

MEMOIRE

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

Emilie GERAY

soutenu publiquement en juin 2019

**Interrelation orthophoniste et chirurgien-dentiste
dans la prise en soin des enfants présentant un
trouble de l'oralité alimentaire sans pathologie
associée :
Création d'un outil permettant une meilleure collaboration**

MEMOIRE dirigé par

Nathalie FOUMOU-MORETTI, Orthodontiste à Carvin et au centre de compétences des
malformations cranio-maxillo-faciales du CHRU de Lille

Émeline LESECQ-LAMBRE, Orthophoniste libérale à Hem et au centre de compétences des
malformations cranio-maxillo-faciales du CHRU de Lille

Lille – 2019

« Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin » (Proverbe africain)

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes directrices de mémoire, Mme Fougou-Moretti et Mme Lesecq-Lambre pour avoir accepté de me suivre dans ce projet. Je les remercie également pour leurs conseils et leurs remarques qui m'ont permis de mener à bien ce mémoire.

Je souhaiterais aussi remercier Mme Biserte et Mme Delfosse pour m'avoir permis de diffuser le questionnaire et pour leur intérêt porté à ce mémoire.

Merci aux chirurgiens-dentistes et aux orthodontistes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire, car sans eux, je n'aurais pas pu réaliser ce mémoire. L'intérêt qu'ils ont porté à la création de ce partenariat a été une grande source de motivation.

Merci au chirurgien-dentiste et à l'orthodontiste ainsi qu'aux patients et à leur famille de m'avoir permis d'assister à leur consultation pour que je puisse tester la fiche de liaison et prendre conscience des difficultés engendrées par le trouble de l'oralité alimentaire.

Merci à mes maîtres de stages de m'avoir transmis leur savoir et leur passion pour ce métier.

Merci à mes copines lilloises pour ces cinq merveilleuses années passées à leurs côtés.

Merci à ma famille et à mes amies pour leurs encouragements et leur soutien sans faille depuis toutes ces années. Vous avez été ma force et mon oxygène.

Enfin, merci à mes parents qui ont su me motiver quand j'en ressentais le besoin mais aussi pour leur relecture et leurs précieux conseils. Et un grand merci à ma maman, car sans elle, je n'en serais peut-être pas là aujourd'hui.

Résumé :

De plus en plus de professionnels de santé sont sensibilisés au trouble de l'oralité alimentaire, mais il existerait une méconnaissance de celui-ci dans le domaine dentaire. Or, le chirurgien-dentiste intervient au plus près des difficultés de l'enfant. L'aversion fréquente pour les soins d'hygiène bucco-dentaire peut conduire à terme à des pathologies dentaires pouvant impacter le bien-être de l'enfant et son équilibre familial. La réalisation des soins dentaires pourrait s'avérer compliquée en raison des difficultés engendrées par ce trouble mais également à cause de ce manque de connaissances.

L'objectif de ce mémoire sera de sensibiliser les chirurgiens-dentistes au trouble de l'oralité alimentaire et les orthophonistes à l'importance de l'hygiène bucco-dentaire. Il permettra également la création d'un partenariat grâce à l'élaboration d'une fiche de liaison à destination de ces deux professionnels, permettant une meilleure prise en soin du patient.

Nous avons interrogé 70 chirurgiens-dentistes et orthodontistes par le biais d'un questionnaire numérique. Celui-ci s'intéressait à leur pratique clinique, à la connaissance de ce trouble ainsi qu'à l'intérêt porté à la création d'une fiche de liaison.

L'analyse des résultats a révélé que la quasi totalité des professionnels était favorable à la création de cette fiche qui pourrait s'avérer utile dans leur pratique.

Dans cette perspective, une fiche de liaison a ainsi été créée afin de faciliter les échanges entre le chirurgien-dentiste et l'orthophoniste.

Mots-clés :

Trouble de l'oralité alimentaire, hygiène bucco-dentaire, chirurgien-dentiste, partenariat, fiche de liaison.

Abstract :

More and more health professionals are aware of the feeding disorders, but there is a lack of knowledge about it in the dental field. However, the dentist intervenes as closely as possible to the child's difficulties. The frequent aversion to oral hygiene care can eventually lead to dental pathologies that impact the child's well-being and family balance. The execution of dental care could be complicated due to the difficulties caused by these disorders but also due to this lack of knowledge.

The objective of this memory will be to raise awareness among dentists about the feeding disorders and speech therapists about the importance of oral hygiene. It will also allow the creation of a partnership through the development of a link sheet for these two professionals, allowing better patient care.

70 dentists and orthodontists were interviewed through a digital questionnaire which focused on clinical practice, knowledge of this disorder and interest in creating a link sheet.

The analysis of the results revealed that almost all professionals were in favour of creating this sheet, which could be useful in their practice.

In this perspective, a link sheet has been created to facilitate exchanges between the dentist and the speech therapist.

Keywords :

Feeding disorders, oral hygiene, dentist, partnership, link sheet.

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	1
1.L'oralité.....	1
1.1.Définition.....	1
1.2.Développement de l'oralité alimentaire.....	2
1.2.1.L'oralité primaire.....	2
1.2.2.L'oralité secondaire.....	2
2.Le trouble de l'oralité alimentaire.....	3
2.1.Définition.....	3
2.2.Signes cliniques.....	3
2.3.Étiologies.....	4
2.3.1.Difficultés d'ordre gnoso-praxique.....	4
2.3.2.Difficultés d'ordre sensoriel.....	5
2.3.3.Difficultés d'ordre comportemental.....	5
2.4.Prévalence.....	6
3.Hygiène bucco-dentaire.....	6
3.1.Définition.....	6
3.2.Recommandations nationales.....	6
3.2.1.Chez le jeune enfant.....	6
3.2.2.Chez l'enfant et l'adolescent.....	7
3.3.Campagnes de prévention.....	7
4.Lésions dentaires.....	8
4.1.Plaque dentaire.....	8
4.2.Maladie carieuse.....	8
4.2.1.Formation d'une carie.....	8
4.2.2.Carie précoce du jeune enfant.....	8
4.2.3.Prévalence.....	9
4.3.Gingivite.....	9
4.4.Conséquences d'un manque d'hygiène bucco-dentaire.....	9
5.Trouble de l'oralité alimentaire et brossage des dents.....	10
6.Formations des orthophonistes et des dentistes.....	11
6.1.Orthophonistes.....	11
6.2.Chirurgiens-dentistes.....	11
7.Buts.....	11
8.Hypothèses.....	12
Méthode.....	12
1.Population d'étude.....	12
1.1.Critères d'inclusion.....	12
1.2.Critères d'exclusion.....	12
2.Réalisation d'un questionnaire.....	13
2.1.Population cible.....	13
2.1.1.Échantillon.....	13
2.1.2.Procédure de recrutement.....	13
2.2.Forme.....	13
2.2.1.Type de questionnaire.....	13
2.2.2.Type de questions.....	13
2.3.Contenu et objectifs.....	13
2.4.Phase de pré-test.....	13
2.5.Période d'administration.....	14
2.6.Procédure de diffusion.....	14

3. Recueil des données et analyse statistique.....	14
Résultats.....	14
1. Principaux résultats du questionnaire.....	14
1.1. Informations générales sur la pratique professionnelle.....	14
1.1.1. Profession et lieu d'exercice de la population cible.....	14
1.1.2. Diplôme.....	15
1.2. Pratique clinique.....	15
1.2.1. Patients avec des signes cliniques évocateurs d'un trouble de l'oralité.....	15
1.2.2. Difficultés lors du brossage des dents.....	16
1.2.3. Consultation en dentaire.....	16
1.2.4. Prise de rendez-vous.....	18
1.2.5. Difficultés de prise en charge.....	19
1.2.6. Origines de ces manifestations.....	19
1.3. Trouble de l'oralité alimentaire.....	19
1.3.1. Connaissance du trouble de l'oralité alimentaire.....	19
1.3.2. Connaissance de l'orthophonie.....	20
1.3.3. Intérêt porté à la création d'une fiche de liaison.....	21
2. Croisement des données.....	21
2.1. Connaissance sur le trouble de l'oralité alimentaire.....	21
Discussion.....	22
1. Analyse des résultats et validation des hypothèses.....	22
1.1. Discussion des résultats.....	22
1.1.1. Trouble de l'oralité alimentaire et prise en soin dentaire.....	22
1.1.2. Connaissance du trouble de l'oralité alimentaire.....	23
1.1.3. Analyse du croisement des données.....	23
1.2. Validation des hypothèses.....	24
2. Critiques méthodologiques.....	24
3. Limites de notre étude.....	25
4. Intérêt professionnel, sensibilisation et perspectives.....	25
4.1. Pluridisciplinarité et interdisciplinarité.....	26
4.2. Formation initiale et continue.....	26
4.3. Création d'une fiche de liaison.....	26
4.3.1. Objectifs de la fiche de liaison.....	26
4.3.2. Contenu de la fiche de liaison.....	27
4.3.3. Conseils et adaptation lors de la prise en soin dentaire.....	27
4.3.4. Test de la fiche de liaison.....	28
4.3.5. Diffusion de la fiche de liaison et perspectives.....	28
Conclusion.....	28
Bibliographie.....	30
Index des illustrations.....	33

Introduction

Le trouble de l'oralité alimentaire représente près d'un quart des consultations pédiatriques et il est souvent source d'angoisse pour les parents (Abadie, 2004). De plus en plus de professionnels de santé y sont sensibilisés comme les pédiatres et les orthophonistes (Dussourd-Deparis, 2017). Pourtant, dans certaines professions, tels que les chirurgiens-dentistes, ce trouble resterait encore méconnu (Deprez, 2017). Ainsi, en raison d'un manque de connaissances, les chirurgiens-dentistes se retrouveraient souvent démunis lorsqu'ils reçoivent en consultation un enfant présentant ce type de trouble (Spira & Kupietzky, 2005). Or, ils se situent au premier plan face aux difficultés de l'enfant puisque leur approche est centrée sur la cavité buccale. Ils peuvent agir dans un cadre préventif mais également prendre en soin les affections bucco-dentaires. Chez ces enfants, l'approche de la bouche est souvent compliquée ce qui peut rendre les soins difficilement réalisables (Deprez, 2017). Dans certains cas, les soins d'hygiène bucco-dentaire peuvent s'avérer délicats à effectuer en raison des difficultés engendrées par le trouble de l'oralité alimentaire (Boudou & Lecoufle, 2015). Pourtant, il est nécessaire de prendre soin des dents de nos enfants, même si elles ne sont pas encore définitives, car elles vont jouer un rôle clé dans l'alimentation et le langage (Boë & Colombat, 2009). Dès lors, le brossage des dents est une étape primordiale pour réduire la formation de la plaque dentaire et limiter le développement de pathologies dentaires pouvant nuire au bien-être général de l'enfant (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire).

De plus, la question de l'hygiène bucco-dentaire en lien avec le trouble de l'oralité alimentaire est très peu abordée dans la littérature chez l'enfant sans pathologie associée alors qu'elle l'est davantage dans le domaine du handicap.

Ainsi, l'objectif de ce mémoire est de sensibiliser les chirurgiens-dentistes au trouble de l'oralité alimentaire et les orthophonistes à la santé bucco-dentaire. Par la suite, nous créerons un partenariat entre ces deux professions grâce à l'élaboration d'une fiche de liaison, permettant de faciliter leur communication et de personnaliser la prise en soin du patient.

Dans une première partie, nous nous intéresserons au contexte théorique dans lequel s'inscrit ce mémoire, en nous focalisant sur le trouble de l'oralité alimentaire et sur les conséquences notables d'un manque d'hygiène bucco-dentaire. Puis, une seconde partie sera dédiée à la conception d'un questionnaire à destination des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes. Enfin, après avoir présenté puis discuté les résultats obtenus, nous aborderons l'élaboration de la fiche de liaison.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. L'oralité

1.1. Définition

L'oralité est un terme issu du latin « os, oris » qui signifie « au travers de la bouche » (Boudou & Lecoufle, 2015). Cette dernière peut se définir comme « l'ensemble des fonctions orales, c'est-à-dire dévolues à la bouche » (Abadie, 2004, p. 59). Elle se trouve au carrefour d'un ensemble de fonctions regroupant l'alimentation, la respiration, la perception, la gustation, la succion, la déglutition, l'articulation et la communication (Abadie, 2004). Ainsi,

« L'être vivant, tout au long de son parcours, est mu par l'oralité » et « la fonction orale est fondatrice de l'être » (Thibault, 2007).

1.2. Développement de l'oralité alimentaire

L'oralité alimentaire comprend deux étapes successives dont le développement s'effectue conjointement à celui de l'oralité verbale. D'une part, l'oralité dite « primaire » qui est caractérisée par la succion. Elle se développe in utero puis se prolonge au-delà de la naissance jusqu'à quatre ou cinq mois. D'autre part, l'oralité dite « secondaire » qui survient lors du passage à la cuillère et qui se définit par la mise en place progressive de la praxie masticatoire (Thibault, 2007).

1.2.1. L'oralité primaire

Les premières manifestations de l'oralité alimentaire commencent à partir de la dixième semaine fœtale avec la mise en place du réflexe de succion. On parle d'oralité dépendante (Couly, 2010). Dès lors, la sphère orale va recevoir des informations sensorielles traitées par le tronc cérébral, qui, en retour, transmettra des réponses motrices vers cette dernière (Thibault, 2007). Les mouvements antéro-postérieurs de la langue permettant la mise en place de la succion constituent ainsi les premiers schèmes moteurs. La succion demeure la première de toutes les fonctions du genre humain à se développer et à s'organiser. Puis, entre la douzième et la quinzième semaine, la déglutition se met en place (Thibault, 2007). Enfin, pour que le nourrisson puisse correctement s'alimenter à la naissance, il devra posséder un équipement neurologique fonctionnel et suffisamment mature (Delaoutre-Longuet, 2007). Cela lui permettra ainsi de coordonner efficacement la succion, la déglutition ainsi que la respiration (Thibault, 2007).

