



Département d'Orthophonie  
Gabriel DECROIX

# ANNEXES

## DU MEMOIRE

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

**Chloé DUMORTIER**

**Surdité et oralité alimentaire chez le jeune enfant :  
quels liens ?**

MEMOIRE dirigé par :

**Marie CRACCO**, Orthophoniste en libéral à Comines

**L a GUITTOT**, Orthophoniste à l'IRPA de Ronchin et chargée de cours au Département  
d'Orthophonie de l'Université de Lille

Lille – 2018

# **Annexe 1 : Classification audiométrique des déficiences auditives selon le BIAP.**

## **I. Audition normale ou subnormale**

La perte tonale moyenne ne dépasse pas 20 dB. Il s'agit éventuellement d'une atteinte tonale légère sans incidence sociale.

## **II. Déficience auditive légère**

La perte tonale moyenne est comprise entre **21 dB et 40 dB**.

La parole est perçue à voix normale, elle est difficilement perçue à voix basse ou lointaine.

La plupart des bruits familiaux sont perçus.

## **III. Déficience auditive moyenne**

**Premier degré** : la perte tonale moyenne est comprise entre **41 et 55 dB**.

**Deuxième degré** : la perte tonale moyenne est comprise entre **56 et 70 dB**.

La parole est perçue si on élève la voix. Le sujet comprend mieux en regardant parler. Quelques bruits familiers sont encore perçus.

## **IV. Déficience auditive sévère**

**Premier degré** : la perte tonale moyenne est comprise entre **71 et 80 dB**.

**Deuxième degré** : la perte tonale moyenne est comprise entre **81 et 90 dB**.

La parole est perçue à voix forte près de l'oreille.

Les bruits forts sont perçus.

## **V. Déficience auditive profonde**

**Premier degré** : la perte tonale moyenne est comprise entre **91 et 100 dB**.

**Deuxième degré** : la perte tonale moyenne est comprise entre **101 et 110 dB**.

**Troisième degré** : la perte tonale moyenne est comprise entre **111 et 119 dB**.

Aucune perception de la parole.

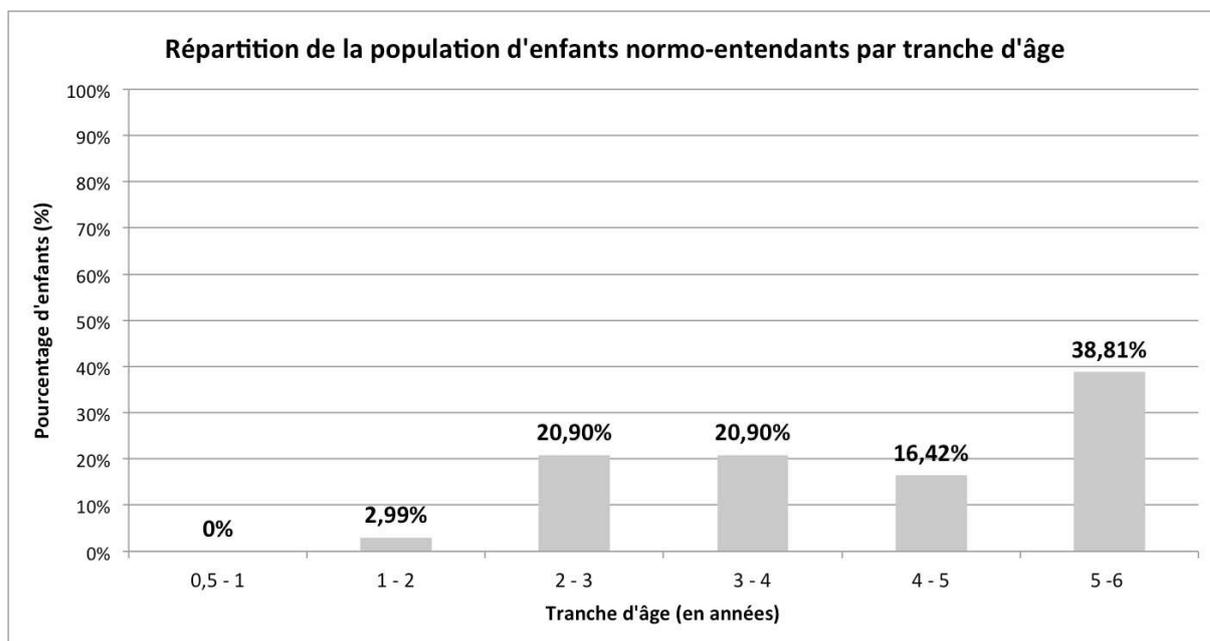
Seuls les bruits très puissants sont perçus.

