



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Maïlys QUESNEL

soutenu publiquement en juin 2014 :

Des attentes des médecins autour de l'oralité alimentaire de l'enfant...

**Création d'un outil d'information et confrontation aux
connaissances et pratiques des praticiens de Haute-
Normandie.**

MEMOIRE dirigé par :

Valérie CASTELAIN-LEVEQUE, Orthophoniste, Willems

Virginie LEON, Orthophoniste, Rouen

Lille – 2014

Remerciements

Tout d'abord je tiens à remercier mes maîtres de mémoire. Madame Castelain-Lévêque pour ses conseils précieux et sa rigueur contagieuse, et Virginie Léon pour tout ce qu'elle m'a apporté.

Merci au docteur Badescou, au docteur Lecruit, au docteur De Golmard et au docteur Charlet pour leur accueil chaleureux.

Merci aussi à tous les médecins qui ont participé aux réunions et pris le temps de répondre aux questionnaires.

Merci encore au docteur Levavasseur pour m'avoir accueillie dans un service de néonatalogie.

Merci également aux pédiatres de la clinique du Belvédère pour m'avoir fait bénéficier de leur réseau et pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon projet.

Un grand merci à mes maîtres de stage pour leur confiance, leur pédagogie et surtout leur sens du partage.

Je n'oublie pas ma famille et mes amis qui m'ont supportée (dans tous les sens du terme) et Romain qui m'a aidée à travailler le cœur en paix.

Résumé :

Un enfant peut développer précocement un trouble de l'oralité alimentaire dont les origines sont multiples et pourraient remonter au manque d'expériences dans la vie intra-utérine (absence de succion-déglutition in utérin). Grâce à un accompagnement précoce, il est possible de prévenir ou de prendre en charge ces troubles chez les populations à risque afin d'éviter les conséquences souvent durables.

Pédiatres, médecins généralistes ou médecins de PMI suivent les enfants dès leurs premiers jours de vie. Ils jouent donc un rôle important dans la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce des troubles de l'oralité alimentaire. Cependant, ils ne bénéficient pas ou peu de formations sur ces troubles durant leurs études.

L'objectif de ce mémoire était d'informer et de sensibiliser les praticiens de santé de Haute-Normandie aux troubles de l'oralité alimentaire.

A partir des réponses à un premier questionnaire de 9 médecins généralistes, 20 pédiatres et 18 médecins de PMI, nous avons pu constater que tous les médecins n'avaient pas les mêmes connaissances sur les troubles de l'oralité alimentaire. Certains avaient besoin qu'on enrichisse leurs connaissances et d'autres ne connaissaient pas ces troubles.

Nous avons donc créé un outil d'information que nous leur avons présenté lors de réunions entre pairs. Ensuite, un second questionnaire leur a été envoyé pour évaluer l'impact de nos interventions et les améliorations à apporter à l'outil. Enfin l'outil final leur a été transmis avec les modifications nécessaires.

Mots-clés :

Orthophonie, information, troubles, oralité alimentaire, médecins.

Abstract :

Some children may develop an early disorder of eating orality, the origins of which are multiple and could be traced back to the lack of intrauterine experiences (absent sucking and swallowing in utero). With early support, it is possible to prevent

or deal with this disorder in at-risk population in order to avoid often long-lasting consequences.

Paediatricians, general practitioners, and other mother and child welfare professionals follow children from their first days of life. Therefore they play an important role in the screening and early treatment of eating orality disorder. However, their curriculums much too often do not include any specific training about this disorder.

The aim of my work was to inform and educate health practitioners of Haute-Normandie about eating orality disorder.

With responses to a first questionnaire from 9 general practitioners, 20 paediatricians and 18 mother and child welfare professionals, I have been able to assert that all doctors do not have the same knowledge about eating orality disorder. Some practitioners merely need to further develop their knowledge while others have none.

I have thus created an information tool that I have presented at peer meetings. I have subsequently sent a second questionnaire to assess the impact of my intervention and the improvements they thought the tool required. Finally, I have forwarded the final, upgraded tool.

Keywords :

Speech therapy, information, disorders, eating orality, doctors.

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	3
1.L'oralité.....	4
1.1.Définition.....	4
1.2.Les grandes lignes du développement de l'oralité.....	4
1.2.1.L'oralité alimentaire.....	4
1.2.1.1.L'oralité alimentaire primaire.....	4
1.2.1.2.L'oralité alimentaire secondaire.....	5
1.2.1.3.Les perturbations de l'oralité alimentaire.....	5
1.2.2.L'oralité verbale.....	6
1.2.2.1.L'oralité verbale primaire.....	6
1.2.2.2.L'oralité verbale secondaire.....	7
1.2.3.Un lien entre les deux oralités ?.....	7
1.2.4.La dimension psychologique de l'oralité.....	8
1.2.4.1.L'oralité et la relation mère-enfant.....	8
1.2.4.2.L'oralité et l'apparition des premiers affects.....	8
1.2.4.3.L'oralité et la différenciation du moi et du non-moi.....	9
2.Contextes à risque de développement de troubles de l'oralité alimentaire.....	9
2.1.Succion, déglutition, mastication perturbées.....	9
2.2.Absence de sensation de faim, sélectivité alimentaire et souffrances digestives.....	10
2.3.Le manque d'expériences positives autour de la sphère oro-faciale : l'exemple de la nutrition artificielle.....	11
2.3.1.Les indications de nutrition artificielle.....	11
2.3.2.Les répercussions d'un manque d'expériences orales positives sur l'oralité : le cas de la nutrition artificielle.....	12
3.Parcours de soin classique d'un enfant.....	14
3.1.Examens à la maternité.....	14
3.1.1.Examens en salle de naissance.....	14
3.1.2.Examens avant le retour à domicile.....	15
3.2.Après la maternité, les examens obligatoires.....	16
3.3.Le travail en réseau.....	17
3.4.Les consultations oralité.....	17
4.La formation des médecins.....	18
4.1.Les études de médecine.....	19
4.1.1.Le 2ème cycle.....	19
4.1.2.Le 3ème cycle.....	20
4.1.2.1.La spécialisation en médecine générale.....	20
4.1.2.2.La spécialisation en pédiatrie.....	20
4.1.2.3.Le cas particulier des médecins de la Protection Maternelle Infantile (PMI).....	20
4.2.Le développement professionnel continu (DPC).....	21
4.2.1.Formations en groupe.....	21
4.2.1.1.Les formations présentielles.....	21
4.2.1.1.1.Les différentes méthodes pédagogiques.....	22
4.2.1.1.2.Le déroulement d'une formation présentielle.....	22
4.2.1.1.3.Exemples de formation présentielle.....	23
4.2.1.2.La revue bibliographique et l'analyse d'articles.....	23
4.2.2.Formations individuelles.....	24
4.2.2.1.Les formations diplômantes ou certifiantes.....	24

4.2.2.2. Les formations à distance : les e-learning.....	24
5. Buts et hypothèses.....	25
Sujets, matériel et méthode.....	26
1. Sujets.....	27
2. Matériel.....	27
2.1. Le premier questionnaire.....	27
2.1.1. Les objectifs du questionnaire.....	27
2.1.2. La forme du questionnaire.....	27
2.1.3. Les questions et leurs objectifs.....	28
2.2. L'outil d'information.....	30
2.2.1. Le type d'outil.....	30
2.2.2. La réalisation et le contenu de l'outil.....	30
2.3. Le second questionnaire.....	31
2.3.1. Les objectifs du questionnaire.....	31
2.3.2. La forme du questionnaire.....	31
2.3.3. Les questions et leurs objectifs.....	31
3. Méthode.....	33
3.1. La prise de contact et les dates de réunions.....	33
3.1.1. Les pédiatres.....	33
3.1.2. Les médecins généralistes.....	34
3.1.3. Les médecins de PMI.....	34
3.2. L'envoi du questionnaire et le mode de réponse.....	34
3.2.1. L'envoi du questionnaire.....	34
3.2.2. Le mode de réponse.....	35
3.2.2.1. Le premier questionnaire.....	35
3.2.2.2. Le second questionnaire.....	35
3.3. Les réunions.....	35
3.3.1. La distribution des questionnaires.....	36
3.3.2. La présentation orale.....	36
3.4. L'envoi de l'outil d'information.....	36
Résultats.....	37
1. Les sujets interrogés.....	38
1.1. Les médecins généralistes.....	38
1.2. Les pédiatres.....	38
1.3. Les médecins de PMI.....	38
2. Les réponses au premier questionnaire.....	39
2.1. Les formations reçues par les médecins.....	39
2.2. Les connaissances préalables des médecins sur le développement de l'oralité.....	40
2.3. Les connaissances préalables des médecins sur les troubles de l'oralité.....	43
2.4. La fréquence des troubles de l'oralité alimentaire.....	47
2.5. Les connaissances des médecins sur la prise en charge des troubles et les réseaux les plus souvent sollicités.....	50
2.6. Les retours quant au suivi proposé.....	54
2.7. Les besoins et les attentes des médecins quant à l'outil.....	55
2.8. Le moyen le plus apprécié pour la diffusion de l'outil.....	56
3. Les réponses au second questionnaire.....	57
3.1. Le nombre de réponses.....	57
3.2. Les réponses aux questions.....	57
3.2.1. La participation à la réunion.....	57
3.2.2. La pertinence et l'informativité de l'outil et de mes interventions.....	58
3.2.3. L'intérêt que les médecins portent aux troubles de l'oralité et s'ils se	

sentent assez formés.....	60
3.2.4.L'impact de l'outil et de mon intervention sur la pratique des médecins.....	60
3.2.5.Comparaison des questions 8 et 9 du premier questionnaire aux questions 12 et 13 du second questionnaire.....	62
3.2.6.Diffusion de l'outil et par quel moyen.....	64
Discussion.....	66
1.Validation des hypothèses.....	67
1.1.Hypothèse 1 : les médecins sont peu ou pas du tout formés sur les troubles de l'oralité alimentaire.	67
1.2.Hypothèse 2 : les pédiatres et les médecins de PMI seraient mieux formés que les généralistes sur ces troubles.....	67
1.3.Hypothèse 3 : Les médecins sont confrontés à ce type de troubles.....	68
1.4.Hypothèse 4 : Les médecins ne savent pas toujours vers qui orienter leurs patients et certains ignorent que les orthophonistes prennent en charge les troubles de l'oralité alimentaire.....	69
1.5.Hypothèse 5 : la création d'un outil d'information sur les troubles de l'oralité alimentaire à destination des médecins serait pertinente.....	70
2.Les modifications de l'outil.....	71
2.1.Les modifications réalisées.....	71
2.2.Les modifications demandées qui n'ont pu être réalisées	72
3.Les limites de ce travail.....	73
3.1.Les limites de la validation des hypothèses.....	73
3.1.1.Un échantillon peu représentatif.....	73
3.1.1.1.Les réponses au premier questionnaire.....	73
3.1.1.2.Les réponses au second questionnaire.....	74
3.1.2.Peu de réponses à certaines questions.....	74
3.2.Les limites des réunions et de l'outil.....	75
3.2.1.Les limites des réunions.....	75
3.2.1.1.Un choix qui limite le nombre de médecins touchés.....	75
3.2.1.2.Une expérience clinique auprès d'enfants atteints de troubles de l'oralité est essentielle.....	75
3.2.1.3.Du bénévolat.....	76
3.2.2.Les limites de l'outil.....	76
4.Intérêts de ce travail.....	76
4.1.Intérêts des réunions.....	76
4.2.Intérêts de l'outil.....	77
5.Perspectives et liens avec l'orthophonie.....	77
Conclusion.....	79
Bibliographie.....	81
Liste des annexes.....	86
Annexe n°1 : Premier questionnaire.....	87
Annexe n°2 : Outil original : première version.....	87
Annexe n°3 : Second questionnaire.....	87
Annexe n°4 : Outil modifié : version finale.....	87
Annexe n°5 : Livret de l'orthophoniste.....	87

Introduction

L'oralité désigne tout ce qui a trait à la bouche. On distingue l'oralité alimentaire et l'oralité verbale. Les enfants ayant des troubles de l'oralité verbale (troubles d'articulation, retard de parole,...) sont généralement bien orientés vers l'orthophoniste. Cependant, cela est plus rare pour ceux ayant des troubles de l'oralité alimentaire. En effet, un enfant peut développer précocement ce type de troubles dont les origines sont multiples et pourraient remonter au manque d'expériences dans la vie intra-utérine (pas de succion-déglutition in utérin). Grâce à un accompagnement précoce, il est possible de prévenir ou de prendre en charge ces troubles chez les populations à risque.

Pédiatres, médecins généralistes et médecins de PMI suivent les enfants dès leurs premiers jours de vie. Ils jouent donc un rôle important dans le dépistage et la prise en charge précoce des tout-petits atteints d'un trouble de l'oralité alimentaire ou susceptibles d'en présenter un. Cependant, ils ne sont pas ou peu informés de ces troubles durant leur formation.

Étant donné que les orthophonistes exercent sous prescription médicale, il nous a semblé important d'informer et de sensibiliser les praticiens de santé sur ces troubles pour que ces pathologies soient prises en charge le plus tôt possible et ainsi éviter les conséquences souvent durables.

Ainsi, nous avons envoyé un premier questionnaire à des médecins de Haute-Normandie afin de cerner leurs connaissances, leurs idées reçues et leurs attentes quant aux troubles de l'oralité alimentaire. Puis nous sommes intervenues dans leurs réunions de développement professionnel continu pour leur présenter un outil d'information. Enfin, un second questionnaire leur a été proposé afin de réaliser les modifications nécessaires à notre outil pour qu'il soit le plus pertinent possible.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. L'oralité

1.1. Définition

Le terme « oralité » est issu de la psychanalyse freudienne. Il a ensuite été repris par les pédiatres (Abadie, 2004) et tend à se généraliser à toutes les professions médicales et paramédicales. L'oralité désigne « l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche » (Abadie, 2004, p.603) c'est-à-dire « l'alimentation, la ventilation, le cri, l'exploration tactile et gustative, la communication et le langage » (Abadie, 2008a, p.837). On distingue deux types d'oralité : l'oralité alimentaire et l'oralité verbale.

1.2. Les grandes lignes du développement de l'oralité

1.2.1. L'oralité alimentaire

L'oralité alimentaire se divise en deux temps : l'oralité alimentaire primaire puis l'oralité alimentaire secondaire.

1.2.1.1. L'oralité alimentaire primaire

L'oralité alimentaire primaire se développe in utero. Durant le 2ème mois de grossesse, les premiers mouvements de la sphère orale apparaissent : ce sont les premières gnoses et praxies orales et linguales (Thibault, 2007).

Puis vers la 11ème semaine de gestation, la succion apparaît suivie de la déglutition. Ce couple succion-déglutition continue de se développer jusqu'à la 34ème semaine de gestation environ (Delaoutre-Longuet, 2007). En effet, le fœtus suce son pouce, ses orteils et déglutit le liquide amniotique. En parallèle, les canaux sensoriels olfactifs et gustatifs se développent et permettent à l'enfant de s'imprégner des odeurs et des goûts différents en fonction de ce que la mère ingère (Senez, 2002).

A la naissance, le goût et l'odeur du lait maternel sont proches du liquide amniotique. L'enfant né à terme est capable de le « reconnaître entre mille » (Senez, 2002, p.20). Grâce à sa succion-déglutition efficace, il peut en ingérer deux litres par jour (Thibault, 2007). Pour le moment, seul le lait est accepté par l'enfant. A la naissance, le réflexe nauséeux est exacerbé et la succion est réflexe. Petit à petit,

l'enfant explore sa sphère oro-faciale. Cela lui permet d'inhiber progressivement son réflexe nauséux (Chevalier *et al.*, 2012) et de diversifier son alimentation.

Entre 4 et 6 mois, le passage à la cuillère devient alors possible.

1.2.1.2. L'oralité alimentaire secondaire

Pendant les premiers mois de sa vie, l'enfant ne se nourrit que grâce à la succion. Cette stratégie est contrôlée par le tronc cérébral (Thibault, 2007).

Entre le 4ème et le 6ème mois, la mise en place des structures corticales permet le passage à la cuillère. En effet, l'enfant continue d'explorer sa sphère oro-faciale mais, à présent, de manière volontaire et contrôlée. Il fait de nombreuses expériences sensori-motrices qui permettent une désensibilisation de cette zone et l'acceptation d'une alimentation diversifiée (Chevalier *et al.*, 2012). La succion qui était réflexe devient une praxie.

Dans un premier temps, l'enfant n'accède qu'aux textures lisses et n'accepte que celles-ci. Puis avec l'apparition des premières dents, la maturation du cortex cérébral et la mise en place de mouvements bucco-linguaux plus complexes, les morceaux fondants sont acceptés entre le 9ème et le 12ème mois (Thibault, 2007). La praxie de mastication se met donc en place. Elle nécessite un apprentissage long qui durera entre 4 et 6 ans (Thibault, 2007).

L'oralité alimentaire primaire avec la succion reste en place mais coexiste avec l'oralité secondaire. Vernel-Bonneau et Thibault (1999) expliquent que cette double stratégie alimentaire va durer une à deux années.

Le développement de l'oralité alimentaire commence in utero, se précise et se diversifie donc sur plusieurs années en jouant un rôle essentiel tout au long de la vie. Néanmoins, chez certains enfants, cette oralité peut être perturbée.

1.2.1.3. Les perturbations de l'oralité alimentaire

L'oralité alimentaire se développe correctement chez l'enfant s'il est équipé d'un système neurologique et sensori-moteur intact (Thibault, 2007). Chez certains enfants, les expériences nécessaires au bon développement de l'oralité sont perturbées, limitées voire parfois impossibles. Ainsi, l'oralité alimentaire de l'enfant se trouve perturbée. Cela se traduit par différents signes :

- Un défaut de succion et/ou déglutition (Barbier, 2010) ;

- Des fuites labiales du lait ;
- Un bavage important ;
- Une courbe pondérale inférieure à la norme (Barbier, 2010) ;
- Une absence de sensation de faim-satiété (Ramsay, 2001) ;
- Une absence d'exploration orale ;
- Un passage à la cuillère ou aux morceaux difficile (Barbier, 2010) ;
- Des refus alimentaires, une sélectivité alimentaire exagérée (Barbier, 2010) ;
- Des haut-le-cœur, des vomissements, toux sans explication médicale ;
- Une hypersensibilité ou une hyposensibilité de la sphère oro-faciale avec un hyper-nauséux ou une absence du réflexe nauséux (Ramsay, 2001) ;
- Une hypersensibilité des mains, des pieds ;
- Des repas qui durent longtemps (Barbier, 2010).

L'oralité alimentaire se développe donc dès la vie intra-utérine mais peut parfois être perturbée. L'oralité verbale quant à elle n'apparaîtra qu'à la naissance avec le premier cri.

1.2.2. L'oralité verbale

Comme l'oralité alimentaire, l'oralité verbale se divise en deux temps : l'oralité verbale primaire puis secondaire.

1.2.2.1. L'oralité verbale primaire

L'oralité verbale primaire apparaît dès la naissance avec les premiers cris qui permettent à la mère de savoir que son enfant respire. En plus d'être le lieu du premier plaisir, la bouche est le lieu de la première expression (Vernel-Bonneau et Thibault, 1999).

Les cris de l'enfant sont différents et la mère sait reconnaître un cri de douleur, de joie, de faim.

Comme pour l'oralité alimentaire primaire, c'est le tronc cérébral qui contrôle les vocalisations de cette oralité verbale primaire (Thibault, 2007). Le passage à la corticalité sera marqué par l'apparition de l'oralité verbale secondaire.

1.2.2.2. L'oralité verbale secondaire

Vers 3 mois, le babillage rudimentaire apparaît avec les jasis et les gazouillis. L'enfant commence à imiter la mélodie et les sons émis par l'adulte (Thibault, 2007)

Vers 5 mois, l'enfant commence à produire des syllabes (alternance consonne/voyelle). Les traits prosodiques spécifiques à la langue se mettent en place ainsi que les traits mélodiques et rythmiques. C'est le babillage canonique (Thibault, 2012).

Puis vers 9 mois, l'apparition de mots à l'intérieur du babillage marque le passage au babillage mixte appelé aussi proto-langage (Thibault, 2012).

Enfin, vers 18 mois, les premiers énoncés à valeur de phrases apparaissent (Thibault, 2007).

L'oralité verbale apparaît dès la naissance. Les deux oralités se divisent en deux temps et leur développement se fait principalement autour de la sphère oro-faciale. Peut-on alors dire qu'il existe un lien entre ces deux oralités ?

1.2.3. Un lien entre les deux oralités ?

De nombreux auteurs expliquent que ces deux oralités se développent en parallèle : selon Thibault (2012, p.115), « l'oralité verbale se construit pour le jeune enfant conjointement à son oralité alimentaire ». Mais certains auteurs nuancent ce lien.

Comme vu précédemment les deux oralités primaires sont contrôlées initialement par le tronc cérébral puis évoluent vers une corticalisation des différentes fonctions d'alimentation et d'expression. Selon certains auteurs cela tend donc à montrer que les deux oralités sont « intimement liées » (Thibault, 2007, p.43).

On remarque également que lorsqu'un jeune enfant a faim, il pleure. Cela montre donc un lien entre l'oralité alimentaire (le fait d'avoir faim) et l'oralité verbale (le cri, les pleurs) (Golse, 2008).

