

MEMOIRE

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

Emilie FRIDMANN

qui sera présenté au jury en juin 2020

Impact d'une action de prévention à destination des professionnels de santé autour des troubles de l'oralité alimentaire dans la région des Hauts-de- France

MEMOIRE dirigé par

Emeline LESECQ-LAMBRE, Orthophoniste en cabinet libéral (Hem), Présidente de
l'Association de prévention en orthophonie des Hauts-de-France « Parlons-en ! », Vice-présidente
de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Orthophonistes des Hauts-de-France et
enseignante aux départements d'orthophonie de Lille et d'Amiens.

A toi Papi.

Remerciements

Je remercie tout d'abord ma directrice de mémoire, Madame Lesecq-Lambre pour son encadrement, ses conseils et l'attention portée à ce projet.

Merci à Monsieur Tessier et à son équipe déléguée à la protection des données pour leur accompagnement dans la construction de ce questionnaire.

Merci à Madame Lecoufle pour son aide précieuse à la diffusion du questionnaire.

Je remercie également Madame Dupont d'avoir accepté d'être mon lecteur 1.

Un grand merci à tous les professionnels de santé ayant répondu au questionnaire. Cette étude n'aurait pas pu être réalisée sans leur participation.

Merci à mes maîtres de stage pour leur partage d'expérience, leur écoute et leur gentillesse. Grâce à vous, mon exercice professionnel sera enrichi de nombreux conseils.

Je tiens à remercier toutes ces belles rencontres Lilloises. Toutes ces amitiés sans lesquelles mes études n'auraient pas été aussi mémorables. Merci pour tous ces moments et ces magnifiques années en votre compagnie. Merci à toi, Mathilde, pour ce confinement si studieux.

Enfin, je remercie ma famille pour leur soutien et leurs encouragements durant ces longues années d'études et plus particulièrement mes parents sans qui rien n'aurait été réalisable. Merci pour votre amour au quotidien. Merci maman pour toutes ces heures passées à relire mon travail et pour l'intérêt que tu as porté à ce mémoire.

Résumé :

Les troubles de l'oralité alimentaire (TOA) de l'enfant sont récemment apparus dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des orthophonistes. La prévention dans ce domaine fait également partie du champ de compétences de cette profession. La littérature préconise des prises en soins précoces afin d'éviter les répercussions néfastes de ces troubles sur le développement des patients. Néanmoins, elles ne sont pas suffisamment répandues car de nombreux professionnels de santé, y compris les principaux prescripteurs, ne sont pas formés dans ce domaine.

Depuis 2015, l'Association de prévention en orthophonie « Parlons-en ! » en lien avec de nombreux partenaires mène une action de prévention auprès des professionnels de santé des Hauts-de-France sur ce sujet.

L'objectif de ce mémoire est d'évaluer l'impact de cette action sur les pratiques professionnelles des praticiens sensibilisés. Pour cela, une enquête par questionnaire a été menée auprès des participants de l'année 2017. Ils ont été interrogés sur leurs connaissances et leurs pratiques cliniques avant et après leur participation à l'action. Les résultats obtenus sont favorables à des perspectives d'évolution et de diffusion de l'action de prévention au-delà du Nord de la France.

Mots-clés :

Prévention, oralité, « Parlons-en ! », professionnels de santé, Hauts-de-France

Abstract :

Eating disorders in children have appeared recently in the General Nomenclature of Professional Acts of Speech and Language Therapists. Prevention in this domain also falls within the profession's area of competence. The literature recommends early care to avoid harmful repercussions of these disorders on the development of patients. Nevertheless, they are not sufficiently widespread because many health professionals, including major prescribers, are not trained in this area.

Since 2015, the Association for Prevention in Speech-Language Pathology "Parlons-en!" in collaboration with numerous partners, has carried out preventive actions with health professionals in the Hauts-de-France region regarding this matter.

The aim of this paper is to evaluate the impact of this action on the professional practices of practitioners who have been sensitised. For this purpose, a questionnaire survey was conducted among the participants for the year 2017. They were questioned about their knowledge and clinical practices before and after their participation in the action. The results obtained are in favor of a broader development and dissemination beyond the North of France.

Keywords :

Prevention, Orality, « Parlons-en ! », Health professionals, Hauts-de-France

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique.....	2
.1.La prévention	2
.1.1.Définitions.....	2
.1.1.1.Prévention primaire.....	2
.1.1.2.Prévention secondaire	2
.1.1.3.Prévention tertiaire	2
.1.2.La prévention en orthophonie	2
.2.L’oralité et ses troubles	3
.2.1.Définitions et développement de l’oralité	3
.2.1.1.L’oralité alimentaire	3
.2.1.2.L’oralité verbale	4
.2.2.Les troubles de l’oralité alimentaire.....	4
.2.2.1.Définitions.....	4
.2.2.2.Les signes cliniques d’appel des troubles de l’oralité alimentaire pédiatriques	5
.2.2.3.La prise en soin des TOA pédiatriques	5
.2.2.4.La prévention des troubles de l’oralité alimentaire.....	6
.3.L’action de sensibilisation auprès des professionnels de santé des Hauts-de-France.....	7
.3.1.La création de l’action.....	7
.3.2.Les objectifs de cette action de prévention	7
.3.3.Les partenaires	7
.3.3.1.« Parlons-en ! »	7
.3.3.2.Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Orthophoniste.....	8
.3.3.3.Filière des Maladies rares Abdomino-Thoraciques	8
.3.4.Les participants	9
Buts et hypothèses de l’étude	10
Méthode	10
.1.Choix de la méthode	10
.2.Le questionnaire	10
.2.1.Elaboration du questionnaire	11
.2.1.1.Le support	11
.2.1.2.Les questions.....	11
.2.1.3.Les modalités de réponses.....	11
.3.Les biais d’un questionnaire	11
.4.Population	12
.5.Diffusion	12
.6.Exploitation des données recueillies	12

Résultats.....	13
.1.Présentation de l'échantillon.....	13
.1.1.Nombre de réponses par profession.....	13
.1.2.Nombre de réponses par session de prévention.....	14
.1.3.Formations initiale et continue des professionnels de santé.....	14
.1.3.1.Formation initiale et enseignement dédié aux TOA pédiatriques.....	14
.1.3.2.Formation continue et enseignement dédié aux TOA pédiatriques.....	14
.1.3.3.Inscriptions aux formations sur les troubles de l'oralité alimentaire pédiatriques.....	15
.2.Participation à l'action de prévention.....	15
.2.1.Découverte de l'action de prévention par les professionnels de santé.....	15
.2.2.Motivation des professionnels de santé à participer à une session de sensibilisation.....	16
.3.Connaissances des professionnels sur les TOA avant l'action de prévention.....	16
.3.1.Contexte de découverte de la notion de TOA pédiatriques.....	17
.3.1.1.L'entourage professionnel.....	17
.3.1.2.Formations professionnelles initiale ou continue.....	17
.3.1.3.Entourage familial.....	18
.3.1.4.Lecture d'articles et participation à des conférences.....	18
.3.2.Connaissance du champ de compétences des orthophonistes par les professionnels de santé sensibilisés.....	18
.4.Pratiques cliniques des professionnels de santé.....	19
.4.1.Pratiques cliniques des professionnels de santé avant l'action de prévention sur les TOA de l'enfant	19
.4.2.Pratiques cliniques des professionnels de santé à la suite de l'action de prévention sur les TOA de l'enfant.....	20
.4.2.1.Eventuels changements de pratiques professionnelles.....	20
.4.2.2.Utilité de l'action de prévention sur les pratiques professionnelles des participants.....	20
.4.2.3.Orientation de patients en bilan orthophonique depuis l'action de prévention.....	21
.5.Comparaison des pratiques cliniques avant et après l'action.....	22
.6.Satisfaction et suites données à cette action de prévention.....	23
.6.1.Satisfaction des professionnels de santé interrogés.....	23
.6.1.1.Satisfaction sur l'ensemble de l'action de prévention.....	23
.6.1.2.Avis des professionnels concernant le contenu des sessions de sensibilisation.....	23
.6.2.Suites données à cette action de prévention par les professionnels.....	24
.6.2.1.Recherches supplémentaires sur les TOA pédiatriques.....	24
.6.2.2.Eventuelle nouvelle action proposant des pistes concrètes d'accompagnement de ces enfants et de leur famille.....	25
.6.3.Remarques et suggestions des professionnels de santé.....	25
.6.3.1.Remarques et difficultés rencontrées par les professionnels de santé.....	26
.6.3.1.1.Dans les pratiques professionnelles.....	26

.6.3.1.2.En lien avec l'action de prévention.....	26
.6.3.2.Suggestions des professionnels de santé.....	26
.6.3.2.1.Formation des professionnels.....	26
.6.3.2.2.En lien avec l'action de prévention.....	26
Discussion	26
.1.Rappel de l'objectif de l'étude et des hypothèses de départ	26
.2.Principaux résultats et corrélations avec les hypothèses.....	27
.2.1.Connaissances des TOA par les professionnels de santé	27
.2.2.Pratiques cliniques des professionnels de santé sensibilisés.....	28
.3.Critiques méthodologiques	28
.4.Propositions de perspectives de l'étude	29
Conclusion	30
Bibliographie.....	31
Annexes.....	33
Annexe A1 : Plaquette d'information sur les troubles de l'oralité alimentaire à destination des professionnels de santé.....	33
Annexe A2 : Plaquette d'information sur les troubles de l'oralité alimentaire à destination des familles et des professionnels de la petite enfance.	34
Annexe A3 : Déclaration de conformité du questionnaire	35
Annexe A4 : Lettre d'information concernant l'étude adressée aux professionnels de santé.....	36
Annexe A5 : Tableau récapitulatif du questionnaire adressé aux professionnels de santé des Hauts-de-France ayant participé à l'action de prévention en 2017.....	37

Introduction

Le Code de la Santé Publique (2016), définit l'orthophonie dans l'article L4341-1. Il est mentionné que la pratique professionnelle « comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales ». Les actes attribués au champ de compétences des orthophonistes sont par conséquent divers, mais ils ne sont pas toujours connus des autres professionnels médicaux et paramédicaux.

Les troubles de l'oralité alimentaire sont reconnus depuis le 1^{er} avril 2018 dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des orthophonistes (Bilan et acte de rééducation des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité), cependant il semblerait qu'ils soient encore méconnus de nombreux prescripteurs, ce qui ne permet ni leur prise en soin précoce ni leur prévention.

C'est dans ce contexte qu'une action de prévention et de sensibilisation des professionnels de santé a vu le jour dans les Hauts-de-France. En octobre 2015, l'association « Parlons-en ! » et l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Orthophonistes ont travaillé ensemble afin de sensibiliser à grande échelle les professionnels de santé de la région aux troubles de l'oralité alimentaire (TOA) pédiatriques afin de les orienter dans le dépistage précoce et les prises en soin. Cette action de prévention rassemble de nombreux partenaires comme les syndicats régionaux des orthophonistes du Nord-Pas-de-Calais et de Picardie, la filière de santé dédiée aux maladies rares abdomino-thoraciques (FIMATHO) et le CHRU de Lille, afin de diffuser des informations au plus grand nombre.

Cette action a pour objectif de permettre le repérage, la prévention et l'accompagnement des jeunes patients avec des troubles de l'oralité alimentaire afin de pouvoir venir en aide à leurs familles souvent démunies face à ce trouble encore trop méconnu.

Ce mémoire vise à objectiver l'impact de cette action de prévention sur les pratiques professionnelles des participants. Il a pour objectif de mettre en évidence la diffusion de connaissances approfondies sur les troubles de l'oralité alimentaire afin de permettre un dépistage précoce et des prises en soins adaptées. A l'issue de ce mémoire, les auteurs de l'action auront en main le retour des professionnels et pourront ainsi décider de la suite à donner à cette action.

Le contexte théorique sur lequel s'appuie ce travail sera présenté dans un premier temps. Il permettra de définir la prévention ainsi que l'oralité et ses troubles. L'action de prévention menée dans la région des Hauts-de-France sera décrite plus en détails dans cette partie ainsi que les objectifs et hypothèses de l'étude. Dans un second temps, la méthodologie définira la méthode choisie pour le recueil des informations. A la suite de celle-ci, les résultats obtenus seront présentés. Enfin les hypothèses du mémoire seront confrontées à ces résultats. Les limites et apports de l'étude seront exposés dans la dernière partie. Enfin, la conclusion de cette étude sera donnée.

Contexte théorique

.1. La prévention

.1.1. Définitions

La Haute Autorité de Santé (2006) définit la prévention comme un acte « [consistant] à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1948), distingue trois niveaux de prévention ; la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire.

.1.1.1. Prévention primaire

La prévention primaire désigne « tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population » (OMS, 1948, citée dans le Dictionnaire d'Orthophonie, 2011), autrement dit éviter l'apparition de nouveaux cas par exemple par la vaccination.

.1.1.2. Prévention secondaire

Les actes de prévention secondaire « sont destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution » (OMS, 1948, citée dans le Dictionnaire d'Orthophonie, 2011). Elle intervient précocement notamment par le dépistage.

.1.1.3. Prévention tertiaire

La prévention tertiaire intervient lorsqu'une maladie est déjà présente. Sa mission est « de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population, donc à réduire les modalités fonctionnelles consécutives à la maladie » (OMS, 1948, citée dans le Dictionnaire d'Orthophonie, 2011). Il s'agit ici, d'un traitement comme celui que constitue une prise en soin orthophonique.

