

# **ANNEXES**

## **DU MEMOIRE**

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

**Emilie GERAY**

**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

## **1. Annexe 1 : Abréviations utilisées.**

- **ASHA** : American Speech-Language-Hearing Association.
- **UFSBD** : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire.
- **HAS** : Haute Autorité de Santé.
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- **AMO** : Acte Médical Orthophonique.
- **URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé.
- **CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.
- **MEOPA** : Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote.

## 2. Annexe 2 : Déclaration d'exonération de la CNIL.



**Re: mémoire orthophonie**

9 Mai 2018 16:47

Expéditeur : Jean-Luc Tessier

À : Emilie Geray

Cc: nathalie fourmou

Madame Geray,

Vous avez sollicité une déclaration informatique et libertés pour votre projet de thèse sur l'interrelation orthophoniste-chirurgien dentiste dans la prise en charge des patients présentant un trouble de l'oralité alimentaire.

Dans la mesure où, le questionnaire en ligne, ne permet pas d'identifier un répondant et que vous n'êtes à aucun moment en relation avec les professionnels de santé, votre traitement porte sur des données anonymes et vous n'êtes donc pas soumis à une déclaration préalable.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous invite à me contacter dans les plus brefs délais en cas de modification de votre protocole de recherche.

Cordialement

JL Tessier

### 3. Annexe 3 : Lettre d'informations jointe au questionnaire.



#### Mémoire d'orthophonie Lille

**Geray Emilie**  
Étudiante en 5<sup>e</sup> année d'orthophonie  
Département d'orthophonie de Lille

Mail : emilie.geray.etu@univ-lille.fr

**Lesecq-Lambre Emeline**  
Directrice de mémoire  
Orthophoniste

**Foumou-Moretti Nathalie**  
Directrice de mémoire  
Orthodontiste

Madame, Monsieur,

Actuellement en 5<sup>e</sup> année d'orthophonie à Lille, je réalise un mémoire sur l'interrelation entre orthophoniste et chirurgien-dentiste dans la prise en soin des enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire sans pathologie associée. Il s'agit d'un mémoire d'orthophonie mené par l'Université de Lille 2 sous la responsabilité de Mme Lesecq-Lambre (Orthophoniste) et de Mme Foumou-Moretti (Orthodontiste).

L'objectif est de réaliser un état des lieux des connaissances des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes sur les troubles de l'oralité alimentaire, grâce à un questionnaire. Cela permettra par la suite de créer un éventuel partenariat entre orthophonistes et chirurgiens-dentistes, afin de proposer au patient une prise en soin plus adaptée et personnalisée.

Nous vous invitons à bien vouloir remplir ce questionnaire qui ne vous prendra en moyenne que 10 minutes. La date de clôture est fixée au 1<sup>er</sup> décembre 2018.

Veuillez trouver ci-joint le lien du questionnaire :

<https://limesurvey.univ-lille2.fr/index.php?r=survey/index&sid=221532&lang=fr>

La participation est facultative et volontaire. Ce questionnaire est entièrement anonyme et seules les personnes impliquées dans cette recherche auront accès à ces informations.

A l'issue de cette étude, une lettre d'informations vous sera communiquée afin de vous transmettre les résultats obtenus.

Nous restons à votre disposition pour tous renseignements ou informations complémentaires.

Nous vous remercions pour votre intérêt et/ou votre participation à cette étude.

## 4. Annexe 4 : Questionnaire numérique version papier.

### Participation à un mémoire d'orthophonie

Je réalise actuellement un mémoire de fin d'études au sein du département d'orthophonie de Lille sur l'interrelation entre orthophonistes et chirurgiens-dentistes dans le cadre des troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant sans pathologie associée. Pour cela, j'aimerais réaliser une enquête auprès des chirurgiens-dentistes et orthodontistes afin de mieux comprendre le déroulement d'une consultation avec ce type d'enfants mais également pour évaluer leur niveau de connaissances sur ces troubles.

Ce questionnaire vous prendra entre 5 et 10 minutes.

