

MEMOIRE

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

**Sophie CABARET
Claire CHAPPON**

soutenu publiquement en juin 2015 :

Troubles de l'oralité alimentaire et symptomatologie du retard de parole : Quel lien ?

MEMOIRE dirigé par :

Mme Emeline Lesecq-Lambre, orthophoniste en libéral à Hem et chargée
d'enseignement au département d'orthophonie de Lille

Mme Camille Maiffret, orthophoniste au CAMSP d'Armentières et en service de
néonatalogie.

Lille – 2015

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier nos maîtres de mémoires, Mesdames Emeline Leseq-Lambre et Camille Maiffret pour leur disponibilité, leur soutien et leurs conseils avisés tout au long de cette année. Merci pour votre investissement et vos critiques constructives qui nous ont permis d'avancer et d'enrichir notre réflexion.

Nous adressons également tous nos remerciements aux orthophonistes ayant pris le temps de répondre à notre questionnaire, sans qui cette étude n'aurait pu être possible.

Nos remerciements vont à Messieurs Caron et Muller, internes en santé publique, pour avoir consacré du temps au traitement statistique de nos données et de nous avoir apporté leur aide pour leur interprétation.

Merci également à nos maîtres de stage respectives pour leur accueil chaleureux et la formation qu'elles nous ont apportée au cours de cette année.

Enfin, nous remercions d'avance les membres du jury pour le temps consacré à la lecture de notre mémoire.

Merci à toi Claire.

Merci à toi Sophie.

Résumé :

Les liens étroits qu'entretiennent oralités alimentaire et verbale sont au cœur de nos pratiques orthophoniques.

Chez l'homme, alimentation, langage et parole sont des fonctions orales fondamentales. La sphère oro-faciale en est l'élément clé et se développe dès la vie intra-utérine, pour être pleinement mature et fonctionnelle à la naissance. Oralités alimentaire et verbale peuvent alors se développer harmonieusement et conjointement, suivant deux stades : primaire et secondaire.

On sait d'après la littérature qu'un trouble de l'oralité alimentaire peut entraîner un trouble de l'oralité verbale. Les enfants prématurés représentent d'ailleurs une population à risque de dysoralité.

Oralité alimentaire et parole sont donc intimement liées dans leur développement chez l'enfant mais le sont-elles également en pathologie ? Existe-t-il donc un lien entre les troubles de l'oralité alimentaire et le retard de parole ?

Un questionnaire a ainsi été diffusé aux orthophonistes prenant en charge des enfants présentant un retard de parole, associé ou non à des troubles de l'oralité alimentaire.

Le traitement statistique des 50 réponses recueillies met en évidence deux associations significatives :

- l'une entre troubles de l'oralité alimentaire et élisions de syllabes
- l'autre entre trouble de l'oralité alimentaire et prématurité.

Aucune donnée de la littérature, ni aucune hypothèse explicative n'ont pu venir appuyer la significativité entre la dysoralité et les processus d'élisions de syllabes. Par ailleurs, devant le faible effectif de notre échantillon, ce résultat n'est nullement généralisable à la population cible.

Nous espérons cependant avoir pu sensibiliser les orthophonistes à la nécessité d'investiguer conjointement alimentation et parole.

Mots-clés :

Oralité alimentaire Oralité verbale Dysoralité Retard de parole

Abstract :

The close links on which eating and verbal orality are based, are at the heart of speech therapy practices.

For humans, food, language and speech are the fundamental oral functions and the key element to these is the oro-facial sphere. Its development starts in the uterus and it is fully functional at birth. Eating and verbal oralities develop in perfect harmony simultaneously in two stages : primary and secondary.

Based upon the available literature, we know that eating disorders can bring about speech and language disorders. Moreover, premature infants risk having such disorders.

Thus, in a child's development, eating orality and speech are very closely linked but is it also the case for their pathologies? So is there also a link between eating orality disorders and speech delay?

A questionnaire was circulated to speech therapists treating children for a speech delay problem, linked or not to an eating orality disorder.

The data in the 50 replies received were statistically processed and the results highlighted two significant associations :

- firstly between eating orality disorders and syllable elisions
- secondly between eating orality disorders and premature birth

No written data or hypotheses were found to support the significance between the eating disorder and the process of elision of syllables. Furthermore, our study suffers from a small sample size so it is impossible to extrapolate to the target population.

We hope, however, to have been able to raise speech therapists' awareness to the need to examine food and speech together.

Keywords :

Eating orality Verbal orality Eating disorders Speech delay

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	4
1. Définitions.....	5
1.1. L'oralité	5
1.1.1. L'oralité primaire.....	5
1.1.2. L'oralité secondaire.....	5
1.2. La parole.....	6
2. Le développement de la sphère orale.....	7
2.1. L'oralité du fœtus.....	7
2.1.1. Embryogenèse des organes de la face	7
2.1.1.1. Développement de la face et de la cavité bucco-nasale.....	7
2.1.1.2. Organogenèse de la langue.....	8
2.1.2. Apparition des premières séquences motrices.....	8
2.1.2.1. Le réflexe de Hooker.....	9
2.1.2.2. Le réflexe de succion.....	9
2.1.2.3. La succion-déglutition.....	9
2.1.2.4. La coordination succion-déglutition-respiration.....	10
2.1.3. Développement des effecteurs sensoriels de l'oralité.....	10
2.1.3.1. Le toucher.....	11
2.1.3.2. L'olfaction.....	11
2.1.3.3. La gustation.....	11
2.2. Le développement conjoint des oralités alimentaire et verbale.....	12
2.2.1. L'oralité primaire.....	12
2.2.1.1. Les réflexes archaïques.....	12
2.2.1.2. La succion-déglutition.....	14
2.2.1.3. Le cri.....	15
2.2.2. L'oralité secondaire.....	16
2.2.2.1. Le passage à la cuillère et le babillage.....	17
2.2.2.1.1. Le passage à la cuillère.....	17
2.2.2.1.2. Le babillage.....	18
2.2.2.2. La mastication et le pré-langage.....	19
2.2.2.2.1. La mastication.....	19
2.2.2.2.2. Le pré-langage.....	20
3. Les troubles de l'oralité.....	22
3.1. Les troubles de l'oralité alimentaire.....	22
3.1.1. Définition.....	22
3.1.2. Les étiologies.....	22
3.1.2.1. Origine organique.....	23
3.1.2.2. Origine neurologique.....	23
3.1.2.3. Origine psychogène.....	23
3.1.2.4. Origine post-traumatique.....	24
3.1.2.4.1. La nutrition artificielle.....	24
3.1.2.4.2. Les causes de la dysoralité post-traumatique.....	25
3.1.2.5. Origine sensorielle.....	25
3.1.2.6. Autres étiologies.....	26
3.1.3. Les manifestations cliniques.....	27
3.1.3.1. Les troubles de la motricité oro-faciale.....	27
3.1.3.2. Les troubles de la déglutition.....	28
3.1.3.2.1. Les troubles du temps buccal.....	28

3.1.3.2.2. Les troubles du temps pharyngien.....	28
3.1.3.2.3. Les troubles du temps œsophagien.....	29
3.1.3.3. Les troubles de la sensibilité.....	29
3.1.3.3.1. L'hypersensibilité.....	29
3.1.3.3.2. L'hyposensibilité.....	30
3.1.3.4. Les troubles de la succion.....	30
3.1.4. Dans le cadre de la prématurité.....	30
3.1.4.1. La prématurité.....	30
3.1.4.2. Prématurité et troubles de l'oralité.....	31
3.2. Le retard de parole.....	32
3.2.1. Définition.....	32
3.2.1.1. Terminologie française.....	32
3.2.1.2. Terminologie internationale.....	33
3.2.2. Caractéristiques.....	33
3.2.3. Manifestations.....	33
3.2.4. Étiologies.....	35
3.2.5. Alimentation et parole : même terrain d'expression ?.....	37
4. Buts et Hypothèses.....	39
Sujets, matériel et méthode.....	40
1. Population d'étude.....	41
1.1. Critères d'inclusion.....	41
1.1.1. La pathologie présentée par l'enfant.....	41
1.1.2. La tranche d'âge.....	41
1.2. Critères d'exclusion.....	42
2. Méthodologie.....	42
2.1. Élaboration du questionnaire destiné aux orthophonistes.....	42
2.1.1. Forme et contenu.....	42
2.1.1.1. Type de questions.....	42
2.1.1.2. Contenu des questions.....	43
2.2. Recueil des données.....	47
2.2.1. Destinataires de notre questionnaire.....	47
2.2.2. Mode de diffusion et recueil des réponses.....	48
2.3. Méthodologie de l'analyse statistique.....	48
Résultats.....	52
1. Analyse descriptive.....	53
2. Analyse inférentielle.....	61
Discussion.....	66
1. Les principaux résultats observés.....	67
2. Critiques méthodologiques et difficultés rencontrées.....	68
2.1. Dans la partie théorique.....	68
2.1.1. Difficultés terminologiques.....	68
2.1.1.1. Les troubles de l'oralité alimentaire.....	68
2.1.1.2. Le retard de parole.....	69
2.2. Dans la partie pratique.....	69
2.2.1. Le questionnaire.....	69
2.2.1.1. Élaboration.....	69
2.2.1.2. Limites méthodologiques.....	70
2.2.1.2.1. Pré-test.....	70
2.2.1.2.2. Échantillon.....	71
2.2.1.2.3. Nombre de réponses obtenues.....	71
2.2.1.2.4. Recueil des réponses.....	72
2.2.2. Traitement statistique.....	72

<u>3. Discussion des résultats et validation des hypothèses.....</u>	<u>73</u>
<u> 3.1. Réponse aux hypothèses.....</u>	<u>73</u>
3.1.1. Troubles de l'oralité et élisions de syllabes.....	73
3.1.2. Troubles de l'oralité et prématurité.....	74
<u> 3.2. Les antériorisations.....</u>	<u>74</u>
<u> 3.3. Élisions de phonèmes et changements de sonorité.....</u>	<u>75</u>
<u> 3.4. Autres résultats.....</u>	<u>75</u>
<u> 3.5. Les questions semi-ouvertes.....</u>	<u>77</u>
3.5.1. Changements de point d'articulation.....	77
3.5.2. Substitutions de classes de sons.....	77
<u>4. Élargissement au champ de l'orthophonie</u>	<u>77</u>
<u>Conclusion.....</u>	<u>79</u>
<u>Bibliographie.....</u>	<u>82</u>
<u>Liste des annexes.....</u>	<u>86</u>
Annexe n°1 : Glossaire.....	87
Annexe n°2 : Embryogenèse des organes de la face.....	87
Annexe n°3 : Modèle de traitement de la parole de Stackhouse et Wells (1997) ..	87
Annexe n°4 : Questionnaire.....	87

Introduction

« L'oralité verbale se construit pour le jeune enfant conjointement à son oralité alimentaire » (Thibault, 2012). La bouche, organe explorateur, est au cœur de la construction de l'oralité. Lors du développement de l'être humain, oralités verbale et alimentaire sont intimement liées par leur nécessité fonctionnelle. En effet, toutes les fonctions appartenant au monde de l'oralité seront décisives pour l'émergence et l'acquisition du langage et de la parole : fonction de ventilation, de relation, de nutrition et d'expression.

Les troubles de l'oralité font depuis peu l'objet de nombreuses études et les orthophonistes sont de plus en plus sollicités dans la prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire. L'orthophoniste a également une mission de prévention dans ce domaine puisqu'il tient un rôle primordial auprès des populations à risque de développer des troubles de l'oralité alimentaire tels que les enfants prématurés. L'orthophoniste peut également agir auprès d'enfants présentant déjà ce type de trouble, afin de prévenir d'éventuelles difficultés dans la mise en place et le développement de l'oralité verbale.

L'intérêt des auteurs concernant les liens entre oralités alimentaire et verbale reste récent. Toutefois, la littérature fait état d'études et d'expériences cliniques suggérant l'existence d'un lien entre troubles de l'oralité alimentaire et verbale et plus particulièrement avec des difficultés de parole.

Notre mémoire a donc pour objectif de déterminer s'il existe un lien entre les troubles de l'oralité alimentaire et certains éléments de la symptomatologie du retard de parole, grâce à un questionnaire destiné aux orthophonistes.

En premier lieu, la partie théorique abordera le développement conjoint des oralités alimentaire et verbale. Puis, nous détaillerons les deux types de troubles autour desquels s'articule notre mémoire, les troubles de l'oralité alimentaire et le retard de parole.

Ensuite, nous développerons la méthodologie que nous avons adoptée dans notre démarche expérimentale. Nous aborderons ainsi l'élaboration de notre questionnaire ainsi que le traitement statistique effectué, nécessaire à l'analyse des données recueillies.

Enfin, nous présenterons les résultats, les interpréterons et les discuterons en ouvrant sur les perspectives que ce sujet peut apporter à notre pratique orthophonique.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Définitions

1.1. L'oralité

« L'oralité est une notion issue du vocabulaire psychanalytique qui signifie l'ensemble des fonctions orales c'est-à-dire dévolues à la bouche. Les fonctions orales de l'humain sont multiples et concernent les thèmes fondateurs de la survie et de la communication à savoir l'alimentation, la ventilation, le cri, l'exploration tactile et gustative, les relations érogènes et le langage. » (V.Abadie, 2004)

Thibault (2007) décrit deux types d'oralité, l'oralité primaire et l'oralité secondaire. La première se développe sous le contrôle du tronc cérébral tandis que la seconde apparaît progressivement grâce à la maturation neurologique et à la corticalité. Au sein de chacune de ces oralités vont se développer, de manière conjointe, une oralité alimentaire et une oralité verbale.

1.1.1. L'oralité primaire

L'oralité primaire est une phase réflexe qui débute au stade embryonnaire et s'étend jusqu'à environ un an.

Au niveau alimentaire, on parle d'oralité succionnelle. En effet, ce stade est caractérisé par la présence des réflexes archaïques oraux, de la succion-déglutition mais aussi de la coordination succion-déglutition-respiration.

L'oralité verbale primaire est quant à elle marquée par la présence du cri, ainsi que des vocalisations réflexes ou quasi-réflexes tels que les sons végétatifs, les vocalises.

1.1.2. L'oralité secondaire

L'oralité secondaire apparaît grâce à la corticalité entre quatre et sept mois. Oralités alimentaires primaire et secondaire vont cependant coexister pendant un à deux ans.

L'oralité alimentaire secondaire est marquée par le passage à la cuillère avec l'introduction des premiers aliments. Cependant, on parle de « double stratégie alimentaire » car la succion perdure. C'est vers 24 mois, lorsque les structures buccales sont plus musclées et mieux coordonnées que la mastication apparaît, pour progressivement devenir mature entre six et sept ans.

L'oralité verbale secondaire correspond à l'émergence du babillage qui va se complexifier progressivement, pour finalement permettre l'apparition des premiers mots.

1.2. La parole

D'après le dictionnaire d'orthophonie (2004), « l'opposition articulation/parole/langage est jugée la plus pertinente en orthophonie. Celle-ci se fonde sur les niveaux d'organisation du langage (phonétique, phonologie, sémantique, syntaxique). La parole appartient au domaine de la phonologie, qui inclut la prosodie et le choix ou l'arrangement des phonèmes dans la chaîne parlée suivant des règles phonologiques communautaires. »

« La parole constitue la partie substantielle de la langue orale ; elle correspond à la manipulation du code phonologique. » (Delahaie, 2009)

Quelles sont les compétences nécessaires au développement de la parole ? Bertrand (2009) expose les compétences suivantes :

Sur le versant réceptif

- ◆ une bonne audition
- ◆ une attitude d'écoute
- ◆ des capacités perceptives efficaces
- ◆ des capacités de discrimination auditive
- ◆ une bonne mémoire auditive

Pour reproduire

- ◆ un bon développement psychomoteur, une bonne maîtrise de la motricité fine des praxies bucco-faciales
- ◆ une bonne maîtrise du temps
- ◆ aucun trouble du rythme

Les notions principales de notre mémoire ayant été définies, nous allons maintenant nous intéresser à leur développement chez l'enfant. Un glossaire (voir annexe 1, page A4) apportera des précisions sur certains termes.

2. Le développement de la sphère orale

2.1. L'oralité du fœtus

2.1.1. Embryogenèse des organes de la face

A partir de la cellule initiale, l'ébauche de l'embryon, ou l'embryogenèse se déroule au cours des huit premières semaines de gestation. L'ébauche des organes, ou organogenèse se met en place conjointement.

La période embryonnaire s'étend de la fécondation à la huitième semaine de gestation.

La période fœtale s'étend quant à elle de la huitième semaine de gestation à la naissance. C'est la période au cours de laquelle se poursuivent la différenciation des tissus et la croissance du fœtus en taille et en poids.

L'embryogenèse décrite ci-après est fondée sur les ouvrages de Thibault (2007), Sadler et Langman (2006).

2.1.1.1. Développement de la face et de la cavité bucco-nasale

Le massif facial (peau, muqueuse buccale, os, dents, cartilage) se développe au cours de la troisième semaine de vie intra-utérine : les tissus qui constituent le massif facial et le cerveau ont une origine commune puisqu'ils proviennent de la même structure embryonnaire. Les tissus du massif facial et du cerveau vont ensuite se différencier : on parle alors de neurulation.

La cavité bucco-nasale primitive ou bouche embryonnaire se développe au cours des deux premiers mois de vie intra-utérine. Les cellules se divisent rapidement et forment des bourgeons. Cinq bourgeons faciaux primordiaux sont présents dès la fin du premier mois de l'embryogenèse. Ils définiront un espace qui permettra à la cavité bucco-nasale de se développer. L'embryon ne mesure alors qu'environ un centimètre, mais sa tête se différencie déjà.

Les bourgeons fusionnent progressivement et évoluent, donnant naissance aux différents organes de la face (voir annexe 2, schéma A, page A6) :

- Le bourgeon frontal donne naissance aux bourgeons nasaux internes et externes. C'est lorsque les deux bourgeons nasaux internes fusionnent que l'on observe la formation du nez, de la lèvre supérieure, de l'arcade dentaire supérieure et du palais primaire. Dès lors, le massif médian est formé.
- Les deux bourgeons mandibulaires fusionnent et forment le menton, la lèvre inférieure et une partie des joues.
- Chaque bourgeon nasal externe fusionne avec le bourgeon maxillaire qui lui correspond, créant ainsi le massif latéral de la face.
- Les massifs latéral et médian fusionnent à leur tour.