1.2.2. L'oralité secondaire

L'oralité secondaire commence lors du passage à la cuillère et elle va coexister avec l'alimentation au sein ou au biberon durant une période de transition. Elle requiert la maturation des aires corticales motrices et gnosiologiques, pariétales et frontales, nécessaire au développement de la sensorialité orale et praxique (Couly, 2010). Ainsi, entre quatre et sept mois, l'oralité se modifie et se corticalise progressivement. Dès lors, on parle de « double stratégie alimentaire » car l'oralité primaire, régie par la succion, laisse désormais place à l'oralité secondaire dont la finalité sera la mastication (Thibault, 2007).

Vers six mois, âge théorique de l'éruption des premières dents de lait, l'enfant développe une nouvelle stratégie motrice orale, celle de la cuillère. Toutefois, cette praxie ne pourra être effective que si l'enfant dispose d'une maturité cérébrale suffisante car il s'agit d'un schème moteur complexe. L'enfant passe ainsi d'une oralité réflexe à une oralité volontaire (Thibault, 2007). L'éruption des incisives lactéales permet ensuite l'apparition d'une fonction dite de « préhension-morsure » car l'enfant va venir mordre les aliments sur ses dents de devant. Le passage à la cuillère est une étape intermédiaire avant la mise en place de la mastication ou de l'oralité gnoso-praxique (Couly, 2010). Puis, l'éruption des premières molaires de lait, vers l'âge théorique de dix-huit mois, permet l'apparition de mouvements de mâchonnements, prémices de la mastication (Limme, 2010). Ensuite, vers deux ans, les structures buccales se stabilisent et deviennent davantage musclées ce qui permet une meilleure coordination des mouvements et ainsi l'installation progressive de la mastication. On parlera d'oralité dentée ou destructrice des aliments (Thibault, 2007). Au départ, l'enfant écrase les morceaux avec sa langue (Senez, 2015) puis le geste devient hélicoïdal avec

l'utilisation de mouvements linguaux latéraux et de diduction mandibulaire (Thibault, 2007). La mise en place de la mastication adulte est un processus complexe, c'est pourquoi, elle ne sera efficiente qu'entre quatre et six ans (Couly, 2010 ; Senez, 2015).

2. Le trouble de l'oralité alimentaire

2.1. Définition

Il n'existe pas de véritable consensus autour de la définition du trouble de l'oralité alimentaire (Nadon, 2011). C'est pourquoi, plusieurs terminologies sont utilisées dans la littérature actuelle pour aborder ce trouble qui diffère principalement selon les auteurs et les pays. En France, par exemple, nous distinguons le trouble de l'oralité alimentaire du trouble de la déglutition. Or, dans les pays anglo-saxons, ces deux troubles font partie d'une même entité. Parmi les différentes appellations, la plus fréquente est « feeding disorders ». Toutefois, un article paru très récemment (Goday, Huh, Silverman et al, 2019) relate la volonté croissante de recourir à une appellation commune afin de faciliter les recherches scientifiques entreprises à ce sujet. Ainsi, la terminologie « Pediatric Feeding Disorder » a été avancée. Celle-ci se définirait comme une prise orale altérée non adaptée à l'âge et où l'enfant ne parviendrait pas à subvenir à ses besoins nutritionnels et d'hydratation quotidiens pendant au moins deux semaines. A cela s'ajouterait un dysfonctionnement médical (ex. atteinte cardio-respiratoire, gastro-intestinale, etc.), nutritionnel (ex. malnutrition, carences, alimentation entérale, etc.), alimentaire (ex. modification de la texture alimentaire, etc.) et/ou psychosocial (ex. facteurs socio-environnementaux, comportements d'évitement, etc.). Le trouble de l'oralité alimentaire peut résulter d'un ou de plusieurs dysfonctionnement(s).

En France, C. Thibault (2007) définit le trouble de l'oralité alimentaire comme « l'ensemble des difficultés d'alimentation par voie orale. Il peut s'agir de troubles par absence de comportements spontanés d'alimentation, ou par refus d'alimentation, et de troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant ».

2.2. Signes cliniques

L'ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) regroupe un certain nombre de signes cliniques qu'il est possible d'observer chez un enfant présentant un trouble de l'oralité alimentaire et/ou un trouble de la déglutition :

- l'enfant se cambre ou se raidit lors du repas ;
- il crie ou s'agite ;
- il s'endort ;
- il éprouve des difficultés lors de l'allaitement ;
- il est gêné par des difficultés respiratoires durant l'alimentation et/ou la déglutition ;
- il refuse de manger ou de s'hydrater ;
- il mange seulement certaines textures (ex. aliments mous) ;
- le temps de repas est allongé ;
- il présente des difficultés masticatoires ;
- il tousse ou il a des haut-le-cœur ;
- il bave et des fuites labiales et/ou nasales peuvent apparaître ;
- il s'étouffe ;
- il a une voix grasseyante, rauque et/ou soufflée pendant ou après le repas ;
- il vomit ou crache ;

- il ne prend pas de poids ou il ne grandit pas.

Cette liste est non exhaustive. L'enfant peut présenter un ou plusieurs de ces signes cliniques.

Parmi les signes cliniques présents au sein du trouble de l'oralité alimentaire, certains enfants peuvent également présenter une hyper-réactivité sensorielle au niveau des organes du goût et/ou de l'odorat (Senez, 2004). Celle-ci peut entraîner une exacerbation du réflexe nauséux, conduisant à des nausées et/ou des vomissements notamment lors de l'alimentation. Le nauséux est un automatisme oral physiologique présent chez le nouveau-né permettant la protection des voies respiratoires. Quand le système sensoriel gustatif détecte une substance autre que le lait (ex. en température, en consistance ou en goût), le réflexe de déglutition s'inverse, empêchant ainsi l'ingestion de celle-ci (Senez, 2015). Au fur et à mesure des expériences orales réalisées par le nourrisson, cet automatisme va progressivement se postérioriser. Or, il existe un manque d'exploration buccale chez la plupart de ces enfants (Boudou & Lecoufle, 2015). Par conséquent, l'antériorité du nauséux peut perdurer. Le brossage des dents pourra, par exemple, s'avérer difficile à effectuer en raison de l'évitement de certaines zones jugées trop sensibles. Cela pourra également impacter la prise en charge dentaire car la réalisation de l'examen au miroir, l'utilisation d'une sonde d'aspiration et/ou la prise d'empreintes sont susceptibles de déclencher ce réflexe (Forbes-Haley, Blewitt & Puryer, 2016).

2.3. Étiologies

Le trouble de l'oralité alimentaire présent chez l'enfant a souvent une étiologie complexe et plurifactorielle (Burklow et al, 1998 ; Vidal, 2015). E. Bandelier (2015), orthophoniste, propose ainsi une classification de ce trouble selon quatre axes généralement intriqués :

- médical (ex. pathologies ou malformations, reflux gastro œsophagien et œsophagite, etc.) ;
- gnoso-praxique (ex. difficulté lors du passage à la cuillère, hypotonie oro-faciale, etc.) ;
- sensoriel (ex. hypersensibilité tactile, hypersensibilité et hyposensibilité oro-faciale, etc.) ;
- comportemental (ex. problème de comportement lors du repas, refus de la nouveauté, etc.).

Notre mémoire ne s'intéressant qu'à l'enfant présentant un trouble de l'oralité alimentaire sans pathologie associée, nous ne développerons pas davantage l'aspect médical.

2.3.1. Difficultés d'ordre gnoso-praxique

Chez les enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire, il est possible d'observer des difficultés motrices au niveau de la sphère oro-faciale (Thibault, 2007). En effet, elles peuvent se manifester par une succion peu efficace, un temps d'alimentation allongé ainsi que par des difficultés lors des transitions alimentaires, pouvant notamment entraîner un passage difficile du biberon à la cuillère (Bandelier, 2015). Chez les plus grands, cela peut se traduire par un manque de mobilisation linguale et/ou par une mastication peu fonctionnelle (Manno, Fox, Eicher & Kerwin, 2005), voire absente pour les aliments solides (Thibault, 2007). De plus, les industriels tendent à développer davantage de recettes à partir d'aliments mous ou semi-liquides ce qui peut contribuer à restreindre le travail musculaire et ainsi limiter le développement des fonctions buccales. A terme, un déficit masticatoire est à craindre chez certains enfants (Limme, 2010). Or, les habiletés motrices orales nécessaires à l'alimentation requièrent une pratique et un entraînement importants (Illingworth & Lister, 1964). Dès lors, face à ces difficultés gnoso-praxiques, l'enfant peut développer des stratégies compensatoires en préférant les aliments mous par exemple, s'il ne parvient pas à gérer les solides en bouche. Cela aura pour conséquence d'accroître le risque carieux car les aliments vont davantage

adhérer à la surface des dents (Norwood & Slayton, 2013). Afin d'aider l'enfant à mobiliser davantage ses mouvements linguaux et mandibulaires et ainsi faciliter le travail masticatoire, l'adulte pourra placer les morceaux en latéral, entre les molaires du fond (Bandelier, 2015).

2.3.2. Difficultés d'ordre sensoriel

Les difficultés d'ordre sensoriel peuvent se traduire par une hyper-réactivité sensorielle globale. En effet, il s'agit d'une atteinte de la modulation sensorielle s'inscrivant au sein du trouble de l'intégration neurosensorielle. Elle correspond à une réponse trop rapide, trop intense ou plus longue que celle attendue (Miller, Anzalone, Lane, Cermak & Osten, 2007). Cette surintensité survient de façon automatique et inconsciente. La réponse aux stimuli sensoriels n'étant pas adaptée, cela peut générer des comportements inhabituels (Miller et al, 2007). Dès lors, l'enfant peut mettre en place un mécanisme de défense sensorielle afin de contourner ou d'éviter le stimulus (Tessier, 2006, citée par Prudhon Havard, Carreau & Truffeau, 2009). Ainsi, un ou plusieurs mécanismes défensifs peuvent apparaître lors d'une consultation chez le chirurgien-dentiste (Cermak et al, 2015 ; Spira & Kupietzky, 2005) :

- la défense tactile (ex. toucher furtif, etc.) ;
- la défense orale (ex. aversion pour l'hygiène buccale, refus d'accès à la cavité buccale, haut-le-cœur lors de la prise d'empreintes, nausées lors du contact avec le dentifrice, etc.) ;
- la défense vestibulaire (ex. peur de ne plus avoir d'appui au niveau des pieds, etc.) ;
- la défense visuelle (ex. sensibilité à la lumière, etc.) ;
- la défense auditive (ex. hypersensibilité à certains sons ou fréquences sonores, etc.) ;
- la défense gustative et olfactive (ex. sensibilité à certains goûts (ciment) et/ou odeurs, etc.).

L'hyper-réactivité sensorielle peut se produire au sein d'un ou de plusieurs système(s) sensoriel(s) (Miller et al, 2007).

Chez ces enfants, nous pouvons également mentionner un manque d'exploration orale (ex. mise en bouche d'objet limitée) ainsi qu'un refus ou une réponse excessive lors du contact avec les zones exo-buccales (ex. joues, menton et lèvres) et endo-buccales (ex. gencive, langue, palais, intérieur des joues, etc.). Cela pourra par la suite donner lieu à des difficultés lors du brossage des dents (Boudou & Lecoufle, 2015).

Les difficultés d'ordre sensoriel peuvent également se manifester chez certains enfants par une hyporéactivité sensorielle globale. Celle-ci correspond à un défaut de réponse aux stimuli sensoriels. Ainsi, les individus ne semblent pas détecter les informations sensorielles qui leur parviennent, et ils ont besoin d'un stimulus sensoriel très intense ou très long pour réagir. Cette hyporéactivité peut notamment se traduire par une absence de réaction à la douleur ou aux contrastes thermiques (Miller et al, 2007). Lors des repas, l'enfant aura tendance à avaler tout rond les aliments, sans les mastiquer, et à ingérer de grandes quantités car il ne ressent pas son seuil de satiété (Barbier, 2014).

2.3.3. Difficultés d'ordre comportemental

Le trouble de l'oralité alimentaire se manifeste aussi au travers du comportement. En effet, lors du repas, des difficultés peuvent apparaître aussi bien dans l'attitude que dans les réactions de l'enfant. Ce dernier peut, par exemple, fermer la bouche afin d'empêcher l'entrée de quelconque aliment, repousser la cuillère ou se détourner de la source alimentaire (Bruns & Thompson, 2012, citées par Grevisse & Hermans, 2017). Cela peut également se traduire par une appréhension, un désintérêt pour la nourriture ou un refus de s'alimenter et ainsi générer une situation conflictuelle (Bandelier, 2015).

2.4. Prévalence

Dans la littérature, plusieurs auteurs (Benjasuwantep, Chaithirayanon & Eiamudomkan, 2013 ; Lindberg, Bohlin & Hagekull, 1991 ; Manikam & Pernam, 2000) ont rapporté qu'environ 25 % des enfants au développement normal seraient confrontés à des difficultés alimentaires durant leur développement. Cela pourrait s'étendre entre 50 % et 80 % chez les enfants ou les adultes polyhandicapés (Manikam & Pernam, 2000) et entre 40 et 70 % chez les enfants nés prématurément ou atteints de pathologie chronique (Le Heuzey, 2011).

3. Hygiène bucco-dentaire

L'hygiène bucco-dentaire s'inscrit au cœur de la zone orale et elle demeure très corrélée à notre alimentation. Elle fait partie intégrante de notre quotidien et elle est régie par un certain nombre de recommandations émises par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD).