NB : dans ce mémoire, nous nous intéressons à l'enfant sans pathologie associée et nous ne prenons pas en compte les patients ayant les pathologies suivantes : autisme, polyhandicap, syndrome génétique (trisomie 21, etc.) et pathologies malformatives.

Merci de participer à notre étude.

Il y a 29 questions dans ce questionnaire Informations générales

### Informations générales

#### (1) Êtes-vous ?

*\*Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- chirurgien-dentiste
- orthodontiste

#### (2) Exercez-vous ?

*\*Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- en libéral
- en salariat
- à l'hôpital
- en activité mixte
- Autre :

#### (3) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?

*\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- entre 2017 et 2012
- entre 2011 et 2006
- entre 2005 et 2000
- entre 1999 et 1994
- entre 1993 et 1988
- entre 1987 et 1982
- entre 1981 et 1976
- entre 1975 et 1970
- entre 1969 et 1964
- entre 1963 et 1958
- entre 1957 et 1952
- avant 1951

#### **(4) Prenez-vous en charge des enfants ?**

*\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- oui
- non

#### **(5) Si oui, à quelle fréquence ?**

*\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :*

*- la réponse était 'oui' à la question '4 [A4]' (Prenez-vous en charge des enfants ? )*

*\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- une ou plusieurs fois par jour
- une ou plusieurs fois par semaine
- une ou plusieurs fois par mois
- moins d'une fois par mois

### **Pratique clinique**

Il vous est peut-être déjà arrivé de recevoir en consultation un ou plusieurs enfant(s) présentant un ou plusieurs des signes suivants :

- refus d'accès au visage et/ou à la bouche
- refus à l'introduction de matériel en bouche (ex : miroir)
- présence de haut-le-cœur et/ou de nausées à l'approche ou à l'introduction de matériel en bouche
- brossage des dents difficile voire impossible rapporté par les parents

#### **(6) Avez-vous déjà reçu en consultation un ou plusieurs patient(s) présentant ce type de signes ?**

*\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :*

*- la réponse était 'oui' à la question '4 [A4]' (Prenez-vous en charge des enfants ? )*

*\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- oui
- non

#### **(7) Si oui, à quelle fréquence ?**

(ex : si vous ne recevez qu'un seul patient présentant ces signes mais que vous le voyez chaque mois, veuillez cocher « occasionnellement »).

*\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :*

*- la réponse était 'oui' à la question '6 [A6]' (Avez-vous déjà reçu en consultation un ou plusieurs patient(s) présentant ce type de signes ? )*

*\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- très fréquemment (au moins une fois par semaine)
- fréquemment (au moins une fois par mois)
- occasionnellement (plusieurs fois par an)
- rarement (moins d'une fois par an)

#### **(8) Avez-vous déjà reçu en consultation des patients pour lesquels les parents ont relaté des difficultés liées au brossage des dents ?**

*\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :*

*- la réponse était 'oui' à la question '6 [A6]' (Avez-vous déjà reçu en consultation un ou plusieurs patient(s) présentant ce type de signes ? )*

*\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

oui

non

**(9) Si oui :**

*\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :*

*- la réponse était 'oui' à la question '8 [A8]' (Avez-vous déjà reçu en consultation des patients pour lesquels les parents ont relaté des difficultés liées au brossage des dents ? )*

*\* Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :*

est-ce lié au passage de la brosse à dents ?

est-ce lié au goût du dentifrice ?

y a-t-il un refus du dentifrice ?

les parents n'ont pas précisé l'objet de la difficulté

Autre:

**(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 ?**

*\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :*

*- la réponse était 'oui' à la question '6 [A6]' (Avez-vous déjà reçu en consultation un ou plusieurs patient(s) présentant ce type de signes ? )*

*\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

toujours

souvent

rarement

jamais

**(11) Chez ces enfants, y avait-il des soins à effectuer ?**

*\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :*

*- la réponse était 'oui' à la question '6 [A6]' (Avez-vous déjà reçu en consultation un ou plusieurs patient(s) présentant ce type de signes ? )*