Néanmoins, dans la pratique orthophonique, on peut rencontrer des enfants ayant des troubles de l'oralité alimentaire mais n'ayant aucun problème au niveau de la communication et de l'articulation. Et inversement, certains enfants ont des troubles d'articulation ou de parole mais ne rencontrent aucune difficulté au niveau de l'alimentation.

On peut donc en déduire qu'il existe des points communs et une évolution parallèle entre le développement des deux oralités sur le plan neurologique, mais qu'elles ne sont pas dépendantes l'une de l'autre.

Nous avons vu que le terme « oralité » était issu du vocabulaire psychanalytique. L'oralité a en effet une dimension psychologique.

1.2.4. La dimension psychologique de l'oralité

D'un point de vue psychologique, l'oralité est « fondatrice de l'être » (Thibault, 2007, p.5).

1.2.4.1. L'oralité et la relation mère-enfant

C'est autour de l'oralité que les premiers liens mère-enfant vont se tisser. Le comportement alimentaire du tout-petit est très chargé affectivement (Ramsay, 2001). Lorsque la mère nourrit son enfant, elle lui permet de vivre, elle répond à ses besoins nutritionnels : c'est la mère nourricière. Mais en même temps elle comble ses besoins affectifs grâce au holding notamment. Ainsi, le bébé, en acceptant d'être nourri apporte à la mère « un sentiment de bien-être, de gratification » et une « reconnaissance de ses compétences maternelles » (Abadie, 2008b, p.11). Quand le moment du repas se déroule correctement, c'est un moment de plaisir partagé.

Lorsque les relations avec la mère sont difficiles, l'enfant peut manifester ces difficultés à travers l'alimentation : régurgitations, anorexie... Cela s'explique car au stade oral, la nourriture est associée à la mère (Golse, 2008).

1.2.4.2. L'oralité et l'apparition des premiers affects

Si l'on se réfère aux travaux de Freud (1968), à la naissance, le bébé est au stade oral. Le plaisir sexuel est lié à l'excitation de la bouche pendant l'alimentation mais aussi lors des suctions non nutritives (suction du pouce par exemple). C'est à ce stade que l'enfant fait ses premières expériences de satisfaction de ses besoins (ingère le lait) et du plaisir auto-érotique qui lui est lié (« la voix, l'odeur, le toucher, le holding de la mère... ») (Golse, 2008, p.252). A ce stade, l'enfant est dépendant de sa mère. Elle comprend ses besoins et les assouvit. Le bébé est tout de même confronté à des frustrations. Ainsi, les situations répétées de plaisir et de déplaisir (frustrations) vécues par l'enfant vont permettre l'apparition des premiers affects. Ces

affects vont se traduire par des sourires (affects de plaisir) ou par des pleurs, des cris (affects de déplaisir) (Spitz, 1979 cité par Golse, 2008).

Ces situations de plaisir et de déplaisir sont vécues dans les premiers mois autour de l'oralité. L'enfant a faim, il pleure (situation de déplaisir) puis sa mère lui donne à boire, elle le porte, elle lui parle, elle le regarde (situation de plaisir).

1.2.4.3. L'oralité et la différenciation du moi et du non-moi

La bouche se trouve à une place particulière : entre le dehors et le dedans (Golse et Guinot, 2004). Au début, lorsque l'enfant ingère l'objet, il a la sensation de devenir cet objet. Cette place particulière permet, petit à petit, à l'enfant, de différencier le soi du non-soi grâce à la frustration et aux situations de manque (Freud, 1968 cité par Golse, 2008). En effet, selon Freud (1968 cité par Golse, 2008, p.19) « l'objet naît dans la haine ». Ainsi, cette prise de conscience du soi et du non-soi grâce au rôle de la cavité buccale, permet à l'enfant de se construire.

L'oralité est donc la base des premières expériences de la vie de l'enfant et permet au bébé de se construire. C'est autour de l'oralité qu'apparaissent les premiers affects de l'enfant, la différenciation du soi et du non-soi ainsi que les relations avec les autres.

2. Contextes à risque de développement de troubles de l'oralité alimentaire

L'oralité peut être perturbée chez les enfants ayant des troubles praxiques (défaut de succion, de déglutition, de mastication, de coordination motrice). Pour d'autres, des troubles de l'oralité peuvent apparaître suite à des douleurs digestives, une absence de sensation de faim ou des malformations nécessitant une intervention chirurgicale et l'interruption de l'alimentation. On retrouve également des troubles de l'oralité provoqués par un manque d'expériences positives autour de la sphère orale ou encore lors d'une nutrition artificielle qui modifie le rythme et limite, voire se substitue, à l'alimentation per os.

2.1. Succion, déglutition, mastication perturbées

On peut retrouver chez certains enfants des troubles de l'oralité avec une déglutition perturbée ou une difficulté à coordonner la succion-déglutition.

Cela peut être dû à une atteinte neurologique qui peut entraîner une difficulté dans la coordination des mouvements fins nécessaires à une bonne prise alimentaire (Barbier, 2010) comme dans le syndrome de Pierre Robin par exemple. Une atteinte du nerf X ou XI peut entraîner une absence du réflexe de déglutition, un retard de la fermeture laryngée, un défaut de la contraction pharyngée ou de la relaxation du sphincter supérieur de l'œsophage. Ces manifestations sont à l'origine des fausses routes (Merrot *et al.*, 2011). On les retrouve chez les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale, de maladies génétiques, de myopathies ou de malformations neurologiques (Merrot *et al.*, 2011).

On peut également retrouver des difficultés de coordination de la succion-déglutition chez les nouveau-nés prématurés (Renault, 2011) et chez les nouveau-nés hypotrophes (Colomb, 2009) en raison de l'immaturité de la succion (et du tronc cérébral) ou de la faiblesse musculaire. La pose d'une nutrition artificielle sera généralement nécessaire afin d'assurer la prise alimentaire de l'enfant en attendant que l'alimentation per os soit possible et sans risque.

On peut également remarquer chez certains enfants des problèmes de motricité de la sphère oro-faciale (Ramsay, 2001). Ainsi, on peut noter « des capacités de mastication insuffisantes, du fait d'un faible tonus musculaire ou d'une mauvaise coordination » (Ramsay, 2001, p.16).

2.2. Absence de sensation de faim, sélectivité alimentaire et souffrances digestives

On peut également retrouver des troubles de l'oralité se traduisant chez certains enfants par l'absence de sensation de faim-satiété. Cela peut être dû à un dysfonctionnement de l'hypothalamus qui régule cette sensation (Barbier, 2010) ou à la présence d'une nutrition artificielle (Senez, 2002). Alors, l'enfant ne ressent pas que son estomac est vide. Lorsque la mère le met au sein ou au biberon, il boit quelques gorgées « pour faire plaisir » mais se lasse rapidement (Barbier, 2010, p.76). Il semble donc difficile, sans appétit, de leur faire découvrir et apprécier l'alimentation orale (Senez, 2002).

Certains enfants peuvent présenter un « trouble de l'intégration neurosensorielle » (Barbier, 2010, p.77). Cela se traduit par un défaut d'habituation à des stimulations sensorielles rencontrées plusieurs fois (Barbier, 2010). Ainsi, certains aliments peuvent représenter un inconfort pour l'enfant. Il met alors en place des défenses qui lui permettent de se protéger de la sensation désagréable ressentie en bouche (Barbier, 2010). C'est ainsi qu'une sélectivité alimentaire peut apparaître.

On peut également observer ce phénomène de sélectivité chez les enfants ayant des allergies alimentaires. En effet, ils refusent d'ingérer un aliment qu'ils suspectent mauvais pour eux (Noria, 2005).

Chez d'autres enfants, c'est une souffrance au niveau digestif qui les empêche de s'alimenter correctement. En effet, ils « présentent un dégoût et une appréhension pour ingérer » (Noria, 2005, p.12). Ainsi, les enfants faisant des œsophagites par exemple, refusent de manger pour éviter de souffrir : ils verrouillent l'entrée de l'appareil digestif qui est la bouche (Noria, 2005). On retrouve ce phénomène par exemple chez les enfants atteints d'une hernie de coupole diaphragmatique. En effet, ils souffrent généralement d'un reflux gastro-oesophagien et de troubles de l'oralité qui peuvent entraîner une altération de la croissance staturo-pondérale (Pennaforte *et al.*, 2013). Les troubles de l'oralité se traduisent par un réflexe nauséeux exacerbé, un trouble de la motricité intrinsèque du pharynx et de la trachée. Ils sont aggravés par les expériences négatives (soins pourtant nécessaires et indispensables) autour de la sphère orale lors du séjour en néonatalogie (Pennaforte *et al.*, 2013).

Ces pathologies peuvent avoir des répercussions sur l'oralité alimentaire. Les « premières expériences orales positives » (Lecoufle, 2012, p.941) sont généralement perturbées. En effet, en cas d'étouffement ou de souffrance lors de la première mise au sein, cela peut être traumatisant pour l'enfant (Lecoufle, 2012).

Ces pathologies, qu'elles soient d'origine anatomique, organique ou neurologique, peuvent nécessiter la pose d'une nutrition artificielle. La mise en place de ce type d'alimentation se fait sous injonction médicale et permet de garantir la prise de poids et l'apport nutritionnel nécessaires à l'enfant qui ne peut pas ou n'arrive pas à s'alimenter per os.

2.3. Le manque d'expériences positives autour de la sphère oro-faciale : l'exemple de la nutrition artificielle

2.3.1. Les indications de nutrition artificielle

En plus des pathologies extra-digestives vues ci-dessus, certaines pathologies digestives nécessitent une nutrition artificielle (Colomb, 2009). En effet, les pathologies de la bouche ou de l'œsophage peuvent rendre l'alimentation per os difficile voire impossible (Colomb, 2009). C'est le cas des nouveau-nés ayant une atrésie de l'œsophage. Cette malformation ne permet pas aux aliments et à la salive d'atteindre l'estomac (Lecoufle, 2012). Le nouveau-né est alors incapable de se nourrir et une nutrition artificielle est posée en attendant l'intervention chirurgicale et la possibilité de s'alimenter par voie orale (Lecoufle, 2012). La nutrition artificielle est souvent présente en cas de chirurgie digestive (Michaud *et al.*, 2008).

Ainsi, les nouveau-nés qui sont amenés à passer un séjour en néonatalogie sont généralement exposés à des stimulations très éloignées de celles qu'ils recevaient in utero (Kuhn *et al.*, 2011). En effet, ils ont parfois besoin d'une assistance respiratoire, d'une alimentation artificielle, d'une mise en couveuse... Autant de situations qui peuvent entraîner des troubles de l'oralité à cause des stimulations atypiques, désagréables et éloignées des conditions écologiques d'alimentation. On retrouve notamment cela chez les enfants sous nutrition artificielle prolongée d'autant qu'elle est précoce.

2.3.2. Les répercussions d'un manque d'expériences orales positives sur l'oralité : le cas de la nutrition artificielle

Les expériences sensori-motrices réalisées par le nourrisson sont source de plaisir. Elles permettent à l'enfant de s'apaiser et de découvrir son environnement (Lecoufle, 2012). Néanmoins, ces expériences peuvent être limitées et perturbées lorsque l'enfant est sous nutrition artificielle.

Les enfants qui ont besoin d'une nutrition artificielle précocement et pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois sont à risque de développer des troubles de l'oralité (Leblanc, 2008). En effet, le tout-petit est confronté à des expériences autour de sa sphère oro-faciale désagréables et répétées d'origine iatrogène (sondes, soins, odeurs sélectives...) et endogène (vomissements répétés...) (Leblanc, 2008). Ces expériences négatives n'incitent pas l'enfant à explorer sa sphère orale. Alors, la

bouche est désinvestie et devient une « zone hyper-défendue » (Leblanc, 2008, 842). Ainsi, la zone orale est dystimulée (Crunelle et Crunelle, 2004). Cela peut entraîner des troubles praxiques, une hypotonie des lèvres, une apraxie relative des mouvements de la langue et de l'orbiculaire des lèvres (Michaud *et al.*, 2008). De plus, les réflexes oraux et la sensibilité buccale peuvent persister à cause du manque d'expériences orales (Michaud *et al.*, 2008). Il peut alors apparaître une hypersensibilité se traduisant par un réflexe nauséeux très antérieur qui entraîne généralement une perte d'appétit, une lenteur lors de l'alimentation, des régurgitations ou des haut-le-cœur, une perte du plaisir oral (Senez, 2004) et des aversions à toucher la nourriture (Crunelle et Crunelle, 2004).

A l'inverse, chez certains enfants, les expériences négatives autour de la sphère oro-faciale entraîneront une hyposensibilité (Ramsay, 2001). Elle se manifeste par l'absence du réflexe de sucer, de mâcher ou de mastiquer lors de la prise d'aliments (Ramsay, 2001) et l'absence du réflexe nauséeux. Ainsi, ce sont des enfants qui gardent en bouche les aliments, qui peuvent faire des fausses routes et qui parfois présentent un bavage (l'enfant ne sentant ni le besoin d'avaler ni l'humidité sur son menton).

Chez ces enfants sous nutrition artificielle, le passage à la diversification alimentaire peut être difficile. En effet, il peut y avoir un refus de la cuillère ou des morceaux, une absence de mastication, une absence de déglutition, une durée des repas allongée et une absence de plaisir de manger (Michaud *et al.*, 2008).

Ces différentes situations nous montrent donc qu'un enfant peut développer précocement et même *in utero* un trouble de l'oralité alimentaire (trouble de la succion, de la déglutition, absence de la sensation de faim-satiété). Mais ces troubles peuvent également apparaître ou s'aggraver à cause de certaines situations (reflux gastro-œsophagien, alimentation artificielle, manque d'expériences orales positives...) notamment si cela intervient dans les premières semaines ou les premiers mois de vie.

Il est important de noter que l'oralité peut être perturbée à différents degrés (Michaud, 2008). Cela dépend de chaque enfant, de leurs expériences sensori-motrices et de leur histoire (pathologie, arrêt précoce et prolongée de l'alimentation orale...).

Dès que l'alimentation de l'enfant est perturbée, l'oralité doit donc être surveillée. Dans la majorité des cas, les troubles de l'oralité sont liés à une pathologie neurologique ou anatomique qui a perturbé les premières expériences orales positives. Mais, les troubles de l'oralité sont également retrouvés « chez 25% des enfants dits « normaux » » (Manikam et Perman, 2000 cités par Barbier, 2010, p.76). Chez ces derniers, c'est le manque d'expériences sensori-motrices qui a provoqué les troubles avec généralement des expériences orales négatives (fausses routes, hyper-nauséux, vomissements,...).

Les origines des troubles de l'oralité sont nombreuses et la liste citée n'est pas exhaustive. Néanmoins, il semble important de noter que le manque d'expériences autour de la sphère oro-faciale, quelle qu'en soit l'origine, peut entraver le bon développement de l'oralité. Cela demande donc une vigilance accrue des médecins et pédiatres.

3. Parcours de soin classique d'un enfant

Dès sa naissance, le tout-petit bénéficie d'examens médicaux.

3.1. Examens à la maternité

3.1.1. Examens en salle de naissance

Dès ses premières minutes de vie, l'enfant bénéficie d'un examen clinique. Il peut être réalisé par une sage-femme ou un pédiatre selon les maternités (Labrune et Beliah, 2009).

Le nouveau-né est évalué grâce au score d'APGAR à 1, 5 et 10 minutes de vie. Ce score mesure la fréquence cardiaque, les mouvements respiratoires, le tonus musculaire, la réactivité à l'aspiration ainsi que la couleur de peau de l'enfant. Si « le score est supérieur à 8, le bébé est considéré comme normal » (Labrune et Beliah, 2009, p.2). « S'il est compris entre 4 et 7, cela peut traduire une souffrance chronique » (Labrune et Beliah, 2009, p.2). En plus de ces informations, on note le poids, la taille et le périmètre crânien de l'enfant. Puis, on vérifie la **perméabilité des fosses nasales, des choanes** et de l'anus. La sage-femme ou le pédiatre examine également les organes génitaux externes (Labrune et Beliah, 2009).

Certains examens ne sont pas réalisés systématiquement dans toutes les maternités. En effet, dans certaines maternités, on n'aspire pas toujours l'enfant si celui-ci n'est pas encombré. De plus, la vérification de la **perméabilité œsophagienne**, des fosses nasales et des choanes n'est réalisée qu'en cas de doute dans certaines maternités.

Suite à cette série d'examens, le nouveau-né sain retourne auprès de ses parents et bénéficiera d'une nouvelle consultation avant sa sortie de la maternité (Labrune et Beliah).

3.1.2. Examens avant le retour à domicile

L'examen avant le retour à domicile est un examen complet. Le pédiatre examine l'aspect général du nouveau-né. Il évalue les téguments (coloration de la peau) qui permettent d'apprécier le fonctionnement cardiovasculaire et respiratoire (Labrune et Beliah, 2009). Puis, le pédiatre réalise un examen neurologique et une évaluation de la maturation neurologique. Pour cela, il observe le tonus passif (posture, position de la tête, talon à l'oreille...) et le tonus actif. Ce dernier évalue notamment **les réflexes primaires** comme **le réflexe de succion**, le réflexe de Moro, le réflexe d'agrippement... (Labrune et Beliah, 2009).

Ensuite, le pédiatre examine le crâne en mesurant le périmètre crânien, le cou et **la face** pour s'assurer qu'aucune dysmorphie n'est présente. Enfin, il évalue l'appareil locomoteur ainsi que l'abdomen et le périnée (Labrune et Beliah, 2009).

La taille et **le poids** sont également réévalués.

Le pédiatre s'assure du **bon déroulement de l'alimentation** et que les soins d'hygiène et de puériculture sont correctement réalisés par les parents afin de garantir un retour à domicile dans les meilleures conditions (Labrune et Beliah, 2009).

En plus, des dépistages systématiques sont réalisés (dépistage de la mucoviscidose...). Dans certaines maternités, la surdité est également dépistée (Labrune et Beliah, 2009).

Enfin, le pédiatre donne quelques conseils aux parents (mode de couchage, température de la chambre...) (Labrune et Beliah, 2009).

Dès ses premières minutes de vie, le nouveau-né est donc examiné par un pédiatre ou une sage-femme. Le premier examen est relativement rapide et permet

d'évaluer l'adaptation du tout-petit à la vie extra-utérine. Le second, réalisé par le pédiatre avant le retour à domicile, est précis, détaillé, complet. Il permet de « s'assurer de la « normalité » de l'enfant » et de donner des conseils aux parents (Labrune et Beliah, 2009, p.6).

Ces examens peuvent varier légèrement d'une maternité à l'autre. Parfois, l'enfant est vu deux fois par le pédiatre avant sa sortie, certains examens ne sont pas toujours réalisés s'ils ne sont pas jugés nécessaires.

3.2. Après la maternité, les examens obligatoires

Une fois sorti de la maternité, le suivi médical du nourrisson peut être fait par un pédiatre, un médecin de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou un médecin généraliste. Mais des examens obligatoires sont à respecter jusqu'à ses six ans.

Dans les huit premiers jours après sa venue au monde, un examen approfondi doit être réalisé : généralement c'est l'examen de sortie pratiqué à la maternité (Assurance Maladie). Puis jusqu'à ses six mois, l'enfant a une consultation médicale obligatoire chaque mois (Assurance Maladie). Ensuite, il doit bénéficier d'un examen à 9 mois puis à 12 mois. Puis, deux autres examens doivent être réalisés entre 16 et 23 mois. Une nouvelle consultation médicale doit avoir lieu à 24 mois (Assurance Maladie).

Durant ces consultations, le **développement staturo-pondéral** ainsi que le périmètre crânien sont mesurés. Le médecin évalue le **développement psychomoteur**. Il se renseigne sur **l'alimentation du nourrisson** et procède à un examen clinique. Cet examen s'assure du bon fonctionnement de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire. Le médecin examine également l'abdomen. Il demande des **informations sur le plan digestif** (vomissement, reflux gastro-œsophagien, troubles du transit) (Labrune et Beliah, 2009).

Ces consultations permettent de s'assurer des nombreuses acquisitions que doit faire le nourrisson dès ses premiers mois de vie. De plus, elles permettent de tenir à jour les vaccinations relativement nombreuses les premiers mois. Un certificat médical visant à dépister les déficits sensoriels et les retards d'acquisitions psychomoteurs doit être délivré au 9^{ème} et au 24^{ème} mois. (Labrune et Beliah, 2009).

Ensuite, jusqu'à ses six ans, l'enfant doit bénéficier de deux examens médicaux par an (Assurance Maladie). Certains examens pourront être réalisés par le médecin

scolaire mais pour que le suivi médical de l'enfant soit régulier et adapté, les consultations par un médecin traitant sont essentielles (Labrune et Beliah, 2009).

Durant cette période, les examens ont pour objectif de surveiller le **développement somatique**, de **rechercher des dysfonctionnements organiques**, d'apprécier l'équilibre statique et des membres, **l'état dentaire**, de vérifier la mise à jour des vaccinations, d'évaluer l'insertion familiale, scolaire et sociale et d'apprécier l'hygiène corporelle (Labrune et Beliah, 2009).

Chaque enfant doit donc bénéficier d'un suivi médical régulièrement. Le médecin a donc pour rôle de faire un examen clinique précis et complet afin de dépister le plus tôt possible une éventuelle anomalie de développement. C'est alors à lui d'orienter le patient vers des examens complémentaires si nécessaire (Labrune et Beliah, 2009).