.1.2. La prévention en orthophonie

Les orthophonistes sont des auxiliaires médicaux exerçant sur prescription médicale. Cette profession relève du Code de la Santé Publique, dans lequel sont précisés les actes qui lui sont accordés. Il est mentionné dans l'article R.4341-1 que la prévention fait partie de la pratique professionnelle des orthophonistes tout comme le traitement des troubles de la communication ou ceux de la cognition mathématique pour n'en citer que quelques-uns. Les actes sont par la suite édités dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). A ce jour, aucun acte de prévention n'y est mentionné.

Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) sont présentées dans la suite de ce mémoire. Ces associations de professionnels médicaux et paramédicaux ont pour mission de travailler sur l'organisation des projets de soin dans leur région. Les actions de prévention et de sensibilisation font partie de leurs compétences et de leurs missions. Les URPS de différentes professions peuvent se regrouper pour travailler sur des projets communs autour de problématiques de prévention et de promotion de la santé.

De plus, la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) est en lien, partout en France, avec des associations de prévention en orthophonie telles que « Parlons-en ! » dans les Hauts-de-France,

OPAL (Orthophonie et Prévention en ALsace) ou encore MIPRO (Association Martiniquaise d'Intervention pour la Prévention et la Recherche en Orthophonie) qui rassemblent des professionnels volontaires autour de missions de prévention et de sensibilisation en orthophonie.

La prévention est donc au cœur de la profession. Elle est indispensable pour valoriser les compétences des orthophonistes et pour permettre d'aborder des sujets comme les troubles de l'oralité alimentaire, pour lesquels peu de professionnels sont formés initialement.

.2. L'oralité et ses troubles

.2.1. Définitions et développement de l'oralité

Historiquement, la notion d'oralité a d'abord renvoyé au langage parlé en désignant sa fonction discursive. Plus tard, elle s'est élargie en englobant dans sa définition la fonction alimentaire (Couly, 2017). Aujourd'hui, il s'agit d'un terme large qui désigne « l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche à savoir l'alimentation, la respiration, la perception, la gustation et bien sûr la communication » (Abadie, 2004). L'oralité alimentaire et l'oralité verbale se développent de manière simultanée et sont certainement liées dans le développement de l'enfant. Couly (2017) les définit comme « deux variétés allomorphiques d'une même fonction », partageant toutes les deux « une réelle communauté anatomique, neuro-développementale, puis neuro-fonctionnelle ».

.2.1.1. L'oralité alimentaire

L'oralité alimentaire évolue en deux étapes successives dans le développement du fœtus puis du très jeune enfant. L'oralité primaire de succion et déglutition embryo-fœtale est suivie de l'oralité secondaire gnoso-praxique chez l'enfant d'environ six mois (Couly, 2010 cité par Couly, 2017).

C'est au cours de la dixième semaine d'aménorrhée (SA) qu'apparaît le réflexe de Hooker, le toucher des lèvres par la main conduit à une ouverture buccale et à une sortie de langue pour atteindre cette main (Humpfrey, 1961 cité par Haddad, 2017). A cette période, l'embryon explore son environnement avec ses mains, sa bouche et son visage (Couly, 2017). Les premières déglutitions apparaissent entre la 10^e et la 15^e semaine d'aménorrhée, puis les trains de succion qui ne s'y coordonnent pas encore. Les premières observations de l'oralité alimentaire sont visibles, par échographie, au stade embryonnaire vers la 12^e semaine d'aménorrhée (Couly, 2000, 2015 cité par Couly, 2017). A partir de la 13^e semaine et jusqu'au terme de la grossesse, le fœtus déglutit du liquide amniotique plusieurs fois par jour, entraînant ainsi cet enchaînement de succion-déglutition. La succion non-nutritive est mature dès la 29^e SA, elle n'implique pas systématiquement de déglutition. La maturation de la coordination succion-déglutition apparaît vers 34 SA, entraînant une succion nutritive (Haddad, 2017).

Les six premiers mois de grossesse sont indispensables à la formation des structures anatomiques et musculaires impliquées dans les mouvements réflexes de succion et de déglutition. La coordination succion-déglutition-respiration est fonctionnelle dès lors que la fonction respiratoire l'est aussi, soit aux alentours de la 37^e SA, c'est ce qui définit le terme de la grossesse. L'enfant devient capable de se nourrir seul (Haddad, 2017).

Entre le quatrième et le sixième mois de l'enfant, l'oralité secondaire apparaît, marquée par le passage à la cuillère. « La succion-déglutition est progressivement supplée par la cuillère, passerelle entre les deux oralités » (Abadie, 1999, cité par Couly, 2017). Le lait qui était l'unique aliment jusque-là est désormais proposé avec d'autres textures lisses, principalement des purées de fruits et de légumes (Levavasseur, 2017). Les réflexes archaïques du nouveau-né cessent progressivement vers

le quatrième mois afin de lui permettre une succion non plus réflexe mais volontaire. Entre 6 et 36 mois, la denture de lait apparaît lentement, permettant ainsi à l'enfant de « développer et « maturer » sa praxie alimentaire de mastication » (Couly, 2017). L'introduction des morceaux peut débuter aux alentours du neuvième mois de l'enfant.

Les différentes propositions des parents lui permettent de découvrir des nouveaux schémas sensoriels faisant intervenir le goût, l'odorat, des informations somesthésiques, thermoceptives, proprioceptives voire vestibulaire (Levavasseur, 2017). A ses deux ans, l'enfant sera généralement en capacité de manger comme ses proches, sa praxie masticatoire sera mature pour ses quatre ans.

.2.1.2. L'oralité verbale

L'oralité verbale est présente dès la naissance. Elle se développe en deux étapes successives : l'oralité verbale primaire suivie de l'oralité verbale secondaire. La première débute à la naissance avec les cris puis les vocalises de l'enfant. La secondaire commence lorsque le babillage paraît, d'abord rudimentaire puis canonique et mixte. Les premiers mots apparaissent autour d'un an, l'association de deux mots l'année suivante puis les premières phrases autour des deux ans et demi de l'enfant.

.2.2. Les troubles de l'oralité alimentaire

.2.2.1. Définitions

Les troubles de l'oralité alimentaire (TOA), aussi appelés troubles du comportement alimentaire, peuvent se définir comme « l'ensemble des difficultés par voie orale » (Thibault, 2007). Aucune définition ne fait réellement preuve de consensus dans la littérature. Cependant, toutes sont unanimes sur la complexité du trouble et sur ses tableaux cliniques variés. Ils se manifestent sous diverses formes allant d'un refus total d'alimentation, une très grande sélectivité des aliments ou encore une absence d'intérêt à cet acte pluriquotidien et vital. Thibault (2007) précise qu'il « peut s'agir de troubles par absence de comportement spontané d'alimentation, ou par un refus d'alimentation, et de troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant ».

Les TOA ne sont pas rares chez les enfants, touchant 25% à 50% des nourrissons en population ordinaire pédiatrique (Cascales, Olives, Bergeron, Chatagner, & Raynaud, 2014). Leurs causes sont diverses, aussi ils sont souvent le résultat de plusieurs facteurs ce qui les rend « multiples, multidirectionnels et complexes » (Cascales et al, 2014).

Selon Levavasseur (2017), quatre piliers développementaux sont aux fondements des troubles alimentaires ; les aspects sensoriels, les aspects moteurs et gnoso-praxiques, les aspects organiques et les aspects environnementaux. Elle y ajoute l'aspect émotionnel qui joue un rôle central dans le développement puisque les enfants « s'engagent naturellement dans les activités qui vont leur procurer du plaisir, et renoncent par contre rapidement quand les désagréments s'installent et qu'ils ne trouvent pas d'issue satisfaisante aux situations négatives vécues » (Levavasseur, 2017). Elle propose une lecture pyramidale des TOA, d'où découlent deux « boucles sensorielles ». La première est dite « primaire », elle est issue d'une situation prédisposant à des difficultés de prise de repas. Il peut s'agir de difficultés sensorielles, motrices, digestives ou respiratoires. Un même schéma négatif va se reproduire à chaque tentative de prise alimentaire, transformant cet acte en un rituel difficile et parfois même douloureux. L'enfant développe alors un comportement en adéquation avec ses difficultés, il s'agit parfois d'un refus de manger voire parfois même de s'attabler. Les comportements « réponses » des parents sont « plus ou moins ajustés, souvent instables, voire contre-productifs », ils peuvent être de l'ordre du forçage alimentaire ou de la punition. La seconde boucle sensorielle en découle,

elle est souvent négative et ancre « les perceptions négatives de l'enfant, rendant le repas véritablement compliqué et l'inscrivant dans le même temps au sein d'un TOA complexe » (Levavasseur, 2017).

Bandelier (2015) retient quatre étiologies des TOA. Il s'agit d'une étiologie **médicale**, qui sous-tend par exemple les intolérances et allergies alimentaires ou le reflux gastro-œsophagien, une étiologie **gnoso-praxique** faisant référence notamment aux difficultés de succion, une étiologie **comportementale** incluant le refus de la nouveauté et le désarroi des parents et enfin une étiologie **sensorielle** siège de l'hyper et de l'hyporéactivité (Fortin, 2018).

.2.2.2. Les signes cliniques d'appel des troubles de l'oralité alimentaire pédiatriques

Les signes cliniques retrouvés dans les TOA sont nombreux et très divers. Lecoufle et Lesecq-Lambre (2016) relèvent l'impact de ces troubles sur l'ensemble des sens ce qui explique « la richesse et la complexité des signes cliniques sensoriels et moteurs que l'on peut rencontrer ». Ces signes cliniques peuvent se retrouver sur les temps de repas mais il est nécessaire de les compléter par des observations en dehors de ses moments. L'ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) en fait une liste non-exhaustive en citant notamment l'allongement des temps de repas, la raideur, les cris, l'agitation et l'endormissement lors des repas, les difficultés à l'allaitement, les difficultés respiratoires, le refus de certaines ou de toutes les textures, la toux ainsi que la présence de réflexe nauséux, un bavage ou des fuites buccales et nasales, des épisodes d'étouffement, de vomissements excessifs ou de crachats, les modifications vocales pendant ou après la prise alimentaire (voix grasseyante, rauque, soufflée) et enfin l'absence de prise de poids ou de taille. Le tableau 1 reprend la classification faite par Lecoufle (2019).

Tableau 1. Les signes cliniques d'appel des TOA pédiatriques (d'après Lecoufle, 2019)

Signes oro-moteurs	Signes sensoriels	Signes psycho-comportementaux
Hypotonie bucco-faciale	Investissement limité de la sphère orale	Désintérêt pour l'alimentation
Hypertonie bucco-faciale	Recherche de stimulation excessive	Absence d'appétence orale
Trouble des praxies fonctionnelles (succion, mastication...)	Grimaces, réflexe nauséux important, nausées, vomissements	Refus alimentaire
Voix mouillée, fausses-routes (signe de gravité : bilan complémentaire nécessaire)	Aversions sélectives alimentaires	Conduites d'évitement avec mise en place de défenses et stratégies
Repas longs (> 30 min)	Hyper/hypo-réactivité sensorielle globale et/ou orale	Conflit/anxiété au cours des repas
Fatigabilité	Difficultés lors de changement de texture alimentaire	Mise en place de stratégies alimentaires parentales
Nourriture stockée en bouche		Peur d'avaler/de s'étouffer

.2.2.3. La prise en soin des TOA pédiatriques

La première rencontre avec l'enfant et sa famille est l'occasion d'aborder avec le professionnel leur histoire du trouble, leurs ressentis et leurs questions. Elle consiste en « un dialogue approfondi avec les parents et une observation attentive de l'enfant ainsi qu'un examen clinique » (Abadie, 2004)

comportant les éléments communs à tout entretien mais également « une évaluation objective des capacités orales tant comportementales que sensorimotrices en dehors de l'alimentation, qu'au cours des tentatives d'un vrai repas » (Abadie, 2004).

La prise en soin doit être la plus précoce possible (entre 0 et 3 ans) afin de diminuer les répercussions et les répétitions des expériences négatives chez l'enfant. Elle permet également d'aider les parents à comprendre les difficultés de leur enfant. L'alimentation est un acte pluriquotidien qui est une source de plaisir pour la diade parents-enfant quand tout se passe correctement mais les désagréments d'un trouble de l'oralité alimentaire peuvent tout anéantir.

« Quand il arrive qu'un enfant peine à s'alimenter, c'est alors l'entourage qui est impacté. La mère en premier lieu [...] mais aussi la famille, voire l'environnement, qui va soudainement se mettre au rythme de cet enfant difficile à nourrir » (Levavasseur, 2017). En effet, ce n'est pas facile pour les parents de voir leur enfant incapable d'accepter leurs propositions, sans trouver d'alternative pour lui apporter la nutrition quotidienne nécessaire à son bien-être. A la suite de ces échecs répétitifs, il arrive que les parents « montrent des réponses instables à l'enfant », ou qu'ils cessent de lui faire des propositions adaptées à son âge (Levavasseur, 2017).

La prise en soin des TOA est donc indispensable tant à l'enfant qu'à son entourage pour repérer et accompagner les difficultés, Levavasseur (2017) parle de « vulnérabilités ». « Accompagner les parents dans la compréhension du développement de l'enfant, rassurer et renforcer chaque comportement positif, proposer un modèle, accompagner l'intégration sensorielle, orienter vers d'autres partenaires au besoin » sont toutes les missions que doit remplir une prise en soin orthophonique dans le cadre de TOA (Levavasseur, 2017).

Une prise en charge précoce permet de repérer rapidement les « vulnérabilités » de l'enfant et ainsi d'accompagner les parents et l'enfant « à travers des propositions implicites et explicites » favorisant un quotidien ajusté aux difficultés (Levavasseur, 2017). Elle permet également « d'accompagner les parents pour les amener à réfléchir sur leurs pratiques éducatives notamment sur les temps de repas, non pas pour juger, mais pour dénouer les enjeux qui s'y manifestent et ainsi favoriser l'émergence de comportements alimentaires plus adaptés » (Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2016).

