

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE  
FACULTE DE MEDECINE  
Pôle Formation  
59045 LILLE CEDEX  
Tél : 03 20 62 76 18  
[departement-orthophonie@univ-lille.fr](mailto:departement-orthophonie@univ-lille.fr)



# MEMOIRE

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

**Coraline BOUCHEREAU**

soutenu publiquement en juin 2023

**État des lieux des pratiques professionnelles  
concernant le bilan des troubles alimentaires  
pédiatriques et le cadre des prises en soin**

MEMOIRE dirigé par  
**Léa QASSEMYAR**, Orthophoniste libérale à Seclin

Lille – 2023

## Remerciements

Je tiens à remercier Léa Qassemyar, orthophoniste libérale, d'avoir encadré ce mémoire, ainsi que Lisa Guepratte, pédiatre et lectrice 1, pour l'intérêt porté à ce travail.

Je remercie les orthophonistes qui se sont rendus disponibles pour participer aux entretiens ainsi que tous ceux qui ont pris le temps de répondre au questionnaire et qui ont ainsi participé à cette étude.

Merci à toutes les maîtres de stages qui m'ont accueillie. Merci pour leur bienveillance, leur goût du partage, leurs conseils et leurs encouragements.

Je souhaite également remercier mes amies lilloises pour tous les bons moments passés ensemble durant ces cinq années d'études, pour leur soutien et leur bienveillance.

Enfin, je remercie tous mes proches qui m'ont soutenue et m'ont toujours fait confiance. Merci à mes parents qui m'ont permis de réaliser ces études, à Mélanie et Pierre de m'avoir toujours encouragée et su trouver les bons mots dans les moments de doutes.

## **Résumé :**

Le bilan et la rééducation « des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » ont intégré la nomenclature générale des actes orthophoniques depuis 2018. Au regard de la diversité des prescriptions reçues et des cadres de prises en soin des Troubles Alimentaires Pédiatriques (TAP), il semble intéressant d'établir un état des lieux des pratiques professionnelles dans ce domaine. Deux entretiens semi dirigés ainsi qu'un questionnaire complété par trente-quatre orthophonistes ont permis de réaliser cette étude. L'analyse des données a permis de confirmer ou infirmer les hypothèses énoncées. Les orthophonistes reçoivent divers types de prescriptions médicales de la part de différents professionnels de santé pouvant graviter autour des TAP. Les partenariats professionnels et parentaux ont une place prépondérante dans les TAP. Le parent est un allié pour un bilan et une prise en soin efficace. Par ailleurs, bien que les recommandations professionnelles sollicitent les orthophonistes à se déplacer au domicile du patient pour des situations écologiques, les résultats montrent que cela est peu mis en pratique. D'autre part, la fréquence des séances fluctue d'un orthophoniste à l'autre et d'une prise en soin à l'autre. Aussi, pour un grand nombre d'orthophonistes, différents moyens de communication mis en place ponctuent les suivis pour notamment échanger sur les évolutions et potentielles adaptations à mettre en place. Les avis quant à la concordance de la NGAP avec la réalité clinique divergent. Des orthophonistes semblent en faveur d'une révision de la nomenclature afin qu'elle soit plus adaptée à leur pratique.

## **Mots-clés :**

Troubles alimentaires pédiatriques - État des lieux - Bilan - Prise en soin

## **Abstract :**

The checkup and the re-education of « orals functions and of eating orality » have been included in the general nomenclature of speech therapy acts since 2018. In relation to the diversity of prescriptions and treatment surroundings for Pediatric Feeding Disorders (PFD), it seems interesting to establish a state of play in this domain. Two semi-directed interviews as well as a questionnaire completed by thirty-four speech therapists made it possible to carry out this study. The analysis of the data confirmed or refuted the stated hypotheses. Speech therapist receive various types of medical prescriptions from different health professionals who revolve around PFD. Professional and parental partnerships have a prominent place in PFD. The parent is an ally for an assessment and effective care. Moreover, although professional recommendations ask for speech therapists to come to the patient's home for ecological situations, the results show that this is rarely put into practice. Furthermore, the frequency of sessions fluctuates from one speech therapist to another and from one treatment to another. Also, for a large number of speech therapists, different means of communication are put in place during follow-ups care, in particular to discuss developments and potential adaptations to be put in place. Opinions on the concordance of the professional nomenclature with clinical reality diverge. Some speech therapists seem to be in favour of a revision of the professional nomenclature to make it more adapted to their practice.

