier notre grille parentale, à savoir le caractère véritablement sain du sujet ou, au contraire, la présence de signes d'alerte significatifs détectés par l'outil.

Dans le cadre de notre expérimentation, tous les enfants, qu'ils aient été dépistés positifs ou négatifs, ont été soumis à la passation du bilan, ce afin de pouvoir évaluer l'efficacité de notre outil à discriminer les sujets effectivement sains et les sujets présentant réellement un trouble.

1.2 Description de l'outil bilan

Conformément à la tranche d'âge à laquelle s'adresse notre grille de dépistage, le bilan proposé est un bilan d'oralité secondaire. A l'image de notre grille, il tente ainsi de considérer l'oralité alimentaire comme inscrite dans le développement global de l'enfant. Il s'articule

autour d'un temps d'anamnèse détaillée avec les parents et de tests cliniques proposés à l'enfant. Afin d'infirmier ou de confirmer les conclusions de notre outil de dépistage, les items de notre bilan font écho à ceux de notre grille parentale (cf. Annexe VII).

1.2.1 Les éléments interrogés lors de l'anamnèse

Connaître l'histoire alimentaire de l'enfant constitue un élément essentiel de l'entretien avec les parents. Laissant les parents libres de dire les éléments leur paraissant importants, l'utilisation de questions ouvertes nous a permis de retracer le parcours de l'enfant au fil des grandes étapes du développement de l'oralité alimentaire : « Comment s'est déroulée l'alimentation de votre enfant jusqu'à présent? » était ainsi la première question posée pour initier un échange autour de la prise du biberon ou du sein, du sevrage, de l'introduction de la cuillère puis des morceaux. Si nécessaire, nous amenions les parents à préciser leur discours pour mieux comprendre la nature des difficultés antérieurement rencontrées : par exemple, si la prise du biberon était compliquée, nous demandions des précisions sur la durée, les quantités prises, ou encore la présence de fuites de liquide par les lèvres et le comportement de l'enfant (endormissement, pleurs...).

L'investigation du comportement alimentaire actuel de l'enfant complète cette histoire alimentaire. Une partie de l'entretien s'organise ainsi autour des temps de repas pendant la journée, en terme d'ambiance, d'installation, de matériel utilisé, d'attitudes, d'autonomie, d'habitudes, de rythmes, de contenu et de préférences alimentaires (goûts, textures, températures). Questionner le plaisir et les signes d'appétence de l'enfant durant ces moments privilégiés nous a semblé également essentiel, ces notions étant souvent inexistantes lorsqu'un trouble de l'oralité alimentaire est présent. Si des difficultés étaient soulignées par les parents, nous amenions ces derniers à développer autour des comportements observés (refus, nausées, vomissements). Nous nous sommes également préoccupées de savoir s'il arrive à l'enfant de recracher les aliments, de garder longtemps en bouche, de tousser, d'être lent à manger, pour déceler la présence de fausses routes, d'un éventuel nauséux, ou encore d'une mauvaise efficacité des praxies masticatoires.

Notre anamnèse visait ensuite à mettre tous ces éléments en lien avec le développement global de l'enfant.

Interroger l'histoire médicale de l'enfant depuis sa naissance nous a ainsi permis de constater ou non la présence d'éléments à risque pour le développement alimentaire. Une naissance prématurée, une souffrance néonatale, la présence d'allergies, de maladies respiratoires, digestives, de reflux gastro-œsophagien, ou encore de pathologies ORL sont autant d'éléments interrogés au cours de ce bilan. Ces éléments, susceptibles d'être perçus par les parents comme intrusifs, furent surtout abordés pour les enfants dont l'histoire et le comportement alimentaires ont été décrits comme difficiles. Pour ces derniers, nous avons également questionné les antécédents familiaux autour de l'oralité alimentaire, afin de mieux identifier et comprendre les facteurs de risque.

L'âge d'acquisition de la position assise, de la marche, ainsi que l'adresse de l'enfant en rapport avec les motricités globale et fine furent interrogés pour évaluer le développement psychomoteur de l'enfant. Il s'agissait d'identifier ou non des indices pouvant révéler des difficultés praxiques globales susceptibles d'impacter les praxies bucco-faciales nécessaires à la mastication et à l'articulation.

Pour interroger la sensibilité de l'enfant, nous nous sommes inspirées des questions que pose Isabelle Barbier (2014) lorsqu'elle réalise un bilan des fonctions bucco-faciales et de la

déglutition. Nous avons privilégié l'investigation de la sensibilité tactile, mais, selon les informations obtenues, nous complétions si nécessaire par des éléments concernant l'olfaction, l'audition, la vision et la proprioception. En référence aux intégrations sensorielles, il s'agissait ici d'identifier les réactions de l'enfant face aux différents stimuli non alimentaires et alimentaires. La tolérance de l'enfant au contact de textures différentes, à toucher ou à goûter, aux changements de température, ou encore la préférence pour le sucré ou le salé ont donc été interrogées. A partir de là, nous pouvions émettre des hypothèses sur la sensorialité de l'enfant et l'incidence éventuelle sur son comportement alimentaire.

Le développement langagier a également fait l'objet d'un temps d'échanges avec les parents. Nous avons ainsi obtenu des informations sur le versant expressif du langage, du babillage à l'âge d'apparition des premiers mots, jusqu'aux premières phrases. Il s'agissait ici de prendre en compte le développement conjoint des deux oralités, alimentaire et verbale.

Enfin, l'observation des interactions mère-enfant ainsi que l'attention portée au type de qualificatifs employés par le parent pour décrire le moment du repas nous ont permis d'identifier si le comportement alimentaire de l'enfant était source d'inquiétude, voire de souffrance chez le parent.

L'anamnèse mobilise le récit subjectif des parents. Fournissant des informations précieuses sur le quotidien de l'enfant, elle suppose cependant d'être complétée par des observations cliniques destinées à évaluer objectivement les compétences alimentaires de l'enfant.

1.2.2 L'examen clinique de l'enfant (Cf. annexe VIII)

Pour bien manger, l'enfant doit être capable d'intégration sensorielle et d'efficacité motrice. Cette étape s'avère fondamentale pour faire la part des choses entre ce qui relève de l'organique et du simple comportement d'opposition fréquent chez les enfants de 24 à 36 mois.

En examinant ainsi la sphère bucco-faciale de l'enfant, notre but était de vérifier l'intégrité anatomique des organes intervenant dans l'acte de manger. Nous nous sommes assurées de la présence des molaires, essentielles à la mastication, et de l'absence de malocclusion. Nous avons également observé le type de respiration de l'enfant, ainsi que la présence de bavage, en situations passive, de jeu et de goûter. Ces éléments peuvent traduire par exemple une incompétence labiale, une hyposensibilité bucco-faciale, toutes deux susceptibles d'entraver le temps buccal.

Tester les praxies bucco-faciales sur imitation nous a ensuite permis d'évaluer le tonus et la coordination des éléments constitutifs de la sphère bucco-faciale, ainsi que l'agilité motrice de la langue et des lèvres. Nous avons ici proposé les 5 items de la batterie Evalo b-b (2010) : souffler dans les bulles de savon, ouvrir grand la bouche, tirer la langue, faire un baiser, faire un grand sourire. L'observation de l'enfant lors d'un goûter nous a permis d'évaluer les praxies masticatoires. En nous appuyant sur le protocole de C. Senez, nous avons proposé un biscuit sec en plusieurs petits morceaux. Nous avons alors observé les mouvements linguaux dans trois situations différentes : à l'introduction d'un morceau entre les molaires, à droite puis à gauche, à l'introduction d'un morceau sur la partie médiane antérieure de la langue, puis en spontané. Ce bilan masticatoire nous a permis de conclure quant à l'efficacité de la continence labiale, des mouvements linguaux et de la mastication.

L'évaluation de la sensibilité tactile et la recherche du nauséeux ont également été réalisées de manière systématique. Différentes matières à toucher, de textures différentes nous ont permis de déterminer le niveau de sensibilité tactile de l'enfant, selon les stades définis par V. Leblanc (2009). Nous avons également testé l'approche du visage, pour aller progressivement vers la sensibilité intra-buccale. La recherche du nauséeux, suivant le protocole de C. Senez, associée à l'évaluation du refus alimentaire, constitue un élément de notre bilan, permettant de mettre ou non à jour une hypersensibilité intra-buccale susceptible de gêner l'enfant dans l'acceptation d'aliments de consistance, de températures, de textures, de goûts variés.

Enfin, le bilan consacre un temps d'évaluation du langage. Nous avons pour cela demandé à chaque enfant de nommer les parties du corps d'une poupée. Cela a été l'occasion d'évaluer la connaissance du schéma corporel. Nous avons aussi recueilli un corpus spontané en situation de jeux de dînette. Nous avons ainsi pu qualifier l'intelligibilité de l'enfant, vérifier l'acquisition d'un lexique autour du repas, et la production de phrases de deux mots ou plus.

2 La passation du bilan

2.1 Les conditions d'observation

Le bilan a été réalisé au domicile de chaque famille, dans un délai de trois mois maximum après le rendu de la grille parentale de dépistage, pour une durée moyenne d'une heure trente minutes. En effet, il était important que l'écart temporel entre la passation de la grille et la passation du bilan soit le plus faible possible afin d'obtenir un minimum de biais. Nous avons souhaité qu'il se réalise dans des conditions confortables, favorables à la mise en confiance de l'enfant et de ses parents. Pour l'anamnèse, nous avons ainsi veillé à ce que les questions posées restent les plus ouvertes possibles pour que chaque parent se sente libre de nous expliquer les éléments de son choix. Dans la mesure où le bilan que nous avons réalisé ne découlait pas d'une plainte initiale mais d'une démarche expérimentale, il était indispensable de ne pas paraître trop intrusives, les questions les plus délicates (comme l'histoire néonatale ou encore les antécédents familiaux) n'ayant été posées que pour les enfants présentant des difficultés. Enfin, l'examen clinique a été réalisé de manière ludique, accompagné de comptines (par exemple pour le nauséeux).

Nous avons nous-mêmes réalisé les bilans, sachant que notre statut d'étudiantes supposait de notre part la plus grande prudence quant aux conclusions que nous portions, d'autant plus qu'un bilan d'oralité alimentaire repose essentiellement sur des observations cliniques non quantifiables. Pour obtenir des conclusions objectives et limiter la subjectivité de l'expérimentateur, nous avons mis en place plusieurs stratégies.

Nous avons d'abord choisi de réaliser les bilans sans analyser au préalable la grille de dépistage, afin de ne pas être influencées par les résultats de notre outil. Seule une partie de la première page de la grille a été lue, c'est-à-dire celle contenant les éléments de présentation de l'enfant (âge, poids, taille).

Pour faciliter le travail d'observation et avoir sous les yeux les objectifs d'analyse clinique, nous avons ensuite élaboré une fiche de recueil de données organisée en fonction des différentes étapes du bilan et des domaines investigués (Cf. annexe VIII).

2.2 La méthode inter-juge

La méthode inter-juge définit une procédure visant à obtenir des données objectives, en dehors de tout risque d'interprétation subjective de la part de l'expérimentateur. Dans le cadre de la réalisation des bilans d'oralité, cette dernière nous a paru importante. Elle supposait que nous réalisions chaque bilan à deux. Nous avons chacune une fiche de recueil de données. Nous avons chacune relevé les éléments d'anamnèse et nos observations de manière indépendante, sans échanger au cours du bilan pour ne pas s'influencer l'une l'autre. C'est uniquement après la réalisation du bilan que nous avons mis en commun les données recueillies par chacune, nous permettant un temps d'analyse différée la plus juste possible. Si nos résultats respectifs s'avéraient trop contradictoires pour certains éléments du bilan, ces derniers devaient être considérés comme à ne pas prendre en considération dans notre analyse. Précisons cependant que cette méthode n'a pas pu être appliquée pour quatre des enfants de notre population, pour des contraintes d'emploi du temps.

3 Conclusions permises par le bilan

Le bilan nous permet de distinguer deux groupes d'enfants :

- les enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire
- les enfants ne présentant aucun trouble de l'oralité alimentaire

Par la suite, nous pourrons confronter les résultats du bilan à ceux obtenus par notre outil de dépistage afin de vérifier la pertinence et la validité de la grille parentale. (cf. Résultats)

Chapitre IV

PRESENTATION DES RESULTATS

I Analyse quantitative des résultats

1 L'efficacité d'un outil de dépistage : valeurs intrinsèques du test

L'efficacité d'un outil de dépistage à discriminer les populations à risque d'avoir ou de développer une pathologie dépend de deux paramètres principaux - la sensibilité et la spécificité - ainsi que d'un indice mesurant l'efficacité de son orientation diagnostique. C'est en confrontant notre bilan d'oralité avec les conclusions de notre grille parentale de dépistage que nous avons pu mesurer l'ensemble de ces paramètres.

1.1 La sensibilité

La sensibilité d'un outil de dépistage correspond « à la mesure dans laquelle l'épreuve permet de distinguer les sujets atteints de la maladie considérée [...] c'est-à-dire la mesure dans laquelle l'épreuve donne des résultats positifs pour les sujets atteints. » (Wilson & Jungner, 1970). La sensibilité renvoie donc à la capacité du test à identifier les individus porteurs d'un trouble.

La sensibilité se mesure en calculant le nombre de sujets atteints pour lesquels le résultat est positif divisé par le nombre total de sujets atteints. La sensibilité « correspond à la proportion des cas faussement négatifs » (Wilson & Jungner, 1970).

1.2 La spécificité

La spécificité d'une épreuve correspond « à la mesure dans laquelle elle donne des résultats négatifs pour les sujets indemnes. La spécificité correspond à la proportion des cas faussement positifs. » (Wilson & Jungner, 1970). La spécificité renvoie à la probabilité d'avoir un résultat négatif lorsque l'individu n'est pas porteur d'un trouble.

La spécificité se mesure en calculant le nombre de sujets sains pour lesquels le résultat est négatif divisé par le nombre total de sujets sains.

1.3 L'indice de Youden

Cet indice permet de mesurer l'efficacité d'orientation diagnostique d'un test de dépistage. C'est une valeur synthétique obtenue par l'addition de la sensibilité et de la spécificité de l'outil. Le calcul se fait en ajoutant la valeur de la sensibilité avec la valeur de la spécificité et en ôtant 1 point. L'indice de Youden varie entre -1 et 1. Un indice égal à 0 traduit un test qui n'a aucune efficacité d'orientation diagnostique. Cette dernière est en revanche maximale lorsque l'indice est proche de 1 (Youden, 1950).

1.4 Résumé de l'efficacité d'une épreuve de dépistage

Lorsque nous réalisons un dépistage, nous pouvons obtenir une répartition de la population dépistée selon quatre cas de figures :

- Les VRAIS POSITIFS (VP) : les sujets sont dépistés positifs, c'est-à-dire comme présentant un potentiel trouble et cela est confirmé par la pose du diagnostic réalisée à l'aide d'un bilan.
- Les FAUX POSITIFS (FP) : les sujets sont dépistés positifs, c'est-à-dire comme présentant un potentiel trouble mais le bilan ne confirme pas le trouble. Ils sont reconnus comme finalement « sains ».

- Les VRAIS NEGATIFS (VN) : les sujets sont dépistés négatifs, c'est-à-dire comme ne présentant pas de potentiel trouble et cela est confirmé par le bilan qui ne révèle aucune pathologie.
- Les FAUX NEGATIFS (FN) : les sujets sont dépistés négatifs, c'est-à-dire comme ne présentant pas de potentiel trouble. Malheureusement le bilan met en avant la présence d'un trouble.

L'efficacité du dépistage se mesure ainsi selon ces quatre cas de figure :

Résultats	Etat réel d'une population apparemment bien portante, du point de vue de la maladie considérée	
	Sujets atteints (=1)	Sujets indemnes (=0)
Positifs (= 1)	Sujets atteints pour lesquels le résultat est positif (cas réellement positifs) → VP	Sujets indemnes pour lesquels le résultat est positif (cas faussement positifs) → FP
Négatifs (=0)	Sujets atteints pour lesquels le résultat est négatif (cas faussement négatifs) → FN	Sujets indemnes pour lesquels le résultat est négatif (cas réellement négatifs) → VN
Total	Nombre total de cas non décelés auparavant (VP + FN)	Nombre total de sujets indemnes (VN + FP)
Sensibilité = $\frac{\text{Nombre des sujets atteints pour lesquels le résultat est positif (VP)}}{\text{Nombre total des sujets atteints (VP + FN)}}$		
Spécificité = $\frac{\text{Nombre des sujets non atteints pour lesquels le résultat est négatif (VN)}}{\text{Nombre total des sujets indemnes (VN + FP)}}$		

Tableau 3. L'efficacité du dépistage, d'après Remein et Wilkerson (1961)

2 Efficacité de notre grille parentale comme outil de dépistage

Précisons que pour les tableaux présentés ci-dessous, la note 0 correspond à un enfant révélé sain lors du dépistage ou du bilan. La note 1 correspond à un enfant révélé à risque (dépistage) ou pathologique (bilan).

2.1 La sensibilité de notre outil

Notre grille parentale de dépistage obtient le résultat suivant :

			Bilan		Total
			0	1	
Dépistage 0	Effectif		10	0	10
	% compris dans Dépistage		100,0%	,0%	100,0%
	% compris dans Bilan		83,3%	,0%	66,7%
1	Effectif		2	3	5
	% compris dans Dépistage		40,0%	60,0%	100,0%
	% compris dans Bilan		16,7%	100,0%	33,3%
Total	Effectif		12	3	15
	% compris dans Dépistage		80,0%	20,0%	100,0%
	% compris dans Bilan		100,0%	100,0%	100,0%

Tableau 4. Sensibilité de notre outil de dépistage

Sensibilité=100%

Pour lire ce tableau, il faut croiser les données. Par exemple, pour ce tableau, prenons le résultat 83,3%. Cela signifie que 83,3% des enfants dépistés négatifs (Dépistage 0) sont réellement « sains » (Bilan 0).

Ainsi, notre outil repère de façon optimale, les sujets atteints d'un trouble de l'oralité alimentaire. Il n'y a aucun faux négatif (FN), c'est-à-dire aucun enfant dépisté « sain » mais révélé comme pathologique au bilan.

2.2 La spécificité de notre outil

Notre grille parentale de dépistage obtient le résultat suivant :

			Bilan		Total
			0	1	
Dépistage 0	Effectif		10	0	10
	% compris dans Dépistage		100,0%	,0%	100,0%
	% compris dans Bilan		83,3%	,0%	66,7%
1	Effectif		2	3	5
	% compris dans Dépistage		40,0%	60,0%	100,0%
	% compris dans Bilan		16,7%	100,0%	33,3%
Total	Effectif		12	3	15
	% compris dans Dépistage		80,0%	20,0%	100,0%
	% compris dans Bilan		100,0%	100,0%	100,0%

Tableau 5. Spécificité de notre outil de dépistage

Spécificité=83%

Pour lire ce tableau, il faut croiser les données. Par exemple, pour ce tableau, prenons le résultat 83,3%. Cela signifie que 83,3% des enfants dépistés négatifs (Dépistage 0) sont réellement « sains » (Bilan 0).

Ainsi, notre outil possède une spécificité de 83%, cela signifie que 17% des personnes dépistées comme positives (c'est-à-dire comme ayant un potentiel trouble de l'oralité alimentaire), ne présentent en réalité aucun trouble de l'oralité alimentaire.

2.3 L'indice de Youden relatif à l'outil

L'indice de Youden se calcule en ajoutant les valeurs de la sensibilité et de la spécificité et en retirant 1 point. Nous obtenons donc le calcul suivant :

$$\text{Indice de Youden} = (1 + 0,83) - 1$$

Indice de Youden = 0,83

Le résultat est proche de 1, seuil maximal d'orientation diagnostique.

2.4 Valeur Prédictive Positive / Valeur Prédictive Négative : valeurs extrinsèques du test

En parallèle de la sensibilité et de la spécificité de notre outil, nous avons mesuré la Valeur Prédictive Positive (VPP) et la Valeur Prédictive Négative (VPN). Ces valeurs dépendent de la prévalence de la pathologie dans la population.

La VPP est l'inverse de la sensibilité, c'est-à-dire que cette valeur mesure la capacité de l'outil à détecter des malades. Cela correspond à la probabilité d'être malade lorsque le test est positif soit lorsque l'on est dépisté comme ayant un potentiel trouble. Cette valeur permet de se faire une idée du nombre d'exams supplémentaires inutiles faits à une population ne présentant pas de trouble.

La VPN correspond à la probabilité d'être non malade lorsque le dépistage est négatif c'est-à-dire lorsque l'on est dépisté comme ne présentant pas de potentiel trouble.