.2.2.4. La prévention des troubles de l'oralité alimentaire

La prévention permet de ne pas perdre de temps dans le dépistage, d'éviter l'errance du diagnostic et de permettre la meilleure orientation possible vers les professionnels adéquats. Il est important de dépister le trouble de l'oralité afin de ne pas entrer dans le forçage alimentaire. Ce dernier est pratiqué par beaucoup de parents chez les enfants de 6-12 mois car ils ne sont pas informés sur les TOA et pensent que leur enfant refuse de mastiquer correctement (Couly, 2017). La posture et l'environnement adaptés à la prise des repas sont à prioriser pour favoriser les bonnes conditions à l'alimentation. Aussi, il est important d'adapter les prises alimentaires aussi bien en quantité qu'en texture comme le recommande l'OMS afin de rester en adéquation avec les possibilités sensorielles et/ou oro-motrices de l'enfant. Les stimulations sensorielles sont importantes afin d'aider au mieux l'enfant à découvrir sa sensorialité lorsque le trouble est d'origine sensorielle. Elles peuvent par exemple passer par l'exploration de boîtes sensorielles ou par la découverte d'aliments nouveaux présentés sous formes attrayantes et ludiques.

.3. L'action de sensibilisation auprès des professionnels de santé des Hauts-de-France

.3.1. La création de l'action

Cette action de prévention a vu le jour en 2015. L'Association « Parlons-en ! » et l'URPS Orthophoniste ont mesuré l'importance de créer cette action, en constatant le manque de connaissances sur les TOA des professionnels de santé, et notamment des médecins prescripteurs. La littérature actuelle démontre l'importance de la prise en soin précoce des TOA. Or, pour que le dépistage le soit aussi, il est nécessaire que les professionnels de santé en aient connaissance. Ces deux partenaires ont mis en place un groupe de travail pour la création d'une plaquette d'information sur ces troubles à destination de tous les professionnels de santé (cf. Annexe A1) (Lesecq-Lambre, 2018). Pour sa diffusion au plus grand nombre, il a été décidé d'organiser des réunions de sensibilisation et de prévention à l'attention des professionnels de santé. De plus, cette plaquette d'information a pu être diffusée lors du 27^{ème} Congrès Scientifique International de la Fédération Nationale des Orthophonistes en septembre 2017, lequel était dédié aux oralités.

Dix sessions en matinée ou soirée se sont tenues dans dix villes de la région. Elles ont permis de réaliser des échanges plus directs entre les professionnels et apporter des réponses aux questions qu'ils pouvaient se poser. De nouveaux partenaires comme la filière des maladies rares abdomino-thoraciques (FIMATHO), les réseaux de périnatalités et les centres hospitaliers régionaux ont intégré le projet pour s'associer à cette action. Les sessions étaient présidées par deux orthophonistes et un gastro-pédiatre, elles ont permis de diffuser près de 800 plaquettes d'informations sur les TOA.

.3.2. Les objectifs de cette action de prévention

Cette action de prévention a pour objectifs de sensibiliser les professionnels de santé aux TOA, de les rendre acteurs dans leur dépistage, leur prise en soin et de permettre d'adresser précocement les patients à des orthophonistes et par conséquent de soulager les familles souvent démunies. Une telle action de prévention menée sur le plan régional a pour but de diffuser des informations et de sensibiliser plus amplement sur les troubles de l'oralité alimentaire.

.3.3. Les partenaires

.3.3.1. « Parlons-en ! »

« Parlons-en ! » est une association des Hauts-de-France qui se consacre à la prévention en orthophonie des troubles de la communication et de l'illettrisme. Elle a été créée en 2001 en partenariat avec le Syndicat Régional des Orthophonistes du Nord-Pas-de-Calais (SRONP) et est présidée par Madame Lesecq-Lambre. Cette association mène des actions de prévention en intervenant auprès d'un large public. Elle peut intervenir sur demande dans son champ de compétences et en accord avec les règles éthiques et les données scientifiques actuellement probantes. L'Association possède un site internet (www.parlonsen.org), sur lequel les différents projets sont présentés ainsi que l'agenda des événements à venir ou ayant eu lieu.

Quelques projets de l'association :

Depuis 2012, l'Association « Parlons-en ! » reconduit chaque année le projet « Un bébé, un livre » ayant été créé par le Syndicat des Orthophonistes d'Alsace en 2006. Depuis le début de cette

action dans la région, plus de 3000 livres ont pu être offerts à de jeunes parents dans une quinzaine de maternités afin de prévenir des troubles du langage et de l'illettrisme. Ce projet est aujourd'hui parrainé par le Ministère de la Culture et le Ministère de la Santé.

L'Association participe également chaque année, en lien avec le Syndicat régional des Orthophonistes du Nord-Pas-de-Calais, aux journées nationales et internationales de prévention comme notamment les journées mondiales du handicap, de sensibilisation à l'autisme et à celle du bégaiement ou encore les journées nationales de l'audition et des dys.

Le projet de prévention des troubles de l'oralité alimentaire trouve également sa place sur le site de l'association. La plaquette : *Les troubles de l'oralité alimentaire : comprendre et accompagner au quotidien* (cf. Annexe A2) créée par l'association, l'URPS Orthophonistes des Hauts-de-France et la Filière de santé Maladies rares Abdomino-Thoraciques (FIMATHO) notamment, est disponible en libre accès. Elle a pour objectif d'être diffusée aux professionnels de la petite enfance ainsi qu'aux familles afin de faire connaître les TOA pédiatriques.

.3.3.2. Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Orthophoniste

Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) Orthophonistes sont des associations de professionnels ayant été créées sur tout le territoire en 2010. L'orthophonie étant une profession constituée de moins de 20 000 professionnels libéraux en France, les membres des bureaux sont désignés pour cinq ans, par la Fédération Nationale des Orthophonistes, unique syndicat national représentatif de la profession.

Leur mission est de participer à l'organisation de l'offre de santé, la réalisation du projet de santé régional ainsi que la valorisation de la profession sur chacun de leur périmètre respectif. Elles constituent le principal lien entre les professionnels libéraux et les Agences Régionales de Santé (ARS). Les URPS doivent respecter les missions qui leur sont confiées par les conventions nationales. Les URPS permettent aux professionnels d'avoir la possibilité de créer divers projets et notamment des actions de prévention, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique. Ces projets peuvent se faire entre professionnels d'une même URPS ou avec des partenariats inter-URPS comme par exemple avec celles des pharmaciens, des sages-femmes ou des infirmiers afin de travailler ensemble sur des problématiques de soin, de prévention et de promotion de la santé.

Le financement de ces actions peut être issu de différentes sources. Les cotisations obligatoires des professionnels de santé prélevées par l'Union de Recouvrement de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF) permettent à chaque URPS d'avoir son propre fond monétaire. Les institutions tels que l'Agence Régionale de Santé, l'Assurance Maladie ou les Conseils Régionaux peuvent venir en aide aux URPS pour leurs actions. Enfin, les partenariats avec d'autres professionnels aboutissent parfois à des aides supplémentaires.

L'URPS Orthophonistes des Hauts-de-France a la volonté de créer des actions réunissant les orthophonistes mais également des partenariats avec d'autres professionnels comme les dentistes ou les pharmaciens de la région. Les domaines du soin, de la prévention, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique sont tous envisagés. Le parcours de santé et la coordination des professionnels sont des projets dans lesquels cette URPS Orthophonistes souhaite s'intégrer.

.3.3.3. Filière des Maladies rares Abdomino-Thoraciques

La Filière des Maladies Rares Abdomino-Thoraciques (FIMATHO) est une filière de santé nationale dédiée aux malformations abdomino-thoraciques. Son rôle est de « renforcer les liens entre les acteurs de la santé impliqués dans la recherche, le diagnostic, le suivi, la formation et le monde associatif et d'harmoniser et coordonner l'ensemble de leurs actions sur le territoire français »

(FIMATHO, s.d.). La filière a des missions définies par le Ministère de la Santé, à savoir l'amélioration des prises en charge, le développement de la recherche, de l'enseignement et de la formation ainsi que de venir en aide aux centres de santé ayant des projets de recherches européens.

3.4. Les participants

Entre octobre 2015 et septembre 2017, près de 320 professionnels de santé de la région ont participé aux sessions de prévention organisées par l'Association « Parlons-en ! » et l'URPS Orthophonistes. Le nombre de participants a varié en fonction des villes, allant de 108 professionnels présents à Lille, 25 à Amiens ou encore 10 à Beauvais (Figure 1). La profession la plus représentée était celle des médecins, elle représentait 37% des participants. D'autres professions étaient toutefois largement représentées comme celle des orthophonistes avec 20,8% et celle des infirmières et des puéricultrices avec 20,7% des participants (figure 2).

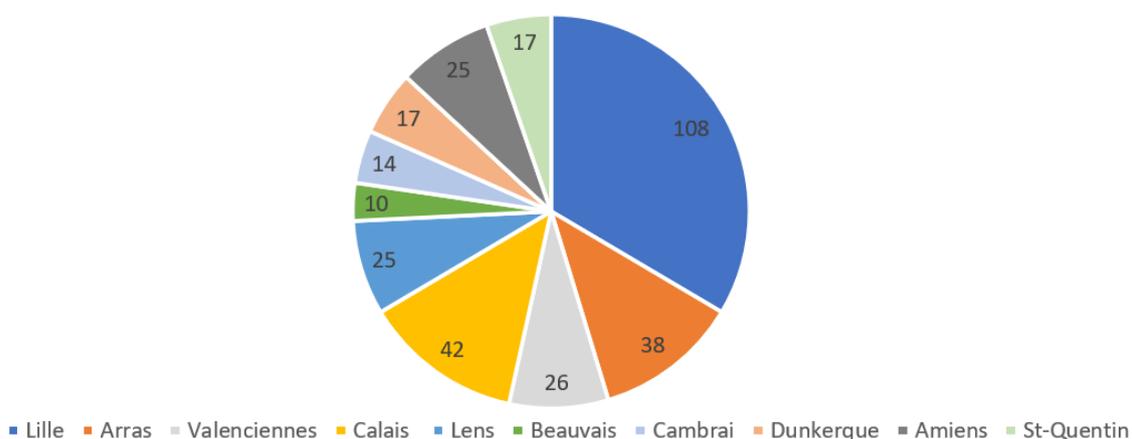


Figure 1. Répartition du nombre de participants par ville (« Parlons-en ! »)

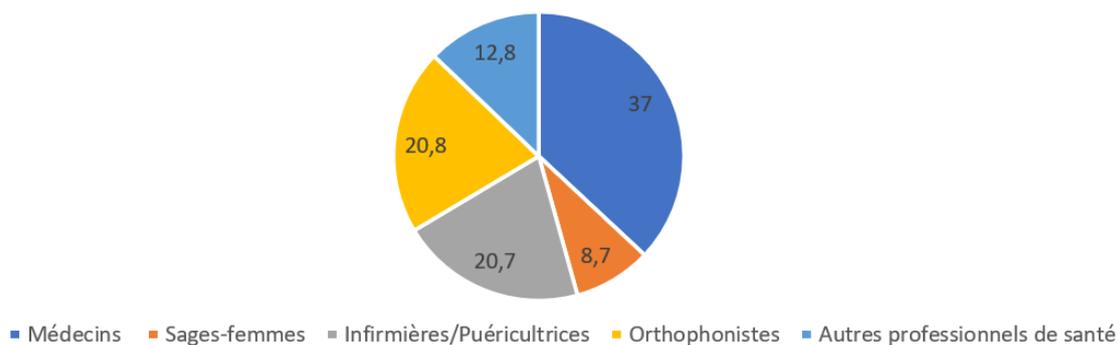


Figure 2. Répartition des participants par profession en pourcentages (« Parlons-en ! »)

Buts et hypothèses de l'étude

Ce mémoire a pour objectif d'évaluer l'impact de l'action de prévention sur les TOA pédiatriques menée auprès des professionnels de santé des Hauts-de-France. Le but de l'enquête par questionnaire est de mettre en évidence la présence ou non de changements dans les pratiques professionnelles à la suite de cette action de prévention dans la région.

Ce mémoire émet l'hypothèse principale que les informations diffusées lors des sessions de prévention ont permis aux professionnels de santé de découvrir ou de mieux connaître les troubles de l'oralité alimentaire pédiatriques et ont ainsi provoqué des changements dans leur pratique clinique. Les hypothèses sous-jacentes sont par conséquent que les professionnels de santé sensibilisés ont désormais la capacité d'orienter plus facilement en orthophonie, de détecter les signes d'alerte principaux et de faire a minima de la prévention auprès des familles afin d'éviter les comportements les plus néfastes comme le forçage alimentaire.

Méthode

Cette partie exposera la méthode exploitée afin d'affirmer ou d'infirmer les hypothèses de ce mémoire. Le choix de cette méthode sera explicité. Les étapes nécessaires à la construction de l'outil de recueil d'informations seront ensuite détaillées, ainsi que la population sélectionnée, le support employé et la méthode de diffusion de l'outil. Enfin l'analyse des données récoltées sera abordée.

.4. Choix de la méthode

Il existe trois méthodes principales pour le recueil d'informations dans l'étude des faits psychosociologiques : le questionnaire, l'entretien et l'observation (Vilatte, 2007).