3.3. Le travail en réseau

Les médecins généralistes, les pédiatres et les médecins de PMI ont pour mission de dépister ou diagnostiquer puis d'orienter. Il semble donc important qu'ils se tiennent informés des rôles des autres professionnels de santé. Pour cela, un travail en réseau est nécessaire. Il existe par exemple le « Réseau Périnatalité en Haute-Normandie » qui a pour objectif d'associer les professionnels de santé de ville et ceux du milieu hospitalier. Cela permet « de mettre en œuvre des actions permettant une coordination des acteurs de la naissance, une meilleure connaissance les uns des autres, un même langage et ceci pour le bien-être des usagers » (site Réseau Périnatalité Haute-Normandie, onglet Présentation du Réseau-Objectifs de l'Association).

Ainsi, différents professionnels de la santé travaillent en réseau. Néanmoins, cela n'assure pas aux médecins de connaître les champs de compétences de tous les professionnels de santé. Aujourd'hui, par exemple, il n'existe pas d'onglet « orthophonie » sur le site du Réseau Périnatalité de Haute-Normandie. On peut alors supposer que les médecins ne savent pas que les orthophonistes peuvent jouer un rôle auprès des tout-petits.

En plus de ces réseaux, des « consultations oralité » ont ouvert en France.

3.4. Les consultations oralité

Les consultations oralité sont récentes. Elles sont au nombre de 10 en France. Elles sont généralement situées dans les hôpitaux ou dans les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP).

Le plus souvent, les consultations oralité sont des entretiens pluridisciplinaires avec les parents et l'enfant. Au centre hospitalier de Nantes, une psychologue est accompagnée de deux pédiatres (Lautridou *et al.*, 2013). Au CAMSP du CHU de Rouen, la consultation peut être pluridisciplinaire ou l'orthophoniste peut recevoir seule les parents et l'enfant pour faire un bilan. Ces consultations permettent de faire le lien entre l'hospitalisation et le retour à domicile, de préciser le diagnostic et d'orienter la famille vers une prise en charge précoce.

Pour le moment, ces consultations ne sont pas protocolisées. Il s'agit pour l'instant d'expériences isolées. Il en existe sûrement d'autres qui ne s'intitulent pas « consultations oralité ».

Le suivi médical de l'enfant dès sa naissance est donc réglementé. Le choix du médecin revient aux parents. Lorsqu'un enfant présente des troubles spécifiques, nécessitant la prise en charge par un autre professionnel de santé, c'est alors au médecin d'orienter les parents. Il peut avoir recours à certains réseaux ou à des consultations spécialisées.

Cependant, avant d'orienter un enfant, il faut repérer les troubles. Pour cela, les médecins sont formés durant leurs études et continuent à se former ensuite. Il semble donc intéressant de connaître leur formation sur les troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants.

4. La formation des médecins

Les études de médecine se composent de trois cycles. La première année commune aux étudiants de santé (PACES) et la deuxième année constituent le premier cycle. Le deuxième cycle se divise en deux parties : la troisième année de médecine et l'externat (quatrième, cinquième et sixième années). Puis, les étudiants passent les épreuves classantes nationales (ECN) pour accéder au troisième cycle et devenir internes. Selon leur classement aux ECN, ils choisissent leur spécialité parmi 12 possibilités. Ainsi, l'internat durera entre 3 et 5 ans selon la spécialité

choisie. Les étudiants voulant se spécialiser en médecine générale auront 3 ans d'internat. Ceux voulant devenir pédiatres devront faire 4 ans d'internat. Au terme de leur internat, ils obtiendront le diplôme d'état de docteur en médecine.

Ensuite, les médecins doivent continuer à se former : c'est le développement professionnel continu.

4.1. Les études de médecine

4.1.1. Le 2ème cycle

Le programme du deuxième cycle de médecine se répartit sur cinq années. Afin de cerner les connaissances des étudiants au terme de ce cycle, on peut se référer au Bulletin Officiel N°20 du 16 mai 2013 (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 2013) qui reprend chaque unité d'enseignement et développe en quelques lignes les connaissances attendues aux ECN.

Ainsi, on remarque qu'il y a peu d'items correspondant à l'alimentation du jeune enfant.

Dans les cours des étudiants du 2ème cycle de la Faculté de Médecine de Rouen, on leur explique les bénéfices de l'allaitement maternel et les complications éventuelles du côté de la mère (insuffisance de lait par exemple). On aborde également les besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant d'un point de vue quantitatif. Lorsqu'on traite du retard de croissance staturo-pondérale, on évoque l'anorexie, les troubles digestifs, les carences énergétiques... Mais on remarque parmi les différents enseignements qu'aucun n'aborde les troubles de l'oralité alimentaire sauf le cours sur les prématurés. En effet, on évoque une immaturité de la coordination succion-déglutition-respiration et la façon de la contourner (la nutrition parentérale puis la sonde naso-gastrique). Néanmoins, le terme « trouble de l'oralité » n'apparaît pas et la prise en charge orthophonique n'est pas abordée.

Concernant le développement de l'oralité alimentaire, on leur précise seulement l'âge du passage à la cuillère.

Ainsi, durant les six premières années d'études de médecine, les étudiants ne sont pas ou peu sensibilisés aux troubles de l'oralité. On peut reconnaître que pour les médecins se spécialisant en chirurgie cardiaque par exemple, cela ne leur servira pas forcément. La sensibilisation et l'information sur ces troubles peuvent donc se trouver lors des enseignements du 3ème cycle.

4.1.2. Le 3ème cycle

Les cours du 3ème cycle ne sont pas accessibles aux étudiants ne préparant pas le diplôme de docteur en médecine.

4.1.2.1. La spécialisation en médecine générale

Lorsqu'on se réfère aux intitulés des cours de médecine générale dispensés à la Faculté de Médecine de Rouen, un seul aborde la pédiatrie : « Nourrisson et enfant (examen systématique et problèmes locomoteurs) ». L'aspect locomoteur semble plus développé que l'aspect alimentaire.

4.1.2.2. La spécialisation en pédiatrie

Lorsqu'on se réfère au programme des enseignements de pédiatrie, un chapitre aborde l'alimentation : « Alimentation et nutrition du nourrisson et de l'enfant ». A la Faculté de Médecine de Rouen, les troubles de l'oralité alimentaire ne sont pas enseignés mais ils sont abordés lors des stages en néonatalogie.

4.1.2.3. Le cas particulier des médecins de la Protection Maternelle Infantile (PMI)

Les médecins de PMI ont généralement une spécialisation en médecine générale et ont fait une année de spécialisation en pédiatrie.

Cependant, le programme de cette année de spécialisation en pédiatrie n'est pas accessible aux personnes ne suivant pas cette formation.

Durant le deuxième cycle, les étudiants en médecine ne sont donc pas ou peu sensibilisés aux troubles de l'oralité. Lorsqu'ils choisissent la spécialisation en pédiatrie, ils le sont lors d'un stage mais ceux se dirigeant vers la médecine générale n'aborderont pas ces troubles.

Cependant, selon l'article 11 du Code de Déontologie Médicale (Ordre National des Médecins, 2012), les médecins doivent continuer à se former durant leur exercice.

4.2. Le développement professionnel continu (DPC)

Depuis 2009, le Développement Professionnel Continu (DPC) a remplacé les Formations Médicales Continues (FMC) et l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Selon le décret 2011-2116 du 30 décembre 2011 (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2012, p.1) le DPC « constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente ».

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2012, p.1), « le professionnel de santé satisfait à son obligation de DPC dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel ».

Pour être validant, le DPC doit :

- « Être conforme à une orientation nationale ou régionale de DPC » (HAS, 2012, p.1).
- Suivre une méthode validée par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2012).
- Être mis en œuvre par un organisme de DPC (HAS, 2012).

Selon la HAS (2012), durant leur DPC les médecins doivent remplir 2 missions :

- Analyser des pratiques professionnelles
- Acquérir/perfectionner des connaissances/compétences.

Nous allons nous concentrer sur cette deuxième mission.

Les organismes de DPC doivent respecter certaines conditions s'ils veulent que leurs formations soient reconnues.

Afin d'acquérir ou de perfectionner leurs connaissances et leurs compétences les médecins peuvent choisir des formations en groupe ou des formations individuelles.

4.2.1. Formations en groupe

Lorsque les médecins décident de se former en groupe, plusieurs possibilités s'offrent à eux. Ils peuvent participer à des formations présentiels ou se former à partir de revues bibliographiques et d'analyse d'articles.

4.2.1.1. Les formations présentiels

Les formations présentiels peuvent avoir différents objectifs : « une actualisation des données de la science, des retours d'expériences des professionnels, une synthèse/revue/mise à jour d'un sujet » (HAS, 2013a, p.1).

Elles peuvent se présenter sous différentes formes : colloque, séminaire, cours, conférence, session de formation...

Concernant les troubles de l'oralité alimentaire, les médecins peuvent demander à un orthophoniste d'intervenir lors d'une de leurs réunions. Sinon, il existe des colloques sur ces troubles organisés par le Groupe Miam Miam par exemple. Les médecins peuvent également participer aux « Journées du Groupe Oralité de l'Hôpital Necker » qui ont lieu une fois par an.

4.2.1.1.1. Les différentes méthodes pédagogiques

Il existe trois méthodes différentes pour les formations présentiellles.

Les « méthodes affirmatives : le formateur transmet son savoir à un participant » (HAS, 2013a, p.1) comme dans les conférences par exemple.

Les « méthodes interrogatives » (HAS, 2013a, p.1): en se basant sur les réponses à un questionnement, le formateur amène le participant à trouver les connaissances qu'il veut lui transmettre.

Les « méthodes actives (ou expérientielles) : le participant, impliqué et actif, apprend à travers ses expériences et ses connaissances préalables » (HAS, 2013a, p.1). Par exemple lors d'analyses de cas.

Les intervenants doivent donc suivre l'une de ces méthodes afin que la formation puisse être reconnue comme faisant partie du DPC. Ces intervenants peuvent être des professionnels médicaux ou paramédicaux.

Néanmoins, il ne suffit pas d'appliquer l'une de ces méthodes lors d'une réunion pour que celle-ci soit reconnue comme un DPC. En effet, il existe un déroulement à respecter.

4.2.1.1.2. Le déroulement d'une formation présentielle

Pour qu'une formation soit reconnue comme une formation de développement professionnel continu, certains critères doivent être respectés.

Le premier temps est celui de l'acquisition ou de l'approfondissement des connaissances ou des compétences selon une des méthodes pédagogiques.

Le second temps consiste à remettre au participant un écrit résumant les connaissances ou compétences qu'on lui a transmises.

Le dernier temps est un « dispositif de suivi de l'acquisition des connaissances/compétences » (HAS 2013a, p.2) par exemple grâce à un questionnaire avant-après.

Il ne faudra pas oublier de compléter chaque formation de ce type par une analyse des pratiques professionnelles.

Mais concrètement, comment les médecins mettent-ils cela en place ?

4.2.1.1.3. Exemples de formation présentielle

De nombreux médecins optent pour des formations présentielles entre pairs. Le ou les thèmes abordés durant ces réunions sont prédéfinis à l'avance et suivent les recommandations nationales ou régionales. Les recommandations restent très générales afin que les médecins aient le choix entre de nombreux sujets.

La fréquence de ces réunions est différente selon les organisations. Les pédiatres de Haute-Normandie se réunissent quatre fois par an. Certains généralistes de l'agglomération rouennaise se réunissent chaque mois ou tous les deux mois. Quant aux médecins de PMI, ils bénéficient d'un temps de formation qui leur permet d'assister à des colloques médicaux mais également de participer à des réunions entre médecins de secteur.

Généralement, ces réunions se déroulent ainsi : un ou plusieurs intervenants sont invités à parler d'un sujet prédéfini à l'avance. Ces intervenants peuvent être médecins ou appartenir à une autre branche du secteur médical et paramédical.

Sinon, les médecins généralistes et les pédiatres, comme les médecins de PMI, peuvent également participer à des colloques, des séminaires ou des conférences.

4.2.1.2. La revue bibliographique et l'analyse d'articles

Un groupe de revue bibliographique est une réunion de professionnels de santé qui se rassemblent généralement une fois par mois pour faire une critique d'articles scientifiques (HAS, 2013b).

Ces groupes ont différents objectifs : « fournir une mise à jour récente de l'état de la littérature, enseigner les techniques d'analyse critique de la littérature médicale, développer l'esprit critique dans un environnement riche en informations provenant de différentes sources, faire évoluer et améliorer sa pratique en s'appuyant sur des données de la littérature » (HAS, 2013b, p.1).

Ces formations devront elles aussi être complétées par une analyse des pratiques sachant que les critères de validation de ce type de formations sont identiques à ceux des formations présentiellees.

4.2.2. Formations individuelles

Les formations individuelles sont de deux types : les formations diplômantes ou certifiantes et les formations à distance.

4.2.2.1. Les formations diplômantes ou certifiantes

Une formation diplômante ou certifiante est une formation qui débouche sur l'obtention d'un diplôme ou d'un certificat. Il peut être délivré un diplôme national (examen organisé et validé par l'Etat) ou un certificat « délivré par un établissement, une école, ou une organisation en son nom » (HAS, 2013c, p.1). Les diplômes universitaires (DU) ou diplômes inter-universitaires (DIU) sont des diplômes non nationaux.

Concernant les troubles de l'oralité, il existe un DIU intitulé « Troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant ». Il se déroule à Lille et Paris. Il dure un an (3 semaines de cours théoriques) et est ouvert aux pédiatres (site de la faculté de médecine de Lille).

Il existe également un DU « Pathologies de l'oralité ». Les cours sont dispensés à Bordeaux et il est ouvert aux pédiatres et médecins généralistes (site de l'université de Bordeaux)

Les diplômes universitaires (DU) ou les diplômes inter-universitaires (DIU) sont donc une possibilité pour les médecins de se former dans certains domaines précis.

4.2.2.2. Les formations à distance : les e-learning

Les e-learning sont des formations en ligne. Le médecin utilise internet pour développer ses connaissances ou ses compétences. Les e-learning se composent de ce qui va servir à l'apprentissage (fichiers écrits ou audio, schémas, présentations...), d'un soutien et de commentaires personnalisés (« e-tutoring ») ainsi que d'une possibilité de discuter en ligne avec d'autres apprenants et d'une « classe virtuelle (tableau blanc partagé en direct...) » (HAS, 2013d, p.1).

Ce nouveau type de formation évite au professionnel débordé de se déplacer. Il choisit le lieu (chez lui ou au travail), le moment et son rythme.

Après la fin de leurs études, les médecins ont donc à leur disposition différents moyens pour continuer à se former.

5. Buts et hypothèses

Les médecins ne semblent pas ou peu formés sur les troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants. Or, ces troubles ne sont pas à minimiser et il est essentiel de les prendre en charge le plus précocement possible. Pour cela, il semble important que les médecins soient sensibilisés et informés sur ces troubles et sur leur prise en charge.

Ainsi, pour permettre aux médecins de connaître et surtout de reconnaître les troubles de l'oralité alimentaire et d'orienter leurs patients, nous sommes intervenues dans leurs réunions de développement professionnel continu entre pairs afin de leur présenter notre outil d'information. Au préalable, nous leur avons envoyé un questionnaire afin de cerner leurs attentes. A l'issue de notre intervention, ils ont reçu un second questionnaire qui nous a permis d'améliorer notre outil pour le rendre plus informatif et pertinent.

Notre travail s'est basé sur 5 hypothèses :

- Hypothèse 1 : Les médecins sont peu ou pas du tout formés sur les troubles de l'oralité alimentaire.
- Hypothèse 2 : Les pédiatres et les médecins de PMI seraient mieux informés que les généralistes sur ces troubles.
- Hypothèse 3 : Les médecins sont confrontés à ce type de troubles.
- Hypothèse 4 : Les médecins ne savent pas toujours vers qui orienter leurs patients et certains ignorent que les orthophonistes prennent en charge ce type de troubles.
- Hypothèse 5 : La création d'un outil d'information sur les troubles de l'oralité alimentaire à destination des médecins serait pertinente.

Sujets, matériel et méthode

1. Sujets

La prise en charge des troubles de l'oralité doit être la plus précoce possible. Nous avons donc axé notre sensibilisation auprès des professionnels susceptibles de voir les tout-petits dès leurs premiers jours de vie.

Il s'agit donc de pédiatres exerçant en libéral et/ou en structure, de médecins de PMI et de médecins généralistes exerçant en libéral.

Ces professionnels travaillent tous en Haute-Normandie.

2. Matériel

2.1. Le premier questionnaire

2.1.1. Les objectifs du questionnaire

Nous avons réalisé un premier questionnaire (Annexe 1, page 3) qui visait à évaluer les connaissances des médecins sur les troubles de l'oralité alimentaire et leur façon de gérer ces troubles dans leur pratique. De plus, nous voulions connaître leur formation et leurs attentes face à notre intervention.

Ce questionnaire devait nous permettre d'orienter notre outil pour qu'il corresponde le plus possible aux attentes et aux besoins des médecins.

2.1.2. La forme du questionnaire

Pour pouvoir récolter le plus de réponses, nous voulions que le questionnaire soit clair, simple à comprendre, et rapide à remplir (5 minutes environ). Il fallait également que le mode de réponse soit simple. Nous avons donc supposé que certains médecins souhaiteraient nous répondre par mail. Dans ce cas, nous avons proposé qu'ils indiquent leurs réponses en rouge ou en les surlignant.

Il leur est d'abord demandé de préciser leur nom et leur prénom. Étant donné que nous leur avons envoyé un second questionnaire, il nous semblait plus pratique d'avoir le nom des médecins ayant répondu au premier afin de comparer leurs réponses à certaines questions. Nous leur demandons ensuite de préciser leur lieu d'exercice afin de cerner s'ils sont en structure ou en libéral. Puis, ils doivent indiquer leur nombre d'années d'exercice et leur fonction (pédiatre, généraliste ou médecin

de PMI). L'ancienneté de leur exercice nous a permis de comparer s'il existait des différences entre les « jeunes » médecins et ceux ayant plus d'expérience. Leur fonction nous a permis de comparer les connaissances selon leur type d'exercice.

Ce premier questionnaire se compose de :

- 6 questions fermées : les questions 1 ; 6 ; 7 ; 8 ; 11 et 12.
- 6 questions à choix multiples : les questions 4 ; 5 ; 9 ; 10 ; 13 et 14.
- 2 questions ouvertes : les questions 2 et 3.

Ces 14 questions sont divisées en 4 parties :

- Dans votre formation ;
- Connaissances sur le sujet ;
- Dans votre pratique ;
- Questions sur l'outil.

2.1.3. Les questions et leurs objectifs

Les questions suivantes ont pour objectif **d'évaluer les formations éventuelles qu'ont reçues les médecins** :

- *Question 1* : Avez-vous été sensibilisé ou avez-vous reçu une formation théorique relative aux troubles d'oralité et/ou des fonctions alimentaires : Chez les enfants ? Chez les adultes ?
- *Question 2* : Si oui, combien d'heures (environ) avez-vous reçues ?

Les questions suivantes ont pour objectif **d'évaluer les connaissances préalables des médecins sur le développement de l'oralité** :

- *Question 3* : Quelle serait votre définition de « l'oralité » ?
- *Question 6* : Diriez-vous qu'il existe un lien entre le développement de l'oralité alimentaire d'un enfant et son développement moteur ?
- *Question 7* : Diriez-vous qu'il existe un lien entre le développement de l'oralité alimentaire d'un enfant et le développement de son langage ?

Les questions suivantes ont pour objectif **d'évaluer les connaissances préalables des médecins sur les troubles de l'oralité et leur sensibilité à reconnaître ou à rechercher ce type de trouble chez leurs patients** :

- *Question 4* : Selon vous, quels sont les signes qui peuvent évoquer un trouble d'oralité ou favoriser son installation chez l'enfant ?
- *Question 5* : Selon vous, quels sont les contextes susceptibles d'entraîner des troubles de l'oralité alimentaire chez le tout-petit ?

Les questions suivantes ont pour objectif **d'évaluer si les troubles de l'oralité alimentaire sont des troubles fréquents et quels sont les médecins (généralistes, pédiatres ou médecins de PMI) qui y sont les plus souvent confrontés** :

- *Question 8* : Avez-vous déjà été confronté à un diagnostic de trouble de l'oralité alimentaire ?
- *Question 9* : Si oui, combien environ : Depuis le début de votre exercice ? Par an ? Par mois ?

Les questions suivantes ont pour objectif **d'évaluer les connaissances des médecins sur la pose de diagnostic et la prise en charge des troubles de l'oralité et de connaître les réseaux les plus souvent sollicités** :

- *Question 10* : Quel réseau de soins avez-vous déjà sollicité face à un trouble de l'oralité : Pour la pose de diagnostic ? Pour le soin ?
- *Question 12* : Savez-vous que les orthophonistes prennent en charge ce type de difficultés ?

La question suivante permet de savoir si **les médecins ont eu des retours quant au suivi proposé** et si, par conséquent, **ils ont eu un diagnostic précis** :

- *Question 11* : Avez-vous eu des retours quant au suivi proposé ?

La question suivante permet **d'évaluer les besoins et les attentes des médecins** afin de **créer un outil** qui puisse au mieux **répondre à leur demande** :

- *Question 13* : Sur quoi aimeriez-vous être informé lors de mon intervention ?

La question suivante permet de connaître le **moyen** qui serait le **plus apprécié pour la diffusion de mon outil** :

- *Question 14* : Suite à mon intervention, j'aimerais vous remettre un écrit afin d'étoffer mes propos et par la suite le diffuser aux autres

pédiatres/généralistes/médecins de PMI. Quelle présentation vous semblerait la plus appropriée pour cet écrit ?