Nous obtenons les résultats suivants :

			Bilan		Total
			0	1	
Dépistage 0	Effectif		10	0	10
	% compris dans Dépistage		100,0%	,0%	100,0%
	% compris dans Bilan		83,3%	,0%	66,7%
1	Effectif		2	3	5
	% compris dans Dépistage		40,0%	60,0%	100,0%
	% compris dans Bilan		16,7%	100,0%	33,3%
Total	Effectif		12	3	15
	% compris dans Dépistage		80,0%	20,0%	100,0%
	% compris dans Bilan		100,0%	100,0%	100,0%

Tableau 6. VPP/VPN de notre outil

VPP=60%

VPN=100%

Pour lire ce tableau, il faut croiser les données. Par exemple, pour ce tableau, prenons le résultat 83,3%. Cela signifie que 83,3% des enfants dépistés négatifs (Dépistage 0) sont réellement « sains » (Bilan 0).

Ces résultats montrent la probabilité de notre outil à distinguer des enfants réellement porteurs d'un trouble (Vrais Positifs), des enfants réellement « sains » (Vrais Négatifs).

Au regard des résultats statistiques obtenus, nous avons 60% « de chance » d'être réellement atteint d'un trouble de l'oralité alimentaire lorsque nous sommes dépistés positifs, c'est-à-dire comme ayant un potentiel trouble de l'oralité alimentaire. De plus, nous avons 100% « de chance » de ne pas présenter de trouble de l'oralité alimentaire lorsque nous sommes dépistés négatifs, c'est-à-dire comme n'ayant pas de potentiel trouble.

2.5 Analyse des trente items constituant notre grille parentale de dépistage

Sur les trente items de notre grille parentale, quatre sont ressortis comme significatifs à l'aide d'une analyse statistique de type Khi2.

En effet, les quatre items obtiennent un p significatif soit un p inférieur à 0,05. L'indicateur p est statistiquement significatif pour les quatre items suivants :

- « Il mange comme vous »
- « Il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche »
- « Il boit au verre sans aide »
- « Il fait des phrases avec « JE » »

Nous obtenons les tableaux statistiques suivants :

2.5.1 « Il mange comme vous (purée, morceaux, légumes...) »

			Il mange comme vous (purée, morceaux, légumes,...)		Total
			0	1	
Bilan	0	Effectif	12	0	12
		% compris dans Bilan	100,0%	,0%	100,0%
		% compris dans Il mange comme vous (purée, morceaux, légumes,...)	85,7%	,0%	80,0%
	1	Effectif	2	1	3
		% compris dans Bilan	66,7%	33,3%	100,0%
		% compris dans Il mange comme vous (purée, morceaux, légumes,...)	14,3%	100,0%	20,0%
Total	Effectif	14	1	15	
	% compris dans Bilan	93,3%	6,7%	100,0%	
	% compris dans Il mange comme vous (purée, morceaux, légumes,...)	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau 7. Test du Khi 2 avec un indicateur p significatif pour l'item « il mange comme vous »

Khi $p=0.038$

Pour lire ce tableau, il faut croiser les données. Par exemple, pour ce tableau, prenons le résultat 85,7%. Cela signifie que 85,7% des enfants dépistés négatifs (Dépistage 0) sont réellement « sains » (Bilan 0). C'est cet item qui permet de le révéler.

2.5.2 « Il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche »

			Il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche		Total
			0	1	
Bilan	0	Effectif	11	1	12
		% compris dans Bilan	91,7%	8,3%	100,0%
		% compris dans Il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche	100,0%	25,0%	80,0%
	1	Effectif	0	3	3
		% compris dans Bilan	,0%	100,0%	100,0%
		% compris dans Il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche	,0%	75,0%	20,0%
Total	Effectif	11	4	15	
	% compris dans Bilan	73,3%	26,7%	100,0%	
	% compris dans Il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau 8. Test du Khi 2 avec un indicateur p significatif pour l'item « Il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche »

Khi $p=0.001$

Pour lire ce tableau, il faut croiser les données. Par exemple, pour ce tableau, prenons le résultat 100%. Cela signifie que 100% des enfants dépistés négatifs (Dépistage 0) sont réellement « sains » (Bilan 0). C'est cet item qui permet de le révéler.

2.5.3 « Il boit au verre sans aide »

			Il boit au verre sans aide		Total
			0	1	
Bilan	0	Effectif	12	0	12
		% compris dans Bilan	100,0%	,0%	100,0%
		% compris dans Il boit au verre sans aide	92,3%	,0%	80,0%
	1	Effectif	1	2	3
		% compris dans Bilan	33,3%	66,7%	100,0%
		% compris dans Il boit au verre sans aide	7,7%	100,0%	20,0%
Total	Effectif	13	2	15	
	% compris dans Bilan	86,7%	13,3%	100,0%	
	% compris dans Il boit au verre sans aide	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau 9. Test du Khi 2 avec un indicateur p significatif pour l'item « il boit au verre sans aide »

Khi $p=0.002$

Pour lire ce tableau, il faut croiser les données. Par exemple, pour ce tableau, prenons le résultat 92,3%. Cela signifie que 92,3% des enfants dépistés négatifs (Dépistage 0) sont réellement « sains » (Bilan 0). C'est cet item qui permet de le révéler.

2.5.4 « Il fait des phrases avec « JE » (je mange, je bois...) »

			Il fait des phrases avec « je » (« je mange », « je bois »...)		Total
			0	1	
Bilan	0	Effectif	7	5	12
		% compris dans Bilan	58,3%	41,7%	100,0%
		% compris dans Il fait des phrases avec « je » (« je mange », « je bois »...)	100,0%	62,5%	80,0%
	1	Effectif	0	3	3
		% compris dans Bilan	,0%	100,0%	100,0%
		% compris dans Il fait des phrases avec « je » (« je mange », « je bois »...)	,0%	37,5%	20,0%
Total	Effectif	7	8	15	
	% compris dans Bilan	46,7%	53,3%	100,0%	
	% compris dans Il fait des phrases avec « je » (« je mange », « je bois »...)	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau 10. Test du Khi 2 avec un indicateur p significatif pour l'item « il fait des phrases avec "JE" »

Khi $p=0.032$

Pour lire ce tableau, il faut croiser les données. Par exemple, pour ce tableau, prenons le résultat 100%. Cela signifie que 100% des enfants dépistés négatifs (Dépistage 0) sont réellement « sains » (Bilan 0). C'est cet item qui permet de le révéler.

Par conséquent, ces quatre items ressortent comme les plus pertinents parmi l'ensemble de nos trente items. Ces items, d'après les résultats, permettent de distinguer significativement un enfant présentant un potentiel trouble de l'oralité alimentaire d'un enfant ne présentant aucun trouble de l'oralité alimentaire.

II Analyse qualitative : corrélation entre les données du dépistage et les données du bilan

1 Les données de notre grille parentale comme outil de dépistage

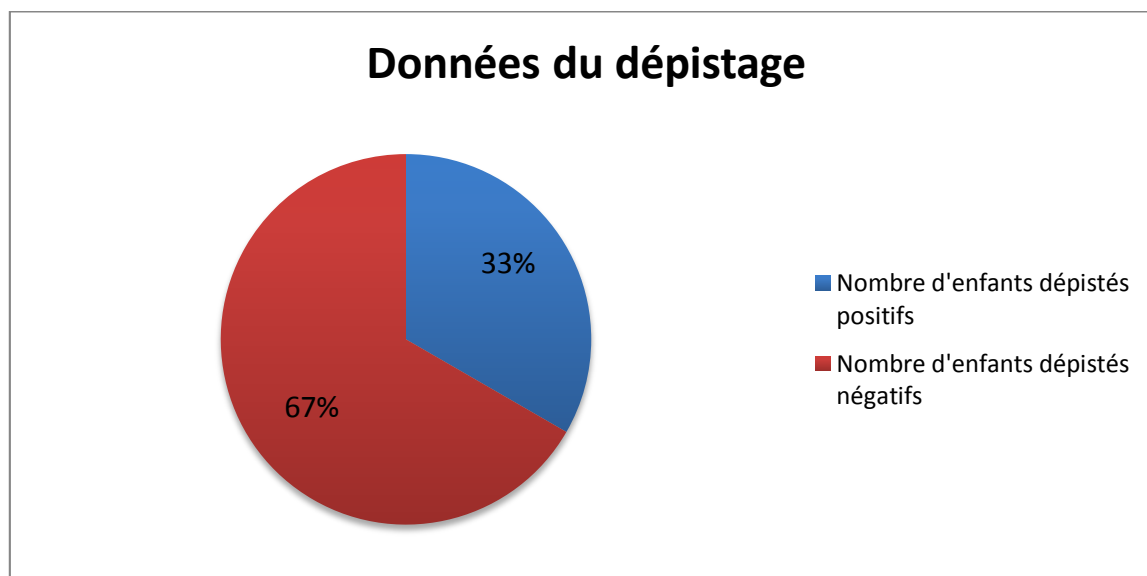
Après le recueil de toutes nos grilles, nous obtenons le résultat suivant :

Nombre d'enfants dépistés positifs	
= Nombre d'enfants ayant un potentiel trouble de l'oralité alimentaire	5
Nombre d'enfants dépistés négatifs	
= Nombre d'enfants ne présentant pas de potentiel trouble de l'oralité alimentaire	10

Tableau 11. Répartition de notre population concernant notre outil de dépistage

Sur les 15 enfants participant à notre étude, 5 ont été dépistés positifs c'est-à-dire comme présentant un potentiel trouble de l'oralité alimentaire. 10 d'entre eux ont été dépistés négatifs. Cela correspond au fait que ces 10 enfants ne présentent aucun potentiel trouble de l'oralité alimentaire.

Nous observons donc la répartition suivante :



Graphique 1. Vue d'ensemble de notre population au regard de notre outil de dépistage

2 Les données du bilan comme objet de validation de notre outil de dépistage

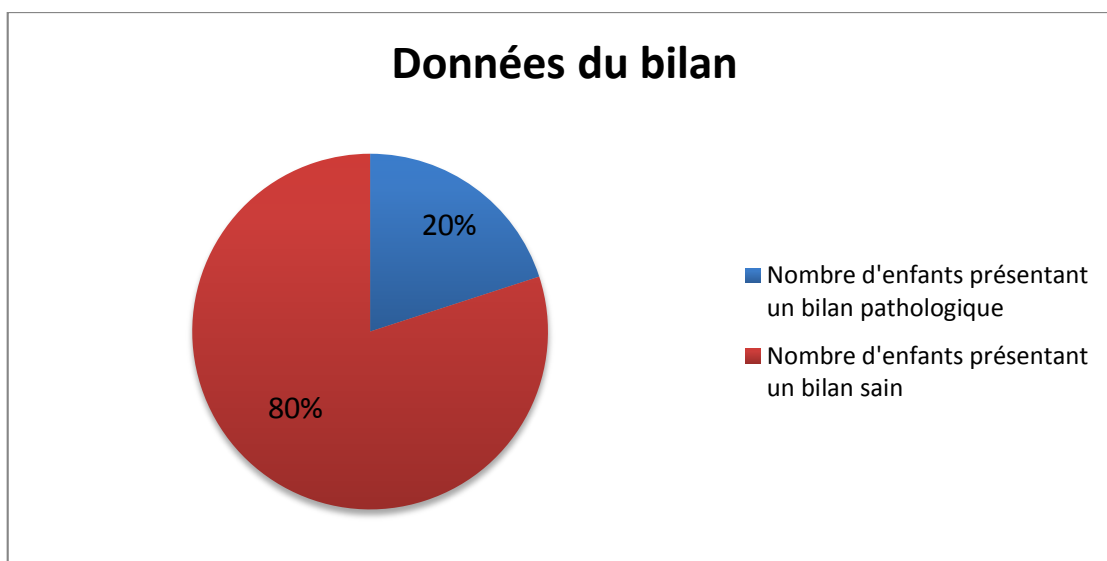
Une fois les bilans effectués pour chaque enfant, nous avons pu tirer les conclusions suivantes :

Nombre d'enfants présentant un bilan pathologique	3
Nombre d'enfants présentant un bilan sain	12

Tableau 12. Répartition de notre population au regard du bilan orthophonique d'oralité alimentaire

Sur les 15 enfants participant à notre étude, 3 ont finalement été diagnostiqués pathologiques concernant l'oralité alimentaire, 10 ont été confirmés comme ne présentant aucun trouble de l'oralité alimentaire.

Nous obtenons ainsi la répartition suivante :



Graphique 2. Vue d'ensemble de notre population au regard du bilan orthophonique d'oralité alimentaire

Ainsi, dans notre population constituée de 15 enfants âgés de 24 à 36 mois, 20% présente un trouble de l'oralité alimentaire.

3 Croisement des résultats : la grille parentale comme outil de dépistage vs le bilan orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire

Pour finir, nous avons confronté les résultats obtenus avec notre grille parentale et les données du bilan orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire.

Nous obtenons le tableau de contingence suivant :

	Dépistage positif	Dépistage négatif	TOTAL
Bilan pathologique	3	0	3
Bilan sain	2	10	12
TOTAL	5	10	15

Tableau 13. Croisement des données entre notre outil de dépistage et le bilan orthophonique d'oralité alimentaire

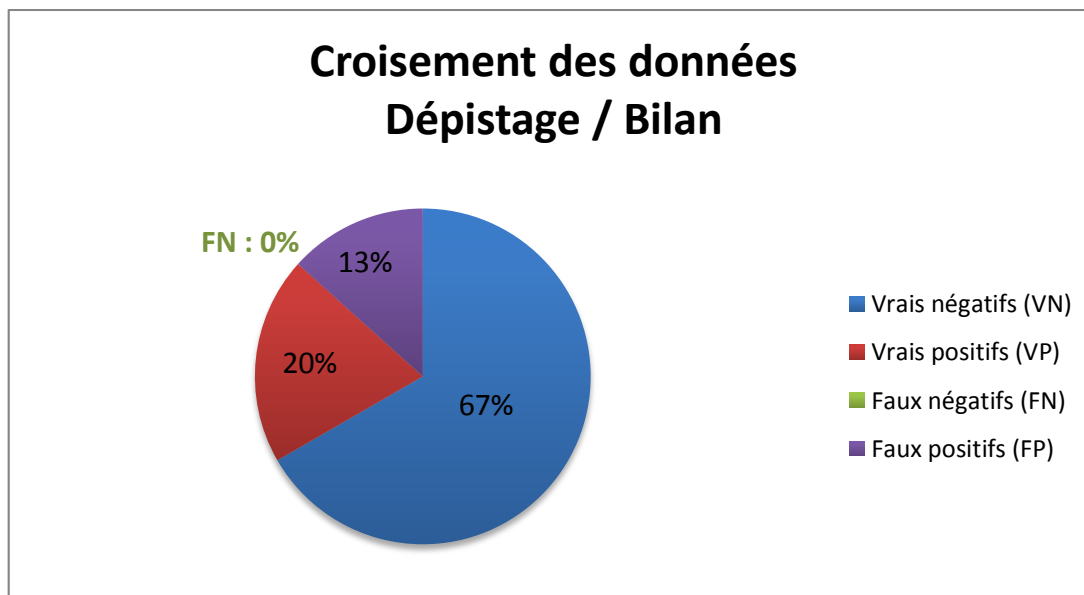
Grâce à cette confrontation entre les différentes données, nous pouvons définir la répartition suivante :

Vrais négatifs (VN)	10
Vrais positifs (VP)	3
Faux négatifs (FN)	0
Faux positifs (FP)	2

Tableau 14. Proportion de VP/FP - VN/FN

Ainsi, notre outil dépiste des enfants qui finalement ne présentent pas de trouble de l'oralité alimentaire. A contrario, tous les enfants qui sont dépistés négatifs, c'est-à-dire comme ne présentant pas de potentiel trouble de l'oralité alimentaire, n'ont effectivement aucun trouble de l'oralité alimentaire.

Pour avoir une meilleure visibilité de cette confrontation entre les résultats, nous avons réalisé ce graphique :



Graphique 3. Vue d'ensemble de notre population après croisement des données entre notre outil de dépistage et le bilan d'oralité alimentaire

Ce graphique permet de visualiser le fait que 13% de notre population a obtenu un dépistage faussé, qui ne correspond pas à la réalité de l'enfant. En effet, ces enfants ont été repérés comme ayant un potentiel trouble de l'oralité alimentaire. Or, après réalisation du bilan orthophonique de l'oralité alimentaire, ce repérage s'est avéré erroné.

Nous obtenons également 0% de faux négatifs, c'est-à-dire 0% d'enfants dépistés comme « sains », mais qui, après réalisation du bilan, se sont révélés pathologiques. D'après ces résultats, notre outil n'ignore aucun enfant ayant un potentiel trouble. Si un enfant présente un trouble, il sera donc repéré par notre outil de dépistage.

III Synthèse des résultats

1 Caractéristiques de la grille parentale définie comme outil de dépistage

L'outil de dépistage obtient une sensibilité maximale de 100%. Il est donc fiable et repère 100% des sujets atteints. Après confrontation des données de la grille parentale et du bilan, il apparaît que l'outil n'ignore aucun enfant ayant un trouble de l'oralité alimentaire. Cela signifie qu'un patient ayant réellement besoin d'une prise en soin orthophonique a 100% de chance de se faire dépister par cette grille parentale de dépistage.

L'outil de dépistage obtient une spécificité de 83 %. Cela signifie que de manière générale, la grille parentale pourrait repérer 17% de sujets potentiellement porteurs d'un trouble de l'oralité alimentaire, alors qu'ils sont sains. Par conséquent, un patient n'ayant pas

besoin d'une prise en charge orthophonique a 83% de chance de ne pas être positif à l'issu du dépistage. Ce taux s'explique par le fait que 13% de notre effectif a été identifié positif au dépistage alors que ces mêmes 13% ont été diagnostiqués sains par le bilan.

Pour la grille parentale, la valeur prédictive positive, correspondant à la probabilité d'être porteur du trouble lorsque le dépistage est positif, est de 60%. D'autre part, la valeur prédictive négative, correspondant à la probabilité d'être sain lorsque le dépistage est négatif, est de 100%.

Grâce à une analyse statistique de type Khi 2, 4 items de la grille parentale de dépistage, apparaissent comme significatifs. Il s'agit des items suivants :

- « Il mange comme vous »
- « Il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche »
- « Il boit au verre sans aide »
- « Il fait des phrases avec « JE » »

2 Arborescence des résultats en croisant les données de la grille parentale et du bilan orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire

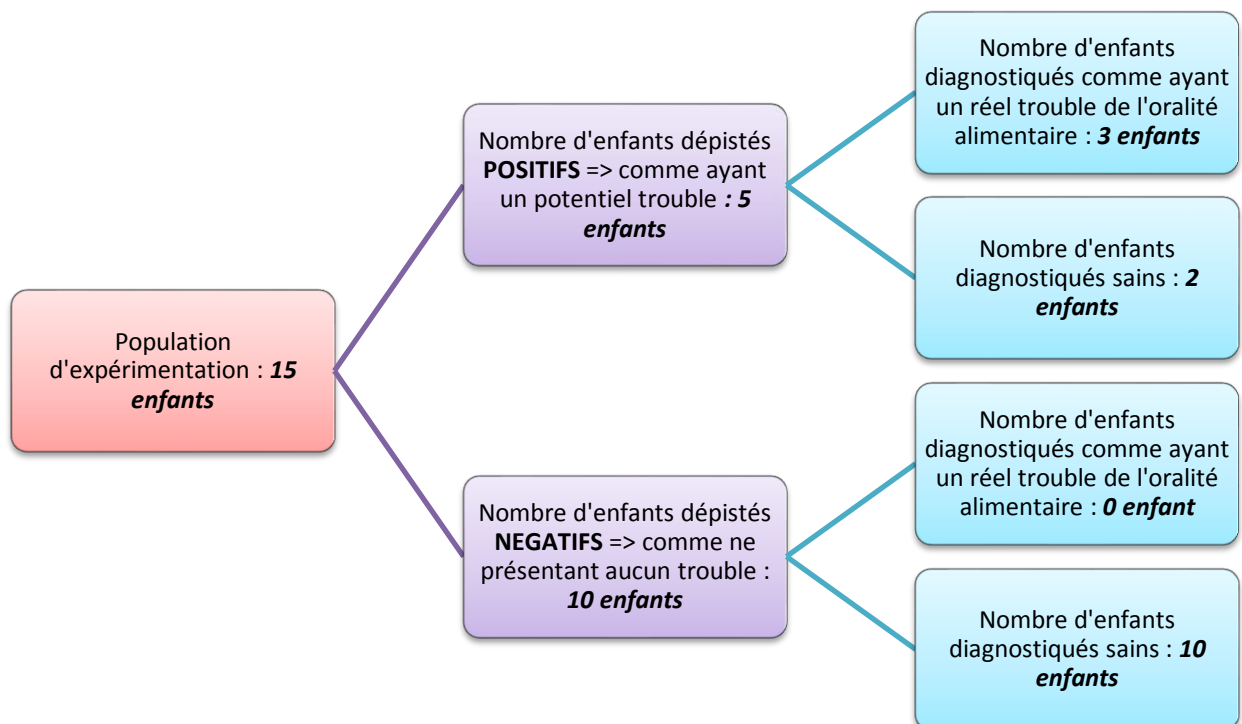


Figure 6. Croisement des données en arborescence

Chapitre V

DISCUSSION DES RESULTATS

Lors de notre étude, nous nous sommes intéressées au dépistage orthophonique concernant l'oralité alimentaire chez les enfants âgés de 24 à 36 mois. En effet, c'est autour des 2 ans de l'enfant que les bases de l'oralité alimentaire adulte se posent et se perfectionnent. Depuis leur six mois, ils se situent dans l'oralité secondaire avec la corticalisation du système nerveux (Thibault, 2007) et précisent leurs praxies masticatoires en diversifiant leurs expériences sensori-motrices (Senez, 2002). Oralité verbale et oralité alimentaire continuent de se développer conjointement (Couly, 2010).