Les cinq bourgeons faciaux fusionnent et convergent tour à tour pour ensuite former la cavité buccale et les fosses nasales.

2.1.1.2. Organogenèse de la langue

La langue apparaît vers la quatrième semaine de développement embryonnaire, sous forme de deux renflements linguaux latéraux et d'un renflement médial. Elle se développe dans la bouche embryonnaire et dans les régions médianes et internes des quatre premiers arcs branchiaux (formations embryonnaires qui se développent et qui donneront naissance aux tissus et organes de la face). Les renflements linguaux augmentent de volume et fusionnent pour former les deux tiers antérieurs de la langue. La base de langue se forme à partir des deuxième et troisième arcs branchiaux (voir annexe 2, schéma B, page A6).

C'est donc lors de l'embryogenèse que les organes de la face vont se développer, permettant la mise en place des prémices de l'oralité.

2.1.2. Apparition des premières séquences motrices

C'est au niveau de la sphère oro-faciale que l'on observe les premières séquences motrices de l'embryon (Thibault, 2007).

2.1.2.1. Le réflexe de Hooker

L'oralité motrice apparaît entre les 40^{ème} et 50^{ème} jours de vie intra-utérine. Au cours de la déflexion céphalique (étape lors de laquelle la tête de l'embryon se redresse), la voûte palatine se forme, la langue descend de la fosse nasale pour intégrer la cavité buccale anatomique.

L'embryon est alors en capacité d'explorer sa cavité buccale : il touche ses lèvres, la bouche s'ouvre automatiquement au contact de la main, et la langue sort pour toucher la main. Cette protrusion linguale au contact de la main signe les débuts de l'oralité. Cette première séquence motrice est une étape importante : elle porte le nom de « réflexe de Hooker » et marque le passage de l'embryon au fœtus.

2.1.2.2. Le réflexe de succion

Au cours du troisième mois gestationnel, les afférences sensorielles et les efférences motrices de la sphère oro-faciale se sont développées. Les afférences sensorielles sont reliées au tronc cérébral, qui va ensuite émettre des efférences motrices vers la sphère oro-faciale.

Ce phénomène rend possible, vers la dixième semaine, les premières manifestations de l'oralité alimentaire avec l'apparition du réflexe de succion à la stimulation labiale : le fœtus touche ses lèvres avec ses doigts et les premiers mouvements antéropostérieurs de la langue apparaissent. C'est l'apparition de la succion non nutritive. « La succion est la plus ancienne et la plus précoce des fonctions qui se met en place, s'organise et se manifeste dans le genre humain. » (Thibault, 2007)

2.1.2.3. La succion-déglutition

Les premières déglutitions fœtales apparaissent, quant à elles, à partir de la 11^{ème} semaine et sont efficaces dès la 12^{ème} semaine.

Le réflexe de succion apparaît donc avant la déglutition et participe, grâce aux mouvements antéro-postérieurs de la langue, à la croissance de la cavité buccale et des deux cartilages condyliens, ainsi qu'à la formation du palais (Thibault, 2007).

Selon Couly, (cité par Senez, 2002) ce sont des mouvements de lapement de langue qui consistent en des mouvements de propulsion/rétropulsion de la langue qui permettent au fœtus de déglutir le liquide amniotique, plutôt qu'un mouvement de succion. En effet, le fœtus baignant dans le liquide amniotique, il n'y aurait pas de différence de pression dehors-dedans et la succion serait donc inutile, le fœtus n'ayant qu'à laper le liquide amniotique.

Le couplage succion-déglutition nécessite l'intégrité des structures neurologiques, notamment des efférences motrices qui proviennent des noyaux du tronc cérébral (Thibault, 2007). La succion-déglutition est visible à l'échographie à partir de la 15^{ème} semaine de vie intra-utérine (Abadie, 2004). Cependant, ce couplage ne se coordonne qu'à partir de 34 semaines (Haddad, 2007). Le fœtus va entraîner cet automatisme tout au long de la période de gestation afin qu'il atteigne une efficacité optimale à la naissance.

2.1.2.4. La coordination succion-déglutition-respiration

La succion nutritive impose une bonne coordination de la succion, de la déglutition et de la ventilation. En effet, à la naissance, la déglutition doit être coordonnée à la respiration et à la fermeture du plan glottique pour empêcher l'entrée du lait dans les voies respiratoires (Mellier et al, 2008). Cette coordination apparaît progressivement vers 32 semaines de gestation, pour devenir pleinement mature au moment du terme (Abadie, 2004). Le réflexe de succion-déglutition et sa bonne coordination participent donc à la protection des voies aériennes à la naissance.

Succion et respiration sont donc intimement liées : l'efficacité de la succion dépend des capacités respiratoires du nourrisson (Thibault, 2007). En effet, la succion stimule la respiration nasale, seule respiration possible pendant la tétée.

2.1.3. Développement des effecteurs sensoriels de l'oralité

Les effecteurs sensoriels de l'oralité fœtale que sont la gustation, l'olfaction et le toucher sont fonctionnels dès le deuxième trimestre de vie intra-utérine (Abadie, 2004).

2.1.3.1. Le toucher

Chez le fœtus, c'est le sens du toucher qui apparaît le plus précocement. La sensibilité est liée aux récepteurs sensitifs qui se développent sur le corps du fœtus et permettent différentes modalités de perception de la peau : la pression, la température, les vibrations et la douleur.

La langue dispose également de tous ces attributs spécifiques cutanés : « la langue décode le chaud, le froid, le toucher, le piquant, le non-piquant, la forme, c'est le tact oral. » (Thibault, 2007)

Dès la huitième semaine de gestation, les récepteurs tactiles se développent au niveau de la sphère orale, rendant possible le réflexe de Hooker.

2.1.3.2. L'olfaction

Le système olfactif se développe quant à lui entre les septième et 24^{ème} semaines de gestation mais n'est efficient qu'à partir du troisième trimestre.

« L'enfant reconnaît les odeurs amniotiques et il est probable que cette odeur l'aide à retrouver le sein après la naissance. » (De Broca, 2002)

2.1.3.3. La gustation

Les cellules gustatives se développent vers la septième semaine de vie intra-utérine et sont fonctionnelles vers la 13^{ème} semaine (De Broca, 2002). Les bourgeons du goût sont situés essentiellement dans les papilles. La sensibilité au sucré, au salé, à l'acide et à l'amer se situe dans des zones linguales différentes. C'est la juxtaposition de la stimulation gustative et olfactive qui donne le goût complet de l'aliment, que l'on nomme flaveur (Thibault, 2007). A 13 semaines, le fœtus est déjà capable de déglutir : il découvre alors le goût du liquide amniotique, qui varie en fonction de ce que la mère a ingéré (De Broca, 2002).

Selon Senez (2002), « entre la vie intra-utérine et la vie néonatale, une continuité se fait par les canaux sensoriels olfactifs et gustatifs où l'enfant est imprégné des odeurs émises par la mère, lui permettant de se repérer dans son environnement post-natal. »

Un développement harmonieux de la sphère orale et de l'oralité fœtale permettront donc un bon investissement de l'oralité alimentaire et verbale.

2.2. Le développement conjoint des oralités alimentaire et verbale

« L'enfant construit son oralité alimentaire conjointement à son oralité verbale. » (Thibault, 2008). Oralité alimentaire et verbale sont liées par leur localisation neuro-anatomique, car elles utilisent les mêmes organes et les mêmes voies neurologiques.

La bouche est un véritable carrefour anatomique car elle est le lieu des deux fonctions orales majeures de l'homme : l'alimentation et l'expression verbale.

2.2.1. L'oralité primaire

Les comportements du nourrisson observables au stade de l'oralité primaire sont contrôlés par le tronc cérébral majoritairement. Parmi eux, on retrouve principalement la présence des réflexes archaïques, de la succion-déglutition et du cri.

Le cri est contrôlé par le larynx, lui-même contrôlé par le nerf pneumogastrique situé dans le tronc cérébral. La commande de la succion-déglutition se trouve dans cette même zone (Thibault, 2007).

2.2.1.1. Les réflexes archaïques

Mis en place dès la vie intra-utérine et contrôlés essentiellement par le tronc cérébral, les réflexes archaïques sont des mouvements automatiques involontaires caractéristiques chez les nouveau-nés.

Ceux-ci s'expliquent par une maturation neurologique inachevée et disparaîtront une fois le système nerveux mature, vers quatre mois. Leur présence est signe d'un bon développement nerveux bien que tous les nouveau-nés ne répondent pas aux stimulations avec la même intensité.

Cette phase d'automatismes est indispensable puisqu'elle permet au bébé de faire des expériences sensorielles, nécessaires à la mise en place des mouvements volontaires par la suite.

Nous développerons ici les réflexes oraux du nouveau-né (Senez, 2002) qui se mettent en place dès la neuvième semaine de vie fœtale.

♦ Le réflexe de succion : lors de la stimulation des lèvres avec le doigt, le nouveau-né avance automatiquement les lèvres et la langue se met à téter vigoureusement.

♦ La pression alternative: elle fait partie du réflexe de succion et correspond à la pression que le nouveau-né exerce autour du mamelon ou du biberon pour faire jaillir le lait. Pour cela, le bébé ouvre et ferme alternativement la mandibule de façon rythmée.

♦ Le réflexe des points cardinaux : lorsque l'on caresse un coin de sa bouche ou de sa joue, le nouveau-né oriente sa tête du côté de la stimulation et ouvre sa bouche. Lors de la tétée, l'odeur de la mère et le contact de la lèvre supérieure avec le mamelon déclenche l'ouverture de la bouche et la propulsion des lèvres et de la langue.

♦ Le réflexe nauséux : il s'agit d'un automatisme de protection. Lorsque le système sensoriel gustatif détecte une substance autre que le lait (en température, consistance, goût), on observe une inversion du réflexe de déglutition empêchant cette substance d'être ingérée. Le diaphragme, ainsi que la paroi pharyngée et le voile du palais se contractent, le péristaltisme œsophagien s'inverse et l'on observe une protrusion linguale et une ouverture de bouche.

♦ L'automatisme d'orientation de la langue : toute stimulation tactile sur les bords de la langue provoque une orientation de celle-ci du côté stimulé. Le nouveau-né est donc déjà en capacité de mobiliser sa langue latéralement.

♦ Le réflexe de toux : il constitue le seul véritable réflexe au sens strict du terme puisqu'il perdure tout au long de la vie. Il s'agit d'un réflexe de protection des voies respiratoires contre les fausses routes.

Au fur et à mesure de la maturation neurologique, le nouveau-né apprend à contrôler les éléments de sa sphère oro-pharyngo-laryngée grâce à ces automatismes des premiers mois de vie.

Un des rôles préventifs de l'équipe médicale et paramédicale gravitant autour du nouveau-né, notamment l'orthophoniste, sera de veiller tout particulièrement à la présence et à la stimulation de ces automatismes, indispensables au bon développement du bébé.

2.2.1.2. La succion-déglutition

Comme nous l'avons vu précédemment, la coordination succion-déglutition-respiration apparaît au cours de la 32^{ème} semaine de vie intra-utérine pour atteindre sa maturation lors du terme.

La première tétée est un moment particulier car elle nécessite la maîtrise de nouvelles compétences. En effet, le nouveau-né n'évolue plus dans un milieu aqueux mais dans un milieu atmosphérique. Il doit désormais mettre en bouche un mamelon (ou une tétine), exercer une pression assez importante pour faire jaillir le lait et propulser celui-ci vers l'estomac tout en coordonnant succion, déglutition et respiration (Senez, 2002). La présence et l'efficacité des réflexes archaïques oraux sont donc ici essentielles.

De plus, la situation de nourrissage (au sein ou au biberon) est un moment privilégié dans l'instauration du lien mère/enfant. La sensorialité est en éveil et le nourrisson expérimente de nouvelles sensations. Le bébé se sent tenu, retenu, soutenu, porté, caressé, regardé par sa mère qui, de plus, s'adresse à lui et lui parle (Mercier, 2004). La sphère orale est donc au cœur de l'attachement et des premières interactions.

Nous savons qu'au stade de l'oralité primaire, la succion-déglutition du nourrisson est encore un automatisme. Mais qu'en est-il de son déroulement ?

Nous nous attacherons ici à la succion nutritive. En effet, la succion non nutritive ne concerne pas exclusivement le besoin de nutrition. C'est une succion plaisir (Senez, 2002) qui permet l'exploration et l'apaisement.

D'un point de vue anatomique, lors de la succion nutritive, la langue prend une place importante dans la bouche et demeure constamment en position horizontale. Elle se trouve bien souvent entre les lèvres.

Le larynx est hautement situé, ce qui lui permet de venir toucher le voile du palais, lui-même en contact avec la base de langue, constituant ainsi une double protection des voies aériennes.

Ces différents mécanismes permettent au nourrisson de boire et respirer simultanément. En effet, l'enfant remplit son « réservoir buccal » tout en respirant par le nez. On parle de temps de préparation buccale (Senez, 2002).

Lors d'un stimulus, on observe une protrusion de la langue tandis que les lèvres avancent vers le stimulus. Puis, la langue recule derrière les lèvres qui viennent enserrer le mamelon (ou la tétine).

C'est à ce moment précis que débute la succion par de petits mouvements linguaux rapides d'avant en arrière. La langue se creuse, les bords se relèvent et on observe des mouvements du maxillaire inférieur. La base de langue recule ensuite vers l'arrière de la bouche, le voile du palais s'abaisse et l'enfant s'arrête de téter pour déglutir, puis reprendre sa respiration (Thibault, 2007).

Puech et Vergeau (2004), parlent de suckling pour ces mouvements de succion. Elles ajoutent que ceux-ci sont directement liés à la posture en décubitus et en flexion du bébé.

2.2.1.3. Le cri

Parallèlement, la naissance représente également le moment du premier cri. Il est la manifestation de la première respiration lorsque le nourrisson sort du ventre de sa mère. Le cri a une fonction de survie. En effet, c'est par le cri que le nourrisson va manifester ses besoins, notamment alimentaires.

Selon Boubli et Pinol-Douriel (1996), on peut distinguer les cris de faim des cris d'appels. En effet, on relève plutôt des attaques vocales dures lorsque l'enfant a faim, le nourrisson exprimant ainsi son inconfort, alors que les attaques seront plutôt douces si l'enfant veut attirer l'attention du parent. Dans les deux cas, le cri permet d'atteindre un équilibre, qu'il soit émotionnel ou alimentaire (Thibault, 2007).

D'un point de vue verbal, le stade de l'oralité primaire est une étape où cris et sons végétatifs vont se mêler. On parle ainsi plutôt de vocalisations réflexes ou quasi-réflexes : c'est le stade pré-verbal. Le nourrisson ne contrôle pas encore ses vocalisations, il joue avec sa voix, produit des sons aigus ou graves, entend les bruits de sa bouche. Cela lui provoque des sensations agréables.

Anatomiquement, le larynx étant très proche des fosses nasales, les vocalisations ont bien souvent une qualité nasale (Thibault, 2007).

Dès la naissance, oralité verbale et alimentaire sont donc intimement liées puisqu'elles se manifestent conjointement et ont la même localisation neuro-anatomique. Cette relation étroite demeurera après le passage à l'oralité secondaire, marqué par l'arrivée de l'alimentation à la cuillère.

2.2.2. L'oralité secondaire

Au stade de l'oralité alimentaire primaire, la succion-déglutition est réflexe. En effet, la succion se déclenche lorsque les lèvres du nouveau-né sont stimulées, et la déglutition se produit dès lors que le lait atteint l'isthme du gosier.

La succion-déglutition au stade de l'oralité secondaire devient volontaire, puisque le bébé est capable de l'amorcer et de l'arrêter quand il le désire.

C'est entre quatre et sept mois, grâce à la mise en place des structures corticales, que la succion-déglutition automatique va progressivement disparaître pour laisser place à une succion-déglutition volontaire, que le nouveau-né sera donc capable de contrôler (Senez, 2002). Le passage à la cuillère et l'apparition de la déglutition adulte marque alors le passage à l'oralité secondaire.

Oralités alimentaires primaire et secondaire vont cependant coexister pendant plusieurs mois. Thibault (2008) parle de « double stratégie alimentaire ». Au cours de la deuxième année, la mastication se développe.

En ce qui concerne l'oralité verbale, le stade de l'oralité secondaire correspond à l'apparition du babillage. Plusieurs types de babillage existent et se manifesteront à différentes étapes du développement de l'enfant, jusqu'à ce qu'il prononce ses premiers mots et construise progressivement sa parole et son langage.

2.2.2.1. Le passage à la cuillère et le babillage

2.2.2.1.1. Le passage à la cuillère

Le passage à la cuillère et donc à une alimentation plus variée, entre six et huit mois, marque le passage de l'oralité alimentaire primaire à l'oralité alimentaire secondaire.

Bien que ces deux dernières coexistent pendant quelques mois, ceci correspond à une étape importante dans la vie du bébé puisqu'elle nécessite une toute nouvelle stratégie alimentaire (Thibault, 2007).

C'est l'apparition de la déglutition adulte, volontaire. Il s'agit également de la période où les premières dents apparaissent sans que cela soit forcément synonyme de passage à la cuillère. En effet, la maturation cérébrale est essentielle au bon déroulement de cette nouvelle alimentation.

En effet, Thibault (2007) explique que le stade oral de la cuillère est « une praxie complexe nécessitant l'efficacité des afférences visuelles, l'ouverture appropriée de la bouche et la mise en œuvre des structures neurologiques de l'apprentissage. »

D'un point de vue anatomique, le cou s'allonge et la cavité buccale s'accroît, laissant davantage d'espace à la langue. Le larynx descend, ce qui ne lui permet plus d'entrer en contact avec le voile du palais. Celui-ci obture désormais le nasopharynx lors de la déglutition.

Qu'en est-il désormais du déroulement de l'alimentation ?

Lors du passage à la cuillère, le nourrisson va, par habitude, commencer par téter celle-ci ainsi que les aliments introduits dans sa bouche. L'alimentation de l'enfant est alors mixée et celle-ci lui permet de découvrir de nouvelles saveurs. Au fil des mois, l'enfant apprend à contrôler, mobiliser et propulser les aliments.