Vilatte, définit le questionnaire comme une méthode exclusivement collective et quantitative s'appliquant à un échantillon et permettant des inférences statistiques. D'après lui, « élaborer un questionnaire, c'est produire des chiffres qui vont permettre selon les tenants de cette démarche de se soustraire à la subjectivité » (Vilatte, 2007). Cette méthode permet de confirmer ou d'infirmer une hypothèse, selon une démarche déductive (Vilatte, 2007).

Ainsi, la méthode du questionnaire semblait être la plus pertinente pour cette étude. Elle permettait de récolter des informations concernant la plus-value de l'action de prévention auprès des professionnels pour ensuite vérifier les hypothèses du mémoire.

.5. Le questionnaire

Selon Bouletreau, Chouanière, Wild et Fontana (1999), la rédaction d'un questionnaire est précédée par la définition des hypothèses et des objectifs de l'étude. Un questionnaire se construit autour d'un axe défini par une hypothèse, l'objectif n'étant pas uniquement de poser des questions (Vilatte, 2007).

À la fin de la partie théorique, l'hypothèse principale a pu être posée : les professionnels sensibilisés aux TOA sont davantage en mesure d'orienter en orthophonie les enfants susceptibles de présenter un TOA, de prévenir les risques de comportements néfastes et de réaliser de la prévention auprès des familles. Le questionnaire créé dans le cadre de l'étude se construit autour de cette hypothèse, afin de poser les questions nécessaires au recueil d'informations pertinentes.

.5.1. Elaboration du questionnaire

.5.1.1. Le support

Avant de réaliser le questionnaire, un rendez-vous avec le Délégué à la Protection des Données (DPO) de la Faculté de Lille a eu lieu. Ce dernier s'est assuré que les réponses seraient anonymisées et a accordé l'autorisation de diffusion du questionnaire (cf. Annexe A3).

Le site internet Lime Survey (<https://www.limesurvey.org/fr/>) a permis de réaliser le questionnaire en ligne. Il s'agit d'un outil utile pour la création de questionnaires et pour leur gestion, notamment leur diffusion et le stockage des réponses. Il permet également d'organiser les réponses recueillies sous la forme de graphiques et de tableaux statistiques. Ce site a été conseillé par le DPO, pour sa fiabilité concernant la protection des données personnelles, essentielle dans ce type d'étude.

Une lettre d'information (cf. Annexe A4) a également été rédigée. Elle précédait les questions. Avant de répondre au questionnaire, les professionnels avaient un descriptif du mémoire et de ses objectifs. Il était mentionné l'anonymisation des réponses ainsi que la non-obligation de participer à cette étude (« Vous avez la liberté de répondre ou non à ce questionnaire, votre réponse demeure basée sur votre consentement. ») comme exigé par le DPO.

.5.1.2. Les questions

L'organisation des questions est importante dans un questionnaire. Pour Bouletreau *et al.* (1999), il ne faut pas considérer le questionnaire comme « une juxtaposition de questions indépendantes » mais comme un entretien planifié. Pour cette équipe, les questions doivent être rangées dans un ordre logique pour que le participant prenne plaisir à y répondre mais également pour qu'il puisse se « construire une représentation du phénomène étudié ».

Afin de suivre une chronologie cohérente dans les pratiques professionnelles des participants, le questionnaire s'organisait autour de quatre axes (cf. Annexe A5) : les questions générales, les informations « pré-session » de prévention, les informations relatives à la session de prévention et enfin les informations « post-session » de prévention.

Le questionnaire se composait de quatorze questions obligatoires et de huit questions d'approfondissement. Au maximum, vingt-et-une questions pouvaient être présentées à chaque participant en fonction des réponses données.

.5.1.3. Les modalités de réponses

Il était préférable que les professionnels répondent à toutes les questions afin de permettre une analyse finale plus fiable. Toutefois, si le questionnaire n'était pas intégralement complété, il s'enregistrait automatiquement sur Lime Survey. Puisque « la longueur des questions et/ou du questionnaire peut provoquer la « démission » de l'enquêté » (Bouletreau *et al.*, 1999) les questions fermées avec des choix uniques et/ou multiples ont été privilégiées. Quand la réponse « autre » était envisageable, elle était incluse dans les propositions. Pour clôturer le questionnaire, un espace dédié aux remarques complémentaires et facultatives des professionnels était disponible.

.6. Les biais d'un questionnaire

L'élaboration d'un questionnaire se doit d'être étudiée afin de minimiser les potentiels biais. Elle exige le contrôle d'un certain nombre de biais. Giezendanner (2018) en fait une présentation. Ainsi, la formulation des questions, leur ordre de présentation, les propositions de réponses ou encore leur modalité peuvent influencer les réponses des participants. Giezendanner (2018) évoque ainsi les mécanismes

conscients ou non, employés par les participants face au questionnaire. Par exemple, l'effet d'attente face aux objectifs de l'étude, la tendance à l'acquiescement aux questions fermées proposant les réponses « oui/non » sont à prendre en compte. Il en est de même pour les échelles où la réponse médiane ne trouve aucun consensus dans la littérature. En effet, pour certains comme Payne (1951), elle est à proscrire pour éviter une perte d'informations, mais d'autres travaux lui trouvent des avantages.

Le questionnaire élaboré pour l'étude comportait une question sous forme d'échelle. La réponse médiane a été incluse afin de permettre aux participants de s'y situer. De plus, le biais lié à l'effet de longueur a été pris en compte dans l'élaboration du questionnaire. Selon Giezendanner (2018), la longueur d'un questionnaire détermine en grande partie le nombre de personnes qui y répondront. Selon lui, un questionnaire doit comporter entre 20 et 25 questions et ne doit pas nécessiter plus de 20 minutes de passation. Le questionnaire a été élaboré selon ces recommandations afin de ne pas lasser les participants et ne pas influencer le taux de réponses et leur fiabilité.

Toutefois malgré le contrôle des biais, toutes les enquêtes en comportent inévitablement selon Vilatte (2007), il les assimile à des limites.

.7. Population

Le questionnaire s'adressait initialement aux 320 professionnels ayant participé aux sessions de prévention entre octobre 2015 et septembre 2017. Néanmoins, la liste exhaustive de ces participants n'a pas pu être établie. L'Association FIMATHO, partenaire de l'action en 2017, a fourni la liste des participants de cette année. Au total, 168 professionnels de la région ont été contactés par courriel et invités à participer au questionnaire.

.8. Diffusion

Le questionnaire a été élaboré entre juin et août 2019. Il a été diffusé sur les adresses électroniques enregistrées lors des inscriptions aux sessions de 2017, fournies par l'Association FIMATHO. Le premier envoi a eu lieu le 31 octobre 2019. Un mail de rappel a été envoyé le 13 janvier 2020 aux professionnels n'ayant pas répondu. Les organisatrices de l'action de prévention, Madame Lesecq-Lambre et Madame Lecoufle, ont invité par courriel les professionnels à participer au questionnaire en rappelant l'objectif de ce dernier et l'importance d'un nombre conséquent de réponses pour une analyse statistique fiable. Enfin, un dernier rappel avant la clôture du lien internet a été adressé le 31 janvier 2020 aux professionnels de santé n'ayant pas retourné de questionnaire. La dernière réponse comptabilisée a été enregistrée le 10 avril 2020. Les analyses ont été réalisées à partir de cette date.

.9. Exploitation des données recueillies

Toutes les réponses au questionnaire ont été enregistrées sur Lime Survey. Le logiciel a permis l'organisation des réponses, la constitution des graphiques statistiques ainsi que la comptabilité des réponses pour chaque question.

Résultats

.10. Présentation de l'échantillon

La constitution de l'effectif final des questionnaires analysés est décrite dans la figure 3 ci-dessous.

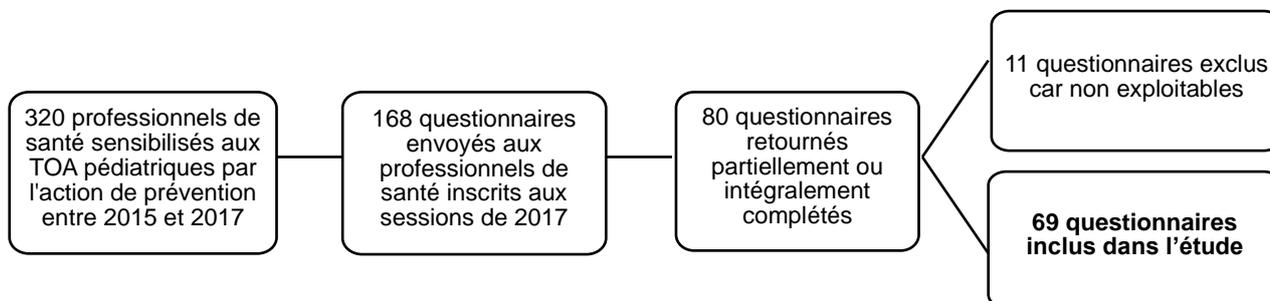


Figure 3. Constitution de l'échantillon définitif de l'étude

Le questionnaire a été envoyé par courriel à 168 professionnels de santé exerçant dans la région des Hauts-de-France. Tous ont été sensibilisés par l'action de prévention au cours de l'année 2017. Au total, 80 questionnaires ont été visionnés, soit 47,6% de l'effectif envoyés initialement. Parmi ces 80 questionnaires, 69 soit 41,07% de l'envoi initial, ont été conservés pour l'étude. Ils étaient majoritairement complets mais certains étaient partiellement renseignés. La décision a été prise de les comptabiliser dans l'étude afin d'avoir un échantillonnage de réponses le plus dense possible. Les onze autres questionnaires ont été exclus de l'étude, par manque de réponse enregistrée.

Au total, l'échantillon comptabilise 69 répondants. Cependant, pour certaines questions, l'effectif (N) est indiqué lorsque tous les répondants ne sont pas inclus dans l'analyse des réponses (absence de réponses à la question). Pour une meilleure compréhension des résultats, les effectifs (N) seront indiqués en plus des pourcentages.

.10.1. Nombre de réponses par profession

Chaque participant a renseigné sa profession au début du questionnaire. Les réponses sont présentées dans la figure 4. La profession la plus représentée est celle des orthophonistes avec 30,43% (N=21) des réponses totales. Ensuite ce sont les puériculteurs avec 23,19% (N=16), les médecins généralistes avec 18,84% (N=13) et les pédiatres avec 15,94% (N=11). Les infirmier(e)s représentent 7,25% (N=5) des répondants. Les 4,35% (N=3) restants rassemblent les autres professionnels à savoir un psychologue, un psychomotricien et un éducateur de jeunes enfants (non professionnel de santé).

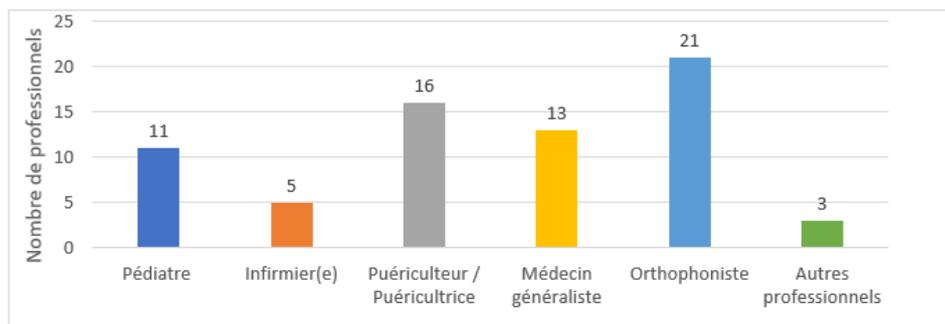


Figure 4. Histogramme du nombre de réponses par profession

.10.2. Nombre de réponses par session de prévention.

Tous les départements de la région des Hauts-de-France sont inclus dans l'étude. Neuf des dix villes ayant accueilli une session de l'action sont représentées dans l'effectif final (figure 5).

Le département du Nord avait accueilli quatre sessions de prévention en 2017. Ce département comptabilise le plus grand nombre de réponses au questionnaire, 22% des réponses totales ; Lille (N=24), Dunkerque (N=5) et Cambrai (N=5). Aucun questionnaire complété n'a été recueilli pour la session dispensée à Valenciennes. L'Aisne comptabilise quatorze réponses avec la session organisée à Saint-Quentin. Le Nord-Pas-de-Calais rassemble douze réponses ; Lens (N=7), Arras (N=3) et Calais (N=2). L'Oise permet de recueillir cinq questionnaires pour la session de Beauvais. Enfin, la session organisée à Amiens dans la Somme a permis de comptabiliser les réponses d'un professionnel.

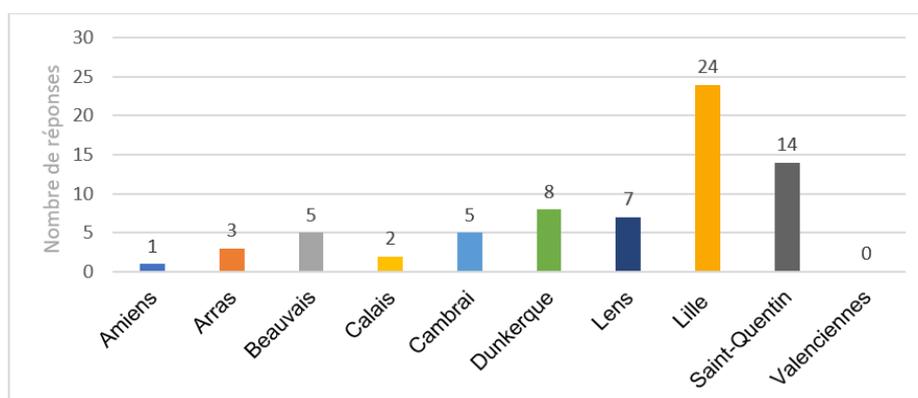


Figure 5. Histogramme du nombre de réponses par session.