## **Keywords :**

Pediatric Feeding Disorder - State of play - Checkup - Caring

# Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introduction.....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>Contexte théoriques, buts et hypothèses.....</b>                   | <b>1</b>  |
| 1. L'oralité alimentaire.....   | 1         |
| 1.1. Définition de l'oralité alimentaire.....                         | 1         |
| 1.2. Son développement.....   | 2         |
| 1.2.1. L'oralité alimentaire primaire.....                            | 2         |
| 1.2.2. L'oralité alimentaire secondaire.....                          | 3         |
| 2. Les troubles alimentaires pédiatriques.....                        | 3         |
| 2.1. Définition.....  | 3         |
| 2.2. Le bilan orthophonique.....                                      | 4         |
| 2.2.1. L'anamnèse.....  | 4         |
| 2.2.2. L'observation et l'évaluation clinique en dehors du repas..... | 5         |
| 2.2.3. L'observation et l'évaluation clinique pendant le repas.....   | 5         |
| 2.2.4. Le diagnostic.....   | 6         |
| 3. Le cadre des prises en soin orthophoniques des TAP.....            | 6         |
| 3.1. Les axes de prise en soin.....                                   | 7         |
| 3.1.1. L'axe oro-moteur.....  | 7         |
| 3.1.2. L'axe sensoriel.....   | 7         |
| 3.1.3. L'axe psycho-socio-comportemental.....                         | 7         |
| 3.2. Les aides et adaptations.....                                    | 7         |
| 3.3. Les partenariats.....  | 8         |
| 3.3.1. Le partenariat parental.....                                   | 8         |
| 3.3.2. Les partenariats professionnels.....                           | 8         |
| 3.4. La nomenclature.....   | 9         |
| 4. Objectif et hypothèses.....  | 10        |
| <b>Méthode.....</b>   | <b>10</b> |
| 1. Population.....  | 10        |
| 2. Matériel.....  | 10        |
| 2.1. Les entretiens semi dirigés.....                                 | 10        |
| 2.2. Le questionnaire.....  | 11        |
| 3. Analyse des résultats.....   | 12        |
| 3.1. Les entretiens semi dirigés.....                                 | 12        |
| 3.2. Le questionnaire.....  | 12        |
| <b>Résultats.....</b>   | <b>12</b> |
| 1. Population de l'échantillon.....                                   | 13        |
| 1.1. Profil des participants aux entretiens semi-directifs.....       | 13        |
| 1.2. Profil des participants au questionnaire.....                    | 13        |
| 1.2.1. Lieu de formation.....   | 13        |
| 1.2.2. Nombre d'années d'études.....                                  | 14        |
| 1.2.3. Formations initiale et/ou continue.....                        | 14        |

|   |           |
|---|-----------|
| 1.2.4. Modes d'exercice.....  | 14        |
| 1.2.5. L'expérience des orthophonistes de l'échantillon.....              | 15        |
| 2. La prescription médicale.....  | 15        |
| 2.1. Les professionnels prescripteurs.....                                | 15        |
| 2.2. Les types de prescriptions.....                                      | 15        |
| 2.3. Âge des enfants concernés.....                                       | 15        |
| 3. Le cadre du bilan.....   | 16        |
| 3.1. Le lieu.....   | 16        |
| 3.2. La durée.....  | 17        |
| 3.3. La présence des parents et de l'enfant.....                          | 17        |
| 3.4. L'issue du bilan.....  | 18        |
| 3.4.1. Le bilan de prévention et d'accompagnement parental.....           | 18        |
| 3.4.2. Le diagnostic de TAP.....  | 18        |
| 4. Le cadre de la prise en soin.....                                      | 18        |
| 4.1. Fréquence et lieu des séances.....                                   | 18        |
| 4.2. La place des appels téléphoniques.....                               | 19        |
| 4.3. Les partenaires.....   | 20        |
| 4.3.1. Le partenariat parental.....                                       | 20        |
| 4.3.2. Les partenaires professionnels.....                                | 21        |
| 5. La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).....          | 22        |
| 5.1. La cotation du bilan.....  | 22        |
| 5.2. La NGAP et la prise en soin des TAP.....                             | 22        |
| <b>Discussion.....</b>  | <b>23</b> |
| 1. Synthèse et interprétation des résultats au regard des hypothèses..... | 23        |
| 2. Limites et perspectives de l'étude.....                                | 27        |
| <b>Conclusion.....</b>  | <b>28</b> |
| <b>Bibliographie.....</b>   | <b>30</b> |
| <b>Liste des annexes.....</b>   | <b>34</b> |
| Annexe 1 : Guide d'entretien semi dirigé                                  |           |
| Annexe 2 : Le questionnaire   |           |

# Introduction

Le trouble alimentaire pédiatrique (TAP) traduit de l'anglais « Pediatric Feeding Disorder » est un terme récent qui permet d'établir un consensus dans la littérature. Goday et ses collègues (2019) le définissent comme étant une altération de l'apport oral qui n'est pas adapté à l'âge et qui est associé à un dysfonctionnement médical, nutritionnel, alimentaire et/ou psychosocial. C'est depuis avril 2018 que le bilan et la rééducation « des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » font partie de la nomenclature générale des actes orthophoniques.

Deux types de prescriptions peuvent amener un patient à consulter un orthophoniste : un bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire et un bilan orthophonique d'investigation. Lors du bilan, le professionnel a pour objectifs de repérer les signes d'appel des TAP et d'évaluer le plus précisément possible les compétences du patient.

Dans la pratique clinique, des orthophonistes exerçant en libéral ont constaté une diversité des types de demande de bilan d'oralité alimentaire. Alors que certains s'apparentent à une demande d'avis orthophonique dont l'objectif est d'éliminer un TAP et ainsi de participer à un diagnostic différentiel, d'autres sont à réaliser en vue d'une rééducation éventuelle.

Par ailleurs, lorsqu'un TAP est diagnostiqué, il semble y avoir également une diversité des cadres de prise en soin. En effet, en pratique clinique, une rééducation orthophonique d'un TAP peut se traduire par des séances d'accompagnement parental, des suivis ponctués d'appels téléphoniques permettant de faire le point sur les avancées ou encore par des séances de rééducation en cabinet ou à domicile qui peuvent être irrégulières et parfois même à la demande des parents. Ainsi, un état des lieux des pratiques professionnelles concernant les TAP apparaît nécessaire. Il nous permettrait de mieux comprendre la réalité du terrain quant à l'exercice orthophonique lors des bilans et des modes de prises en soin appliqués. Nous pourrions nous demander si la nomenclature des actes professionnels est en accord avec celle-ci. Une partie théorique permettra de présenter d'une part l'oralité alimentaire et son développement, d'autre part le trouble alimentaire pédiatrique et le bilan orthophonique qui permet de le diagnostiquer et enfin le cadre de la prise en soin. Après avoir présenté les objectifs et les hypothèses relatives à notre enquête, nous détaillerons la méthodologie de ce mémoire.