Autour de l'oralité alimentaire se cristallisent des enjeux fondamentaux pour la construction de la personne (Puech, 2004) comme le développement psycho-sensoriel, psycho-moteur ou encore psycho-affectif (Bullinger, 2007). Un dysfonctionnement de l'oralité alimentaire peut gêner la bonne évolution des autres sphères du développement de l'enfant et notamment les apprentissages ultérieurs (Williams et Shellenberger, 1996). De plus, le trouble de l'oralité alimentaire peut entraîner une dysharmonie des interactions familiales. Cela s'explique souvent par un manque d'outils de compréhension du comportement alimentaire déviant de l'enfant. (Thibault 2012).

Champ récent en orthophonie, l'oralité alimentaire ne dispose pas encore d'outils spécifiques de dépistage contrairement aux domaines langagiers. Selon Jean-Marc Kremer et Emmanuelle Lederlé (2012) « le (le dépistage) négliger ou le supprimer serait se priver d'une démarche épidémiologique nécessaire qui consiste à évaluer [...] les effets et les retombées de l'information, ainsi qu'à serrer toujours au plus près les troubles concernés et les âges impliqués. ». En effet, des auteurs (Thibault, 2010, Senez, 2002) précisent l'importance d'un repérage précoce afin d'éviter le renforcement des signes pathologiques et l'apparition d'effets secondaires à un trouble de l'oralité alimentaire. Or, dans la mesure où la maturation neurologique et psychomotrice est normalement atteinte aux 24 mois de l'enfant, le repérage de ces difficultés s'avère plus facile et plus fiable (Kokel et Carraretto, 2009).

Nous nous sommes donc intéressées à la meilleure façon de dépister précocement ces troubles afin d'éviter leurs conséquences néfastes chez les enfants tout-venant. Les parents, au centre des difficultés alimentaires de leur enfant, peuvent rendre compte des comportements observables au quotidien le plus objectivement possible (Dale, 1991 et Kern, 2003).

Nous nous sommes donc demandé si une grille parentale constituerait un outil de dépistage pertinent concernant les troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants âgés de 24 à 36 mois.

Les résultats que nous avons obtenus permettent la validation de certaines de nos hypothèses de départ.

I Vérification des hypothèses

1 Hypothèses opérationnelles

1.1 Hypothèse 1

La grille parentale permet, au travers de la mise en exergue des signes d'alerte les plus pertinents, de distinguer significativement les enfants à risque des enfants non à risque de présenter un trouble de l'oralité alimentaire. Pour vérifier cette hypothèse, l'indice de Youden d'une valeur de 0,83, calculé à partir d'une sensibilité de 100% et d'une spécificité de 83%,

nous permet de valider cette hypothèse. En effet, notre grille parentale se révèle avoir une bonne capacité d'orientation diagnostique.

1.2 Hypothèse 2

Il existe une correspondance dans les résultats du dépistage et ceux du bilan diagnostic de l'oralité alimentaire. Les valeurs prédictives positives et négatives confirment partiellement cette hypothèse.

1.2.1 Hypothèses 2a

Parmi les enfants dépistés négatifs par la grille parentale, le nombre d'enfants confirmés comme n'ayant effectivement aucun trouble de l'oralité alimentaire est plus élevé que le nombre d'enfants objectivés comme finalement « pathologiques ». Dans notre étude, la valeur prédictive négative de 100% confirme cette hypothèse.

1.2.2 Hypothèses 2b

De même, parmi les enfants dépistés positifs par la grille parentale, le nombre d'enfants confirmés comme ayant effectivement un trouble de l'oralité alimentaire est plus élevé que le nombre d'enfants objectivés comme finalement « sains ». Dans notre recherche, la valeur prédictive positive de 60% confirme partiellement cette hypothèse.

1.3 Hypothèse 3

La grille parentale de dépistage peut secondairement permettre d'identifier des enfants à risque dans le cadre de pathologies autres que le seul trouble de l'oralité alimentaire. Cette hypothèse n'est que très partiellement validée du fait de la taille et de la sélection de l'échantillon.

1.3.1 Hypothèse 3a

Prenant en compte le développement conjoint des deux oralités (alimentaire et verbale), notre grille parentale peut mettre en exergue des difficultés liées au langage expressif chez les enfants présentant ou non un trouble de l'oralité alimentaire. Cette hypothèse se vérifie de façon qualitative. Dans notre étude, nous avons dépisté un enfant faux positif. En effet, lors du bilan, les parents ont relaté une oralité primaire difficile mais un passage facile dans l'oralité secondaire. Par la suite, nous avons retrouvé des difficultés de langage sur le versant expressif. Ces données rejoignent l'hypothèse mais ne permettent pas de la confirmer au regard de la taille de l'échantillon.

1.3.2 Hypothèse 3b

La grille parentale de dépistage peut secondairement permettre un premier repérage de pathologies plus globales dans le cadre desquelles le trouble de l'oralité alimentaire n'est alors qu'un symptôme. Cette hypothèse n'a pu être vérifiée puisque la population de recherche n'inclut aucun enfant porteur de handicap.

2 Hypothèse générale

La grille parentale, structurée autour des liens étroits entre oralité alimentaire, langage et développement sensori-moteur, est un outil de dépistage pertinent concernant les troubles de l'oralité alimentaire. Les éléments intrinsèques et extrinsèques du test de dépistage permettent de valider cette hypothèse.

II Interprétation et discussion des résultats

Nous allons désormais étudier plus précisément les résultats de notre recherche.

Rappelons que l'efficacité d'un outil de dépistage dépend de sa sensibilité, de sa spécificité et de ses valeurs prédictives positives et négatives, le tout étant lié à la prévalence de la pathologie.

1 La prévalence

La prévalence correspond à la proportion de personnes atteintes d'une certaine maladie dans une population donnée.

Dans notre échantillon, 5 enfants sur 15 ont été dépistés positifs. Parmi ces 5 enfants, 3 présentaient un réel trouble de l'oralité alimentaire. Ces 3 enfants représentent les 20% de vrais positifs de notre recherche. Dans le cadre de notre étude, ce taux peut être assimilé à une prévalence du trouble de 20%. Malgré la petite taille de notre population d'expérimentation, ce pourcentage se rapproche des données trouvées dans la littérature. En effet, concernant les troubles de l'oralité alimentaire, les études de Manikam et Perman (2000) décrivent une prévalence de 25% parmi les enfants dits « normaux ».

2 Les valeurs intrinsèques de la grille parentale de dépistage

La sensibilité et la spécificité, caractéristiques intrinsèques d'un outil de dépistage, sont les paramètres qui nous permettent de vérifier notre première hypothèse opérationnelle, à savoir le fait que la grille parentale comme outil de dépistage permet de distinguer significativement les enfants à risque des enfants non à risque.

2.1 La sensibilité

Nous avons observé une sensibilité de 100%. Cela signifie que notre grille parentale détecte 100% des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire. Il discrimine tous les enfants ayant un trouble de l'oralité alimentaire dans le cadre de notre étude de recherche. Par la même, tous les enfants dépistés négatifs (sans trouble potentiel) sont confirmés comme tels par le bilan.

Cette sensibilité maximale permet de vérifier en partie notre première hypothèse opérationnelle. Toutefois, il faut pondérer ces résultats dans la mesure où un test de dépistage n'a en règle générale, que très rarement une sensibilité de 100%. Nous pouvons prendre l'exemple, de l'ERTL4, épreuves de repérage des troubles du langage de Brigitte Roy, Christine Maeder et François Alla (2000) qui possède une sensibilité de 72,9%.

Cette sensibilité maximale pourrait s'expliquer par les critères que nous avons isolés pour distinguer les enfants à risque des enfants non à risque de présenter un trouble de l'oralité alimentaire. Nous avons déterminé que la présence d'un signal d'alerte suffirait à repérer un enfant à risque. Ce choix renvoie à la notion de seuil de décision. Il s'agit d'un critère arbitraire qui, dans le cadre de tests de dépistage, influe sur la classification des personnes dépistées et, par conséquent, sur la sensibilité et la spécificité. Le choix de cette valeur dépend de la complexité et de la gravité de la pathologie. Etant donné les conséquences multiples que peut engendrer un trouble de l'oralité alimentaire sur l'ensemble des sphères du développement (cf. Figure 2), il nous semblait important que notre outil discrimine le moins possible de faux négatifs, même s'il y a des faux positifs (Arnaud, 2016).

Il s'agit maintenant de vérifier si parmi les sujets repérés comme présentant un potentiel trouble de l'oralité alimentaire, tous s'avèrent effectivement porteurs d'un trouble.

2.2 La spécificité

La spécificité de notre outil est de 83%. Cela s'explique par le fait que deux enfants de notre population ont été dépistés positifs par la grille parentale alors qu'ils ont été révélés sains par le bilan d'oralité alimentaire (faux positifs).

D'après le bilan diagnostique, un de ces deux enfants ne présente aucun trouble de l'oralité. Dans la grille parentale c'est le signal d'alerte « il arrive à votre enfant de régurgiter et/ou vomir après un repas » qui a été révélateur de sa positivité au dépistage. Les parents ont coché le critère de fréquence « quelquefois » pour cet item. Le bilan a en réalité révélé que ce comportement se limitait aux périodes de grosses infections ORL, ce qui en soit n'est pas révélateur d'un trouble de l'oralité alimentaire (Gattignol, Rousseau, & Topouzkhian, 2013). De plus, le bilan n'a montré la présence d'aucun autre facteur pathologique.

Quant au deuxième enfant, E., il n'a aucun trouble de l'oralité alimentaire mais l'oralité verbale est retardée. Pour E., six items de la rubrique « votre enfant et sa communication » apparaissent en rouge ; le signal d'alerte de cette même rubrique est présent. De plus, nous retrouvons également la présence d'un signal d'alerte dans la rubrique « votre enfant et le temps du repas ». Le bilan révèle une appréciation des textures et des goûts variés, une absence d'immaturité sensorielle, une mastication et une déglutition efficaces. En revanche, malgré ses 27 mois au moment du bilan, E. ne produit pas encore de phrases de deux mots ou plus, il déforme les mots et l'explosion lexicale n'a pas eu lieu. Lors du jeu de dinette qui lui est proposé, E. ne produit aucune association de mots. Les parents confirment cette observation. De plus, lors du jeu de dénomination des parties du corps d'une poupée, E. ne verbalise que 3 mots sur les dix attendus. Les parents rapportent qu'E. est très souvent inintelligible, même pour l'entourage. En spontané, nous avons pu remarquer l'absence de certains phonèmes normalement acquis à cet âge comme les dentales /t/ et /d/. La plupart des mots ne contiennent que des sons vocaliques avec parfois quelques bilabiales comme /m/. Pour le cas de E., la grille parentale met en exergue de potentielles difficultés langagières conjuguées à un temps buccal prolongé (« il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche ») et à une autonomie réduite au niveau de la préhension du liquide au verre. M. Le Metayer en 1993, a démontré les « relations entre les acquis moteurs dans l'alimentation et les possibilités de contrôle articulaire ». Par exemple, dans le cas de E., l'absence des dentales /t/ et /d/ pourraient s'expliquer par des difficultés antérieures à apprendre à décoller les aliments du palais et à les transporter d'un côté à l'autre. En effet, E. est un très grand prématuré qui au cours de l'oralité primaire avait peu d'appétit et régurgitait beaucoup. C'est au cours de sa seconde année de vie et avec l'arrêt du biberon que E. a réussi à développer ses praxies masticatoires en découvrant le plaisir de goûter. Au moment du bilan, nous avons pu confirmer la normalisation de son oralité alimentaire mais nous avons retrouvé des séquelles au niveau de son oralité verbale. Son histoire néonatale et son parcours alimentaire peuvent expliquer son dépistage positif.

Malgré ces deux enfants faux positifs, notre outil possède une grande spécificité puisque seulement 13% de notre effectif se révèle faux positif. Si l'on reprend l'exemple de l'ERTL4 (2000), cet outil de repérage présente une spécificité de 91%.

Avec une sensibilité de 100% et une spécificité de 83%, nous pouvons valider notre première hypothèse opérationnelle. La grille parentale permet de distinguer significativement

les enfants à risque des enfants non à risque de présenter un trouble de l'oralité alimentaire. L'indice de Youden, d'une valeur de 0,83, valeur proche de 1, indique la bonne capacité d'orientation diagnostique de notre grille parentale de dépistage.

Il s'agit maintenant de vérifier les éléments extrinsèques à notre outil de dépistage à savoir les valeurs prédictives positives et négatives.

3 Les valeurs extrinsèques : les valeurs prédictives positives et négatives (VPP/VPN)

La valeur prédictive négative (VPN) correspond à la probabilité d'être non malade si le test de dépistage est négatif. Dans notre recherche, nous observons une VPN de 100% ; le risque serait donc inexistant de ne pas diagnostiquer un enfant réellement en difficulté. Cette VPN s'explique par notre sensibilité de 100%. Cela signifie que lorsque le dépistage est négatif, tous les bilans confirment le dépistage. Par conséquent, la fiabilité de notre outil à discriminer les enfants pathologiques parmi une population d'enfants sains est maximale. Ce résultat permet de confirmer la première partie de notre deuxième hypothèse opérationnelle, à savoir qu'il existe bien une correspondance entre les résultats de la grille parentale de dépistage et ceux du bilan orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire. Le nombre de vrais négatifs (VN) est largement supérieur au nombre de faux négatifs (FN) avec une proportion de 10 pour 0.

La valeur prédictive positive (VPP) correspond à la probabilité pour un sujet d'avoir la maladie si le test de dépistage est positif. Dans notre étude, nous obtenons une VPP de 60%. Ainsi, l'enfant a 60% de chance d'être réellement porteur d'un trouble de l'oralité alimentaire lorsque le test de dépistage est positif. Nous pouvons expliquer ce pourcentage par la taille de notre échantillon. En effet, notre population est composée de 15 enfants et parmi ces 15 enfants, seuls 5 ont été dépistés positifs. Sur ces 5 enfants, 3 ont été diagnostiqués comme présentant un trouble de l'oralité alimentaire (VP) et 2 se sont révélés sains (FP). Cette faible proportion de 3 sur 5 définit notre pourcentage de VPP. Les 40% restants correspondent au nombre de faux positifs à savoir 2 enfants. Par conséquent, la fiabilité de notre outil à discriminer les enfants sains parmi une population d'enfants pathologiques est de 60%. Ce résultat permet de valider la dernière partie de notre deuxième hypothèse opérationnelle. Le nombre de vrais positifs (VP) est supérieur au nombre de faux positifs (FP).

Notre VPP et notre VPN rejoignent les chiffres que l'on retrouve dans certains tests de dépistage couramment utilisés pour le langage. Par exemple, la BEPL, batterie d'évaluation psycholinguistique de C. Chervrié-Muller (2000) obtient une VPP de 54,1% et une VPN de 92,2%.

Cette valeur est à mettre au regard de la spécificité de 83%. En effet, nous avons vu précédemment que la grille parentale permettait non seulement de dépister les enfants porteurs d'un trouble de l'oralité alimentaire, mais également de repérer un enfant présentant un retard au niveau de son développement langagier. Cette observation rejoint notre dernière hypothèse opérationnelle, à savoir la capacité éventuelle de notre outil à identifier secondairement des enfants à risque dans le cadre de pathologies autres que le seul trouble de l'oralité alimentaire. Cette hypothèse n'a pu être vérifiée que de façon qualitative et n'est par conséquent que partiellement validée.

4 Significativité des items composant la grille parentale

Nous avons mené une étude statistique à l'aide du Khi 2 pour tous les items de la grille parentale. Seuls 4 items sur 30 ont obtenu un indicateur p significatif :

- « Il mange comme vous »
- « Il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche »
- « Il boit au verre sans aide »
- « Il fait des phrases avec « JE » »

Trois de ces items correspondent au domaine « votre enfant et le temps du repas » dans la grille parentale. Ils peuvent chacun représenter la manifestation de difficultés au niveau sensoriel (« il mange comme vous », « il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche ») ou au niveau praxique (il boit au verre sans aide », « il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche », « il mange comme vous »).

Parmi ces 3 items figurent deux signaux d'alerte :

- « Il mange comme vous »
- « Il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche »

Par conséquent, 2 signaux d'alerte sur les 6 présents dans la grille parentale possèdent un indicateur p significatif au test du Khi 2. Nous pensons que ces derniers ressortent comme significatifs dans la mesure où ils peuvent renvoyer à des troubles de l'oralité alimentaire d'origines différentes. En effet, le trouble de l'oralité alimentaire peut résulter du dysfonctionnement de différentes composantes, praxiques ou sensorielles, pouvant se manifester à travers les mêmes comportements.

L'item « il fait des phrases avec « je » se révèle également significatif. Il renvoie à une compétence du langage expressif. L'apparition du pronom « je » se fait entre 21 et 30 mois (Thordardottir, 2005). D'après M. Brigaudiot, A. Morgenstern & C. Nicolas (1994), le « je » émerge à partir d'une « altérité construite dans [la relation mère-enfant], l'enfant va apprendre à marquer son individuation par rapport à l'ensemble de l'entourage. ». Dans le cadre d'un trouble alimentaire, la dyade mère-enfant est perturbée. Comme le démontre Humphry, « When an infant has problems eating, the subsequent difficulty has implications for the developing relationship. Direct and indirect consequences of feeding problems for the parent-infant relationship ». Par conséquent, pour un enfant présentant un trouble de l'oralité alimentaire, le processus d'individuation et l'apparition du « je » risqueraient d'être retardés.

D'après les résultats du Khi 2, nous pouvons donc conclure que ces 4 items apparaissent discriminants pour mettre en exergue un trouble effectif de l'oralité alimentaire. Pour améliorer notre outil de dépistage, il pourrait donc être pertinent de donner à ces 4 items un statut de signal d'alerte. De plus, ces résultats impliquent aussi la nécessité de revenir sur ces notions et de les approfondir lors de l'anamnèse du bilan orthophonique d'oralité.

Toutefois, les données statistiques du Khi 2 doivent être interprétées avec prudence du fait de la petite taille de notre échantillon. C'est pourquoi nous ne pouvons effectuer qu'une interprétation qualitative de nos items.

III Critiques et limites de notre recherche

1 Population

1.1 Taille de l'échantillon

Notre population compte 15 enfants âgés de 24 à 36 mois. Nous avons conscience que cet effectif est limité et qu'il aurait fallu pouvoir tester notre outil de dépistage sur une population bien plus vaste. Cela aurait permis une généralisation des résultats et l'obtention de valeurs statistiques plus fiables.

Compte tenu du temps imparti pour notre recherche, nous avons souhaité nous assurer du bon déroulé de notre procédure expérimentale. Il fallait que l'on puisse assurer une heure et demie de bilan pour chaque enfant puis analyser les résultats en les confrontant aux données de la grille parentale. Il a également fallu s'accorder avec les emplois du temps de chaque parent pour rendre possible notre venue à domicile.

Cependant, nous avons tout de même pu observer des tendances qui se révélaient proches de la littérature. Nous avons également pu émettre quelques hypothèses sur la pertinence et l'amélioration possible de notre grille parentale.