## **VI. Déficience auditive totale - Cophose**

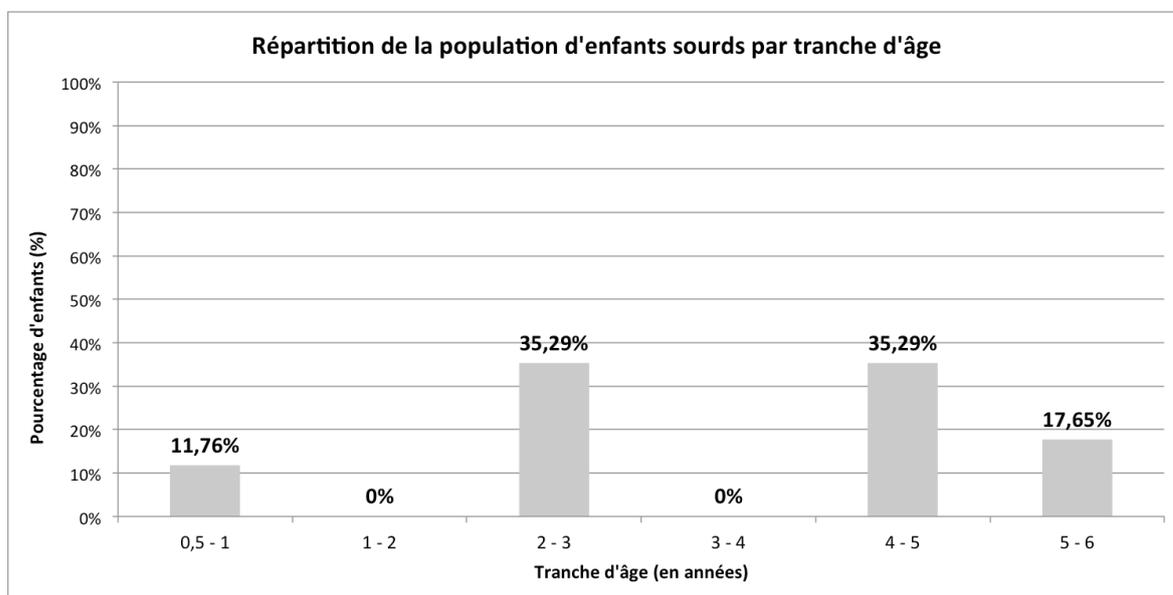
La perte moyenne est de **120 dB**.

Rien n'est perçu

## Annexe 2 : Répartition de la population d'enfants normo-entendants, par tranche d'âge.



### **Annexe 3 : Répartition de la population d'enfants sourds, par tranche d'âge.**



## Annexe 4 : Classification des signes repérés lors du bilan selon 4 axes (Bandelier, 2015).



# Annexe 5 : Questionnaire version enfants normo-entendants.

## Questionnaire

Quelle est la date de naissance de votre enfant ?

..... / ..... / .....