*\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

souvent

parfois

rarement

jamais

**(12) Si oui, de quel(s) type(s) de soins s'agissait-t-il ?**

*\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :*

*- la réponse était 'rarement' ou 'parfois' ou 'souvent' à la question '11 [A10]' (Chez ces enfants, y avait-il des soins à effectuer ? )*

*\* Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :*

détartrage

traitement de lésion carieuse

avulsion dentaire

prise d'empreintes

traitement orthodontique

Autre:

**(13) Si oui, avez-vous réussi à effectuer le soin prévu ?**

*\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :*

- la réponse était 'rarement' ou 'parfois' ou 'souvent' à la question '11 [A10]' (Chez ces enfants, y avait-il des soins à effectuer ? )

\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- toujours
- souvent
- rarement
- jamais

**(14) Durant le rendez-vous, vous avez déjà eu besoin :**

\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

- la réponse était 'oui' à la question '6 [A6]' (Avez-vous déjà reçu en consultation un ou plusieurs patient(s) présentant ce type de signes ? )

\* Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- du soutien du parent ou de l'accompagnant
- du soutien d'un autre professionnel (assistante dentaire)
- vous n'avez jamais eu besoin de l'aide d'une autre personne
- Autre:

**(15) Cela a-t-il permis de réaliser l'acte ?**

\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

- la réponse était 'du soutien d'un autre professionnel (assistante dentaire)' ou 'du soutien du parent ou de l'accompagnant' à la question '14 [A14]' (Durant le rendez-vous, vous avez déjà eu besoin : )

\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- toujours
- souvent
- rarement
- jamais

**(16) Avez-vous eu besoin de maintenir l'enfant ?**

\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

- la réponse était 'oui' à la question '6 [A6]' (Avez-vous déjà reçu en consultation un ou plusieurs patient(s) présentant ce type de signes ? )

\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- toujours
- souvent
- rarement
- jamais

**(17) Cela a-t-il permis de réaliser l'acte ?**

\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

- la réponse était 'rarement' ou 'souvent' ou 'toujours' à la question '16 [A16]' (Avez-vous eu besoin de maintenir l'enfant ? )

\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- toujours
- souvent
- rarement
- jamais



**(18) Avez-vous reporté l'examen ?**

*\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :*

*- la réponse était 'oui' à la question '6 [A6]' (Avez-vous déjà reçu en consultation un ou plusieurs patient(s) présentant ce type de signes ? )*

*\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- toujours
- souvent
- rarement
- jamais

**(19) Avez-vous orienté le patient vers un autre praticien ?**

*\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :*

*- la réponse était 'rarement' ou 'souvent' ou 'toujours' à la question '18 [A18]' (Avez-vous reporté l'examen ? )*

*\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- toujours
- souvent
- rarement
- jamais

**(20) Si oui, vers quel praticien ?**

*\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :*

*- la réponse était 'rarement' ou 'souvent' ou 'toujours' à la question '19 [A28]' (Avez-vous orienté le patient vers un autre praticien ? )*

*\* Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :*

- vers un autre chirurgien-dentiste
- Autre:

**(21) Lors de la prise de rendez-vous ou le jour-même, le parent (ou l'accompagnant) a-t-il précisé que l'enfant présentait ce type de manifestations ?**

*\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :*

*- la réponse était 'oui' à la question '6 [A6]' (Avez-vous déjà reçu en consultation un ou plusieurs patient(s) présentant ce type de signes ? )*

*\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- toujours
- souvent
- rarement
- jamais

**(22) Vous êtes-vous déjà senti démuni en ne sachant pas comment réagir face à ce type de manifestations ?**

*\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :*

*- la réponse était 'oui' à la question '6 [A6]' (Avez-vous déjà reçu en consultation un ou plusieurs patient(s) présentant ce type de signes ? )*

*\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- oui
- non

**(23) Vous êtes-vous déjà interrogé sur la façon de prendre en charge ce type de patient ?**

*\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :*

*- la réponse était 'oui' à la question '6 [A6]' (Avez-vous déjà reçu en consultation un ou plusieurs patient(s) présentant ce type de signes ? )*