1.2 Critères de sélection

Pour la réalisation de notre projet, nous avons choisi de nous adresser aux structures d'accueil de la petite enfance. Nous avons travaillé en partenariat avec une crèche qui a su préalablement sélectionner les enfants âgés de 24 à 36 mois. Par la suite, l'outil a été distribué à tous les parents d'enfants concernés. Certains parents ont accepté d'intégrer notre recherche expérimentale. Cette sélection dépendait donc avant tout de la disponibilité et de la motivation des familles et de leur enfant. Nous pouvons supposer que cela a exclu certaines familles pour qui le sujet d'étude pouvait peut-être s'avérer trop sensible ou à l'inverse sans intérêt. Les familles qui ont participé à l'étude se sentaient donc concernées par le sujet de l'oralité alimentaire. En effet, les trois familles dont les enfants se sont révélés porteurs d'un trouble de l'oralité alimentaire étaient déjà en questionnement. Cela a pu influencer les résultats (VPP et VPN) et ainsi jouer sur la valeur de la prévalence. Malgré tout, ce biais n'a pas eu d'impact sur la sensibilité et la spécificité de notre outil.

Pour vérifier la pertinence de notre grille parentale, nous avons pensé la faire tester auprès d'une population pathologique. Pour cela, nous avons proposé notre outil à trois orthophonistes prenant en charge les troubles de l'oralité alimentaire. Mais du fait de la rareté des prises en soin d'enfants entre 24 et 36 mois pour ce trouble, l'occasion n'a pu se présenter dans le temps imparti.

2 Matériel et procédure

2.1 Construction de la grille

2.1.1 Le choix de 30 items

Les items de la grille parentale font équitablement référence aux trois principales sphères du développement de l'enfant, à savoir le développement psycho-moteur, l'alimentation et le langage. Bien que seuls les signaux d'alerte permettent de discriminer les enfants à risque des enfants non à risque, la présence des autres items dessine le profil de développement

de l'enfant dépisté. Cette organisation inscrit l'oralité alimentaire dans un contexte global. Dans notre étude, l'enfant révélé faux positif présentait ainsi deux signaux d'alerte ; un dans le domaine de l'alimentation et un dans le domaine du langage, ainsi que cinq items évoquant un développement déviant dans cette sphère. Dans ce cas, le bilan de l'oralité alimentaire peut s'avérer nécessaire. Cependant, l'hétérogénéité du profil de l'enfant pourra être un indicateur pour guider l'orthophoniste dans ses hypothèses diagnostiques.

2.1.2 Interprétation qualitative et discussion des items

Après analyse de nos résultats, nous avons conscience que quelques items ne répondent pas à nos objectifs initiaux. En effet, de par leur formulation, certains items induisent des interprétations trop différentes selon les parents. Par exemple, nous avons pu constater que l'item « il arrive à votre enfant de régurgiter et/ou vomir après un repas », demeure trop général et n'exclue pas les périodes de maladies infectieuses pouvant conduire à ce type de comportement. Pour nous, il s'agissait ici de repérer une éventuelle sensibilité nauséuse ou un potentiel dysfonctionnement du système digestif. C'est ainsi qu'un enfant se retrouve dépisté positif pour ce signal d'alerte alors qu'il ne présente aucun trouble de l'oralité alimentaire. Il lui arrive simplement de régurgiter en cas d'infections ORL. Nous pourrions donc apporter la précision suivante :

- « il arrive à votre enfant de régurgiter et/ou vomir après un repas (hors périodes de maladies infectieuses) »

Concernant les autres signaux d'alerte, nous n'avons pas remarqué d'incohérence entre les données de la grille parentale et celles du bilan. Il aurait été intéressant de pouvoir apprécier leur significativité à l'aide d'une population plus importante.

D'autre part, l'énoncé « il demande à manger » peut aussi bien faire référence à l'idée d'appétence qu'à l'idée de plaisir. Il faudrait éventuellement proposer deux items qui renverraient respectivement à ces deux notions, ce d'autant plus que l'idée de plaisir est un élément souvent atteint dans le cadre d'un trouble de l'oralité alimentaire (V. Leblanc, 2009). Nous pourrions ainsi reformuler cet item de la façon suivante :

- « il réclame à manger »
- « il aime manger »

L'item « il aime se brosser les dents (il mordille sa brosse) » quant à lui, se révèle ambigu dans sa formulation. En effet, un parent a par exemple indiqué que son enfant aimait « souvent » se brosser les dents. Or, en observation il note que son enfant n'aime pas « qu'on lui brosse les dents mais il aime le faire tout seul et mordiller sa brosse ». Cela questionne quant à l'appréciation du brossage des dents par cet enfant. Aime-t-il réellement se brosser les dents, ou préfère-t-il jouer avec sa brosse en la mordillant ? La réponse du parent ne donne pas d'indice pertinent sur la sensibilité intra-buccale de l'enfant. Nous pourrions proposer la modification suivante :

- « il mordille sa brosse lorsqu'il se lave les dents »

Nous nous sommes également questionnées sur la pertinence de la présence de certains items dépendants du domaine langagier. En effet, « il joue à chuchoter, crier, chanter », et « il connaît des comptines » renvoient au plaisir vocal. Cependant, ils ne sont pas révélateurs des capacités langagières de l'enfant et ne permettent pas une réelle prise

d'indices sur l'investissement de sa sphère orale. Pour rendre notre outil plus informatif, il serait possible de les supprimer.

A partir de ces remarques, nous avons fait une proposition d'une nouvelle grille parentale plus adaptée aux réalités du terrain (cf. Annexe IX).

De plus, nous nous sommes questionnées quant à la limite de l'objectivité des parents (Dale, 1991 ; Kern, 2003). Pour les deux enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire d'origine sensorielle l'item « il patouille avec ses mains » ne donne pas d'indice sur leur trouble. Pourtant, lors du bilan, l'un s'est contenté de regarder de loin les textures à toucher, tournant autour sans jamais oser manipuler. Le second a d'abord utilisé des objets médiateurs comme une cuillère ou un couteau de dînette. Ensuite, il a finalement accepté de toucher les textures fluides et mouillées du bout des doigts demandant très rapidement à être lavé. Les enfants présentent tous les deux une aversion pour les matières fluides mouillées et collantes (Leblanc, 2009). Par conséquent, ils ne patouillent pas avec leurs mains. Quotidiennement, nous pensons qu'ils ne patouillent pas réellement sauf la pâte à modeler. La crèche n'a pas fait état de difficulté dans le toucher des textures et les parents n'ont pas porté plus attention à cela.

Lorsqu'elle pose problème, l'oralité alimentaire peut être source d'une forte charge émotionnelle pouvant biaiser l'objectivité parentale. Cela peut constituer une hypothèse explicative aux observations précédentes.

2.1.3 Le choix des critères fréquentiels

Pour l'un des trois enfants dépisté positif, l'item « il mange comme vous » s'est révélé négatif se traduisant par le critère fréquentiel souvent. Or, lors du bilan, les éléments d'anamnèse associés au test de l'hyper nauséeux ont montré qu'en réalité, cet enfant sélectionne les aliments en fonction des textures et des températures. Objectivement, il ne mange pas comme ses parents, il mange plutôt mou et tiède. Il présente un profil similaire au niveau 3 de la classification des refus alimentaires (Senez, 2002).

Ce dernier exemple nous permet d'évoquer la question des critères fréquentiels. En effet, certains parents ont rapporté quelques difficultés dans le choix des fréquences, notamment pour distinguer le « quelquefois » du « souvent ». De ce point de vue, on peut se demander si une réponse par « oui » ou « non » aux items n'aurait pas permis à notre outil d'être plus discriminant dans son rôle de dépistage.

2.2 Le bilan orthophonique d'oralité alimentaire : une évaluation qualitative

Pour valider un outil de dépistage, il faut le confronter à un « bilan qui sert de référence. Il s'agit d'obtenir chez les mêmes enfants le résultat au dépistage et le résultat à un examen de référence, ce dernier étant censé indiquer si l'enfant présente vraiment un problème ou non. » (L. Vallée & G. Dellatolas, 2005).

L'évaluation des troubles de l'oralité alimentaire se passe de tests psychométriques, contrairement au domaine du langage où, à l'issue de l'évaluation, nous pouvons obtenir des données quantitatives.

Nous avons récolté au cours de nos multiples lectures des éléments constitutifs d'un bilan orthophonique de l'oralité alimentaire. Nous avons créé notre propre bilan que nous avons soumis à validation auprès de notre directrice de mémoire, orthophoniste prenant en soin des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire. Nous avons également repris les

tests cliniques décrits par les professionnels faisant référence dans ce domaine comme C. Senez et V. Leblanc. De plus, pour être les plus ajustées, nous nous sommes appuyées sur nos expériences de stage lors desquelles nous avons pu observer et participer à plusieurs passations du bilan d'oralité alimentaire.

Pour être les plus objectives possibles, nous n'avons pas souhaité consulter les grilles parentales. Nous nous sommes simplement contentées de prendre connaissance du nom, de la taille et du poids des enfants.

La bonne réalisation du bilan dépend également de la disponibilité des enfants. Nous avons veillé avec les parents à choisir le moment opportun de façon à respecter le rythme de l'enfant. De plus, nous avons pris soin de créer un climat de confiance et laisser l'enfant s'approcher de lui-même, sans jamais le forcer.

Par rapport à la tranche d'âge de notre étude, nous nous situons dans une période de développement où l'enfant peut évoluer très rapidement. Le délai entre le moment du dépistage et le moment du bilan était à surveiller. Nous avons veillé à limiter ce délai à trois mois maximum. En moyenne, il y a eu un laps de temps d'un mois et demi entre les deux.

2.3 Conditions d'expérimentation

Pour garantir une plus grande objectivité, nous aurions souhaité utiliser la vidéo, mais la très grande majorité des parents s'y est refusée. Nous pensons que les parents trouvaient la vidéo trop intrusive d'autant plus que notre intervention était à domicile et portait sur l'oralité alimentaire. L'outil vidéo nous aurait pourtant permis une analyse différée du bilan, une observation à posteriori qui aurait encore plus garanti la justesse de nos conclusions. Le recours à un jury de visualisation des vidéos aurait aussi pu permettre une plus grande objectivité.

Pour pallier ce biais, nous avons procédé à une méthode inter-juge en comparant pour chaque enfant nos données respectives. De plus, nous avons tout de même pu réaliser des enregistrements audios pour tous les enfants et ainsi revenir si besoin sur quelques éléments.

IV Apports personnels et professionnels de notre étude

Notre étude de recherche nous a permis d'approfondir un domaine encore récent dans notre champ de compétences, à savoir l'oralité alimentaire.

L'élaboration de notre grille parentale a fait l'objet d'un important travail de synthèse, par croisement de multiples sources littéraires. Cela nous a permis d'intégrer les repères développementaux concernant les enfants âgés de 24 à 36 mois. Nous avons également pris connaissance de toutes les origines, les comportements et les conséquences possibles d'un trouble de l'oralité alimentaire. Ce projet a donc été pour nous l'occasion d'asseoir véritablement nos connaissances théoriques dans ce domaine.

D'autre part, la traduction des signes cliniques répertoriés dans la littérature en phrases de la vie quotidienne a supposé un effort de langage. Pour nous adapter à la compréhension de tous les parents et veiller à ce qu'ils puissent répondre le plus aisément possible, nous avons fait appel à des éléments concrets, facilement observables au quotidien. Nous avons donc pu exercer une posture de langage qui finalement demeure naturelle dans la pratique lorsque l'orthophoniste s'adresse au patient et à son entourage.

Notre mémoire nous a également permis de nous exercer à la passation du bilan d'oralité alimentaire. Nous avons ainsi acquis plus de maîtrise dans la conduite de l'anamnèse et perfectionné certains gestes cliniques comme le test du nauséeux. Nous avons pu mesurer l'importance de l'ajustement, nécessaire à l'obtention de l'alliance professionnel-patient.

Nous avons pris conscience de l'importance de visualiser l'enfant en développement dans sa globalité et de manière dynamique. Aborder l'oralité alimentaire, c'est aussi la contextualiser dans le développement global de l'enfant, psycho-moteur, psycho-affectif et langagier. Le bilan nous a permis de bien cerner le fait que nous devons utiliser la théorie à bon escient pour réfléchir sur des cas cliniques dont la complexité ne correspond pas toujours exactement aux modèles qui nous sont présentés dans la littérature. C'est ici que le bon sens et le discernement du professionnel doivent entrer en jeu : il ne s'agit pas de faire entrer les patients dans des cases théoriques, mais plutôt de chercher dans la théorie les éléments susceptibles d'expliquer tel ou tel comportement observé. Dans la logique de l'Evidence Based Practice, il a fallu confronter les renseignements parentaux à nos observations cliniques pour parvenir à confirmer ou infirmer les données du dépistage. Nous avons donc entraîné notre capacité à récolter un faisceau d'indices nous permettant d'être les plus objectives possibles dans notre démarche évaluative.

Certains parents ont profité de notre présence lors du temps du bilan pour nous questionner sur des éléments qui les préoccupaient. Par exemple, il est souvent revenu l'inquiétude face à l'intelligibilité de l'enfant. Pour rassurer les parents, nous avons précisé que les déformations phonologiques sont des processus normaux du développement langagier, présents généralement jusqu'aux 4 ans de l'enfant. Nous avons aussi revalorisé la production de l'enfant en insistant sur les capacités d'expression syntaxique lorsqu'elles étaient présentes. Concernant les deux enfants hypersensibles, orienter les parents vers des activités quotidiennes autour de la stimulation de l'odorat, du toucher, nous a permis de nous situer dans une ébauche d'action de guidance parentale, d'accompagnement familial de type I (Bo, 2000). Lors des bilans, nous avons aussi tenté de réassurer certains parents d'enfant en difficulté alimentaire dans leur sentiment de compétence parentale, en valorisant notamment les stratégies déjà mises en place.

V Intérêts cliniques et participation à la recherche en orthophonie

L'oralité alimentaire est un champ nouvellement investi en orthophonie. A ce titre, aucun outil de dépistage n'existe. Pourtant, C. Senez ou encore C. Thibault insistent sur la nécessité d'interventions précoces qui permettraient d'éviter le renforcement des comportements pathologiques et les effets secondaires sur d'autres sphères du développement de l'enfant. La création d'un outil de dépistage précoce se révélerait utile pour une identification plus rapide et, par conséquent, une prise en charge plus efficace. C'est dans cette démarche que nous avons inscrit notre recherche, en créant un outil de dépistage pour les enfants âgés de 24 à 36 mois. Cette tranche d'âge permet de cibler les enfants avant leur entrée en maternelle et ayant déjà franchi l'étape neurologique critique, à savoir la corticalisation.

De plus, d'après Manikam (2000), la prévalence des troubles de l'oralité alimentaire est de 25% chez les enfants dits « normaux », soit un peu plus d'un enfant sur 5. Ce chiffre démontre un besoin important autour de l'évaluation et la prise en soin de cette pathologie.

L'outil de dépistage se composant sous la forme d'une grille parentale, permet une utilisation facile et rapide. De ce fait, elle peut être proposée à tous les jeunes enfants suivis en orthophonie pour un retard ou un trouble de l'oralité verbale. En effet, C. Senez (2002) décrit les troubles de l'oralité alimentaire comme souvent mal identifiés, interprétés comme résultant d'une « causalité psychologique » ou se révélant être la cause ignorée d'un trouble articulaire. De plus, l'orthophoniste pourrait proposer cette grille de dépistage aux parents d'enfants non verbaux. En effet, ce serait un moyen rapide, dans le cadre d'un bilan de langage souvent long, d'orienter l'orthophoniste vers la nécessité de procéder ou non à une investigation plus approfondie de l'oralité alimentaire.

L'intérêt de donner à cet outil de dépistage la forme d'une grille parentale, distribuée dans les lieux d'accueil de la petite enfance, permet de se situer d'emblée dans une approche de prévention primaire. En effet, la présentation de notre projet aux crèches a été l'occasion de sensibiliser l'équipe de direction à la problématique du trouble de l'oralité alimentaire. Nous avons pu délivrer des informations sur les manifestations de la pathologie. Ce type d'outil permet alors de développer des actions de prévention auprès des professionnels de la petite enfance.

Dans cette même perspective, proposer aux parents des items qui renvoient à des comportements du quotidien permet de les rendre acteurs dans l'observation de leur enfant. A ce titre, cela les sensibilise en orientant leur attention vers les éléments pertinents à identifier. Lors de ses observations, le parent consacre un temps privilégié à son enfant en dehors de toute pression du milieu médical ou familial. L'alimentation, lorsqu'elle pose problème, demeure effectivement un sujet souvent tabou au sein de la famille et remet en cause l'estime parentale (Martin-Royer & Cazenave, 2014). Les orthophonistes jouent alors un rôle important de « counseling » et « d'empowerment » pour accompagner les parents dans la reconstruction de leur identité parentale. Pour le professionnel, la grille parentale pourra alors constituer un support de base afin de guider les parents et créer un climat de confiance nécessaire à la bonne prise en charge orthophonique d'un enfant présentant un trouble de l'oralité alimentaire. En effet, grâce aux observations du quotidien, les parents livrent une part de leur intimité que l'orthophoniste saisit implicitement pour investiguer les stratégies déjà mises en place, avoir une idée du cadre de vie de l'enfant, du niveau de conscience des difficultés rencontrées par l'enfant et de tout son entourage.

Nous espérons également que cette étude a permis d'enrichir la recherche en orthophonie concernant l'oralité et qu'elle participera à l'élaboration de nouveaux outils dans le champ du dépistage et de la prévention.

VI Perspectives de recherche

Il serait intéressant de prolonger notre étude en élargissant notre population. Cela permettrait d'obtenir des résultats plus significatifs et généralisables à l'ensemble des enfants âgés de 24 à 36 mois. A terme, cela permettrait aussi de proposer une amélioration de l'outil, en ne retenant que les items les plus discriminants. Par exemple, un dépistage systématique dit « de masse » (ANAES, 2004) serait une solution pour élargir la population de recherche. De plus, un dépistage à grande échelle serait l'occasion d'actualiser les données sur la prévalence du trouble de l'oralité alimentaire pour cette tranche d'âge. Comme nous n'avons pas pu le réaliser dans le temps imparti, il nous semblerait également judicieux de faire tester l'outil auprès d'une population pathologique.

Pour faciliter la diffusion à un grand nombre de familles, la réalisation d'un outil informatisé et automatisé pourrait être envisagée. Cela permettrait l'obtention d'un outil écologique et ayant un moindre coût de revient, ce qui constitue des critères importants dans la fonctionnalité d'un outil de dépistage (OMS, 1970).

Une étude longitudinale sur deux ans au moins serait nécessaire pour analyser l'impact d'une grille parentale de dépistage des troubles de l'oralité alimentaire sur la précocité de la prise en soin orthophonique. Lors de cette étude, un appariement des sujets selon la catégorie socio-professionnelle des parents permettrait d'évaluer l'influence du critère socio-économique et culturel sur le remplissage de la grille. Ce serait par la même, un moyen d'étudier la prévalence de la pathologie selon ces mêmes critères.

Etant donnée le lien étroit entre oralité alimentaire et oralité verbale, proposer un outil de dépistage systématique à une tranche d'âge élargie pour tous les enfants pris en charge pour un retard ou un trouble du langage oral, serait un moyen d'étudier plus précisément la prévalence des troubles de l'oralité alimentaire au sein de cette population. De plus, cela permettrait aux orthophonistes d'éliminer une hypothèse dans l'origine du retard ou du trouble et ainsi mieux cibler leur intervention.

Notre échantillon d'étude ne comporte aucun enfant porteur de handicap. Or, il aurait été intéressant d'apprécier l'efficacité d'une grille parentale de dépistage auprès d'une population d'enfants réellement tout-venant. En effet, nous souhaitons initialement inclure dans notre étude tous les enfants correspondant à notre tranche d'âge, sans sélection préalable, sans exclure les enfants porteurs de handicap ou d'une pathologie quelconque. Deux cas de figure auraient pu alors se présenter, soit la grille parentale en l'état permet un juste dépistage de des enfants porteurs de handicap, soit elle ne fonctionne pas. Dans ce dernier cas, une nouvelle grille adaptée à ces enfants pourrait être construite.

Dans une vision plus large, la grille parentale pourrait être mise à disposition de tous les professionnels de la santé gravitant autour de l'oralité alimentaire, à savoir les pédiatres, les médecins de famille, les ORL, les gastro-entérologues, les kinésithérapeutes...

Pour contourner le biais de la subjectivité parentale, une grille de dépistage, remplie par les professionnels de la petite enfance, pourrait être envisagée. Elle pourrait s'appuyer sur les mêmes principes que la grille parentale, structurée autour d'items renvoyant à des comportements visibles lors des diverses activités proposées et des repas collectifs. Cette observation du quotidien pourrait permettre aux personnels de la petite enfance d'objectiver des difficultés, de les aborder avec les parents en s'appuyant sur des faits concrets et à titre préventif de les orienter vers un médecin référent qui serait le prescripteur d'un bilan orthophonique si besoin.