Puech et Vergeau (2004) parlent de sucking pour cette étape caractérisée par des mouvements linguaux de haut en bas, directement liés au fait que l'enfant soit en mesure de se tenir verticalement et donc de mobiliser sa mandibule.

Ce nouveau mode d'alimentation constitue un apprentissage que l'enfant va réaliser, au même titre que toute chose nouvelle, grâce à l'imitation. Il va donc petit à petit intégrer qu'il faut « saisir entre les lèvres et les dents l'alimentation à la cuillère » (Thibault, 2007), sans qu'il s'agisse pour autant de mastication. En effet, bien que l'enfant puisse manger des aliments avec de petits morceaux mous, la mastication n'est pas mature pour autant. On parle plutôt de « malaxage » à ce stade.

2.2.2.1.2. Le babillage

Parallèlement, le nourrisson met en place de nouveaux mécanismes respiratoires et phonatoires et va donc être capable de réaliser des productions sonores de plus en plus longues.

Ceci est également possible grâce à l'abaissement du larynx qui permet à la langue d'être plus mobile. Selon Rondal (1998), le babillage débute vers trois ou quatre mois, lorsque l'enfant produit des sons qui ressemblent aux voyelles et aux consonnes.

Il existe trois types de babillage qui vont se succéder dans le développement de l'enfant. Ils couvrent une période allant de ses trois mois à ses 18 mois environ. Voici son évolution (Thibault, 2007) :

♦ Le babillage rudimentaire (3-8 mois)

A ce stade, l'enfant produit des mélodies. Il est alors important d'encourager les émissions vocales et l'imitation. En ce qui concerne ces émissions, on parle plutôt de gazouillis.

Avec le passage à la cuillère, la langue a adopté une position plus haute contre le palais, ce qui permet au bébé « d'acquérir l'agilité motrice nécessaire à la parole » (Thibault, 2007).

Petit à petit, les gazouillis vont donc laisser place à des combinaisons de sons de types consonne associée à une voyelle.

♦ Le babillage canonique (5-10 mois)

Les syllabes sont de plus en plus nettes et le bébé commence à les dupliquer (ba-ba-ba). Rondal (2000) parle de « babillage rédupliqué ».

L'enfant a de plus en plus conscience de ses organes phonateurs. Le babillage va devenir intonatif, mélodique, par imitation de l'entourage qui utilise un langage très chantant et rythmé pour s'adresser à l'enfant.

MacNeilage et al. (1998) (cités par Thibault, 2008) suggèrent que c'est l'alimentation à la cuillère qui amène le babillage canonique.

♦ Le babillage mixte (9-18 mois)

Il est dit « mixte » car il se compose de mots à l'intérieur même du babillage. On appelle cela le protolangage. En effet, les premiers mots de l'enfant apparaissent entre neuf et 18 mois (Rondal, 1998).

Ses mouvements de langue et de mandibule se coordonnent et se dissocient, ce qui lui permet de produire de plus en plus de sons de sa langue maternelle.

Par ailleurs, la langue se muscle et effectue des mouvements de plus en plus complexes. Ces nouvelles compétences motrices permettront notamment de mettre en place la mastication.

2.2.2.2. La mastication et le pré-langage

2.2.2.2.1. La mastication

Thibault (2007) parle « d'oralité dentée » puisqu'il y a destruction des aliments par la mastication. Cette phase intervient au cours de la deuxième année de l'enfant. Ce dernier a progressivement acquis une meilleure mobilité et tonicité des muscles de la sphère buccale, lui permettant ainsi de bien les coordonner.

La phase de mastication est l'occasion pour l'enfant de découvrir de nouveaux aliments, de nouvelles textures puisque son alimentation n'a plus la nécessité d'être mixée.

Progressivement, le geste mandibulaire devient de plus en plus complexe. Il est qualifié d'antéropostérieur jusque 36 mois, puis va progressivement devenir hélicoïdal grâce à des mouvements de latéralité. Ce n'est cependant qu'entre six et sept ans que cette praxie est réellement maîtrisée.

2.2.2.2.2. Le pré-langage

Parallèlement à la mastication, grâce à la complexification des gnosies et des praxies, l'enfant commence à construire son langage et son propre système de prononciation.

Le pré-langage apparaît. En effet, l'enfant commence par produire des mots phrases, puis associe deux mots, pour évoluer progressivement vers la production de phrases de type « sujet-verbe-complément ». Parallèlement, le lexique de l'enfant s'accroît et c'est aux environs de deux ans qu'on assiste à l'explosion lexicale.

Dans le langage, plusieurs aspects sont à prendre en compte. On y retrouve une part lexicale, syntaxique mais également phonologique, à savoir l'agencement des sons dans le mot.

Avant trois ans, la parole du jeune enfant présente encore beaucoup de distorsions, telles que des processus de simplifications phonologiques (Rondal, 1998).

Le développement des organes liés à la bouche, notamment la mandibule et la langue, ainsi que la complexification des gnosies et des praxies, vont donc à la fois permettre une mastication efficace, mais aussi l'apparition des mots et de la bonne coordination des sons entre eux (Thibault, 2008).

Le tableau ci-dessous reprend l'évolution globale de l'enfant entre 0 et 24 mois et permet de mieux apprécier le développement conjoint des oralités.

Âges (mois)	Motricité	Langage	Préhension des aliments	Évolution des schémas de succion-déglutition	Textures
0-4 mois	Asym + flex tête médiane	Production de vocalisation, de syllabes archaïques	Aspiration sein ou biberon	Suckling Succion-déglutition réflexe	Liquide
4-6 mois	Tenue assise Contrôle de la tête	Babillage rudimentaire	Tétine Débuts à la cuillère Apprentissage boisson au verre Malaxage	Suckling Diminution du réflexe de succion-déglutition	Liquide + Semi-liquides/lisse

Agés (mois)	Motricité	Langage	Préhension des aliments	Evolution des schémas de succion-déglutition	Textures
6-9 mois	Rotation 4 pattes debout	Babillage canonique	Tétine Cuillère Verre Malaxage + début de mastication	Suckling et début de sucking, mouvement linguaux latéraux Début de dissociation entre succion et déglutition	Semi-liquides + mixé
9-12 mois	Marche de côté	Babillage mixte	Cuillère Verre Malaxage > Mastication	Suckling > Sucking Diduction mandibulaire Mouvements linguaux dans l'espace	Mixé + solide mou
12-18 mois	Marche	Proto-langage entre le babillage et les vrais mots	Cuillère Verre Malaxage < Mastication	Suckling < Sucking Dissociation langue- mandibule	Solide mou + solide dur
18-24 mois	Marche +++	Premières phrases	Cuillère verre Mastication + sucking	Succion- déglutition indépendante Stabilité de la mandibule	Solide dur

Évolution motrice et fonctionnelle pour l'alimentation, la déglutition, le langage et la motricité entre 0 et 24 mois (d'après Tapin, 2001 et Puech, 2005) Issu de Thibault (2007)

Oralités primaire et secondaire sont donc intimement liées au cours du développement. En effet, « les praxies de déglutition, mastication, de ventilation buccale, de propreté orale et celles du langage naissent, se mettent en place en même temps, en utilisant les mêmes organes et les mêmes voies neurologiques. » (Thibault, 2007)

Cependant, leur développement peut également être entravé et entraîner un trouble de l'oralité alimentaire et verbale.

3. Les troubles de l'oralité

3.1. Les troubles de l'oralité alimentaire

3.1.1. Définition

Le terme de dysoralité correspond à « l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale. Il peut s'agir de troubles par absence de comportement spontané d'alimentation, ou par refus d'alimentation, et de troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant. » (Thibault, 2012)

Selon Abadie (2004), les troubles du comportement alimentaire sont les plus fréquents parmi les troubles de l'oralité de l'enfant. Pouvant aller jusqu'au refus de s'alimenter, ces troubles représentent une importante source d'angoisse pour les parents, qui se sentent démunis et inaptes à assurer la survie de leur bébé (Puech, Vergeau, 2004).

De plus, c'est pendant les deux premières années que la croissance est la plus rapide puisque l'enfant triple son poids durant la première année. Des apports alimentaires réduits auront donc très rapidement une incidence sur la courbe pondérale et staturale de l'enfant. La croissance staturo-pondérale s'accompagne de la croissance du périmètre crânien, qui témoigne d'un bon développement cérébral et neurologique. Ces indicateurs de croissance sont déterminants pour la santé de l'enfant. Un retard de croissance pourra donc être source de stress pour les parents.

Dans la littérature, on retrouve plusieurs termes permettant de définir les troubles de l'oralité alimentaire. Certains auteurs parlent de dysoralité, de dysoralité sensorielle ou encore de troubles du comportement alimentaire.

3.1.2. Les étiologies

L'origine de ces troubles n'est pas toujours facile à identifier tant les étiologies susceptibles d'entraver le bon développement de l'oralité alimentaire sont multiples.

D'après Abadie (2004), Senez (2002) et Thibault (2012), il est possible d'élaborer la classification étiologique suivante :

3.1.2.1. Origine organique

- ◆ Les troubles secondaires à une pathologie digestive (reflux gastro-œsophagien, maladie cœliaque,...)
- ◆ Les troubles secondaires à une pathologie extra-digestive (cardiopathies, pathologies pulmonaires,...)
- ◆ Malformations congénitales (telles que les fentes faciales)
- ◆ Les anomalies acquises de la déglutition
- ◆ Les syndromes génétiques

3.1.2.2. Origine neurologique

- ◆ Encéphalopathies congénitales
- ◆ Encéphalopathies acquises

3.1.2.3. Origine psychogène

Certains auteurs emploient ici le terme d'« anorexie psychogène ». Abadie (2004) lui préfère le terme général de «trouble du comportement alimentaire», le considérant comme moins anxiogène et culpabilisant pour les parents. Cela permet également d'éviter tout amalgame avec le terme d'anorexie mentale employé en psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte.

On peut retrouver les causes suivantes :

- ◆ Les fausses anorexies : « l'enfant ne correspond pas aux normes que les parents se sont fixées, ils sont mal adaptés aux variations d'appétit de leur bébé. » (Thibault, 2012)
- ◆ L'anorexie commune d'opposition du deuxième semestre : il s'agit d'une pathologie fréquente et bénigne qui s'installe rapidement. L'enfant se met soudainement à refuser l'alimentation. Il pleure au moment des repas alors qu'il est gai par ailleurs. Le stress provoqué chez les parents agit comme un cercle vicieux qui peut pérenniser le trouble.

♦ Les formes sévères d'anorexies mentales infantiles : on les rencontre dans les névroses anxieuses et phobiques de l'enfant ou la dépression du nourrisson. L'anorexie s'accompagne ici d'autres signes comportementaux.

♦ Les psychoses infantiles débutantes : l'anorexie fait également partie d'un tableau clinique plus complet.

Avant d'envisager toute origine psychogène, il convient d'avoir au préalable éliminer toute cause organique ou post-traumatique (Abadie, 2004). L'étiologie psychogène semble tenir une place importante pour Abadie pour qui «les enfants concernés sont des enfants dont les fondations physiques et psychiques vis-à-vis de l'alimentation sont fragiles».

3.1.2.4. Origine post-traumatique

3.1.2.4.1. La nutrition artificielle

La nutrition artificielle pallie la dénutrition de l'enfant. Il en existe deux types (Thibault, 2012) :

♦ La nutrition entérale : elle permet de véhiculer les nutriments directement dans le tube digestif soit par sonde naso-gastrique ou bucco-gastrique soit par gastrostomie. Elle se veut plus adaptée, étant plus proche de la situation physiologique digestive. Elle peut cependant être responsable d'une irritation nasale et pharyngée, de reflux et de douleurs abdominales, associant ainsi alimentation avec déplaisir. Les voies aérodigestives supérieures sont libérées dans la gastrostomie, ce qui permet l'investissement, l'exploration et la stimulation de la sphère orale, de façon à ce que celle-ci soit associée au plaisir.

♦ La nutrition parentérale : elle vient généralement se substituer à la nutrition entérale. Elle est donc indiquée dans des cas considérés comme plus graves. Elle consiste en la mise au repos de l'axe digestif puisque les nutriments sont perfusés directement dans le sang.

3.1.2.4.2. Les causes de la dysoralité post-traumatique

En ce qui concerne ces troubles dits « post-traumatiques », il s'agit de troubles de l'oralité alimentaire secondaires à une nutrition artificielle mise en place pour des impératifs médicaux de croissance ou de protection des voies aériennes. Cette désorganisation peut donc être à l'origine de difficultés pour les futures prises alimentaires.

« L'enfant subit un traumatisme physique important touchant soit sa sphère digestive soit son corps et son psychisme de façon plus générale. » (Abadie, 2004)

Les causes les plus fréquentes sont :

- ◆ La prématurité
- ◆ La réanimation
- ◆ La bronchodysplasie pulmonaire (maladie chronique de l'appareil pulmonaire)
- ◆ Les anomalies congénitales du tube digestif

Le retentissement sur le comportement alimentaire peut s'expliquer par différents facteurs :

- ◆ un manque d'investissement et d'exploration de la sphère bucco-faciale
- ◆ la sphère orale, suite aux traumatismes, est associée au déplaisir
- ◆ la perturbation du rythme faim/satiation/satiété induite par la nutrition artificielle
- ◆ la perturbation du lien mère-enfant provoquée par le contexte de pathologie souvent grave, face à laquelle la mère est impuissante. Le vécu est difficile et parfois traumatisant.

Tous ces facteurs auront une incidence sur la capacité de l'enfant à passer à l'alimentation orale (Senez, 2002).

3.1.2.5. Origine sensorielle

Le Syndrome de Dysoralité Sensorielle (SDS) a été introduit et défini par Senez. Elle emploie ce terme pour qualifier tout trouble de l'oralité alimentaire quelle que soit l'étiologie.

Cependant, sa terminologie diffère de celle employée par Abadie et Thibault. En effet, Senez n'évoque nullement une possible étiologie psychogène.

Concernant le SDS, il s'agit en fait d'un trouble de l'intégration neurosensorielle. « Cette dysoralité est une hyper réactivité des organes du goût et de l'odorat touchant 25% des enfants à développement normal et entre 50 à 80% des enfants ou adultes avec un polyhandicap. Cette dysoralité d'origine sensorielle est très polymorphe et la réaction de l'enfant ou du jeune adulte peut aller d'un simple dégoût pour un certain type d'aliment jusqu'à un état d'aversion alimentaire sévère ».

Ces troubles de l'alimentation résultent d'une hyper excitabilité des mécano et chimio récepteurs du goût et de l'odorat et donc d'une hypersensibilité olfactive et gustative.

La principale manifestation du SDS est l'hyper-nauséux c'est-à-dire un réflexe nauséux qui se déclenche lors de stimulations non nociceptives.

Le réflexe nauséux ne s'est donc pas inhibé chez les personnes atteintes d'un SDS. En effet, « un système nerveux intact, s'il est nécessaire pour inhiber ce réflexe, doit de plus être structuré par des intégrations sensorimotrices faites et renforcées par chaque tétée. » (Senez, 2002)

Cette hyper excitabilité est donc, dans la plupart des cas, due à une immaturité neurologique ou à un manque de stimulations sensorimotrices. Cependant, il semblerait également que l'hypersensibilité ait une composante familiale et héréditaire.

3.1.2.6. Autres étiologies

Lors des Journées du Groupe Oralité de l'hôpital Necker en 2015, Abadie introduit des motifs sociétaux aux difficultés alimentaires que peut rencontrer l'enfant.

En premier lieu, elle évoque certains parents qu'elle qualifie de « fragiles dans leur parentalité » pour des motifs personnels et qui oscillent ainsi entre anxiété et difficultés éducatives, ce qui retentit sur le développement de l'enfant.

D'autre part, elle invoque des motifs strictement dus à la société actuelle qui, selon elle, « n'aide pas bien les hommes et les femmes à devenir parents ». Elle prend ainsi pour exemple le manque de formation des médecins généralistes quant au développement normal de l'enfant, mais surtout l'industrialisation de l'alimentation pour enfants qui ne favorise en rien le développement de la sensorialité, du goût ou des praxies masticatoires.

La classification que nous venons de développer, suggère qu'un seul et même trouble est à l'origine d'un trouble de l'oralité alimentaire. Cependant, pour Burklow (1998), il est rare qu'une seule cause soit à l'origine d'un trouble alimentaire. L'étude qu'il mène avec ses collaborateurs a donc pour but de mettre en évidence une combinaison de causes chez des enfants présentant des difficultés alimentaires.

Il en ressort que sur les 103 enfants étudiés, 84% d'entre eux présentent une combinaison d'étiologies, les principales étant :

- ◆ origine organique, neurologique et comportementale (30%)
- ◆ origine neurologique et comportementale (27%)
- ◆ origine organique et comportementale (9%)
- ◆ origine organique et neurologique (8%)

Cette classification multidimensionnelle est donc, selon les auteurs, bien plus représentative lorsqu' il s'agit de déterminer la cause d'un trouble alimentaire.

Les étiologies des troubles de l'oralité sont multiples, et l'on observe une mixité et une intrication des causes organiques et psychogènes (Abadie, 2004). Les manifestations des troubles de l'oralité qui en découlent sont également multiples.

3.1.3. Les manifestations cliniques

Pour Manikam (2000), les troubles alimentaires de l'enfant se manifestent le plus souvent par une adipsie (absence de sensation de soif), une dysphagie, le refus de s'alimenter (fermeture de la bouche ou détournement de la tête), l'absence d'autonomie pendant les repas, le rejet des quantités d'aliments proposés, une durée trop longue des repas, des comportements inadaptés lors des repas et une sélection des aliments selon le type de texture.

Plusieurs auteurs se sont attelés à décrire les manifestations d'un trouble de l'oralité alimentaire.

3.1.3.1. Les troubles de la motricité oro-faciale

Les mouvements linguaux, notamment de l'apex lingual, sont réduits, ainsi que les mouvements latéraux.

On constate également une protrusion linguale, des lèvres hypotoniques, une mauvaise coordination du couplage succion-déglutition, et une absence de mastication des solides (Thibault, 2007).

3.1.3.2. Les troubles de la déglutition

La déglutition est le mécanisme qui permet le transport du bol alimentaire de la cavité buccale à l'estomac et se déroule en trois temps. Chacun de ces temps peut être altéré.