*\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

oui

non

**(24) Selon vous, quelle pourrait être la ou les origine(s) de ces manifestations ?**

*\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :*

*- la réponse était 'oui' à la question '6 [A6]' (Avez-vous déjà reçu en consultation un ou plusieurs patient(s) présentant ce type de signes ? )*

*\* Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :*

l'éducation

un caprice

le tempérament de l'enfant

la présence d'un trouble ou d'une pathologie sous-jacente

Autre:

## **Les troubles de l'oralité alimentaire**

Les manifestations décrites précédemment (refus d'accès à la bouche, brossage des dents difficile, haut-le-cœur) peuvent s'inscrire au sein des troubles de l'oralité alimentaire. En effet, ces termes recouvrent l'ensemble des difficultés d'alimentation par voie orale. Il peut s'agir de troubles par absence de comportement spontané d'alimentation ou par refus alimentaire (Thibault, 2007).

Pour les personnes ayant des troubles de l'oralité alimentaire, le repas est souvent vécu comme un moment désagréable et difficile car les sensations qui y sont associées ont une connotation négative.

Cela peut notamment se traduire chez l'enfant par :

- des signes sensoriels : haut-le-cœur lors de la prise d'empreinte, réticence face à certains goûts (ex. ciment) et/ou odeurs, etc.
- des signes oro-moteurs : manque de mobilité linguale, difficultés masticatoires, etc.
- des signes comportementaux : refus d'ouvrir la bouche, détournement, etc.

Ainsi, l'objectif de ce mémoire serait de mettre en place un partenariat entre les orthophonistes et les chirurgiens-dentistes par le biais d'une fiche de liaison, ce qui permettrait une prise en charge plus adaptée et personnalisée du patient. La fiche serait téléchargeable par le patient et celui-ci pourrait l'apporter lors de sa première consultation chez le chirurgien-dentiste. Le praticien noterait ainsi ce qu'il a pu effectuer mais surtout ce qui resterait compliqué (ex. accès à la bouche, réalisation de soins, prise d'empreintes, etc.). Cette fiche serait ensuite transmise par le patient à l'orthophoniste qui pourrait travailler cela en séance, et suggérer quelques conseils au chirurgien-dentiste.

**(25) Avez-vous déjà entendu parler des « troubles de l'oralité alimentaire » décrits ci-dessus ?**

*\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- oui
- non

**(26) Si oui, comment en avez-vous eu connaissance ?**

*\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :*

*- la réponse était 'oui' à la question '25 [A23]' (Avez-vous déjà entendu parler des « troubles de l'oralité alimentaire » décrits ci-dessus ? )*

*\* Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :*

- lors de votre formation initiale
- lors d'une formation continue
- sur internet
- dans une émission télévisée
- dans un livre, une revue ou un article
- par le biais d'un patient
- en échangeant avec des collègues
- en échangeant avec un orthophoniste
- Autre:

**(27) Saviez-vous que les orthophonistes peuvent prendre en charge ce type de trouble ?**

*\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- oui
- non

**(28) Pensez-vous qu'une fiche de liaison puisse être utile et intéressante pour votre pratique ?**

*\* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- oui
- non

**(29) Si oui, que souhaiteriez-vous qu'elle contienne ?**

*\* Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :*

*- la réponse était 'oui' à la question '28 [A26]' (Pensez-vous qu'une fiche de liaison puisse être utile et intéressante pour votre pratique ? )*

*\* Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :*

- des informations sur l'étiologie et une description des troubles présentés
- des conseils pratiques (ex. comment accéder à la bouche, etc.)
- un descriptif du travail réalisé en séance avec l'orthophoniste (ex. travail de la déglutition, etc.)
- un espace pour échanger et poser des questions à l'orthophoniste
- Autre:

Nous vous remercions de votre participation.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

## 5. Annexe 5 : Suite des résultats issus de l'analyse du questionnaire.

### 5.1. 1.1. Informations générales sur la pratique professionnelle

#### \* Prise en charge des enfants

Sur les 70 professionnels que nous avons interrogés, la totalité prend en charge des enfants. Parmi eux, 82,86 % ( $n = 58$ ) en reçoivent au moins un par jour et 17,14 % ( $n = 12$ ) au moins une fois par semaine.