Votre enfant est :  une fille  un garçon

Votre enfant est suivi par un orthophoniste pour des troubles de l'oralité ?  Oui  Non

### Partie 1 : Développement de l'oralité alimentaire

- 1) Quel a été le mode d'alimentation de votre enfant à la naissance ?  
 Allaitement  Biberon  Allaitement + Biberon  Autre : .....
- Si votre enfant est passé de l'allaitement au biberon, comment s'est déroulée cette transition ?  
 Très bien  Plutôt bien  Moyennement  Plutôt mal  Très mal
- 2) Votre enfant a-t-il présenté des difficultés de succion à la naissance ?  
 Oui  Non  
→ Si oui, lesquelles ? (*plusieurs choix possibles*)  
 fuites de lait  fausses routes  nausées  vomissements  
 lenteur  faible quantité ingérée
- 3) Votre enfant a-t-il une habitude de succion non nutritive (*objet qu'il met en bouche et tête/suce*) ?  
 Oui  Non  
→ Si oui, laquelle (ou lesquelles) ? (*plusieurs choix possibles*)  
 Tétine  Pouce  Doudou  Autre(s) : (*préciser*) : .....
- 4) Comment s'est passé l'introduction d'autres aliments que le lait ?  
 Très bien  Plutôt bien  Moyennement  Plutôt mal  Très mal  
➤ Vers quel âge cela s'est fait ? .....
- Quels étaient ces premiers aliments ?  Fruits  Légumes  Autre(s) : .....
- Exemples : .....
- 5) Comment s'est passé le passage à la cuillère ?  
 Très bien  Plutôt bien  Moyennement  Plutôt mal  Très mal  
→ S'il y a eu des difficultés, quelles étaient-elles ? (*plusieurs choix possibles*)  
 difficultés de prise en bouche  difficultés de fermeture de bouche  
 réflexe nauséeux  Autre(s) : .....
- 6) Quelles sont les textures que votre enfant mange actuellement ? (*plusieurs réponses possibles*)  
 Liquide  Mixé  Morceaux mous  Morceaux durs
- 7) Vers quel âge avez vous introduit les morceaux mous (*type banane, légumes cuits*) ?  
.....  
➤ Y a-t-il eu des difficultés ?  Oui  Non  
→ Si oui, lesquelles ? .....

8) Vers quel âge avez vous introduit les morceaux durs ?

➤ Y a-t-il eu des difficultés ?  Oui  Non

→ Si oui, lesquelles ? .....

9) En moyenne, combien de bouchées votre enfant mange-t-il par repas ?

aucune  Moins de 5  de 5 à 10  Plus de 10

10) Quelle est la durée moyenne d'un repas de votre enfant ?

moins de 15 minutes  de 15 à 30 minutes  
 de 30 minutes à 1 heure  plus d'1 heure

11) Savez-vous s'il existe (ou s'il a existé) des difficultés d'alimentation dans la famille ?

Oui  Non

Si oui, pour qui ? .....

### Partie 2 : Le comportement de votre enfant lors des repas

(Merci de ne choisir qu'une seule réponse par affirmation)

|  | Jamais | Parfois | Souvent | Toujours |
|--|--------|---------|---------|----------|
| 1) Votre enfant prend ses repas avec toute la famille.   |        |         |         |          |
| 2) Votre enfant est intéressé par le contenu de son assiette ou de celle des autres.                                     |        |         |         |          |
| 3) Votre enfant goûte facilement de nouveaux aliments.   |        |         |         |          |
| 4) Votre enfant prend plaisir à manger.  |        |         |         |          |
| 5) Votre enfant mange plus facilement lorsque son attention est détournée par une autre activité (télévision, jouets..). |        |         |         |          |
| 6) Votre enfant a des comportements d'évitement (détourne la tête, refuse d'ouvrir la bouche, se sauve) lors des repas . |        |         |         |          |
| 7) Votre enfant refuse de manger.  |        |         |         |          |
| 8) Votre enfant recrache les morceaux après les avoir mâchés.  |        |         |         |          |
| 9) Votre enfant choisit les aliments qu'il veut manger selon leur goût, leur texture, leur couleur ou leur température.  |        |         |         |          |
| 10) Ressentez-vous de l'appréhension de la part de votre enfant quand vient le moment du repas ?                         |        |         |         |          |