2.2. L'outil d'information

2.2.1. Le type d'outil

Nous avons choisi une présentation sous forme de diaporama (format Power Point) (Annexe 2, page 6) pour accompagner nos interventions. Cela permet aux médecins d'avoir un support écrit visible qui ensuite peut leur être transmis par mail.

L'outil final est également présenté sous forme de diapositives mais au format PDF.

2.2.2. La réalisation et le contenu de l'outil

Pour réaliser notre outil, nous nous sommes basée sur les réponses des généralistes. Ce sont les premiers à nous avoir répondu. De plus, selon nous, ils étaient les moins sensibilisés à ces troubles. Nous avons donc pensé qu'en nous basant sur leurs réponses, nous répondrions également aux attentes des autres professionnels.

Nous avons préféré présenter le même outil aux différents médecins. Cela nous a permis d'observer si les réactions et/ou questions variaient en fonction des groupes. De plus, nous avons pu comparer les réponses des différents groupes de médecins au second questionnaire pour apporter les modifications nécessaires.

L'outil pour la présentation orale se compose de la façon suivante :

- Une première partie décrit l'oralité alimentaire et l'oralité verbale : leur développement et le lien avec le développement sensoriel et moteur.
- Une deuxième partie aborde les troubles de l'oralité : les contextes pouvant entraîner ce type de troubles, les signes cliniques, les professionnels vers qui orienter les patients et le rôle de l'orthophoniste.
- Une troisième partie aborde les diagnostics différentiels possibles.
- Enfin, l'outil se termine par une conclusion.

2.3. Le second questionnaire

2.3.1. Les objectifs du questionnaire

Les objectifs de ce second questionnaire (Annexe 3, page 13) sont d'évaluer la pertinence de notre intervention, son intérêt et de recueillir les modifications à apporter à l'outil.

2.3.2. La forme du questionnaire

A l'instar du premier questionnaire, le second devait être clair, simple à comprendre et rapide à remplir. Celui-ci contient plus de questions ouvertes et donc demande quelques minutes supplémentaires pour le remplir par rapport au premier.

On retrouve des conseils quant à la présentation des réponses choisies si le retour se fait par mail (les mêmes que pour le premier questionnaire).

Puis le nom, le prénom et la fonction sont à nouveau demandés pour permettre une comparaison éventuelle avec les réponses au premier questionnaire. Ensuite, il leur est demandé s'ils ont participé ou non à la réunion dans laquelle je suis intervenue.

Ce second questionnaire se compose de :

- 9 questions fermées : les questions 1 ; 3 ; 5 ; 6 ; 8 ; 9 ; 10 ; 12 et 14.
- 1 question à choix multiples : la question 4.
- 5 questions ouvertes : les questions 2 ; 7 ; 11 ; 13 et 15.

Ces 15 questions sont divisées en 3 parties :

- L'outil : le Power Point (le diaporama) ;
- La réunion ;
- Dans votre pratique.

2.3.3. Les questions et leurs objectifs

Les questions suivantes ont pour objectif d'évaluer la pertinence et l'informativité de l'outil et de nos interventions :

- *Question 1* : Le Power Point vous semble-t-il suffisamment clair et informatif ?
- *Question 2* : Quelles modifications souhaiteriez-vous que j'apporte au Power Point ?

- Question 5 : *Mon intervention et le Power Point vous ont-ils appris des choses ?*
- Question 6 : *Pensez-vous qu'il était nécessaire que j'intervienne auprès de vous ou un support écrit aurait suffi pour vous sensibiliser et vous informer sur les troubles de l'oralité ?*
- Question 7 : *Si l'intervention vous a semblé nécessaire, pourriez-vous expliquer pourquoi en quelques mots ?*

Les questions suivantes ont pour objectif de **mesurer l'intérêt que les médecins portent aux troubles de l'oralité et s'ils se sentent assez formés** pour leur pratique quotidienne :

- Question 8 : *Suite à mon intervention, souhaiteriez-vous approfondir vos connaissances sur les troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants ?*
- Question 9 : *Souhaiteriez-vous être informé des formations existantes sur ce sujet ?*

Les questions suivantes ont pour objectif de **mesurer l'impact que notre intervention et notre outil ont eu sur la pratique des médecins et s'ils sont plus sensibles** aux troubles de l'oralité alimentaire :

- Question 10 : *Mon intervention a-t-elle changé votre façon d'appréhender : L'alimentation chez vos jeunes patients ? Le développement du langage chez vos jeunes patients ?*
- Question 11 : *Si oui, comment ?*
- Question 14 : *Avez-vous détecté plus de troubles de l'oralité chez vos patients depuis la présentation ?*

Les réponses aux questions suivantes pourront **être comparées à celles des questions 8 et 9 du premier questionnaire** :

- Question 12 : *A posteriori, pensez-vous avoir déjà rencontré des patients atteints de troubles de l'oralité avant la présentation ? Et Question 13 : Si oui, combien (environ) ?* Elles permettent **d'évaluer si lors du premier questionnaire, les médecins mettaient la bonne signification** derrière les termes « **troubles de l'oralité alimentaire** ».

- Question 15: *Combien (environ) avez-vous vu de patients avec des troubles de l'oralité (que vous avez donc diagnostiqués ou suspectés) depuis la réunion ?* : elle permet de **mesurer si les troubles de l'oralité sont fréquents** et **quels sont les médecins qui y sont le plus souvent confrontés** (généralistes, pédiatres, médecins de PMI) ;

Les questions suivantes ont pour objectif d'**évaluer si la diffusion de l'outil serait intéressante** et quel serait **le meilleur moyen** :

- Question 3: *Pensez-vous que l'envoi du Power Point à d'autres médecins, sans leur proposer de réunion pourrait être intéressant et leur permettre d'être sensibilisés et informés sur ces troubles ?*
- Question 4: *Selon vous, pour généraliser mon outil et ainsi sensibiliser et informer un maximum de médecins, quelle forme de support vous semble la plus appropriée ?*

3. Méthode

Afin de nous assurer que la réalisation d'un outil d'information sur les troubles de l'oralité alimentaire était nécessaire pour les médecins, nous avons réalisé un premier questionnaire pour cerner leurs connaissances et leurs attentes quant à ces troubles.

Suite à ce questionnaire, nous avons créé l'outil que nous leur avons présenté lors de réunions.

Ensuite, nous leur avons envoyé un second questionnaire afin d'évaluer l'outil et d'y apporter les modifications nécessaires.

3.1. La prise de contact et les dates de réunions

3.1.1. Les pédiatres

En Haute-Normandie, les pédiatres en libéral font partie d'une même association. Ils sont une trentaine. Plusieurs d'entre eux travaillent également en structure.

Nous avons donc rencontré la présidente de cette association, le Docteur Badescou, qui a apprécié et porté notre projet. Elle nous a orientées vers le vice-

président, le Docteur Lecruit, qui gère l'organisation des réunions et l'envoi des mails collectifs. Ce dernier a également validé notre projet et nous a proposé de nous contacter quand leurs dates de réunions seraient fixées. Nous avons trouvé judicieux d'envoyer un premier mail aux pédiatres de la région, afin de leur expliquer notre démarche et de mesurer leur intérêt. Tous les pédiatres ayant répondu au mail ont accepté de participer au projet.

En septembre, le Docteur Lecruit nous a contactées à nouveau pour nous proposer deux dates de réunion. Nous avons retenu ensemble celle du 19 novembre 2013.

3.1.2. Les médecins généralistes

En Haute-Normandie, les médecins généralistes se réunissent par petits groupes (une dizaine de praticiens) pour leurs formations. Nous avons donc appelé de nombreux médecins. Pour la plupart, leurs thèmes de réunion étaient fixés pour plusieurs mois et aucun ne correspondait à un domaine de pédiatrie. Ils nous proposaient d'intervenir courant 2014 (entre mars et décembre). Cela était trop tardif compte tenu des délais à respecter pour la rédaction du mémoire. Pour d'autres médecins, leur groupe de formation continue venait de se dissoudre et ils attendaient d'en créer un nouveau.

Néanmoins, nous avons pu intervenir dans le groupe du Docteur De Golmard, qui a accepté notre projet. La réunion s'est déroulée le 16 octobre 2013.

3.1.3. Les médecins de PMI

En Haute-Normandie, les médecins de PMI se réunissent par secteur géographique et par département. Le Docteur Delagneau, adjointe du médecin départemental de PMI, a trouvé notre projet séduisant mais ne pensait pas réaliser une réunion avec tous les médecins des PMI du département de la Seine-Maritime dans les délais que nous nous étions fixés (avant fin janvier 2014). Elle nous a donc orientées vers le Docteur Charlet, médecin responsable santé des Unions Territoriales d'Action Sociale des agglomérations de Rouen et d'Elbeuf. Elle a également soutenu notre projet et nous a proposé d'intervenir dans leur réunion du 20 janvier 2014.

3.2. L'envoi du questionnaire et le mode de réponse

3.2.1. L'envoi du questionnaire

Nous avons transmis le questionnaire en pièce jointe par mail à la personne avec laquelle nous étions en contact : Docteur Lecruit pour les pédiatres, Docteur De Golmard pour les médecins généralistes et Docteur Charlet pour les médecins de PMI. Pour accompagner le questionnaire, un petit mail rappelait qui nous étions, notre projet et les invitait à nous retourner leur réponse par voie postale ou par mail avant la date de réunion. C'est la personne avec laquelle nous étions en contact qui transférait notre mail accompagné du questionnaire aux autres médecins.

Nous avons procédé de la même façon pour les deux questionnaires.

3.2.2. Le mode de réponse

3.2.2.1. Le premier questionnaire

Les médecins nous ont répondu par mail, par voie postale ou le jour de la réunion. Pour les trois groupes, il a été nécessaire que les responsables des réunions les relancent une fois pour que nous obtenions plus de réponses.

Pour les généralistes, le délai entre la prise de contact et la date de réunion était court. Nous avons dû récolter leurs réponses en 10 jours. Les deux autres groupes, ont eu un mois environ pour répondre. L'essentiel était que nous ayons le maximum de réponses avant notre présentation pour évaluer les connaissances et les attentes de chacun.

3.2.2.2. Le second questionnaire

Pour le second questionnaire, les médecins pouvaient nous répondre par mail ou par voie postale.

Ils ont eu 3 semaines pour répondre. Nous avons dû les relancer deux fois pour obtenir plus de réponses : une première au cours des 3 semaines et une seconde au terme des 3 semaines.

3.3. Les réunions

Lors des réunions, nous étions accompagnées de Virginie Léon, co-maître de mémoire, plus légitime pour répondre aux questions plus « techniques » et exposer

des cas cliniques. Nous craignons que notre faible expérience auprès d'enfants ayant des troubles de l'oralité alimentaire ne suffise pas pour répondre à toutes les questions des médecins.

3.3.1. La distribution des questionnaires

Certains médecins n'avaient pas répondu au questionnaire avant la réunion. Alors, à chaque début de réunion, nous demandions aux médecins présents ne nous ayant pas répondu s'ils pouvaient compléter sur place, avant notre présentation, un questionnaire.

3.3.2. La présentation orale

Avant chaque réunion, nous demandions au professionnel avec lequel nous étions en contact s'il serait possible d'avoir un rétroprojecteur pour projeter le diaporama. Ainsi, nous avons pu utiliser le matériel des médecins généralistes et des pédiatres. Celui des médecins de PMI ne fonctionnait pas le jour de la réunion, il a donc fallu faire sans.

Avant de commencer, nous nous présentions à nouveau et expliquions le but, l'objet de notre présence.

La présentation orale durait une trentaine de minutes. Les médecins avaient le choix : nous interrompre pendant notre exposé ou attendre la fin pour poser des questions. Virginie Léon, co-maître de mémoire, répondait aux questions qui demandaient une expérience dans le domaine des troubles de l'oralité alimentaire (cas clinique, durée des prises en charge, où trouver du matériel de rééducation...).

3.4. L'envoi de l'outil d'information

A l'issue des réunions, nous envoyions par mail le diaporama utilisé aux médecins responsables de chaque groupe. Ils se chargeaient de le transférer aux autres médecins.

Après avoir reçu le second questionnaire, nous avons apporté les modifications nécessaires pour rendre l'outil le plus lisible et le plus pertinent possible. Nous l'avons de nouveau envoyé aux médecins responsables de chaque groupe pour qu'ils le transfèrent à leurs collègues.

Résultats

1. Les sujets interrogés

1.1. Les médecins généralistes

Au premier questionnaire, nous avons reçu 9 réponses de médecins généralistes dont :

- 3 femmes et 6 hommes
- 1 médecin a moins de 5 ans d'exercice
- 8 médecins ont plus de 20 ans d'exercice
- Ils exercent tous dans l'agglomération de Rouen (76).

1.2. Les pédiatres

Au premier questionnaire, nous avons reçu 20 réponses de pédiatres dont :

- 14 femmes et 6 hommes
- 5 pédiatres ont moins de 10 ans d'exercice
- 6 pédiatres ont entre 10 et 20 ans d'exercice
- 8 pédiatres ont plus de 20 ans d'exercice
- 1 pédiatre n'a pas indiqué depuis combien de temps il exerçait
- Ils exercent tous en Haute-Normandie (27 et 76)

1.3. Les médecins de PMI

Au premier questionnaire, nous avons reçu 18 réponses de médecins de PMI :

- Uniquement des femmes
- 4 médecins ont moins de 10 ans d'exercice
- 6 médecins ont entre 10 et 20 ans d'exercice
- 6 médecins ont plus de 20 ans d'exercice
- 2 médecins n'ont pas indiqué depuis combien de temps ils exerçaient
- Ils exercent tous dans l'agglomération de Rouen (76).

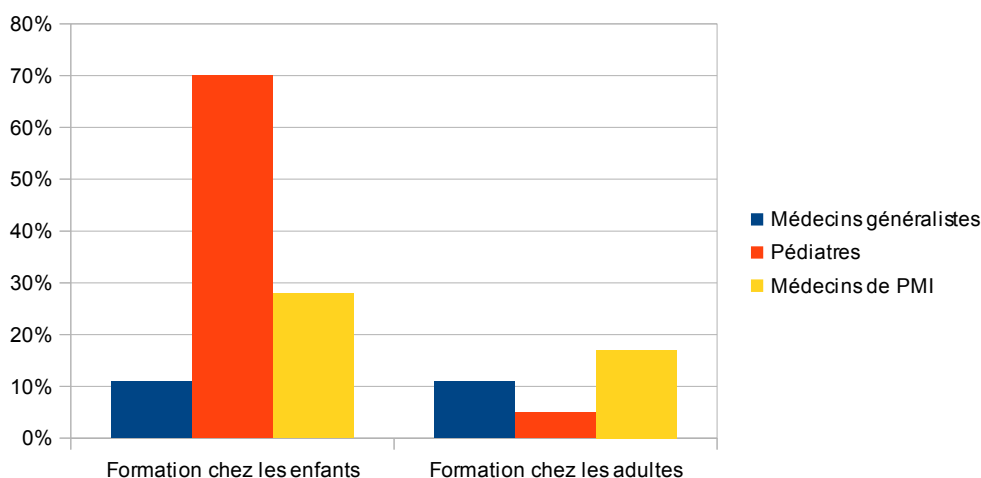
2. Les réponses au premier questionnaire

2.1. Les formations reçues par les médecins

➤ Question 1 : Avez-vous été sensibilisé ou avez-vous reçu une formation théorique relative aux troubles d'oralité et/ou des fonctions alimentaires : Chez l'enfant ? Chez l'adulte ?

➤ Question 2 : Si oui, combien d'heures (environ) avez-vous reçues ?

Diagramme en colonne n°1 correspondant aux réponses à la question 1 du premier questionnaire



Les médecins généralistes :

Un seul médecin généraliste (11%) a reçu une formation sur les troubles de l'oralité chez l'enfant : c'était lors d'un stage en pédiatrie.

Un autre a reçu 2 heures de formation sur les troubles des fonctions alimentaires chez les adultes.

Les pédiatres

14 pédiatres (70%) ont reçu une formation sur les troubles de l'oralité chez les enfants. Ces formations varient selon les professionnels :

- certains ont reçu entre 1 et 16 heures de formation sur ces troubles
- un pédiatre a participé à une journée sur l'oralité
- un autre a été formé lors d'un DUI en gastro-entérologie, hépatologie et nutrition.

Concernant les troubles chez les adultes, une pédiatre a reçu une formation de 2 heures environ.

Les médecins de PMI :

5 médecins de PMI (28%) ont été sensibilisés aux troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants :

- un médecin explique que c'est dans le cadre d'une recherche personnelle
- un autre a abordé ces troubles lors d'un DU de pédiatrie préventive
- un dernier précise que la formation a eu lieu dans le cadre de la FMC

Concernant les troubles chez les adultes, 3 médecins de PMI ont été formés :

- un médecin a reçu 1h30 de formation sur les adolescents anorexiques
- un autre explique qu'il n'a eu que peu d'heures de formation sur ce sujet
- un dernier indique qu'il a reçu au total 4 heures de formation sur les fonctions alimentaires des enfants et des adultes.

2.2. Les connaissances préalables des médecins sur le développement de l'oralité

➤ Question 3 : Quelle serait votre définition de « l'oralité » ?

Les médecins généralistes :

Un médecin ne répond pas à cette question. Un autre note « ? ».

Un seul médecin évoque les deux versants de l'oralité : « mots, alimentation ».

3 médecins généralistes emploient le terme « troubles » ce qui ne correspond pas à la définition de l'oralité :

- « troubles alimentaires », « troubles du comportement alimentaire » : ils omettent la notion de l'oralité verbale.
- L'un d'eux précise : « anorexie, boulimie, refus de manger, mérycisme, crise de nerfs parents-enfant au moment des repas ».

3 autres médecins donnent une définition relativement abstraite ou imprécise : « ce qui passe par l'oral, la bouche », « tout ce qui a à voir avec la bouche », « en rapport avec le stade oral, en rapport avec l'expression orale ». Il manque l'une ou les deux notions de l'oralité (alimentaire et verbale).

Les pédiatres :

2 pédiatres ne répondent pas à cette question.

10 pédiatres évoquent les deux versants de l'oralité (alimentaire et verbale).

8 pédiatres sont imprécis ou incomplets dans leur réponse :

- 3 d'entre eux n'évoquent qu'un versant de l'oralité

- 4 autres donnent une définition imprécise : « tout ce qui se fait par la bouche », « tout ce qui se passe dans et par la bouche », « les fonctions liées à la cavité buccale », « caractéristiques du stade oral », « ce qui touche à la sensibilité, la sensorialité et la motricité de la zone allant des lèvres au larynx ».

Les médecins de PMI :

3 médecins de PMI ne répondent pas à cette question.

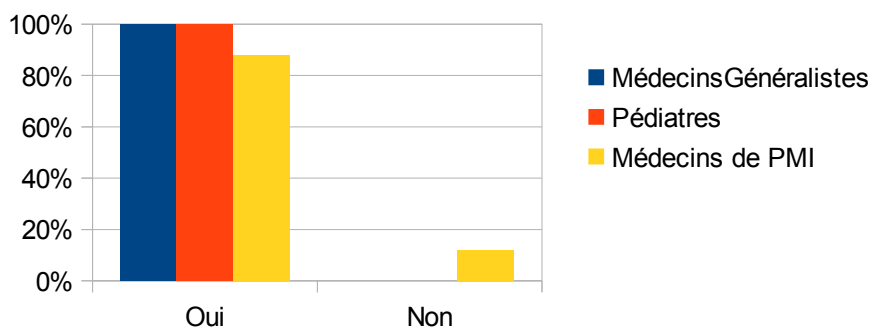
8 médecins évoquent les versants alimentaire et verbal de l'oralité.

7 médecins donnent une définition imprécise ou incomplète de l'oralité :

- 3 d'entre eux n'abordent que l'oralité alimentaire
- Au contraire, un des médecins ne cite que l'oralité verbale
- 3 autres donnent une définition imprécise : « trouble du rapport oral, stade oral du développement », « ce qui a trait à la sphère buccale », « toute fonction en lien avec la sphère buccale et ORL ».

➤ **Question 6 :** *Diriez-vous qu'il existe un lien entre le développement de l'oralité alimentaire d'un enfant et son développement moteur ?*

Diagramme en colonne n°2 correspondant aux réponses à la question 6 du premier questionnaire



Les médecins généralistes :

Les 9 médecins généralistes estiment qu'il existe un lien entre le développement de l'oralité alimentaire d'un enfant et son développement moteur.

Les pédiatres :

Un pédiatre n'a pas répondu à cette question.

Néanmoins, tous les autres pédiatres estiment qu'il existe un lien entre le développement de l'oralité alimentaire d'un enfant et son développement moteur.

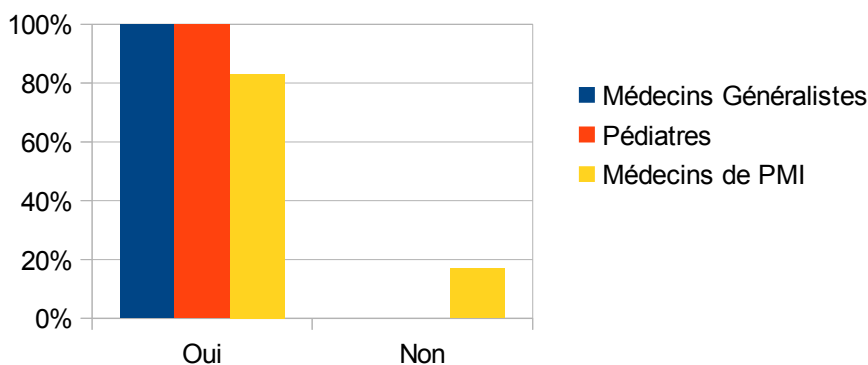
Les médecins de PMI :

Un médecin n'a pas répondu à cette question.