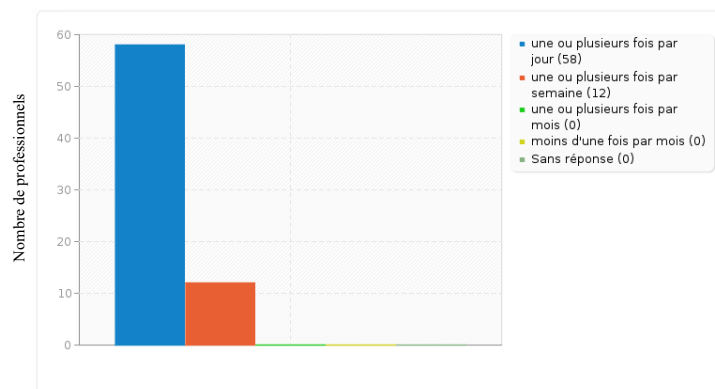


Figure 1. Fréquence de prise en charge des enfants.

### 1.2. Pratique clinique

#### \* Fréquence de réussite dans la réalisation des soins avec accompagnement

La présence d'une autre personne lors du soin a toujours permis de réaliser l'acte dans 18,64 % ( $n = 11$ ) des cas, souvent dans 67,80 % ( $n = 40$ ), rarement dans 11,86 % ( $n = 7$ ), et jamais dans 1,69 % ( $n = 1$ ) des cas.

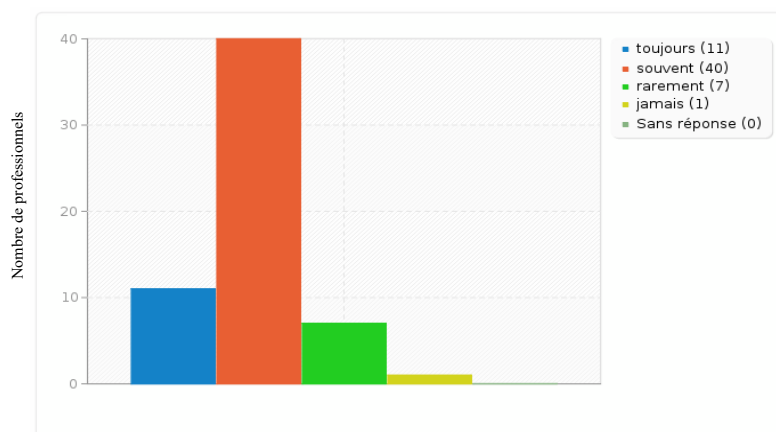


Figure 2. Proportion de réussite dans la réalisation des soins.

### \* Fréquence des professionnels ayant eu besoin de maintenir l'enfant

Pendant le rendez-vous, 7,35 % ( $n = 5$ ) des professionnels ont souvent eu besoin de maintenir l'enfant, 42,65 % ( $n = 29$ ) rarement et 50 % ( $n = 34$ ) n'en ont jamais eu besoin. Dans 61,76 % ( $n = 21$ ) des cas, cela a souvent permis de réaliser l'acte.

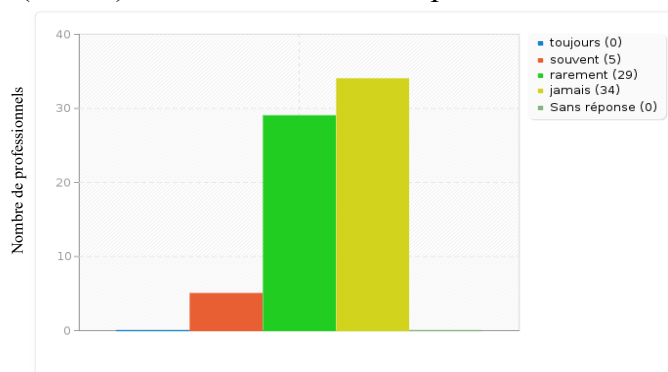


Figure 3. Fréquence des professionnels ayant eu besoin de maintenir l'enfant.

