



Comment fais-tu ? \_\_\_\_\_

Observation de l'enfant (+ dossier):

Morphologique :

Le crâne/la face : \_\_\_\_\_

Les lèvres (stomion relâché ou crispé) au repos

Le palais

Le voile

La langue au repos – avec un sourire (position haute, collée au palais, position basse, déplacement latéral, D, G, les deux, contact avec les incisives supérieures ou inférieures, intercalée entre les arcades)

Observation fonctionnelle (tonicité, positionnement) :

les praxies :

**Labiales** : ouvrir, fermer, pincer, retenir, mobilité latérale

**Linguales** : langue de chat, langue de rat, passer sur la lèvre supérieure, sur la lèvre inférieure, toucher le menton, toucher le nez, toucher les commissures labiales, passer sur les dents, passer face interne des dents, caresser le palais, claquer la langue

**Mandibulaire** : avancer la mandibule, reculer la mandibule, déplacements latéraux, mastication, contraction des masséters.

**Vélaire** : prononciation : O--> ON, A-->AN, E-->IN

La déglutition :

Salive            eau            yaourt            biscuit

Déglutition atypique (primaire)            déglutition « dentée » adulte

position de la langue            interposition antérieure            latérale            D            G

La ventilation :

Observation :

Respiration : nasale            buccale            mixte

thoracique            abdominale            thoraco abdominale

miroir de Glatzel            symétrique            asymétrique            important            faible

test de Rosenthal (respirer amplement 10 à 15 fois par le nez) négatif = aucune gêne

la phonation :

répétition de syllabes simples (test d'articulation de Borel Maissonny)

pa ta ka fa sa cha ba da ga va sa ja  
la ma na gna ra ya ap at ak af as ach  
ab ad ag av az aj al am an agn ar ay

répétition de mots :

T/D	temps	attentat	dent	dindon	onde
K/G	conque	kaki	gong	gout	gogo
N/GN	annie	nonne	campagne	saigner	vigne
F/V	feu	effet	enfin	vive	avis
S/Z	seau	assis	saucisse	onze	zazou
CH/J	chien	hache	juger	jean	ange
L	lit	aile	aller		

Ecrire son prénom

Copie de lettres, de chiffres (e majuscule, l, a, e cursifs, 4-7-9)

Discours spontané (avec une historiette à ordonner)

Remarques (niveau de description, tics de langage, tics de visage, répétitions, articulation....)

Dessin du bonhomme

Echelle de l'estime de soi (image de soi)

Tu dirais que tu es :

Très moche                      moche                      normal                      beau                      très beau

Pourquoi ?

Annexe n°2

de « Raconte...55 historiettes en images », par C. Le Boeuf, édition L'école, Paris



### Annexe n°3

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Prénom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

#### **Formulaire d'information et de consentement libre et éclairé**

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités du projet. Pour participer, vous devez signer le consentement à la fin de ce document. Vous en aurez une copie signée et datée.

Le projet de recherche concerne les domaines de l'orthophonie et de l'odontologie. Il est inclus dans un mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du Certificat d'Aptitude en Orthophonie de l'année 2014. Ce mémoire vise à étudier l'intérêt de l'orthophonie dans la prise en charge de l'enfant atteint de caries précoces susceptible de porter une prothèse.

Les responsables du projet sont Monsieur le Docteur T. Trentesaux et Madame B. Carré.

La recherche concerne les enfants âgés de 3 à 7 ans, atteints de caries précoces et suivis dans le service d'odontologie, unité fonctionnelle d'odontologie pédiatrique du CHRU de Lille.

Votre enfant participerait à une évaluation orthophonique faisant partie d'un projet plus global visant à prendre en charge l'enfant et la famille d'enfant polycarié dans plusieurs domaines afin d'informer et de prendre en charge de façon optimale la famille et l'entourage.

Votre enfant serait reçu quatre fois pendant 30 minutes maximum par l'étudiante en orthophonie afin de faire un bilan orthophonique fonctionnel complet. Il s'agit d'observer l'articulation, la déglutition, la respiration, la nutrition et l'image de soi. Ces entretiens auraient lieu :

- avant la prise en charge au bloc opératoire
- à la première visite de contrôle
- à 3 mois
- à 6 mois.

L'étudiante vous remettrait par ailleurs un questionnaire que vous, parents, ou responsables légaux, aurez à remplir afin que les données concernant l'enfant soient complètes.

L'entrevue avec l'enfant, la remise du questionnaire et du formulaire de consentement se ferait dans le cabinet d'orthophonie situé au rez-de-chaussée de la Faculté de Chirurgie Dentaire.