## Contexte théorique, buts et hypothèses

### 1. L'oralité alimentaire

#### 1.1 Définition de l'oralité alimentaire

L'oralité représente l'ensemble des fonctions relatives à la bouche (Abadie, 2004). L'exploration gustative et l'alimentation en font partie. Véritable lien avec l'extérieur, c'est par la bouche que le bébé fait la découverte de son environnement (Thibault, 2015). On peut d'ailleurs observer sur l'homonculus sensitif, silhouette représentative des différentes parties du corps humain et de la façon dont elles se projettent au niveau cérébral, que les lèvres et la langue prennent autant d'espace que les mains et qu'ensemble ils occupent plus de la moitié du cerveau. L'enfant explore le monde avec ses mains pour ensuite le porter en bouche. Selon Golse (2008), l'oralité a une grande importance dans le développement embryonnaire jusqu'à l'âge adulte. En effet, selon Abadie (2004) : « l'oralité met en jeu des structures sensorielles, motrices, neuro-intégratives, hormonales, affectives et cognitives ».

Les deux types d'oralité que sont l'oralité alimentaire et l'oralité verbale sont intimement liés. Les mêmes organes de la cavité buccale sont impliqués. De cette manière, troubles de l'oralité alimentaire et troubles du langage peuvent être corrélés. L'oralité alimentaire regroupe plusieurs dimensions : la dimension organique, la dimension fonctionnelle de ces organes, la dimension culturelle et éducative, la dimension sensori-motrice et enfin la dimension psycho-affective. L'oralité alimentaire primaire, présente dès la vie intra-utérine, va laisser place à l'oralité alimentaire secondaire lors de la première année.

## **1.2 Son développement**

### **1.2.1. L'oralité alimentaire primaire**

L'oralité alimentaire primaire correspond à la motricité orale réflexe. Elle se développe dès la 7ème semaine embryonnaire avec des mouvements de bouche (Senez, 2002). Vers la 10ème semaine de grossesse, quand le bébé passe sa main devant sa bouche, celle-ci s'ouvre et laisse sortir la langue : c'est le réflexe de Hooker. Il marque le passage de l'embryon au fœtus. Cette première boucle sensori-motrice donne lieu aux premiers mouvements de succion non nutritive. Composée de mouvements haut-bas de la mandibule et de mouvements antéro-postérieurs de la langue, cette succion n'aboutit pas à l'ingestion de liquide (Gatignol & Chapuis, 2021). En plus de ses propriétés analgésiques et de ses effets bénéfiques sur la stabilité physiologique, cet acte rythmique permet l'acquisition des mouvements fondamentaux du schéma de succion nutritive qui se caractérisent par un cycle coordonné de succion-déglutition-respiration (Foster, Psaila & Patterson, 2016). Bien qu'à 12 semaines aménorrhée (SA) la déglutition soit efficace et que les quantités de liquide amniotique dégluties par le fœtus augmentent, la succion nutritive est mature qu'entre 34 et 38 SA (Gatignol & Chapuis, 2021 ; Senez, 2002). Déclenché par les récepteurs tactiles péribuccaux qui reçoivent les afférences sensorielles gustatives et olfactives ainsi que les stimuli issus de l'hypothalamus et du tube digestif, le réflexe de succion nutritive permet à l'enfant de s'alimenter (Abadie, 2004).

Ces compétences orales précoces permettent une alimentation efficace dès la naissance. Selon Lecoufle (2020), elles contribuent à la croissance optimale de la cavité buccale, permettent le bon fonctionnement des différents systèmes physiologiques et le développement des compétences oro-motrices alimentaires de la sensorialité. D'autres réflexes oraux caractéristiques de l'oralité alimentaire primaire sont présents dès la naissance (Lecoufle, 2020) :

- Le réflexe des points cardinaux : lorsque le bébé est stimulé en péri-oral, il tourne la tête et oriente sa bouche du côté de la stimulation.
- Le fouissement : lorsque le bébé est stimulé du lobe vers la bouche, il tourne la tête du côté de la stimulation.
- Le réflexe nauséux : automatisme de protection qui engendre le processus inverse de la déglutition (Senez, 2002).
- Le réflexe d'orientation de langue : lors de la stimulation tactile du bord de la langue, celle-ci se rétracte et s'oriente du côté de la stimulation.
- La protrusion de langue : lorsque la lèvre inférieure est stimulée par un appui, le bébé ouvre la bouche et laisse sortir sa langue.
- Le réflexe de pression alternative : alternance d'ouverture et de fermeture verticale rythmée de la mandibule lors des suctions (Senez, 2002)
- Le réflexe de toux : réflexe de protection contre les fausses routes laryngées.

A la naissance, le nouveau-né va découvrir la sensation de faim. Ses compétences réflexes de succion nutritive vont lui permettre de se nourrir de lait au biberon ou au sein. L'oralité primaire, régie

par les réflexes oraux, est très antérieure au niveau buccal. Cela permet de téter efficacement puisqu'il faut une force antérieure labiale importante pour enserrer la tétine de façon étanche et pour exercer les mouvements antéro-postérieurs de la langue. Elle va progressivement se postérioriser.