15 médecins de PMI (88%) pensent qu'il existe un lien entre le développement de l'oralité alimentaire et le développement moteur d'un enfant.

➤ Question 7 : Diriez-vous qu'il existe un lien entre le développement de l'oralité alimentaire d'un enfant et le développement de son langage ?

Diagramme en colonne n°3 correspondant aux réponses à la question 7 du premier questionnaire



Les médecins généralistes :

2 médecins généralistes n'ont pas répondu à cette question.

Les 7 médecins restant estiment qu'il existe un lien entre le développement de l'oralité alimentaire d'un enfant et son développement langagier.

Les pédiatres :

Tous les pédiatres s'accordent à dire qu'il existe un lien entre le développement de l'oralité alimentaire d'un enfant et son développement langagier.

Les médecins de PMI :

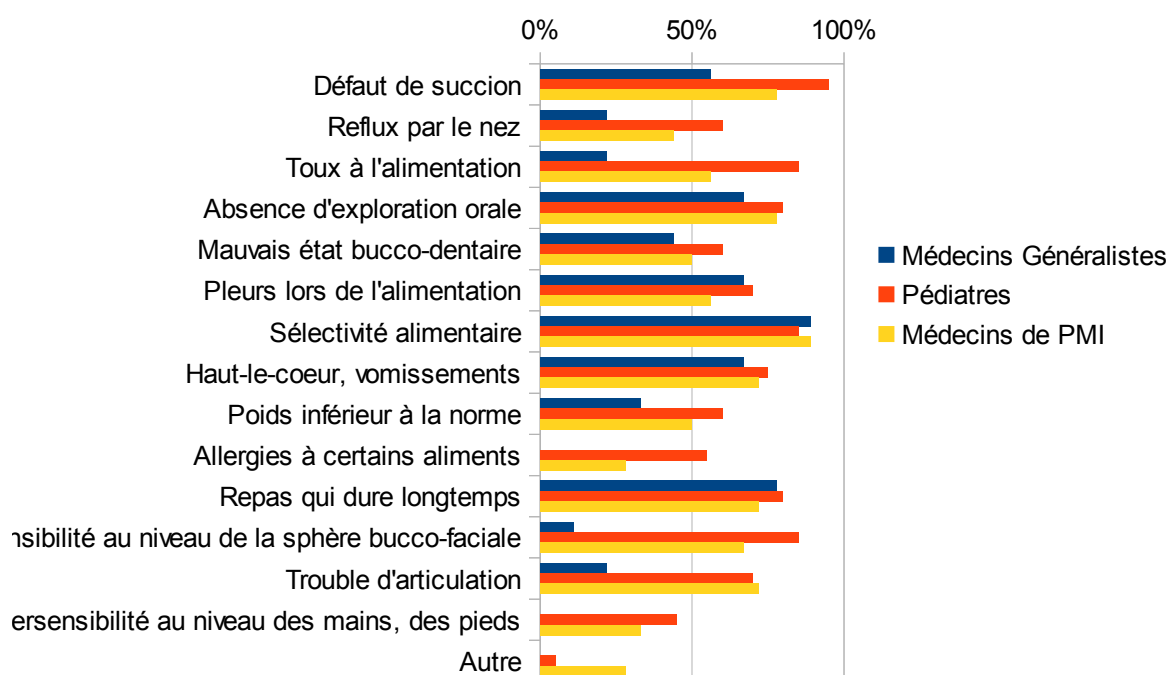
3 médecins de PMI (17%) pensent qu'il n'existe pas de lien entre le développement de l'oralité alimentaire d'un enfant et son développement langagier.

Parmi ces 3 médecins, on retrouve les 2 qui avaient répondu négativement à la question précédente.

2.3. Les connaissances préalables des médecins sur les troubles de l'oralité

➤ Question 4 : Selon vous, quels sont les signes qui peuvent évoquer un trouble d'oralité ou favoriser son installation chez l'enfant ?

Diagramme en barre n°1 correspondant aux réponses à la question 4 du premier questionnaire



Les médecins généralistes :

En moyenne, les médecins généralistes ont sélectionné entre 5 et 6 réponses. Au maximum, l'un d'eux en a choisi 11.

8 médecins généralistes (89%) pensent qu'une sélectivité alimentaire est un signe pouvant évoquer un trouble de l'oralité alimentaire.

7 médecins généralistes (78%) estiment qu'une durée allongée des repas peut évoquer un trouble de l'oralité alimentaire chez l'enfant.

Un seul médecin estime qu'une hypersensibilité au niveau de la sphère bucco-faciale peut être un signe clinique de trouble de l'oralité alimentaire.

Selon les médecins généralistes, des allergies alimentaires ou une hypersensibilité au niveau des mains et/ou des pieds ne sont pas des signes pouvant évoquer un trouble de l'oralité ou favoriser son installation.

Les pédiatres :

En moyenne, les pédiatres ont sélectionné 10 réponses. 7 d'entre eux les ont toutes choisies.

Tous les pédiatres sauf un (95%) s'accordent pour dire qu'un défaut de succion est un signe pouvant évoquer un trouble de l'oralité alimentaire chez les enfants.

Selon 85% des pédiatres interrogés, une sélectivité alimentaire, une toux lors de l'alimentation ou une hypersensibilité de la sphère bucco-faciale sont des signes évocateurs d'un trouble de l'oralité alimentaire.

Selon 11 pédiatres (55%) une allergie alimentaire peut favoriser l'installation de troubles de l'oralité.

Une hypersensibilité au niveau des mains et des pieds est considérée comme un signe pouvant évoquer un trouble de l'oralité alimentaire selon 9 pédiatres (45%).

Un pédiatre propose un autre signe : « un trouble des praxies bucco-linguo-faciales ».

Les médecins de PMI :

En moyenne, les médecins de PMI ont sélectionné 8 réponses. 4 d'entre eux ont sélectionné toutes les réponses.

16 médecins de PMI (89%) pensent qu'une sélectivité alimentaire est un signe pouvant évoquer un trouble de l'oralité alimentaire.

Selon 14 médecins de PMI (78%), un défaut de succion ou une absence d'exploration orale sont des signes évocateurs de troubles de l'oralité alimentaire.

Un tiers des médecins de PMI pensent qu'une hypersensibilité au niveau des mains et des pieds peut être un signe de trouble de l'oralité alimentaire.

Enfin, 5 médecins de PMI (28%) estiment qu'une allergie alimentaire peut évoquer un trouble de l'oralité alimentaire ou favoriser son installation.

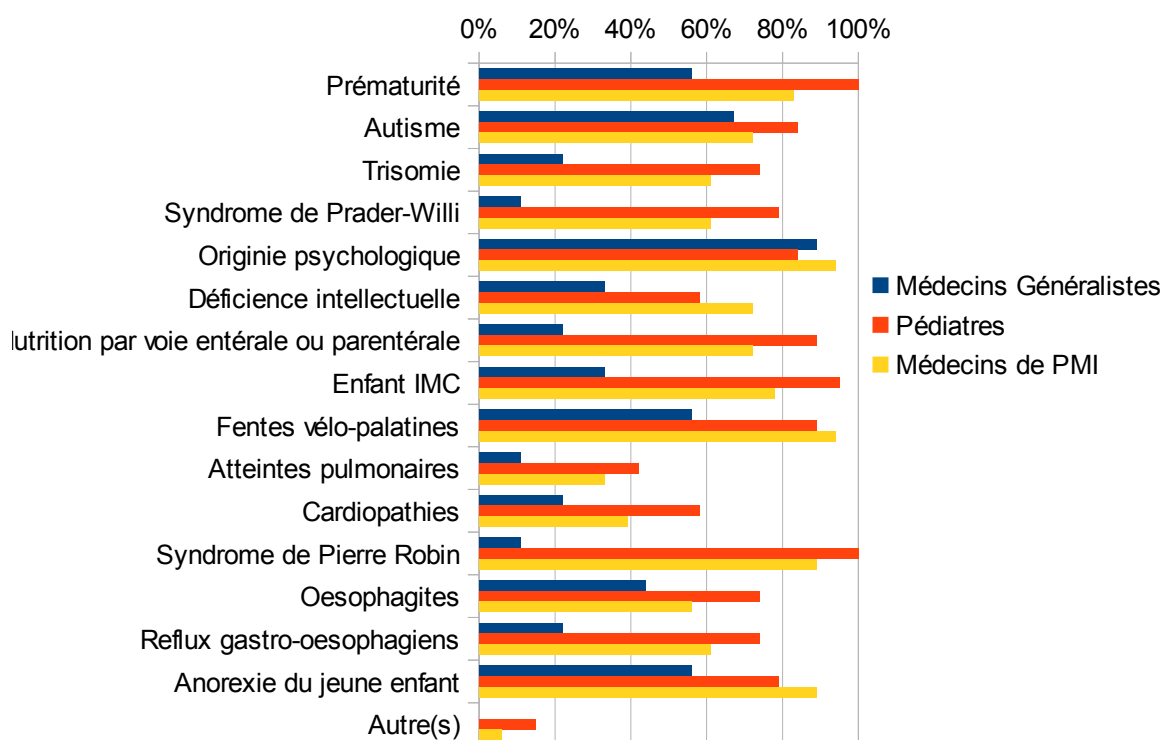
5 médecins proposent d'autres signes :

- « des fausses routes à répétition » ;
- « une persistance d'exploration orale, un enfant qui continue à porter tout à la bouche, une hypersalivation » ;

- « une anorexie » ;
- « un mérycisme »
- « des troubles de l'audition, des pathologies de l'oreille »

➤ Question 5 : Selon vous, quels sont les contextes susceptibles d'entraîner des troubles de l'oralité alimentaire chez le tout-petit ?

Diagramme en barre n°2 correspondant aux réponses à la questions 5 du premier questionnaire



Les médecins généralistes :

En moyenne, les médecins généralistes sélectionnent entre 5 et 6 réponses. Au maximum, un médecin choisit 14 réponses sur 15.

Tous les médecins sauf un (89%) pensent que les troubles de l'oralité alimentaire apparaissent en cas de pathologie d'origine psychologique ou ont une origine psychologique.

2 généralistes (22%) pensent qu'une nutrition artificielle, des cardiopathies ou un reflux gastro-œsophagien (RGO) sont des contextes pouvant entraîner des troubles de l'oralité alimentaire chez le très jeune enfant.

Un seul médecin estime que les atteintes pulmonaires, le syndrome de Prader-Willi et le syndrome de Pierre Robin sont des contextes susceptibles d'entraîner des troubles de l'oralité alimentaire.

Les pédiatres :

1 pédiatre n'a pas répondu à cette question.

En moyenne, les pédiatres sélectionnent 12 réponses. 7 pédiatres choisissent toutes les réponses.

Les 19 pédiatres ayant répondu à cette question estiment que la prématurité et le syndrome de Pierre Robin sont des contextes susceptibles d'entraîner des troubles de l'oralité alimentaire chez le tout-petit.

17 pédiatres (90%) pensent que la nutrition artificielle et les fentes vélo palatines sont susceptibles de provoquer des troubles de l'oralité alimentaire chez le tout-petit.

11 pédiatres (58%) classent les cardiopathies et la déficience intellectuelle comme étant des contextes pouvant entraîner des troubles de l'oralité alimentaire.

Seulement 8 pédiatres (42%) pensent que les atteintes pulmonaires peuvent être susceptibles d'entraîner des troubles de l'oralité alimentaire chez le tout-petit.

3 pédiatres proposent d'autres pathologies à risque :

- « l'atrésie de l'œsophage » ;
- « dysfonction du couple parent-enfant »
- « histoire alimentaire maternelle, exigence de propreté par la mère, usage inapproprié de la tétine, insuffisance de communication avec l'enfant »

Les médecins de PMI :

En moyenne, les médecins de PMI ont choisi entre 10 et 11 réponses. 5 d'entre eux ont sélectionné toutes les réponses.

17 médecins de PMI (94%) pensent qu'une fente vélo-palatine ou une pathologie d'origine psychologique sont des contextes susceptibles d'entraîner des troubles de l'oralité alimentaire.

16 médecins de PMI (89%) estiment que l'anorexie du jeune enfant ou un syndrome de Pierre Robin sont des contextes susceptibles d'entraîner des troubles de l'oralité alimentaire chez le tout-petit.

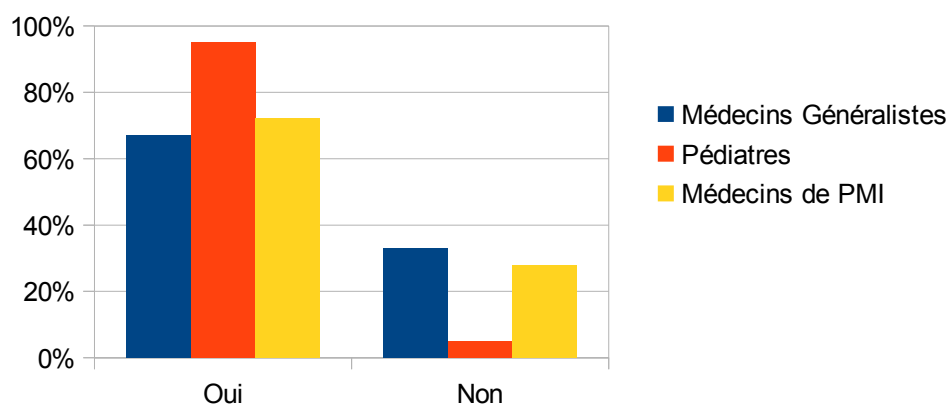
Les contextes à risque les moins sélectionnés par les médecins de PMI sont les atteintes pulmonaires (33%) et les cardiopathies (39%).

Un médecin ajoute « l'épilepsie » comme pathologie pouvant entraîner des troubles de l'oralité alimentaire.

2.4. La fréquence des troubles de l'oralité alimentaire

➤ Question 8: Avez-vous déjà été confronté à un diagnostic de trouble de l'oralité alimentaire ?

Diagramme en colonne n°4 correspondant aux réponses à la question 8 du premier questionnaire.



Les médecins généralistes :

6 médecins généralistes (soit 67% des médecins ayant répondu) pensent avoir déjà été confrontés à un diagnostic de trouble de l'oralité alimentaire.

Les pédiatres :

Tous les pédiatres interrogés sauf un (95%) pensent avoir déjà été confrontés à un patient ayant un trouble de l'oralité alimentaire.

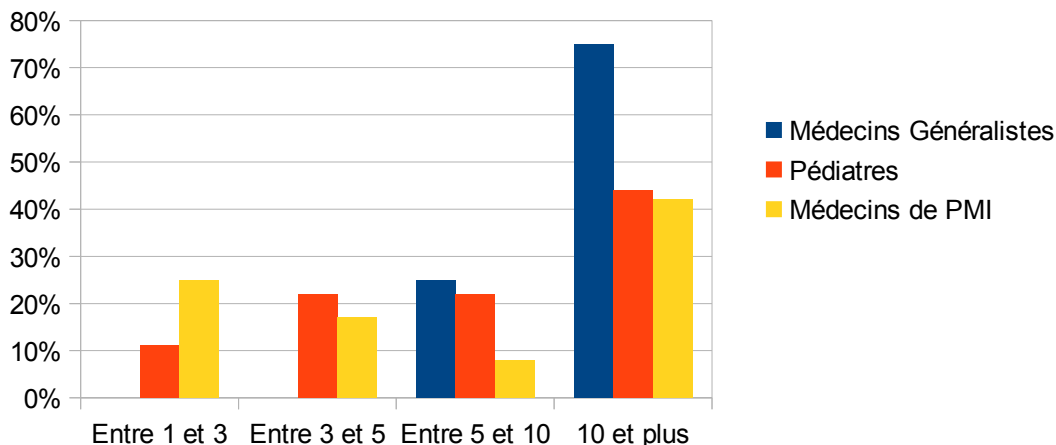
Les médecins de PMI :

13 médecins de PMI (72%) semblent avoir déjà été confrontés à un diagnostic de trouble de l'oralité alimentaire.

➤ Question 9 : Si oui, combien environ :

x Depuis le début de votre exercice ?

**Diagramme en colonne n°5 correspondant aux réponses à la question 9
item « Depuis le début de votre exercice » du premier questionnaire**



Les médecins généralistes :

4 médecins généralistes ont répondu à cette question. Leur durée moyenne d'exercice est de 25,8 ans.

3 médecins généralistes (75% des répondants) ont été confrontés à plus de 10 diagnostics de troubles de l'oralité alimentaire depuis le début de leur exercice.

Les pédiatres :

18 pédiatres ont répondu à cette question. Leur durée moyenne d'exercice est de 16,6 ans.

8 pédiatres (44%) ont été confrontés à plus de 10 diagnostics de troubles de l'oralité depuis le début de leur exercice.

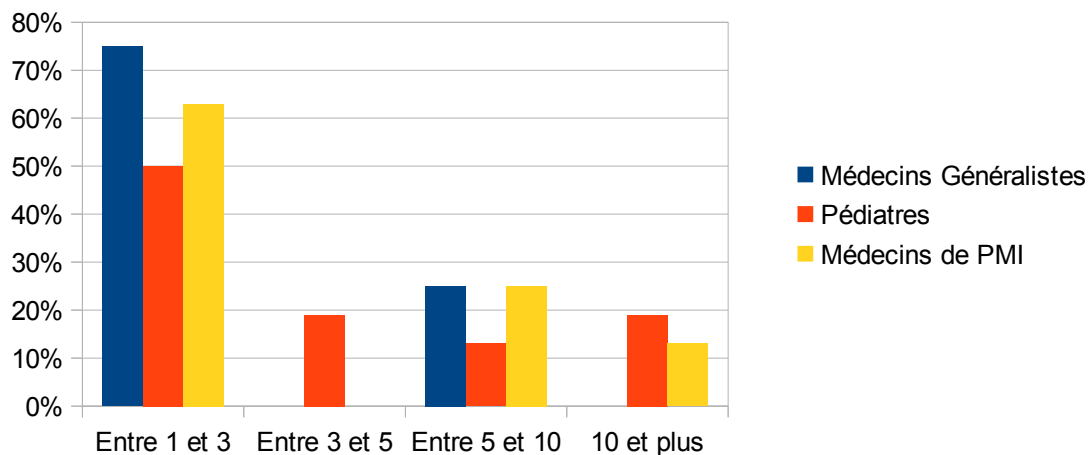
Les médecins de PMI :

12 médecins de PMI ont répondu à cette question. Leur durée moyenne d'exercice est de 18,6 ans.

5 médecins de PMI (42%) ont été confrontés à plus de 10 diagnostics de troubles de l'oralité depuis le début de leur exercice.

x Par an ?

Diagramme en colonne n°6 correspondant aux réponses à la question 9 item « Par an » du premier questionnaire.



Les médecins généralistes :

4 médecins généralistes ont répondu à cette question.

L'un d'eux pense voir entre 5 et 10 patients par an avec des troubles de l'oralité.

Les pédiatres :

16 pédiatres ont répondu à cette question.

3 d'entre eux pensent voir plus de 10 patients par an avec des troubles de l'oralité.

8 autres (50% des répondants) pensent en voir entre 1 et 3 patients par an.

Les médecins de PMI :

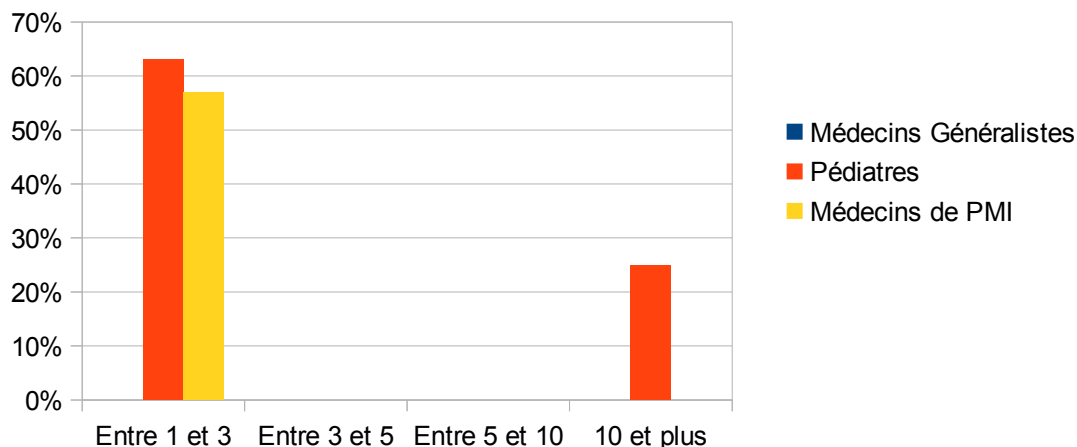
8 médecins de PMI répondent à cette question.

L'un d'eux pense voir plus de 10 patients par an avec des troubles de l'oralité.

5 autres pensent en voir entre 1 et 3 par an.

x Par mois ?

Diagramme en colonne n°6 correspondant aux réponses à la question 9 item « Par mois » du premier questionnaire



Les médecins généralistes :

Aucun médecin généraliste ne répond à cette question.