3.1. Définition

L'hygiène bucco-dentaire regroupe un ensemble de pratiques quotidiennes permettant de maîtriser la plaque dentaire qui se forme naturellement à la surface des dents (Buxeraud & Huck, 2018).

3.2. Recommandations nationales

3.2.1. Chez le jeune enfant

Il est important d'intégrer les soins d'hygiène bucco-dentaire dans la pratique quotidienne des familles dès le plus jeune âge. En effet, avant l'éruption des premières dents, les parents peuvent nettoyer les gencives de leur bébé à l'aide d'une compresse imbibée d'eau ou de sérum physiologique. Puis, dès l'apparition des premières dents, ils peuvent commencer par un brossage des dents le soir en utilisant une brosse adaptée afin de limiter le développement de la plaque dentaire. A partir de deux ans, ils pourront brosser les dents de leur enfant deux fois par jour pendant deux minutes en utilisant un dentifrice fluoré. Entre quatre et six ans, l'enfant peut réaliser lui-même le brossage. Il pourra utiliser la méthode 1-2-3-4 préconisée par l'UFSBD afin d'acquérir le bon geste. Cette méthode comprend quatre étapes. L'enfant commencera par brosser ses dents du bas, à gauche puis à droite, en effectuant dix allers-retours successifs (Fig.1). Il fera de même en haut. Les poils de la brosse devront être à cheval sur les dents et il devra effectuer un mouvement de va-et-vient sur la surface supérieure de ses dernières. L'UFSBD recommande aussi l'utilisation d'un dentifrice fluoré entre 500 ppm (partie par million) et 1000 ppm (UFSBD, 2018). A cela s'ajoute une alimentation équilibrée et limitée en sucreries (Lopez, Jacquelin, Berthet & Druo, 2007).



Figure 1. Méthode 1-2-3-4® (d'après l'UFSBD).

3.2.2. Chez l'enfant et l'adolescent

Selon les recommandations actuelles de l'UFSBD, cinq préconisations sont nécessaires afin d'accéder à une hygiène bucco-dentaire de qualité (Fig.2). Parmi celles-ci, il est noté l'importance d'effectuer deux brossages des dents par jour, un le matin et un le soir, sur une durée de deux minutes, en utilisant un dentifrice fluoré qui participera au renforcement de l'émail. En complément, les adolescents pourront utiliser du fil dentaire. A cela s'ajoutent l'importance d'une visite annuelle chez le chirurgien-dentiste dès l'âge d'un an ainsi qu'une alimentation variée et équilibrée en limitant le grignotage et la consommation de boissons sucrées.



Figure 2. Recommandations nationales de l'UFSBD chez l'enfant et l'adolescent.

A partir de six ans, lorsque l'enfant présente de bonnes capacités psychomotrices, l'UFSBD préconise l'utilisation de la méthode B.R.O.S. (Fig.3). Celle-ci se base sur la présence d'un mouvement rotatif de la brosse à dents en partant de la gencive vers les dents en l'inclinant à 45°. L'enfant pourra aussi utiliser un dentifrice fluoré entre 1000 et 1500 ppm.



Figure 3. Méthode B.R.O.S.® (d'après l'UFSBD).

3.3. Campagnes de prévention

De nombreuses campagnes de prévention sont organisées en France afin de sensibiliser les enfants dès leur plus jeune âge à l'importance d'une bonne hygiène dentaire. Depuis 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) permet, par le biais du programme de prévention « M'T dents », à tous les enfants et les adolescents âgés de six, neuf, douze, quinze et dix-huit ans, de bénéficier gratuitement d'un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste ainsi que de soins si besoin. Durant leur grossesse, les femmes enceintes sont également sensibilisées aux questions de santé bucco-dentaire afin de prévenir le risque d'apparition de la carie précoce chez l'enfant (HAS, 2010). De plus, selon une enquête réalisée par le laboratoire Pierre Fabre en 2017, seuls 31 % des parents interrogés emmèneraient leur enfant chez le chirurgien-dentiste dès l'âge de deux ans.

4. Lésions dentaires

Un manque d'hygiène bucco-dentaire peut entraîner le développement de pathologies dentaires (Direction Générale de la santé, 2006) telles que la maladie carieuse ou la gingivite.

4.1. Plaque dentaire

La plaque dentaire est un film transparent très fin provenant de la salive. Celui-ci est riche en bactéries fabriquant une substance collante qui se dépose à la surface des dents et des gencives, à partir des aliments que nous ingérons. Certaines de ces bactéries sont responsables des pathologies gingivales et d'autres des caries. Ainsi, pour limiter son apparition, il est recommandé de se brosser les dents et les gencives le matin et le soir. Un détartrage régulier est également préconisé (UFSBD, 2018).

4.2. Maladie carieuse

La carie dentaire demeure encore très présente malgré une réelle amélioration depuis ces dernières années et constitue un enjeu de santé publique (HAS, 2010). La maladie carieuse correspond au processus de déminéralisation aboutissant progressivement à la destruction des tissus durs de la dent (De La Dure-Molla, 2012).

4.2.1. Formation d'une carie

La carie se forme en quatre étapes. Tout d'abord, l'émail de la dent est détruit (stade 1), puis la dentine est agressée ce qui induit une sensibilité thermique et gustative aux aliments sucrés et acides (stade 2). Ensuite, la pulpe de la dent est atteinte (stade 3) et de vives douleurs peuvent survenir, on appelle couramment cela « la rage de dent » (Fig.4). Enfin, si la carie n'est pas soignée à temps (stade 4), un abcès peut se former par atteinte bactérienne au niveau des tissus entourant la dent tels que l'os, le ligament et la gencive (UFSBD, 2018).

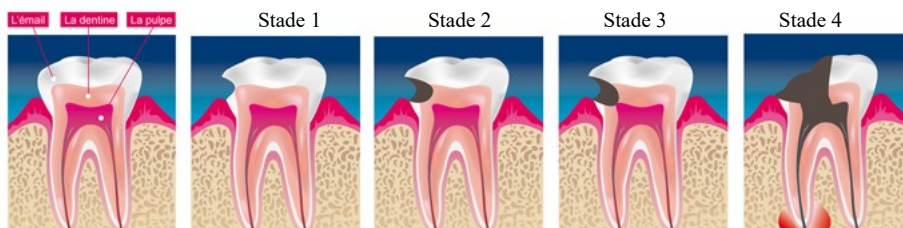


Figure 4. Formation de la carie (d'après l'UFSBD).

La carie se développe par l'interaction de quatre facteurs : la flore bactérienne, le terrain (ex. mauvaise qualité de l'émail), l'alimentation et le temps. Les dents temporaires sont tout aussi vulnérables que les dents définitives. De plus, le fluor est un élément à ne pas négliger lors du brossage, car il permet de renforcer l'émail des dents en les rendant plus résistantes face aux agressions bactériennes responsables de la formation des caries (UFSBD, 2018).

4.2.2. Carie précoce du jeune enfant

La carie précoce du jeune enfant se manifeste avant l'âge de cinq ans et constitue une forme sévère de la carie. Elle est définie par « la présence d'une ou plusieurs dents temporaires cariées, absentes (pour cause de carie), ou obturées chez un enfant d'âge préscolaire (âgé de zéro à soixante mois) » (Delfosse & Trentesaux, 2015, p. 1). Sa survenue pourrait notamment s'expliquer par la consommation répétée de boissons sucrées dans les

biberons (ex. soda, jus de fruits, etc.) ainsi que par le grignotage. Plus la fréquence de consommation de ces produits est élevée, plus le risque carieux est majoré. En dehors des problèmes d'alimentation, une limitation voire une absence d'hygiène bucco-dentaire explique en majeure partie l'apparition de caries. En effet, la prise de produits sucrés le soir sans brossage des dents par la suite augmente fortement les risques (Delfosse & Trentesaux, 2015).

4.2.3. Prévalence

La prévalence de la carie précoce du jeune enfant varie considérablement selon les pays et les populations ciblées de 1 à 85 % (Colak, Dülgergil, Dalli & Hamidi, 2013). En France, il existe peu d'informations épidémiologiques chez l'enfant de moins de six ans (HAS, 2010).

Selon une enquête réalisée par l'UFSBD en 2006, 56 % des enfants âgés de douze ans étaient indemnes de caries et le nombre de dents cariées, absentes ou obturées (indice CAOD) était de 1,2. Cela témoigne donc d'une nette amélioration de l'état bucco-dentaire par rapport à 1987 où 12 % des enfants étaient indemnes de caries et où l'indice carieux était de 4,2. A l'âge de six ans, 63,4 % des enfants étaient indemnes de caries et l'indice carieux a subi une baisse comparable (Direction Générale de la santé, 2006). Toutefois, cette amélioration est à nuancer car une faible proportion d'enfants cumule l'essentiel des pathologies carieuses. En effet, 20 à 30 % des enfants regroupent 80 % des lésions carieuses (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, 2008).

4.3. Gingivite

La gingivite s'inscrit au sein des maladies parodontales et correspond à une inflammation de la gencive (Fig.5). Cette dernière devient rouge, gonfle et le passage de la brosse à dents peut provoquer des saignements. La raison de sa survenue s'explique notamment par la présence de la plaque dentaire qui adhère à la surface des dents après chaque prise alimentaire. Si elle n'est pas éliminée, elle peut durcir et former du tartre au niveau de la gencive gênant ainsi la réalisation du brossage. En l'absence de traitement, la gingivite peut engendrer une forme plus grave appelée parodontite et conduire au déchaussement des dents (UFSBD, 2018).



Figure 5. Formation de la gingivite (d'après l'UFSBD).

4.4. Conséquences d'un manque d'hygiène bucco-dentaire

Il est important de prendre soin des dents et des gencives de nos enfants dès leur plus jeune âge. En effet, si un enfant développe une pathologie dentaire non soignée, cela peut engendrer de graves conséquences sur son état de santé et ainsi altérer sa qualité de vie (Fig.6). Selon le rapport de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) sur la santé bucco-dentaire dans le monde (2013), celle-ci ne signifie pas seulement avoir des dents saines mais elle s'inscrit dans un état de santé et de bien-être général. Les conséquences fonctionnelles sont très importantes car les lésions carieuses peuvent notamment gêner la mastication (Bouferrache, Pop, Abarca & Madrid, 2010). A cela s'ajoutent des troubles de la phonation et

de la déglutition car, lorsque les incisives sont atteintes, la langue va s'interposer et ainsi entraver l'émission de certains phonèmes. Des phénomènes douloureux et infectieux peuvent également engendrer des troubles du sommeil (Delfosse & Trentesaux, 2015).

D'autre part, les problèmes dentaires peuvent fragiliser l'équilibre familial et altérer la qualité de vie de l'entourage. En effet, la présence de caries dentaires graves chez l'enfant peut contraindre le parent à s'absenter de son travail afin d'emmener ce dernier chez le chirurgien-dentiste, et cela peut occasionner des dépenses supplémentaires. Un sentiment de culpabilité peut parfois émerger chez le parent (Gomes, Pinto-Sarmiento, De Brito Costa, Martins, Granville-Garcia & Paiva, 2014). Enfin, la prise en charge de la carie représente aussi un coût important pour la société (Casamassimo, Thikkurissy, Edelstein & Maiorini, 2009).

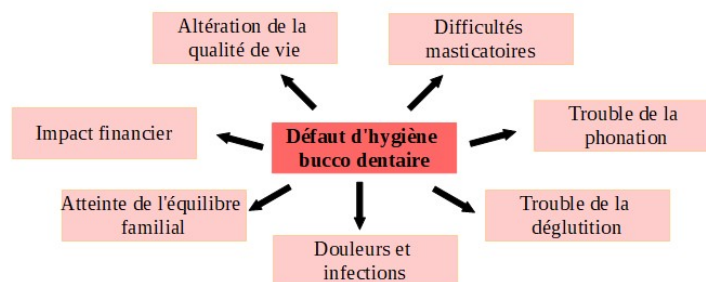


Figure 6. Conséquences liées à un manque d'hygiène bucco-dentaire.

5. Trouble de l'oralité alimentaire et brossage des dents

Certains enfants avec un trouble de l'oralité alimentaire peuvent présenter une aversion orale pouvant interférer avec l'hygiène bucco-dentaire en entravant la réalisation du brossage des dents. Une mauvaise hygiène pourrait ainsi augmenter le risque carieux chez l'enfant (Norwood & Slayton, 2013).

Toutefois, les difficultés observées lors du brossage des dents chez l'enfant présentant un trouble de l'oralité alimentaire restent très peu abordées chez l'enfant sans pathologie associée alors qu'elles le sont davantage dans le domaine du handicap. Certains parents d'enfants avec un polyhandicap ou une déficience mentale ont ainsi relaté des comportements d'opposition lors du brossage des dents, car, lorsqu'il est réalisé par une autre personne, il peut être vécu par l'enfant comme une source d'agression (Hescot & Moutarde, 2010). Dans le domaine de l'autisme, lorsque l'enfant présente des troubles sensoriels au niveau de la zone orale, le brossage des dents peut également s'avérer difficile voire impossible et ainsi engendrer de multiples affections dentaires (Prudhon Havard, Carreau & Truffeau, 2009). En effet, le brossage des dents génère des stimulations orales et tactiles que le système nerveux de l'enfant peut avoir des difficultés à maîtriser si ce dernier présente des défenses tactiles et/ou orales. Cette réaction négative peut s'expliquer par la sensation de la brosse à dents en bouche et/ou par l'odeur et le goût du dentifrice utilisé (Voss, 2016).

Malgré la présence de certains signes cliniques similaires chez l'enfant sans pathologie associée, aucune étude ne semble s'intéresser à la présence de difficultés lors du brossage des dents.