11) D'après vous, comment se passent les repas d'une manière générale ?  
 Très bien     Plutôt bien     Moyennement     Plutôt mal     Très mal

**Partie 3 : La sensorialité de votre enfant**

(Merci de ne choisir qu'une seule réponse par affirmation)

|   | Jamais | Parfois | Souvent | Toujours |
|---|--------|---------|---------|----------|
| 1) Votre enfant porte les objets à la bouche.   |        |         |         |          |
| 2) Votre enfant a des nausées (haut-le-cœur) lorsqu'il sent certaines odeurs.   |        |         |         |          |
| 3) Votre enfant tolère les soins d'hygiène corporelle (lavage du visage, mouchage, coupage des ongles, etc..).                                    |        |         |         |          |
| 4) Votre enfant accepte qu'on lui brosse les dents.   |        |         |         |          |
| 5) Votre enfant supporte d'avoir les mains en contact avec des matières mouillées, collantes, des aliments, de la peinture, de la pâte à modeler. |        |         |         |          |
| 6) Votre enfant supporte de marcher pieds nus dans le sable ou dans l'herbe.  |        |         |         |          |
| 7) Votre enfant réagit sensiblement aux températures froides et/ou chaudes, notamment lors du bain ou des repas.                                  |        |         |         |          |
| 8) Votre enfant refuse certains aliments en fonction de leur odeur, goût, textures ou de leur aspect.   |        |         |         |          |
| 9) Votre enfant avale les aliments sans les mâcher.   |        |         |         |          |
| 10) Votre enfant vomit quand il mange des morceaux.   |        |         |         |          |

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.  
 Les données récoltées resteront confidentielles et anonymes.

Souhaitez-vous être informé des résultats du mémoire ?  OUI     NON

Si oui, merci d'indiquer votre adresse mail : .....

# Annexe 6 : Questionnaire version enfants sourds.

## Questionnaire

Quelle est la date de naissance de votre enfant ?

..... / ..... / .....

Votre enfant est :  une fille  un garçon

Votre enfant est suivi par un orthophoniste pour des troubles de l'oralité ?  Oui  Non

### Partie 1 : Historique de la surdité

1) Quelle est la perte auditive de votre enfant ?

*OREILLE DROITE (un seul choix)*

- Sévère – premier degré (71 à 80 dB)  
 Sévère – second degré (81 à 90 dB)  
 Profonde – premier degré (91 à 100 dB)  
 Profonde – deuxième degré (101 à 110 dB)  
 Profonde – troisième degré (111 à 119 dB)

*OREILLE GAUCHE (un seul choix)*

- Sévère – premier degré (71 à 80 dB)  
 Sévère – second degré (81 à 90 dB)  
 Profonde – premier degré (91 à 100 dB)  
 Profonde – deuxième degré (101 à 110 dB)  
 Profonde – troisième degré (111 à 119 dB)

2) A quel âge sa surdité a été diagnostiquée ? .....

3) La surdité de votre enfant fait-elle partie d'un syndrome ?

- Oui  Non  Ne sait pas

4) De quel type d'appareillage bénéficie votre enfant ?

*OREILLE DROITE :*

- Aucun  
 Prothèse contours d'oreille  
 Implant cochléaire  
 Autre (préciser) : .....

*OREILLE GAUCHE*

- Aucun  
 Prothèse contours d'oreille  
 Implant cochléaire  
 Autre (préciser) : .....

5) A quel âge a-t-il été appareillé ?

*OREILLE DROITE :* ..... *OREILLE GAUCHE :* .....

6) En moyenne, combien de temps sont portés les appareillages par jour ?