- Le temps buccal : il comprend la préhension et la préparation du bol alimentaire, la mastication et la propulsion du bol de la cavité buccale au pharynx. C'est un temps volontaire.
- Le temps pharyngien : il comprend la propulsion du bol alimentaire du pharynx au sphincter supérieur de l'œsophage. Ce temps est réflexe et donc involontaire.
- Le temps œsophagien : il comprend le transfert des aliments du sphincter supérieur de l'œsophage au cardia. Il est également réflexe et involontaire.

On peut constituer d'après Leroy-Malherbe et al. (2004) et Thibault (2007) la symptomatologie suivante :

3.1.3.2.1. Les troubles du temps buccal

On peut observer des difficultés à mastiquer, à mordre, ou encore une succion faible. Un refus de certains aliments voire un refus d'alimentation, un reflux nasal, des vomissements et un bavage peuvent également être constatés.

Les difficultés qui peuvent survenir lors du temps buccal sont à mettre en lien avec les troubles de la motricité oro-faciale décrits par Thibault (2007). En effet, les difficultés de mastication, de succion et le bavage peuvent être liés aux difficultés de motricité linguale et à l'hypotonie des lèvres.

3.1.3.2.2. Les troubles du temps pharyngien

Ces troubles peuvent se manifester par un mutisme brutal ou une perturbation du faciès lors de la déglutition.

Une augmentation du temps buccal et un enchaînement de plusieurs essais de déglutition sont fréquemment à l'origine d'un allongement important du temps des repas.

On peut constater la présence de stases alimentaires au niveau buccal, un réflexe de toux exacerbé, des encombrements pulmonaires à répétition, des malaises et des troubles du sommeil.

3.1.3.2.3. Les troubles du temps œsophagien

Lorsqu'il est perturbé, on peut constater des vomissements, une dysphagie et éventuellement une perte de poids (Thibault, 2007).

3.1.3.3. Les troubles de la sensibilité

Thibault (2007) décrit deux types de troubles de la sensibilité.

3.1.3.3.1. L'hypersensibilité

L'hypersensibilité se manifeste par une diminution de l'acceptation de goûter les aliments (odeur, température) et le rejet des textures appropriées à l'âge.

Une absence de plaisir oral, une lenteur lors des repas, des refus alimentaires voire, dans les cas extrêmes, une impossibilité à s'alimenter par voie orale peuvent aussi être observés.

Elle se manifeste également par des réponses de rejet ou des réponses exagérées lors de stimulations autour de la bouche, on observe par conséquent un manque d'exploration de la sphère buccale. En effet, ces enfants ne portent que très peu d'objets à la bouche, voire dans leurs mains. Ils rejettent également le plus souvent le brossage des dents.

Cette hypersensibilité se manifeste par une exacerbation du réflexe nauséux. Senez (2002) décrit l'hyper-nauséux dans le cadre du Syndrome de Dysoralité Sensorielle comme étant la principale manifestation des troubles de l'oralité alimentaire. L'hyper-nauséux, dû à une hypersensibilité olfactive et gustative, se manifeste fréquemment chez les enfants qui ont été maintenus en nutrition artificielle. Il est fréquemment associé à un reflux gastro-œsophagien.

3.1.3.3.2. L'hyposensibilité

L'hyposensibilité se traduit par une moindre connaissance des aliments dans la bouche. On observe une tendance à accumuler de la nourriture dans la bouche et à déglutir des aliments sans les mastiquer.

3.1.3.4. Les troubles de la succion

Senez (2002) considère que la succion est pathologique lorsqu'au moins trois des quatre éléments suivants sont présents :

- Augmentation de la durée de la succion
- Nombre de pauses et d'endormissements importants
- Pertes de lait au niveau des commissures labiales
- Contenu du biberon non vidé

Un nourrisson qui ne termine pas son biberon, lorsque la dose de lait est adéquate, a fréquemment une succion non efficiente.

3.1.4. Dans le cadre de la prématurité

Les enfants prématurés sont une population à risque de développer des troubles de l'oralité. En effet, l'immaturité de la sphère orale et l'éventuelle alimentation artificielle prolongée empêche l'enfant d'investir correctement son alimentation.

3.1.4.1. La prématurité

En 2007, l'enquête EPIPAGE révèle que les naissances prématurées s'élèvent environ à 65000 naissances par an, soit près de 8% des naissances en France. Face à cette importante prévalence, nous avons choisi de développer cette étiologie.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une naissance est dite prématurée lorsqu'elle survient avant la 37ème semaine d'aménorrhée (SA) révolue. L'OMS fixe à 22 semaines d'aménorrhée le seuil de viabilité du fœtus.

En fonction de l'âge gestationnel du bébé, différents degrés de prématurité ont été établis :

- La prématurité extrême : toute naissance avant 28 SA
- La grande prématurité : toute naissance entre la 28^{ème} et la 32^{ème} SA
- La prématurité moyenne : toute naissance entre la 32^{ème} et la 37^{ème} SA

3.1.4.2. Prématurité et troubles de l'oralité

Selon une étude de Mellier et al (2008) :

Pour 27%

- ◆ Le passage à la cuillère est difficile

Pour 44%

- ◆ Le passage aux morceaux est difficile (surtout si le passage à la cuillère a été tardif)

Pour 13%

- ◆ Intolérance à certaines consistances ou textures alimentaires

D'après une étude du réseau ELENA en 2012 (Loire Nord et Ardèche), 40 à 70% des prématurés ont des difficultés alimentaires contre 25% des enfants nés à terme.

La succion-déglutition-respiration se coordonne à partir de la 32^{ème} semaine de vie intra-utérine pour atteindre sa maturité à la naissance. Tout enfant né avant 32 semaines est donc dans l'incapacité de s'alimenter seul et son réflexe de succion nécessite d'être stimulé (Haddad, 2008). Par ailleurs, l'alimentation est rendue plus difficile, les enfants prématurés présentant fréquemment des problèmes respiratoires, transitoires dans la majeure partie des cas.

L'enfant né prématurément va être privé d'une période de maturation sensorielle ainsi que d'expériences in-utéro ; dès sa naissance, il est confronté à un milieu dystimulant de par l'environnement dans lequel il évolue (Barbier, 2010). L'oralité du prématuré est donc une oralité passive qui ne favorise pas l'investissement de la sphère orale.

Abadie (2004) précise que ces enfants auront souvent des difficultés à évoluer vers une alimentation harmonieuse, avec une anomalie des praxies de succion ou de

mastication, des rejets et des nausées, un petit appétit, un refus d'ingestion des morceaux et des phobies alimentaires.

Selon Lau (2007), la plupart des prématurés nés entre 32 et 37 SA et nourris par sonde plus de 15 jours, souffriront d'un retard de développement de l'alimentation et d'une hypersensibilité orale.

Pour Burklow (1998), un nombre important de ces enfants garderont des difficultés à long terme.

Nous venons donc de présenter les enjeux d'un trouble de l'oralité alimentaire. Nous allons maintenant présenter le retard de parole, trouble de l'oralité verbale auquel nous nous intéressons dans ce mémoire. Puis nous concluons sur les liens que troubles de l'oralité alimentaire et retard de parole entretiennent.

3.2. Le retard de parole

La parole appartient au domaine de la phonologie. Lorsque son développement est altéré, on emploie le terme de retard de parole. Les troubles articulatoires ainsi que le retard de langage sont des pathologies du langage oral fréquemment associées au retard de parole.

3.2.1. Définition

3.2.1.1. Terminologie française

« Il s'agit de l'altération de phonèmes, de groupes de phonèmes et de leur mise en ordre séquentiel à l'intérieur d'un même mot, le stock lexical étant acquis. » (Thibault, Pitrou, 2012)

On entend par retard un décalage dans l'acquisition d'une fonction, décalage par rapport à des normes attendues pour l'âge. Le retard sous-entend rattrapage et évolution vers la normalisation.

Dans la symptomatologie, les erreurs commises rappellent les simplifications rencontrées au cours du développement de la parole. On observera donc différents types de distorsions qui touchent la forme du mot dans son ensemble.

Cela rend la parole parfois inintelligible, alors que la mélodie du langage et la syntaxe sont préservées (Thibault, Pitrou, 2012).

Selon Coquet (2004), on parlera de retard de parole lorsque ces erreurs persistent au delà de quatre ans. Elle le définit comme une immaturité du système phonologique. Toutefois, les procédures de facilitation ainsi que l'étayage de l'adulte sont efficaces.

3.2.1.2. Terminologie internationale

La terminologie de « retard de parole » est purement française et n'est donc pas consensuelle.

Pour qualifier globalement les altérations du langage de l'enfant, quelle que soit l'articulation touchée, la littérature anglo-saxonne et nord-américaine utilisent le terme de « Speech and/or Language Impairment » (SLI) (Coquet, 2004).

Dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (1994), le terme de retard de parole n'est nullement évoqué. En effet, la terminologie employée est celle de « troubles phonologiques ».

Dans le DSM V (2013), la terminologie de troubles phonologiques est remplacée par celle de « speech sound disorders ».

3.2.2. Caractéristiques

Aram et Nation (1982) (cités par Chevrié-Muller, 1999) résument les caractéristiques des atteintes phonologiques par les quatre points suivants :

- Les altérations des phonèmes ne sont pas systématiques. En effet, celles-ci vont dépendre du contexte phonémique.
- Des phonèmes altérés dans les mots peuvent être correctement répétés en syllabe isolée.
- Les troubles augmentent avec la longueur du mot.
- Un même mot peut d'une fois à l'autre être altéré différemment.

3.2.3. Manifestations

Coquet (2004) définit le tableau clinique suivant :

- Processus qui affectent la structure de la syllabe et/ou du mot

- Processus qui assimilent une classe de sons à une autre
- Processus qui substituent une classe de son à une autre

Rousseau (2013) ajoute à cette symptomatologie les processus d'interversion ainsi que les erreurs de segmentation.

Processus affectant la structure de la syllabe et/ou du mot	
Addition d'un son en début de mot	[toto] pour auto
Épenthèse (ajout d'un son dans le mot)	[buruæt] pour brouette
Suppression de syllabe	[esô] pour hérisson
Suppression de consonne	[istwa] pour histoire
Simplification d'un groupe consonantique	[gi] pour gris
Processus qui substituent une classe de sons à une autre	
Changement de famille (occlusif/constrictif)	[ati] pour assis
Changement de point d'articulation	[ispwar] pour histoire
Changement de modalité (orale/nasale)	[malô] pour ballon
Transformation en un son semi-vocalique ou vocalique	[mäje] pour manger
Changement de sonorité (sourde/sonore)	[logomotiv] pour locomotive
Processus d'assimilation d'un son à un autre	
Assimilation progressive (anticipation dans le placement des organes phonateurs au vu du phonème suivant)	[nynet] pour lunettes
Assimilation régressive (maintien de la position articulatoire du phonème précédent)	[gago] pour gâteau
Assimilation d'une syllabe à une autre (répétition d'une syllabe)	[papapɥi] pour parapluie
Processus d'interversion	
Métathèse (modification de l'ordre d'une séquence de phonèmes)	[maks] pour masque
Combinaison de processus pour un même mot	
Suppression de syllabe et substitution de sons	[to] pour chapeau
Simplification et assimilation	[papô] pour poisson
Erreurs de segmentation	
Mauvais découpage des mots	[lənavjô] pour l'avion

Les processus phonologiques rencontrés dans un retard de parole (BILLARD et TOUZIN, 2004, p62)

3.2.4. Étiologies

Les enfants présentant un retard de parole commettent tous le même type d'erreurs : des processus phonologiques simplificateurs. Mais qu'en est-il de la nature de ce trouble ?

La perception et la production de la parole sont rendues possibles grâce à des interactions constantes entre nos systèmes sensoriels et moteurs (Grasby, Sato, 2014).

Du point de vue de la perception, cette interaction a longtemps été ignorée au profit d'hypothèses purement auditives ou purement motrices. Mais en 2002, Schwartz et al. (cités par Grasby, Sato, 2014) mettent en évidence « La théorie de la perception pour le contrôle de l'action » dans laquelle ils démontrent que la perception de la parole se fait grâce à des processus sensorimoteurs. Selon les auteurs, «la perception structure l'action» à savoir qu'elle apporte au système de production non seulement des informations auditives mais également les gestes moteurs nécessaires à la réalisation de la parole.

Du côté de la production de la parole, l'implication d'un système sensorimoteur fut bien moins discuté. En effet, celui-ci permet de contrôler la parole en comparant les conséquences sensorielles de l'acte moteur avec les entrées sensorielles réelles.

Le retard de parole est donc principalement imputé à des difficultés perceptives ou motrices. Cependant, Aimard (1984) insiste sur le fait que dans son développement, l'enfant se construit « un réseau de schémas perceptivo-moteurs ».

Par conséquent, bien qu'un versant puisse être touché de manière plus sévère, les deux troubles, moteur et perceptif, coexistent chez la plupart des enfants présentant un retard de parole.

◆ Causes perceptives

Il ne s'agit pas de troubles auditifs. Malgré une audition normale, les enfants ayant un retard de parole peuvent présenter des difficultés perceptives.

Schelstraete (2011) se base sur le modèle de traitement de la parole de Stackhouse et Wells (2001) afin de comprendre les causes du retard de parole (voir annexe 3, page A7).

L'auteur développe principalement des causes imputées à l'encodage phonologique, à savoir la récupération de la forme phonologique des mots. On constate d'après le modèle, que plusieurs étapes sont nécessaires à l'encodage phonologique.

L'enfant peut-il reconnaître et discriminer les phonèmes ?

La reconnaissance d'un phonème et la capacité à le produire correctement sont des capacités sous-tendues par la discrimination. Reconnaître et discriminer sont donc deux compétences intriquées. En effet, d'après le modèle, l'enfant doit en premier reconnaître les phonèmes, c'est-à-dire déterminer s'ils appartiennent ou non à sa langue. Mais cela n'est possible que si l'enfant possède des capacités de discrimination. Tout cela lui permettra donc de différencier des unités linguistiques très proches et de pouvoir les reproduire de manière adéquate d'un point de vue phonologique dans la chaîne parlée.

Les représentations phonologiques de l'enfant sont-elles précises ?

Il est nécessaire que les représentations phonologiques des mots soient encodées en mémoire à long terme. Pour que l'encodage d'un mot soit le plus précis possible, les informations phonologiques nécessitent d'être associées à des informations sémantiques, mais aussi au programme moteur adapté, nécessaire à la bonne production du mot.

Dans le retard de parole, les difficultés perceptives peuvent venir entraver les processus de mémorisation. En effet, l'enfant encode des formes phonologiques différentes pour un même mot. L'imprécision des représentations phonologiques rend la rétention difficile. L'enfant ne pourra donc pas enchaîner les sons de manière correcte.

♦ Causes motrices

Pour Bertrand (2009), l'importance de l'aspect moteur de la parole est sous-estimée. Selon l'auteur, le retard de parole peut, en effet, être dû à « une maladresse

motrice ». Les organes phonateurs ne fonctionnent pas suffisamment rapidement et précisément.

D'après le modèle, Schelstraete (2011) explique le retard de parole par des difficultés de planification motrice.

L'enfant parviendrait donc à récupérer le programme moteur, mais la difficulté se situe au niveau de la coordination des différents mouvements articulatoires nécessaires. En effet, l'enfant ne parvient pas à enchaîner les phonèmes de manière correcte en respectant les règles de co-articulation.

Les causes perceptives et motrices sont les plus largement décrites dans la littérature. Cependant, Aimard (1984) développe d'autres étiologies possibles.

♦ Causes psychoaffectives

L'enfant présente alors une « immaturité linguistique et comportementale ». On la retrouve chez des enfants « surprotégés », trop dépendants affectivement, en particulier dans leur relation avec la mère. Ils vont présenter des comportements très immatures par rapport à leur âge réel.

Selon elle, ces causes peuvent également s'expliquer par un climat d'opposition au sein de la famille.

D'autres étiologies sont évoquées telles que :

- Les hypoacousies dues à des épisodes d'otites séromuqueuses à répétition
- L'attention portée aux formes du langage
- L'environnement : l'enfant grandit dans un contexte où les stimulations, langagières notamment, sont pauvres et où l'entourage est « mal équipé linguistiquement ».

Les retards de parole peuvent également représenter des troubles secondaires à une pathologie identifiée.

3.2.5. Alimentation et parole : même terrain d'expression ?

Les enfants ayant un trouble touchant l'oralité alimentaire auraient plus de risques que les autres enfants de présenter un trouble relatif à l'oralité verbale. Par ailleurs, les enfants prématurés sont une population à risque de dysoralité, il faudra donc veiller tout particulièrement au développement de leur parole.

Les domaines de l'alimentation et de la parole sont souvent étudiés de manière distinctes, pourtant, « la réalité physique nous rappelle qu'il n'y a qu'une bouche » (Vannier, 2008). La langue en est d'ailleurs l'organe clé.

Il est possible d'établir des parallèles entre certains actes d'alimentation et la production de phonèmes (Delaoutre-Longuet, 2007). Les praxies alimentaires et les praxies de la parole se mettent en place conjointement.

A titre d'exemple, une bonne mobilité de la base de langue permet à la fois une déglutition fonctionnelle ainsi que la production des phonèmes postérieurs tels que [k] et [g] au sein de la parole. De plus, la mastication permet de développer les mouvements latéraux de la langue.

Lorsqu'un enfant rencontre ou a rencontré des difficultés alimentaires, celles-ci peuvent donc retentir sur le développement de la parole. Sa capacité à enchaîner correctement les sons au sein des mots est donc altérée (Thibault, 2010).

En effet, Senez constate d'après son expérience clinique, que les enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire antériorisent fréquemment les sons de la parole en raison d'une hypersensibilité orale et d'un réflexe nauséux exacerbé.

Par notre étude, nous souhaitons donc vérifier ou infirmer l'hypothèse clinique de Senez mais aussi explorer les autres processus simplificateurs du retard de parole afin de voir si d'autres liens peuvent être mis en évidence.

Pour Thibault (2010), une prise en charge précoce des troubles alimentaires vise donc notamment à prévenir des difficultés de parole. Celles-ci peuvent être repérables dès le stade du babillage canonique puisque « plus l'enfant produit des consonnes différentes, plus il sera en mesure de maîtriser le système phonologique de sa langue » (Thibault, 2007).