.10.3. Formations initiale et continue des professionnels de santé

.10.3.1. Formation initiale et enseignement dédié aux TOA pédiatriques

Les professionnels ont été questionnés sur l'enseignement ou non des TOA pédiatriques au cours de leur formation initiale. Leurs réponses sont résumées dans le diagramme ci-dessous (figure 6).

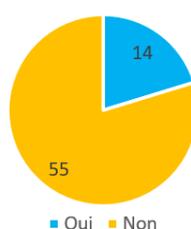


Figure 6. Diagramme du nombre de professionnels formés initialement aux TOA pédiatriques

Plus de la majorité des professionnels de santé, à savoir 55 sur 69 soit 79.71%, a affirmé ne pas avoir reçu d'unité d'enseignement dédiée aux troubles de l'oralité alimentaire pédiatriques au cours de sa formation initiale. A l'inverse, six orthophonistes, trois médecins généralistes, trois pédiatres et deux puériculteurs ont déclaré avoir été formés dans ce domaine.

.10.3.2. Formation continue et enseignement dédié aux TOA pédiatriques

Les formations professionnelles continues des participants ont fait l'objet d'une autre question. L'objectif était de connaître la proportion de professionnels ayant accès ou non à des formations professionnelles dans le domaine des TOA pédiatriques. Les réponses sont présentées dans la figure 7.

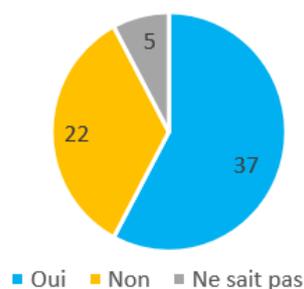


Figure 7. Diagramme des professionnels ayant accès à des formations sur les TOA pédiatriques

Contrairement à leur formation initiale, 37 des 69 professionnels interrogés, soit 53.62%, ont affirmé avoir la possibilité de réaliser des formations sur ce thème dans le cadre de leur formation continue. Ils sont pour la majorité orthophonistes (N=17). Certains pédiatres (N=9), médecins généralistes (N=7), puériculteurs (N=3) et un infirmier ont également affirmé avoir accès à des formations sur ce thème. Cependant tous les participants de ces professions n'ont pas répondu de manière unanime. Ensuite, 39.13% des participants (N=27) ont déclaré ne pas disposer de formation professionnelle dans ce domaine et 7.25% (N=5) ont répondu ne pas savoir s'il en existait dans le cadre de leur formation continue. Il s'agit de deux puériculteurs, d'un médecin généraliste, d'un infirmier et d'un psychologue.

.10.3.3. Inscriptions aux formations sur les troubles de l'oralité alimentaire pédiatriques

Pour donner suite à la question sur les formations continues, la question « avez-vous déjà participé à une formation sur ce thème ? (En dehors de l'action de prévention de "Parlons-en !") » a été soumise aux professionnels.

Parmi les 37 professionnels ayant affirmé avoir des formations disponibles sur les TOA pédiatriques dans leur formation continue, 64.87% (N=24) en ont déjà bénéficié. A l'inverse, 32.43% (N=12) n'y ont jamais participé. Pour ces derniers, l'action de prévention sur les TOA pédiatriques a été la première sensibilisation dans ce domaine.

Au total, 82.60% (N=57) des professionnels participant au questionnaire souhaiteraient s'inscrire à une formation dans ce domaine prochainement. 17.39% (N=12) ne pensaient pas se former davantage aux TOA pédiatriques après leur participation à la session de sensibilisation.

.11. Participation à l'action de prévention

.11.1. Découverte de l'action de prévention par les professionnels de santé

Le questionnaire comportait une question interrogeant les professionnels sur la manière dont ils avaient eu connaissance des sessions de sensibilisation menées par l'Association « Parlons-en ! ». Ils pouvaient donner des réponses multiples. Des propositions de réponses étaient faites ainsi qu'un champ libre pour préciser leur(s) réponse(s). Soixante-huit professionnels ont répondu, soit 98.55% de l'échantillon total de répondants. Le tableau 2 présente les réponses recueillies.

Tableau 2. Effectifs des réponses selon les propositions données dans le questionnaire.

Réponses	Nombre de réponses	Pourcentages des professionnels
Entourage personnel/professionnel	27	39.71%
URPS	21	30.88%
Association « Parlons-en ! »	16	23.53%
Autres	10	14.71%

Note. URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé.

L'entourage professionnel et/ou personnel a été sélectionné par 39.71% (N=27) des répondants. Ensuite, 30.88% (N=21) ont déclaré avoir connu l'action via l'Union Régionale des Professionnels de Santé. L'association « Parlons-en ! », à l'initiative de ce projet, a été sélectionnée par 23.53% (N=16) des professionnels. Enfin 14.71% (N=10) ont explicité leur réponse. Trois professionnels ont déclaré avoir reçu un courrier au sujet de cette action de prévention. Les réponses restantes ont cité deux réseaux de périnatalité et deux associations dont FIMATHO, partenaire de l'action.

.11.2. Motivation des professionnels de santé à participer à une session de sensibilisation

A la question « quelle(s) a (ont) été votre (vos) motivation(s) à participer à cette action de prévention ? », soixante-huit professionnels ont répondu. Les réponses multiples étaient acceptées. Le tableau 3 ci-dessous présente les réponses obtenues.

Tableau 3. Effectifs des réponses selon les procédés de découverte de l'action de prévention.

Réponses	Nombre de réponses	Pourcentages
Certains de vos patients sont concernés	47	69.12%
Par manque de connaissances sur ce sujet	45	66.18%
Des recherches personnelles vous ont motivé à davantage d'informations	7	10.29%
Pour des raisons personnelles	3	4.41%
Autres	3	4.41%

La majorité des répondants, soit 69.12% (N=47), ont déclaré avoir eu un intérêt pour cette action en constatant que leur patientèle était concernée par les TOA pédiatriques. Ils ont été 66.18% (N=45) à affirmer que leur manque de connaissances sur ce sujet avait motivé leur inscription à une session de sensibilisation. Ensuite, 10.29% (N=7) ont affirmé que leur inscription faisait suite à des recherches personnelles dans ce domaine. Enfin, 4.41% (N=3) ont justifié leur participation par des raisons d'ordre personnel et non professionnel.

.12. Connaissances des professionnels sur les TOA avant l'action de prévention

Soixante-huit professionnels ont répondu à la question « aviez-vous déjà entendu parler des TOA avant votre participation à l'action de prévention ? », les effectifs sont donnés dans le tableau 4.

Tableau 4. Connaissance de la notion de TOA pédiatriques par les professionnels avant l'action de prévention.

Réponse	Nombre de réponses	Pourcentages
Oui	57	83.82%
Non	11	16.18%
Total des effectifs	68	100%

L'analyse des réponses permet d'observer que 16.18% (N=11) des répondants ont assuré ne pas avoir connu la notion de troubles de l'oralité alimentaire pédiatriques avant l'action de prévention. La majorité des professionnels de santé interrogés, soit 83.82% (N=57), ont répondu l'inverse.

La figure 8 présente le détail des réponses selon les professions. Ainsi, plus de la moitié des professionnels ayant répondu « non », soit six sur onze, étaient médecins généralistes. Ces professionnels représentaient six des treize médecins généralistes participant au questionnaire, soit 46.15%. Les autres professionnels étaient puériculteurs (N=3), pédiatre (N=1) et orthophoniste (N=1).

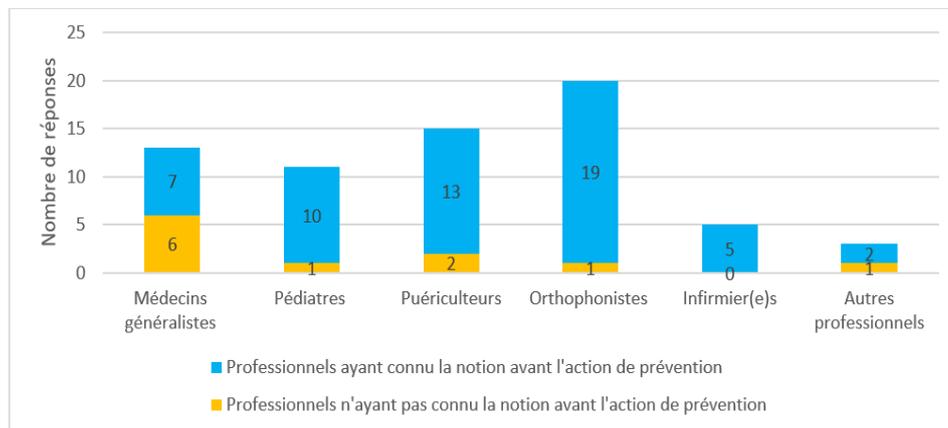


Figure 8. Détail des effectifs concernant la connaissance de la notion de TOA pédiatriques avant l'action de prévention.

.12.1. Contexte de découverte de la notion de TOA pédiatriques

La notion de TOA pédiatriques est abordée dans divers contextes. Les participants ayant eu connaissance de celle-ci avant leur participation à l'action de prévention ont pu préciser leur réponse. Ils avaient la possibilité d'apporter des informations multiples pour expliciter le (les) contexte(s) de découverte de cette notion. Soixante-huit professionnels ont répondu. Le tableau 5 présente les effectifs des réponses selon la profession des répondants.

Tableau 5. Effectifs des réponses par profession.

Professions	Entourage professionnel	Articles / Conférences	Formation professionnelle	Entourage familial
Médecins généralistes	4	3	2	0
Orthophonistes	14	7	11	1
Infirmier(e)s	2	3	0	2
Pédiatres	8	4	6	1
Puériculteurs/Puéricultrices	12	4	0	2
Autres professions	3	0	0	0
Total des réponses (pourcentages)	41 (63.24%)	21 (30.88%)	19 (27.94%)	6 (8.82%)

.12.1.1. L'entourage professionnel

Le contexte le plus mentionné dans les réponses est l'entourage professionnel. En effet, 63.24% (N=43) des professionnels ont initialement entendu parler des troubles de l'oralité alimentaire pédiatriques dans le cadre de leur travail. Toutes les professions ont été représentées par cette réponse. Onze de ces répondants l'ont découvert par le biais de collègues formés en oralité. Cinq participants avaient suivi, avant la session de prévention, un ou plusieurs patients dont le diagnostic de trouble de l'oralité alimentaire avait été posé et dont la prise en soin orthophonique était en cours.

.12.1.2. Formations professionnelles initiale ou continue

La notion a été initialement abordée dans les formations initiales ou continues de 27.94% (N=19) des professionnels. Il s'agissait d'orthophonistes (N=11), de pédiatres (N=6) et de médecins généralistes (N=2).

.12.1.3. Entourage familial

Six professionnels, soit 8.82% des répondants, ont découvert les TOA pédiatriques par le biais de leur entourage familial. Pour certains, un jeune proche était concerné par un trouble de l'oralité alimentaire et pour d'autres, la profession d'orthophoniste était exercée par un membre de l'entourage avec qui ce sujet avait été abordé.

.12.1.4. Lecture d'articles et participation à des conférences

La lecture d'articles et la participation à des conférences sur le sujet ont été sélectionnées par 30.88% (N= 21) des répondants. Pour douze participants la notion de TOA pédiatriques est apparue à la lecture d'articles issus de revues professionnelles ou de lectures personnelles. La moitié des professionnels ayant donné cette réponse sont orthophonistes. Ils citent comme sources des revues professionnelles spécifiques à l'orthophonie. Les autres professionnels justifient ces lectures à des fins plus personnelles ou ne précisent pas leur visée.

Enfin, neuf professionnels ont découvert la notion de TOA pédiatriques en participant à des conférences dans le cadre de leur exercice professionnel.

.12.2. Connaissance du champ de compétences des orthophonistes par les professionnels de santé sensibilisés

Afin de savoir si les professionnels étaient informés de la présence de l'évaluation et de la prise en soin des TOA pédiatriques dans les compétences orthophoniques, la question « savez-vous que l'évaluation et la prise en soin des TOA entrent dans le champ de compétences des orthophonistes ? » leur a été posée. Soixante-huit professionnels ont répondu à cette question. Le diagramme suivant (figure 9) représente les effectifs des réponses. Au total, ce sont 85.29% (N=58) des participants qui ont répondu « oui ». A l'inverse, 14.71% des répondants (N=10) ne savaient pas que les TOA pédiatriques faisaient partie du champ de compétences d'un orthophoniste.

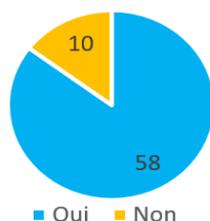


Figure 9. Effectifs des professionnels informés de la présence des TOA pédiatriques dans le champ de compétences orthophonique

Le tableau 6, présente le détail des effectifs selon la profession des répondants. La majorité des participants de chaque profession avait connaissance de cette compétence orthophonique. Parmi les dix professionnels ayant répondu « non » à la question, cinq étaient médecins généralistes soit 38.56% de l'ensemble des représentants de cette profession (N=13) ayant répondu au questionnaire. Ce chiffre est important pour l'étude puisqu'il s'agit d'une des seules professions de santé en mesure de prescrire des bilans et des prises en soin orthophoniques.