CONCLUSION

L'enfant âgé de 24 à 36 mois, s'inscrit dans l'oralité secondaire. Sur la base d'un support anatomique et neurologique intègre, il progresse vers l'oralité adulte en perfectionnant ses praxies masticatoires, en affinant sa motricité et en diversifiant ses expériences sensorielles. Manger est un événement ritualisé, rythmé et socialisant qui codifie nos vies. C'est un acte multisensoriel, « un mets doit être un régal pour le regard, l'odorat, le goût bien sûr – mais aussi le toucher qui oriente le choix du chef dans tant d'occasions et joue son rôle dans la fête gastronomique. Il est vrai que l'ouïe semble un peu en retrait de la valse ; mais manger ne se fait pas en silence, non plus que dans le vacarme, tout son qui interfère avec la dégustation y participe ou la contrarie, de telle sorte que le repas est résolument kinesthésique. » (Barbery, 2015). Si les supports neurologiques, anatomiques et physiologiques dysfonctionnent, l'oralité alimentaire se construit autour d'expériences négatives pouvant engendrer l'émergence d'un trouble de l'oralité alimentaire. Lorsque l'oralité alimentaire est perturbée, de multiples comportements décrits dans la littérature scientifique sont observables dans le quotidien de l'enfant et peuvent occasionner souffrance et culpabilité chez les parents.

Si les études insistent sur l'importance de l'intervention précoce pour une prise en soin plus adaptée et efficace du trouble de l'oralité alimentaire, aucun outil français existant, se situant en amont d'un diagnostic orthophonique, ne permet d'identifier cette pathologie le plus tôt possible. L'objectif de notre étude consistait donc à évaluer la pertinence d'une grille parentale comme outil de dépistage des troubles de l'oralité alimentaire concernant les enfants âgés de 24 à 36 mois.

Les résultats obtenus nous ont permis de confirmer partiellement la pertinence d'une grille parentale comme outil de dépistage. Dans le cadre de notre échantillon, les caractéristiques intrinsèques de la grille se révèlent concluantes. L'outil obtient en effet une sensibilité de 100% et une spécificité de 83%. Cela signifie que dans une marge d'erreurs de 17%, il permet de discriminer les enfants sains des enfants porteurs d'un trouble de l'oralité alimentaire.

Concernant les éléments extrinsèques à la grille parentale, nous avons obtenu une valeur prédictive positive de 60% et une valeur prédictive négative de 100%. Cela signifie que l'enfant ne présentant pas de trouble de l'oralité alimentaire a 100% de chance d'être dépisté négatif c'est-à-dire comme ne présentant pas de potentiel trouble. A l'inverse, si l'enfant est porteur d'un trouble, il a 60% de chance d'être dépisté positif, soit comme présentant un potentiel trouble. La prévalence de 25% concernant les troubles de l'oralité alimentaire fait augmenter la valeur prédictive positive. En effet, la probabilité de rencontrer un enfant présentant un trouble de l'oralité alimentaire est d'un peu plus de 1 sur 5. Par conséquent, la fiabilité de notre outil à discriminer les enfants sains parmi une population d'enfants pathologiques est assez faible. Dans notre étude, nous avons obtenu 13% d'enfants dépistés faux positifs parmi notre échantillon.

D'autre part, 4 items de notre grille, ressortent significativement. Ces derniers constituent donc des points d'appui importants que l'orthophoniste devra approfondir lors de l'évaluation pour infirmer ou confirmer le trouble. Dans notre étude, les autres items ne se révèlent pas significatifs, mais donnent malgré tout des indices qualitatifs sur le développement global de l'enfant.

Les éléments permettant de mesurer l'efficacité d'un outil de dépistage démontrent que le recours aux observations parentales, dans notre étude de recherche, permet l'élaboration d'un pronostic de première intention quant à la potentialité d'un trouble de l'oralité alimentaire.

Ces résultats augurent une piste intéressante à creuser de manière à pouvoir approfondir la validation scientifique d'un tel outil. Cela participerait également aux efforts de recherche qui restent essentiels pour continuer à améliorer encore le champ du dépistage en orthophonie.

Pour obtenir une plus grande représentativité des résultats, il conviendrait de tester notre outil dans une démarche longitudinale, sur une population plus large, composée d'enfants tout-venant et comprenant différentes catégories socio-économiques et culturelles. Cela permettrait d'obtenir une plus grande fiabilité de l'outil, ainsi que des informations complémentaires sur la prévalence du trouble. Suite à ce dépistage à plus grande échelle qui pourrait être mis en place, un réajustement des items s'avérerait peut-être nécessaire. En accord avec les préoccupations actuelles des chercheurs, l'outil pourrait être proposé à tous les enfants suivis en orthophonie pour des difficultés en langage oral. Ce serait un moyen pratique d'évaluer le développement conjoint de l'oralité alimentaire et de l'oralité verbale. Enfin, cet outil pourrait être adapté aux professionnels de la petite enfance, premiers observateurs du développement quotidien des enfants accueillis en structure.

REFERENCES

- ANAES/HAS (2004). *Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ?*
En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_433375/fr/comment-evaluer-a-priori-un-programme-de-depistage, consulté le 23 avril 2015
- Abadie, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 55-68.
- Ajuriaguerra, J. & Marcelli, D. (1989). *Psychopathologie de l'enfant*. Paris, France : Masson.
- Alla, F., Blanc, J.-P., Kipffer-Piquard, A., Maeder, C. & Roy, B. (2000). ERTL4 et ERTL6, des outils de repérage à l'usage des médecins. *Rééducation orthophonique*, 204, 65-92.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod.
- Arnaud, C. (2016). *Evaluation des procédures de dépistage*. Cours dispensé au deuxième cycle des études médicales. Faculté de médecine de Toulouse Purpan et Toulouse Rangueil.
- Arvedson, J.C. (2008). Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: Clinical and instrumental approaches. *Developmental Disabilities Research reviews*, 14, 118-127.
- Ayres, A.J. & Robbins, J. (2005). *Sensory integration and the child : understanding hidden sensory challenges*. Western Psychological services.
- Barbery, M. (2015). *Une gourmandise*. Paris : Folio, le livre de poche.
- Barbier, I. (2010). Accompagner l'enfant qui ne mange pas et sa famille. *Les entretiens de Bichat*, 74-80.
- Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*, (39), 143-159.
- 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(3), 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.
- Bleeckx, D. (2001). *Dysphagie, évaluation et rééducation des troubles de la déglutition*. Bruxelles : Editions De Boeck Université.
- Bordet, J. (2010). *La mère, son bébé et la nourriture : approche exploratoire multidisciplinaire*. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Bourgogne.
- Boudou, M., Lecoufle, A. (2015). Les troubles de l'oralité alimentaire : quand les sens s'en mêlent. *Les entretiens de Bichat*, Entretiens orthophoniques 2015, 1-8.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.

- Brigaudiot, M., Morgenstern, A. & Nicolas, C. (1994). « Me found it, I find it. », à la recherche de « je » entre deux et trois ans. *Faits de langue 3 – La personne*, 123-131.
- Brix, M., & Raphaël, B. (2002). La fonction labiale. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 47(5), 357-369.
- Bruner, J. (1983). *Le développement de l'enfant : savoir faire, savoir dire*. Paris : PUF.
- Bullinger, A. (2007). À propos de la sphère orale. *La vie de l'enfant*, 191-196.
- Bullinger, A. (2007). Cognition et corps. *La vie de l'enfant*, 160-168.
- Bullinger, A. (2007). Habiter son organisme ou la recherche de l'équilibre sensori-tonique. *La vie de l'enfant*, 151-159.
- Bullinger, A. (2007). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *La vie de l'enfant*, 136-143.
- Bullinger, A. (2007). La régulation tonico-posturale chez le bébé. *La vie de l'enfant*, 76-80.
- Bullinger, A. (2007). La richesse des écarts à la norme. *La vie de l'enfant*, 169-173.
- Bullinger, A. (2007). Le bilan sensori-moteur. *La vie de l'enfant*, 202-207.
- Bullinger, A. (2007). Le rôle des flux sensoriels dans le développement tonico-postural du nourrisson. *La vie de l'enfant*, 81-92.
- Bullinger, A. (2007). Sensori-motricité et psychomotricité. *La vie de l'enfant*, 70-75.
- 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.
- Carraretto A., Kokel E. (2009). *Livret-passeport-oralite.pdf*. (s.d.). Consulté à l'adresse <http://www.fichier-pdf.fr/2012/07/07/livret-passeport-oralite/livret-passeport-oralite.pdf>
- Cascales, T., Olives, J.P., Bergeron, M., Chatagner, A., Raynaud, J.P. (2014). *Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson : classification, sémiologie et diagnostic*. Annales Médico-Psychologiques. 172, 700-707.
- Cascales T, Olives J.-P. (2012). « Tu vas manger ! » Trouble alimentaire du nourrisson et du jeune enfant : du refus au forçage alimentaire, *Spirale*, 62, 26-34.
- Chatoor, I. & Ganiban, J. (2003). Food refusal by infants and young children: diagnosis and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 138-146.
- Chevrié-Muller C. & Narbona J. (2000). *Le langage de l'enfant, aspects normaux et pathologiques*. Paris : Masson.

- Chevrié-Muller C. (2000). Instruments for early screening and diagnosis of developmental language disorders : The « langage et comportement 3 ans 1/2 » Questionnaire (Language and behavior at the age of 3 ½), and « Batterie d'Evaluation Psycholinguistique » (the Psycholinguistic Evaluation Battery [BEPL-A & B]). *Rééducation orthophonique*, 204, 110-139.
- Coquet F., Ferrand P. & Roustit, J. (2010). *EVALuation du développement du Langage Oral du jeune enfant à partir de 20 mois jusque 36 mois* (EVALO BB). OrthoEdition.
- Coquet, F., Ferrand, P. & Roustit, J. (2009). *EVALuation du développement du Langage Oral de l'enfant âgé de 2 à 6 ans* (EVALO). OrthoEdition.
- Couly, G. (2010). *Les oralités humaines*. Rueil-Malmaison : Editions Doin.
- Crunelle, D. (2004). Les troubles de déglutition et d'alimentation de l'enfant cérébrolésé. *Rééducation orthophonique*, 220, 83-90.
- Cyrułnik, B. (2000). *Les nourritures affectives*. Paris, France : Odile Jacob.
- Dale, P.-S. (1991). A validity of a parent report measure of vocabulary and syntax at 24 months. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 565-571.
- Damasio, A. (1999). *Le sentiment même de soi: corps, émotion et conscience*. Paris : Odile Jacob
- Delaunay El-Allam, M., Marlier, L., Schaal, B. (2006). Learning at the breast : preference formation for an artificial scent and its attraction against the odor of maternal milk. *Infant Behaviour Development*. 29, 308-321.
- Delfosse, M.-J., Soullignac, B., Depoortere, M.-H., & Crunelle, D. (2006). Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. *Devenir*, 18(1), 23-35.
- Dellatolas, G. & Vallée, L. (2005). *Recommandations sur les outils de Repérage, Dépistage et Diagnostic pour les Enfants atteints d'un Trouble Spécifique du Langage*. Rapport de la commission d'experts chargée d'élaborer au niveau national des recommandations sur les outils à usage des professionnels de l'enfance dans le cadre du plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage.
- Dovey, TM., Jordan, C., Aldridge, VK. & Martin, CL. (2013). Screening for feeding disorders. Creating critical values using the behavioural pediatrics feeding assessment scale. *Appetite*, 69, 108-113.
- Dunn, W. (2001). The Sensations of Everyday Life: Empirical, Theoretical, and Pragmatic Considerations. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(6), 608-620.
- Fernand, F. (2014). *Le développement de l'enfant au quotidien de 0 à 6 ans*. Montréal : CHU Sainte-Justine.
- Fichter, MM., Quadflieg, N., Gierk, B., Voderholzer, U. & Heuser, J. (2015). The Munich eating and feeding disorder questionnaire (Munich Ed-quest). *Eur Eat Disorder Rev*, 23(3), 229-240.
- Florin, A. (2010). Le développement du lexique et l'aide aux apprentissages. *Enfances & psy*, 47, 30-41

- Gattignol, P., Rousseau, T. & Topouzkhania, S. (2013). *Prise en charge orthophonique des pathologies oto-rhino-laryngologiques*. Les approches thérapeutiques en orthophonie. Isbergues : France, Ortho Edition
- Gauthier, J.-M., & Lejeune, C. (2008). Les comptines et leur utilité dans le développement de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56(7), 413-421
- Gayraud, F., & Kern, S. (2010). *Inventaires Français du Développement Communicatif*. Grenoble: Les éditions La Cigale.
- Golse, B. & Guinot, M. (2004). *La bouche et l'oralité*. Rééducation orthophonique, 220, 23-30.
- Gordon-Pomares, C. (2004). La neurobiologie des troubles de l'oralité alimentaire. *Rééducation orthophonique*, 220, 15-22.
- Granier-Deferre C, Schaal B, & De Casper AJ (2004). *Prémices fœtales de la cognition*. In: Lecuyer R. (ed.) Le développement du nourrisson, Paris : Dunod, 59-94
- Granier-Deferre, C. & Schaal, B. (2005). Aux sources fœtales des réponses sensorielles et émotionnelles du nouveau-né. *Spirale*, 33, 21-40
- Green, J. R., Moore, C. A., Higashikawa, M. & Steeve, R. W. (2000). The physiologic development of speech motor control: lip and jaw coordination. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43, 239-255.
- Hepper, P.G., Wells, D.L., Dorman, J.C. & Lynch, C. (2013). Long-term flavour recognition in humans with prenatal garlic experience. *Developmental Psychobiology*, 55 (5), 568-574
- Humphry, R. (janvier 1991). Impact of feeding problems on the parent-infant relationship: *Infants & Young Children*.
- Jouanic-Honnet, A. (2004). Prise en charge de l'oralité alimentaire et de l'oralité verbale. *Rééducation orthophonique*, 220, 179-186.
- Jungner, G. & Wilson, J. M. G. (1970). *Principes et pratique du dépistage des maladies*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Kay Toomey A. (1999). Sequential Oral Sensory. *Approche SOS*.
- Kern, S. (2003). Le compte-rendu parental au service de l'évaluation de la production lexicale des enfants français entre 16 et 30 mois, *Glossa*, 85, pp. 48-61.
- Kremer, J.-M. & Lederlé, E. (2012). *La prévention des troubles du langage*. Paris : PUF.
- Leblanc, V. & 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. & Ruffier, M. (2012). *Boîte à idées pour une oralité malmenée du jeune enfant*. Saint-Ouen, France : Nutricia.

- Le Métayer, M. (1993) *Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant : éducation Thérapeutique*, 1^{ère} édition, Masson.
- Le Révérend, B. J., Edelson, L. R. & Loret, C. (2014). Anatomical, functional, physiological and behavioral aspects of the development of mastication in early childhood. *British Journal of Nutrition*, 111, 403-414.
- Leroy-Malherbe, V. & Quentin, V. (2004). Consultation autour des troubles de la déglutition de l'enfant : de l'analyse physio-pathologique au diagnostic. *Rééducation orthophonique*, 220, 69-82.
- Manikam, R. & Perman, J.A. (2000). Pediatric feeding disorders. *J Clin Gastroenterol*, 30(1), 34-46.
- Martin-Royer, A. & Cazenave, M.-F. (2014). Les observations repas et le groupe goûter. (Re)voir la vie avec appétit. *Contraste* (39), 327-340.
- McFarland David, H. & Tremblay, P. (2006). Clinical Implications of cross-system interactions. *Seminars in speech and language*, 27(4), 300-309.
- Mennella, J.A., Johnson A, Beauchamp G.K. (1995). Garlic ingestion by pregnant women alters the odor of amniotic fluid. *Chemical senses*, 20(2):207-9.
- Mercier, A. (2004). La nutrition entérale ou l'oralité troublée. *Rééducation orthophonique*, 220, 33-46.
- Miller, L.J., Anzalone, M.E., Lane, S., Cernak, S.A. & Osten, E.T. (2007). Concept Evolution in Sensory Integration: A Proposed Nosology for Diagnosis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 135-140.
- Nadon, G. (2011). Problèmes alimentaires et troubles du spectre de l'autisme. *Le bulletin scientifique de l'arapi*, 27, 6-14.
- Piaget, J. (2012). *La construction de l'intelligence*. Editions Nomad.
- Puech, M. & Vergeau, D. (2004). Dysoralité : du refus à l'envie. *Rééducation orthophonique*, 220, 123-138.
- Ramsay, M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. Une nouvelle perspective. *Devenir* 13(2), p. 11.
- Ramsay, M., Martel, C., Porporino, M. & Zygmuntowicz, C. (2011). The Montreal Children's Hospital Feeding Scale : a brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *PMC, Pediatr Child Health*, 16(3), 147-151.
- Rigal, N. (2004). La construction du goût chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 9-14.
- Remein, Q. R. & Wilkerson, H. L. C. (1961). The efficiency of screening tests for diabetes. *J. chron. Dis.*, 13,6.
- Rogers, B. et Arvedson, J. (2005). Assessment of Infant Oral Sensorymotor and Swallowing Function. *Mental retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, 74-82.

- Rondal, J.-A., & al, (1999). Développement du langage oral, in RONDAL, J. & SERON, X. (dir.), *Troubles du langage : bases théoriques, diagnostic et rééducation*, Sprimont: Mardaga, 470-503
- Rouchy, J.-C. (2001). *La psychanalyse avec Nicolas Abraham et Maria Torok*. Toulouse : ERES, « Transition ».
- Schaal, B., Marlier L. & Soussignan, R. (2000). Human fetuses learn odours from their pregnant mother's diet. *Chemical Senses*. 25, 729–733.
- Schelstraete, C. (2008). *Les différentes sortes de suctions chez le nouveau-né*. Allait'info, actualités de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes, 3-7.
- Senez, C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Marseille: Editions Solal.
- Senez, C. (2004). Hyper nauséeux et trouble de l'oralité chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 91-102.
- Smith, A.M., Roux, S., Naidoo, N.T.R, Venter, D.J.L. (2005). Food choice of tactile defensive children. *Nutrition*. 21, 14-19.
- Spitz, R. (1968). *De la naissance à la parole*. Paris : PUF.
- Stiker, H.-J. in « Rubriques. », *Contraste* 1/2007 (N° 26), p. 322-338. DOI : 10.3917/cont.026.0322.
- Thibault, C. (2004). Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 220.
- Thibault, C. (2007). *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Thibault, C. (2010). L'accompagnement orthophonique à l'aube de la vie. Du lien entre oralité alimentaire et oralité verbale. *Rééducation orthophonique*, 244, 63-75.
- Thibault, C. (2012). Les enjeux de l'oralité. *Les entretiens de Bichat, Entretiens d'Orthophonie 2012*, 115-136.
- Thomas, F. in « Rubriques. », *Contraste* 2014/1 (N° 39), p. 342 à 350. DOI : 10.3917/cont.039.0342.
- Thordardottir, E. (2005). Early lexical and syntactic development in Quebec French and English : implications for cross-linguistic and bilingual assessment. *International journal of language & communication disorders / Royal College of speech & language therapists*, 40(3), 243-78.
- Vannier, S. (2008). Evaluation de la sphère oro-faciale : Quand l'enfant ne mâche pas ses mots. *Orthomagazine*, 79, 22-24
- Williams, M.S., Shellenberger, S. (1996). "How does your engine Run?" A leader's guide to the alert program for self-regulation. Albuquerque, NM : TherapyWorks, Inc.
- Wilson, E.M., Green Jordan, R. (2009). The development of jaw motion for mastication. *Early Hum Dev*, 85(5), 303-311.

- Winnicott, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse. Science de l'homme*. Payot : Paris.
- Witko, A. (2013). L'intervention précoce en orthophonie. *Langage et pratiques*, 51, 6-17.
- Youden, W.J. (1950). Index for rating diagnostic tests. *Cancer*, 3, 32-35.