Dans cette optique, elle propose une éducation gnoso-praxique orale basée à la fois sur un travail des praxies bucco-faciales mais aussi de la sensorialité. En effet, «il est primordial de permettre aux enfants d'acquérir les mécanismes justes de la parole en augmentant leur contrôle moteur, en affinant leurs perceptions par une éducation orale précoce» (Thibault, 2010).

Alimentation et parole semblent donc étroitement liées dans le développement sain que pathologique, puisque des difficultés d'alimentation pourraient retentir sur l'émergence et la mise en place de la parole. Ces troubles nécessitent donc d'être abordés conjointement tant dans l'évaluation que dans la prise en charge. L'observation clinique de l'orthophoniste permettra de comprendre la problématique de l'enfant afin de lui proposer une prise en charge globale.

4. Buts et Hypothèses

Notre revue littéraire a donc amené la problématique suivante : existe-t-il un lien entre les troubles de l'oralité alimentaire et la symptomatologie du retard de parole ?

Le contexte de recherche n'étant pas assez riche en résultats expérimentaux, notre mémoire se base donc sur l'hypothèse heuristique selon laquelle les troubles de l'oralité alimentaire et le retard de parole sont liés. En effet, d'après la revue littéraire, il semble que l'oralité alimentaire et parole soient liées par des praxies communes, mais aussi par des gnosies, nécessaires à l'acquisition de bons repères au sein de la sphère orale.

Par conséquent nous émettons l'hypothèse suivante :

- il existe une association entre les troubles de l'oralité alimentaire et certains éléments de la symptomatologie du retard de parole

On sait d'après la littérature que les enfants prématurés ont plus de risques de développer des troubles de l'oralité alimentaire. Nous avons souhaité vérifier si cette association était significative dans notre population d'étude. Par conséquent, nous formulons l'hypothèse secondaire suivante :

- il y a significativement plus d'enfants prématurés avec des troubles de l'oralité alimentaire que d'enfants nés à terme.

Le but de notre travail consiste donc à comparer la symptomatologie du retard de parole d'enfants avec et sans troubles de l'oralité alimentaire grâce à une enquête par questionnaire destiné aux orthophonistes.

Sujets, matériel et méthode

1. Population d'étude

1.1. Critères d'inclusion

Deux critères d'inclusion ont été sélectionnés pour notre population d'étude : la pathologie présentée par l'enfant et la tranche d'âge.

1.1.1. La pathologie présentée par l'enfant

Les enfants concernés par notre population d'étude sont tous suivis en orthophonie pour un retard de parole. Celui-ci peut être ou non associé à un trouble de l'oralité alimentaire, afin de pouvoir établir une comparaison statistique entre le tableau clinique des simplifications d'un enfant présentant un trouble de l'oralité alimentaire avec celui d'un enfant n'en présentant aucun.

Nous avons également inclus les patients présentant un retard de langage et/ou un trouble articulatoire associé, ces deux pathologies du langage oral étant fréquemment associées au retard de parole. Les enfants dysphasiques sont également inclus.

1.1.2. La tranche d'âge

Les enfants constituant notre population d'étude ont entre quatre et six ans : cette tranche d'âge a été choisie en adéquation avec la définition du retard de parole. En effet, selon Brin et al. (1997), le retard de parole concerne « toute altération de la chaîne parlée constatée dans les productions verbales de l'enfant à partir de quatre ans ».

Le retard de parole est en lien avec une immaturité du système phonologique: les erreurs commises rappellent les processus de simplifications qui sont normaux au cours du développement de la parole. Par conséquent, la parole évolue favorablement sous l'influence d'une prise en charge orthophonique. C'est pourquoi nous avons décidé de limiter notre tranche d'âge aux enfants de six ans.

1.2. Critères d'exclusion

Nous avons exclu de la population d'étude tout enfant présentant une pathologie associée au retard de parole, telles que les pathologies d'origine motrice, sensorielle, neurologique, intellectuelle ou organique.

Ces critères d'exclusion visent à obtenir une population d'étude la plus homogène possible.

2. Méthodologie

Pour recueillir des données, il existe plusieurs techniques. Selon Blanchet et Gotman (2007), les plus utilisées en sciences sociales sont l'entretien, la recherche documentaire, l'observation et le questionnaire. Notre expérimentation repose sur la diffusion d'un questionnaire qui nous permettra de valider ou non nos hypothèses de recherche.

2.1. Élaboration du questionnaire destiné aux orthophonistes

Nous avons donc élaboré un questionnaire (voir annexe 4, page A8) afin de mener une étude destinée à comparer la symptomatologie du retard de parole d'enfants avec et sans troubles de l'oralité associés. La diffusion d'un questionnaire aux orthophonistes nous est apparue comme le moyen le plus pratique et le plus rapide de collecter les informations dont nous avons besoin. Le questionnaire que nous avons conçu est dit «auto-administré», notre présence n'étant pas requise pour le remplissage. Ceci présente donc l'avantage de pouvoir interroger un nombre important de personnes.

Une enquête par questionnaire nécessite une méthodologie et une organisation précise que nous allons développer.

2.1.1. Forme et contenu

2.1.1.1. Type de questions

Le questionnaire que nous avons élaboré contient 3 types de questions :

- des questions fermées : nous proposons, dans la première partie du questionnaire, des questions exclusivement fermées à choix unique.

Elles concernent les informations générales sur le patient (questions 1 à 6).

Dans la seconde partie du questionnaire, nous proposons des questions fermées à choix multiples afin de collecter les informations sur la symptomatologie du retard de parole (questions 7 à 9, 11, 13).

Les questions fermées ont été privilégiées dans un souci de rapidité et de simplicité d'administration du questionnaire, critère auquel il nous a paru important de répondre. De plus, le traitement statistique des données récoltées en est également facilité (Le Roy, Pierrette, 2012).

- des questions semi-ouvertes : Ces questions permettent de recueillir des informations complémentaires à certaines de nos questions fermées à choix multiples. Elles permettent à l'orthophoniste de préciser le type de substitutions produites par leur patient, ainsi que la présence d'un éventuel trouble articulaire associé (questions 10, 12, 14).

Bien qu'elles ne puissent faire l'objet d'un traitement statistique, nous avons choisi d'intégrer des questions ouvertes afin de faire une analyse plus qualitative des données recueillies.

- une question ouverte : elle propose un texte libre pour inviter les orthophonistes à nous faire part de leurs remarques sur leur patient, leurs suggestions...

Ce type de questions présente des inconvénients. En effet, il n'est pas possible d'effectuer de traitement statistique et elles exposent à un grand risque de non-réponses. Cependant, la nôtre étant destinée à inviter les orthophonistes à nous faire part de leurs réflexions ou de leurs remarques, une non-réponse ne constituait pas un problème pour l'analyse des données.

2.1.1.2. Contenu des questions

Notre questionnaire débute par un texte d'introduction de notre sujet. Dans un premier temps, celui-ci consiste à nous présenter et à introduire le cadre de notre étude, ainsi que l'hypothèse principale que nous formulons.

Nous exposons ensuite les critères d'inclusion et d'exclusion de notre étude et la procédure à suivre pour répondre à notre questionnaire.

Question 1 : Age de l'enfant concerné

- ◆ 4 ans - 4 ans 5 mois
- ◆ 4 ans 6 mois - 4 ans 11 mois
- ◆ 5 ans - 5 ans 5 mois
- ◆ 5 ans 6 mois - 6 ans

Notre population d'étude est composée d'enfants entre quatre et six ans. L'âge de l'enfant n'étant pas une variable centrale de notre mémoire, nous avons fait le choix de constituer des tranches d'âges équivalentes. Par conséquent, nous ne disposons pas de l'âge exact des patients. Cette question nous permet avant tout de nous assurer que le critère d'inclusion d'âge soit respecté.

Question 2 : Sexe de l'enfant

Il s'agit d'une question que nous avons posée à titre indicatif. Elle nous permettra d'établir la proportion de chaque sexe au sein de notre population.

Les questions 1 et 2 correspondent à ce que l'on appelle des questions signalétiques (Le Roy, Pierrette, 2012). Il s'agit de questions permettant de prendre des renseignements sur l'enfant concerné. Nous avons donc choisi de les formuler en premier, afin de caractériser dès le début notre population.

Notre questionnaire est anonyme, aucun nom n'est communiqué.

Question 3 : Le retard de parole est :

- ◆ simple
- ◆ associé à un retard de langage
- ◆ associé à un trouble spécifique du langage oral

La présence d'un retard de parole est le deuxième de nos critères d'inclusion. D'après la clinique, il nous est apparu difficile de n'inclure que les enfants présentant un retard de parole simple.

En effet, celui-ci est fréquemment associé à un retard de langage et/ou un trouble d'articulation, nous avons donc fait le choix d'inclure les enfants présentant ces pathologies.

Dans un trouble spécifique du langage oral, on rencontre très fréquemment des troubles phonologiques qui font partie inhérente du tableau clinique. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'un retard de parole. Par cette question, nous visons donc les dysphasies dans lesquelles on ne retrouve en principe pas de difficultés phonologiques, à savoir les dysphasies lexico-syntaxique et sémantico-pragmatique.

Question 4 : Quel est le degré de prématurité de l'enfant ? (SA = semaines d'aménorrhée)

- ◆ Extrême prématurité (<28 SA)
- ◆ Grande prématurité (entre 28 et 32 SA)
- ◆ Prématurité moyenne (entre 32 et 37 SA)
- ◆ Né à terme

Par cette question, nous souhaitons savoir si la prématurité était un antécédent fréquent dans notre population d'enfants présentant des troubles de l'oralité. En effet, d'après notre revue littéraire, celle-ci est une étiologie importante.

Nous avons fait le choix de prendre en compte le degré de prématurité afin d'observer la proportion de chacun d'entre eux. Dans la littérature, on retrouve parfois des variations dans la terminologie des différents degrés de prématurité. Nous avons donc opté pour une définition consensuelle, à savoir celle de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Question 5 : Présence d'antécédents ORL

D'après la clinique, de nombreux enfants présentant un retard de parole ont des antécédents de troubles ORL. Initialement, nous avons prévu de comparer les enfants avec et sans antécédents ORL, afin de voir si des différences étaient notables dans la symptomatologie du retard de parole.

Or, dans un souci de fiabilité des résultats des tests statistiques, nous avons dû limiter le nombre de variables à croiser et donc abandonner cette comparaison.

Question 6 : Troubles de l'oralité alimentaire associés

- ◆ Présente des troubles de l'oralité
- ◆ A présenté des troubles de l'oralité plus jeune
- ◆ Ne présente pas de troubles de l'oralité

Il s'agit de la question centrale de notre mémoire. Nous avons choisi de définir ce que nous entendions par le terme « troubles de l'oralité alimentaire » à savoir des difficultés liées à l'alimentation de type exacerbation du réflexe nauséux, difficultés/refus à mâcher les morceaux, hypersensibilité tactile, troubles du comportement alimentaire ». Cela nous permet de nous assurer que les enfants faisant partie de cette catégorie présentaient tous le même type de difficultés, dans un souci d'homogénéisation de notre population.

Questions 7 à 13 : Symptomatologie du retard de parole

Pour ces questions, nous nous sommes appuyées sur le tableau défini par Coquet (2004). A l'intérieur de chaque catégorie, nous avons développé différents signes cliniques :

- **Processus qui affectent la structure de la syllabe et/ou du mot**
 - Élisions de syllabes : initiale / médiane / finale
 - Élisions de phonèmes : initial /intervocalique ou dans un groupe consonantique / en fin de syllabe / final
- **Processus qui assimilent une classe de sons à une autre**
 - Assimilations (qu'elles soient progressives ou régressives)
 - Duplications de syllabes (correspond à une assimilation de syllabe)
- **Processus qui substituent une classe de sons à une autre**
 - Changement de famille : occlusives en constrictives / constrictives en occlusives
 - Changement de modalité : orales en nasales / nasales en orales
 - Changement de point de d'articulation : antériorisations / postériorisations / autres
 - Changement de sonorité : assourdissement / sonorisation

En ce qui concerne cette dernière catégorie de processus, nous avons également formulé des questions semi-ouvertes afin que les orthophonistes puissent préciser les sons concernés.

Les questions 4 et 6 à 13 seront analysées et croisées statistiquement, afin de voir s'il existe ou non une association entre ces variables.

Question 14 : *Trouble articulatoire isolé*

Il s'agit, une nouvelle fois, d'une question destinée à mieux cerner la pathologie de l'enfant et les difficultés associées au retard de parole.

Question 15 : *Remarques ou suggestions*

N'ayant pas de réelle expérience clinique, nous avons souhaité proposer aux orthophonistes une question libre pour leur permettre de s'exprimer quant au sujet du mémoire ou à propos de leur patient. De ce fait, nous pouvions prendre en compte leurs avis, conseils ou suggestions, afin que notre travail soit le plus juste et le plus proche de la pratique orthophonique.

Question 16 : *Si vous souhaitez connaître les résultats de notre étude...*

Il nous a paru primordial de laisser aux orthophonistes la possibilité de laisser leurs coordonnées. En effet, notre étude a pu se réaliser grâce à leurs réponses et leur implication, il est donc important qu'ils puissent en connaître les résultats.

2.2. Recueil des données

2.2.1. Destinataires de notre questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à destination des orthophonistes prenant en charge des patients ayant un retard de parole.

Nous n'avons pas ciblé spécifiquement les orthophonistes travaillant en libéral, or il nous est apparu, avec le recul, que la population ciblée par notre étude correspondait majoritairement à une population rencontrée en libéral.

Le mode de diffusion du questionnaire nous a permis de ne pas cibler de zone géographique précise : les réponses obtenues proviennent d'orthophonistes de toutes régions.

2.2.2. Mode de diffusion et recueil des réponses

Le questionnaire a été réalisé sur Google Documents, le format est donc un format internet. Les données sont automatiquement retranscrites dans un document Excel.

Il a été diffusé par courriel via les syndicats régionaux de la Fédération Nationale des Orthophonistes, ainsi que dans les groupes d'orthophonistes sur les réseaux sociaux.

2.3. Méthodologie de l'analyse statistique

L'étude que nous allons mener est une étude exploratoire destinée à déterminer s'il existe un lien entre la présence d'un trouble de l'oralité alimentaire et certains processus de la symptomatologie du retard de parole.

Notre étude ne permettra pas d'établir un lien causal. En effet, pour pouvoir établir un lien de causalité, il faut pouvoir s'assurer que la relation démontrée par les résultats n'est pas imputable à d'autres variables.

De ce fait, si une relation est significative, seule une association pourra être démontrée dans notre étude. Pour cela, les variables vont être croisées deux par deux afin de voir si le lien qui existe entre elles est significatif ou non.

Les tests statistiques utilisés seront les suivants :

- Test de Fisher exact
- Test du Chi 2

Ces deux tests permettent de mettre en évidence une éventuelle significativité. Le test de Fisher est une alternative au test du Chi 2 lorsque les effectifs théoriques sont faibles, à savoir inférieurs à 5.

Nous avons créé un document Excel en codant les réponses afin qu'elles soient analysables par les logiciels statistiques.

Concernant nos critères d'inclusion, nous nous sommes interrogées sur la pertinence de l'inclusion des enfants présentant un trouble spécifique du langage oral.

En effet, bien que nous visions particulièrement les dysphasies lexico-syntaxiques et sémantico-pragmatiques, nous n'avions pas apporté assez de précisions dans notre introduction. De ce fait, il est possible que certains de ces enfants présentaient plutôt des troubles phonologiques inhérents au tableau de leur dysphasie, qu'un retard de parole tel que défini dans notre étude.

Nous avons donc choisi, après réflexion, d'exclure ces enfants de l'étude dans un souci de précision et d'homogénéité.

Nous avons également effectué des modifications pour les besoins de l'analyse statistique. Nous avons dû regrouper certaines variables, notre questionnaire en comportant un nombre trop important à croiser pour un traitement statistique. Cependant, malgré ces regroupements, toutes les données seront décrites par des graphiques, pour une analyse plus qualitative.

Nous avons donc constitué de nouvelles variables grâce à des regroupements :

- Les élisions de syllabes : les élisions de syllabes peuvent être en position initiale, médiane ou finale.
- Les élisions de phonèmes : les élisions de phonèmes peuvent être en position initiale, intervocalique/dans un groupe consonantique, en fin de syllabe ou finale.
- Les assimilations : dès lors que l'une des cases « duplication de syllabes » (assimilation syllabique) ou « assimilation » (assimilation phonémique) était cochée.
- Les changements de famille : de phonèmes occlusifs en constrictifs ou de phonèmes constrictifs en occlusifs.
- Les changements de modalité : de phonèmes oraux en nasaux ou de phonèmes nasaux en oraux.
- Les changements de sonorité : que l'enfant assourdisse ou sonorise certains phonèmes.

Les antériorisations et postériorisations ne sont pas regroupées. En effet, selon son expérience clinique, Senez (2002) expose les cas d'enfants qui ne peuvent articuler les phonèmes postérieurs en raison d'un hyper-nauséux.

Ces enfants ont donc tendance à antérioriser les sons de la parole. Nous avons fait le choix de traiter individuellement ces variables pour observer la significativité de chacune d'entre elles.

Nous avons également choisi d'éliminer la variable « autres », considérant que celle-ci ne renvoyait pas à un processus assez précis pour être réellement analysée.

La question de la prématurité comportait trop de paramètres pour un traitement statistique. Nous avons donc fait le choix d'ajouter une colonne intitulée « prématurité » dans laquelle nous avons simplement précisé si l'enfant était né prématurément ou à terme. En ajoutant cette variable binaire, nous pouvions ainsi l'inclure dans les variables à croiser afin de répondre à notre hypothèse secondaire.

Cependant, les informations obtenues sur les différents degrés de prématurité seront décrites.

Concernant la question des troubles de l'oralité alimentaire, nous avons adopté la même démarche que pour la question de la prématurité. Nous avons donc regroupé les paramètres « présente des troubles » et « a présenté des troubles » pour créer une variable binaire.

La question des troubles articulatoires a été incluse dans la question concernant les éventuelles pathologies du langage oral associées au retard de parole. En effet, cela nous permettra de décrire notre population grâce à un seul et même graphique.