Dès lors, en cas de lésions dentaires, les soins nécessaires peuvent être réalisés sous sédatifs ou sous anesthésie générale (Bandon, Delbos, Nancy, Vaysse & Rouas, 2009). Or, cela n'est pas sans conséquence sur la santé de l'enfant. En effet, le recours à l'anesthésie générale lors des soins dentaires ne doit pas être considéré comme un acte bénin, car des

complications peuvent survenir durant l'intervention et ainsi engendrer de graves conséquences auxquelles s'ajoute un risque vital (Schneck, 1991).

6. Formations des orthophonistes et des dentistes

6.1. Orthophonistes

Depuis l'allongement de la durée des études à cinq ans en 2013, la formation d'orthophonie dispose d'une unité d'enseignement dédiée au trouble de l'oralité (Bulletin Officiel n°32, 2013). De plus, un acte médical orthophonique concernant le bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité (AMO 34) et un acte dédié à la rééducation (AMO 13,5) sont entrés en vigueur le 1er avril 2018 après la validation de l'avenant 16 dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (Journal Officiel de la République Française n°0067 du 21 mars 2018, texte n°24). Cela constitue une avancée majeure et très attendue dans la profession. En revanche, les orthophonistes semblent peu sensibilisés à l'hygiène bucco-dentaire ainsi qu'à ses conséquences puisque la formation initiale ne comprend aucun enseignement spécifiquement dédié à cela (Bulletin Officiel n°32, 2013).

6.2. Chirurgiens-dentistes

Dans le rapport de la mission « Handicap et Santé Bucco-Dentaire » paru en 2010, une étude a été menée sur la formation initiale des chirurgiens-dentistes ainsi que sur l'enseignement dédié aux soins spécifiques. Celle-ci a révélé une grande disparité entre les facultés dentaires. En effet, les soins spécifiques seraient peu abordés et le domaine du handicap serait quant à lui simplement évoqué au sein de plusieurs enseignements dont l'odontologie pédiatrique (Bulletin Officiel n°20, 2013). Toutefois, les chirurgiens-dentistes déjà diplômés peuvent être sensibilisés à ce trouble grâce à des formations continues. Les réseaux « Handident », spécialisés dans la prise en soin des personnes handicapées, organisent notamment des sessions de formation à destination des chirurgiens-dentistes, afin d'améliorer la prise en soin de ces patients (Direction Générale de la santé SD2B, 2006). Cependant, aucun document ne semble mentionner la présence d'un enseignement sur le trouble de l'oralité alimentaire. Ainsi, de nombreux chirurgiens-dentistes méconnaîtraient ce trouble et se retrouveraient démunis en consultation (Deprez, 2017). Or, il paraît important qu'ils y soient sensibilisés afin qu'ils puissent proposer à leur patient la meilleure prise en soin possible (Spira & Kupietzky, 2005).

7. Buts

Les soins d'hygiène bucco-dentaire peuvent s'avérer difficiles à réaliser chez les enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire. Or, s'ils ne sont pas effectués, cela pourrait conduire au développement de lésions dentaires dont les conséquences pourraient être néfastes pour l'enfant et son entourage. Afin d'effectuer les soins nécessaires, une consultation chez le chirurgien-dentiste est préconisée mais la réalisation de ces actes pourrait être compromise à cause des difficultés que présente l'enfant. Ainsi, la prise en soin par le chirurgien-dentiste pourrait se révéler difficile en raison d'un manque d'informations sur ce trouble. L'orthophoniste qui suit ces enfants pourrait, quant à lui, méconnaître les conséquences engendrées par un manque d'hygiène bucco-dentaire. C'est pourquoi, il paraît

important de prendre en compte les spécificités de ces enfants afin de leur proposer les soins les plus adaptés.

Ce mémoire regroupe donc plusieurs objectifs. D'une part, sensibiliser les orthophonistes aux conséquences d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire ainsi qu'à l'importance d'un suivi dentaire régulier. D'autre part, sensibiliser les chirurgiens-dentistes au trouble de l'oralité alimentaire car il resterait encore méconnu. Cela leur permettrait d'identifier ce trouble plus facilement et d'adapter leur pratique en fonction des difficultés présentées par l'enfant. Enfin, la création d'un partenariat entre les orthophonistes et les chirurgiens-dentistes, par le biais d'une fiche de liaison, permettrait de faciliter la communication entre ces deux professionnels et de personnaliser la prise en soin du patient.

8. Hypothèses

Suite aux différentes lectures et recherches que nous avons menées sur le sujet, nous avons formulé plusieurs hypothèses :

- hypothèse 1 : la plupart des chirurgiens-dentistes méconnaîtraient le trouble de l'oralité alimentaire ;
- hypothèse 2 : cette méconnaissance rendrait la prise en soin dentaire de ces enfants plus difficile, puisque les chirurgiens-dentistes ne parviendraient pas à repérer les signes cliniques évocateurs de ce trouble ainsi qu'à adapter leur pratique ;
- hypothèse 3 : les chirurgiens-dentistes seraient intéressés par l'idée de créer un éventuel partenariat avec les orthophonistes car cela leur permettrait d'améliorer et de personnaliser la prise en soin de leurs patients.

Méthode

La première partie de ce mémoire nous a permis de mettre en évidence la plupart des étiologies et des manifestations du trouble de l'oralité alimentaire, mais également d'insister sur l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire dès le plus jeune âge.

Dans cette deuxième partie, nous allons vous présenter la méthodologie que nous avons choisi d'utiliser dans le cadre de ce mémoire afin d'élaborer un questionnaire numérique.

1. Population d'étude

1.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de notre population d'étude se fondent sur la présence de signes cliniques sensoriels, gnoso-praxiques et/ou comportementaux, pouvant se manifester au sein du trouble de l'oralité alimentaire chez l'enfant âgé de deux à onze ans sans pathologie associée.

1.2. Critères d'exclusion

Nous avons exclu de notre population d'étude tout enfant présentant les pathologies suivantes : autisme, polyhandicap, syndromes génétiques et pathologies malformatives.

2. Réalisation d'un questionnaire

Nous avons choisi de réaliser un questionnaire numérique afin de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses de recherche. Cela nous permettra également d'interroger un plus grand nombre de sujets.

2.1. Population cible

2.1.1. Échantillon

La population cible est constituée de chirurgiens-dentistes et d'orthodontistes. Aucune limite n'a été mentionnée par rapport à l'âge du praticien, à sa localisation ou à son mode d'exercice.

2.1.2. Procédure de recrutement

Les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes ont été contactés par l'intermédiaire de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) en chirurgie dentaire des Hauts-de-France mais également via les réseaux sociaux.

2.2. Forme

2.2.1. Type de questionnaire

Nous avons conçu un questionnaire numérique grâce à l'outil en ligne « LimeSurvey ». Il a été rempli de façon anonyme, c'est pourquoi nous avons pu bénéficier d'une déclaration d'exonération (cf. Annexe 2) de la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL).

2.2.2. Type de questions

Nous avons choisi de privilégier des questions à réponses fermées ou semi-fermées afin de faciliter le traitement des données. Les questions pourront prendre les formes suivantes :

- des questions dont la réponse proposée est sous forme « oui/non » ;
- des questions dont la réponse proposée est sous forme de choix unique ou multiple ;
- des questions dont la réponse proposée est sous forme d'une échelle de fréquence.

Toutefois, à la fin de certaines questions, la mention « autre » permettait aux professionnels d'indiquer d'autres éléments en réponse ouverte.

2.3. Contenu et objectifs

Ce questionnaire (cf. Annexe 4) comprend 29 questions réparties en trois sections :

- une première partie dédiée aux informations générales concernant le praticien (profession, mode d'exercice, année d'obtention du diplôme, patientèle, etc.) ;
- une seconde partie axée sur le déroulement de la consultation lorsque le professionnel reçoit un patient présentant un trouble de l'oralité alimentaire ;
- une troisième partie portant sur la connaissance du trouble de l'oralité alimentaire chez les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes ainsi que sur l'intérêt de créer un support permettant une prise en soin plus adaptée du patient.

2.4. Phase de pré-test

Avant de diffuser le questionnaire, nous avons souhaité tester la clarté et la

compréhension des questions auprès d'étudiants en chirurgie-dentaire. Cela nous a également permis d'estimer le temps de passation et d'identifier d'éventuels problèmes de conception. Malheureusement, nous n'avons eu que trois retours de la part des étudiants. Quelques modifications ont toutefois été effectuées.

2.5. Période d'administration

Une fois le questionnaire administré et validé auprès de notre population test, nous avons procédé à son envoi le 18 octobre 2018. Les professionnels ont bénéficié d'un délai d'un mois et demi pour le remplir puisque la date de clôture a été fixée au 1^{er} décembre 2018.

2.6. Procédure de diffusion

La diffusion du questionnaire s'est faite par voie électronique et via les réseaux sociaux (groupes facebook URPS des Hauts-de-France et pédodontistes de France) afin d'obtenir un maximum de réponses. Une lettre d'informations (cf. Annexe 3) a également été jointe pour expliquer l'objectif de ce mémoire.

3. Recueil des données et analyse statistique

Une fois les données recueillies de façon informatique, nous les avons regroupées dans un tableau Excel afin d'avoir une meilleure lisibilité. Puis, nous avons procédé à une analyse statistique afin d'extraire, pour chaque question, la fréquence des réponses obtenues. Une partie de cette analyse a été réalisée à l'aide de la plate-forme LimeSurvey hébergeant le questionnaire.

Résultats

Dans la troisième partie de ce travail, nous allons vous présenter les principaux résultats obtenus grâce au questionnaire que nous avons diffusé auprès des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes. Une partie des résultats sera mentionnée en Annexe 5.

1. Principaux résultats du questionnaire

Après avoir recueilli 86 réponses au questionnaire dont 70 exploitables (16 réponses partielles), nous avons analysé les principaux résultats issus de notre enquête. Toutefois, le déroulé des questions dépendant parfois des items précédents, le nombre total de personnes ayant répondu à la question est donc susceptible de varier.

1.1. Informations générales sur la pratique professionnelle

La première partie du questionnaire recense les informations générales concernant les différents professionnels interrogés.

1.1.1. Profession et lieu d'exercice de la population cible

Notre population cible se compose de 70 professionnels dont 52 chirurgiens-dentistes et 18 orthodontistes. Les caractéristiques de la population sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques des répondants.

Profession	Chirurgiens-dentistes		Orthodontistes	
Lieu d'exercice	Nombre de réponses	Pourcentages	Nombre de réponses	Pourcentages
Libéral	43	82,69 %	14	77,78 %
Salariat	1	1,92 %	4	22,22 %
Hôpital	2	3,84 %	0	0 %
Mixte	6	11,55 %	0	0 %
Total : 70	52	100 %	18	100 %

1.1.2. Diplôme

La majorité des professionnels a été diplômée ces dix dernières années comme nous le montre le Tableau 2.

Tableau 2. Année d'obtention du diplôme.

Année d'obtention du diplôme	Nombre de réponses	Pourcentages
Entre 2017 et 2012	31	44,29 %
Entre 2011 et 2006	20	28,57 %
Entre 2005 et 2000	9	12,86 %
Entre 1999 et 1994	3	4,29 %
Entre 1993 et 1988	1	1,43 %
Entre 1987 et 1982	3	4,28 %
Entre 1981 et 1976	3	4,28 %
Avant 1975	0	0 %
Total	70	100 %

1.2. Pratique clinique

La seconde partie du questionnaire s'intéresse à la pratique clinique des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes ainsi qu'aux difficultés éventuellement rencontrées lors de la réalisation des soins. Deux professionnels ont mentionné ne jamais avoir reçu en consultation un ou plusieurs patient(s) présentant des signes cliniques évocateurs d'un trouble de l'oralité alimentaire. Par conséquent, le nombre de répondants est de 68.

1.2.1. Patients avec des signes cliniques évocateurs d'un trouble de l'oralité

A la question 6 : « Avez-vous déjà reçu en consultation un ou plusieurs patient(s) présentant ce type de signes (ex. refus d'accès au visage et/ou à la bouche et/ou à l'introduction de matériel en bouche, présence de haut-le-cœur ou brossage des dents difficile) », 97,14 % ($n = 68$) des professionnels ont répondu positivement. Parmi eux, 30,88 % ($n = 21$) en reçoivent très fréquemment (au moins une fois par semaine), 20,59 % ($n = 14$) fréquemment (au moins une fois par mois), 38,24 % ($n = 26$) occasionnellement (plusieurs fois par an) et 10,29 % ($n = 7$) rarement (moins d'une fois par an).

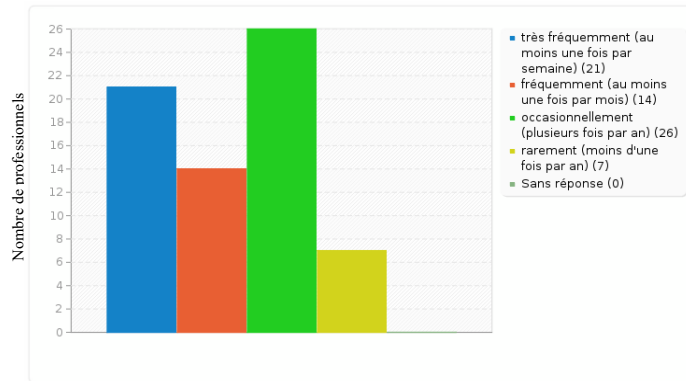


Figure 7. Fréquence des enfants reçus en consultation présentant des signes cliniques évocateurs d'un trouble de l'oralité alimentaire.