Les pédiatres :

8 pédiatres répondent à cette question.

6 d'entre eux voient entre 1 et 3 patients par mois avec des troubles de l'oralité.

2 pédiatres pensent en voir plus de 10 par mois. Pour ces derniers, l'un travaille en IME et l'autre en maternité de niveau II.

Les médecins de PMI :

4 médecins de PMI répondent à cette question.

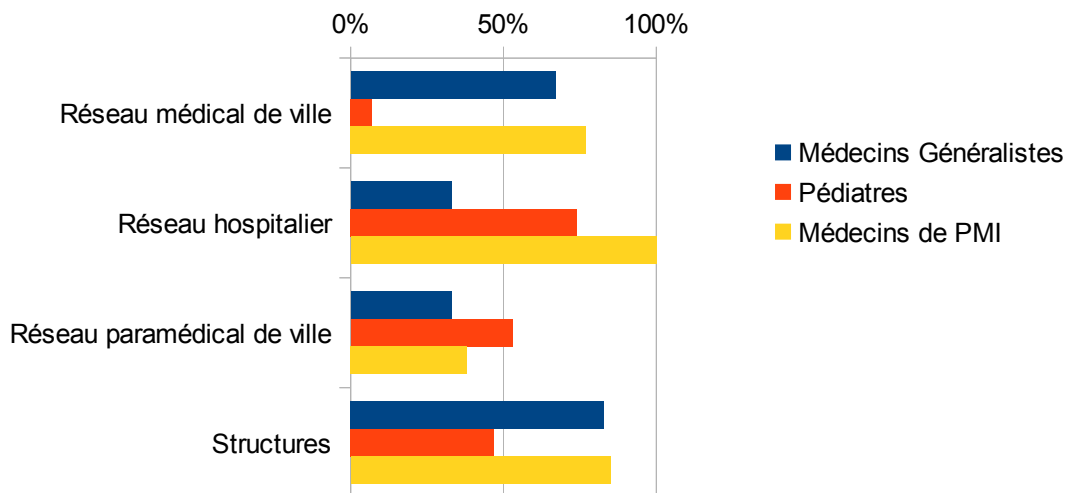
Ils pensent voir entre 1 et 3 enfants par mois ayant un trouble de l'oralité alimentaire.

2.5. Les connaissances des médecins sur la prise en charge des troubles et les réseaux les plus souvent sollicités

➤ Question 10 : Quel réseau de soins avez-vous déjà sollicité face à un trouble de l'oralité :

x Pour la pose de diagnostic ?

**Diagramme en barre n°3 correspondant aux réponses à la question 10
item « Pour la pose de diagnostic » du premier questionnaire**



Les médecins généralistes :

6 médecins généralistes répondent à cette question. 4 d'entre eux ont sélectionné plusieurs réponses, dont un qui les choisit toutes.

5 médecins généralistes (83% des médecins ayant répondu) sollicitent les structures pour la pose de diagnostic.

2 médecins (22%) peuvent solliciter le réseau paramédical de ville.

Les pédiatres :

18 pédiatres répondent à cette question. Ils sont 12 à sélectionner plusieurs réseaux dont 2 qui choisissent tous les réseaux.

14 pédiatres (78% des pédiatres ayant répondu) sollicitent le réseau hospitalier pour la pose de diagnostic.

10 (soit 56%) orientent leurs patients vers le réseau paramédical de ville.

Les médecins de PMI :

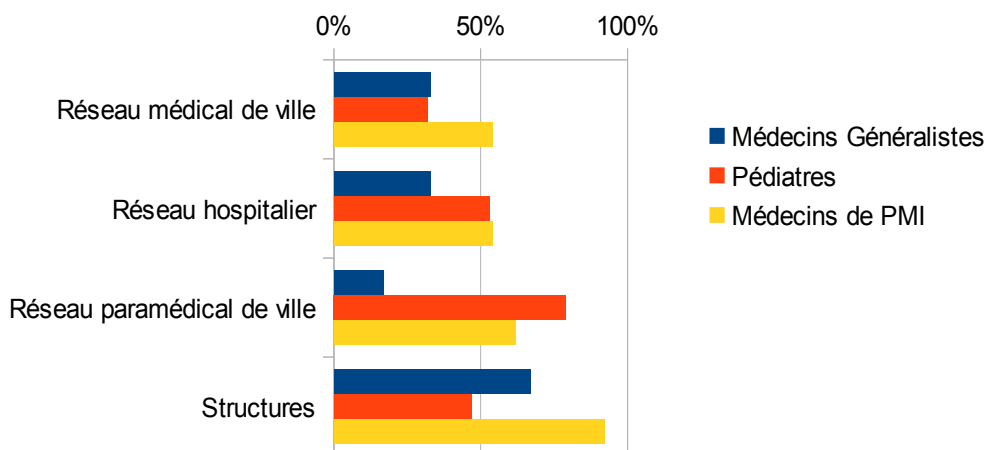
13 médecins de PMI ont répondu à cette question. 5 d'entre eux ont sélectionné tous les réseaux.

Tous les médecins de PMI ayant répondu à cette question sollicitent le réseau hospitalier pour la pose de diagnostic.

5 médecins (38%) orientent leurs patients vers le réseau paramédical.

x Pour le soin ?

**Diagramme en barre n°4 correspondant aux réponses à la question 10
item « Pour le soin » du premier questionnaire**



Ce sont les mêmes médecins qui ont répondu à cet item et au précédent..

Les médecins généralistes :

4 médecins généralistes sur 6 (67% des répondants) n'ont sélectionné qu'un seul réseau pour le soin : les structures.

Un seul médecin (17%) a déjà sollicité le réseau paramédical de ville face à un trouble de l'oralité pour la prise en charge.

Les pédiatres :

15 pédiatres sur 18 (79%) orientent leurs patients avec des troubles de l'oralité alimentaire vers le réseau paramédical de ville. 4 d'entre eux n'ont sélectionné que cette réponse.

Les médecins de PMI :

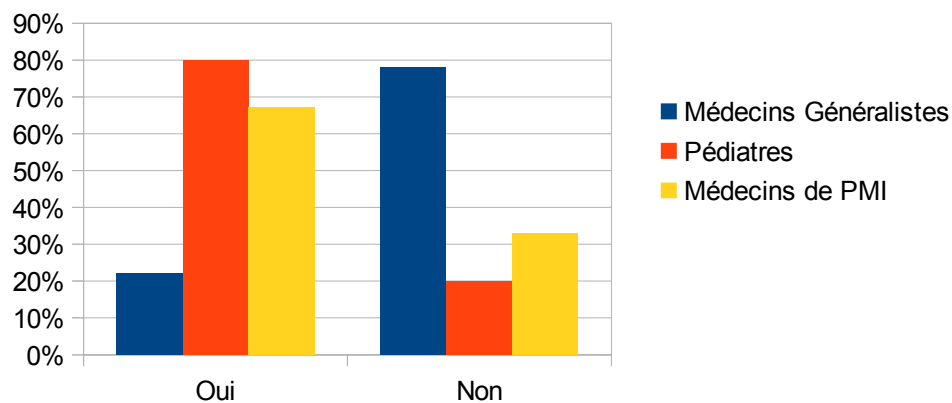
4 médecins de PMI sélectionnent toutes les réponses.

12 médecins de PMI (92%) sollicitent les structures pour le soin de leurs patients ayant des troubles de l'oralité alimentaire.

8 médecins les orientent vers le réseau paramédical de ville.

➤ Question 12 : Savez-vous que les orthophonistes prennent en charge ce type de difficultés ?

Diagramme en colonne n°9 correspondant aux réponses à la question 12 du premier questionnaire



Les médecins généralistes :

7 médecins généralistes sur 9 (78%) ignorent que les orthophonistes prennent en charge les troubles de l'oralité alimentaire.

Les pédiatres :

4 pédiatres sur 20 (20%) ignorent que les orthophonistes prennent en charge les troubles de l'oralité alimentaire.

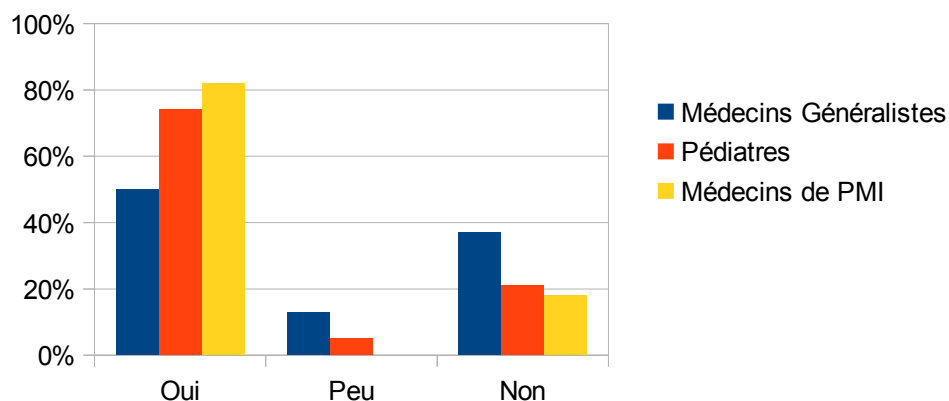
Les médecins de PMI :

6 médecins de PMI sur 18 (33%) ignorent que les orthophonistes prennent en charge les troubles de l'oralité alimentaire.

2.6. Les retours quant au suivi proposé

- Question 11 : Avez-vous eu des retours quant au suivi proposé ?

Diagramme en colonne n°8 correspondant aux réponses à la question 11 du premier questionnaire



Les médecins généralistes :

6 médecins généralistes ayant déjà été confrontés à un diagnostic de trouble de l'oralité ont répondu à cette question.

3 d'entre eux (50%) ont eu un retour quant au suivi proposé.

Les pédiatres :

Les 19 pédiatres ayant déjà été confrontés à un diagnostic de trouble de l'oralité ont répondu à cette question.

14 d'entre eux (74%) ont eu un retour quant au suivi proposé.

Les médecins de PMI :

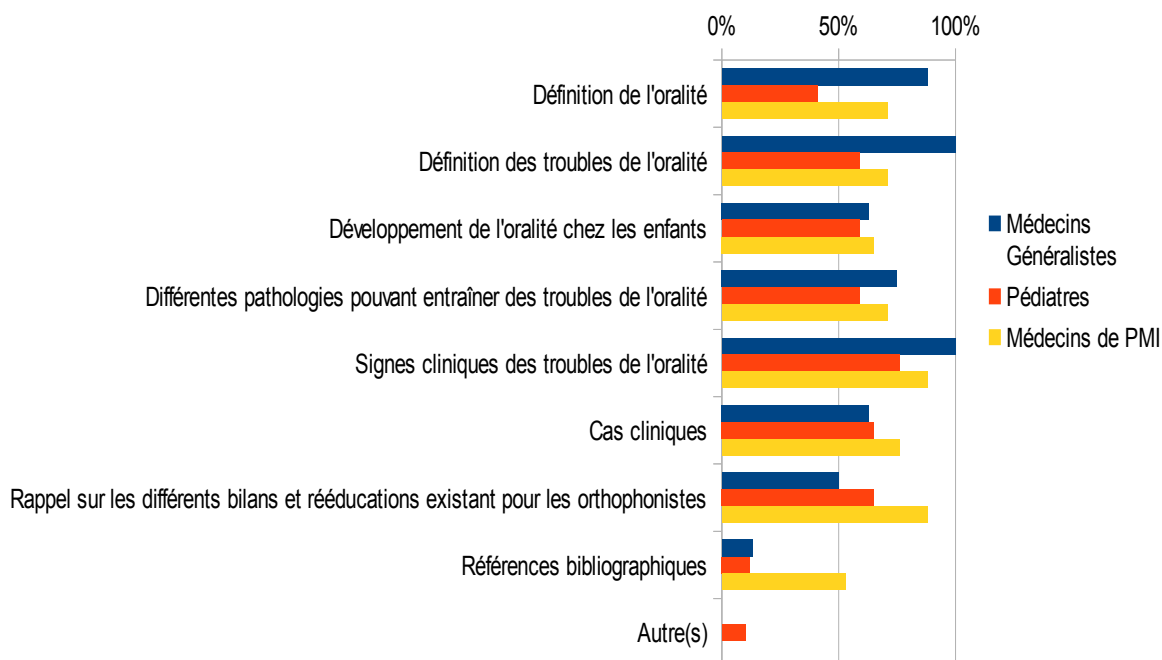
10 médecins de PMI ayant déjà été confrontés à un diagnostic de trouble de l'oralité ont répondu à cette question.

8 d'entre eux (80%) ont eu un retour quant au suivi proposé.

2.7. Les besoins et les attentes des médecins quant à l'outil

- Question 13 : Sur quoi aimeriez-vous être informé lors de mon intervention ?

Diagramme en barre n°5 correspondant aux réponses à la question 13 du premier questionnaire



Les médecins généralistes :

Un médecin généraliste n'a pas répondu à cette question.

Tous les généralistes ayant répondu aimeraient avoir une définition des troubles de l'oralité et être informés sur leurs signes cliniques.

7 d'entre eux (88%) souhaiteraient avoir une définition de l'oralité.

Les pédiatres :

3 pédiatres n'ont pas répondu à cette question.

13 pédiatres (75% de ceux ayant répondu) aimeraient être informés sur les signes cliniques des troubles de l'oralité.

11 pédiatres (65%) souhaiteraient qu'on leur expose des cas cliniques et qu'on leur rappelle les différents bilans et rééducations existant pour les orthophonistes.

Un pédiatre propose que le public présente des cas cliniques durant la réunion.

Les médecins de PMI :

Un médecin de PMI ne répond pas à cette question.

15 médecins (88%) aimeraient être informés sur les signes cliniques des troubles de l'oralité et souhaiteraient un rappel sur les différents bilans et rééducations existant pour les orthophonistes.

12 médecins (71%) souhaiteraient avoir une définition de l'oralité et de ses troubles. Ils sont le même nombre à vouloir connaître les différentes pathologies pouvant entraîner ce type de difficultés.

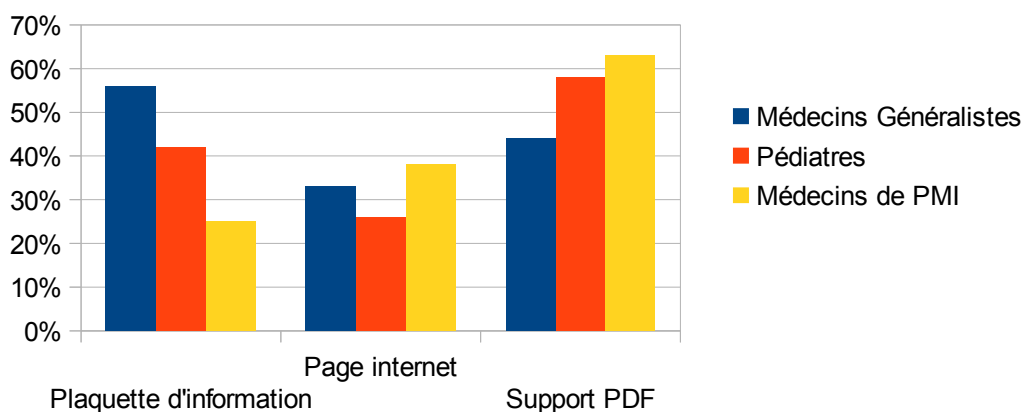
2 médecins ajoutent des besoins supplémentaires :

- connaître la façon de dépister et de prévenir les troubles de l'oralité ;
- avoir un réseau ou des professionnels vers qui orienter avec une liste de numéros de téléphones ou de noms.

2.8. Le moyen le plus apprécié pour la diffusion de l'outil

➤ Question 14 : Suite à mon intervention, j'aimerais vous remettre un écrit afin d'étoffer mes propose et par la suite le diffuser aux autres pédiatres/généralistes/médecins de PMI. Quelle présentation vous semblerait la plus appropriée pour cet écrit ?

Diagramme en colonne n°10 correspondant aux réponses à la question 14 du premier questionnaire



Les médecins généralistes :

Tous les médecins généralistes ont sélectionné deux réponses.

5 médecins (56%) préféreraient avoir une plaquette comme support d'informations. Ils sont 4 à vouloir un support PDF.

Les pédiatres :

Un pédiatre n'a pas répondu à cette question.

11 pédiatres (soit 58%) préfèrent un support PDF.

2 pédiatres proposent d'autres supports :

- l'organisation d'une journée sur le thème des troubles de l'oralité avec l'intervention de différents professionnels ;
- le diaporama du jour de la réunion.

Les médecins de PMI :

2 médecins de PMI n'ont pas répondu à cette question.

10 médecins de PMI (soit 63%) souhaiteraient un support PDF.

3. Les réponses au second questionnaire

3.1. Le nombre de réponses

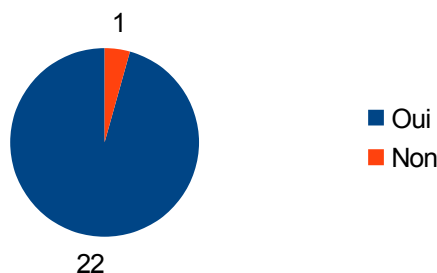
Les médecins ont été beaucoup moins nombreux à répondre au second questionnaire :

- 3 médecins généralistes (soit 1/3 de ceux qui avaient répondu au 1er questionnaire).
- 10 pédiatres (soit la moitié de ceux qui avaient répondu au 1er questionnaire).
- 10 médecins de PMI (soit 56% de ceux qui avaient répondu au 1er questionnaire).

3.2. Les réponses aux questions

3.2.1. La participation à la réunion

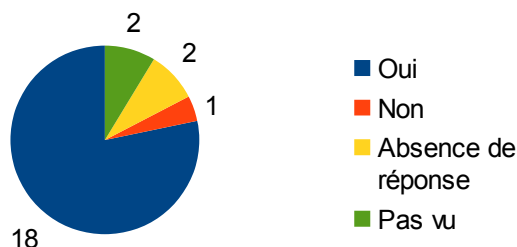
➤ *Avez-vous participé à la réunion dans laquelle je suis intervenue ?*



Parmi les 23 réponses obtenues, 1 pédiatre n'était pas présent à la réunion.

3.2.2. La pertinence et l'informativité de l'outil et de mes interventions

➤ Question 1 : *Le Power Point vous semble-t-il suffisamment clair et informatif ?*



18 médecins trouvent le diaporama suffisamment clair et informatif.

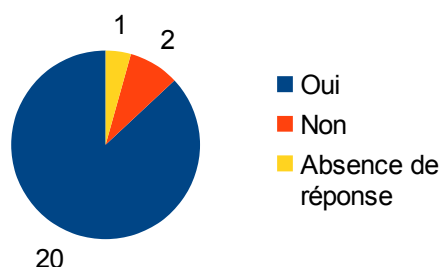
2 médecins n'ont pas vu le diaporama. Il s'agit de 2 médecins de PMI.

➤ Question 2 : *Quelles modifications souhaiteriez-vous que j'apporte au Power Point ?*

7 médecins répondent à cette question :

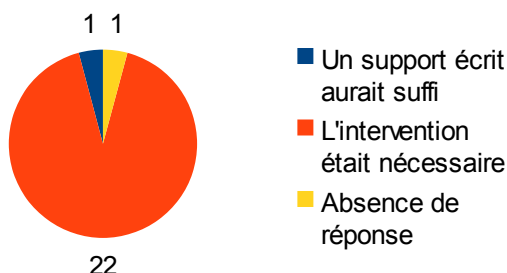
- 1 médecin généraliste et un pédiatre souhaiteraient que le diaporama soit plus concis.
- 1 médecin de PMI aimerait l'ajout d'une bibliographie
- 2 médecins de PMI souhaiteraient une liste d'orthophonistes prenant en charge les troubles de l'oralité alimentaire.
- 1 pédiatre aurait aimé des vidéos de cas cliniques
- Le pédiatre ayant répondu « non » à la question précédente préférerait des éléments pratiques (troubles cliniques correspondant à une liste de causes possibles avec les modalités : prévention, conseils à donner aux parents, professionnels vers qui orienter et l'âge de prise en charge optimal)

➤ Question 5 : *Mon intervention et le Power Point vous ont-ils appris des choses ?*



2 pédiatres répondent négativement à cette question.

➤ Question 6 : *Pensez-vous qu'il était nécessaire que j'intervienne auprès de vous ou un support écrit aurait suffi pour vous sensibiliser et vous informer sur les troubles de l'oralité ?*



Un pédiatre a sélectionné les deux réponses.

➤ Question 7 : *Si l'intervention vous a semblé nécessaire, pourriez-vous expliquer pourquoi en quelques mots ?*

22 médecins répondent à cette question.

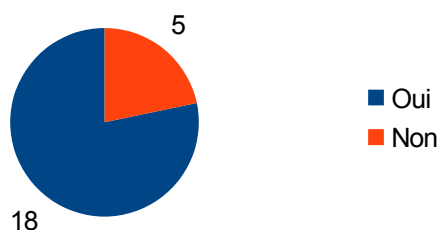
- 3 médecins insistent sur le fait qu'on retient mieux lorsqu'on entend plutôt que quand on lit simplement un outil. L'un d'eux explique qu' « une intervention personnelle permet une meilleure information » ;
- 1 pédiatre explique qu' « une intervention est toujours la bienvenue car à défaut d'apprendre des choses à tout le monde, elle met à niveau et (re)sensibilise les professionnels » ;
- 14 médecins apprécient l'échange et que l'on puisse répondre à leurs questions. L'un d'eux écrit « les présentations orales courtes sont souvent très intéressantes car elles vont à l'essentiel et un échange est possible ». Un

autre précise même que « ce sont les échanges et la discussion qui permettent de mieux comprendre le message » ;

- 2 médecins expliquent qu'ils n'auraient pas eu la curiosité de regarder le diaporama et ce que sont les troubles de l'oralité ;
- 2 médecins expliquent ce qu'ils ont retenu de la réunion.