L'analyse inférentielle de notre questionnaire consistera donc à croiser la variable « Trouble de l'oralité » avec les variables suivantes :

- Prématurité
- Élisions syllabiques
- Élisions phonémiques
- Assimilations
- Antériorisations
- Postériorisations
- Changements de famille
- Changements de modalité
- Changements de sonorité

Le recueil des 50 réponses au questionnaire et leur analyse statistique a permis l'obtention de résultats descriptifs et inférentiels, qui permettront de répondre à nos hypothèses.

Résultats

Nous allons maintenant exposer les différents résultats obtenus suite à l'analyse de nos données. Dans un premier temps, nous présenterons l'analyse descriptive de nos résultats. Puis, nous présenterons les résultats de l'analyse statistique, dont le but était d'effectuer des croisements entre les variables, afin de répondre à nos hypothèses de recherche.

Notre population d'étude est composée de 50 enfants, entre 4 et 6 ans, présentant tous un retard de parole.

1. Analyse descriptive

◆ Variable âge

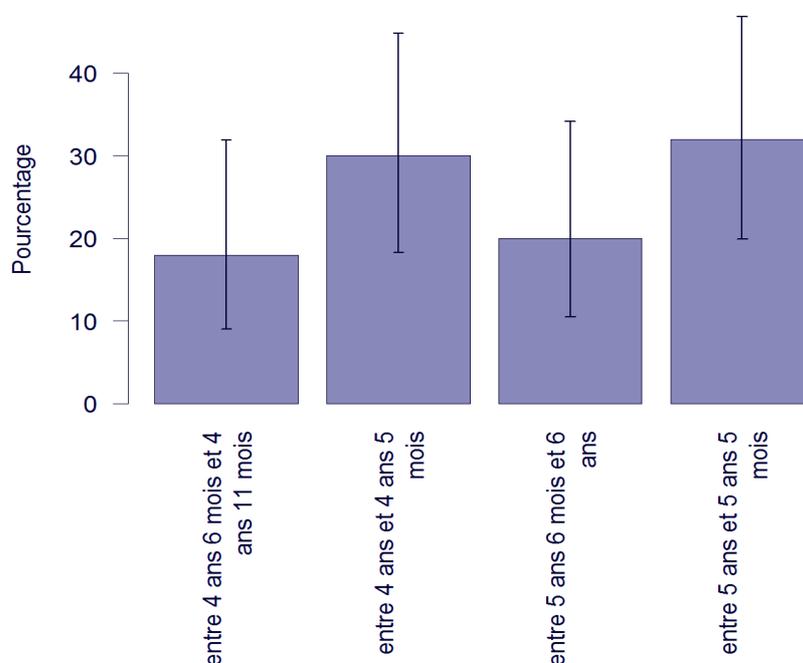
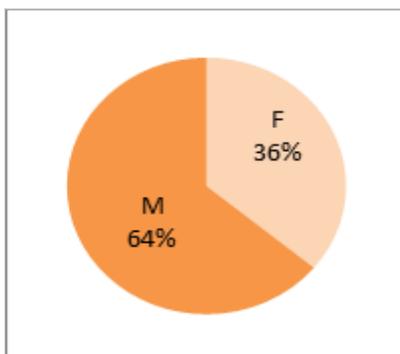


Figure 1. Age des enfants

Parmi notre population, on retrouve 30% d'enfants entre 4 ans et 4 ans 5 mois, 18% entre 4 ans 6 mois et 4 ans 11 mois, 32% entre 5 ans et 5 ans 5 mois et 20% entre 5 ans 6 mois et 6 ans.

◆ Variable sexe



64% des enfants de notre population sont des garçons contre 36% de filles.

Figure 2. Sexe de l'enfant

◆ Variable retard de parole

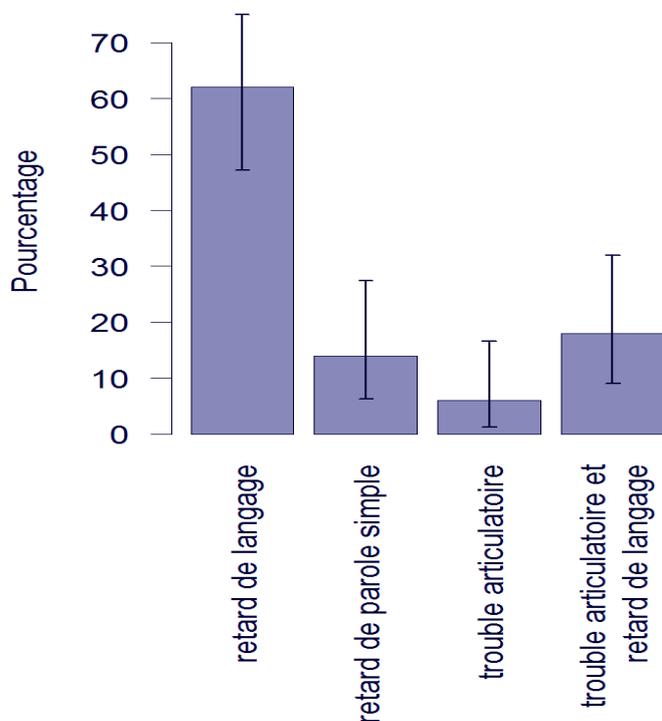


Figure 3. Troubles associés au retard de parole

Le retard de parole est :

- associé à un retard de langage dans 64% des cas
- simple dans 14% des cas
- associé à un trouble articuloire dans 6% des cas
- associé à un trouble articuloire et à un retard de langage dans 18% des cas

◆ Variable troubles ORL

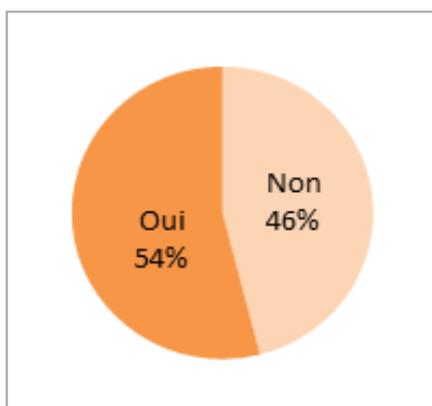


Figure 4. Antécédents ORL

54% des enfants ont des antécédents d'infections ORL et/ou d'otites à répétition.

◆ Variable prématurité

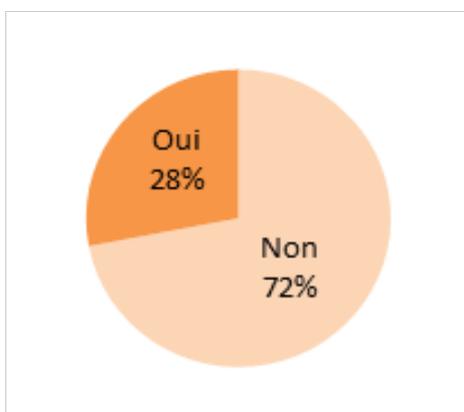


Figure 5. Antécédents de prématurité

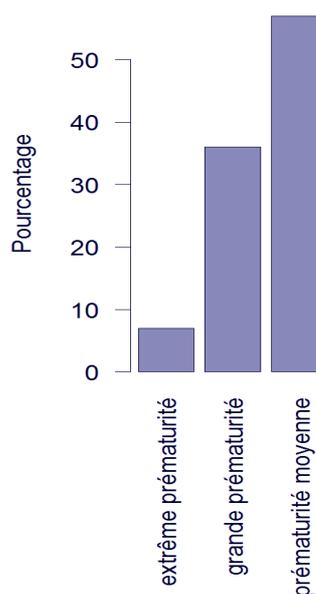


Figure 6. Degrés de prématurité (n=14)

28% des enfants de notre population d'étude sont des prématurés. Parmi eux :

- 7% sont nés avec une extrême prématurité
- 36% sont nés avec une grande prématurité
- 57% sont nés avec une prématurité moyenne

◆ Variable trouble de l'oralité alimentaire

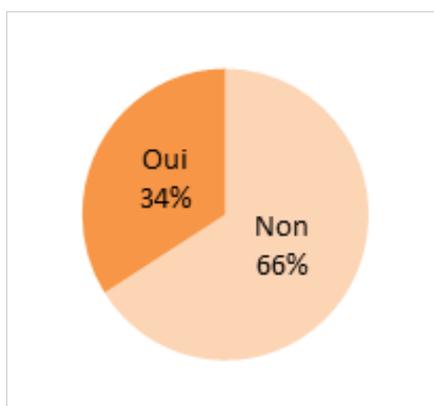


Figure 7. Présence de troubles de l'oralité alimentaire

34% des enfants ont présenté ou présentent des troubles de l'oralité alimentaire tels qu'une exacerbation du réflexe nauséux, des difficultés/refus à mâcher les morceaux, une hypersensibilité orale ou des troubles du comportement alimentaire associés à un retard de parole.

◆ Variable symptomatologie du retard de parole

Élisions de syllabes

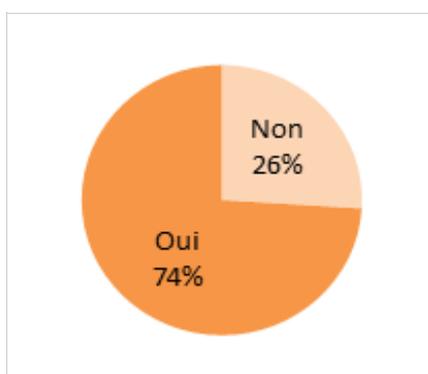


Figure 8. Élisions de syllabes

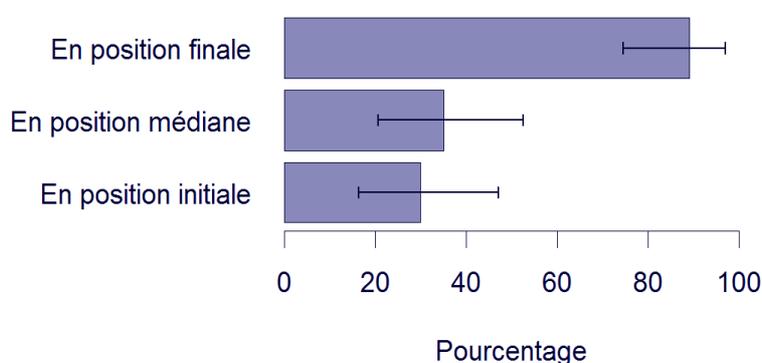


Figure 9. Description des élisions de syllabes (n=37)

Les élisions de syllabes font partie du tableau clinique du retard de parole chez 74% des enfants. Parmi ces élisions :

- 89% sont en position finale
- 35% sont en position médiane
- 30% sont en position initiale

Élisions de phonèmes

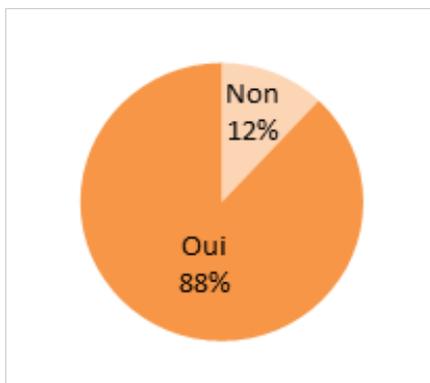


Figure 10. Élisions de phonèmes

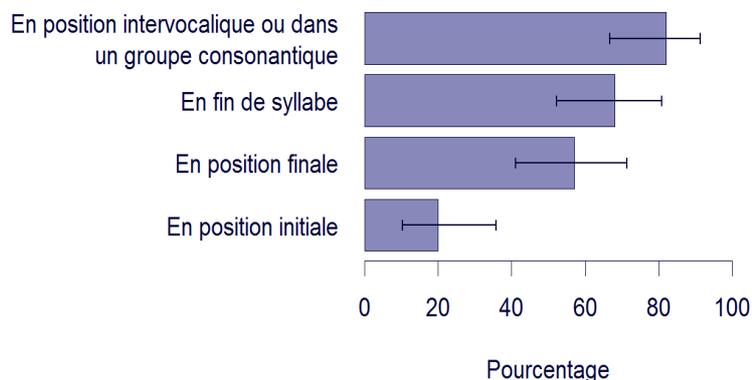


Figure 11. Description des élisions de phonèmes (n=44)

Les élisions de phonèmes font partie du tableau clinique du retard de parole chez 88% des enfants. Parmi ces élisions :

- 82% sont en position intervocalique ou dans un groupe consonantique
- 68% sont en fin de syllabe
- 57% sont en position finale
- 20% sont en position initiale

Antériorisations

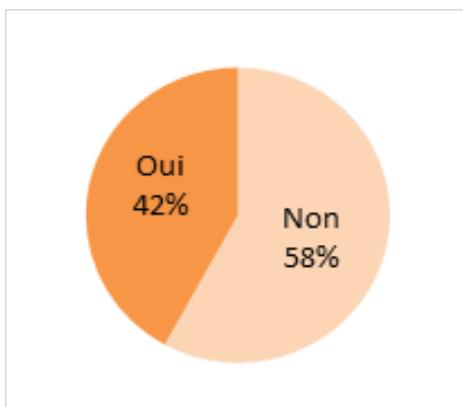


Figure 12. Antériorisations

On retrouve des antériorisations chez 42% des enfants de notre population.

Posteriorisations

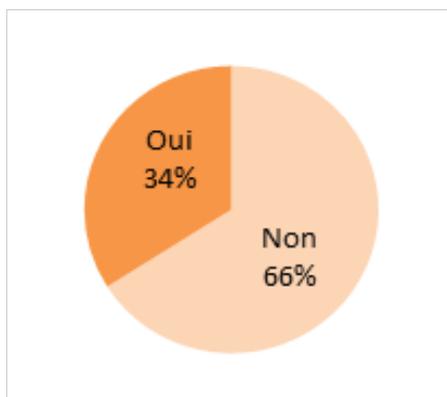


Figure 13. Posteriorisations

On retrouve des posteriorisations chez 34% des enfants de notre population.

Assimilations

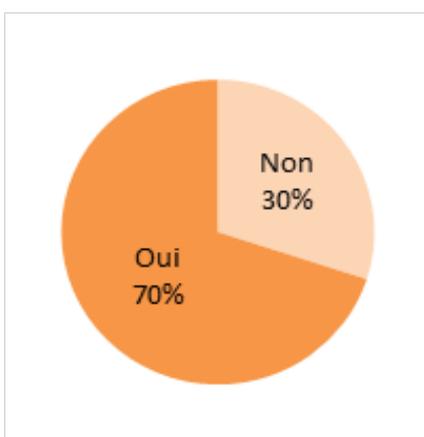


Figure 14. Assimilations

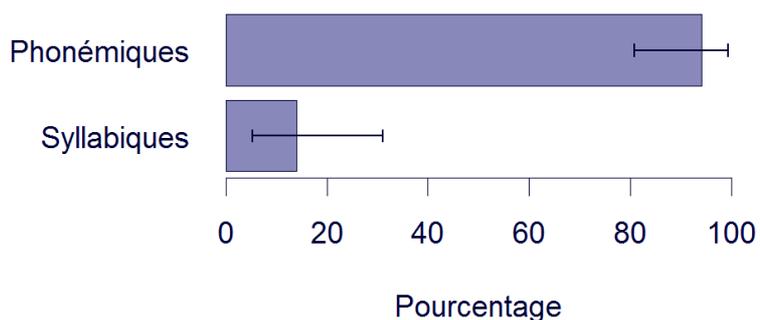


Figure 15. Description des assimilations (n=35)

Les assimilations font partie du tableau clinique du retard de parole dans 70% des cas. Elles sont phonémiques dans 94% des cas et syllabiques dans 14% des cas.

Changements de famille

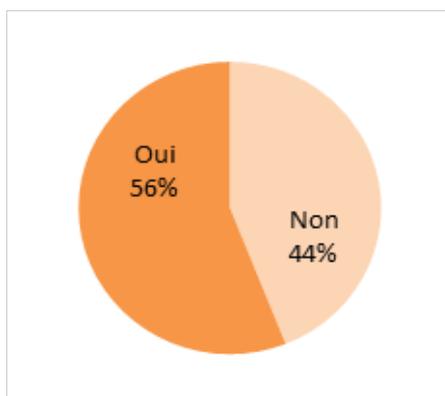


Figure 16. Changements de famille

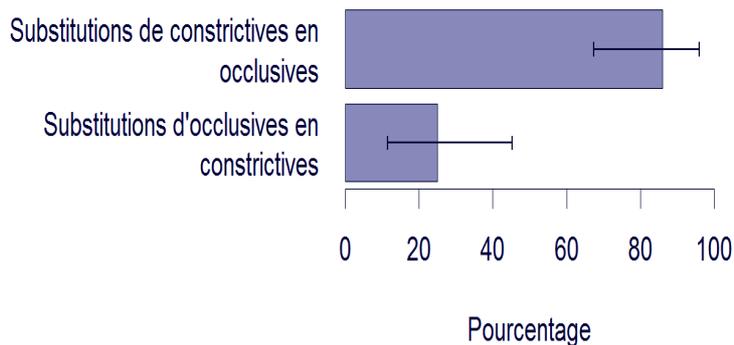


Figure 17. Description des changements de famille (n=28)

Les changements de famille sont présents à 56%. Ils concernent :

- des substitutions de phonèmes constrictifs en phonèmes occlusifs à 86%
- des substitutions de phonèmes occlusifs en phonèmes constrictifs à 25%

Changements de modalité

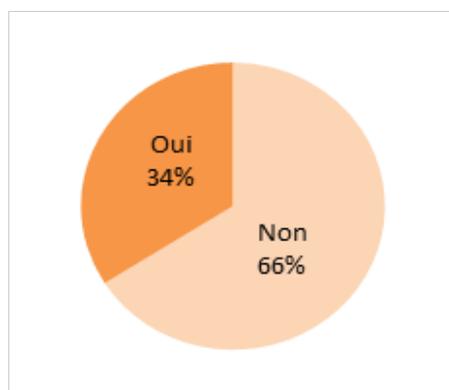


Figure 18. Changements de modalité

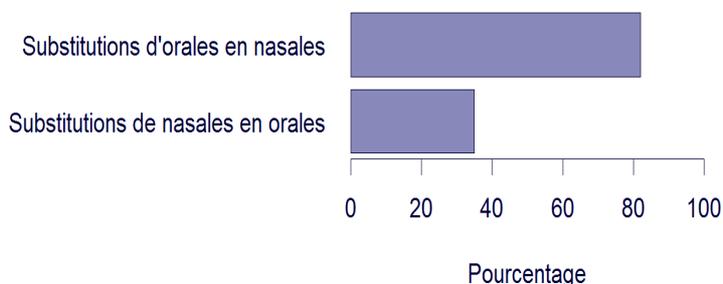


Figure 19. Description des changements de modalité (n=17)

Les changements de modalité sont présents à 34%. Ils concernent :

- des substitutions de phonèmes oraux en phonèmes nasaux à 82%
- des substitutions de phonèmes nasaux en phonèmes oraux à 35%

Changement de sonorité

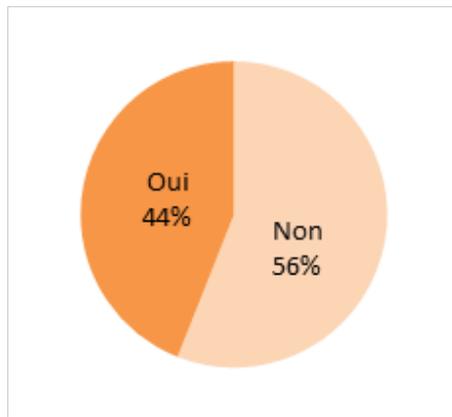


Figure 20. Changements de sonorité

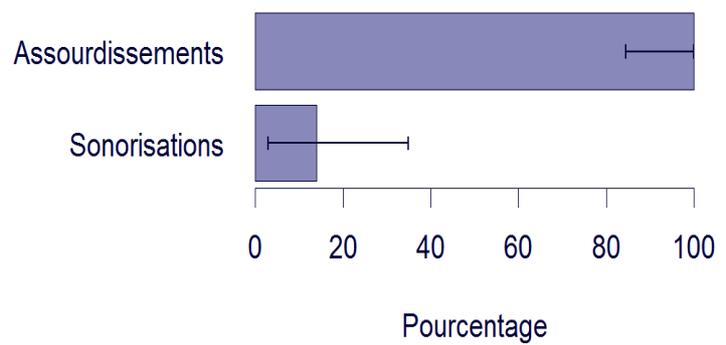


Figure 21. Description des changements de sonorité (n=22)

Les changements de sonorité sont présents à 44%. Ils concernent :

- des assourdissements à 100%
- des sonorisations à 14%

Après avoir présenté les résultats relatifs à l'analyse descriptive, nous allons désormais exposer les résultats obtenus suite aux croisements effectués par le test de Fisher exact et le test du Chi2. Une association est dite significative lorsque $p < 0,05$.