### **1.2.2. L'oralité alimentaire secondaire**

À partir de 4 mois, la fonction alimentaire se corticalise progressivement (Thibault, 2017). La maturation neurologique va contribuer à l'inhibition des réflexes oraux pour aller d'une motricité orale réflexe vers une motricité orale volontaire. Ainsi, une double stratégie alimentaire cohabite : une oralité alimentaire réflexe et une oralité alimentaire volontaire (Thibault, 2015). Le réflexe de succion-déglutition devient progressivement un schème moteur, une praxie acquise. Le bébé peut contrôler de façon volontaire s'il souhaite exercer une succion dans le but de s'alimenter ou non. Les réflexes oraux deviennent archaïques. Seuls l'automatisme de rotation de langue, le réflexe de toux et le réflexe nauséux persistent jusqu'à l'âge adulte. Le passage d'une position allongée à une posture assise, le contrôle de la lèvre supérieure et les changements de direction du mouvement de langue pendant la succion indiquent que l'enfant est prêt pour la transition vers des aliments autres que les liquides (Delaney & Arvedson, 2008). Ainsi, vers 4/6 mois, le passage à la cuillère et la diversification alimentaire marquent la transition vers l'oralité alimentaire secondaire du bébé. De nouvelles textures et de nouveaux aliments sont introduits progressivement dans son alimentation pour remplacer les apports nutritionnels contenus dans le lait maternel ou de premier âge (Turck & al., 2015). Des aliments de différentes températures vont lui être présentés, comme les purées et les compotes. Aussi, il découvre un nouvel outil qui est la cuillère. Alors que la tétée lui permettait de s'alimenter en continu, c'est maintenant l'adulte qui décide du rythme. Le bébé n'est plus installé en corps à corps mais en face à face. Il découvre de nouvelles informations visuelles, olfactives, tactiles et gustatives. De plus, c'est une nouvelle stratégie motrice orale qui s'installe. Ce sont les prémices du malaxage et de la mastication. Des mouvements verticaux de la mâchoire avec des mouvements de succion de langue s'exercent et s'adaptent aux textures (Delaney & Arvedson, 2008). Des mouvements latéraux de la langue viennent transférer le bol vers les surfaces de mastication. Au 5ème mois, comme l'indique Gaspard (2001), apparaît le mâchonnement unilatéral alterné qui se traduit par le déplacement mandibulaire en diagonale. Ce sont les prémices de la diduction. Vers 8/10 mois, après l'apparition des premières dents de lait, a lieu le passage aux morceaux. C'est l'introduction de textures alimentaires molles ou plus dures, non mixées ni lisses. Le bébé évolue vers une alimentation « adulte ». Il acquiert progressivement le temps de préparation buccale de l'adulte, précédant les temps pharyngien et œsophagien qui eux seront toujours réflexes. Ses molaires arrivent entre 2 et 3 ans (Senez, 2020). Elles vont permettre une mastication de plus en plus efficace et fonctionnelle. La mastication est une motricité fine qui devient mature autour de 5/6 ans. Bruns et Thompson (2012) cités par Grevesse (2020) définissent les étapes vers la mastication de cette manière : Succion réflexe (suckling) > Succion volontaire (sucking) > Malaxage (munching) > Morsure (biting) > Mastication (chewing) > Patterns de l'alimentation adulte.

## **2. Les troubles alimentaires pédiatriques**

### **2.1. Définition**

De nombreuses terminologies sont retrouvées dans la littérature : trouble de l'oralité alimentaire (TOA), aversion alimentaire sensorielle (Chatoor & Ganiban, 2003), syndrome de dysoralité sensorielle (Senez, 2020) ou encore le terme de restriction ou évitement de l'ingestion d'aliment

intégré dans le DSM-V (Micali & Tombeur, 2019) et bien d'autres. Des experts de l'OMS ont établi un consensus international avec le terme « trouble alimentaire pédiatrique » (TAP) en janvier 2019. Sa définition, appuyée sur la trame de la Classification Internationale du Fonctionnement, permet d'unir les préoccupations de l'ensemble des acteurs associés aux troubles de l'alimentation. Le TAP est ainsi défini comme étant une altération de l'apport oral qui n'est pas adapté à l'âge et qui est associée à un dysfonctionnement d'ordre :

- médical (troubles cardio-respiratoires, gastro-intestinaux, neurologiques, etc)
- nutritionnel (carence nutritionnelle d'un ou plusieurs nutriments résultant d'une restriction du panel alimentaire, malnutrition, dépendance à une nutrition artificielle ou des suppléments oraux, etc)
- sensori-moteur alimentaire (nécessité de modifier la texture, d'adapter les postures, l'installation et les outils, nécessité d'adaptation des stratégies alimentaires)
- et/ou psychosocial (comportement d'évitement actif ou passif pour se nourrir ou être nourri, mise en place de stratégies parentales inadaptées, troubles du fonctionnement social en lien avec le repas, difficultés relationnelles entre l'enfant et l'aidant au moment du repas)

Les TAP sont qualifiés d'aigus lorsque leur durée est inférieure à trois mois et de chroniques lorsqu'ils persistent plus de trois mois (Goday & al, 2019). Comme l'énoncent Lecoufle et Lesecq-Lambre (2021), le premier critère diagnostique inclut dans les TAP la difficulté à consommer une quantité et/ou variété d'aliments adaptés, ainsi qu'un refus ou une incapacité de manger et de boire des quantités suffisantes pour maintenir des apports nutritionnels adéquats et assurer la croissance de l'enfant. Le second critère affirme que les TAP ne sont pas liés à un trouble du comportement alimentaire, ni à un manque de nourriture ou à des pratiques culturelles.

Selon Leblanc (2014), les difficultés alimentaires touchent 24% à 35% des enfants au développement normal et 33% à 80% des enfants avec une pathologie ou un handicap.

## **2.2. Le bilan orthophonique**

### **2.2.1. L'anamnèse**

Un bilan d'oralité alimentaire chez le nourrisson ou le jeune enfant est considéré comme une urgence en orthophonie. En effet, lors de ses premiers mois et premières années de vie, l'enfant traverse des périodes sensibles aux apprentissages durant lesquelles ses structures cérébrales vont se spécialiser dans l'alimentation et se modeler par ses expériences. Il est donc important d'intervenir précocement pour éviter l'installation de difficultés et/ou limiter leurs conséquences.