### \* Proportion de professionnels s'étant déjà sentis démunis

La moitié des professionnels interrogés ( $n = 34$ ) avouent s'être déjà sentis démunis lors de la consultation

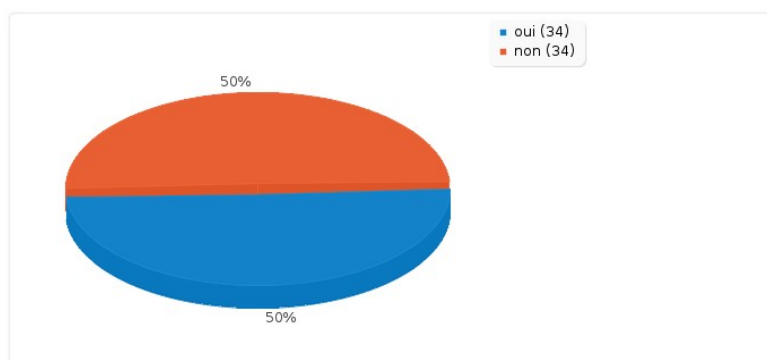


Figure 4. Proportion de professionnels s'étant déjà sentis démunis.

### \* Proportion de professionnels s'étant déjà interrogés sur la façon de prendre en charge ce type de patient

77,94 % ( $n = 53$ ) des praticiens ayant répondu au questionnaire se sont déjà interrogés sur la façon de prendre en charge ce type de patient.

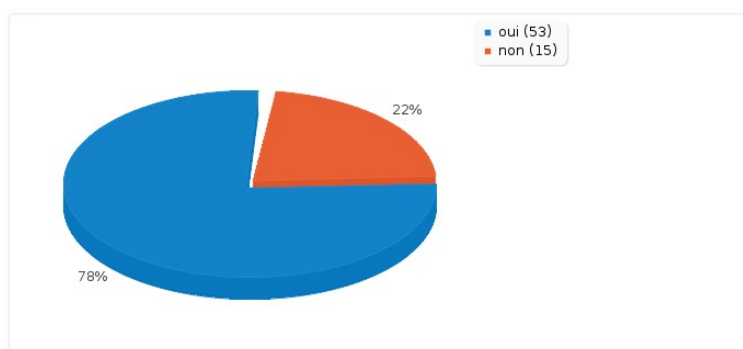


Figure 5. Proportion de professionnels s'étant déjà interrogés sur la façon de prendre en charge ce type de patient.

## **6. Annexe 6 : Fiche de liaison.**

Ci-dessous, la fiche de liaison réalisée dans le cadre de ce mémoire. Elle est à destination des chirurgiens-dentistes et/ou des orthodontistes et des orthophonistes prenant en charge des patients présentant un trouble de l'oralité alimentaire.



# LE TROUBLE DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE CHEZ L'ENFANT

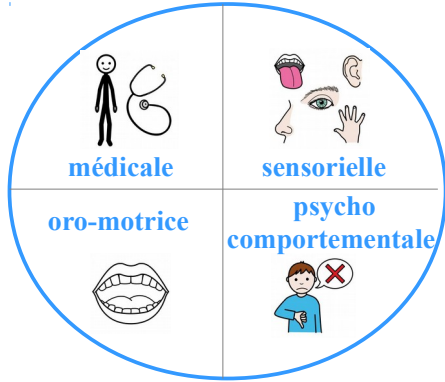
A l'attention des chirurgiens-dentistes/orthodontistes et des orthophonistes

## 1. Définition

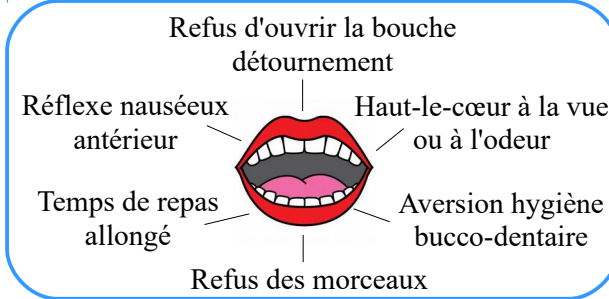
Le trouble de l'oralité alimentaire regroupe l'ensemble des **difficultés alimentaires** par voie orale. Il se manifeste surtout lors du repas et il peut impacter la vie quotidienne de l'enfant ainsi que son entourage.