Tableau 6. Effectifs des réponses selon les professions

	Médecins généralistes	Puériculteurs	Orthophonistes	Infirmier(e)s	Pédiatres	Autres	Effectif total
Effectifs et % de « oui »	8 (61.54%)	13 (81.25%)	19 (95%)	4 (80%)	11 (100%)	3 (100%)	58 (85.29%)
Effectifs et % de « non »	5 (38.46%)	3 (18.75%)	1 (5%)	1 (20%)	0	0	10 (17.71%)
Effectif total	13	16	20	5	11	3	68

.13. Pratiques cliniques des professionnels de santé

Les professionnels de santé ont été questionnés sur leurs pratiques professionnelles. Afin de comparer les éventuels changements engendrés par leurs nouvelles connaissances en termes de troubles de l'oralité alimentaire pédiatriques, leurs pratiques cliniques antérieures à l'action de prévention et celles qui ont suivi ont été interrogées de manière distincte.

.13.1. Pratiques cliniques des professionnels de santé avant l'action de prévention sur les TOA de l'enfant

Pour avoir un aperçu des pratiques professionnelles avant l'action de prévention, les professionnels ont dû répondre à la question suivante : « aviez-vous déjà prescrit une ordonnance ou préconisé un bilan orthophonique pour troubles de l'oralité alimentaire pédiatriques ? ». Soixante-huit professionnels ont participé à cette question.

Parmi les 85.29% (N=58) de professionnels ayant affirmé savoir que les TOA pédiatriques entraient dans le champ de compétences des orthophonistes, 55.18% (N=32) ont affirmé avoir prescrit ou préconisé une évaluation orthophonique pour une suspicion de TOA chez au moins un patient.

Parmi l'ensemble des répondants à cette question, 52.94% (N=36) n'avaient jamais évoqué cette notion auprès de patients et de familles. Parmi eux, 72.22% (N=26) avaient connaissance de cette compétence orthophonique mais n'avaient pas pu en parler ou suspecter un TOA pédiatrique par manque de connaissances dans ce domaine ou par absence de patient susceptible d'en présenter un.

Le tableau 7 résume les effectifs des réponses selon les professions. Il permet de constater que la majorité des participants de chaque profession, à l'exception des pédiatres, n'avait jamais prescrit ou préconisé de bilan orthophonique pour suspicion de TOA pédiatrique, avant l'action de prévention. Pour les médecins généralistes, principaux prescripteurs de bilans orthophoniques, 61.64% (N=8) des participants n'avaient jamais rédigé de prescription pour investiguer un éventuel TOA pédiatrique.

Tableau 7. Effectifs des prescriptions/préconisations de bilans orthophoniques pour suspicions de TOA pédiatriques.

	Puériculteurs	Orthophonistes	Médecins généralistes	Infirmier(e)s	Pédiatres	Autres	Effectif total
Effectifs et % de « Oui »	4 (25%)	10 (50%)	5 (38.46%)	1 (20%)	11 (100%)	1 (33.33%)	32 (47.06%)
Effectifs et % de « Non »	12 (75%)	10 (50%)	8 (61.64%)	4 (80%)	0	2 (66.67%)	36 (52.94%)
Effectif total	16	20	13	5	11	3	68

.13.2. Pratiques cliniques des professionnels de santé à la suite de l'action de prévention sur les TOA de l'enfant

.13.2.1. Eventuels changements de pratiques professionnelles

A la question « cette action de sensibilisation a-t-elle engendré des changements dans votre pratique professionnelle ? », cinquante-huit professionnels ont répondu. Les effectifs des réponses et les pourcentages sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8. Effectifs des réponses données par les 58 professionnels de santé.

Réponse	Nombre de réponses	Pourcentages
Oui	48	82.76%
Non	10	17.24%
Total des effectifs	58	100%

Ainsi, 82.76% (N=48) des participants à cette question ont répondu « oui ». Dix professionnels, soit 17.24%, ont affirmé ne pas avoir opéré de changement dans leur pratique professionnelle à la suite de leur participation à la session de sensibilisation.

Les professionnels de santé ont pu affiner leur réponse afin d'explicitier leurs changements de pratique. Les réponses des quarante-huit participants ayant approfondi leur propos sont présentées dans le tableau 9.

Tableau 9. Effectifs des réponses données par les quarante-huit participants.

Réponse	Nombre de réponses	Pourcentages
Accompagnement de parents en difficulté	37	77.08%
Prévention auprès de parents	37	77.08%
Prescriptions de bilans orthophoniques	16	33.33%
Orientation vers un autre professionnel	16	33.33%
Autre	5	10.41%

Ainsi, 77.08% (N= 37) des répondants ont déclaré avoir réalisé de l'accompagnement parental et de la prévention auprès des familles. Ensuite, 33.33% (N=16) ont eu l'occasion de prescrire ou de préconiser une évaluation orthophonique pour une suspicion de TOA pédiatrique. Le même pourcentage de répondants a orienté au moins un patient vers un professionnel compétent dans ce domaine. La réponse « autre » a été sélectionnée par cinq professionnels. Deux orthophonistes se sont inscrits à une formation spécifique aux TOA pédiatriques et un orthophoniste a débuté ses premières prises en soins en oralité. Un pédiatre a effectué davantage de repérage et d'orientation vers des orthophonistes. Enfin, un infirmier a diffusé ses nouvelles connaissances à des collègues.

.13.2.2. Utilité de l'action de prévention sur les pratiques professionnelles des participants

Soixante professionnels ont répondu à la question « vous semble-t-il que cette session ait été utile pour votre pratique professionnelle ? ». Ils avaient la possibilité de répondre par « oui » ou « non » mais également d'explicitier leur réponse. Le tableau 10 expose les réponses recueillies ainsi que les pourcentages correspondants.

Tableau 10. Effectifs des réponses quant à l'utilité de l'action sur les pratiques des professionnels.

Réponse	Nombre de réponses	Pourcentages
Oui	56	93.33%
Non	4	6.67%
Total des effectifs	60	100%

A l'issue de l'analyse de ce tableau, il en ressort que 93.33% (N=56) des répondants confirment l'utilité de l'action de prévention pour leur exercice professionnel. Quatre professionnels, soit 6.67% des participants ont répondu « non ». Le tableau 11 présente le détail des réponses.

Tableau 11. Effectifs des réponses sélectionnées par les répondants.

Réponse	Nombre de réponses	Pourcentages
Elle m'a permis d'avoir davantage de connaissances sur les TOA	43	76.78%
J'ai approfondi mes connaissances théoriques sur le sujet	32	57.14%
Elle m'a permis de faire du lien avec certains de mes patients	27	48.21%
J'ai apprécié les plaquettes distribuées	23	41.07%
J'ai pu échanger avec d'autres professionnels de santé	20	35.71%
Je suis reparti(e) avec des pistes de prévention concrètes	17	30.36%
J'ai découvert les TOA pédiatriques	11	19.64%
Elle m'a permis d'avoir une représentation plus concrète du travail en réseau	9	16.07%
Autre	1	1,79%

Ainsi, 76.78% (N=43) des professionnels ayant répondu « oui » affirment que cette participation leur a permis d'acquérir davantage de connaissances sur les TOA pédiatriques et 57.14% (N=32) ont approfondi leurs connaissances théoriques sur ce sujet. Elle a permis à 48.21% (N=27) de faire du lien avec leur patientèle. Ensuite, 35.71% (N=20) ont eu l'opportunité d'échanger avec d'autres professionnels de santé. Enfin, 30.36% ont affirmé être repartis avec des pistes concrètes de prévention, notamment grâce aux plaquettes distribuées.

Certaines réponses ont été approfondies. Pour les médecins généralistes et les puériculteurs, il en ressort que la présentation des TOA leur a semblé complète. Elle a permis à certains de découvrir les différents signes d'alerte ainsi que des pistes de prévention et d'accompagnement parental. Les sessions ont aidé des professionnels à faire la distinction avec l'anorexie du nourrisson. Les informations et les plaquettes distribuées ont été partagées par plusieurs professionnels à leurs collègues mais également à des familles confrontées à ces difficultés. Des orthophonistes ont pris conscience de leur rôle à jouer dans le dépistage et la prise en soins des TOA. Enfin certains orthophonistes se sont inscrits à des formations afin de se former ou d'approfondir leurs connaissances.

Pour ce qui est des quatre professionnels ayant répondu « non » à la question, il s'agit de trois orthophonistes et d'un puériculteur. Deux d'entre eux ont tenu à préciser qu'ils avaient appris davantage sur les TOA pédiatriques et ainsi pu faire du lien avec certains de leurs patients. Ils ont toutefois valorisé le fait d'avoir pu échanger avec des orthophonistes et des pédiatres.

.13.2.3. Orientation de patients en bilan orthophonique depuis l'action de prévention

Les professionnels ont été interrogés sur de possibles préconisations de bilans orthophoniques à la suite de l'action de prévention. Cinquante-huit professionnels ont répondu à la question « Avez-

vous reçu un patient présentant ces troubles et ayant pu être orienté en orthophonie ? ». Leurs réponses sont exposées dans le tableau 12.

Tableau 12. Effectifs des professionnels ayant préconisé ou non une évaluation orthophonique pour un TOA pédiatrique à la suite de l'action de prévention.

	Orthophonistes	Médecins généralistes	Pédiatres	Puériculteurs	Infirmiers	Autres	Effectif total
Effectifs et % de « Oui »	14 (73.68%)	9 (81.82%)	9 (100%)	9 (75%)	3 (75%)	1 (33.33%)	45 (77.59%)
Effectifs et % de « Non »	5 (26.32%)	2 (18.18%)	0	3 (25%)	1 (25%)	2 (66.67%)	13 (22.41%)
Effectif total	19	11	9	12	4	3	58

Au total, 77.59% (N=45) des répondants ont déclaré avoir reçu en consultation un patient susceptible de présenter un TOA pédiatrique et pour lequel l'orientation en orthophonie a été suggérée. De ce fait, 22.41% (N=13) des répondants n'en ont pas rencontré ou n'ont pas préconisé de rendez-vous orthophonique. Les effectifs présentés dans le tableau 12 ci-dessus, permettent d'observer que pour chaque catégorie professionnelle, la majorité des participants a répondu « oui ». Pour les médecins généralistes, 81.82% (N=9) ont déclaré avoir prescrit au moins un bilan orthophonique devant une suspicion de TOA pédiatrique à la suite de leur participation à l'action de prévention.

.14. Comparaison des pratiques cliniques avant et après l'action

Afin d'objectiver l'évolution des pratiques cliniques, la proportion de professionnels ayant prescrit et/ou préconisé un bilan orthophonique pour une suspicion de TOA pédiatrique a été calculée avant et après l'action de prévention. Pour chaque profession, le pourcentage d'augmentation (en vert) à l'issue de l'action de prévention a été réalisé. Le tableau 13 présente ces résultats.

Tableau 13. Pourcentages des professionnels ayant prescrit/préconisé une évaluation orthophonique pour une suspicion de TOA pédiatrique, avant et après l'action de prévention ainsi que les pourcentages d'évolution.

	Avant l'action de prévention	Après l'action de prévention	Pourcentage d'évolution
Médecins généralistes	38.46%	81.82%	+ 43.36%
Orthophonistes	50%	73.68%	+ 23.68%
Pédiatres	100%	100%	=
Puériculteurs	25%	75%	+ 50%
Infirmier(e)s	20%	75%	+ 55%

Avant l'action de prévention, 100% des pédiatres ont affirmé avoir déjà prescrit ou préconisé des bilans orthophoniques pour des TOA pédiatriques, le même pourcentage se retrouve à la suite de l'action de prévention. Pour ce qui est des médecins généralistes, une augmentation de 43.36% des professionnels opérant des orientations en orthophonie ressort de l'analyse des réponses au questionnaire. De manière générale, une hausse du nombre de professionnels prescripteurs ou préconisant des évaluations orthophoniques a été observée pour toutes les professions. Par conséquent, les sessions de prévention ont été suivies par des orientations en orthophonie plus nombreuses qu'auparavant.

.15.Satisfaction et suites données à cette action de prévention

Dans la dernière partie du questionnaire, les professionnels ont été interrogés sur leur satisfaction liée aux sessions de sensibilisation et sur les suites données à l'action de prévention.

.15.1. Satisfaction des professionnels de santé interrogés

.15.1.1. Satisfaction sur l'ensemble de l'action de prévention

Afin d'évaluer la satisfaction des participants concernant l'action de prévention et spécifiquement leur session de sensibilisation, une échelle de valeur leur a été présentée. Elle était graduée de 1 à 5. Il était spécifié que 1 signifiait « pas du tout satisfait » et que 5 signifiait « tout à fait satisfait ». La figure 10 présente les réponses recueillies. Ainsi, 55.17% (32) des répondants ont affirmé être « tout à fait satisfaits », 37.93% (N=22) ont attribué la note « 4 ». Enfin, les 6.90% (N=4) restants ont situé leur satisfaction à « 3 ». Les notes « 1 » et « 2 » n'ont pas été attribuées.

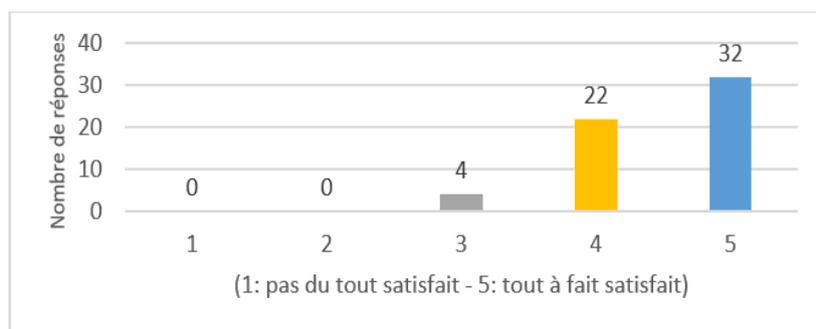


Figure 10 : Histogramme de satisfaction des professionnels de santé à la suite de l'action de prévention.