1.2.2. Difficultés lors du brossage des dents

A la question 8 : « Avez-vous déjà reçu en consultation des patients pour lesquels les parents ont relaté des difficultés liées au brossage des dents ? », 88,24 % ($n = 60$) des professionnels ont répondu « oui ». Parmi eux, 63,33 % ($n = 38$) ont précisé que cela était lié au passage de la brosse à dents, 45 % ($n = 27$) ont expliqué que cela était dû au goût du dentifrice, et dans 25 % des cas ($n = 15$), il y avait un refus du dentifrice. Enfin, 31,67 % ($n = 19$) des parents n'ont pas précisé l'objet de la difficulté.

Parmi les réponses « Autres », les professionnels ont mentionné le manque de motivation et la présence de nausées ou de douleurs.

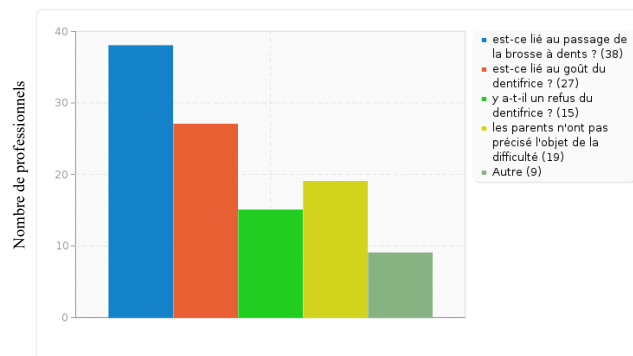


Figure 8. Difficultés rapportées par les parents liées au brossage des dents.

1.2.3. Consultation en dentaire

A la question 10 : « Malgré la présence de ces signes (ex. refus d'accès au visage, à la bouche, etc.), l'enfant ou les enfants se sont-ils laissés faire durant la consultation », 7,35 % ($n = 5$) des professionnels ont répondu « toujours », 64,71 % ($n = 44$) ont répondu « souvent » et 27,94 % ($n = 19$) ont répondu « rarement ».

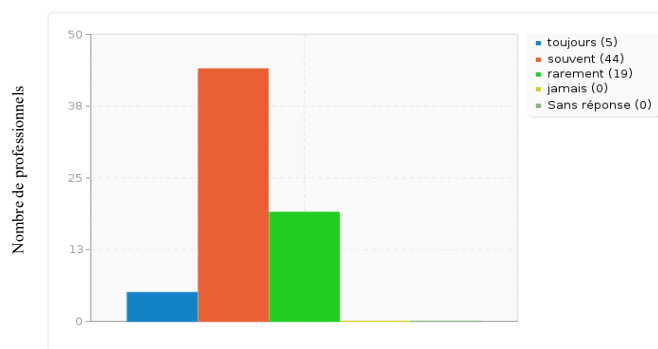


Figure 9. Proportion d'enfants s'étant laissés faire durant la consultation.

A la question 11 portant sur les soins à effectuer, 64,71 % ($n = 44$) des professionnels ont répondu qu'il avait souvent des soins à réaliser et 35,29 % ($n = 24$) ont mentionné qu'il y avait parfois des soins à effectuer.

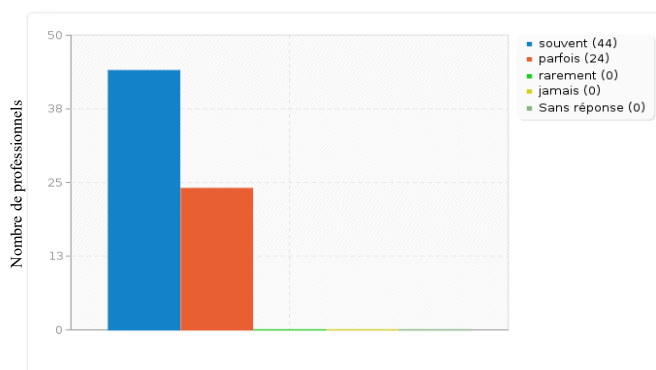


Figure 10. Fréquence des soins dentaires à effectuer.

A la question 12 concernant les différents soins réalisés, 51,47 % ($n = 35$) concernaient le détartrage, 76,47 % ($n = 52$) le traitement de la lésion carieuse, 52,94 % ($n = 36$) l'avulsion dentaire (extraction), 20,59 % ($n = 14$) la prise d'empreintes et 35,29 % ($n = 24$) le traitement orthodontique. Une personne a mentionné la réalisation d'une radiographie.

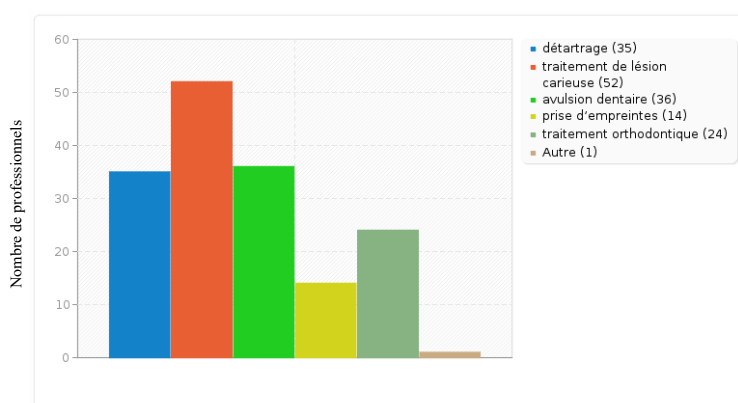


Figure 11. Type de soins dentaires réalisés.

A la question 13, parmi les professionnels interrogés, 13,24 % ($n = 9$) précisent avoir toujours réussi à effectuer le soin prévu, 64,71 % ($n=44$) souvent, 20,59 % ($n = 14$) rarement et 1,47 % ($n = 1$) jamais.

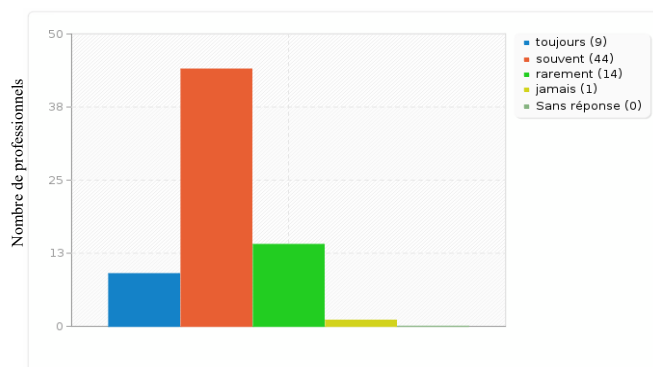


Figure 12. Fréquence de réussite dans la réalisation des soins.

A la question 14 concernant la réalisation des soins, 52,94 % ($n = 36$) des praticiens ont eu besoin du soutien du parent ou de l'accompagnant, 76,47 % ($n = 52$) du soutien d'un

autre professionnel (ex. assistant dentaire) et 11,76 % ($n = 8$) n'ont jamais eu besoin d'aide. Plusieurs praticiens ont également mentionné l'utilisation de la sédation consciente au MEOPA (Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote).

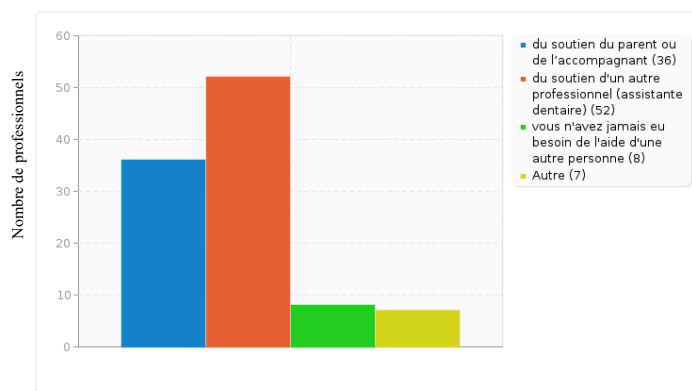


Figure 13. Réalisation des soins avec accompagnement.

A la question 18, 1,47 % ($n = 1$) des praticiens ont mentionné qu'ils ont toujours été obligés de reporter l'examen, 23,53 % ($n = 16$) souvent, 67,65 % ($n = 46$) rarement et 7,35 % ($n = 5$) jamais.

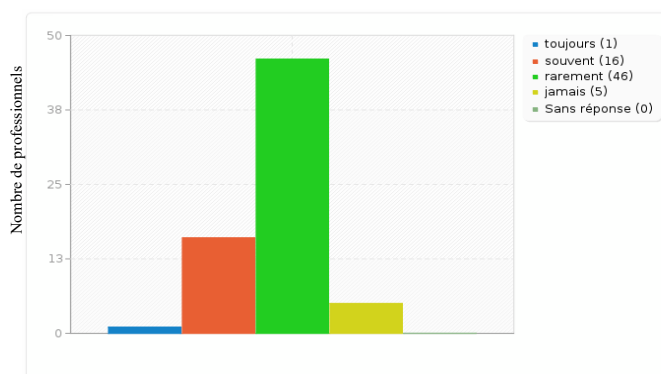


Figure 14. Fréquence de report de l'examen.

En cas de report de l'acte, 1,59 % ($n = 1$) des professionnels ont toujours orienté leur patient vers un autre praticien, 14,29 % ($n = 9$) souvent, 53,97 % ($n = 34$) rarement et 30,16 % ($n = 19$) jamais. Parmi eux, 45,45 % ($n = 20$) ont orienté le patient vers un autre chirurgien-dentiste et 63,64 % ($n = 28$) ont adressé le patient vers un autre professionnel (ex. pédopsychiatre, psychologue, pédodontiste, hypnothérapeute, sophrologue, orthophoniste et/ou chirurgien-dentiste en milieu hospitalier).

1.2.4. Prise de rendez-vous

Lors de la prise de rendez-vous, 8,82 % ($n = 6$) des parents ont toujours précisé que leur enfant présentait ce type de manifestations (ex. refus d'accès au visage et/ou à la bouche, haut-le-cœur, etc.), 23,53 % ($n = 16$) souvent, 41,18 % ($n = 28$) rarement et 26,47 % ($n = 18$) jamais.

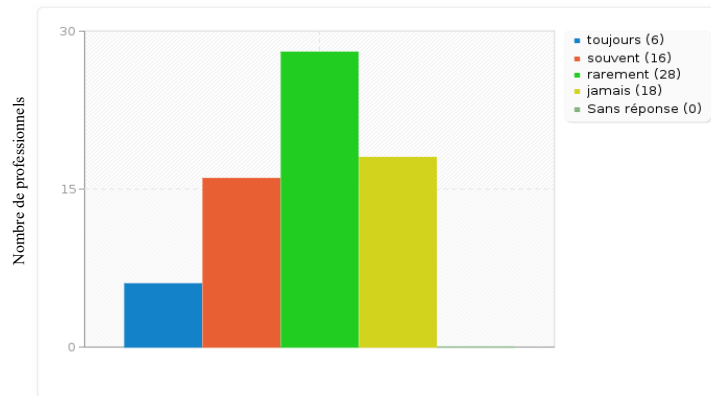


Figure 15. Fréquence des parents ayant mentionné la présence d'un trouble de l'oralité alimentaire lors de la prise de rendez-vous.

1.2.5. Difficultés de prise en charge

La moitié des professionnels interrogés ($n = 34$) avoue s'être déjà sentie démunie lors de la consultation et 77,94 % ($n = 53$) se sont déjà interrogés sur la façon de prendre en charge ce type de patient.

1.2.6. Origines de ces manifestations

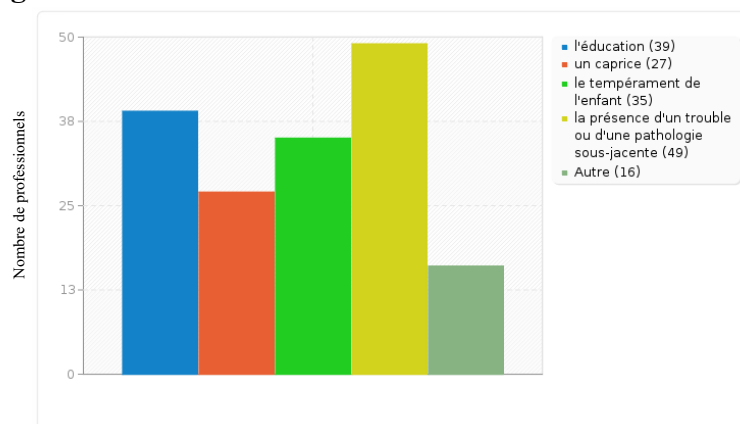


Figure 16. Origines possibles de ces manifestations.

La figure ci-dessus présente les différentes origines possibles pouvant expliquer la présence de ces signes cliniques selon les praticiens. Les trois principales difficultés évoquées sont la présence d'un trouble ou d'une pathologie sous-jacente (72,06 %, $n = 49$), l'éducation (57,35 %, $n = 39$) et le tempérament de l'enfant (51,47 %, $n = 35$).

Parmi les réponses « Autres », certains professionnels ont également relaté une anxiété ou une mauvaise expérience passée.

1.3. Trouble de l'oralité alimentaire

La dernière partie du questionnaire relate la connaissance du trouble de l'oralité alimentaire ainsi que l'intérêt porté à la création d'une fiche de liaison.

1.3.1. Connaissance du trouble de l'oralité alimentaire

La grande majorité des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes a déjà entendu parler du trouble de l'oralité alimentaire puisque 71,43 % ($n = 50$) ont répondu positivement (Fig. 17).

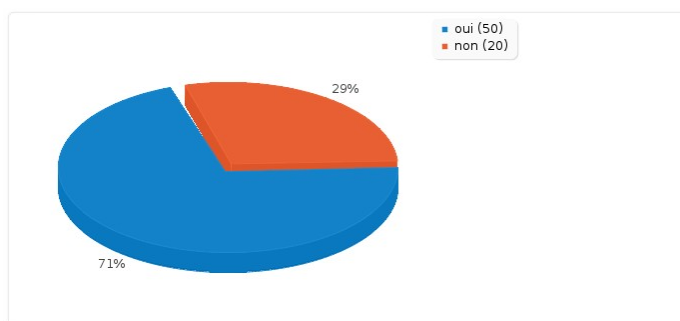


Figure 17. Proportion de praticiens ayant connaissance du trouble de l'oralité alimentaire.