Comme mentionné dans les recommandations professionnelles de bonnes pratiques diffusées par l'American Speech Language Hearing Association (ASHA), le bilan peut se faire au cabinet ou idéalement au domicile familial afin de conserver les conditions d'alimentation et l'environnement habituel de l'enfant. Il est important de veiller à s'adapter au rythme du bébé (Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2021). L'orthophoniste peut anticiper le bilan en demandant aux parents d'apporter les comptes-rendus médicaux, le carnet de santé ainsi qu'un relevé des prises alimentaires de l'enfant sur les journées précédant le rendez-vous (Lecoufle, 2020).

La première étape du bilan orthophonique, l'anamnèse, permet au thérapeute de cibler la plainte et les attentes des parents et de définir si la problématique relève du champ de compétences de l'orthophonie. Pour cela, l'orthophoniste retrace le développement alimentaire, médical, sensoriel et neuro-développemental de l'enfant (Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2021). Chaque question posée a un but précis pour le diagnostic. L'orthophoniste s'intéresse à l'histoire périnatale et médicale de l'enfant en posant des questions sur le suivi médical depuis la grossesse jusqu'à ce jour. Il s'intéresse aux

hospitalisations et interventions chirurgicales éventuelles et aux prises en charges antérieures qui ont un lien avec les difficultés d'alimentation. Le thérapeute s'informe sur le développement psychomoteur de l'enfant en interrogeant notamment sur l'âge d'acquisition de la tenue de tête, de la tenue assise et de la marche, sur le sommeil et l'acquisition de la propreté, sur la motricité volontaire et motricité fine ou encore sur la socialisation de l'enfant, son comportement et son caractère. Il s'intéresse aussi au développement sensori-moteur et surtout au développement alimentaire : la première tétée ou prise du biberon, la succion non-nutritive, l'exploration orale, les allergies et intolérances alimentaires, le passage à la cuillère, la diversification, le passage aux morceaux, la quantité, la qualité et la durée des repas, la présence d'une sélectivité sensorielle par le goût, la texture, la température, la couleur ou l'odeur. En s'aidant du relevé alimentaire apporté, l'orthophoniste discute avec les parents de la journée alimentaire type. Il prend connaissance du rythme et de la fréquence de l'alimentation, de l'environnement et des conditions dans lesquelles l'enfant prend son repas, comment il manifeste sa faim et ses douleurs, a-t-il des vomissements, des régurgitations, un reflux nasal, des fausses-routes, une toux, ou encore fait-il des grimaces et si c'est le cas, à quel moment du repas.

### **2.2.2. L'observation et l'évaluation clinique en dehors du repas**

En dehors du repas, le thérapeute réalise une observation globale et analytique de l'enfant. Le niveau de développement moteur influençant le mode d'alimentation de l'enfant, l'observation globale est ainsi intéressante. L'orthophoniste observe le tonus, la posture, l'installation, les aspects morphologiques, la motricité globale et la motricité fine de l'enfant.

Le thérapeute axe aussi ses observations et son évaluation clinique sur les compétences orales. Il examine les structures anatomiques oro-faciales, la tonicité et la mobilité des lèvres, de la langue et du palais (Lecoufle, 2020). Il observe le type de respiration, la position linguale au repos ou encore la présence de mouvements automatiques incontrôlés. Aussi, en dehors du repas, l'orthophoniste peut observer la déglutition salivaire et le potentiel bavage. Des observations des fonctions oro-faciales et sensorielles seront spécifiques selon si l'enfant se trouve dans la période de l'oralité alimentaire primaire ou secondaire. De cette manière, pour un nourrisson de moins de 4 mois, l'orthophoniste évalue l'ensemble des réflexes oraux ainsi que la succion non-nutritive. A partir de 4 mois, il peut évaluer les prémices des mouvements masticatoires comme la rotation de langue et le mâchonnement à l'aide d'outils comme un hochet de dentition ou un Chewy Tube ® présenté en latéral. Pour le bébé de plus de 6 mois, le thérapeute observe si les réflexes oraux sont inhibés. Le thérapeute peut observer l'articulé dentaire et aussi évaluer la dissociation langue/mandibule, la mastication, l'hygiène nasale, ou encore le souffle et l'aspiration. En ce qui concerne les capacités sensorielles, l'orthophoniste s'adaptera une fois encore au niveau de développement de l'enfant. Il commencera à proposer des objets sensoriels pour les bébés de 3-4 mois qui commencent à aller vers des mouvements volontaires et des aliments de diverses natures pour les plus grands (Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2021).

### **2.2.3. L'observation et l'évaluation clinique pendant le repas**

Pour une situation au plus près de son quotidien, l'enfant est évalué avec son alimentation et son matériel habituel (Lecoufle, 2020). Le professionnel observe alors le matériel utilisé, l'installation de l'enfant et de l'aidant s'il y en a un, la posture de l'enfant, son intérêt pour la nourriture, son attitude à l'approche du repas et la réponse apportée par le parent. Il prend note de la quantité et de la durée du repas et évalue la nécessité de fractionner la prise alimentaire en cas de fatigabilité de l'enfant. Il évalue aussi la nécessité d'apporter des gestes facilitateurs ou d'adapter le mode d'alimentation afin d'observer si les compétences de l'enfant peuvent être meilleures avec ces autres conditions. Si

l'orthophoniste est à domicile, l'environnement dans lequel l'enfant prend habituellement son repas est pris en compte.

Les observations cliniques plus analytiques sont différentes et spécifiques selon le niveau de développement de l'enfant. Les plus petits ayant une alimentation uniquement lactée sont observés et évalués au sein ou au biberon. Le thérapeute porte ici son attention sur la qualité de l'ouverture de bouche du bébé, l'accroche au sein ou à la tétine et la présence de fuites de lait. Il évalue la qualité de la succion et la déglutition. À propos de la succion, il prend notamment note des mouvements antéro-postérieurs de langue de l'amplitude et de la régularité des trains de succion. Quant aux plus grands qui ont passé ou sont en train de passer l'étape de la diversification, ils sont observés et évalués lors de la prise alimentaire à la cuillère et lors de la prise de liquides à la tasse, au verre ou à la paille. Le thérapeute peut ici évaluer la qualité de la mastication et de la déglutition en observant notamment l'homogénéité du bol alimentaire, la présence de résidus en bouche, la présence de toux et de fuites labiales.