.15.1.2. Avis des professionnels concernant le contenu des sessions de sensibilisation

La question « quel est votre avis concernant le contenu de cette action de sensibilisation ? » a été posée aux participants. Quatre propositions de réponses étaient présentées, ainsi qu'une réponse « autre » et un champ libre. Quarante-sept professionnels ont participé. Leurs réponses sont organisées dans la figure 11.

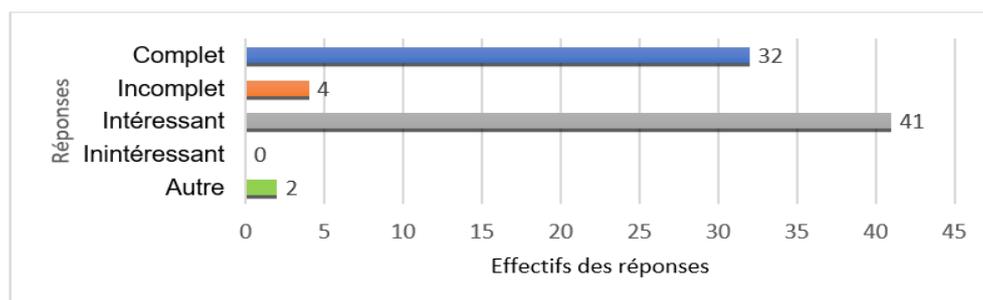


Figure 11 : Satisfaction des professionnels quant au contenu des sessions de sensibilisation.

Les réponses les plus sélectionnées définissent le contenu des sessions comme « intéressant » pour 70.69% (N=41) des répondants et « complet » pour 55.17% (N=32). Pour 6.90% (N=4), le contenu était incomplet. Enfin, deux professionnels soit 3.45% des répondants ont explicité leur réponse. Un puériculteur a affirmé que le contenu était complet mais nécessiterait d'être réactualisé régulièrement. Un orthophoniste a donné la réponse suivante « intéressant pour des médecins et autres professionnels mais pas pour les orthophonistes. »

Le tableau 14 ci-dessous expose les effectifs de réponses selon les professions.

Tableau 14. Effectifs des réponses par profession.

	Complet	Incomplet	Intéressant	Inintéressant	Autres
Orthophonistes	8	2	13	0	1
Médecins généralistes	5	0	9	0	0
Pédiatres	7	0	5	0	0
Puériculteurs	8	1	9	0	1
Infirmier(e)s	2	1	3	0	0
Autres professionnels	2	0	2	0	0
Total des effectifs	32	4	41	0	2

.15.2. Suites données à cette action de prévention par les professionnels

.15.2.1. Recherches supplémentaires sur les TOA pédiatriques

Les professionnels ont été interrogés sur leurs éventuelles recherches à propos des TOA pédiatriques, effectuées depuis leur participation. Cinquante-huit ont répondu, leurs réponses sont résumées dans le tableau 15.

Tableau 15. Effectifs des réponses par profession.

	Orthophonistes	Médecins généralistes	Pédiatres	Puériculteurs	Infirmier(e)s	Autres	Effectif total
Effectifs (%) de « Oui »	15 (83.33%)	6 (54.55%)	2 (22.22%)	6 (46.15%)	3 (75%)	2 (66.67%)	34 (58.62%)
Effectifs (%) de « Non »	3 (16.67%)	5 (45.45%)	7 (77.78%)	7 (53.85%)	1 (15%)	1 (33.33%)	24 (41.38)
Effectif total de participants	18	11	9	13	4	3	58 (100%)

Au total, plus de la moitié soit 58.62% (N=34) des répondants ont affirmé en avoir réalisées. Sur les trente-quatre professionnels ayant effectué des recherches, quinze sont orthophonistes soit 44.12% (N=15). Ainsi, sur les dix-huit orthophonistes ayant répondu, quinze ont effectué des recherches. Ces résultats indiquent qu'une grande majorité des orthophonistes (83.33%) a fait des recherches sur les TOA pédiatriques après l'action de prévention. Ensuite, les médecins généralistes et les puériculteurs représentent chacun 17.65% (N=6) de cette réponse, soit respectivement 54.55% et 46.15% des répondants de leur profession. Par conséquent, plus de la moitié (N=6/11) des médecins généralistes et légèrement moins de la moitié des puériculteurs (N=6/13) ont effectué des recherches. En revanche, les pédiatres ne représentent que 5.89% (N= 2) des professionnels ayant répondu « oui » soit 22.22% des répondants de leur profession.

Il leur a ensuite été demandé de préciser par quel(s) moyen(s) ces recherches avaient été effectuées. Des propositions de réponses étaient disponibles dont la réponse « autre » et un champ libre. La figure 12 expose les réponses recueillies.

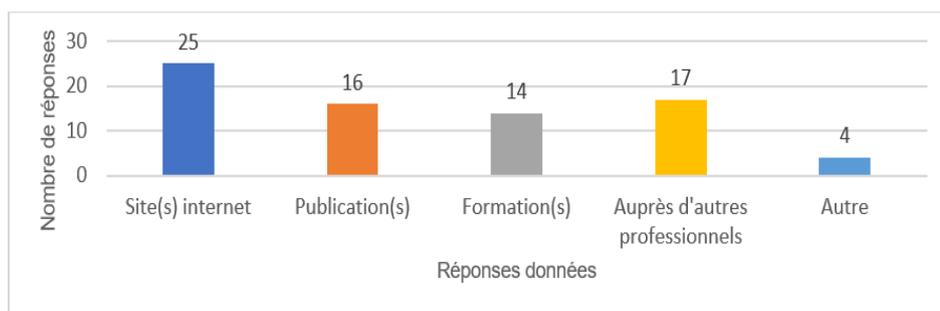


Figure 12 : Effectifs des réponses concernant les recherches effectuées à la suite de l'action de prévention

Les sites internet ont été sélectionnés par 73.53% (N=25) des professionnels ayant fait des recherches, ils citent notamment le site de l'association « Parlons-en ! ». Ensuite, 50% (N=17) se sont informés auprès d'autres professionnels, majoritairement auprès d'orthophonistes. Seize répondants soit 47.06% ont fait des recherches dans des publications, notamment les articles et ouvrages spécialisés en orthophonie. Enfin, 41.18% (N=14) se sont inscrits à des formations en oralité alimentaire.

.15.2.2. Eventuelle nouvelle action proposant des pistes concrètes d'accompagnement de ces enfants et de leur famille

La dernière question était la suivante : « si une nouvelle session était organisée afin de donner des pistes concrètes d'accompagnement parental et d'accompagnement auprès de ces enfants, seriez-vous intéressé(e) ? ». Cinquante-huit professionnels ont répondu. Le tableau 16 présente leurs réponses.

Tableau 16. Effectifs des réponses par profession.

	Orthophonistes	Médecins généralistes	Pédiatres	Puériculteurs	Infirmier(e)s	Autres	Effectif total
Effectifs (%) de « Oui »	14 (73.68%)	10 (90.91%)	7 (87.50%)	12 (92.31%)	4 (100%)	3 (100%)	50 (86.21%)
Effectifs (%) de « Non »	5 (26.32%)	1 (10.01%)	1(12.50%)	1 (7.69%)	0	0	8 (13.79%)
Effectif total de participants	19	11	8	13	4	3	58

Au total, 86.21% (N=50) des répondants ont affirmé être intéressés par cette éventualité. L'analyse des effectifs a montré que la majorité des répondants de chaque profession serait intéressée par une nouvelle session de prévention. Ce sont notamment 90.91% (N=10) des médecins généralistes et 87.50% (N=7) des pédiatres ayant répondu. Les 13.79% (N=8) de professionnels n'étant pas intéressés ont été invités à préciser leur réponse. Des propositions leur ont été données, ainsi qu'une réponse « autre » et un champ libre.

Pour trois orthophonistes, une formation en oralité plus complète serait envisageable tandis qu'un autre a justifié sa réponse par un manque d'intérêt dans ce domaine. Le médecin généraliste a déclaré ne pas avoir de temps libre pour y participer. Enfin, deux professionnels n'exercent plus leur profession de santé et un participant n'a pas explicité sa réponse.

.15.3. Remarques et suggestions des professionnels de santé

A la fin du questionnaire, onze professionnels, soit 15.94% des participants, ont exploité l'espace dédié aux remarques et suggestions facultatives. L'analyse de ce champ libre a permis de classer les remarques et suggestions en deux catégories. La première rassemble les remarques et les difficultés rencontrées par certains professionnels d'une part sur le contenu de l'action de prévention et

d'autre part concernant la prise en soin des TOA pédiatriques dans le cadre de leur exercice professionnel. La seconde partie, regroupe les suggestions concernant les formations initiales des professionnels de santé dans le domaine des TOA pédiatriques et leurs suggestions sur l'action de prévention.

.15.3.1. Remarques et difficultés rencontrées par les professionnels de santé

.15.3.1.1. Dans les pratiques professionnelles

En pratique, quatre professionnels font le constat d'un manque d'orthophonistes formés aux TOA pédiatriques et de ce fait, de prises en soins souvent tardives. De plus, les internes en médecine ne connaissent généralement pas cette notion, ils ne sont pas formés au repérage de ces troubles. Un psychologue reconnaît que cette session de sensibilisation lui a été bénéfique, il parvient désormais à être davantage à l'écoute de ses patients. Il transmettra ses connaissances à ses collègues.

.15.3.1.2. En lien avec l'action de prévention

Deux professionnels ont écrit des remarques en lien avec l'organisation et le contenu de cette action de prévention. Selon eux, le public visé n'a pas été clairement annoncé en amont. Cette action de prévention étant destinée aux professionnels de santé de la région, elle ne peut remplacer une formation complète et spécifique des orthophonistes.

.15.3.2. Suggestions des professionnels de santé

.15.3.2.1. Formation des professionnels

Un professionnel évoque l'idée d'une formation plus conséquente dans le domaine de l'oralité alimentaire pédiatrique dans le cursus universitaire des médecins. En effet, en tant que principaux prescripteurs, il est nécessaire qu'ils connaissent a minima ce domaine pour orienter efficacement les jeunes patients susceptibles de présenter un trouble de l'oralité alimentaire.

.15.3.2.2. En lien avec l'action de prévention

Trois professionnels ont émis des suggestions quant au contenu de cette action de prévention. Un professionnel conseille d'y ajouter des pistes concrètes d'activités pouvant être mises en place dans les groupes d'éveil par exemple au sein des structures de la Protection Maternelle Infantile. Un second participant, propose de faire intervenir des parents d'enfants souffrant d'un TOA pédiatrique afin d'avoir des témoignages marquants. Enfin, le dernier professionnel remercie les organisateurs de l'action de prévention et les encourage à la poursuivre.

Discussion

Dans cette partie, un rappel des objectifs de l'étude et des hypothèses de départ sera tout d'abord donné. Les principaux résultats seront ensuite comparés aux hypothèses. Dans un troisième temps, des critiques méthodologiques permettront d'exposer les limites de l'étude. Pour clore cette partie, des perspectives de recherches seront proposées afin de poursuivre ce travail et l'action de prévention.

.16. Rappel de l'objectif de l'étude et des hypothèses de départ

L'objectif de ce mémoire est d'évaluer l'impact de l'action de prévention autour les TOA pédiatriques menée auprès des professionnels de santé des Hauts-de-France en 2017. L'enquête par questionnaire devait permettre de mettre en évidence les éventuels changements de pratique professionnelle dans ce domaine à la suite de l'action de prévention.

L'hypothèse principale supposait que l'action de prévention avait permis aux professionnels de santé sensibilisés de découvrir ou de mieux connaître les TOA pédiatriques et qu'elle avait engendré des changements de pratiques cliniques. Les hypothèses sous-jacentes étaient que les orientations en orthophonie ainsi que la détection des signes d'alerte soient davantage pratiquées par les professionnels de santé de la région à la suite de cette action.

.17. Principaux résultats et corrélations avec les hypothèses

.17.1. Connaissances des TOA par les professionnels de santé

La majorité des professionnels, à savoir 79.71%, affirme ne pas avoir été initialement formée aux TOA pédiatriques. Bien que tous les professionnels ne donnent pas de réponse unanime, ce chiffre est conséquent. Les professionnels n'ont pas eu à renseigner leur année d'obtention du diplôme, ainsi il est possible que leur formation ait été modifiée sur quelques enseignements, cela pourrait expliquer les différences de réponses. Ensuite, 39.13% des participants au questionnaire n'ont pas accès à des formations dans ce domaine et 7.25% ne sont pas au courant de ce qui est disponible en la matière. Par conséquent, ce manque d'informations et de formations explique en partie les difficultés rencontrées par les patients dans le dépistage de leur TOA ainsi que les orientations souvent très tardives ou non envisagées vers des professionnels compétents. Les formations n'abordant pas ce domaine, les professionnels n'ont pas la capacité de suspecter ni d'orienter efficacement les patients susceptibles de présenter un tel trouble.

La notion de TOA était connue par 83.82% des professionnels de santé avant l'action de prévention. Néanmoins, la majorité des 16.18% déclarant ne pas en avoir eu connaissance étaient des médecins généralistes. Ils représentaient six des treize médecins généralistes participant au questionnaire soit 46.15% des répondants de cette profession. Dans le même schéma, ce domaine n'était pas reconnu comme faisant partie du champ de compétences des orthophonistes par 14.71% des participants parmi lesquels, 5 des 10 médecins généralistes répondants, soit 38.56 % de cette profession. Les pédiatres étaient 100% à connaître à la fois la notion de TOA pédiatriques et leur orientation en orthophonie. Les réponses recueillies auprès des professionnels interrogés mettent en évidence un manque de connaissances sur les TOA pédiatriques chez les principaux prescripteurs, à savoir les médecins généralistes, et par conséquent sur leur repérage et leur orientation en orthophonie.