La connaissance de ce trouble s'est faite par le biais de différents canaux de communication (cf. Tableau 3). Ainsi, un même professionnel a pu obtenir cette information grâce à un ou plusieurs moyen(s) de communication.

Tableau 3. Différents canaux de communication ayant permis la connaissance du trouble de l'oralité alimentaire.

Canaux de communication	Nombre de réponses	Pourcentages
Formation initiale	16	32 %
Formation continue	25	50 %
Internet	7	14 %
Émission télévisée	3	6 %
Lecture d'un livre, d'une revue ou d'un article scientifique	11	22 %
Échange entre collègues	18	36 %
Échange avec un orthophoniste	18	36 %

1.3.2. Connaissance de l'orthophonie

Un peu plus de la moitié des professionnels savait que les orthophonistes pouvaient prendre en soin ce type de patient puisque 57,14 % ($n = 40$) ont répondu positivement (cf. Fig 18).

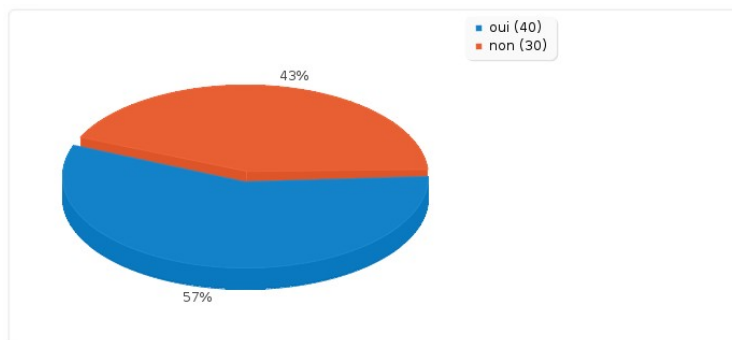


Figure 18. Proportion des professionnels connaissant le rôle de l'orthophoniste au sein du trouble de l'oralité alimentaire.

1.3.3. Intérêt porté à la création d'une fiche de liaison

La quasi-totalité des professionnels, soit 95,71 % ($n = 67$), pense que la création d'une fiche de liaison pourrait s'avérer intéressante dans leur pratique (cf. Fig 19).

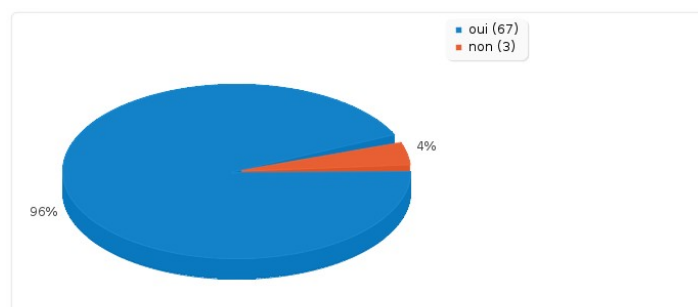


Figure 19. Proportion des praticiens intéressés par la création d'une fiche de liaison.

Le Tableau 4 présenté ci-dessous récapitule l'ensemble des éléments que les 70 professionnels interrogés souhaiteraient que la fiche de liaison contienne.

Tableau 4. Contenu de la fiche de liaison.

Contenu de la fiche de liaison	Nombre de réponses	Pourcentages
Des informations sur l'étiologie et la description du trouble	55	82,09 %
Des conseils pratiques (ex. comment accéder à la bouche, etc.)	61	91,04 %
Un descriptif du travail réalisé en séance avec l'orthophoniste	51	76,12 %
Un espace permettant d'échanger avec l'orthophoniste	46	68,66 %

2. Croisement des données

Il nous a semblé pertinent de croiser plusieurs données entre elles afin d'étudier leur significativité. Pour cela, nous avons utilisé le test statistique du « Chi² ». Rappelons qu'un résultat est considéré comme significatif si le $p < .05$. Cependant, nous n'avons obtenu qu'un seul résultat statistiquement significatif.

2.1. Connaissance sur le trouble de l'oralité alimentaire

Dans un premier temps, nous nous sommes demandées si les professionnels ayant déjà entendu parler du trouble de l'oralité alimentaire savaient que les orthophonistes pouvaient prendre en charge ces patients. L'association s'est révélée statistiquement significative ($p < .0001$).

Dans un second temps, nous avons souhaité savoir si les professionnels exerçant en milieu hospitalier et donc universitaire étaient davantage sensibilisés à ce trouble. Malheureusement, parmi les personnes interrogées, seuls deux professionnels exerçaient à l'hôpital. L'effectif étant trop faible ($n = 2$), nous n'avons pas pu réaliser ce croisement.

Nous avons également voulu savoir si la spécialisation dentaire (orthodontie) pouvait

influer sur la connaissance du trouble de l'oralité alimentaire mais le résultat n'est pas statistiquement significatif ($p = .60$). Enfin, nous nous sommes demandées si l'année d'obtention du diplôme pouvait avoir une influence sur la connaissance de ce trouble. Or, le résultat obtenu n'est pas statistiquement significatif ($p = .65$).

Discussion

Rappelons que l'objectif de ce mémoire était de sensibiliser les chirurgiens-dentistes au trouble de l'oralité alimentaire et les orthophonistes à l'hygiène bucco-dentaire, puis, de créer un partenariat entre ces deux professions grâce à l'élaboration d'une fiche de liaison.

Dans cette quatrième partie, nous allons, dans un premier temps, analyser les principaux résultats issus du questionnaire. Ensuite, nous les confronterons aux trois hypothèses que nous avons formulées préalablement et nous discuterons de leur validité. Puis, nous développerons les limites ainsi que les éventuels biais liés à la réalisation d'un questionnaire. Enfin, nous mettrons en avant les apports de cette étude dans la pratique professionnelle des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes, mais également dans celle des orthophonistes, en abordant la conception de la fiche de liaison.

1. Analyse des résultats et validation des hypothèses

1.1. Discussion des résultats

1.1.1. Trouble de l'oralité alimentaire et prise en soin dentaire

De nombreux professionnels ont reçu en consultation des patients pour lesquels leurs parents ont relaté des difficultés lors du brossage des dents. Cela suggère que les enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire sans pathologie associée seraient confrontés à des difficultés d'hygiène bucco-dentaire. Celles-ci concernaient aussi bien le brossage des dents que l'utilisation du dentifrice. Toutefois, ce résultat est à nuancer car de nombreux enfants sans trouble de l'oralité alimentaire ne se brossent pas toujours les dents. Certains professionnels ont également évoqué un manque de motivation. Cela montre bien l'importance d'aider les chirurgiens-dentistes à comprendre l'origine de ces difficultés afin de différencier un manque d'appétence d'un réel trouble.

Chez les trois quarts de ces enfants, il y avait des soins à effectuer. Parmi ceux-ci, les plus fréquents étaient : le traitement de la lésion carieuse, l'avulsion dentaire et le détartrage. Cela semble attester que la plupart des enfants avec un trouble de l'oralité alimentaire est confrontée au développement de pathologies dentaires telle que la carie.

Lors de la réalisation des soins, le praticien a pu bénéficier du soutien d'une tierce personne (parent ou professionnel) ou utiliser la sédation consciente au MEOPA afin d'effectuer plus facilement les soins. Parfois, un report de l'examen s'est avéré nécessaire et certains professionnels ont orienté leur patient vers un autre chirurgien-dentiste ou vers un autre professionnel. Parmi eux, une seule personne a mentionné l'orientation vers un orthophoniste (réponse ouverte). Or, un peu plus de la moitié des professionnels interrogés savait que les orthophonistes pouvaient prendre en charge le trouble de l'oralité alimentaire. Il paraît donc nécessaire de sensibiliser les chirurgiens-dentistes à ce trouble ainsi qu'au rôle de l'orthophoniste. En effet, en cas de trouble de l'oralité alimentaire, une rééducation spécifique peut s'avérer nécessaire avant de pouvoir réaliser les soins dentaires requis. De plus,

seulement 32 % des parents ont toujours ou souvent mentionné la présence de difficultés ou de particularités sensorielles chez leur enfant lors de la prise de rendez-vous, peut-être par peur d'obtenir un refus. Il serait donc intéressant de prévoir un temps supplémentaire lors de la première consultation afin d'instaurer un premier contact avec l'enfant. Cela lui permettrait de prendre connaissance des lieux et des différents instruments utilisés. Le praticien pourra également prendre le temps de lui expliquer ce qu'il va effectuer.

1.1.2. Connaissance du trouble de l'oralité alimentaire

Parmi les origines possibles de ces manifestations (ex. refus d'accès au visage et/ou à la bouche, haut-le-cœur, brossage des dents difficile, etc.), la principale cause évoquée par les professionnels interrogés est la présence d'un trouble ou d'une pathologie sous-jacente. Toutefois, certains professionnels pensent qu'il pourrait également s'agir d'un caprice de l'enfant ou être en lien avec son éducation. Il paraît donc nécessaire de permettre aux chirurgiens-dentistes d'identifier au mieux ce trouble afin qu'ils puissent adapter leur prise en charge en fonction des besoins du patient. Parfois, ce que l'on perçoit comme un caprice peut être l'expression de difficultés que l'enfant n'est pas en mesure d'exprimer. Afin de l'aider dans sa réflexion, le professionnel pourra interroger les parents. Certains praticiens ont aussi évoqué la présence d'une angoisse ou d'un traumatisme passé. Il paraît donc important de les aider à dissocier une angoisse liée à la peur du dentiste d'un trouble de l'oralité alimentaire.

Parmi les praticiens ayant entendu parler du trouble de l'oralité alimentaire, 32 % en ont eu connaissance lors de leur formation initiale. Cependant, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, les soins spécifiques ne seraient que très peu abordés au sein du cursus des chirurgiens-dentistes et cela dépendrait principalement des lieux d'enseignement. La moitié des professionnels interrogés a également eu cette connaissance lors d'une formation continue. Ceci montre l'importance de continuer à se former tout au long de sa carrière afin d'enrichir sa pratique clinique et d'étendre ses connaissances. Un tiers d'entre eux a pu bénéficier de cette information en échangeant avec un orthophoniste ou un autre collègue. Les relations professionnelles constituent donc un vecteur supplémentaire d'accès à l'information.

Enfin, la moitié des praticiens interrogés s'est déjà sentie démunie en ne sachant pas comment réagir face aux réactions de l'enfant et les trois quarts se sont déjà interrogés sur la façon de prendre en charge ce type de patient. Cela montre bien que la présence de ces signes cliniques constitue un frein dans la prise en soin. Les chirurgiens-dentistes semblent donc en quête d'informations leur permettant de mieux appréhender ce trouble. Ainsi, ils se sont montrés très favorables à la création d'une fiche de liaison puisque la quasi-totalité d'entre eux pense que celle-ci pourrait être utile dans leur pratique.

1.1.3. Analyse du croisement des données

Parmi les associations que nous avons réalisées, une seule s'est révélée significative. En effet, les praticiens qui connaissaient le trouble de l'oralité alimentaire semblaient également connaître le rôle de l'orthophoniste auprès de ce dernier. Cela montre que les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes sont en mesure d'orienter les patients présentant un trouble de l'oralité alimentaire vers des professionnels les prenant en charge, tels que les orthophonistes. Toutefois, très peu d'entre eux adressent leur patient vers ces professionnels. Cela pourrait notamment s'expliquer par le fait qu'ils peinent à identifier les signes cliniques évocateurs de ce trouble lors de la consultation.

Notre population cible étant majoritairement constituée de professionnels « récemment » diplômés (après 2006), cela laissait supposer de meilleures connaissances

théoriques. Or, l'année d'obtention du diplôme ne semble pas influencer sur la connaissance de ce trouble. De plus, cette connaissance ne semble pas dépendre de la spécialisation dentaire en orthodontie ou du lieu d'exercice.

1.2. Validation des hypothèses

Dans le cadre de ce mémoire, le postulat de départ était que la plupart des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes méconnaissait le trouble de l'oralité alimentaire comme l'attestait J. Deprez dans sa thèse en odontologie (2017). En effet, l'oralité est un domaine relativement récent ce qui pourrait expliquer que de nombreux praticiens ne connaissent pas encore celui-ci. Cette hypothèse a été partiellement validée grâce à notre questionnaire. En effet, 71,43 % des professionnels interrogés ont mentionné qu'ils avaient déjà entendu parler du trouble de l'oralité alimentaire. Or, nous pensons parfois connaître les choses, mais en approfondissant, notre représentation peut s'avérer incomplète ou erronée. Nous aurions peut-être pu poser d'autres questions à ce sujet afin de nous assurer de la véritable connaissance de ce trouble auprès de notre population cible. Cela pourrait également s'expliquer par la présence d'un biais de sélection. En effet, le questionnaire ayant été diffusé sur deux groupes Facebook à destination des chirurgiens-dentistes, seuls les professionnels intéressés ou se sentant concernés par la thématique du mémoire ont pu répondre. Dans ce cas, le pourcentage obtenu ne serait pas représentatif de la population générale des chirurgiens-dentistes.