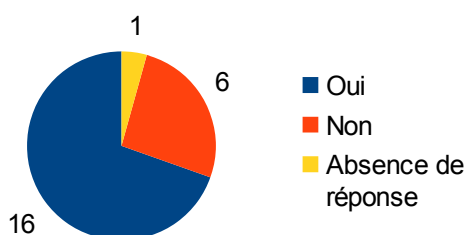
3.2.3. L'intérêt que les médecins portent aux troubles de l'oralité et s'ils se sentent assez formés

➤ Question 8 : Suite à mon intervention, souhaiteriez-vous approfondir vos connaissances sur les troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants ?



5 médecins (1 généraliste, 2 pédiatres et 2 médecins de PMI) ne souhaitent pas être davantage informés sur les troubles de l'oralité alimentaire.

➤ Question 9 : Souhaiteriez-vous être informé des formations existantes sur ce sujet ?

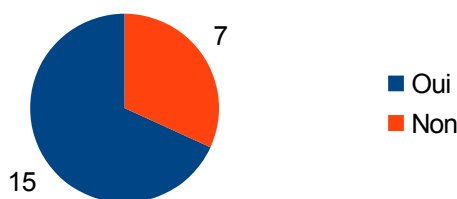


6 médecins (1 généraliste, 3 pédiatres et 2 médecins de PMI) ne souhaitent pas être informés des formations existantes.

3.2.4. L'impact de l'outil et de mon intervention sur la pratique des médecins

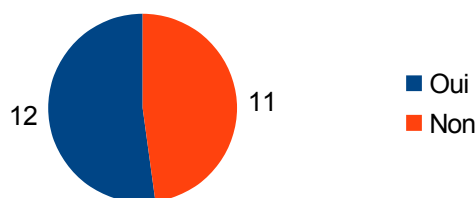
➤ Question 10 : Mon intervention a-t-elle changé votre façon d'appréhender :

x *L'alimentation chez vos jeunes patients ?*



15 médecins ont changé leur façon d'appréhender l'alimentation chez leurs jeunes patients suite à mon intervention.

x *Le développement du langage chez vos jeunes patients ?*



12 médecins ont changé leur façon d'appréhender le développement du langage chez leurs jeunes patients.

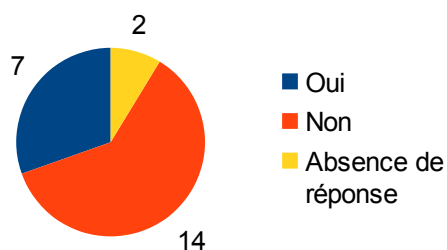
➤ Question 11 : Si oui, comment ?

14 médecins répondent à cette question :

- 3 médecins disent avoir modifié le discours qu'ils tiennent aux parents notamment sur l'introduction des morceaux :
- 3 médecins expliquent que la réunion leur a permis de dépister et d'orienter leurs patients vers une prise en charge plus précoce :
 - Pour l'un d'eux, la prise en charge fait suite à « des causes négligées jusqu'alors » ;
 - Pour un autre, elle est proposée à « des enfants particuliers repérés mais non orientés sur le plan thérapeutique » ;
 - Le dernier indique qu'il avait « tendance à retarder le moment où on s'inquiète des difficultés de diversification » ;
- 1 médecin explique que notre intervention leur permet de faire une analyse plus fine de l'alimentation ;

- 4 médecins consacrent plus de temps et d'écoute aux problèmes d'alimentation et posent plus de questions aux parents lors de « l'interrogatoire » depuis la réunion ;
- 1 médecin explique qu'il aborde « d'une façon nouvelle la relation entre alimentation du nourrisson et développement du langage » et un autre indique qu'il fait maintenant un lien entre alimentation et langage ;
- 1 médecin indique qu'il a un regard plus aiguisé sur l'origine des troubles depuis la réunion.

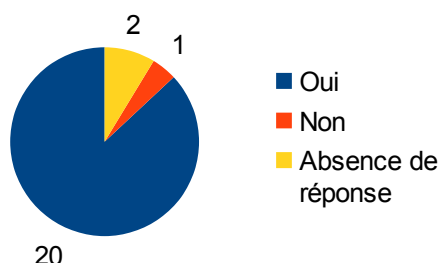
➤ Question 14 : Avez-vous détecté plus de troubles de l'oralité chez vos jeunes patients depuis la présentation ?



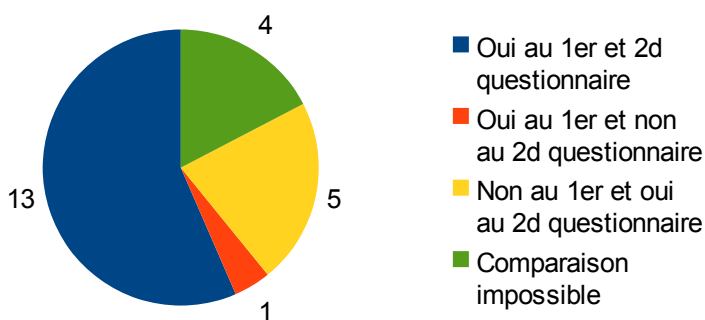
2 médecins généralistes, un pédiatre et un médecin de PMI disent avoir détecté plus de troubles de l'oralité depuis la présentation.

3.2.5. Comparaison des questions 8 et 9 du premier questionnaire aux questions 12 et 13 du second questionnaire

➤ Question 12 : A posteriori, pensez-vous avoir déjà rencontré des patients atteints de troubles de l'oralité avant la présentation ?



1 médecin généraliste n'a jamais rencontré de patients atteints de troubles de l'oralité.



2 réponses ne peuvent pas être analysées car ces médecins n'avaient pas répondu au premier questionnaire.

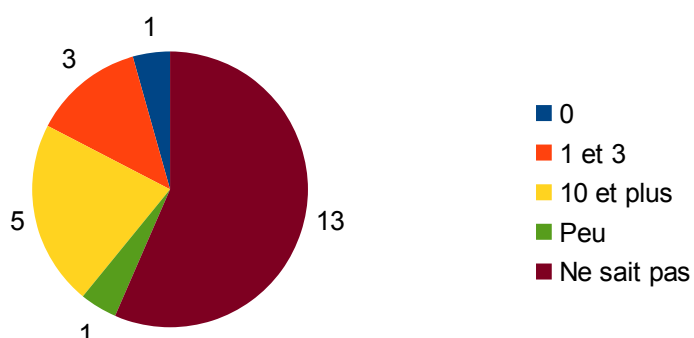
13 réponses positives concordent avec les réponses à la question 8 du premier questionnaire.

1 médecin généraliste pensait avoir déjà rencontré des troubles de l'oralité lors du premier questionnaire or il répond négativement à cette question 12.

5 médecins de PMI pensaient lors du premier questionnaire n'avoir jamais été confrontés à des troubles de l'oralité, or il s'avère qu'ils en ont déjà rencontrés (réponse positive à cette question 12 mais négative à la question 8 du premier questionnaire).

On ne peut pas comparer les réponses de 4 médecins par absence de réponse à la question 12 (2 médecins) ou au premier questionnaire (2 médecins).

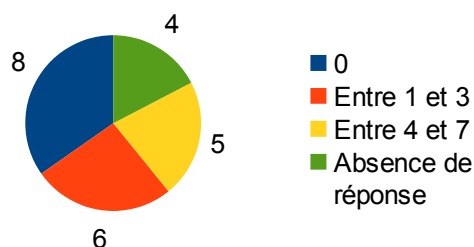
➤ Question 13 : Si oui, combien (environ) ?



13 médecins ne savent pas combien d'enfants ils ont reçu avec des troubles de l'oralité.

1 médecin indique qu'il en a vu « peu ».

➤ **Question 15 :** *Combien (environ) avez-vous vu de patients avec des troubles de l'oralité (que vous avez donc diagnostiqués ou suspectés) depuis la réunion ?*



8 médecins n'ont vu aucun patient avec un trouble de l'oralité depuis la réunion. Il s'agit de 3 médecins de PMI, 1 médecin généraliste et 4 pédiatres (l'un d'eux précise qu'il est en congé maternité).

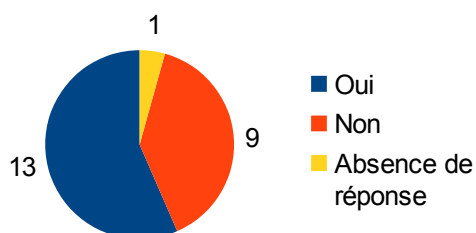
En moyenne, les médecins ont donc été confrontés à 2,1 diagnostics de troubles de l'oralité depuis notre intervention :

- En moyenne les médecins généralistes ont vu 6 enfants avec ces troubles en 4 mois (soit 1,5 par mois) ;
- En moyenne, les pédiatres en ont vu 2 en 3 mois (soit 0,7 par mois) ;
- En moyenne, les médecins de PMI en ont vu 1,4 en un mois.

A la question 9 du premier questionnaire, les médecins pensaient, en moyenne, être confrontés à 4,4 diagnostics de troubles de l'oralité par an (soit 0,4 par mois). Or, on constate que suite à la réunion, ils sont confrontés en moyenne à 1,2 diagnostics par mois.

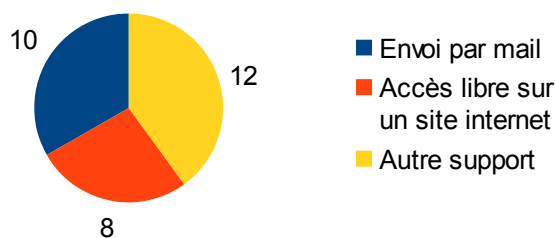
3.2.6. Diffusion de l'outil et par quel moyen

➤ **Question 3 :** *Pensez-vous que l'envoi du Power Point à d'autres médecins, sans leur proposer de réunion pourrait être intéressant et leur permettre d'être sensibilisés et informés sur ces troubles ?*



13 médecins estiment que l'envoi du diaporama à d'autres médecins pourrait être intéressant et leur permettre d'être sensibilisés et informés sur ces troubles.

➤ Question 4 : Selon vous, pour généraliser mon outil et ainsi sensibiliser et informer un maximum de médecins, quelle forme de support vous semble la plus appropriée ?



10 médecins estiment qu'un envoi par mail serait un bon moyen pour généraliser l'outil.

8 médecins pensent que le support en accès libre sur un site internet type amelie.fr serait un bon moyen pour généraliser l'outil.

12 médecins proposent un autre support :

- 5 médecins proposent une réunion. L'un d'eux suggère d'organiser une réunion avec le réseau périnatalité de Haute-Normandie, un autre propose d'intervenir dans un congrès de pédiatrie ;
- 2 médecins proposent la création d'une plaquette d'information ;
- 2 médecins suggèrent une diffusion par courrier. L'un d'eux pense que si l'on envoie l'outil par courrier il sera plus lu. L'autre propose qu'on envoie par courrier l'adresse du site internet sur lequel l'outil pourrait être accessible ;
- 1 médecin propose la création d'un profil Facebook ou d'un blog sur ce thème qui serait accessible aux parents ;
- 1 médecin propose de rédiger un article pour une revue médicale ;
- 1 pédiatre aimerait quelque chose de très « pratico-pratique » avec une liste des troubles cliniques (voire des exemples concrets) correspondant à une liste de causes possibles avec les modalités (prévention, conseils à donner aux parents, vers quel professionnel orienter) et l'âge de prise en charge optimal.

Discussion

Durant leurs études, les médecins généralistes, les pédiatres et les médecins de PMI ne sont pas ou peu informés sur les troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants.

Ainsi, suite à l'envoi d'un questionnaire pour cerner les attentes des médecins, nous sommes intervenues dans des réunions entre pairs pour présenter notre outil aux médecins et les sensibiliser aux troubles de l'oralité alimentaire. Puis, nous leur avons envoyé un second questionnaire afin d'évaluer la pertinence de notre intervention et les modifications à apporter à notre outil.

1. Validation des hypothèses

1.1. Hypothèse 1 : les médecins sont peu ou pas du tout formés sur les troubles de l'oralité alimentaire.

Parmi les médecins interrogés, on peut constater que 8 médecins généralistes, 6 pédiatres et 13 médecins de PMI n'ont reçu aucune formation sur les troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants (question 1 du premier questionnaire).

Les autres se sont, pour la plupart, formés au cours de leur développement professionnel continu (question 2 du premier questionnaire).

Donc, l'hypothèse 1 est avérée et on peut constater que durant leurs études, les troubles de l'oralité ne sont que partiellement ou peu abordés.

1.2. Hypothèse 2 : les pédiatres et les médecins de PMI seraient mieux formés que les généralistes sur ces troubles.

Les réponses aux questions 4 et 5 du premier questionnaire nous permettent de constater les connaissances des médecins sur les troubles de l'oralité. Les différentes réponses proposées à ces deux questions sont correctes.

On note que les pédiatres sont ceux qui sélectionnent le plus de propositions : ils cochent en moyenne :

- 10 signes cliniques sur 14 à la question 4 ;
- 12 contextes à risque sur 15 à la question 5.

Les médecins de PMI sélectionnent en moyenne :

- 8 signes cliniques sur 14 à la question 4 ;

- 10,5 contextes à risque sur 15 à la question 5.

Les généralistes sont ceux qui sélectionnent le moins de signes cliniques (5,5/14) et de contextes à risque (5,5/15).

L'hypothèse 2 est donc avérée : les médecins généralistes semblent être les moins informés sur les troubles de l'oralité alimentaire.

1.3. Hypothèse 3 : Les médecins sont confrontés à ce type de troubles.

Les réponses à la question 9 du premier questionnaire montrent que la plupart des médecins pensaient être confrontés à moins de 10 diagnostics de troubles de l'oralité alimentaire par an.

Or, les réponses à la question 15 du second questionnaire nous montrent que depuis la réunion, ils ont été confrontés en moyenne à 1,2 diagnostics de troubles de l'oralité par mois. Ainsi, on dépasserait les 10 diagnostics par an. On peut également noter que 5 médecins de PMI pensaient lors du premier questionnaire (question 8) ne jamais avoir été confrontés à un diagnostic de troubles de l'oralité mais que lors du second questionnaire (question 12), ils indiquent y avoir déjà été confrontés. Leur réponse au premier questionnaire (question 8) était sûrement due à leur méconnaissance du sujet.

De plus, on remarque que la fréquence des troubles de l'oralité alimentaire dépend du lieu d'exercice. En effet, à la question 9 du premier questionnaire, 2 pédiatres indiquent être confrontés à plus de 10 diagnostics de troubles de l'oralité par mois. Il se trouve que ces pédiatres exercent en maternité de niveau II et en IME.

L'hypothèse 3 est donc avérée : les médecins sont assurément confrontés aux troubles de l'oralité alimentaire. Nos présentations ont permis à certains d'en prendre conscience.

1.4. Hypothèse 4 : Les médecins ne savent pas toujours vers qui orienter leurs patients et certains ignorent que les orthophonistes prennent en charge les troubles de l'oralité alimentaire.

Pour la pose de diagnostic de troubles de l'oralité alimentaire, le réseau hospitalier semble le plus sollicité. En effet, 29 médecins sur 38 sélectionnent cette réponse. Le réseau paramédical de ville auquel appartiennent les orthophonistes est le moins sollicité (17 réponses sur 38). Cependant, lorsqu'un médecin suspecte un trouble de l'oralité alimentaire chez un enfant, il n'est pas obligé de l'orienter vers le réseau hospitalier. En effet, le médecin peut poser le diagnostic ou demander un avis orthophonique.

Pour le soin, les médecins ont tendance à solliciter en priorité les structures (25 réponses) et le réseau paramédical de ville (24 réponses). Lorsqu'un enfant a besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire, il semble en effet intéressant de l'orienter vers une structure bénéficiant d'une orthophoniste. Cependant, si les troubles de l'oralité sont isolés, une prise en charge orthophonique en libéral est possible.

Les réponses au premier questionnaire nous montrent que certains médecins ignoraient que les orthophonistes pouvaient prendre en charge ce type de troubles. En effet, 7 médecins généralistes (soit 78%), 4 pédiatres (soit 20%) et 6 médecins de PMI (soit 33%) ne détenaient pas cette information. On peut noter que les pédiatres semblent les mieux informés sur cette prise en charge et que les médecins généralistes sont les plus nombreux à l'ignorer.

Ainsi, l'hypothèse 4 est en partie vérifiée : certains médecins ignorent que les orthophonistes diagnostiquent et prennent en charge les troubles de l'oralité alimentaire. Cependant, les médecins orientent de manière adaptée leurs patients notamment pour le soin.

1.5. Hypothèse 5 : la création d'un outil d'information sur les troubles de l'oralité alimentaire à destination des médecins serait pertinente.

Suite aux réponses au premier questionnaire, on a pu constater que de nombreux médecins n'avaient reçu aucune formation sur les troubles de l'oralité alimentaire chez le jeune enfant.

De plus, on peut noter que les connaissances sont hétérogènes en fonction du lieu d'exercice et de la fonction : les pédiatres et médecins de PMI sont les mieux informés sur ces troubles. Or, le manque de pédiatres amène les médecins généralistes à recevoir de plus en plus d'enfants.

Il semble donc important de proposer un outil qui puisse apporter aux praticiens un même niveau de connaissances.

On a pu remarquer que les médecins avaient des attentes et des besoins : 42 médecins (soit 89%) ont répondu à la question 13 du premier questionnaire.

Les médecins généralistes avaient des attentes au niveau théorique (définition des troubles de l'oralité, rappel sur les signes cliniques, définition de l'oralité).

Les pédiatres souhaitaient davantage d'informations « pratiques » (cas cliniques, bilans et rééducations orthophoniques).

Les médecins de PMI avaient des attentes plus hétérogènes : à la fois théoriques (signes cliniques, définition de l'oralité et des troubles) et « pratiques » (cas cliniques, bilans et rééducations orthophoniques).

Suite aux réponses du second questionnaire, on peut remarquer que :

- 20 médecins sur 23 ont appris des choses grâce à l'outil et à notre intervention ;
- 18 médecins ont trouvé l'outil suffisamment clair et informatif ;
- Les médecins semblent plus sensibles aux troubles de l'oralité chez leurs jeunes patients (ils en détectent un plus grand nombre qu'avant la réunion) ;
- 18 médecins aimeraient approfondir leurs connaissances sur ces troubles.

Ainsi, l'hypothèse 5 est avérée : la création d'un outil d'information à destination des médecins était pertinente.

Cependant, certaines modifications ont été nécessaires afin que l'outil et la présentation soient plus clairs et pertinents.

2. Les modifications de l'outil

Suite aux réponses au second questionnaire, on constate que tous les médecins pensent qu'une intervention lors d'une réunion était nécessaire. Nous avons donc décidé de modifier la première version (Annexe 4, page 15) et de joindre un livret explicatif (Annexe 5, page 23) pour qu'un orthophoniste n'ayant pas créé l'outil puisse se l'approprier et le présenter à des médecins lors de réunions de DPC.

2.1. Les modifications réalisées

La version de l'outil à diffuser se base sur celle que nous avons présentée aux médecins. Les modifications sont les suivantes :

- Nous avons ajouté une bibliographie comme cela nous l'a été demandé par un médecin. Une diapositive reprend les sources citées dans le diaporama et une autre propose des lectures complémentaires pour les médecins.
- On a noté plus d'explications (que l'on donnait à l'oral lors des présentations) pour que l'outil soit plus clair, plus complet et plus facile à s'approprier.
- Nous avons expliqué brièvement le développement de l'oralité in utero (nous ne le faisons qu'à l'oral, lors des réunions).
- On a inversé l'ordre de présentation de l'oralité verbale et de l'oralité alimentaire à la naissance : en effet, nous sommes parties du principe qu'à la naissance apparaît d'abord l'oralité verbale (avec le premier cri) puis l'oralité alimentaire (avec la succion-déglutition).
- Nous avons ajouté quelques exemples de « paroles de parents » face aux troubles de l'oralité alimentaire de leur enfant pour interpeller les médecins.
- On a présenté les signes cliniques avant les pathologies à risque : nous nous sommes aperçues qu'il était plus facile pour les médecins de comprendre la physiopathologie une fois qu'ils avaient les signes cliniques des troubles de l'oralité. Cet ordre nous paraît plus pertinent pour la compréhension des médecins.
- On a modifié la présentation des signes cliniques d'appel en distinguant les signes observables pendant l'alimentation et en dehors des repas.
- Nous avons modifié la présentation de la physiopathologie en distinguant les origines structurales des origines fonctionnelles. Cette présentation nous semble plus « médicalisée » et sera sûrement plus claire pour les médecins.