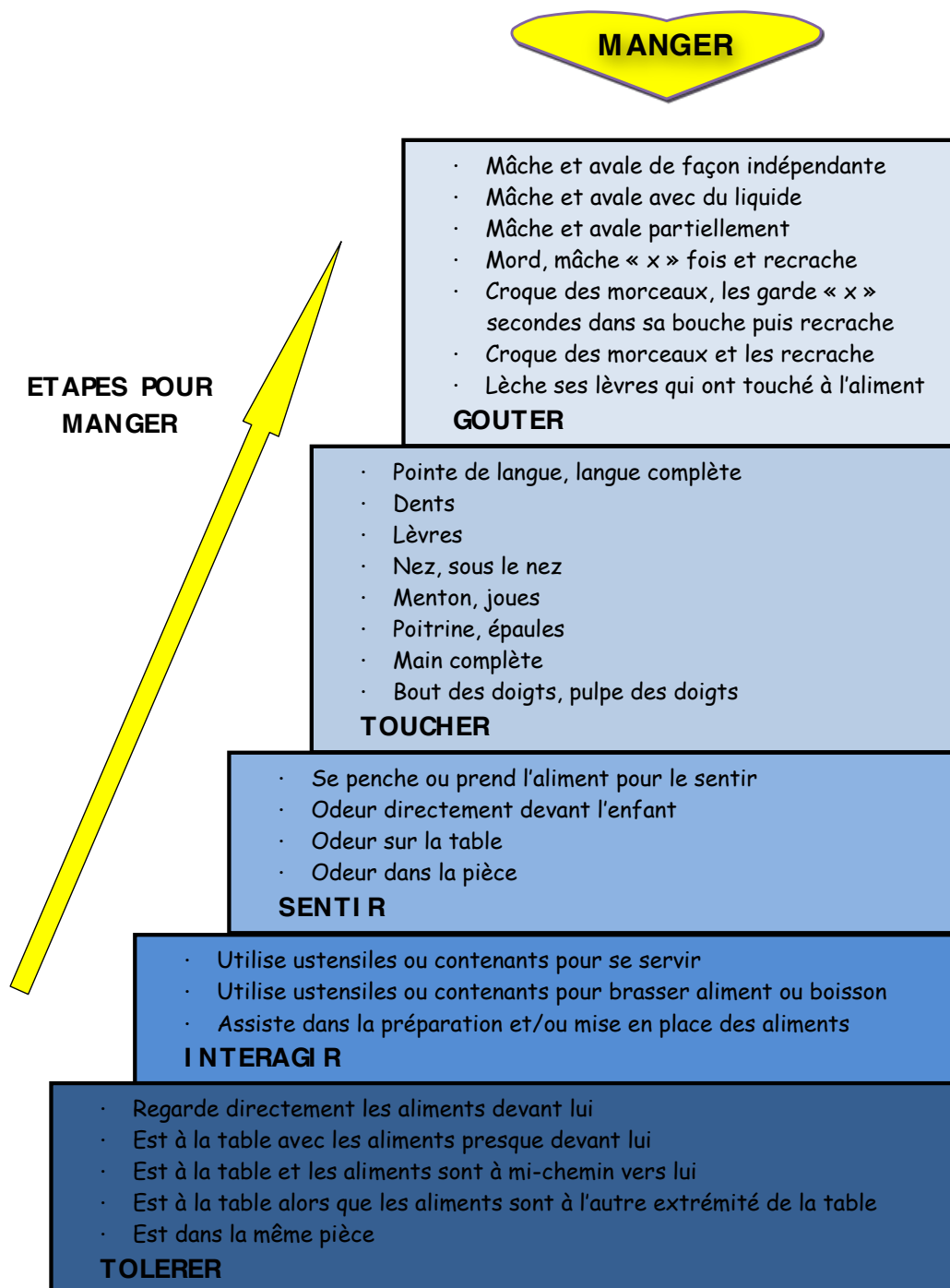
ANNEXES

Annexe I : Le développement conjoint des deux oralités, en lien avec le développement neurologique, moteur et anatomique d'après Thibault (2007) ; Puech & Vergeau (2004) ; Coquet, Ferrand & Rousit (2010)

	Ages (mois)	MOTRICITE	CAVITE BUCCALE	ORALITE ALIMENTAIRE			ORALITE VERBALE
				Préhension	Texture	Schémes moteurs	
ORALITE PRIMAIRE	0-4	asymétrie + flexion de tête médiane	Volume buccal réduit Langue au contact du plancher, du palais, du voile, des joues et des lèvres Mouvements linguaux antéro-postérieurs Abaissement puis relèvement des maxillaires Lèvres à fonction essentiellement préhensible	aspiration sein ou biberon	liquide	suckling → tête succion-déglutition réflexe	Bruits végétatifs, cris indifférenciés, pleurs Vocalisations, lallations, syllabes archaïques Productions de bilabiales [p], [b], [m] Jeux vocaux Variation des productions en intensité et hauteur et au niveau de la trame prosodique
	4-6	Tenue assise, contrôle de la tête	Ventilation par la bouche Augmentation de l'espace intra-buccal La langue dispose de plus en plus de place et effectue des mouvements haut/bas	tétine, début de la cuillère, apprentissage de la boisson au verre	liquide, semi-liquide	suckling → tête diminution du succion-déglutition réflexe	Babillage rudimentaire Naissance de l'attention conjointe, Intentionnalité

ORALITE SECONDAIRE						
6-9	Rotation 4 pattes debout	Croissance de l'os alvéolaire et des dents (incisives) Langue au repos en retrait de l'arc alvéolaire Lèvres dégagées de leur fonction de préhension	tétine, cuillère, verre	semi-liquide-mixé	suckling et début du suckling → mouvements linguaux latéraux Début de la mastication Début de dissociation entre succion et déglutition	Babillage canonique Dentales [t], [d], [n] et des palatales [k], [g] Regard conjoint → construction de la communication
9-12	Marche de côté	La mandibule descend (diduction mandibulaire) Le contrôle des lèvres et de la mâchoire s'affine.	cuillère et verre	mixé, solide mou	suckling < suckling à 12 mois : Bol alimentaire déplacé d'un côté et de l'autre. Interposition de la lèvre inférieure sur les incisives supérieures pour nettoyer des aliments	Babillage mixte Productions [f], [v], [l] Pointé du doigt
12-18	Marche	dissociation langue-mandibule 4 premières prémolaires et canines	cuillère et verre	solide mou, solide dur	suckling < suckling Capacité à retirer un aliment de la bouche	onomatopées, jargon intonatif 1ers mots bisyllabiques
18-24	Marche assurée	croissance des maxillaires	cuillère et verre	solide dur	sucking et mastication succion-déglutition indépendantes	1ers mots pivots, mots-phrases, vocabulaire alimentaire productions [s], [z], [ch], [j]
24-36	Marche assurée, court et saute, coordination œil/main/bouche efficace	4 deuxièmes prémolaires	cuillère, fourchette, verre	solide dur	mastication schèmes de déglutition adulte propreté orale, continence salivaire	juxtaposition de deux mots, puis 1ers marqueurs grammaticaux et verbes, phrases

Annexe II : Les différentes étapes pour manger, de la vue au goût : approche SOS (Sequential Oral Sensory)



Approche SOS, Kay A. Toomey, 1999.

Prise en charge orthophonique des troubles de l'oralité – Approche sensorielle.

Annexe III : Classification des troubles de l'oralité alimentaire d'après I. Chatoor (2009)

Diagnosics proposés	Périodes concernées	Symptômes Critères diagnostiques
Trouble alimentaire de la régulation des états	1ers mois de vie	- difficultés alimentaires dès la naissance - irritabilité, agitation ou endormissement au moment des repas (perturbation du rythme faim/satiété) - perte ou gain insuffisant de poids - absence de maladie organique
Trouble alimentaire pas manque de réciprocité mère/nourrisson	Débute entre 2 et 6 mois	- premier repérage à l'occasion d'une maladie du 1^{er} âge (signes de malnutrition) - peu de réponses sociales lors du repas (peu d'investissement visuel, sourire, babillage) - déviation du poids de l'enfant significatif entre 2 et 6 mois. - déficit de développement et manque de relation, pas uniquement lié à un retard de développement.
Anorexie du nourrisson	Débute entre 9 et 18 mois, Diagnostiquée entre 6 et 36 mois	- refus de manger des quantités adéquates pendant au moins 1 mois - refus alimentaire débutant au cours de la période d'autonomisation de l'alimentation - absence d'appétit et manque d'intérêt pour la nourriture (mais intérêt dans l'exploration et les interactions avec les parents) - déficit de croissance significatif - refus alimentaire qui ne suit pas un événement traumatique - absence d'une maladie organique sous-jacente.
Aversions sensorielles alimentaires	Début précoce Diagnostiqué tardivement, le plus au cours des années d'école maternelle	- refus de manger des aliments particuliers avec des goûts, des textures, des odeurs ou des apparences spécifiques pendant au moins 1 mois. - refus alimentaire apparaissant au moment de la diversification (peut refuser un type de lait, une sorte de légumes, peut manger la nourriture croquante mais refuser la purée. - réactions défensives allant de la nausée au vomissement. - l'enfant mange mieux lorsqu'on lui propose sa nourriture préférée - déficiences nutritionnelles, retard de la motricité orale, anxiété et évitement face aux situations sociales qui impliquent l'alimentation - le refus de manger n'est pas lié à une allergie ou à une cause organique.
Trouble alimentaire avec une cause organique associée	tout âge	- refus alimentaire et prise alimentaire insuffisante pendant au moins deux mois. - apparition à des âges différents, avec intensité variable du refus alimentaire en lien avec une condition médicale sous-jacente (RGO, malformations du tractus aéro-digestifs...) - un nourrisson qui peut commencer à manger mais montrer, en cours de repas, de la détresse et refuser de continuer à manger. - perte ou prise de poids insuffisants - enfant pour qui la prise en charge médicale améliore, mais ne résout pas complètement le trouble alimentaire.
Trouble alimentaire post-traumatique	à tout âge durant l'enfance souvent diagnostiquée au moment de l'introduction des morceaux.	- refus alimentaire suivant un ou plusieurs traumatismes de l'oropharynx ou du tractus gastro-intestinal - présence d'un des comportements suivants : refus de boire au biberon mais acceptation de la cuillère, refus de la nourriture solide mais acceptation du biberon, refus de toute alimentation orale - résistance à l'approche du biberon ou de la nourriture, résistance pour avaler la nourriture placée en bouche, détresse à l'idée de manger. - refus alimentaire qui menace la santé de l'enfant (état nutritionnel et croissance) et la progression du développement de l'enfant adapté à l'âge.

Annexe IV : La grille parentale comme outil de dépistage

1

Grille d'observation – Parents

Nom :		Prénom :	
Date de naissance :		Âge (en mois) :	
Poids :	Taille :	Sexe : ☐ M ☐ F	

<u>Parcours de santé de l'enfant :</u>			
Suivi médical spécialisé :		☐ oui	☐ non
Si oui, précisez :			
Naissance :		☐ à terme	☐ avant terme
Aide médicale lors de l'accouchement :		☐ oui	☐ non
Si oui, précisez :			
Allergie(s) connue(s) :			
Bronchite(s) fréquente(s) :		☐ oui	☐ non
Sommeil :		☐ bon	☐ mauvais ☐ présence de ronflements
Âge d'apparition des 1 ^{ères} dents :mois			
Présence de RGO (Réflexe Gastro-Oesophagien) : ☐ oui ☐ non			
Comportement de l'enfant : ☐ agité ☐ inhibé ☐ calme			
<u>Parents et alimentation :</u>			
Difficulté(s) avec l'alimentation :			
Père :		Mère :	
Dans l'enfance :	☐ oui ☐ non	Dans l'enfance :	☐ oui ☐ non
A l'âge adulte :	☐ oui ☐ non	A l'âge adulte :	☐ oui ☐ non
Réflexe nauséeux :	☐ oui ☐ non	Réflexe nauséeux :	☐ oui ☐ non

D'après vos observations de la vie quotidienne, cochez les cases qui correspondent le mieux au comportement de votre enfant. Vous pourrez inscrire vos remarques au dos de la grille.

Cochez :

- **Toujours** si le comportement est systématique
- **Souvent** si le comportement est fréquent
- **Quelquefois** si le comportement est rare
- **Jamais** si le comportement est absent



Votre enfant et son développement sensori-moteur	Jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours
Il réussit à mettre sa culotte tout seul	☐	☐	☐	☐
Il fait des grimaces sur imitation ou spontanément	☐	☐	☐	☐
Il joue à faire semblant (dînette, papa/ maman...)	☐	☐	☐	☐
Il mettait des objets à la bouche lorsqu'il était plus petit (jouets, tétine, doudou...)	☐	☐	☐	☐
Il mange avec les outils adéquats (fourchette, cuillère...)	☐	☐	☐	☐
Il aime marcher pieds nus (sur toutes les surfaces ?)*	☐	☐	☐	☐
Il patouille avec ses mains (peinture à doigts, pâte à modeler, cuisine...)*	☐	☐	☐	☐
Il apprécie le moment du bain	☐	☐	☐	☐
Il accepte qu'on s'approche de son visage (passage du gant de toilette, bisou, caresse...)	☐	☐	☐	☐
Il aime se brosser les dents (il mordille sa brosse ?)*	☐	☐	☐	☐
Votre enfant et le temps du repas				
Il demande à manger	☐	☐	☐	☐
Il mange seul	☐	☐	☐	☐
Il boit au verre sans aide	☐	☐	☐	☐
Il mange comme vous (purée, morceaux, légumes, chips, froid, chaud, sucré, salé...)*	☐	☐	☐	☐
Il mange des morceaux (viande, légumes...)*	☐	☐	☐	☐
Il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche*	☐	☐	☐	☐
Il arrive à votre enfant de régurgiter et/ ou vomir après un repas	☐	☐	☐	☐
Il reste assis durant tout le repas	☐	☐	☐	☐
Il met plus de trente minutes à prendre son repas (Il est lent pour manger ?)*	☐	☐	☐	☐
Il montre des attitudes d'opposition pendant le repas (grimace, tourne la tête...)	☐	☐	☐	☐
Votre enfant et sa communication				
Il est compris par une personne étrangère à votre entourage	☐	☐	☐	☐
Il est compris par une personne familière	☐	☐	☐	☐
Il dit ce qu'il veut manger ou ne pas manger	☐	☐	☐	☐
Il utilise le vocabulaire lié au repas (cuillère, « beurk », « miam », « encore », « boire »)	☐	☐	☐	☐
Il dit qu'il ne veut pas manger le matin (il préfère boire un biberon ?)*	☐	☐	☐	☐
Il produit des phrases de 2 mots ou plus (« papa gâteau », « maman dodo », « il dort »)	☐	☐	☐	☐
Il fait des phrases avec « je » (« je mange », « je bois »...)	☐	☐	☐	☐
Il joue à chuchoter, crier, chanter	☐	☐	☐	☐
Il connaît des comptines (« petit escargot », « la famille tortue »...)	☐	☐	☐	☐
Il montre les parties du corps sur lui et/ ou en situation de jeux (poupées, Playmobil, ...)	☐	☐	☐	☐

Merci d'apporter ici des précisions notamment pour les items identifiés avec un astérisque *

Toutes vos remarques seront les bienvenues, notez vos observations du quotidien, vos questionnements...³

Merci pour l'attention que vous porterez à cette partie.

Votre enfant et son développement sensori-moteur : OBSERVATIONS

Votre enfant et le temps du repas : OBSERVATIONS

Votre enfant et sa communication : OBSERVATIONS

Annexe V : La grille de cotation pour les orthophonistes

Votre enfant et son développement sensori-moteur		Nombre	Jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours
			☐	☐	☐	☐
Il réussit à mettre sa culotte tout seul			☐	☐	☐	☐
Il fait des grimaces sur imitation ou spontanément			☐	☐	☐	☐
Il joue à faire semblant (dînette, papa/ maman...)			☐	☐	☐	☐
Il mettait des objets à la bouche lorsqu'il était plus petit			☐	☐	☐	☐
Il mange avec les outils adéquats (fourchette, cuillère...)			☐	☐	☐	☐
Il aime marcher pieds nus (sur toutes les surfaces ?)			☐	☐	☐	☐
Il patouille avec ses mains (peinture à doigts, pâte à modeler, cuisine...)			☐	☐	☐	☐
Il apprécie le moment du bain			☐	☐	☐	☐
Il accepte qu'on s'approche de son visage (passage du gant de toilette, bisou, caresse...)			☐	☐	☐	☐
Il aime se brosser les dents (il mordille sa brosse ?)			☐	☐	☐	☐
Vous enfant et le temps du repas		nombre	☐	☐	☐	☐
Il demande à manger			☐	☐	☐	☐
Il mange seul			☐	☐	☐	☐
Il boit au verre sans aide			☐	☐	☐	☐
Il mange comme vous			☐	☐	☐	☐
Il mange des morceaux			☐	☐	☐	☐
Il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche			☐	☐	☐	☐
Il arrive à votre enfant de régurgiter et/ ou vomir après un repas			☐	☐	☐	☐
Il reste assis durant tout le repas			☐	☐	☐	☐
Il met plus de trente minutes à prendre son repas (il est lent pour manger ?)			☐	☐	☐	☐
Il montre des attitudes d'opposition pendant le repas (grimace, tourne la tête...)			☐	☐	☐	☐
Vous enfant et sa communication		nombre	☐	☐	☐	☐
Il est compris par une personne étrangère à votre entourage			☐	☐	☐	☐
Il est compris par une personne familière			☐	☐	☐	☐
Il dit ce qu'il veut manger ou ne pas manger			☐	☐	☐	☐
Il utilise le vocabulaire lié au repas (cuillère, « beurk », « miam », « encore », « boire »)			☐	☐	☐	☐
Il dit qu'il ne veut pas manger le matin (il préfère boire un biberon ?)			☐	☐	☐	☐
Il produit des phrases de 2 mots ou plus			☐	☐	☐	☐
Il fait des phrases avec « je » (« je mange », « je bois »...)			☐	☐	☐	☐
Il joue à chuchoter, crier, chanter			☐	☐	☐	☐
Il connaît des comptines (« petit escargot », « la famille tortue »...)			☐	☐	☐	☐
Il montre les parties du corps sur lui et/ ou en situation de jeux (poupées, Playmobil...)			☐	☐	☐	☐



Annexe VI : Cadre théorique associé à la grille parentale

	âge repère en mois	compétences attendues	sources
VOTRE ENFANT ET SON DEVELOPPEMENT SENSORI-MOTEUR			
Item 1	24	Il participe activement à l'habillage	Ferrand, F. (2014). <i>Le développement de l'enfant au quotidien de 0 à 6 ans</i> . Montréal : CHU Sainte-Justine
Item 2	10	Praxies bucco-faciales	Coquet F., Ferrand P. & Rousit J. (2009). <i>Évaluation du développement du Langage Oral 2-6 (EVALO 2-6)</i> . OrthoEdition
Item 3	24	Accès au stade de l'intelligence symbolique	Piaget, J. (2012). <i>La construction de l'intelligence</i> . Editions Nomad
Item 4	6 à 12	Investissement de la sphère orale	Ferrand, F. (2014). <i>Le développement de l'enfant au quotidien de 0 à 6 ans</i> . Montréal : CHU Sainte-Justine
Item 5	10 à 18	Coordination œil-main-bouche	Puech, M. & Vergeau, D. (2004). <i>Dysoralité : du refus à l'envie</i> . Rééducation orthophonique, 220, 123-138
Item 6	6	Intégration sensorielle tactile membre inférieur	Barbier, I. (2014). <i>L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité</i> . Contraste, (39), 143-159. doi : 10.3917/cont.039.0143
Item 7	6 à 12	Intégration sensorielle tactile membre supérieur	Ferrand, F. (2014). <i>Le développement de l'enfant au quotidien de 0 à 6 ans</i> . Montréal : CHU Sainte-Justine
Item 8	0	Intégration sensorielle corporelle	Bullinger, A. (2007). La régulation tonico-posturale chez le bébé. <i>La vie de l'enfant</i> , 76-80
Item 9	0	Intégration sensorielle faciale	Damasio, A. (1999). <i>Le sentiment même de soi: corps, émotion et conscience</i> . Paris : Odile Jacob
Item 10	6 à 8	Inhibition du réflexe archaïque : nauséux	Senéz, C. (2002). <i>Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises</i> . Marseille, France : éditions Solal

VOTRE ENFANT ET LE TEMPS DU REPAS

Item 11	0	Sensation de faim	Thibault, C. (2012). <i>Les enjeux de l'oralité</i> . Les entretiens de Bichat, 115-136
Item 12	20 à 30	Motricité fine	Coquet F., Ferrand P. & Roustit J. (2009). <i>Évaluation du développement du Langage Oral 2-6 (EVALO 2-6)</i> . Isbergues : OrthoEdition
Item 13	24 à 36	Motricité fine	Ferrand, F. (2014). <i>Le développement de l'enfant au quotidien de 0 à 6 ans</i> . Montréal : CHU Sainte-Justine
Item 14	12 à 18	Adaptation aux différentes textures/goûts/T°	Carraretto A., Kokel E. (2009). <i>Livret-passeport-oralite</i> .pdf. (s.d.). Consulté à l'adresse http://www.fichier-pdf.fr/2012/07/07/livret-passeport-oralite/livret-passeport-oralite.pdf
Item 15	12 à 18	Praxies masticatoires	Coquet F., Ferrand P. & Roustit J. (2010). <i>Évaluation du développement du Langage Oral du jeune enfant à partir de 20 mois jusque 36 mois (EVALO BB)</i> . OrthoEdition
Item 16	18 à 24	Mise en place des praxies masticatoires	Thibault, C. (2007). <i>Orthophonie et oralité. La sphère oro-faciale de l'enfant</i> . Issy-les-Moulineaux, France : Masson
Item 17	6 à 8	Sensibilité nauséuse ou absence dysfonctionnement organique	Senez, C. (2002). <i>Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises</i> . Marseille, France : éditions Solal
Item 18	/	Attention pendant le repas	Barbier, I. (2014). <i>L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité</i> . Contraste, (39), 143-159. doi : 10.3917/cont.039.0143
Item 19	/	Plaisir de manger	Barbier, I. (2014). <i>L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité</i> . Contraste, (39), 143-159. doi : 10.3917/cont.039.0144
Item 20	/	Conduite de refus alimentaire	Barbier, I. (2014). <i>L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité</i> . Contraste, (39), 143-159. doi : 10.3917/cont.039.0145