Les professionnels de santé ont ensuite justifié leur participation aux sessions de sensibilisation par le fait que leurs patientèles étaient concernées par ces troubles (68.12%) mais également face au constat de leur manque de connaissances sur les TOA pédiatriques (66.18%), bien que très répandus et aux répercussions néfastes pour les patients. Leurs participations étaient par conséquent motivées par un manque de connaissances malgré un besoin important de formation et d'informations au vu des patients rencontrés par ces professionnels de santé.

À l'issue de l'action de prévention, 55.17% des répondants affirment être « tout à fait satisfaits » par cette action de prévention et 37.93% ont attribué la note de 4/5. Les professionnels répondent avoir développé leurs connaissances sur les TOA pédiatriques pour 76.78% et ils ont pu approfondir ce qu'ils savaient auparavant dans 57.14% des cas. Ainsi les informations diffusées lors de l'action ont été jugées pertinentes et utiles pour leur pratique professionnelle. Elles ont permis à 48.21% des répondants de faire des liens avec certains de leurs patients pour lesquels aucune suspicion de TOA n'avait encore été envisagée. Enfin les plaquettes sur le sujet ont été appréciées et diffusées plus largement aux entourages professionnels et à certaines familles de patients pouvant être concernées. Il est à noter que 19.64% des répondants ont affirmé avoir découvert les TOA pédiatriques lors de leur session de prévention et que 16.07% ont pu se faire une représentation du travail en réseau plus concrète, celle-ci étant indispensable dans ce type de trouble.

Enfin, l'action de prévention a engendré des recherches complémentaires chez 58.62% des répondants. Il est à noter que la majorité des participants de chaque profession a consacré du temps à des recherches supplémentaires. Quinze des dix-huit orthophonistes ayant répondu en ont effectuées, via des sites et des articles spécialisés dans ce domaine notamment. Il est également important de noter que 54.55% des médecins généralistes et 46.15% des pédiatres ont continué de se renseigner sur ce sujet à la suite de leur sensibilisation.

En conclusion, l'hypothèse principale de l'étude est vérifiée. L'action de prévention a permis aux professionnels de santé de découvrir ou de renforcer leurs connaissances sur les TOA pédiatriques.

.17.2. Pratiques cliniques des professionnels de santé sensibilisés

L'analyse des réponses concernant les pratiques professionnelles avant et après l'action de prévention a permis de mettre en évidence une évolution favorable du nombre de professionnels de santé de la région en mesure de préconiser et de prescrire des bilans orthophoniques en suspectant des TOA pédiatriques. En effet, les médecins généralistes sont désormais 43.36% plus nombreux à en préconiser, il en est de même pour les infirmiers (+55%) et les puériculteurs (+50%). Les orthophonistes sont également 23.68% de plus à envisager des investigations en oralité alimentaire. De plus, lorsque les professionnels sont interrogés sur leur exercice professionnel, 82.76% répondent avoir opéré des changements. Ils ont majoritairement exercé de l'accompagnement et de la prévention auprès des familles (77.08%).

Les hypothèses sous-jacentes sont donc également validées. L'action de prévention a conduit les professionnels de santé à orienter davantage en orthophonie, les jeunes patients susceptibles de présenter des TOA. Ces professionnels sont désormais sensibilisés au repérage des signes pouvant alerter face à un trouble de l'oralité alimentaire. Ils sont également informés de l'importance d'une prise en soin précoce en orthophonie.

Néanmoins, il en ressort que les professionnels sont régulièrement en difficulté pour trouver des orthophonistes formés et disponibles pour réaliser des évaluations urgentes et entreprendre des prises en soins si nécessaires. Des professionnels ont également mis en cause l'absence de formation des internes en médecine et plus largement des médecins généralistes, bien qu'étant les principaux prescripteurs, ils ne connaissent en général pas ces troubles.

En conclusion, l'action de prévention a permis une première approche dans le domaine de l'oralité alimentaire pour de nombreux professionnels de santé. Les bénéfices sont visibles dans les résultats issus de l'étude par questionnaire menée auprès d'eux.

.18. Critiques méthodologiques

Dans un premier temps, la taille de l'échantillon final de l'étude est moins importante que celle escomptée au départ. En effet, les 320 professionnels sensibilisés par les sessions menées entre 2015 et 2017 étaient initialement visés par l'étude. Les hypothèses devaient être vérifiées au travers d'un grand nombre de participants. Or, au vu des difficultés rencontrées pour recueillir les listes exhaustives des participants, cette population n'a pas pu être intégralement contactée. Finalement, seule la liste des sessions de 2017 a été interrogée. Parmi les 168 professionnels concernés, seuls 69 composent l'échantillon final de cette étude. Ils représentent 21.56% de l'ensemble des participants à l'action de prévention. Ce chiffre ne permet donc pas de représenter de manière significative l'ensemble des professionnels sensibilisés. Les conclusions de l'étude sont donc à considérer avec précautions puisqu'elles ne peuvent s'appliquer à l'ensemble des praticiens de la région ayant participé aux sessions de sensibilisation. De plus, la profession la plus représentée est celle des orthophonistes bien que les réponses les plus attendues soient celles des autres professionnels de santé.

Dans un second temps, comme explicité dans la partie méthodologie, une enquête par questionnaire comporte inévitablement des biais. Bien qu'un contrôle de ces derniers ait été réalisé au préalable, cette étude en comporte. La majorité des questions étaient fermées, cette méthode de recueil est plus aisée à analyser et à recueillir, toutefois elle peut induire chez les répondants une tendance à l'acquiescement. De plus, il s'agit d'un questionnement plus directif que les questions ouvertes, il peut amener les professionnels à raisonner différemment. S'ajoute également le biais de tendance centrale dans les propositions de réponses et les échelles, il a également pu influencer les répondants. Enfin, bien que l'étendue des questions et la durée du questionnaire ait été contrôlées, l'effet de longueur semble avoir mené à l'abandon de certains professionnels. En effet, 15.94% (N=11) des répondants au départ n'ont pas achevé le questionnaire. En conclusions, certaines réponses recueillies ont probablement été biaisées. Elles ont néanmoins été prises en compte dans les résultats de l'étude.

.19. Propositions de perspectives de l'étude

La prévention des professionnels de santé dans le domaine de l'oralité alimentaire pédiatrique a fait ses preuves dans l'étude puisque les hypothèses de départ ont été validées. Des perspectives peuvent être proposées afin de poursuivre la prévention des troubles de l'oralité alimentaire pédiatriques auprès des différentes professions de santé pouvant y être confrontées.

Les professionnels ont en effet exercé des modifications dans leurs pratiques professionnelles. Ils ont également affirmé leur intérêt pour une seconde action de sensibilisation. Ainsi, il serait intéressant de poursuivre le projet afin de leur apporter des pistes d'accompagnement parental et de prévention dans ce domaine. Cette seconde action aurait pour objectif d'ancrer les connaissances acquises lors de la précédente tout en les complétant avec des pistes concrètes pour la clinique. Ainsi, les professionnels pourraient faire de la prévention et de l'accompagnement auprès des familles et des patients, ce qui permettrait de diminuer les comportements néfastes, comme le forçage alimentaire par exemple.

De plus, les orientations en orthophonie seraient davantage envisagées et préconisées par les professionnels de santé, si ceux-ci étaient encore plus nombreux à connaître les TOA pédiatriques. L'étude ayant démontré l'impact positif de cette action de prévention sur les pratiques professionnelles des participants, il serait donc souhaitable de la faire perdurer et de sensibiliser d'autres praticiens. Un autre mémoire d'orthophonie pourrait ainsi faire l'objet d'une enquête par

questionnaire similaire à celle-ci. Cette étude inclurait un effectif de participants plus conséquent et pourrait établir des conclusions s'appliquant à des professionnels de santé plus nombreux, sur le plan national de préférence. Diffuser cette action de prévention au-delà des Hauts-de-France ne pourrait être que bénéfique. Cette perspective est actuellement traitée dans un mémoire d'orthophonie réalisé par Pauline Lamouret et encadré par Madame Lesecq-Lambre afin de connaître les régions susceptibles d'accueillir ce projet. Les conclusions de Lamouret seront à mettre en lien avec celles de la présente étude.

Enfin, il serait intéressant de réaliser une future étude auprès des orthophonistes des Hauts-de-France afin de connaître l'origine et le nombre de demandes d'évaluations pour suspicion de TOA pédiatriques depuis le début de cette action de prévention.

Conclusion

L'étude visait à objectiver l'impact de l'action de prévention sur les troubles de l'oralité alimentaire pédiatriques à destination des professionnels de santé des Hauts-de-France menée par l'Association « Parlons-en ! » et l'URPS Orthophonistes.

Pour ce faire, une enquête par questionnaire a été menée auprès des professionnels de santé sensibilisés en 2017. Le questionnaire, envoyé aux 168 praticiens concernés, a été complété par 69 d'entre eux. Les résultats obtenus par l'analyse des réponses ont permis de valider les hypothèses de départ. Les professionnels ont acquis de nouvelles connaissances concernant les TOA pédiatriques, certains ont pu approfondir leurs savoirs voire découvrir ce domaine. De plus, les pratiques professionnelles de la majorité des participants ont été ajustées à ces nouvelles connaissances. Les orientations en orthophonie sont désormais plus nombreuses. Cette augmentation permet d'affirmer que l'action de prévention a eu un réel bénéfice dans l'exercice clinique des professionnels sensibilisés. Le nombre de jeunes patients ayant été orientés en orthophonie pour une suspicion de TOA pédiatrique a évolué favorablement. En effet, les professionnels de santé prescripteurs sensibilisés par l'action sont désormais informés. Ainsi la reconnaissance de ces troubles permet aux orientations d'être plus précoces, comme préconisé dans la littérature afin de minimiser les expériences douloureuses chez les enfants et leur entourage.

Toutefois, les orthophonistes ne sont actuellement pas tous formés en oralité. La compétence dans ce domaine n'est reconnue dans la NGAP que depuis le 1^{er} avril 2018. Aussi, les difficultés de prises en soins et d'évaluations perdurent pour les patients et leur entourage. L'étude ayant démontré l'impact positif de l'action de prévention, elle pourrait contribuer à la pérennité de l'action et à son développement au-delà de la région des Hauts-de-France.

Bibliographie

- Article R.4341-1, Code de la Santé Publique (2016, 2019), Quatrième partie, Livre III.
- Abadie, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, (220), 57-68.
- Abadie, V. (2004). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de pédiatrie, Troubles de l'oralité* (11), 603-605.
- Association de prévention en Orthophonie « Parlons-en ! » (2016). Repéré à l'adresse <http://www.parlonsen.org/>
- Bouletreau, A., Chouanière, D., Wild, P., & Fontana, J.-M. (1999). *Concevoir, traduire et valider un questionnaire. A propos d'un exemple Euroquest. NS 178.*
- Cascales, T., Olives, J.-P., Bergeron, M., Chatagner, A., & Raynaud, J.-P. (2014). Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson : classification, sémiologie et diagnostic. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172(9), 700-707.
- Couly, G. (2017). L'oralité fœtale, fondement du langage. *Rééducation orthophonique, Les oralités* (271), 13-27.
- Fédération Nationale des Orthophonistes. (2019). *Livret professionnel de l'orthophoniste 2019.*
- FIMATHO. Formation Information. Repéré à l'adresse <http://www.fimatho.fr/index.php/homepage/nos-actions/formation-education>
- Fortin, C. (2018). *Etat des lieux de la rééducation des troubles de l'oralité alimentaire et de l'intégration sensorielle : Vers la création d'un matériel de remédiation orthophonique autour de l'oralité alimentaire basé sur l'intégration sensorielle* (Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie, Département d'Orthophonie Gabriel Decroix, Lille). Repéré à <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/3513c12f-ff66-441b-a31d-4960b4f5c688>
- Giezendanner, F. D. (2018). *Enquêtes : Principaux biais dans la formulation des questions.* Repéré à <http://icietla-ge.ch/voir2/spip.php?article244>
- Haddad, M. (2017). Oralité et prématurité. *Rééducation orthophonique, Les Oralités* (271), 109-124.
- Leblanc, V. (2014). Evaluation des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant. *Archives pédiatriques, Dénutrition et troubles de l'oralité du nourrisson*, 32.
- Lecoufle, A. (2019). Sensibilisation des professionnels de santé aux troubles de l'oralité alimentaire. *Rééducation orthophonique, La prévention* (277).
- Lecoufle, A., & Lesecq-Lambre, E. (2016). Les troubles de l'oralité alimentaire et l'orthophonie. *L'Orthophoniste*, (364). Ortho Edition
- Lesecq-Lambre, E. (2019). Sensibilisation des professionnels de santé aux troubles de l'oralité alimentaire. *Rééducation orthophonique, La prévention* (277).
- Levavasseur, E. (2017). Prise en charge précoce des difficultés alimentaires chez l'enfant dit « tout-venant » ou « vulnérable ». *Rééducation orthophonique*, (271), 151-169.
- Payne, S. (1951). *The art of asking questions.* Princeton: Princeton Legacy Library.

- Prévention. (2011). Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V., *Dictionnaire d'Orthophonie*. Isbergues: Ortho Edition.
- The American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Repéré à <http://www.asha.org/>
- Thibault, C. (2004). Editorial. *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*, (220).
- Thibault, C. (2007). *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Vilatte, J.-C. (2007). *Méthodologie de l'enquête par questionnaire*. Laboratoire Culture et Communication. Université d'Avignon. Repéré à <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/56203038/Methodologie-enquete-questionnaire.pdf>