Notre seconde hypothèse concernait la difficulté à réaliser les soins dentaires en lien avec la méconnaissance du trouble de l'oralité alimentaire. En effet, même si très souvent l'enfant a été coopérant pendant le soin, seulement 13 % des professionnels ont toujours réussi à le réaliser et 65 % y sont souvent parvenus. La plupart du temps, ces derniers ont eu besoin du soutien de l'accompagnant ou d'un autre professionnel et dans certaines situations, un report du soin s'est avéré nécessaire. Parmi les praticiens interrogés, la moitié d'entre eux s'est déjà sentie démunie, et 77,94 % se sont déjà interrogés sur la façon de prendre en soin ces enfants ce qui témoigne d'une difficulté liée à la prise en charge de ces derniers.

Enfin, notre questionnaire nous a permis de mettre en exergue l'intérêt porté par les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes à la création d'une fiche de liaison puisque ces derniers y sont favorables à 95,71 %. Cela semble donc confirmer la présence d'un manque d'informations à ce sujet et leur envie d'échanger avec un autre professionnel afin de faire évoluer leur réflexion clinique.

2. Critiques méthodologiques

Malgré la validation de nos hypothèses, nous pouvons apporter plusieurs critiques à la méthodologie choisie dans le cadre de cette étude.

Tout d'abord, même si la durée de complétion du questionnaire était estimée à dix minutes environ, la présence des 29 questions a pu contribuer au découragement de certaines personnes et ainsi limiter le nombre de répondants puisque nous n'avons pu exploiter que 70 réponses. Nous avons souhaité contacter l'Ordre National des chirurgiens-dentistes afin d'accroître notre effectif mais les démarches se sont avérées compliquées et elles n'ont pu aboutir durant le délai imparti. Même si le nombre de réponses obtenu au questionnaire demeure satisfaisant selon les règles statistiques et nous permet de réaliser cette analyse, il n'est toutefois pas significativement représentatif. En effet, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques recense 42 348 chirurgiens-dentistes exerçant en

France (au 19 novembre 2018). Or, le taux de professionnels ayant répondu à notre étude ne représente que 0,16 % des chirurgiens-dentistes français ce qui constitue une part infime de l'ensemble de la profession. De plus, l'absence de tirage au sort pour sélectionner les chirurgiens-dentistes ayant répondu au questionnaire ne nous permet pas non plus d'attester la représentativité de notre échantillon et constitue donc un biais de sélection. Par ailleurs, la diffusion du questionnaire s'est principalement faite via les réseaux sociaux et plus particulièrement sur deux groupes Facebook. L'un à destination des pédodontistes (professionnels travaillant essentiellement avec des enfants) de France et l'autre regroupant les membres de l'URPS des chirurgiens-dentistes des Hauts-de-France. Ainsi, nous avons ciblé majoritairement des professionnels dont la thématique leur était peut-être plus familière. Il est donc possible que seules les personnes intéressées par le sujet ou connaissant à minima ce trouble aient répondu à notre étude. Cependant, notre questionnaire était à destination de l'ensemble des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes de France quel que soit leur mode ou lieu d'exercice afin d'obtenir l'échantillon le plus représentatif de la profession.

Lors de la conception du questionnaire, nous avons également pu omettre certaines questions comme la ville d'obtention du diplôme. En effet, cela nous aurait peut-être permis de savoir dans quelles universités le trouble de l'oralité alimentaire était abordé.

3. Limites de notre étude

Au cours de l'élaboration de ce travail, nous avons été confrontées à plusieurs difficultés. Tout d'abord, le trouble de l'oralité alimentaire ne dispose pas d'une terminologie et d'une définition officiellement acceptées. Ainsi, en l'absence d'harmonisation des connaissances, le choix des éléments à transmettre et des termes à utiliser peut s'avérer délicat lorsque l'on souhaite sensibiliser certains professionnels à ce trouble.

Ensuite, nous pouvons relater le manque d'études sur les difficultés liées à l'hygiène bucco-dentaire ainsi qu'à la prise en soin dentaire des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire sans pathologie associée, alors que plusieurs travaux ont été menés dans le domaine du spectre autistique notamment. Pourtant, comme nous avons pu le constater dans le questionnaire, plusieurs parents ont évoqué des difficultés lors du passage de la brosse à dents en bouche ainsi qu'une aversion pour le goût du dentifrice, voire un refus catégorique dans certains cas chez leur enfant. L'oralité reste un domaine relativement récent, ce qui pourrait expliquer le manque de données à ce sujet.

Nous avons choisi de focaliser notre attention sur les chirurgiens-dentistes, notamment d'un point de vue méthodologique en créant un questionnaire qui leur était destiné. Or, il est probable que les orthophonistes méconnaissent les répercussions liées à un défaut d'hygiène dentaire et nous aurions pu également nous intéresser à cet aspect. De plus, nous avons souhaité créer un partenariat entre les orthophonistes et les chirurgiens-dentistes et ces derniers ont été très favorables à cette idée. Toutefois, nous n'avons pas consulté le point de vue adverse et nous ne savons pas si les orthophonistes y sont également favorables. Cependant, afin de créer un véritable partenariat, il est nécessaire que les deux professions puissent y trouver un réel bénéfice.

4. Intérêt professionnel, sensibilisation et perspectives

Notre étude nous a permis de mettre en évidence l'intérêt porté par les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes à la création d'une fiche de liaison. En effet, l'objectif de ce

mémoire est de créer un véritable partenariat entre les orthophonistes et les chirurgiens-dentistes car ces deux professionnels occupent une place prépondérante au sein de la sphère orale. La spécificité de leurs approches peut s'avérer complémentaire. Ainsi, s'ils réussissent à unir leurs compétences, cela permettrait aux patients présentant un trouble de l'oralité alimentaire d'accéder à une meilleure hygiène bucco-dentaire, et en cas de soins nécessaires, de faciliter leur réalisation. De plus, si les chirurgiens-dentistes parviennent à identifier ce trouble chez un enfant qui n'est pas suivi par un orthophoniste, ils pourraient suggérer aux parents d'effectuer un bilan chez ce dernier en leur prescrivant une ordonnance pour un bilan avec rééducation si nécessaire. Cela permettrait à l'orthophoniste de statuer sur la présence ou non de difficultés alimentaires et ainsi de mettre en place une rééducation spécifique si besoin.

4.1. Pluridisciplinarité et interdisciplinarité

La pluridisciplinarité est une notion importante car elle permet à chaque professionnel d'évaluer les compétences mais aussi les déficits de son patient selon sa spécialité. Ainsi, elle se définit par l'association de plusieurs disciplines s'attachant à un même objectif mais sans modifier le regard de chaque professionnel (Delattre, 1977 cité par Rege Colet, 1993). Il paraît également nécessaire d'y associer l'interdisciplinarité. En effet, cette notion renferme l'idée de faire travailler ensemble des personnes issues de diverses disciplines afin d'accéder à une meilleure connaissance (Rege Colet, 1993). Dès lors, l'intérêt serait d'établir des liens entre chaque discipline afin de mieux appréhender le patient. C'est pour cette raison que nous avons eu l'idée de créer un partenariat entre les orthophonistes et les chirurgiens-dentistes. Ainsi, nous aimerions qu'ils puissent fusionner leurs compétences en les mettant au service du patient afin de lui proposer la prise en soin la plus adaptée.

4.2. Formation initiale et continue

Le contenu de la formation initiale est essentiel puisqu'il permet à chaque néo-diplômé de disposer d'un vaste ensemble de connaissances. Or, toutes les thématiques n'auront peut-être pas pu être abordées en intégralité, et il paraît nécessaire de continuer de se former mais également d'échanger avec ses collègues ou d'autres professionnels. C'est pour cette raison que les formations continues sont très importantes puisqu'elles vont permettre aux praticiens d'enrichir leurs connaissances tout au long de leur carrière. Ainsi, près d'un tiers des professionnels interrogés a eu connaissance du trouble de l'oralité lors de leurs études et la moitié au cours d'une formation continue.

4.3. Création d'une fiche de liaison

Suite aux résultats obtenus grâce au questionnaire, nous avons constaté que la quasi-totalité des professionnels pense que la création d'une fiche de liaison pourrait être intéressante dans leur pratique.

4.3.1. Objectifs de la fiche de liaison

L'objectif de cette fiche de liaison serait de créer un véritable partenariat entre le chirurgien-dentiste et l'orthophoniste suivant l'enfant en facilitant leur communication et en unissant leurs deux spécialités pour améliorer et personnaliser la prise en soin de l'enfant. Ainsi, cette fiche permettrait au chirurgien-dentiste de prendre conscience de l'importance du trouble de l'oralité alimentaire mais également de ses conséquences spécifiques. Elle lui permettrait également de mentionner à l'orthophoniste les difficultés rencontrées lors de la

prise en soin (ex. accès à la bouche difficile, haut-le-cœur, report du soin, etc.). Dès lors, l'orthophoniste pourra prendre conscience des difficultés rencontrées par le chirurgien-dentiste et cibler davantage sa pratique. Il pourra, par exemple, travailler sur l'introduction d'un matériel en bouche tel que le moule nécessaire à la prise d'empreintes. L'enfant pourra ainsi apprivoiser ce nouveau matériel ce qui facilitera la prise d'empreintes avec le chirurgien-dentiste lors de la prochaine consultation. L'orthophoniste pourra également transmettre au chirurgien-dentiste quelques conseils pratiques.

4.3.2. Contenu de la fiche de liaison

Nous avons conçu la fiche de liaison (cf. Annexe 6) en fonction des réponses que nous avons obtenues dans le questionnaire, en tenant compte des éléments que les professionnels souhaitaient qu'elle contienne. Ainsi, la fiche se présente sous la forme d'un livret. La première page permet de recenser le nom, le prénom et l'âge du patient ainsi que les coordonnées du chirurgien-dentiste ou de l'orthodontiste et de l'orthophoniste prenant en soin l'enfant. Elle comporte également une section permettant à l'orthophoniste de mentionner le diagnostic clinique du patient. La deuxième page est à destination du chirurgien-dentiste ou de l'orthodontiste. Celui-ci pourra indiquer le motif et la date de la consultation. Il pourra également noter la présence éventuelle de difficultés lors du brossage des dents, la qualité de l'hygiène bucco-dentaire, la facilité d'accès à la bouche ainsi que le ou les soins réalisé(s) ou à effectuer lors d'une prochaine consultation. Les difficultés rencontrées lors de la prise en soin dentaire pourront aussi être mentionnées par le praticien. La troisième page est, quant à elle, consacrée à l'orthophoniste. Ce dernier pourra indiquer la nature de la prise en soin (ex. motrice, sensorielle) et suggérer quelques conseils au chirurgien-dentiste ou à l'orthodontiste permettant d'adapter sa prise en soin face aux difficultés sensorielles de l'enfant notamment. Enfin, pour répondre aux attentes des professionnels, nous avons souhaité ajouter une quatrième page reprenant plusieurs éléments théoriques (définition, étiologie et principaux signes cliniques) concernant le trouble de l'oralité alimentaire. Elle comporte également des questions clés permettant de repérer des signes cliniques et quelques conseils généraux.

Afin de rendre la fiche de liaison plus attrayante, nous avons utilisé des pictogrammes issus d'une banque d'images libre de droits (Arasaac).

Cette fiche serait transmise par le patient en premier lieu à l'orthophoniste qui pourra mentionner le diagnostic de ce dernier, puis adressée au chirurgien-dentiste ou à l'orthodontiste. C'est le patient lui-même qui permettra d'instaurer le lien entre ces deux professionnels.

4.3.3. Conseils et adaptation lors de la prise en soin dentaire

Le cabinet dentaire est un lieu qui fourmille d'informations sensorielles pouvant gêner la plupart des enfants présentant des défenses sensorielles. En effet, lors de sa visite chez le chirurgien-dentiste, l'enfant peut être fortement gêné par le bruit du matériel utilisé. Il peut également présenter une aversion sensorielle à l'odeur et/ou au goût des ciments et des matériaux d'empreintes ou refuser l'accès du chirurgien-dentiste à sa cavité buccale. En cas de défense vestibulaire, il peut être réticent à l'idée de baisser son corps vers l'arrière du fauteuil car cela engendre une perte de contact avec le sol. L'objectif sera ainsi d'atténuer les réponses aversives de ces patients et de familiariser le chirurgien-dentiste à ce trouble. En effet, ce dernier doit être conscient des différents signes que peuvent présenter ces enfants (Spira & Kupietzky, 2005). Ainsi, plusieurs adaptations peuvent être mises en avant afin de faciliter la prise en soin du patient (Spira & Kupietzky, 2005) :

- préférer un environnement calme et peu stimulant : cabinet isolé des appels téléphoniques, couleurs pastels et apaisantes, casque anti-bruit pour limiter les bruits environnants (ex. téléphone, ouverture de porte, etc.) et le bruit des outils, limiter les sources de lumière trop agressives (ex. autoriser le port de lunettes de soleil) ;
- participation active de l'enfant : choix de la musique, tenir le miroir, etc ;
- préférer un contact ferme et soutenu pour diminuer la réactivité excessive au toucher : port de vêtements lestés ;
- préregler la position du fauteuil avant que l'enfant s'installe pour éviter la sensation de basculement ;
- rassurer, expliquer et montrer à l'enfant ce que l'on va faire.

Il ne s'agit bien sûr que de pistes de réflexion et leur utilisation dépendra des signes cliniques que présentera le patient. Dans la fiche de liaison, l'orthophoniste pourra ainsi conseiller le chirurgien-dentiste sur les adaptations les plus pertinentes à mettre en place afin de personnaliser la prise en soin du patient. L'utilisation de stratégies conduisant à la modification de l'environnement sensoriel du cabinet dentaire peut constituer une aide permettant de faciliter la réalisation des soins bucco-dentaires (Cermak et al, 2015).

Le choix du matériel nécessaire à l'hygiène bucco-dentaire est également très important. Il pourra être abordé avec ces deux professionnels. Le chirurgien-dentiste s'intéressera davantage à l'aspect fonctionnel (ex. type de brosse à dents et de dentifrice adaptés à l'âge et aux besoins de l'enfant, etc.) et l'orthophoniste à l'aspect sensoriel (ex. goût et odeur du dentifrice, vibration ou non de la brosse à dents, etc.).