## 2. Étiologie

Les causes sont souvent intriquées :



## 3. Principaux signes cliniques



## FICHE DE LIAISON INTER-PROFESSIONNELS

(Réalisée dans le cadre du mémoire d'orthophonie d'Emilie Geray)



### \* Patient

- NOM, prénom :
- âge :

### \* Orthophoniste

- NOM, prénom :
- lieu d'exercice :

### \* Chirurgien-dentiste / Orthodontiste

- NOM, prénom :
- lieu d'exercice :

## 4. Quelques questions clés pour repérer les premiers signes

Ces questions sont à destination des parents et elles peuvent vous permettre de mettre en évidence certains signes évocateurs de ce trouble.

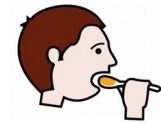
« **Est-ce que votre enfant ?** »

- **mange de tout ?** des fruits ? des légumes ? de la viande ? des morceaux ?
- **a des préférences alimentaires ?** goûts ? textures ? température ?
- **peut toucher les aliments ?** refuse de toucher certaines textures (herbe ? sable ?) ?
- **n'aime pas avoir les mains sales ?** se lave souvent les mains ?
- **se brosse les dents ?** comment ? est-il gêné par le dentifrice (goût/odeur) ?

## 5. Quelques conseils

- 1ère consultation : **prise de contact** et **découverte** du lieu
- utiliser des **mots simples et concrets**, limiter les termes anxieux
- procéder par **étapes** en fonction de ce que l'enfant est capable d'accepter
- **expliquer** à l'enfant ce que l'on va faire et pourquoi on le fait
- montrer la **sensation** de l'outil sur la main ou sur un objet (ex. marionnette)
- **transmettre** aux parents ou à l'orthophoniste certains **objets ou outils** pour que l'enfant se familiarise avec ceux-ci (ex. masque, miroir, moule à empreintes, etc.)

## BILAN ORTHOPHONIQUE



### \* Diagnostic :

### \* Remarques :



## FICHE DE LIAISON : CHIRURGIEN-DENTISTE / ORTHODONTISTE

\* Motif de la consultation :



\* Date :



\* Date des prochains rendez-vous :

- - - -



\* Brossage des dents réalisé par le patient :  sans difficulté  avec difficulté

- remarques :



\* Hygiène bucco-dentaire correcte :  oui  partiellement  non

- remarques :



\* Accès possible à la bouche :  facile  difficile  impossible

- remarques :



\* Actes réalisés ou à réaliser :

>Dentaire :  détartrage  soin de carie  avulsion dentaire  empreintes  
 radiographie  autre :

>Orthodontique :  empreintes (numérique / pâte)  dispositif (fixe / amovible)  
 activation  radiographie  autre :

Nombre d'acte(s) à réaliser :  1  2  3  4  autre :

Nombre de séance(s) à prévoir :  1  2  3  4  autre :

\* Difficultés rencontrées lors de la consultation :



## FICHE DE LIAISON : ORTHOPHONISTE

\* Axes de prise en soin :



Prise en soin oro-motrice :  oui  non

- précisez :



Prise en soin sensorielle :  oui  non

- précisez :

Autre (précisez) :

\* Conseils et préconisations (en fonction des possibilités du praticien) :

Adaptations possibles en cas de défense(s) sensorielle(s) :



- **tactile** :  contact ferme  autre :



- **vestibulaire** :  prérégler le fauteuil (évite basculement)  autre :



- **auditive** :  lieu calme  casque anti-bruit  autre :



- **visuelle** :  lunettes de soleil (photosensibilité)  autre :



- **olfactive** :  odeurs neutres  autre :



- **gustative** :  goûts neutres  éviter que les produits touchent les muqueuses  
 autre :



- **orale** :  approche progressive vers la bouche  autre :

Autre :