VOTRE ENFANT ET SA COMMUNICATION

Item 21	18	Intelligibilité globale	Rondal, 1979, p. 35 in Thibault, C. (2007). <i>Orthophonie et oralité. La sphère oro-faciale de l'enfant</i> . Issy-les-Moulineaux, France : Masson => à 2 ans, un enfant est intelligible à 50%
Item 22	18	Intelligibilité familiale	Rondal, 1979, p. 35 in Thibault, C. (2007). <i>Orthophonie et oralité. La sphère oro-faciale de l'enfant</i> . Issy-les-Moulineaux, France : Masson => 50% des productions sont déformées mais pas plus
Item 23	16 à 24	Exprimer son refus, ses envies : négation/affirmation	Dale (1986) in Chevie-Muller C. & Narbona J. (2000) <i>Le langage de l'enfant, aspects normaux et pathologiques</i> . Paris : Masson.
Item 24	18 à 20	Investissement autour du lexique alimentaire	Florin, A. (2010). Le développement du lexique et l'aide aux apprentissages. <i>Enfances & psy</i> , 47, 30-41
Item 25	/	Expression de refus alimentaire le matin	Senex, C. (2002). <i>Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises</i> . Marseille, France : éditions Solal
Item 26	à partir de 20	Juxtaposition de 2 mots ou plus	Coquet, F. (2013). <i>Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent, pistes pour l'évaluation</i> . Isbergues : OrthoEdition
Item 27	21 à 30	Utilisation du "je", visualisation de l'unité de l'être	Thordardottir, E. (2005). Early lexical and syntactic development in Quebec French and English: implications for cross-linguistic and bilingual assessment. <i>International journal of language & communication disorders</i> / Royal College of speech & language therapists, 40(3), 243-78.
Item 28	à partir de 12	Plaisir à moduler et jouer avec ses cordes vocales	Ferrand, F. (2014). <i>Le développement de l'enfant au quotidien de 0 à 6 ans</i> . Montréal : CHU Sainte-Justine
Item 29	12 à 24	Appétence au langage, précurseur : le rythme	Gauthier, J.-M., & Lejeune, C. (2008). Les comptines et leur utilité dans le développement de l'enfant. <i>Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence</i> , 56(7), 413-421
Item 30	24	Compréhension du schéma corporel	Ferrand, F. (2014). <i>Le développement de l'enfant au quotidien de 0 à 6 ans</i> . Montréal : CHU Sainte-Justine

Annexe VII : Confrontation des items de la grille parentale de dépistage et du bilan orthophonique d'oralité alimentaire

Items présents dans la grille parentale de dépistage	Items présents dans le bilan orthophonique d'oralité secondaire
Histoire néonatale	
page 1 : naissance à terme, aide médicale à l'accouchement ?	anamnèse : - informations recueillies sur le carnet de santé : poids de naissance et taille, AGPAR, hospitalisation à la naissance ou dans le premiers mois de vie - mode d'alimentation à la naissance : artificielle, biberon, sein.
Santé	
page 1 : poids et taille de l'enfant	anamnèse : carnet de santé : courbe de croissance
page 1 : allergies connues	anamnèse : carnet de santé + questions aux parents sur les allergies connues de leur enfant, notamment alimentaires ?
page 1 : comportement de l'enfant (agité, inhibé, calme ?)	anamnèse : comment décrivez-vous votre enfant au quotidien ?
sphère ORL, état respiratoire page 1 : → bronchites fréquentes ? → ronflements nocturnes ? → sommeil bon ou agité ?	anamnèse : → infections ORL : otites, rhinites, encombrements fréquents ? → bouche ouverte ? A quels moments ? → oreiller mouillé le matin ? → comment se passe les nuits de votre enfant ? observation clinique de l'enfant : → respiration buccale, nasale, mixte ? Permanente ou dans les moments où l'enfant est concentré ?
état digestif page 1 : → présence de reflux gastro-œsophagien (RGO) ? → sommeil bon ou agité ? page 2 : → « il arrive à votre enfant de régurgiter ou de vomir après un repas »	anamnèse : → allergies alimentaires ? → troubles digestifs passés ou présents ? reflux ou éructations fréquentes ? Constipations ? Si les éléments recueillis lors de l'anamnèse peuvent laisser penser à la présence d'un RGO, approfondir en posant des questions plus précises, inspirées du bilan d'oralité de C. Senez (formation de C. Senez) :

	→ Arrive-t-il à votre enfant de régurgiter, de vomir ? Souvent ? A quel moment ? → Est-il souvent encombré ? Donne-t-il toujours l'impression d'avoir la bouche, la gorge, le nez pleins ? → Se réveille-t-il plusieurs fois la nuit ? Tousse-t-il la nuit ? → A-t-il des résidus alimentaires dans la bouche le matin au lever ? A-t-il mauvaise haleine ? → Bave-t-il beaucoup ? Quand ? (quand il joue, quand il mange, quand il parle, la nuit, tout le temps ?) → Met-il les mains dans sa bouche ? → Lui arrive-t-il de se plaindre d'avoir mal ? Est-il agité la journée ? → Est-ce qu'il manque d'appétit ?
page 1 : suivi médical spécialisé ?	→ suivi médical et paramédical particulier ? pour quelles raisons ? Depuis combien de temps ? → traitements anciens et en cours ?
Histoire alimentaire	
→ La grille parentale ne contient pas d'items en rapport avec l'histoire alimentaire, car elle vise à obtenir une photographie rapide du fonctionnement actuel de l'enfant.	→ <u>anamnèse</u> : → Les débuts alimentaires (oralité primaire) : allaitement ou sein ? Comment se passait la prise des biberons ou du sein ? Si les parents rapportent des difficultés, les aider à préciser en termes de quantités, de durée, sur la présence ou non de fuites labiales. → passage à la cuillère (oralité secondaire) : comment le passage à la cuillère s'est-il passé ? → introduction des morceaux : comment l'introduction des morceaux s'est-elle passée ? A quel âge a-t-elle commencé ?
Antécédents familiaux	
parents et alimentation page 1 : → difficultés avec l'alimentation dans l'enfance, à l'âge adulte ? → présence d'un réflexe nauséux ?	→ <u>anamnèse</u> : → comment s'est passée votre enfance par rapport à l'alimentation ? Quelqu'un de votre entourage a-t-il rencontré des difficultés avec l'alimentation ? → si le ou les parents rapportent des difficultés, les amener à en préciser les origines, les causes, les conséquences sur leur alimentation actuelle, si ces dernières sont connues.

Comportement alimentaire actuel	
appétence (plaisir de manger) page 2 : → « il demande à manger » → « il montre des attitudes d'opposition pendant le repas (grimace, tourne la tête) » → « il dit qu'il ne veut pas manger le matin (il préfère boire un biberon ?) »	<u>anamnèse :</u> → plaisir alimentaire : diriez-vous que manger est un plaisir pour votre enfant ? → rythme faim/satiété : votre enfant réclame-t-il souvent à manger ? à heure régulière ? Mange-t-il des quantités suffisantes ? → journée alimentaire type ? heures, contenu, lieu des repas et collation. Interroger les quantités prises, la nature des aliments acceptés.
autonomie page 2 : → « il mange seul » → « il boit au verre sans aide »	<u>anamnèse :</u> → « comment se débrouille votre enfant pour manger ? lui arrive-t-il d'avoir besoin d'aide ? Dans quelles situations ? » → « comment se passent les repas à la crèche ? »
durée du repas page 2 : → « il met plus de trente minutes à prendre son repas (il est lente pour manger ?) »	<u>anamnèse :</u> → « comment se passent les repas à la maison ? » → durée moyenne d'un repas ? <u>Observation du goûter :</u> → durée du goûter.
comportement pendant le repas page 2 : → « il reste assis pendant tout le repas » → « il montre des attitudes d'opposition pendant le repas » → « il mange comme vous »	→ attitudes de l'enfant pendant le repas : « comment se comporte votre enfant lors des repas ? » → ambiance du repas : environnement (télé, radio, bruit, agitation si par exemple frères et sœurs ou autres enfants). <u>Observation du goûter :</u> → attention portée par l'enfant à ce qu'il mange → posture de l'enfant : reste assis, se lève, ne termine pas, mange proprement. → quantité introduite dans la bouche.
Structures oro-faciales	
page 1 : → âge d'apparition des 1ères dents	<u>anamnèse :</u> → âge d'apparition des premières dents → hygiène dentaire ? → présence de douleurs dentaires ? <u>examen clinique :</u> → observation de la dentition : nombre de dents, présence des molaires, état des dents, présence d'une malocclusion ?

Développement psychomoteur	
schéma corporel : page 2 : → « il joue à faire semblant » → « il montre les parties du corps sur lui et/ou en situation de jeux (poupées, playmobils...) »	<u>anamnèse :</u> → Les grandes étapes du développement psychomoteur : âge d'acquisition de la station assise, du quatre pattes, de la marche ? → âge d'acquisition de la propreté ? Est-elle acquise ou en cours d'apprentissage ?
investissement de l'espace oral page 2 : → « il mettait des objets à la bouche lorsqu'il était plus petit »	→ Rapport bouche-objet, succion non nutritive : votre enfant mettait-il les jouets à la bouche lorsqu'il était plus petit ? Et aujourd'hui ? Présence d'un objet particulier que l'enfant met encore à la bouche (doudou, sucette,...) ? A quels moments de la journée ?
Aptitudes pratiques	
praxies globales page 2 : → « il réussit à mettre sa culotte tout seul » (habillage)	<u>anamnèse :</u> → comment décrivez-vous votre enfant sur le plan moteur ? → autonomie dans l'habillage ? encastements ?
coordination œil/main/bouche page 2 : → « il mange avec des outils adéquats » → « il mange seul » → « il boit au verre sans aide »	→ comment votre enfant se débrouille-t-il avec les couverts ? → quel récipient utilise-t-il pour boire ? (biberon, verre à poignées, verre normal...) <u>Observations cliniques:</u> → observer la coordination œil-main-bouche : ajustement du geste d'approche de la cuillère vers la bouche, coordination et ajustement de l'ouverture buccale lors du temps du goûter.
praxies bucco-faciales page 2 : → « il fait des grimaces sur imitation ou spontanément »	<u>anamnèse :</u> → votre enfant aime-t-il faire des grimaces, joue-t-il à imiter ? → a-t-il tendance à baver. <u>Observations cliniques:</u> → bavage ? → Pour observer la compétence labiale et le tonus lingual, praxies bucco-faciales sur imitation (Evalo BB, 2010) : ouvrir grand la bouche, tirer la langue, faire un baiser, faire un grand sourire, souffler pour faire des bulles de savon. → Observation du goûter : degré d'aperture de la bouche à l'approche de l'aliment et avancée/fermeture de lèvres, fuite d'aliment pendant la prise globale du goûter.

praxies masticatoires : page 2 : → « il mange des morceaux » → « il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche »	<u>anamnèse :</u> → y-a-t-il des aliments que votre enfant a du mal à manger et avaler ? → bilan masticatoire inspiré du protocole proposé par C. Senez (formation). Permet de conclure quant à l'efficacité de la mastication de l'enfant. Un biscuit sec est proposé à l'enfant : - observations des mouvements linguaux, à l'introduction d'un morceau entre les molaires à droite, puis à gauche, puis sur le la partie antérieure de la langue. - présence de déglutitions secondaires : voir si l'enfant utilise sa langue, ou plutôt ses doigts pour nettoyer sa bouche. - mastication en spontané : l'enfant termine seul son gâteau.
sensibilité corporelle globale page 2 : → « il aime marcher pieds nus (sur toutes les surfaces ?) → « il apprécie le moment du bain » → « il patouille avec ses mains (peinture à doigts, pâte à modeler) »	<u>anamnèse :</u> Questions inspirées de l'anamnèse du bilan des fonctions oro-faciales et de la déglutition d'Isabelle Barbier : Le sens tactile : → est-ce que votre enfant réagit aux changements de température : T° ambiante ou des aliments, des objets ? → est-ce qu'il évite de toucher certaines textures ? avec les mains, les pieds, la bouche ? → cherche-t-il à mettre constamment qqch à la bouche ? col du vêtement ? doudou ? manche de pull ? jouets ? L'olfaction : → est-ce que votre enfant a un odorat particulièrement développé ? → préfère-t-il les aliments forts en goût ? La vision : → se protège-t-il de la luminosité ? → perçoit-il les obstacles sur son chemin ? L'audition : → est-ce qu'il a une aversion pour certains bruits ? Aspirateur ? Mixeur ? Sèche-cheveux ? Proprioception : → accepte-t-il d'être serré dans les bras ?

	<u>observations cliniques :</u> Evaluation de la sensibilité tactile à partir d'une boîte à textures de différentes matières : → textures franches : bois lisses, plastique froid (dinette) → textures molles : jouets en caoutchouc mou (balles), pâte à modeler → textures aériennes : plumes, coton, play maïs, semoule, farine fluide → textures mouillées : farine + eau, sable de lune (farine + huile) Après manipulation progressive des différentes textures, définition d'un niveau de sensibilité selon les 5 stades de sensibilité définis par Véronique Leblanc et Marie Ruffier-Bourdet (2009) : → stade 5 : aversion pour le contact corporel et pour le toucher de tout type de matière. Il arrive que le toucher de ces matières et textures entraîne une nausée. L'enfant explore peu ou pas les objets. → stade 4 : aversion pour les matières sèches, molles, aériennes. Le toucher du corps et des matières franches est possible. → stade 3 : aversion pour le toucher des matières mouillées, molles, collantes. Le toucher des textures aériennes est impossible. Le toucher du corps, des matières franches est possible. → stade 2 : aversion pour les matières collantes au doigt, mouillées, et aériennes. Le toucher du corps des matières franches, sèches, fluides est possible. → stade 1 : aversion pour le toucher des matières molles et collantes. Le toucher du corps des matières franches, sèches, fluides, mouillées est possible. → stade 0 : l'enfant n'a plus d'appréhension tactile. Plaisir de toucher à tout.
sensibilité du visage page 2 : → « il accepte qu'on s'approche de son visage (passage du gant de toilette, bison, caresse) »	<u>anamnèse :</u> Questions inspirées de V. Leblanc et Marie Ruffier-Bourdet (2009) : → Comment se passe l'approche du visage pendant la toilette? → Comment réagit-il face aux caresses, aux bisous ? <u>observations cliniques :</u> Evaluation de l'hypermensibilité oro-faciale Définition d'un niveau de sensibilité, à l'aide de la comptine « je fais le tour de la maison » et d'un coton humide, selon les 5 stades de sensibilité décrits par Véronique Leblanc et Marie Ruffier-Bourdet (2009) :

	→ stade 5 : aucun accès au visage n'est possible → stade 4 : toucher des zones péri-orales (joues, menton) possible. Les autres zones sont défendues → stade 3 : toucher des zones péri-orales et lèvres possible. Les zones endo-buccales (gencives, langue, palais) sont défendues → stade 2 : toucher des zones péri-orales, des lèvres, des gencives, de l'intérieur des joues possible. Hypersensitivité de la langue et du palais. → stade 1 : parties antérieures de la bouche apprivoisées → stade 0 : zones endo et exo-buccale totalement investies
sensibilité intra-buccale page 2 : → « il aime se brosser les dents (il mordille sa brosse ?) » → « il arrive à votre enfant de régurgiter et/ou vomir après un repas » → « il mange comme vous » → « il mange des morceaux » → « il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche »	→ Votre enfant apprécie-t-il toutes les textures alimentaires ? → Fait-il des grimaces lorsqu'il mange ? → Lui arrive-t-il de vomir pendant ou après un repas, hors période pathologies ORL ou virus ? → Quand le médecin insère un abaisse-langue dans la bouche de votre enfant, comment réagit-il ? observations cliniques : Évaluation du réflexe nauséux d'après C. Senez (2002). Par appui du doigt de l'examinateur ou à l'aide d'une cuillère plein de compote : → de la région apicale du palais jusqu'au palais mou, → de l'apex vers la base de langue Puis définition du nauséux en s'appuyant sur la classification proposée par C. Senez (2002) : → stade 0 : aucun nauséux déclenché – hyposensibilité → stade N : réflexe déclenché dans la zone normale de déclenchement (au niveau de piliers du voile et de la base de la langue) → stade 1 : déclenchement du nauséux au niveau du palais et/ou de la partie très postérieure de la langue. Absence de régurgitation ou de vomissement au quotidien. Réaction faible du réflexe. → stade 2 : déclenchement après le creux du palais et dans la partie postérieure du dos de la langue. Réaction vive à modérée du réflexe. Régurgitation ou vomissement possibles → stade 3 : déclenchement situé dans le creux du palais. Réaction vive avec possibilité de toux. Régurgitation ou vomissement fort probables

	→ stade 4 : déclenchement entre l'apex de la langue et le creux du palais. Réaction vive. Régurgitation ou vomissement fort probables → stade 5 : déclenchement au niveau des lèvres. Réaction vive. Régurgitation ou vomissement très fréquents Évaluation des niveaux de refus alimentaire d'après par C. Senez (2002), à partir des données de l'anamnèse et avec comparaison du test du nauséux : → Niveau N (normal) : Le sujet accepte les morceaux. Pas de sélection particulière pour les aliments. Prend plaisir à s'alimenter. → Niveau 1 : Refus des morceaux consistants. Pas de préférence exagérée pour les aliments sucrés. Pas de susceptibilité particulière aux aliments froids. Prend plaisir à s'alimenter. A bon appétit. → Niveau 2 : Refus de tout morceau. Alimentation mixée grossièrement acceptée. Petite préférence pour le sucré. Petite réaction aux aliments froids. Prend plaisir à s'alimenter avec les aliments qu'il a sélectionnés. A bon appétit. → Niveau 3 : Refus des morceaux et des moindres petites particules. Alimentation mixée fin homogène, de la consistance d'une pomme. Nette préférence pour le sucré. Réaction d'aversion aux aliments froids. Seuls les aliments tièdes sont acceptés. N'a aucun plaisir à s'alimenter. Lenteur pour s'alimenter. A peu d'appétit. → Niveau 4 : Refus du passage à une alimentation variée à la cuillère, quel que soit son âge. Seule l'alimentation au biberon contenant du lait tiède est acceptée. Aucun plaisir en dehors du lait. → Niveau 5 : Refus total d'une alimentation orale. Le seul contact tactile sur les lèvres déclenche une réaction nauséuse exacerbée. Alimentation entérale par sonde naso-gastrique ou sonde de gastrostomie. Aucun plaisir oral.
Développement du langage	
intelligibilité page 2 : → <i>il est compris par une personne étrangère à votre entourage</i> » → <i>il est compris par une personne familière</i> »	<u>anamnèse</u> : Questions sur les précurseurs à la communication : → attention conjointe → tour de parole → pointage

	→ contact oculaire → intelligibilité de l'enfant par sa famille et son entourage plus ou moins proche <u>Observations cliniques :</u> Observation de l'enfant dans l'interaction avec l'expérimentateur ou son parent afin de vérifier la mise en place des précurseurs. Puis, relevé du répertoire consonantique et vocalique de l'enfant lors des différents activités. Comparaison avec l'apparition normale des phonèmes dans le développement de l'enfant (Rondal, 1985 et Evalo BB, 2010)
lexique actif et alimentation page 2 : → « il utilise le vocabulaire lié au repas » (cuillère, « beurk », « miam », encore, boire,...) »	anamnèse : → âge d'apparition des premiers mots → période d'explosion lexicale ? <u>Observations cliniques :</u> → dénomination des parties du corps d'une poupée (d'après les 10 items présents dans Evalo BB, 2010) : les yeux, le nez, la bouche, les cheveux, l'oreille, la langue, la main, le pied, le dos, le ventre.
lexique passif et schéma corporel page 2 : → « il montre les parties du corps sur lui et/ou en situation de jeux (poupées, playmobils...) »	anamnèse : → répond-il aux consignes du quotidien ? <u>Observations cliniques :</u> → Désignation des parties du corps, uniquement faite si la production est déficitaire à l'épreuve de dénomination. (Evalo BB, 2010)
entrée dans la phrase page 2 : → « il produit des phrases de deux mots ou plus » → « il fait des phrases avec je »	anamnèse : → votre enfant juxtapose les mots ? → votre enfant associe au moins 2 mots ? → comprend-il des énoncés de plus en plus complexes ? <u>Observations cliniques :</u> → Repérer et analyser les productions effectives de l'enfant lors des différents temps du bilan
actes de langage/ plaisir du langage (plaisir oral) page 2 : → « il demande à manger » → « il dit ce qu'il veut ou ne veut pas manger » → « il joue à chuchoter, crier, chanter » → « il connaît des comptines »	anamnèse : → Arrive-t-il à faire comprendre ce qu'il souhaite ? Est-ce un enfant bavard ? <u>Observations cliniques :</u> → Observer l'enfant dans ses demandes, pour toucher les textures, pour manger, attention portée à sa curiosité, à son plaisir d'échanger.