4.3.4. Test de la fiche de liaison

Afin de nous assurer de l'efficacité et de la facilité de prise en main de la fiche, nous avons souhaité la tester auprès d'un chirurgien-dentiste et d'un orthodontiste lors de consultations dentaires. Toutefois, nous ne l'avons pas encore testée auprès d'un orthophoniste.

4.3.5. Diffusion de la fiche de liaison et perspectives

La diffusion de cette fiche pourra s'effectuer lors de soirées de sensibilisation inter-professionnelle réalisées par le biais des URPS orthophonistes et chirurgiens-dentistes des Hauts-de-France. Elles viseront à sensibiliser les chirurgiens-dentistes au trouble de l'oralité alimentaire et les orthophonistes à la question de l'hygiène bucco-dentaire ainsi qu'à ses conséquences. Une première diffusion de cette fiche pourrait avoir lieu à la fin de chaque soirée d'informations et de communication, afin de leur expliquer l'intérêt et le fonctionnement de celle-ci. Ces soirées de sensibilisation seront réalisées ultérieurement car le délai imparti n'a pas permis leur mise en place.

Par la suite, la fiche de liaison pourrait également être téléchargeable par le patient sur le site internet de l'URPS.

Conclusion

Par le biais de ce mémoire, nous avons souhaité sensibiliser les chirurgiens-dentistes au trouble de l'oralité alimentaire car il semblerait qu'ils ne disposent que de peu d'informations à ce sujet. Leur permettre un meilleur accès à cette connaissance paraît primordial car ces professionnels agissent au plus près des difficultés de l'enfant. Comme nous avons pu le constater, certains enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire seraient

potentiellement plus à risque de développer des pathologies dentaires en raison de leur aversion pour l'hygiène bucco-dentaire. C'est pourquoi, nous avons également souhaité que les orthophonistes puissent prendre conscience de l'importance d'une hygiène bucco-dentaire de qualité dès le plus jeune âge.

Nous avons conçu un questionnaire à destination des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes afin d'en savoir davantage sur le déroulement d'une consultation dentaire mais également sur la connaissance du trouble de l'oralité alimentaire ainsi que sur l'intérêt porté à la création d'une fiche de liaison.

Il est important que les chirurgiens-dentistes prennent en considération les difficultés engendrées par ce trouble et les besoins du patient afin de réaliser les soins requis dans les meilleures conditions. En effet, plus le praticien aura conscience de trouble et meilleure sera la prise en charge du patient.

Nous avons également souhaité créer un partenariat entre le chirurgien-dentiste et/ou l'orthodontiste et l'orthophoniste pour qu'ils puissent réunir leurs spécialités et offrir une prise en soin plus adaptée aux besoins de l'enfant. Pour cela, nous avons conçu une fiche de liaison à destination de ces professionnels afin de faciliter leur communication. L'orthophoniste pourra expliquer au chirurgien-dentiste les particularités de l'enfant et prendre conscience des difficultés rencontrées par ce dernier afin d'axer davantage sa rééducation. Il pourra aussi lui suggérer quelques conseils ou adaptations pouvant faciliter la prise en soin dentaire. La diffusion prochaine de cette fiche devrait ainsi permettre aux chirurgiens-dentistes et aux orthodontistes de se sentir mieux armés face à un enfant présentant un trouble de l'oralité alimentaire.

Enfin, la sensibilisation effectuée auprès des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes devrait également leur permettre de repérer plus facilement les signes cliniques potentiellement évocateurs d'un trouble de l'oralité alimentaire, et d'identifier les enfants à risque de présenter celui-ci. De plus, en connaissant le rôle de l'orthophoniste, les chirurgiens-dentistes pourraient ainsi lui adresser ces enfants. L'orthophoniste pourra ensuite statuer sur la présence ou non de ce trouble et mettre en place une rééducation si nécessaire.

Bibliographie

- Abadie, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 55-68.
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. (2008). Mise au point : utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans. *Bon usage*, 1-20.
- Arasaac. Banque de pictogrammes en ligne libre de droits. Repéré à <http://www.arasaac.org>
- Bandelier, E. (2015). *Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant : Pistes de prise en charge*. Ortho Edition.
- Bandon, D., Delbos, Y., Nancy, J., Vaysse, F., & Rouas, P. (2009). MEOPA, anesthésie générale : pourquoi et comment orienter les patients ? *Le fil dentaire*, (43).
- Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*, 39(1), 143-159.
- Benjasuwantep, B., Chaithirayanon, S., & Eiamudomkan, M. (2013). Feeding Problems in Healthy Young Children: Prevalence, Related Factors and Feeding Practices. *Pediatric Reports*, 13;5(2), 38-42.
- Boë, L. J., & Colombat, B. (2009). Les dents et la parole : éléments d'histoire, de nos jours à l'Antiquité. *Société française d'histoire de l'art dentaire*, 14, 6.
- Boudou, M., & Lecoufle, A. (2015). Les troubles de l'oralité alimentaire : quand les sens s'en mêlent. *Les entretiens de Bichat*, Entretiens orthophoniques 2015, 1-8.
- Bouferrache, K., Pop, S., Abarca, M., & Madrid, C. (2010). Le pédiatre et les dents des tout petits. *Paediatrica*, 21(1), 14-20.
- Bulletin officiel n°32. (2013). Référentiel de formation. Repéré à http://unice.fr/faculte-de-medecine/contenus-riches/documents-telechargeables/doc-orthophonie/referentiel-formation-orthophoniste_267389.pdf
- Bulletin officiel n°20. (2013). Docteur en chirurgie dentaire. Repéré à http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71552&cbo=1
- Burklow, K. A. (1998). Classifying Complex Pediatric Feeding Disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 27(2), 143-147.
- Buxeraud, J., & Huck, O. (2018). Une hygiène bucco-dentaire adaptée pour tous. *Actualités Pharmaceutiques*, 57(579), 18-21.
- Casamassimo, P. S., Thikkurissy, S., Edelstein, B. L., & Maiorini, E. (2009). Beyond the DMFT : the human and economic cost of early childhood caries. *The journal of the american dental association*, 140, 650-657.
- Cermak, S. A., Stein Duker, L. I., Williams, M. E., Dawson, M. E., Lane, C. J., & Polido, J. C. (2015). Sensory Adapted Dental Environments to Enhance Oral Care for Children with Autism Spectrum Disorders : A Randomized Controlled Pilot Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(9), 2876-2888.
- Colak, H., Dülgergil, C. T., Dalli, M., & Hamidi, M. M. (2013). Early childhood caries update : a review of causes, diagnoses and treatments. *Journal of Natural Science, Biology, and Medicine*, 4(1), 29-36.
- Couly, G. (2010). *Les oralités humaines : Avaler et crier : le geste et son sens*. Rueil-Malmaison : Doin Editions.

- De La Dure-Molla, M., Naulin-Ifi, C., & Eid-Blanchot, C. (2012). Carie et ses complications chez l'enfant. *EMC-Médecine buccale*, 7(5), 1-11.
- Delaoutre-Longuet, C. (2007). Prématurité et succion. *Glossa*, 99, 48-63.
- Delfosse, C., & Trentesaux, T. (2015). *La carie précoce du jeune enfant : du diagnostic à la prise en charge globale*. Edition CdP.
- Deprez, J. (2017). Le syndrome de dysoralité sensorielle et ses conséquences pour le chirurgien dentiste (Thèse en dentaire, Université de Lille). Repérée le 19 avril 2018 à : <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/cc6e39c5-173f-45e0-b951-e6bddcbb0f46>
- Direction Générale de la santé SD2B. (2006). La santé bucco-dentaire personnes handicapées. *Rapport Handicap*, 1-51.
- Direction Générale de la santé. (2006). Fiche synthétique : la santé bucco-dentaire des enfants de 6 et 12 ans en France, en 2006 (principaux résultats de l'enquête réalisée pour la DGS par l'UFSBD). 1-3.
- Dussourd-DeParis, M. (2017). Les oralités. *Rééducation orthophonique*, 271, 7-12
- Forbes-Haley, C., Blewitt, I., & Puryer, J. (2016). Dental Management of the « gagging » patient - an update. *International Journal of Dental and Health Sciences*, 3(2), 10.
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A. et al (2019). Pediatric Feeding Disorder : Consensus Definition and Conceptual Framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(1), 124-129.
- Gomes, M., Pinto-Sarmiento, T., De Brito Costa, E., Martins, C. C., Granville-Garcia, A. F., & Paiva, S. M. (2014). Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families : a cross-sectional study. *Health Quality of Life Outcomes*, 1-12.
- Grevisse, P., & Hermans, D. (2017). Évaluation de la sensorialité orale et des conduites alimentaires du jeune enfant dans Les oralités. *Rééducation orthophonique*, 271, 125-150.
- Haute Autorité de Santé. (2010). Stratégies de prévention de la carie dentaire : synthèse et recommandations. 1-26.
- Hescot, P., & Moutarde, A. (2010). Rapport de la mission « Handicap et santé bucco-dentaire » : améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. Secrétariat d'État chargé de la Famille et de la Solidarité, 1-61.
- Illingworth, R. S., & Lister, J. (1964). The critical or sensitive period, with special reference to certain feeding problems in infants and children. *The Journal of Pediatrics*, 65(6), 839-848.
- Journal Officiel de la République française n°0067 du 21 mars, texte n°24. (2018). Décision du 24 janvier 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. (2018). Repéré le 19 avril 2018 à <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2018/1/24/SSAU1807229S/jo/texte>
- Le Heuzey, M. F. (2011). Le nourrisson qui ne mange pas : quand recourir au pédopsychiatre ? *Archives de pédiatrie*, 18(8), 917-920.
- Limme, M. (2010). Diversification alimentaire et développement dentaire : importance des habitudes alimentaires des jeunes enfants pour la prévention de dysmorphoses orthodontiques. *Archives de Pédiatrie*, 17, 213-219.
- Lindberg, L., Bohlin, G., & Hagekull, B. (1991). Problèmes d'alimentation précoce dans une population normale. *Int J Eat Disord*. 10, 395-405.

- Lopez, I., Jacquelin, L. F., Berthet, A., & Druo, J. P. (2007). Prévention et hygiène buccodentaire chez l'enfant : conseils pratiques. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 20, 63-69.
- Manikam, R., & Perman, J. A. (2000). Pediatric feeding disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 30(1), 34-46.
- Manno, C. J., Fox, C., Eicher, P. S., & Kerwin, M. L. (2005). Early oral-motor interventions for pediatric feeding problems : What, when and how. *Faculty Scholarship for the College of Science & Mathematics*. 2(3), 145-159.
- Martin, K. (2016). Effectiveness of oral motor interventions (OMIs) for improving feeding/swallowing outcomes in infants/children with swallowing problems.
- Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). Concept evolution in sensory integration: a proposed nosology for diagnosis. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 61(2), 135-140.
- Nadon, G. (2011b). Manger Problèmes alimentaires et troubles du spectre de l'autisme. *Le Bulletin scientifique de l'Arapi*, 27, 6-14.
- Norwood, K. W., & Slayton, R. L. (2013). Oral Health Care for Children With Developmental Disabilities. *Pediatrics*, 131(3), 614-619.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2003). Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde en 2003.
- Pierre Fabre Oral Care. (2017). La santé bucco-dentaire des français : des pratiques variées et perfectibles.
- Prudhon Havardt, E., Carreau, M., & Tuffreau, R. (2009). Les troubles sensoriels : impact sur les troubles alimentaires. *Le bulletin scientifique de l'Arapi*, 23, 55-58.
- Rege Colet, N. (1993). Pluridisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité, quelles perspectives en éducation ? *Cahiers de la Section des Sciences de l'Éducation : Pratiques et Théories*, 71, 21-22 .
- Schneck, H., Vedet-Richard, D., Dagot, V., & Wilson, T. (1991). Indication des mises en état de la bouche sous anesthésie générale. *Chirident*, 554, 45-48.
- Senez, C. (2015). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (2ème édition). De Boeck Supérieur SA.
- Spira, G., & Kupietzky, A. (2005). Oral defensiveness : children with a dysfunction of sensory regulation. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 29(2), 119-122.
- Thibault, C. (2007). *Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Vidal, A. (2015). Prévention et lutte contre les troubles de l'oralité chez le petit enfant trachéotomisé sous nutrition entérale. *Kinésithérapie*, 15(164-165), 1-6.
- Voss, A. (2016). Comprendre les signaux sensoriels de votre enfant.

Sites Internet consultés :

- ASHA, <https://www.asha.org> [consulté le 04/04/2018]. Recherche des signes cliniques présents dans le trouble de l'oralité alimentaire ainsi que dans les troubles de la déglutition chez l'enfant.

Enseignement supérieur, <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr> [consulté le 20/01/2018]. Recherche d'informations sur le référentiel de formation initiale des études d'orthophonie en France.

UFSBD, <http://www.ufsbd.fr> [consulté le 15/04/2018]. Recherche d'information sur l'hygiène bucco-dentaire ainsi que sur les différentes lésions dentaires.

DRESS, <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/drees-direction-de-la-recherche-des-etudes-de-l-evaluation-et-des-statistiques> [consulté le 19/11/2018]. Recherche sur le nombre de chirurgiens-dentistes exerçant en France en 2018.

Index des illustrations

Figure 1 : Méthode 1-2-3-4® (d'après l'UFSBD).

Figure 3 : Méthode B.R.O.S.® (d'après l'UFSBD).

Figure 4 : Formation de la carie (d'après l'UFSBD).

Figure 5 : Formation de la gingivite (d'après l'UFSBD).