L'étudiant et le maître de mémoire se réservent le droit de retrait du projet en cas de changement de critères. L'enfant et/ou ses parents ou responsables légaux, peuvent tout autant refuser la continuation de leur participation quel qu'en soit le moment et cela sans aucun préjudice.

Les données recueillies ne sont traitées et conservées que dans le cadre strict du mémoire d'orthophonie. Leur confidentialité est garantie car l'étude est anonyme.

Il est possible que pendant l'entrevue, l'étudiante enregistre la voix de l'enfant ou fasse des photos. Vous n'êtes pas dans l'obligation de consentir à ces enregistrements pour participer au projet. Si vous refusez, les enregistrements et les photographies concernant votre enfant seront détruits à la fin du projet dans le respect de la confidentialité.

A la fin des travaux de recherche concernant ce projet, vous serez informés des résultats et nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé.

**Consentement libre et éclairé**

Je, soussigné \_\_\_\_\_,  
mère/père/responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_  
déclare avoir lu et compris le formulaire de consentement, en avoir reçu un  
exemplaire et avoir eu l'information nécessaire.

Par ma signature, j'accepte que mon enfant et moi-même participions au projet.

Monsieur/ Madame \_\_\_\_\_ M. D. Trentesaux ou Mme  
Carré

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_ 201\_

**Déclaration de responsabilité des chercheurs**

Nous, M. le Docteur Thomas Trentesaux et Mme Barbara Carré, sommes responsables du projet de recherche. Nous certifions avoir apporté les informations nécessaires à la compréhension du participant à l'enquête et avoir répondu à ses interrogations. Nous lui avons indiqué qu'il est entièrement libre de se retirer du projet de recherche. Nous nous engageons à garantir le respect des objectifs de l'étude et la confidentialité des données.

Mme B. Carré et/ou M. le Docteur T. Trentesaux

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_ 201\_

**Annexe n°4****Questionnaire aux parents ou responsables légaux**

Date du bilan : \_\_\_\_\_

Nom, prénom, date de naissance, profession : \_\_\_\_\_

Mère : \_\_\_\_\_

Père : \_\_\_\_\_

Situation : concubinage      marié      séparé      divorcé      veuve/veuf

Les enfants : prénom, date de naissance

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sont-ils suivis au niveau dentaire ?    oui    non

Si oui, pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous suivis au niveau dentaire?      oui    non

Régulièrement      tous les deux ou trois ans      rarement      jamais

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? \_\_\_\_\_

Pourquoi avez-vous consulté pour la première fois avec votre enfant au centre Caumartin ?

Visite de routine      oui    non

Sur les conseils de votre dentiste      oui    non

Douleurs      oui    non    Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

Esthétique      demande de votre part      demande de votre enfant

Y a-t-il eu des remarques ? Des moqueries ?    oui    non

A votre égard      à l'égard de votre enfant

Lesquelles : \_\_\_\_\_

La grossesse :

Remarques sur le déroulement : (prise de poids, alitement, douleurs, tabac, parfaite....) \_\_\_\_\_

La naissance :

Poids de naissance : \_\_\_\_\_      taille de naissance : \_\_\_\_\_

à terme      prématurité    oui    non      si oui, combien de semaines : \_\_\_\_\_

Alimentation :

Naissance :

Au sein      au biberon      les deux      à heure fixe      à la demande

Ajouts    oui    non    quoi ? farine      sucre      miel    autres ? \_\_\_\_\_

Durée de l'alimentation : \_\_\_\_\_

Alimentation semi liquide/ solide (sevrage) : âge de début : \_\_\_\_\_

Problèmes rencontrés : \_\_\_\_\_

Alimentation actuelle :

Aliments courants : \_\_\_\_\_

Aliments préférés : \_\_\_\_\_

Boissons :

Eau      lors des repas      de temps en temps      jamais

Sodas      lors des repas      de temps en temps      jamais

Se brosse t'il/elle les dents ?    oui      non

1x/jour      2x/jour      3x/jour      plus ?

La mastication / déglutition :

Son repas dure t'il \_\_\_\_\_ comme le reste de la famille plus longtemps  
moins longtemps

Mâche t'il \_\_\_\_\_ longtemps \_\_\_\_\_ peu \_\_\_\_\_ très peu  
Avale t'il \_\_\_\_\_ normalement \_\_\_\_\_ rapidement \_\_\_\_\_ difficilement  
Tousse t'il \_\_\_\_\_ pendant le repas \_\_\_\_\_ après le repas \_\_\_\_\_ pas du tout

Remarques : \_\_\_\_\_

Premières acquisitions :

La marche : \_\_\_\_\_

La propreté le jour : \_\_\_\_\_ la nuit : \_\_\_\_\_

Le langage : premiers mots : \_\_\_\_\_ premières phrases : \_\_\_\_\_

L'apparition des dents de lait : \_\_\_\_\_

Quel est le rythme de votre enfant ?