- Moins de 4 heures  Entre 6 et 8 heures  
 Entre 4 et 6 heures  Plus de 8 heures

7) Votre enfant bénéficie d'une prise en charge **orthophonique** relative à sa surdité

- Oui  Non

8) Votre enfant bénéficie d'une autre prise en charge relative à sa surdité

- Oui  Non

→ Si oui, laquelle ou lesquelles ? (plusieurs choix possibles)

- Psychomotricité  Ergothérapie  Kinésithérapie  
 Psychologique  Autre(s) : .....

9) Votre enfant présente un trouble vestibulaire associé à sa surdité

- Oui  Non

- 10) Comment communiquez-vous avec votre enfant ? (*plusieurs choix possibles*)  
 Oral  Langage parlé complété  Français signé  
 Langue des signes française  Autre(s) : .....

## Partie 2 : Développement de l'oralité alimentaire

- 1) Quel a été le mode d'alimentation de votre enfant à la naissance ?  
 Allaitement  Biberon  Allaitement + Biberon  Autre : .....
- Si votre enfant est passé de l'allaitement au biberon, comment s'est déroulée cette transition ?  
 Très bien  Plutôt bien  Moyennement  Plutôt mal  Très mal
- 2) Votre enfant a-t-il présenté des difficultés de succion à la naissance ?  
 Oui  Non
- Si oui, lesquelles ? (*plusieurs choix possibles*)  
 fuites de lait  fausses routes  nausées  vomissements  
 lenteur  faible quantité ingérée
- 3) Votre enfant a-t-il une habitude de succion non nutritive (*objet qu'il met en bouche et tête/suce*) ?  
 Oui  Non
- Si oui, laquelle (ou lesquelles) ? (*plusieurs choix possibles*)  
 Tétine  Pouce  Doudou  Autre(s) : (*préciser*) : .....
- 4) Comment s'est passé l'introduction d'autres aliments que le lait ?  
 Très bien  Plutôt bien  Moyennement  Plutôt mal  Très mal
- Vers quel âge cela s'est fait ? .....
- Quels étaient ces premiers aliments ?  Fruits  Légumes  Autre(s) : .....
- Exemples : .....
- 5) Comment s'est passé le passage à la cuillère ?  
 Très bien  Plutôt bien  Moyennement  Plutôt mal  Très mal
- S'il y a eu des difficultés, quelles étaient-elles ? (*plusieurs choix possibles*)  
 difficultés de prise en bouche  difficultés de fermeture de bouche  
 réflexe nauséeux  Autre(s) : .....
- 6) Quelles sont les textures que votre enfant mange actuellement ? (*plusieurs réponses possibles*)  
 Liquide  Mixé  Morceaux mous  Morceaux durs
- 7) Vers quel âge avez vous introduit les morceaux mous (*type banane, légumes cuits*) ?  
.....
- Y a-t-il eu des difficultés ?  Oui  Non
- Si oui, lesquelles ? .....
- 8) Vers quel âge avez vous introduit les morceaux durs ?  
.....
- Y a-t-il eu des difficultés ?  Oui  Non
- Si oui, lesquelles ? .....

9) En moyenne, combien de bouchées votre enfant mange-t-il par repas ?  
 aucune       Moins de 5       de 5 à 10       Plus de 10

10) Quelle est la durée moyenne d'un repas de votre enfant ?  
 moins de 15 minutes       de 15 à 30 minutes  
 de 30 minutes à 1 heure       plus d'1 heure

11) Savez-vous s'il existe (ou s'il a existé) des difficultés d'alimentation dans la famille ?  
 Oui       Non  
 Si oui, pour qui ? .....