2. Analyse inférentielle

◆ Troubles de l'oralité et prématurité

Ligne : Prématurité

Colonne : Troubles de l'oralité

	Non	Oui	Total
Non	27 (75%)	9 (25%)	36
Oui	6 (46,86%)	8 (57,14%)	14
Total	33	17	50

Tableau 1. Association entre troubles de l'oralité et prématurité

Test de Fisher exact : **p=0,047**

Nous mettons en évidence une association statistiquement significative entre les troubles de l'oralité alimentaire et la prématurité, au risque de 5%.

◆ Troubles de l'oralité et élisions de syllabes

Ligne : Élisions de syllabes

Colonne : Troubles de l'oralité

	Non	Oui	Total
Non	5 (38,46%)	8 (61,54%)	13
Oui	28 (75,68%)	9 (24,32%)	37
Total	33	17	50

Tableau 2. Association entre troubles de l'oralité et élisions de syllabes

Test de Fisher exact : **p=0,021**

Nous mettons en évidence une association statistiquement significative entre les troubles de l'oralité alimentaire et les élisions de syllabes, au risque de 5%.

◆ *Troubles de l'oralité et élisions de phonèmes*

Ligne : Élisions de phonèmes

Colonne : Troubles de l'oralité

	Non	Oui	Total
Non	4 (66,67%)	2 (33,33%)	6
Oui	29 (65,91%)	15 (34,09%)	44
Total	33	17	50

Tableau 3. Association entre troubles de l'oralité et élisions de phonèmes

Test de Fisher exact : $p=1$

Nous ne mettons pas en évidence d'association statistiquement significative entre les troubles de l'oralité alimentaire et les élisions de phonèmes, au risque de 5%.

◆ *Troubles de l'oralité et antériorisations*

Ligne : Antériorisations

Colonne : Troubles de l'oralité

	Non	Oui	Total
Non	22 (75,86%)	7 (24,14%)	29
Oui	11 (52,38%)	10 (47,62%)	21
Total	33	17	50

Tableau 4. Association entre troubles de l'oralité et antériorisations

Test du Chi2 : $p= 0,0836$

Nous ne mettons pas en évidence d'association statistiquement significative entre les troubles de l'oralité alimentaire et les antériorisations, au risque de 5%.

◆ *Troubles de l'oralité et postérieures*

Ligne : Postérieures

Colonne : Troubles de l'oralité

	Non	Oui	Total
Non	23 (69,7%)	10 (30,3%)	29
Oui	10 (58,82%)	7 (41,18%)	21
Total	33	17	50

Tableau 5. Association entre troubles de l'oralité et postérieures

Test du Chi2 : **p=0,442**

Nous ne mettons pas en évidence d'association statistiquement significative entre les troubles de l'oralité alimentaire et les postérieures, au risque de 5%.

◆ *Troubles de l'oralité et assimilations*

Ligne : Assimilations

Colonne : Troubles de l'oralité

	Non	Oui	Total
Non	11 (73,33%)	4 (26,67%)	15
Oui	22 (62,86%)	13 (37,14%)	35
Total	33	17	50

Tableau 6. Associations entre troubles de l'oralité et assimilations

Test du Chi2 : **p=0,474**

Nous ne mettons pas en évidence d'association statistiquement significative entre les troubles de l'oralité alimentaire et les assimilations, au risque de 5%.

◆ *Troubles de l'oralité et changements de famille*

Ligne : Changements de famille

Colonne : Troubles de l'oralité

	Non	Oui	Total
Non	12 (54,55%)	10 (45,145%)	22
Oui	21 (75%)	7 (25%)	28
Total	33	17	50

Tableau 7. Association entre troubles de l'oralité et changements de famille

Test du Chi2 : **p= 0,13**

Nous ne mettons pas en évidence d'association statistiquement significative entre les troubles de l'oralité alimentaire et les changements de famille, au risque de 5%.

◆ *Troubles de l'oralité et changements de modalité*

Ligne : Changements de modalité

Colonne : Troubles de l'oralité

	Non	Oui	Total
Non	24 (72,73%)	9 (27,27%)	33
Oui	9 (52,94%)	8 (47,06%)	17
Total	33	17	50

Tableau 8. Association entre troubles de l'oralité et changements de modalité

Test du Chi2 : **p= 0,162**

Nous ne mettons pas en évidence d'association statistiquement significative entre les troubles de l'oralité alimentaire et les changements de modalité, au risque de 5%.

◆ *Troubles de l'oralité et changements de sonorité*

Ligne : Changements de sonorité

Colonne : Troubles de l'oralité

	Non	Oui	Total
Non	18 (64,29%)	10 (35,71%)	28
Oui	15 (68,18%)	7 (31,82%)	22
Total	33	17	50

Tableau 9. Association entre troubles de l'oralité et changements de sonorité

Test du Chi2 : $p= 0,773$

Nous ne mettons pas en évidence d'association statistiquement significative entre les troubles de l'oralité alimentaire et les changements de modalité, au risque de 5%.

Suite à cette analyse inférentielle des données, 2 associations significatives sont mises en évidence. Les principaux résultats correspondent donc aux associations entre :

- *Troubles de l'oralité et prématurité* : il y a donc significativement plus d'enfants prématurés avec des troubles de l'oralité alimentaire que d'enfants nés à terme
- *Troubles de l'oralité et élisions de syllabes* : Les enfants ayant des troubles de l'oralité alimentaire font significativement plus d'élisions de syllabes que les enfants sans troubles de l'oralité alimentaire.

Nous venons donc de présenter l'ensemble de nos résultats. Après avoir exposé les critiques et limites méthodologiques relatives à notre travail, nous répondrons à nos hypothèses, interpréterons les résultats obtenus et émettrons des hypothèses explicatives.

Discussion

1. Les principaux résultats observés

Les principaux résultats correspondent à ceux qui nous permettent de répondre à nos hypothèses de recherche, qui sont les suivantes :

- il existe une association entre les troubles de l'oralité alimentaire et certains processus de la symptomatologie du retard de parole.
- il y a significativement plus d'enfants prématurés avec des troubles de l'oralité alimentaire que d'enfants nés à terme.

D'après l'analyse inférentielle, deux associations significatives nous permettent de répondre à ces hypothèses.

En réponse à notre première hypothèse, seule une association entre le trouble de l'oralité alimentaire et les élisions de syllabes a pu être objectivée dans notre étude.

Notre hypothèse secondaire concernant la prématurité est validée. En effet, il y a significativement plus d'enfants prématurés avec un trouble de l'oralité alimentaire que d'enfants non prématurés dans notre population d'étude.

Ces résultats ont pu être démontrés grâce aux réponses recueillies suite à la diffusion de notre questionnaire.

2. Critiques méthodologiques et difficultés rencontrées

2.1. Dans la partie théorique

2.1.1. Difficultés terminologiques

Lors de la rédaction de la partie théorique, nous avons parfois rencontré des difficultés quant à la terminologie employée dans la littérature.

2.1.1.1. Les troubles de l'oralité alimentaire

Abadie et Thibault emploient les termes de « troubles de l'oralité alimentaire » ou de « dysoralité » pour parler des difficultés alimentaires de l'enfant. Ce sont ces termes que nous avons choisi d'employer, considérant qu'ils permettaient d'élargir la vision des troubles alimentaires à une dimension plus globale de l'enfant, à une approche de l'oralité par le corps dans sa globalité.

Senez, quant à elle, emploie la terminologie de « Syndrome de Dysoralité Sensorielle » pour parler des troubles de l'oralité alimentaire. Ce terme a été introduit par l'auteur et n'est pas généralisé. Senez associe la dysoralité à un réflexe nauséux exacerbé tandis que pour Abadie et Thibault, il ne s'agit que d'une manifestation possible parmi d'autres. Dès lors, on constate que la terminologie varie d'un auteur à l'autre.

Par ailleurs, les étiologies des troubles de l'oralité alimentaire avancées par les auteurs ne sont pas strictement les mêmes.

En effet, Abadie et Thibault entendent par dysoralité toute difficulté de l'oralité alimentaire causée par un trouble organique, neurologique, traumatique mais évoquent aussi la possibilité d'une étiologie psychogène. Cette dernière n'est nullement évoquée par Senez. En effet, pour elle, la dysoralité sensorielle survient par manque de stimulations sensorielles ou par manque de maturation neurologique. La dimension psychologique de l'alimentation est donc exclue de cette terminologie.

On relève ainsi une absence de consensus à ce sujet.

2.1.1.2. Le retard de parole

La terminologie de retard de parole est propre aux publications françaises. En effet, seuls les auteurs français font la distinction entre le retard et le trouble. On entend par retard, un décalage chronologique dans l'acquisition de la parole qui évolue favorablement vers un retour à la norme avec une prise en charge orthophonique. A contrario, le terme « trouble » renvoie à une difficulté qui s'inscrit dans la sévérité et la durabilité.

Cette terminologie propre à la littérature française nous a donc posé plusieurs difficultés.

Nous nous sommes heurtées à un manque de ressources bibliographiques. En effet, le retard de parole n'étant pas une terminologie consensuelle, nous étions donc limitées à la littérature française qui manque de données actuelles. Le nombre d'auteurs auxquels nous pouvions nous référer étant restreint, nous n'avons donc pas pu diversifier les ressources afin d'enrichir la réflexion autour du retard de parole.

Malgré toutes les difficultés et les questions que pose l'emploi du terme « retard de parole », nous avons tout de même choisi de le conserver, car c'est la terminologie qui est employée dans la nomenclature des actes orthophoniques ; elle fait donc écho aux orthophonistes français susceptibles de lire et de participer à notre étude.

2.2. Dans la partie pratique

2.2.1. Le questionnaire

2.2.1.1. Élaboration

Avec le recul, nous nous sommes rendu compte que l'élaboration du questionnaire s'est faite trop en amont de la revue littéraire. Nous avons voulu diffuser notre questionnaire le plus rapidement possible dans l'année, afin de laisser un maximum de temps aux orthophonistes pour répondre. Nous souhaitons recueillir le plus de réponses possible pour pouvoir effectuer un traitement statistique valide.

Le manque de connaissances lors de l'élaboration a donc conduit à certaines erreurs.

Tout d'abord, la présentation de la symptomatologie du retard de parole aurait pu être plus structurée. Nous aurions dû regrouper les éléments selon les différents processus décrits dans le tableau clinique. Cela aurait notamment permis d'éviter les oublis dans la symptomatologie.

De plus, la question du trouble articulaire aurait dû être incluse dans la question des troubles associés au retard de parole. Cette erreur a cependant pu être rectifiée pour le traitement statistique.

Le manque de connaissances en statistiques, sur lequel nous reviendrons, nous a conduites à poser des questions que nous n'avons pas pu exploiter tel que nous l'avions envisagé. Il s'agit des questions sur les troubles ORL et les degrés de prématurité. Seule une analyse descriptive de ces questions a pu être réalisée.

Bien que nous ciblions des types de dysphasies bien précis, la population des enfants dysphasiques n'aurait pas dû être incluse.

D'une part, nous n'avons pas apporté assez de précisions, il nous était donc impossible de nous assurer que les enfants dysphasiques présentaient bien des dysphasies sémantique-pragmatique ou lexico-syntaxique.

D'autre part, les troubles phonologiques sont très fréquemment inhérents au tableau clinique des troubles spécifiques du langage oral et il est donc incorrect de dire que ces enfants présentent un retard de parole associé. Nous avons cependant pu rectifier cette erreur lors du tri des réponses obtenues; les réponses concernées n'ayant pas été traitées.

2.2.1.2. Limites méthodologiques

2.2.1.2.1. Pré-test

Un pré-test consiste à proposer le questionnaire à un petit nombre de personnes afin de s'assurer de la clarté et de la pertinence des questions posées. Les réponses données ne seront pas prises en compte, mais permettront d'effectuer d'éventuelles modifications avant sa diffusion.

L'élaboration du questionnaire ayant précédé nos lectures concernant la méthodologie, nous n'avons donc pas réalisé cette étape.

2.2.1.2.2. Échantillon

Notre population cible est composée de tous les enfants entre quatre ans et six ans présentant un retard de parole. La population source, quant à elle, regroupe les orthophonistes ayant eu accès à notre questionnaire : les orthophonistes syndiquées et/ou inscrites sur les réseaux sociaux. Par conséquent, notre population source n'est pas représentative de la population cible. Notre échantillon, qui se constitue des 50 enfants pour lesquels les orthophonistes ont répondu au questionnaire, ne peut donc être représentatif.

En outre, notre échantillon est dit empirique puisqu'il n'a pas fait l'objet d'un tirage au sort. Cependant, il aurait été impossible d'effectuer un tirage au sort, ne disposant d'aucun support recensant les enfants entre 4 et 6 ans pris en charge pour un retard de parole en France. Lorsque l'échantillon est empirique, il existe différentes techniques d'échantillonnage. Celle que nous avons employée est dite « volontaire » : les orthophonistes décident donc librement de répondre ou non à notre questionnaire, celui-ci étant disponible sur internet.

Ceci constitue donc un biais important dans notre étude.

Par conséquent, les deux associations significatives mises en évidence ne peuvent être généralisées à la population cible.

2.2.1.2.3. Nombre de réponses obtenues

La diffusion d'un questionnaire auto-administré sur internet présente un inconvénient majeur car il repose sur le volontariat et expose à un faible taux de réponses. En effet, le nombre de réponses recueillies est très faible par rapport au nombre important de personnes ayant eu connaissance et accès à notre questionnaire, c'est-à-dire notre population source.

Pour obtenir un taux de réponses satisfaisant, il aurait fallu nous rendre chez les orthophonistes intéressés par notre étude pour leur présenter notre travail et notre questionnaire.

2.2.1.2.4. Recueil des réponses

La diffusion d'un questionnaire présente un biais méthodologique important puisque les réponses obtenues ne sont pas uniformisées. Pour éliminer ce biais, il aurait fallu adopter une méthodologie différente et nous déplacer chez les orthophonistes. Ceci nous aurait permis de faire passer à tous les patients le même protocole et donc de qualifier les processus de simplifications de la parole de manière plus objective.

Or, fonctionner de cette manière nous aurait restreintes dans le nombre de réponses obtenues puisque nous n'aurions pas pu viser la France entière comme nous l'avons fait en diffusant notre questionnaire. Nous avons donc choisi de privilégier le nombre de réponses dans un souci de précision des résultats statistiques.

2.2.2. Traitement statistique

Les difficultés que nous avons rencontrées au cours de la partie statistique sont majoritairement liées à un manque de connaissances personnelles en statistiques.

Afin d'effectuer le traitement statistique, nous avons été contraintes de réduire le nombre de variables à croiser. Nous avons donc dû simplifier certaines questions, notamment celles concernant les troubles de l'oralité ou la prématurité et regrouper certains processus. Par conséquent, les résultats obtenus ne reflètent pas la précision des questions formulées dans le questionnaire.

Concernant les questions semi-ouvertes, nous souhaitons effectuer des regroupements afin d'identifier les phonèmes les plus souvent substitués dans le retard de parole. Nous serons en mesure d'effectuer des regroupements pour les changements de points d'articulation, puisque les phonèmes concernés sont fréquemment identiques. Cependant, les précisions apportées concernant les substitutions de familles de sons recouvrent un panel de phonèmes beaucoup plus important, l'interprétation des réponses en sera donc plus difficile.

Lorsque nous avons élaboré notre sujet, le but était de démontrer une influence des troubles de l'oralité alimentaire sur le retard de parole. Or, le terme d'influence renvoie à une relation causale à laquelle nous ne sommes pas en mesure de conclure, en raison des tests statistiques effectués et des variables qui ne sont pas contrôlées (stimulations langagières, troubles ORL associés au trouble alimentaire). Seuls des liens peuvent donc être mis en évidence dans notre étude.