- On a également modifié la présentation des professionnels vers qui orienter les enfants avec des troubles de l'oralité. On avait fait une classification en fonction du professionnel et non de la pathologie. Cette présentation nous semble plus juste que la précédente. De plus elle nous permet d'aborder les diagnostics différentiels éventuels et d'insister sur le fait que ce sont les médecins qui peuvent poser ces diagnostics grâce aux examens complémentaires.
- Concernant le rôle de l'orthophoniste, on a distingué les différents aspects de la rééducation (aspects non alimentaires, aspects sensoriels, aspects praxiques et aspects alimentaires) afin que ce soit plus ordonné pour les médecins.
- On a supprimé la diapositive sur les diagnostics différentiels car ils sont évoqués plus tôt et ainsi, on termine notre outil sur le rôle de l'orthophoniste avant de conclure.
- Nous avons modifié le titre de la diapositive qui correspondait à la conclusion. En effet, il ne s'agit pas d'une conclusion mais plutôt d'une mise en garde des médecins pour ne pas qu'ils banalisent les difficultés d'alimentation de certains enfants.

Toutes ces modifications ont été réalisées dans le but de rendre cet outil plus clair, plus informatif et de faciliter son appropriation par un autre orthophoniste.

De plus, nous avons créé, à destination de l'orthophoniste, un livret qui se veut être un fil conducteur. L'objectif étant que l'outil soit repris par des orthophonistes pour sensibiliser un maximum de médecins lors de leurs réunions de DPC. Cet outil donne l'objectif de chaque diapositive et des conseils concernant ce qu'on peut ajouter. Ainsi, nous avons ajouté au diaporama les numéros de diapositives pour que ce soit plus clair pour les orthophonistes.

2.2. Les modifications demandées qui n'ont pu être réalisées

2 praticiens souhaitaient des noms d'orthophonistes qui prennent en charge les troubles de l'oralité alimentaire. Or, cela est impossible à fournir car les orthophonistes ne sont pas « spécialisés » dans un domaine. Ils doivent pouvoir rééduquer tous les troubles. Cela leur avait été expliqué lors des réunions. Par

ailleurs, le fait de donner une liste peut être considéré, sur un plan légal, comme de la publicité (interdite pour les orthophonistes) ou encore de la concurrence déloyale.

2 médecins voulaient que l'outil soit plus concis. Cela nous paraissait difficile car nous avons l'impression d'avoir mis le minimum pour que les médecins comprennent bien les troubles de l'oralité. En revanche le diaporama a été remanié.

1 médecin aurait aimé des vidéos de cas cliniques. Cela nous paraît intéressant, en effet, que les orthophonistes présentant le diaporama puissent apporter des vidéos personnelles. Or, selon nous il est difficile de commenter et de s'approprier des vidéos qui ne nous appartiennent pas. C'est pour cela que nous n'en avons pas intégrées pour ne pas les imposer aux autres orthophonistes susceptibles de faire des présentations. De plus, il aurait fallu recueillir plusieurs vidéos montrant les différentes étapes de la rééducation par exemple. Par manque de temps entre la réception des seconds questionnaires et la modification du diaporama, cela était impossible.

3. Les limites de ce travail

3.1. Les limites de la validation des hypothèses

3.1.1. Un échantillon peu représentatif

3.1.1.1. Les réponses au premier questionnaire

La validation des hypothèses se base sur les réponses de médecins de Haute-Normandie exclusivement. Il faut donc nuancer cette validation. Il se peut que dans d'autres régions ou dans d'autres groupes de DPC, les médecins soient mieux formés sur les troubles de l'oralité alimentaire.

De plus, tous les médecins de Haute-Normandie n'ont pas répondu au questionnaire :

- Seulement 9 médecins généralistes sur plus de 4600 exerçant en Haute-Normandie ont été ciblés.
- 20 pédiatres sur 50 exerçant en Haute-Normandie ont répondu au questionnaire. Ils ne sont que 30 à faire partie de l'association des pédiatres de Haute-Normandie et donc à avoir reçu le questionnaire.

- 18 médecins de PMI sur 53 exerçant en Haute-Normandie ont répondu au questionnaire.

Étant donné que le premier questionnaire était un questionnaire de connaissances, on aurait pu l'envoyer à un maximum de médecins en Haute-Normandie ou en France afin d'avoir une idée plus générale de leur formation sur les troubles de l'oralité alimentaire. Ainsi, on aurait sûrement récolté un plus grand nombre de réponses ce qui aurait donné des résultats plus représentatifs.

Nous avons choisi d'envoyer ce questionnaire aux médecins que nous allions rencontrer lors des réunions afin de pouvoir comparer certaines de leurs réponses au premier questionnaire à celles du second questionnaire. De plus, cela nous a permis de créer un outil qui correspondait au mieux à leurs besoins. Il se peut que les attentes autour de ces troubles ne soient pas les mêmes partout en France.

3.1.1.2. Les réponses au second questionnaire

Le nombre de réponses au second questionnaire est plus réduit qu'au premier. En effet, nous n'avons pas eu la possibilité de rencontrer à nouveau les médecins pour le faire remplir à ceux qui n'avaient pas eu le temps.

Nous avons reçu la majorité des réponses par mail. Ce moyen semble donc apprécié et plus pratique pour les médecins. Or, ce sont des professionnels occupés voire débordés ce qui peut expliquer le peu de réponses malgré les deux relances.

3.1.2. Peu de réponses à certaines questions

Certaines questions ont eu peu de réponses et ne sont donc pas représentatives :

- L'item « par mois » de la question 9 du premier questionnaire était trop précis. L'exposition des médecins aux troubles de l'oralité alimentaire est fluctuante en fonction du lieu d'exercice et de leur fonction. Il était donc difficile pour les médecins généralistes, par exemple, d'y répondre car ils y sont moins souvent confrontés.
- La question 13 du second questionnaire était une question ouverte. Elle demandait une réponse trop précise. En effet, il est difficile de se souvenir du nombre de patients reçu depuis plusieurs années. On aurait sûrement dû faire des propositions comme dans la question 9 du premier questionnaire.

3.2. Les limites des réunions et de l'outil

3.2.1. Les limites des réunions

3.2.1.1. Un choix qui limite le nombre de médecins touchés

Nous avons fait le choix de sensibiliser et d'informer les médecins sur les troubles de l'oralité alimentaire en intervenant dans leurs réunions entre pairs. Ce choix limite le nombre de médecins touchés car :

- Nos interventions se sont limitées à la région Haute-Normandie.
- Certains groupes de médecins généralistes ont refusé notre intervention parce que notre sujet ne correspondait pas aux thèmes prévus pour leurs réunions de DPC (les thèmes sont prévus plusieurs mois à l'avance et très peu sont en rapport avec la pédiatrie).
- Les médecins généralistes se réunissent en petits groupes, il est donc difficile d'informer un grand nombre de praticiens en même temps.
- Une intervention auprès des médecins de PMI des départements de la Seine-Maritime et de l'Eure était impossible car aucune date n'était prévue dans le délai que l'on s'était fixé pour les réunions. On n'a donc touché qu'une partie des médecins de PMI de Haute-Normandie.
- Nous sommes intervenues dans la réunion d'une association de pédiatres. Or, tous les pédiatres de Haute-Normandie n'en font pas partie. Nous n'avons donc pas pu sensibiliser tous ceux de la région.

3.2.1.2. Une expérience clinique auprès d'enfants atteints de troubles de l'oralité est essentielle

Les médecins avaient de nombreuses questions sur les troubles de l'oralité suite à notre intervention. C'est pour cela que Virginie Léon nous a accompagnées. Grâce à son expérience clinique auprès d'enfants ayant des troubles de l'oralité alimentaire, elle a pu exposer des cas cliniques et répondre à la demande des médecins.

De plus, n'étant qu'étudiante en orthophonie, il semblait plus légitime d'être accompagnée d'une orthophoniste diplômée.

Il est donc ressorti que le diaporama peut être présenté à des médecins par une orthophoniste ayant une expérience clinique dans les troubles de l'oralité

alimentaire. De plus, pour faciliter l'appropriation de l'outil, nous avons fourni des notes, qui sont à prendre comme des conseils, à destination de l'orthophoniste présentant le diaporama afin de rendre sa présentation plus riche, plus informative et plus pertinente.

3.2.1.3. Du bénévolat...

Intervenir dans des réunions de médecins était un acte bénévole pour nous. Les orthophonistes ne sont pas toujours rémunérés lorsqu'ils font de l'information.

Cela peut donc être un frein. Même si les réunions ne durent qu'une heure environ (30 minutes de présentation et 30 minutes de questions), il faut prendre sur son temps personnel pour les réaliser. Il faudra donc trouver des orthophonistes motivées avec une expérience clinique dans les troubles de l'oralité alimentaire pour réaliser ce type de réunions.

Cependant, d'autres options peuvent exister pour qu'un financement soit possible. En effet, les orthophonistes peuvent être rémunérés grâce aux honoraires non conventionnés par exemple. Cela dépendra de l'accord passé avec les médecins.

3.2.2. Les limites de l'outil

La version finale de l'outil n'a pas pu être soumise aux critiques des médecins.

De plus, le livret n'a pas été testé par d'autres orthophonistes. On ne sait donc pas s'il est facile de se l'approprier et s'il est compréhensible par tout le monde.

4. Intérêts de ce travail

4.1. Intérêts des réunions

Plusieurs plaquettes sur les troubles de l'oralité existent déjà. Cependant, on peut constater que leur objectif n'est pas rempli : il y a un manque de sensibilisation sur ces troubles. Il se peut que ces plaquettes ne soient pas assez diffusées ou qu'elles ne soient pas consultées par les médecins.

Ainsi, il nous semblait plus pertinent de rencontrer les praticiens de santé et de créer un échange autour de ces troubles pour que l'information soit réellement transmise.

Il est ressorti des questionnaires que nos interventions étaient nécessaires. Les médecins ont apprécié que l'on réponde à leurs questions. Ils ont trouvé cela plus intéressant et plus clair qu'une plaquette seule.

De plus, en intervenant dans leurs réunions, nous avons pu toucher un nombre plus important de médecins que si nous avions organisé notre propre réunion. En 3 réunions on a pu sensibiliser près de 50 médecins sachant que l'on était limitée dans le temps. En effet, on aurait pu informer tous les médecins de PMI de la Seine-Maritime (ils sont 48) si on avait pu intervenir au moment où avait lieu leur réunion. Il en est de même pour les médecins généralistes : il existe des réunions qui regroupent un plus grand nombre de médecins. En les prévenant à l'avance, il nous paraît réalisable d'intervenir dans ce type de réunions et alors de toucher un plus grand nombre de praticiens.

Les réunions permettent également de montrer aux médecins qu'ils peuvent demander à des orthophonistes de les informer sur des troubles qu'ils rééduquent.

Enfin, pour ce mémoire, les réunions ont permis de récolter un plus grand nombre de réponses au premier questionnaire. En effet, nous avons pu le faire remplir aux médecins qui avaient oublié.

4.2. Intérêts de l'outil

La création d'un outil d'information sur les troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants à destination des médecins généralistes, des pédiatres et des médecins de PMI était donc pertinente. La réunion qui accompagnait cet outil a été très appréciée et a permis un échange intéressant qui a séduit les médecins.

Le format diaporama est idéal pour des présentations orales et permet un envoi facile par mail aux médecins à l'issue des réunions.

Un livret à destination de l'orthophoniste voulant présenter l'outil est fourni pour qu'il puisse s'approprier au mieux l'outil. Ce livret n'a pas été testé mais cela pourrait faire l'objet d'un autre mémoire.

5. Perspectives et liens avec l'orthophonie

L'orthophoniste peut avoir un rôle d'information et de prévention. Pour favoriser des prises en charge précoces, il nous semble primordial de sensibiliser les

médecins à certains troubles car ils sont les prescripteurs et suivent l'enfant dès son plus jeune âge.

Ainsi, les réunions de DPC entre pairs semblent un bon moyen pour sensibiliser les praticiens de santé.

Les médecins sont en demande d'informations. Certains ignorent la totalité de notre champ de compétence et ne demandent qu'à le connaître pour orienter au mieux leurs patients.

L'outil créé peut être repris par des orthophonistes pour sensibiliser les médecins aux troubles de l'oralité alimentaire.

Il serait intéressant que ces professionnels interviennent auprès des praticiens de santé par l'intermédiaire des réseaux périnatalité, d'associations de médecins, des responsables de PMI par exemple.

De plus, il existe des associations de prévention en orthophonie. Il serait intéressant de mettre le diaporama et le livret à leur disposition afin que les orthophonistes sollicités pour présenter une information sur les troubles de l'oralité alimentaire puissent utiliser l'outil.

Conclusion

En étudiant la formation initiale des médecins généralistes, des pédiatres et des médecins de PMI, on a pu constater qu'ils n'étaient pas toujours informés sur les troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants. Ainsi, il nous a semblé important de les sensibiliser à ces troubles pour que la prise en charge de ces enfants soit la plus précoce possible et ainsi éviter les conséquences souvent durables.

Pour cela, nous sommes parties de leurs connaissances et de leurs besoins pour créer un outil d'information. Nous leur avons présenté cet outil lors d'une réunion de DPC. Puis un second questionnaire leur a été transmis pour nous permettre d'évaluer notre outil et de le modifier.

Il est ressorti de ce travail que la majorité des médecins n'a jamais reçu de formation sur les troubles de l'oralité. Les médecins généralistes et les médecins de PMI notamment sont très en demande d'informations. Les pédiatres ont généralement besoin de quelques précisions mais ils semblent les mieux informés.

Les praticiens sont unanimes : ils sont plus sensibles à un échange lors de réunions qu'à une plaquette seule.

Ainsi, la forme retenue pour l'outil est un diaporama qui permet une présentation orale et une transmission par mail aux médecins sensibilisés. Cet outil s'accompagne d'un livret à destination de l'orthophoniste voulant intervenir dans des réunions de praticiens de santé. Il lui permettra de s'approprier l'outil.

Il semblerait donc pertinent d'organiser de nouvelles réunions sur les troubles de l'oralité pour sensibiliser d'autres médecins. Pour cela, il faudrait que des orthophonistes possédant une expérience clinique de ces troubles soient volontaires pour informer les médecins de leur région en intervenant dans leurs réunions de DPC.

Bibliographie

- ABADIE V. (2004). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de pédiatrie*, 11 : 603-605.
- ABADIE V. (2008a). Troubles de l'oralité d'allure isolée : « Isolé ne veut pas dire psy ». *Archives de pédiatrie*, 15 : 837-839.
- ABADIE V. dir. (2008b). *Attention à mon oralité*. Paris : Groupe Oralité de l'Hôpital Necker-Enfants Malades.
- ASSURANCE MALADIE (2011-2012). « 0 à 3 ans. J'accompagne les premiers pas de mon enfant » [http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/guide-0-3ans.pdf]. Consulté le 24/11/2013].
- BARBIER I. (2010). Accompagner l'enfant qui ne mange pas et sa famille. *Entretiens d'orthophonie 2010* : 74-80.
- CHEVALIER B., GARCIA M., DURIGNEUX J., (2012). ASI de types I et II : les enjeux de l'oralité alimentaire et de la déglutition. *Les cahiers de myologie*, 6 : 20-21.
- COLOMB V. (2009). Alimentation entérale. *EMC-Pédiatrie*:4-002-L-15.
- DELAOUTRE-LONGUET C. (2007). Prématurité et succion. *Glossa*, 99 : 48-63.
- FREUD S. (1968). Pulsions et destin des pulsions. In : FREUD S. *Métapsychologie*. Paris : Gallimard. 11-44.
- GOLSE B., GUINOT M. (2004). La bouche et l'oralité. *Rééducation orthophonique*, 220 : 23-30.
- GOLSE B. dir. (2008). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Compléments sur l'émergence du langage. 4^{ème} édition*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE (2012). « Développement professionnel continu- Méthodes et modalités de DPC ». [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf]. Consulté le 12/10/2013].
- HAUTE AUTORITE DE SANTE (2013a). « Développement professionnel continu- Formation présentielle-Fiche technique méthode ». [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/formation_presentielle_fiche_technique_2013_01_31.pdf]. Consulté le 12/10/2013].
- HAUTE AUTORITE DE SANTE (2013b). « Développement professionnel continu- Groupe de revue bibliographique-Fiche technique méthode ». [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/groupe_de_revue_bibliographie_journal_club_fiche_technique_2013_01_31.pdf]. Consulté le 12/10/2013].

- HAUTE AUTORITE DE SANTE (2013c). « Développement professionnel continu- Formation diplômante et certifiante-Fiche technique méthode ». [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/formation_diplomante_et_certifiante_2013_01_31.pdf]. Consulté le 12/10/2013].
- HAUTE AUTORITE DE SANTE (2013d). « Développement professionnel continu- E-learning- Fiche technique méthode ». [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/e_learning_fiche_technique_2013_01_31.pdf]. Consulté le 12/10/2013].
- KUHN P., ZORES C., ASTRUC D., DUFOUR A., CASPER CH. (2011). Développement sensoriel des nouveau-nés grands prématurés et environnement physique hospitalier. *Archives de pédiatrie*, 18 : S92-S102.
- LABRUNE P., BELIAH M. (2009). Examen clinique du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant. *EMC-Pédiatrie* : 4-001-C-10.
- LAUTRIDOU A., MILLASSEAU F., CAILLAUX G., PILOQUET H. (2013). État des lieux d'un consultation pédiatrique spécifique des troubles de l'oralité. *Archives de pédiatrie*, 20 : 555-556.
- LEBLANC V. (2008). Nutrition artificielle et troubles de l'oralité alimentaire. *Archives de pédiatrie*, 19 : 939-945.
- LECOUFLE A. (2012). Atésie de l'œsophage : « oralité en période néonatale ». *Archives de pédiatrie*, 19 : 939-945.
- MANIKAM R., PERMAN J.A. (2000). Pediatric feeding disorders. *Journal of gastroenterology*, vol. 30, issue 1 : 34-46.
- MERROT O., GUATTERIE M., FAYOUX P. (2011). Pathologie neurologique du pharynx et troubles de la déglutition chez l'enfant et l'adulte. *EMC-Oto-rhino-laryngologie* : 20-610-A-10.
- MICHAUD L., CASTELAIN V., SFEIR R., TURCK D., GOTTRAND F. (2008). Troubles de l'oralité après chirurgie digestive néonatale. *Archives de pédiatrie*, 15 : 840-841.
- MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE (2013). « Bulletin Officiel n°20 du 16 mai 2013 : Etudes médicales ». [http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71544&cbo=1]. Consulté le 7/10/2013].
- MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE (2012). « Décret n°2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins ». *Journal officiel de la république française 1er janvier 2012*. [http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20120101&numTexte=18&pageDebut=00033&pageFin=00034]. Consulté le 8/10/2013].

- NORIA Y. (2005). « Des aléas du désir de manger chez des enfants souffrant ou ayant souffert de pathologies respiratoires et/ou digestives néonatales » [http://www.psynem.org/Rubriques/Perinatalite/Recherches_memoires_et_theses/Yvette_Noria_Des_aleas_du_desir_de_manger_chez_des/des_aleas_du_desir_d_e_manger.pdf]. Consulté le 19/05/2013].
- ORDRE NATIONAL DES MEDECINS (2012). *Code de déontologie médicale*. Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- PENFIELD W., RASMUSSEN T. (1950). *The cerebral cortex of man*. New-York : Macmillan.
- PENNAFORTE T., RAKZA T., FILY A., MUR S., DIOUTA L., SFEIR R., AUBRY E., BONNEVALLE M., STORME L. (2013). Hernie de coupole diaphragmatique : devenir à long terme. *Archives de pédiatrie*, 20 : S11-S18.
- RAMSAY M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. Une nouvelle perspective. *Devenir*, n°2, vol. 13 : 11-28.
- RENAULT F. (2011). Troubles de succion déglutition du nouveau-né et du nourrisson ; *EMC-Pédiatrie* : 4-002-T-07.
- SENEZ C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Paris : Solal.
- SENEZ C. (2004). Hyper-nauséux et troubles de l'oralité chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 220 : 91-101.
- SPITZ R. (1979). *De la naissance à la parole*, 6ème éd.. Paris : PUF.
- THIBAUT C. (2007). *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux : Masson.
- THIBAUT C. (2012). Les enjeux de l'oralité. *Entretiens d'orthophonie 2012* : 115-136.
- VERNEL-BONNEAU F., THIBAUT C. (1999). *Les fentes faciales, embryologie, rééducation, accompagnement parental*. Paris : Masson

SITES INTERNET :

- Université de Lille 2: Diplôme inter-universitaire « Troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant » : http://orthophonie.univ-lille2.fr/fileadmin/user_upload/documents/inscriptionDIU.pdf [consulté le 13/10/2013].
- Université de Bordeaux: Diplôme Universitaire « Pathologie de l'oralité » : <http://www.univ-bordeauxsegalen.fr/fr/etudes/catalogue-des-formations/formations-par-type/SDU/MED/du-pathologie-de-l-oralite.html> [consulté le 13/10/2013].

Réseau périnatalité en région Haute-Normandie : <http://www.reseaux-perinat-hn.com/page5098.asp> [consulté le 22/10/2013].

Faculté de médecine de Rouen : Documents de référence pour les études médicales : <http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr/documents-de-reference-pour-les-etudes-medicales-217287.kjsp?RH=1378374034848&RF=1381224035996> [consulté le 16/10/2013].

DVD :

CRUNELLE D., CRUNELLE J.P. (2004). *Les troubles d'alimentation et de déglutition*. Isbergues : Ortho-édition.

Liste des annexes

Liste des annexes :

Annexe n°1 : Premier questionnaire.

Annexe n°2 : Outil original : première version.

Annexe n°3 : Second questionnaire.

Annexe n°4 : Outil modifié : version finale.

Annexe n°5 : Livret de l'orthophoniste.