**Partie 3 : Le comportement de votre enfant lors des repas**

*(Merci de ne choisir qu'une seule réponse par affirmation)*

|  | Jamais | Parfois | Souvent | Toujours |
|--|--------|---------|---------|----------|
| 1) Votre enfant prend ses repas avec toute la famille.   |        |         |         |          |
| 2) Votre enfant est intéressé par le contenu de son assiette ou de celle des autres.                                     |        |         |         |          |
| 3) Votre enfant goute facilement de nouveaux aliments.   |        |         |         |          |
| 4) Votre enfant prend plaisir à manger.  |        |         |         |          |
| 5) Votre enfant mange plus facilement lorsque son attention est détournée par une autre activité (télévision, jouets..). |        |         |         |          |
| 6) Votre enfant a des comportements d'évitement (détourne la tête, refuse d'ouvrir la bouche, se sauve) lors des repas . |        |         |         |          |
| 7) Votre enfant refuse de manger.  |        |         |         |          |
| 8) Votre enfant recrache les morceaux après les avoir mâchés.  |        |         |         |          |
| 9) Votre enfant choisit les aliments qu'il veut manger selon leur gout, leur texture, leur couleur ou leur température.  |        |         |         |          |
| 10) Ressentez-vous de l'appréhension de la part de votre enfant quand vient le moment du repas ?                         |        |         |         |          |

11) D'après vous, comment se passent les repas d'une manière générale ?  
 Très bien       Plutôt bien       Moyennement       Plutôt mal       Très mal

#### Partie 4 : La sensorialité de votre enfant

(Merci de ne choisir qu'une seule réponse par affirmation)

|   | Jamais | Parfois | Souvent | Toujours |
|---|--------|---------|---------|----------|
| 1) Votre enfant porte les objets à la bouche.   |        |         |         |          |
| 2) Votre enfant a des nausées (haut-le-cœur) lorsqu'il sent certaines odeurs.   |        |         |         |          |
| 3) Votre enfant tolère les soins d'hygiène corporelle (lavage du visage, mouchage, coupage des ongles, etc..).                                    |        |         |         |          |
| 4) Votre enfant accepte qu'on lui brosse les dents.   |        |         |         |          |
| 5) Votre enfant supporte d'avoir les mains en contact avec des matières mouillées, collantes, des aliments, de la peinture, de la pâte à modeler. |        |         |         |          |
| 6) Votre enfant supporte de marcher pieds nus dans le sable ou dans l'herbe.  |        |         |         |          |
| 7) Votre enfant réagit sensiblement aux températures froides et/ou chaudes, notamment lors du bain ou des repas.                                  |        |         |         |          |
| 8) Votre enfant refuse certains aliments en fonction de leur odeur, goût, textures ou de leur aspect.   |        |         |         |          |
| 9) Votre enfant avale les aliments sans les mâcher.   |        |         |         |          |
| 10) Votre enfant vomit quand il mange des morceaux.   |        |         |         |          |

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.  
Les données récoltées resteront confidentielles et anonymes.

Souhaitez-vous être informé des résultats du mémoire ?  OUI  NON

Si oui, merci d'indiquer votre adresse mail : .....

## Annexe 7 : Lettre d'information transmise aux parents.



Département d'Orthophonie  
Gabriel Decroix

Chloé Dumortier  
Etudiante en 5<sup>ème</sup> année  
Département d'orthophonie, Lille  
*chloe.dumortier-2@etu.univ-lille2.fr*

Objet : Information aux parents - questionnaire

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante en 5<sup>ème</sup> année au Département d'orthophonie de l'université de Lille, je sollicite votre attention afin de mener à bien mon mémoire de fin d'études.

Ce mémoire a pour but d'étudier le lien qui existerait entre la surdité et les troubles de l'oralité alimentaire. Il est encadré par Madame Guittot et Madame Cracco, orthophonistes.

Pour effectuer ce travail, je réalise une enquête à l'aide d'un questionnaire portant sur le développement de l'alimentation chez les enfants sourds et chez les enfants normo-entendants, âgés de 6 mois à 6 ans. Dans un souci de représentativité, il m'est nécessaire de récolter le plus de réponses possible, c'est pourquoi votre aide me serait précieuse.

Le remplissage de ce questionnaire vous demandera entre 5 et 10 minutes. Les données récoltées seront analysées de façon anonyme et confidentielle.

Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à me contacter.

En vous remerciant par avance pour votre participation,

Chloé Dumortier