Heure moyenne de lever : \_\_\_\_\_

Heure moyenne de coucher : \_\_\_\_\_

Sieste : oui non si oui, combien de temps ? \_\_\_\_\_

Est-il fatigué la journée ? oui non

Tout le temps de temps en temps seulement le soir

Combien prend-il de repas ? \_\_\_\_\_ A quelle heure ? \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il souvent enrhumé ?

Toute l'année de temps en temps jamais

Votre enfant ronfle t'il ?

Toutes les nuits de temps en temps jamais

A-t-il un suivi O.R.L. ? oui non si oui, pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

Le langage :

Date des premiers mots : \_\_\_\_\_

Pensez-vous que sa langue se positionne bien ? oui non

Si non, a-t-il des soucis pour prononcer S/Z CH/J T/D N/GN

Aime t'il prendre la parole ? oui non souvent de temps en temps jamais

Constatez vous une gêne une difficulté des hésitations ?

Lesquelles ? \_\_\_\_\_

Avez-vous remarqué des mimiques des tics de langage des tics sur le visage

Aime t'il dessiner ? oui non

L'écriture est-elle appréciée détestée aisée difficile lisible

Certaines lettres sont-elles illisibles à l'envers oubliées échangées

Votre enfant est-il suivi au par un(e) orthophoniste ? oui non

Si oui, depuis combien de temps ? \_\_\_\_\_

Pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

Puis-je me permettre de le(la) joindre ? oui non

Si oui, quel est son nom ? \_\_\_\_\_ son numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Votre enfant et l'école

Est-il content d'y aller ? oui non si non, pourquoi ? \_\_\_\_\_

A t'il de bons camarades ? oui non peu beaucoup

Les voit-il en dehors de l'école ? oui non

**1 bis : Avez-vous été informés sur le suivi dentaire de votre enfant ?**

- O N  
Si oui quand ? à la maternité à la crèche à l'école maternelle  
autre \_\_\_\_\_  
Qu'a appris votre enfant ? \_\_\_\_\_  
Qu'avez-vous appris ? \_\_\_\_\_

**2 bis : Auriez-vous aimé être informé des maladies dentaires quand votre enfant était tout petit ?**

- O N Si oui, quand ? à la maternité à la crèche en  
PMI  
Autre \_\_\_\_\_

**3 bis : Quel professionnel auriez-vous aimé rencontrer ?**

- Un chirurgien dentiste un orthophoniste un diététicien un  
psychologue  
Une assistante sociale une infirmière une médecin généraliste  
Autre ? \_\_\_\_\_  
Pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Vos réponses me seront très utiles dans le cadre de mon mémoire. Je suis soumise au secret médical et vos réponses resteront anonymes. Je vous tiendrai informé sur les résultats obtenus. Encore merci pour votre participation.

---

## Annexe n°5

### **Questionnaire à destination des orthophonistes**

Etudiante en quatrième année d'orthophonie à l'Institut Gabriel Decroix de Lille II, je réalise dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, une recherche concernant le rôle de l'orthophoniste dans un programme d'éducation thérapeutique du patient souffrant de caries précoces du jeune enfant.

Je vous remercie par avance de me renvoyer ce questionnaire par email ([barbara.albrecht.carre@gmail.com](mailto:barbara.albrecht.carre@gmail.com) ou [barbara.albrecht@etu.univ-lille2.fr](mailto:barbara.albrecht@etu.univ-lille2.fr) ) le plus rapidement possible, afin que je puisse traiter les données.

La carie précoce du jeune enfant, autrefois appelée syndrome du biberon, touche les dents lactéales. Les principales causes sont l'utilisation prolongée de biberons sucrés, l'ingestion d'eau additionnée de sucres ou de sodas, accompagnés de grignotages intempestifs de gâteaux et de bonbons ou autres produits sucrés. S'ajoute à cela une hygiène bucco dentaire insuffisante ou inefficace.

Les conséquences esthétiques et fonctionnelles sont importantes tant sur un plan local que général. De nombreux domaines orthophoniques sont impactés : ventilation, déglutition et phonation.

Jusqu'à présent les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) concernaient essentiellement les maladies chroniques cardiovasculaires ou bien le diabète, entre autres. Désormais les domaines concernés sont plus variés et pourraient intéresser les compétences des orthophonistes.

1- Avez-vous déjà entendu parler d'éducation thérapeutique du patient ? Oui  
non

2- Si oui, pourriez-vous brièvement en donner une définition ?