3. Discussion des résultats et validation des hypothèses

34% des enfants de notre étude présentent un trouble de l'oralité alimentaire associé à un retard de parole. Les résultats de notre étude viennent donc appuyer l'hypothèse heuristique que nous avons formulée, selon laquelle troubles de l'oralité alimentaire et retard de parole sont liés.

En raison du faible nombre de réponses recueillies, les résultats obtenus ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population cible.

3.1. Réponse aux hypothèses

3.1.1. Troubles de l'oralité et élisions de syllabes

La principale hypothèse que nous avons formulée est qu'il existe une association entre les troubles de l'oralité alimentaire et certains processus de la symptomatologie du retard de parole.

Suite à l'analyse statistique de nos données, seule l'association avec les élisions de syllabes se révèle significative (**p=0,021**). Dans notre étude, les enfants présentant un retard de parole associé à des troubles de l'oralité alimentaire font donc significativement plus d'élisions de syllabes que les enfants présentant un retard de parole sans troubles de l'oralité alimentaire associés.

La littérature ne comporte que très peu de données sur la symptomatologie du retard de parole en lien avec des troubles de l'oralité alimentaire. Il nous est donc impossible de nous référer aux connaissances préexistantes.

Selon l'analyse descriptive de nos données, 89% des élisions de syllabes concernent les syllabes finales. Cliniquement, ce sont des processus que l'on retrouve fréquemment chez les enfants présentant un retard de parole, qu'il soit associé ou non à un trouble de l'oralité alimentaire. Nous ne sommes donc pas en mesure de formuler une hypothèse permettant d'expliquer ce résultat.

3.1.2. Troubles de l'oralité et prématurité

Dans notre étude, seuls 14 enfants sur 50 sont nés prématurément. La prématurité est une variable que nous avons choisi de prendre en compte car elle représente une étiologie importante de dysoralité. Nous pensions donc que les enfants prématurés seraient plus nombreux parmi notre échantillon.

Nous avons émis l'hypothèse qu'il y a significativement plus d'enfants prématurés présentant des troubles de l'oralité alimentaire que d'enfants nés à terme. Suite à l'analyse statistique, **p=0,047**, nous sommes donc en mesure de confirmer cette hypothèse. Par ailleurs, l'analyse descriptive met en évidence la prédominance de la prématurité moyenne parmi notre échantillon.

La validation de notre hypothèse secondaire est appuyée par les données de la littérature. En effet, d'après une étude du réseau ELENA en 2012 (Loire Nord et Ardèche), 40 à 70% des prématurés ont des difficultés alimentaires contre 25% de nés à terme. De plus, les difficultés alimentaires des prématurés font consensus dans la littérature puisqu'elles sont développées par de nombreux auteurs tels que Lau, Mellier, Abadie ou Haddad.

3.2. Les antériorisations

D'après le traitement statistique de nos données, l'association entre les troubles de l'oralité alimentaire et les antériorisations n'est pas significative (**p= 0,0836**). Dans notre étude, les enfants présentant un retard de parole associé à des troubles de l'oralité n'antériorisent donc pas significativement plus que les enfants avec un retard de parole sans troubles de l'oralité.

Or, dans son ouvrage, Senez (2002) évoque les cas cliniques de patients qui ne parviennent pas à coarticuler les sons postérieurs de la parole en raison d'un réflexe nauséux exacerbé, qui se déclenche dès le recul de la langue. Elle présente donc les antériorisations comme un processus simplificateur rencontré fréquemment chez ces patients.

Notre étude avait entre autres pour objectif de vérifier statistiquement si cet élément de la symptomatologie était significatif chez les enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire. Notre résultat ne semble donc pas refléter la clinique que développe Senez .

3.3. Élisions de phonèmes et changements de sonorité

Les associations entre troubles de l'oralité alimentaire et élisions de phonèmes et entre troubles de l'oralité alimentaire et changements de sonorité ne sont pas significatives (respectivement, $p=1$ et $p= 0,13$). Les enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire ne font donc pas significativement plus d'élisions phonémiques et de changements de famille que les enfants sans troubles de l'oralité alimentaire.

La littérature ne comporte une nouvelle fois aucune donnée à laquelle se référer. Cependant, pour expliquer ces deux résultats, nous formulons une hypothèse commune. En effet, de notre point de vue, ces processus sont davantage à mettre en lien avec des difficultés d'ordre perceptif.

Notre travail est fondé sur l'existence d'un lien praxique entre les troubles de l'oralité alimentaire et le retard de parole, ce qui pourrait expliquer la non-significativité de ces deux associations.

3.4. Autres résultats

Les résultats restants sont également non significatifs. De notre point de vue, ces résultats peuvent être regroupés puisqu'ils concernent des processus plutôt en lien avec des difficultés praxiques. Par conséquent, les résultats obtenus ne vont pas dans le sens du lien praxique évoqué précédemment.

- **p=0,442** pour l'association entre troubles de l'oralité alimentaire et postérieures.

La postérieure correspond à un recul du point d'articulation. Par exemple, le mot « train » peut être prononcé « crain » puisqu'au niveau des mouvements linguaux, il est plus aisé de coordonner deux phonèmes postérieurs que de coordonner un phonème antérieur avec un phonème postérieur, ceci nécessitant un changement rapide dans la position linguale.

- **p=0,474** pour l'association entre troubles de l'oralité alimentaire et assimilations.

Les assimilations régressives (phonémiques ou syllabiques) consistent en la mise en place anticipée des organes phonateurs en vue de la prononciation du phonème suivant. Les assimilations progressives (phonémiques ou syllabiques) consistent en un retard dans l'abandon de la position articulaire du phonème précédent.

D'un point de vue pratique, les organes phonateurs ne fonctionnent pas et ne se coordonnent pas assez vite, le changement de position des organes effecteurs de la parole prend donc plus de temps.

- **p=0,13** pour l'association entre troubles de l'oralité alimentaire et changements de famille.

La transformation de phonèmes constrictifs en phonèmes occlusifs est due à des difficultés de souffle et donc de tonus jugal.

- **p=0,162** pour l'association entre troubles de l'oralité alimentaire et changements de modalité.

Les changements de modalité peuvent être dus à des difficultés de motricité vélaire. En effet, c'est le voile du palais qui vient obturer le nasopharynx lors de la production de phonèmes oraux et s'abaisse lors de la production des phonèmes nasaux, afin de laisser passer l'air dans les fosses nasales.

Bien que nous ayons attribué aux différents processus, des difficultés plutôt perceptives pour certains et praxiques pour d'autres, il est important de souligner que les aspects perceptif et moteur sont intriqués dans la production de la parole. Par conséquent, l'origine des difficultés est différente d'un enfant à l'autre, on ne peut donc pas définir de manière certaine quel aspect de la parole est prédominant pour chaque processus.

3.5. Les questions semi-ouvertes

3.5.1. Changements de point d'articulation

16 orthophonistes sur 50 ont apporté des précisions sur les sons concernés par les changements de point d'articulation. Parmi les réponses, les substitutions les plus fréquentes sont :

- antériorisations
[ch] et [j] en [s] et [z]
[k] et [g] en [t] et [d]
- postériorisations
[t] en [k]
[dr] en [gr]

3.5.2. Substitutions de classes de sons

19 orthophonistes sur 50 ont apporté des précisions sur les sons concernés par les substitutions d'une classe de sons à une autre. Devant la multiplicité des réponses données, il ne nous est pas possible de lister les phonèmes les plus souvent concernés.

4. Élargissement au champ de l'orthophonie

Le faible nombre de réponses obtenues ne permet pas de généraliser nos résultats à l'ensemble de la population cible. Par conséquent, nous n'avons pas pu apporter d'éléments précis concernant la symptomatologie du retard de parole d'enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire associé.

Cependant, nous espérons que notre travail permettra de rendre attentifs les orthophonistes aux liens étroits qui pourraient exister entre troubles de l'oralité alimentaire et troubles de l'oralité verbale et plus particulièrement le retard de parole. En effet, parmi notre échantillon, 34% des enfants présentent un trouble de l'oralité alimentaire associé à un retard de parole.

Notre étude s'inscrit tout d'abord dans le champ de la prévention. Nous espérons avoir sensibilisé les orthophonistes aux risques que présente un enfant ayant des difficultés alimentaires, de développer des difficultés de parole. En effet, devant le nombre important d'enfants présentant un retard de parole associé à un trouble de l'oralité, il nous paraît important de favoriser le plus précocement possible l'investissement de la parole et du langage de l'enfant. Cela permettrait de prévenir des difficultés éventuelles de langage oral.

Notre démarche présente un autre intérêt dans la pratique orthophonique. Bien souvent, nous abordons les domaines de l'alimentation et de la parole de manière dissociée. Pourtant, il serait intéressant d'investiguer systématiquement le déroulement de l'alimentation d'un enfant présentant un retard de parole, afin de mettre en évidence un éventuel trouble de l'oralité alimentaire sous-jacent. Ceci permettrait de mettre en place une rééducation orthophonique visant à remédier aux deux troubles de manière conjointe.

Concernant la prématurité, la mise en place d'une prise en charge orthophonique précoce est primordiale. La stimulation de la sphère oro-faciale permettra de prévenir les difficultés alimentaires ainsi que les difficultés de parole ultérieures.

Quelles que soient les difficultés de l'enfant, il est primordial de garder à l'esprit que dans la prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire, l'orthophoniste peut se trouver dans une position délicate puisque le nourrissage est l'un des rôles essentiels de la mère. Il peut alors être nécessaire de travailler en lien avec une équipe pluridisciplinaire afin d'échanger sur des situations parfois problématiques. En effet, les enjeux de l'oralité alimentaire ne se réduisent pas à l'acte alimentaire.

Conclusion

Au cours de cette année, nous avons fait le choix d'étudier la symptomatologie du retard de parole d'enfants présentant ou non des troubles de l'oralité alimentaire, afin de pouvoir adapter les axes de la prise en charge orthophonique.

Les liens entre oralités alimentaire et verbale n'ont, à ce jour, pas fait l'objet d'études scientifiques. Cependant, de plus en plus d'auteurs s'accordent sur le fait que ce lien existe, en se référant à la fois au développement sain mais aussi pathologique des oralités. Bien que ce domaine n'ait été que très peu exploré, nous avons choisi de cibler le retard de parole en raison des liens pratique et gnosique qui le lient aux troubles de l'oralité alimentaire.

Les résultats de notre étude exploratoire suggèrent la significativité de deux associations.

D'une part, il semblerait que dans notre étude, il existe un lien entre les élisions de syllabes et les troubles de l'oralité alimentaire associés à un retard de parole.

D'autre part, nous avons validé notre hypothèse secondaire. En effet, dans notre étude, il y a significativement plus d'enfants prématurés qui présentent un trouble de l'oralité alimentaire que d'enfants nés à terme.

Les perspectives de recherche sur les liens entre oralités alimentaire et verbale sont nombreuses et pourraient considérablement enrichir notre pratique orthophonique. Il serait notamment intéressant d'effectuer une étude longitudinale visant à étudier une cohorte d'enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire. L'étude consisterait à suivre ces enfants sur le long terme et de les évaluer à 4 ans, afin de déterminer s'ils présentent ou non un retard de parole. Cela permettrait donc de connaître la prévalence du retard de parole chez les enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire et d'objectiver le lien entre dysoralité et retard de parole.

Bien que peu de résultats soient significatifs, nous sommes convaincues des liens étroits qu'entretiennent oralité alimentaire et parole et plus généralement oralités alimentaire et verbale. Ce travail a donc permis d'enrichir notre future pratique orthophonique.

En effet, nous systématiserons la question de l'alimentation dès l'anamnèse, pour les enfants consultant pour des difficultés de langage oral.

De plus, nous veillerons au développement de la parole et du langage chez les enfants présentant une dysoralité, en favorisant l'investissement de la sphère orale.

Par ailleurs, ce travail a également enrichi notre réflexion. En effet, la réalisation d'une étude scientifique requiert la mise en place d'une méthodologie rigoureuse afin de permettre de nouvelles avancées. Nous avons donc été sensibilisées à l'importance de la recherche en orthophonie, domaine qui tend à se développer, notamment grâce à l'obtention du grade master.

Les enjeux de l'oralité sont déterminants puisqu' alimentation et parole sont au cœur du développement de l'enfant.

La prise en charge de ces troubles nécessite de prendre en compte l'enfant dans sa globalité, sans oublier l'environnement dans lequel il évolue. Une alliance avec les parents ainsi qu'une relation de confiance sont selon nous essentielles à l'aboutissement de la prise en soins.

Bibliographie

- ABADIE V (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*, 220 : 55-68.
- ABADIE V et al (2015). L'enfant qui ne mange pas de morceaux : Émergence d'une nouvelle pathologie entre sensorialité et société. *Troubles de l'oralité du jeune enfant : de la théorie à la pratique*. Paris, 5-6 Février.
- AIMARD P, (1984). *Les troubles du langage chez l'enfant*. Que sais-je, Presses universitaires de France.
- ARAM D-M, NATION J-E (1982). *Child Language Disorders*. St Louis : Mosby.
- BARBIER I (2010). Une cuillerée pour papa... Une cuillerée pour maman... Mais bébé, lui, ne mange pas... Comment accompagner le refus alimentaire chez l'enfant. *Rééducation orthophonique : la guidance/accompagnement familial auprès de l'enfant handicapé*, 242 : 67-77.
- BERTRAND R (2009). *Retard de parole, de langage, pratique de rééducation*. Isbergues : Ortho Edition.
- BLANCHET A, GOTMAN A (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Collin
- BOUBLI M, PINOL-DOURIEL M (1996). Du jeu des sensorialités à l'élaboration d'un premier langage. *Actes scientifiques du congrès international d'orthophonie de Deauville*. Isbergues : Orthoédition.
- BRIN F et al (1997). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition.
- BURKLOW K- A (1998). Classifying Complex Pediatric Feeding Disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*. Volume 27, Issue 2 : 143-147
- CHEVRIE-MULLER C, NARBONA J (1999). *Le langage de l'enfant aspects normaux et pathologiques*. Paris : Masson.
- COQUET F (2004). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent : Méthodes et techniques de rééducation*. Isbergues : Ortho édition.
- COULY G (1985). La succion, indice qualitatif de maturation néonatale. *Archives de pédiatrie*, 42 : 743-745.
- DE BROCA A (2002). *Le développement de l'enfant : aspects neuro-psycho-sensoriels*. Paris : Masson
- DELAHAIE M (2009). *L'évolution du langage chez l'enfant : de la difficulté au trouble*. INPES.
- DELAOUTRE-LONGUET C (2007). Prématurité et succion. *Glossa*, 99 : 48-63.
- GRABSKI K, SATO M (2014). La nature sensorimotrice de la parole. *Rééducation orthophonique : Neuroimagerie et orthophonie : de la recherche à la pratique clinique*, 260 : 33-52.

- HADDAD M (2007). Prise en charge orthophonique du bébé prématuré en néonatalogie. *Orthomagazine*, 68 : 33-37.
- HADDAD M (2008). Le rôle du toucher dans la prise en charge orthophonique du bébé prématuré en service de néonatalogie. *Rééducation orthophonique : le toucher thérapeutique en orthophonie*, 236 : 17-23
- LANGMAN J, SADLER T (2007). *Embryologie médicale*. Paris : Pradel eds
- LAU C (2007). Développement de l'oralité chez le nouveau-né prématuré. *Archives de pédiatrie*, 14 : 35-41
- LEROY-MALHERBE V et al (2004). Consultation autour des troubles de la déglutition de l'enfant : de l'analyse physiopathologique au diagnostic. *Rééducation orthophonique : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*, 220 : 69-82
- LE ROY J, PIERRETTE M (2012). *Petit manuel méthodologique du questionnaire de recherche. De la conception à l'analyse*. Paris : Enrick B. Editions
- MANIKAM R, PERMAN J (2000). Pediatric feeding disorders. *Journal of clinical gastroenterology*, Volume 30, Issue 1 : 34-46
- MAC NEILAGE PF et al (1998). The frame/content theory of evolution of speech production. *Behavioral and Brain Science*, 21 : 499-546
- MELLIER D et al (2008). Le nouveau-né prématuré : un modèle pour l'étude du développement du comportement alimentaire. *Enfance*, 60 : 241-249
- MERCIER A (2004). La nutrition entérale ou l'oralité troublée. *Rééducation orthophonique : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*, 220 : 33-45
- PUECH M, VERGEAU D (2004). Dysoralité du refus à l'envie. *Rééducation orthophonique : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*, 220 : 123-137
- RONDAL J-A (1998). *Votre enfant apprend à parler*. Liège : Mardaga
- RONDAL J-A (2000). *Troubles du langage, bases théoriques, diagnostic et rééducation*. Liège : Mardaga.
- ROUSSEAU T (2013). *Les approches thérapeutiques en orthophonie. Tome 1 : Prise en charge orthophonique des troubles du langage oral*. Isbergues : Ortho Edition.
- SCHELSTRAETE M-A (2011). *Traitement du langage oral chez l'enfant, interventions et indications cliniques*. Paris : Masson
- SCHWARTZ et al (2002). Phonology in a theory of perception-for-action-control. *Phonology : From phonetics to cognition* : 240-280.
- SENEZ C (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Marseille : Solal.
- THIBAUT C (2007). *Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant*. Issy-les Moulineaux, Masson.

THIBAUT C (2008). Oralité alimentaire et verbale, la langue : un organe-clé. *Orthomagazine*, 79 : 16-21.

THIBAUT C (2010). Pour une intervention orthophonique précoce. *Orthomagazine*, 91 : 18-24.

THIBAUT C (2012). Les enjeux de l'oralité. *Les entretiens de bichat* : 115-136.

THIBAUT C, PITROU M (2012). *L'aide mémoire des troubles du langage et de la communication*. Paris : Dunod.

VANNIER S (2008). Quand l'enfant ne mâche pas ses mots. *Orthomagazine*, 79 :22-24

Sites internet

www.epipage2.inserm.fr

www.who.int (site de l'OMS)

www.chu-st-etienne.fr

Liste des annexes

Liste des annexes :

Annexe n°1 : Glossaire

Annexe n°2 : Embryogenèse des organes de la face

**Annexe n°3 : Modèle de traitement de la parole de
Stackhouse et Wells (1997)**

Annexe n°4 : Questionnaire