Lors de l'évaluation clinique, l'orthophoniste porte une attention particulière aux périodes sensibles d'acquisition des fonctions alimentaires et aux fenêtres d'acceptation puisque ces temps de transition sont des moments de fragilités pour lesquels des difficultés peuvent apparaître.

#### **2.2.4. Le diagnostic**

A chacune des étapes du bilan, l'orthophoniste a pour objectif de repérer les signes cliniques d'un trouble alimentaire pédiatrique. Selon Guillon-Invernizzi, Lecoufle et Lesecq-Lambre (2020), les signes d'alerte peuvent être regroupés selon trois domaines, domaines qui seront aussi les axes de prises en soin.

- Les signes oro-moteurs : hypotonie et hypertonie bucco-faciale, trouble des praxies fonctionnelles (succion, mastication,...), voix mouillée, fausses-routes, repas long (>30minutes), fatigabilité, nourriture stockée en bouche ;
- Les signes sensoriels : absence ou limitation de l'investissement de la sphère orale, recherche de stimulation excessive, grimaces, réflexes nauséux, vomissements, aversions sélectives alimentaires, hyper ou hypo-réactivité sensorielle globale et/ou orale, difficulté de changement de texture alimentaire ;
- Les signes psycho-comportementaux : désintérêt pour l'alimentation, absence d'appétence orale, refus alimentaire, conduites d'évitement avec la mise en place de défenses et de stratégies, conflits et/ou de l'anxiété au cours des repas, mise en place de stratégies alimentaires de la part des personnes aidantes, peur d'avaler ou de s'étouffer.

Si des signes cliniques sont retrouvés durant l'anamnèse, les observations et évaluations cliniques en dehors et pendant le temps du repas, l'orthophoniste peut poser un diagnostic de trouble alimentaire pédiatrique. Pour justifier la prise en soin, le thérapeute doit énoncer le plus exhaustivement possible les compétences et les manifestations caractéristiques du trouble de l'enfant ainsi que ses compétences. De plus, il va construire un projet thérapeutique adapté à l'enfant dans lequel il détaillera les objectifs de la prise en soin en accord avec les parents.

### **3. Le cadre des prises en soin orthophoniques des TAP**

Rappelons que la prise en soin des TAP doit débuter le plus précocement possible afin de permettre le développement optimal des compétences de l'enfant et d'éviter l'installation des difficultés et de leurs conséquences. Les recommandations professionnelles de bonnes pratiques

diffusées par l'ASHA préconisent des prises en soin qui abordent l'axe oro-moteur, sensoriel et/ou psycho-socio-comportemental.

### **3.1. Les axes de prise en soin**

#### **3.1.1. L'axe oro-moteur**

Selon les recommandations de bonnes pratiques de l'ASHA, la prise en soin oro-motrice consiste en la stimulation et la mobilisation des effecteurs myo-fonctionnels que sont les lèvres, la mâchoire, la langue, les joues, le voile du palais, le pharynx et le larynx. Elle est passive lors du travail du tonus où le thérapeute exerce le toucher thérapeutique par des pressions, des tapotements réguliers et des vibrations quand il recherche la détente ou exerce du tapping qui consiste en des tapotements brefs, rapides et irréguliers quand il recherche la stimulation. Elle est active lorsque le patient s'exerce à réaliser les praxies alimentaires fonctionnelles et/ou sollicite ses muscles en contre-résistance.

#### **3.1.2. L'axe sensoriel**

L'approche de cet axe nécessite de prendre en compte le profil sensoriel de l'enfant afin de proposer des activités qui soient en adéquation avec son seuil de sensibilité. Ce travail se traduit par une approche orale progressive avec des jeux sensoriels non alimentaires puis des jeux sensoriels alimentaires.

Food Chaining© (Fishbein, Cox, Swenny, Mogren, Walbert & Fraker, 2006), the Fun with Food Programme (McCurtin, 2007) cité par Santha (2008), Messy Play Therapy (Chiatto, Coletta, Aversano, Warburton, Forsythe & Morabito, 2018), Positive Eating Program (Boggs & Ferguson, 2016) et the Sequential Oral Sensory Approach to Feeding (Toomey & Ross, 2011) sont des approches sensorielles de dés-hypersensibilisation visant le développement et la diversification du répertoire alimentaire ainsi que l'augmentation des apports nutritionnels de l'enfant (Diraison, 2019). A ceux-là nous pouvons ajouter les massages intrabuccaux de Senez (Senez, 2020) et l'approche micro-graduée de Palmer (Prudhon Havard, Carreau & Tuffreau 2009). Dans le cas d'une hyposensibilité, l'orthophoniste s'attache à répondre aux besoins de l'enfant en lui fournissant des informations sensorielles franches (Barbier, 2014).

#### **3.1.3. L'axe psycho-socio-comportemental**

Lorsque le TAP est d'ordre psycho-socio-comportemental, l'orthophoniste a pour rôle d'apporter un soutien à l'enfant et à la famille dans l'objectif d'encourager l'expérience positive de la situation repas. Le thérapeute propose des clés pour solliciter l'implication et la participation active de l'enfant comme par exemple lui laisser le temps d'appréhender son assiette, modéliser ou encore intéresser l'enfant à son repas par une approche ludique et l'utilisation de renforçateurs. Cet axe de prise en soin repose beaucoup sur le partenariat parental.