---

---

---

3- Pensez-vous que l'orthophonie a sa place dans un programme d'ETP ?      oui      non

4- Pour quelle(s) raison(s) ?

---

---

5- Recevez-vous dans votre cabinet des jeunes enfants porteurs de prothèses amovibles?

oui non

Si oui, à quelle fréquence ? (en nombre de patients atteints / nombre de patients de -6 ans reçus /an) \_\_\_\_\_

Présentaient-ils des problèmes orthophoniques ? oui non

si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

Avaient-ils été adressés par un chirurgien dentiste ?

oui non

Si non, par quel professionnel médical ? \_\_\_\_\_

Etes-vous restés en contact avec ces professionnels ?

oui non

Si oui, à quelle fréquence ? \_\_\_\_\_

6- Pensez-vous que l'orthophoniste à un rôle à jouer dans la prise en charge d'enfants souffrant de caries précoces sachant que plusieurs mois s'écoulent entre chaque étape (diagnostic dentaire, avulsions, livraison de la prothèse amovible)?

	Oui/non	Pourquoi ?
Avant les avulsions		
Après les avulsions		
Après la mise en place de la prothèse amovible		

7- Dans quel domaine de la prévention / rééducation pensez-vous que l'orthophoniste peut intervenir ?

	Oui/non	Pourquoi ?
La ventilation		
La déglutition /mastication		
L'articulation		
L'image de soi		

L'oralité		
La douleur		
Autres ?		

8- Cela vous intéresserait-il de participer à un programme d'ETP ?

oui non

Pourquoi ? \_\_\_\_\_

9- Quelques renseignements sur vous...

Année de naissance : \_\_\_\_\_

Année d'obtention du diplôme d'orthophonie : \_\_\_\_\_

Exercice actuel :

libéral	Libéral + structure	collaboration/association
Seul(e)	Cabinet pluridisciplinaire	Structure, laquelle ? _____

Si vous êtes dans un cabinet pluridisciplinaire, pourriez-vous préciser avec quels autres professionnels ? \_\_\_\_\_

Avez-vous des réactions, commentaires, questions à me soumettre ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Souhaitez-vous recevoir les résultats de cette enquête ? oui non

Je vous remercie beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à cette enquête.

## **Annexe n°6**

### **Premier courrier électronique daté du 25 février 2014**

Bonjour,

Je suis étudiante en quatrième année d'orthophonie et je vous ai contacté(e) par téléphone en fin de semaine dernière afin de vous soumettre une partie de mon sujet de recherche. Vous avez eu l'amabilité de me confier votre adresse mail afin que je puisse vous faire parvenir le questionnaire concernant les orthophonistes exerçant en libéral, et je vous en remercie beaucoup.

Vous le trouverez donc en pièce jointe. Celui-ci est anonyme et ne vous engage à rien d'autre. Les résultats seront traités sous forme de statistiques si le nombre de réponses reçues est suffisant. Vous pourrez bien entendu y avoir accès si vous en faites la demande par le biais de la dernière question du document.

Vous avez l'entière liberté de diffuser ce questionnaire à vos collègues, de votre cabinet ou non, qui pourront, comme vous, retourner simplement le questionnaire par mail.

Afin que je puisse traiter convenablement les réponses, je clos la réception mi-mars.

Je vous remercie par avance pour votre participation et la diffusion du document.

Veillez agréer mes sincères salutations,

Barbara Carré

Etudiante quatrième année, Institut Gabriel Decroix, Lille

[barbara.albrecht.carre@gmail.com](mailto:barbara.albrecht.carre@gmail.com)

### **Courrier électronique de relance daté du 11 mars 2014**

Bonjour,

Je vous ai contacté par téléphone il y a une quinzaine de jour pour vous demander si vous pouviez répondre à mon questionnaire de mémoire, celui ci étant rapide à remplir et totalement anonyme. Comme vous m'aviez répondu par l'affirmative et que je suis consciente que vous avez d'autres priorités, je me permets de vous relancer aujourd'hui.

Vos prises en charges orthophoniques n'englobent peut être pas des enfants concernés par le syndrome de caries précoces, néanmoins je me permets d'insister sur **l'importance de votre avis** quel qu'il soit.

Pour vous faciliter la tâche, le questionnaire peut être rempli directement sur le document joint et vous pouvez l'envoyer par retour de mail.

Par avance, je vous remercie grandement de votre réponse.

Cordialement,

Barbara Carré

P.S. : n'hésitez pas à faire suivre ce mail à vos collègues, le nombre de réponses est déterminant pour une étude sérieuse! Merci beaucoup!