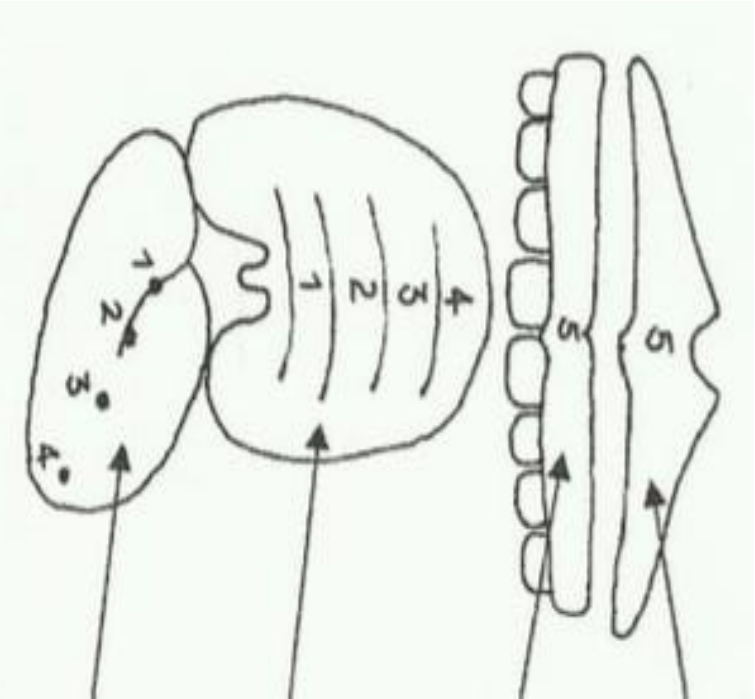
Annexe VIII : Fiche de recueil de données concernant le bilan

NOM :		Prénom :		Date de naissance :		Âge : MOIS	Date du bilan :	Naissance à terme ?
Données générales sur la santé								
Poids :	Taille :	Personnalité :	Allergies :		Sphère ORL : → Otites : → Bronchites : → Ronflements : → Respiration : → Sommeil :			
OBSERVATIONS		Suivi médical spécialisé ?		Etat digestif : → RGO ? → Bavage ? → Mouchage ?				
Histoire Alimentaire								
Oralité Primaire : Allaitement ? Biberon ?				Oralité secondaire : Passage à la cuillère ? Age ? Difficultés ? Introduction des morceaux ?				

OBSERVATIONS :				
Antécédents familiaux				
Père		Mère		
Difficultés liées à l'alimentation ? Origines/causes/conséquences		Difficultés liées à l'alimentation ? Origines/causes/conséquences		
Réflexe nauséeux :		Réflexe nauséeux :		
Comportement alimentaire actuel				
Plaisir de manger : Rythme : Fréquence : Journée type : → nombre de repas/jour : → contenu → lieu des repas		Autonomie : → mange seul ? → boit seul ? → instruments utilisés → repas à la crèche ?		Durée du repas : Durée moyenne des repas : Comment cela se passe : OBSERVATIONS :
Structure oro-faciale				
Âge d'apparition des 1^{ères} dents :	Hygiène dentaire :	Nombre de dents : Molaires : OUI / NON	Malocclusion ?	

Développement psycho-moteur				
Âge station assise :	4 pattes ?	Âge acquisition marche :	Propreté :	Objets bouche ?
Aptitudes praxiques				
Praxies globales :	Coordination œil/main/bouche :		Praxies bucco-faciales : ouvrir grand la bouche tirer la langue faire un baiser faire un grand sourire souffler (bulles)	
Praxies Masticatoires :				
Introduction d'un morceau entre les molaires :				
A droite		A gauche		
Mouvements antéro-postérieurs de la langue : OUI/NON Mouvements latéraux : OUI/NON		Mouvements antéro-postérieurs de la langue : OUI/NON Mouvements latéraux : OUI/NON		
Mastication spontanée :		Déglutition secondaire : Utilisation des doigts ?		
Intégration sensorielle				
Réaction face aux textures :			Stade :	Commentaires des parents (Autres sens)
→ textures franches : bois lisses, plastique froid (dînette) → textures molles : jouets en caoutchouc mou (balles), pâte à modeler → textures aériennes : plumes, coton, play maïs, semoule, farine fluide → textures mouillées : farine + eau, sable de lune (farine + huile)			0 : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 :	

Sensibilité oro-faciale :	Commentaires des parents :
Stade 0 Stade 1 Stade 2 Stade 3 Stade 4 Stade 5	

Sensibilité intra-buccale :	
Test du réflexe nauséux : 	Refus alimentaire : Niveau N : Niveau 1 : Niveau 2 : Niveau 3 : Niveau 4 : Niveau 5 :

Développement du langage				
Intelligibilité :	Lexique actif	Lexique passif	Morpho-syntaxe	Acte de langage
	les yeux le nez la bouche les cheveux l'oreille la langue la main le pied le dos le ventre	les yeux le nez la bouche les cheveux l'oreille la langue la main le pied le dos le ventre		
REMARQUES COMPLEMENTAIRES :				

Annexe IX : Proposition d'un ajustement possible de la grille suite aux résultats de l'étude de recherche

Votre enfant et son développement sensori-moteur	Jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours
Il réussit à mettre sa culotte tout seul	☐	☐	☐	☐
Il fait des grimaces sur imitation ou spontanément	☐	☐	☐	☐
Il joue à faire semblant (dînette, papa/ maman...)	☐	☐	☐	☐
Il mettait des objets à la bouche lorsqu'il était plus petit (jouets, tétine, doudou...)	☐	☐	☐	☐
Il mange avec les outils adéquats (fourchette, cuillère...)	☐	☐	☐	☐
Il aime marcher pieds nus (sur toutes les surfaces ?)	☐	☐	☐	☐
Il patouille avec ses mains (peinture à doigts, pâte à modeler, cuisine...)	☐	☐	☐	☐
Il apprécie le moment du bain	☐	☐	☐	☐
Il accepte qu'on s'approche de son visage (passage du gant de toilette, bisou, caresse...)	☐	☐	☐	☐
Il mordille sa brosse lorsqu'il se lave les dents	☐	☐	☐	☐
Votre enfant et le temps du repas	☐	☐	☐	☐
Il réclame à manger	☐	☐	☐	☐
Il aim manger	☐	☐	☐	☐
Il mange seul	☐	☐	☐	☐
Il boit au verre sans aide	☐	☐	☐	☐
Il mange comme vous (purée, morceaux, légumes, chips, froid, chaud, sucré, salé...)	☐	☐	☐	☐
Il mange des morceaux (viande, légumes...)	☐	☐	☐	☐
Il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche	☐	☐	☐	☐
Il arrive à votre enfant de régurgiter et/ ou vomir après un repas (hors périodes de maladies infectieuses)	☐	☐	☐	☐
Il reste assis durant tout le repas	☐	☐	☐	☐
Il met plus de trente minutes à prendre son repas (Il est lent pour manger ?)	☐	☐	☐	☐
Il montre des attitudes d'opposition pendant le repas (grimace, tourne la tête...)	☐	☐	☐	☐
Votre enfant et sa communication	☐	☐	☐	☐
Il est compris par une personne étrangère à votre entourage	☐	☐	☐	☐
Il est compris par une personne familière	☐	☐	☐	☐
Il dit ce qu'il veut manger ou ne pas manger	☐	☐	☐	☐
Il utilise le vocabulaire lié au repas (cuillère, « beurk », « miam », « encore », « boire »)	☐	☐	☐	☐
Il dit qu'il ne veut pas manger le matin (il préfère boire un biberon ?)	☐	☐	☐	☐
Il produit des phrases de 2 mots ou plus (« papa gâteau », « maman dodo », « il dort »)	☐	☐	☐	☐
Il fait des phrases avec « je » (« je mange », « je bois »...)	☐	☐	☐	☐
Il montre les parties du corps sur lui et/ ou en situation de jeux (poupées, Playmobil, ...)	☐	☐	☐	☐

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1. Les oralités alimentaire et verbale, d'après C. Thibault (2007).....	13
Figure 2. Classification diagnostique des troubles de l'intégration sensorielle, d'après L.J. Miller (2007)	22
Figure 3. Pyramid of learning (Williams et Shellenberger, 1996)	26
Figure 4. Illustration des hypothèses en arborescence	34
Figure 5. Procédure de l'expérimentation	40
Figure 6. Croisement des données en arborescence	57
 Graphique 1. Vue d'ensemble de notre population au regard de notre outil de dépistage	54
Graphique 2. Vue d'ensemble de notre population au regard du bilan orthophonique d'oralité alimentaire	55
Graphique 3. Vue d'ensemble de notre population après croisement des données entre notre outil de dépistage et le bilan d'oralité alimentaire	56
 Tableau 1. Causes organiques possibles d'un trouble de l'oralité alimentaire, d'après V. Abadie (2004)	21
Tableau 2. Répartition de la population d'expérimentation.....	37
Tableau 3. L'efficacité du dépistage, d'après Remein et Wilkerson (1961)	49
Tableau 4. Sensibilité de notre outil de dépistage	49
Tableau 5. Spécificité de notre outil de dépistage	50
Tableau 6. VPP/VPN de notre outil.....	51
Tableau 7. Test du Khi 2 avec un indicateur p significatif pour l'item « il mange comme vous »	52
Tableau 8. Test du Khi 2 avec un indicateur p significatif pour l'item « Il met du temps à avaler ce qu'il a en bouche »	52
Tableau 9. Test du Khi 2 avec un indicateur p significatif pour l'item « il boit au verre sans aide »	53
Tableau 10. Test du Khi 2 avec un indicateur p significatif pour l'item « il fait des phrases avec "JE" »	53
Tableau 11. Répartition de notre population concernant notre outil de dépistage	54
Tableau 12. Répartition de notre population au regard du bilan orthophonique d'oralité alimentaire	54
Tableau 13. Croisement des données entre notre outil de dépistage et le bilan orthophonique d'oralité alimentaire	55
Tableau 14. Proportion de VP/FP - VN/FN.....	55

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES.....	2
I Université Claude Bernard Lyon 1	2
1.1 Secteur Santé :	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :	2
II Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation.....	3
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	10
PARTIE THEORIQUE	12
I Le développement de l'oralité alimentaire	13
1 L'oralité : définition	13
2 Le développement conjoint des deux oralités.....	13
2.1 L'oralité primaire	14
2.2 L'oralité secondaire.....	15
3 Oralité alimentaire et expériences sensorielles	17
3.1 De la vie intra-utérine à la naissance : les premières expériences sensorielles	17
3.2 Oralité secondaire et sensorialité	17
3.3 L'intégration sensorielle au cœur de l'oralité alimentaire	18
4 L'oralité alimentaire : des enjeux psycho-affectifs et interactionnels.....	19
4.1 La fondation du lien mère-enfant	19
4.2 La situation du repas, source d'interactions	19
II Le trouble de l'oralité alimentaire et ses conséquences	20
1 Le trouble de l'oralité alimentaire	20
1.1 Définition et terminologie.....	20
1.2 Prévalence	20
1.3 Classifications et étiologies	21
2 Trouble de l'intégration neurosensorielle et oralité alimentaire.....	22
2.1 Définition	22
2.2 Trouble de l'intégration sensorielle et comportement alimentaire	23
2.3 Conséquence sur la compétence motrice	25
3 L'altération des autres sphères du développement de l'enfant	25
3.1 Construction cognitive et trouble de l'oralité alimentaire d'origine sensorielle	25
3.2 Répercussions sur l'oralité verbale	26
3.3 Répercussions sur les interactions mère-enfant	27
3.4 La sphère psycho-affective	27
III La prévention en orthophonie	28
1 Orthophonie et prévention	28
2 Le dépistage	28

2.1	Sa mise en place.....	28
2.2	Le dépistage orthophonique d'un trouble de l'oralité alimentaire	29
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES		31
I	Problématique	32
II	Hypothèses	33
1	Hypothèse générale.....	33
2	Hypothèses opérationnelles	33
2.1	Hypothèse 1 : efficacité interne de l'outil	33
2.2	Hypothèse 2 : Il existerait une correspondance dans les résultats du dépistage et ceux du bilan diagnostique de l'oralité alimentaire.	33
2.3	Hypothèse 3 : la grille parentale de dépistage pourrait secondairement permettre d'identifier des enfants à risque dans le cadre de pathologies autres que le seul trouble de l'oralité alimentaire.	33
III	Illustration des hypothèses.....	34
PARTIE EXPERIMENTATION		35
I	Population	36
1	Critères d'inclusion et d'exclusion	36
1.1	Tranche d'âge	36
1.2	Des enfants tout-venant	36
2	Méthode de recrutement	36
3	Présentation de la population expérimentale.....	37
II	Construction de l'outil de dépistage.....	37
1	Choix d'une grille parentale	37
2	Description de l'outil	38
2.1	L'outil pour les parents (cf. annexe IV).....	38
2.2	L'outil de cotation pour les orthophonistes (Cf. Annexe V)	39
3	Cadre théorique associé.....	39
3.1	La construction d'une revue de littérature (cf. Annexe VI)	39
3.2	Le choix des items	40
III	Le recueil des données	40
1	Chronologie de notre expérimentation	40
2	La nature des données recueillies.....	41
3	Principes de cotation	41
4	Conclusion permise par la grille	42
IV	Validation de la grille de dépistage	42
1	Le bilan d'oralité alimentaire	42
1.1	Les objectifs du bilan.....	42
1.2	Description de l'outil bilan	42
2	La passation du bilan	45
2.1	Les conditions d'observation	45
2.2	La méthode inter-juge	46

3	Conclusions permises par le bilan.....	46
PRESENTATION DES RESULTATS		47
I	Analyse quantitative des résultats	48
1	L'efficacité d'un outil de dépistage : valeurs intrinsèques du test	48
1.1	La sensibilité.....	48
1.2	La spécificité	48
1.3	L'indice de Youden	48
1.4	Résumé de l'efficacité d'une épreuve de dépistage	48
2	Efficacité de notre grille parentale comme outil de dépistage	49
2.1	La sensibilité de notre outil	49
2.2	La spécificité de notre outil	50
2.3	L'indice de Youden relatif à l'outil	50
2.4	Valeur Prédictive Positive / Valeur Prédictive Négative : valeurs extrinsèques du test	50
2.5	Analyse des trente items constituant notre grille parentale de dépistage	51
II	Analyse qualitative : corrélation entre les données du dépistage et les données du bilan.....	54
1	Les données de notre grille parentale comme outil de dépistage	54
2	Les données du bilan comme objet de validation de notre outil de dépistage.....	54
3	Croisement des résultats : la grille parentale comme outil de dépistage vs le bilan orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire	55
III	Synthèse des résultats	56
1	Caractéristiques de la grille parentale définie comme outil de dépistage.....	56
2	Arborescence des résultats en croisant les données de la grille parentale et du bilan orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire	57
DISCUSSION DES RESULTATS		58
I	Vérification des hypothèses	59
1	Hypothèses opérationnelles	59
1.1	Hypothèse 1.....	59
1.2	Hypothèse 2.....	60
1.3	Hypothèse 3.....	60
2	Hypothèse générale.....	60
II	Interprétation et discussion des résultats	61
1	La prévalence	61
2	Les valeurs intrinsèques de la grille parentale de dépistage	61
2.1	La sensibilité.....	61
2.2	La spécificité	62
3	Les valeurs extrinsèques : les valeurs prédictives positives et négatives (VPP/VPN).....	63
4	Significativité des items composant la grille parentale	64
III	Critiques et limites de notre recherche	65
1	Population	65
1.1	Taille de l'échantillon	65

1.2 Critères de sélection	65
2 Matériel et procédure.....	65
2.1 Construction de la grille	65
2.2 Le bilan orthophonique d'oralité alimentaire : une évaluation qualitative.....	67
2.3 Conditions d'expérimentation	68
IV Apports personnels et professionnels de notre étude	68
V Intérêts cliniques et participation à la recherche en orthophonie	69
VI Perspectives de recherche	70
CONCLUSION.....	72
REFERENCES.....	74
ANNEXES.....	81
Annexe I : Le développement conjoint des deux oralités, en lien avec le développement neurologique, moteur et anatomique d'après Thibault (2007) ; Puech & Vergeau (2004) ; Coquet, Ferrand & Roustit (2010)	82
Annexe II : Les différentes étapes pour manger, de la vue au goût : approche SOS (Sequential Oral Sensory)	84
Annexe III : Classification des troubles de l'oralité alimentaire d'après I. Chatoor (2009) ..	85
Annexe IV : La grille parentale comme outil de dépistage.....	86
Annexe V : La grille de cotation pour les orthophonistes	89
Annexe VI : Cadre théorique associé à la grille parentale.....	90
Annexe VII : Confrontation des items de la grille parentale de dépistage et du bilan orthophonique d'oralité alimentaire	93
Annexe VIII : Fiche de recueil de données concernant le bilan	102
Annexe IX : Proposition d'un ajustement possible de la grille suite aux résultats de l'étude de recherche	107
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	108
TABLE DES MATIERES	109

Fanny GELAS et Hélène MONIER-GUILLAUMIN

CREATION D'UN OUTIL DE DEPISTAGE DES TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE

112 Pages

Mémoire d'orthophonie – **UCBL- ISTR** – Lyon 2016

RESUME

La sphère oro-faciale regroupe toutes les fonctions vitales et structurantes de l'individu : la respiration, l'alimentation et la déglutition. L'oralité alimentaire participe activement au développement de l'enfant. Si celle-ci est troublée, les conséquences sont multiples et diverses. La littérature a montré la nécessité d'une intervention précoce concernant le trouble de l'oralité alimentaire. Cependant, seuls 1 à 2% des troubles de l'oralité alimentaire sont diagnostiqués chez l'enfant. Actuellement, aucune étude française permettant de repérer plus rapidement cette pathologie n'a été menée. Des études québécoises, anglaises et allemandes ont prouvé la validité d'échelles pour diagnostiquer plus facilement le trouble de l'oralité alimentaire. Nous avons alors créé un outil de dépistage des troubles de l'oralité alimentaire. Ce dépistage permet l'orientation précoce des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire vers un orthophoniste. Notre outil est une grille parentale qui permet d'inclure la famille à la procédure. En effet, dans le cadre d'un trouble de l'oralité alimentaire c'est toute la sphère familiale qui est touchée. Nous avons alors distribué la grille parentale à 15 parents d'enfants tout-venant. Les 15 enfants ont bénéficié d'un bilan de l'oralité alimentaire. Pour notre échantillon, la grille parentale révèle une sensibilité de 100% et une spécificité de 83% s'expliquant par le dépistage de 2 enfants faux positifs. De plus, la valeur prédictive négative est de 100% et la valeur prédictive positive de 60%. Ces valeurs dépendent de la prévalence de la pathologie qui ressort à 20% dans notre étude. La grille parentale est composée de 30 items parmi lesquels 4 ressortent significativement. Il pourrait être intéressant d'investiguer plus profondément ces éléments lors du bilan de l'oralité alimentaire et les identifier comme signaux d'alerte. Pour confirmer ces tendances, il est nécessaire de poursuivre les recherches, sur des échantillons plus importants, et envisager la validation d'autres outils pour améliorer la précocité de la prise en soin.

MOTS-CLES

Oralité alimentaire – Prévention – Dépistage – Intervention précoce – Grille parentale

MEMBRES DU JURY

CANAULT Mélanie, GUILLON-INVERNIZZI Fanny & POZARD Prescillia

MAITRE DE MEMOIRE

THEROND Béatrice

DATE DE SOUTENANCE

30 Juin 2016