### **3.2. Les aides et adaptations**

Toujours en s'adaptant au niveau de développement de l'enfant, à ses capacités et ses difficultés, la mise en place de stratégies compensatoires peut être proposée pour faciliter la prise alimentaire.

Dans un premier temps, la bonne installation est primordiale afin de rendre le corps disponible à l'alimentation. Des postures facilitatrices et des gestes d'aides peuvent être mis en place pour soutenir la prise alimentaire. Par exemple, des gestes d'aide à la succion proposés par Catherine Senez

permettent notamment une bonne étanchéité buccale et un appui sur le dos de la langue entraînera son élévation et la déglutition.

D'un point de vue matériel, des modes d'alimentation alternatifs comme le dispositif d'aide à la lactation (DAL), le biberon-tasse SoftCup et le biberon Haberman sont des adaptations qui peuvent être proposées pour un nourrisson avec d'importantes difficultés de succion. On peut aussi penser à l'adaptation de la taille et du débit de la tétine. Pour les plus grands, une multitude d'adaptations matérielles existent afin de répondre à la problématique de chacun : des couverts de tailles, d'épaisseurs, de formes, de couleurs, de textures différentes, des couverts vibrants, des verres échançrés, des verres 360°, des assiettes à rebord, des tapis antidérapants sous l'assiette ou encore le masticateur afin de pré-mâcher les aliments.

Enfin, la modulation des textures, de la consistance, des volumes et de la température des aliments sont aussi des adaptations à proposer à l'enfant en fonction de ses capacités et des objectifs thérapeutiques.

### **3.3. Les partenariats**

#### **3.3.1. Le partenariat parental**

Le partenariat entre l'orthophoniste, professionnel des troubles alimentaires pédiatriques, et les parents, professionnels de leur enfant, est une relation bidirectionnelle dans laquelle chacun va transmettre ses connaissances et ses observations à l'autre pour aller vers un but commun (Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2021). Leurs points de vue sont complémentaires et c'est ensemble qu'ils construisent le projet thérapeutique. Au près des parents, le thérapeute a un rôle d'information et de formation. Il les informe sur les étapes de développement de l'enfant et ses troubles alimentaires, il les forme sur l'observation et l'évaluation des capacités de leur enfant ainsi que sur la méthode de prise en soin employée (Antheunis, Ercolani-Bertrand & Roy, 2007). Ainsi, l'accompagnement parental prend une place importante dans la prise en soin des troubles alimentaires pédiatriques. De par celle-ci, les parents sont rendus acteurs et peuvent appliquer les conseils de prise en soin quotidiennement à leur domicile (Flora & al., 2015).

#### **3.3.2. Les partenariats professionnels**

Outre l'orthophoniste, différents autres professionnels ayant un regard différent et complémentaire peuvent aussi être acteurs dans la prise en soin des troubles alimentaires pédiatriques. La prise en soin est ainsi multidisciplinaire. Une collaboration entre tous ces professionnels permet une approche globale de l'enfant et favorise la démarche de co-construction.

Les partenaires professionnels de l'orthophoniste peuvent être d'ordre médical et paramédical. Le premier partenaire est le médecin généraliste. Ce professionnel peut réaliser un dépistage précoce et évaluer le retentissement nutritionnel, éliminer une pathologie organique ou encore réaliser un accompagnement parental. Il peut ensuite orienter vers un spécialiste médical ou paramédical si nécessaire et est ainsi le prescripteur du bilan et du suivi orthophonique. Aussi, dans la prise en soin d'un TAP, l'ORL, le neuropédiatre et le gastropédiatre peuvent être concernés lors d'une étiologie organique. Le psychologue et/ou pédopsychiatre sont concernés lorsque le trouble affecte la sphère psycho-comportementale de l'enfant. Le kinésithérapeute peut intervenir pour la rééducation de la mobilité faciale, de la mastication et de la déglutition, le psychomotricien pour la conscience du corps et l'ergothérapeute pour les adaptations de l'environnement. Un diététicien ou nutritionniste permet l'évaluation et l'adaptation des besoins nutritionnels. Un consultant en lactation peut aussi faire partie de la prise en soin d'un TAP dans le cas de difficultés lors de l'allaitement. Notons qu'au cours de sa

prise en soin, en lien avec ses observations, l'orthophoniste peut être amené de lui-même à diriger le patient vers un autre professionnel.

Les professionnels de la petite enfance, comme les professionnels de crèche ou encore la cantinière, sont aussi des partenaires de l'orthophoniste dans la prise en soin d'un TAP. En effet, ce dernier peut être amené à informer sur les caractéristiques du trouble alimentaire de l'enfant et ainsi à conseiller et guider sur les adaptations nécessaires. Toujours dans une démarche de co-construction, les professionnels de la petite enfance accompagnant l'enfant dans son quotidien peuvent faire part de leurs observations à l'orthophoniste.

### **3.4. La nomenclature**

Dans la pratique clinique, les suivis pour ce type de trouble sont la plupart du temps caractérisés par des rendez-vous irréguliers qui se font en fonction des progressions de l'enfant ou même à la demande des parents. Aussi, ils sont souvent ponctués d'appels téléphoniques de la part des parents lorsqu'ils font face à des craintes, des interrogations ou des impasses mais aussi de la part de l'orthophoniste afin de dresser un rapide bilan des avancées sans que le parent n'ait besoin de se déplacer au cabinet.

L'orthophoniste est un professionnel de santé qui exerce sur prescription médicale qui peut être de deux types selon l'arrêté du 26 juin 2002 :

- le bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire, à l'issue duquel l'orthophoniste indique son diagnostic et stipule dans le compte-rendu adressé au prescripteur s'il considère qu'une prise en soin est nécessaire et de quel ordre
- le bilan orthophonique d'investigation, à l'issue duquel le thérapeute indique son diagnostic et adresse ses propositions au prescripteur

S'il souhaite entamer une prise en soin des troubles alimentaires pédiatriques, il se situe selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) dans la condition « Rééducation des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » avec un AMO 13.5, le bilan étant un AMO 34. De plus, il peut bénéficier de la valorisation de six euros par acte lorsqu'il prend en charge des enfants de moins de trois ans.

Quant au cadre du partenariat parental qui prend une place prépondérante dans la prise en soin des TAP, jusqu'ici, seul l'article 4 faisant partie du décret d'actes des orthophonistes signé le 2 mai 2002 mentionnait son importance : « Art. 4 – La rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient. ». Bien que la notion de partenariat se voit recommandée par la HAS, aucun cadre légal ne permettait à l'orthophoniste de facturer un acte de prévention jusqu'à présent. C'est l'article 3 de l'Avenant 19 signé le 25 février 2022 qui permet la création d'un bilan de prévention et d'accompagnement parental. Lors du bilan, l'orthophoniste peut alors choisir de réaliser un bilan orthophonique classique ou bien de réaliser un bilan de prévention et d'accompagnement parental s'il considère que cela est plus adapté par rapport à la demande et la plainte du parent. A l'issue de celui-ci, l'orthophoniste rédige une note pour le médecin prescripteur et ne peut donner suite à un suivi orthophonique. Ce nouvel acte, facturé AMO 20, représente alors une intervention de prévention ponctuelle et unique. Or, la part de prévention et d'accompagnement parental qui prend une place considérable dans la prise en soin du TAP n'est pas représentée dans la NGAP.

## **4. Objectif et hypothèses**

L'objectif de ce mémoire est de réaliser un état des lieux des pratiques professionnelles concernant le bilan des troubles alimentaires pédiatriques et le cadre des prises en soin. Il sera intéressant d'accorder de l'attention aux types de prescriptions médicales que reçoivent les orthophonistes lors des demandes de bilan d'oralité. Nous nous intéresserons au cadre dans lequel les orthophonistes exercent leurs bilans d'oralité ainsi que les prises en soin qui peuvent en découler. Dans quel(s) lieu(x) réalisent-ils les bilans et prises en soin d'oralité ? Quelle est la durée des bilans et la fréquence des séances ? Quelle place accordent-ils au partenariat parental et professionnel ? Aussi, nous interrogerons les orthophonistes quant à leur avis sur la concordance de la nomenclature générale des actes professionnels par rapport à la réalité clinique.

Différentes hypothèses qui seront confirmées ou infirmées selon les réponses obtenues lors d'entretiens semi-directifs réalisés auprès d'orthophonistes ainsi que par la diffusion d'un questionnaire peuvent permettre de guider nos réflexions. On suppose que les orthophonistes reçoivent plusieurs types de prescriptions médicales lors de la demande de bilans d'oralité alimentaire (hypothèse 1). On peut penser que les orthophonistes suivent les recommandations professionnelles et évaluent les compétences de l'enfant dans son contexte de vie habituel (hypothèse 2a). Par conséquent la prise en soin se réalise dans cette même dynamique, dans le lieu de vie de l'enfant (hypothèse 2b). Le rythme des prises en soin dépend de l'évolution des compétences de l'enfant (hypothèse 3). Une grande partie de l'intervention orthophonique semble consister à prévenir, former, informer et soutenir les parents. De cette manière, nous établissons l'hypothèse que le partenariat parental prend une place considérable dans la prise en soin des TAP (hypothèse 4). Enfin, les temps de prévention et d'accompagnement parental sur le long cours ne figurant pas dans la nomenclature, nous pouvons penser que les orthophonistes considèrent que la NGAP n'est pas en accord avec la réalité clinique (hypothèse 5).

## **Méthode**

### **1. Population**

Cette enquête des pratiques professionnelles vise les orthophonistes qui exercent en libéral en France métropolitaine, qui ont une formation initiale et/ou continue dans le domaine de l'oralité alimentaire et qui sont déjà intervenus ou interviennent actuellement pour la réalisation de bilans et la prise en soin de troubles alimentaires pédiatriques.

### **2. Matériel**

#### **2.1. Les entretiens semi dirigés**

Afin de concevoir par la suite un questionnaire le plus complet et le plus précis possible, la passation d'entretiens semi dirigés ont eu lieu au préalable auprès de deux orthophonistes qui remplissent les critères d'inclusion de ce mémoire. Ces participants ont été recrutés par l'intermédiaire de mes futurs confrères qui eux-mêmes sont mes maîtres de stage ainsi que ma directrice de mémoire.

L'entretien semi dirigé est une méthode qualitative de recueil d'informations (Imbert, 2010). Il consiste en un échange entre un enquêteur et un enquêté. L'enquêteur possède un guide d'entretien,

sorte de guide-mémoire, qui permet de structurer l'entretien et d'établir une progression probable des enchaînements (Combessie, 2007). J'ai ainsi créé mon guide d'entretien de manière à préparer et organiser les étapes du déroulement des entretiens. Il se compose de six thèmes à aborder auxquels sont associées des questions ouvertes ainsi que des questions supplémentaires ou des points non abordés spontanément par l'enquêté. Il vise principalement à obtenir des faits concrets sur les pratiques professionnelles dans le domaine de l'oralité alimentaire. Nous nous situons ici dans le registre « référentiel » (Bréchon, 2011). Une partie consacrée aux ressentis des orthophonistes sur la concordance entre la nomenclature et la réalité du terrain des prises en soin des TAP correspond au registre « modal » (Bréchon, 2011).

Les entretiens commencent par un temps de présentation de l'enquêteur, durant lequel je me présente personnellement, je présente mon mémoire et explicite l'objet de l'entretien. Puis l'entretien semi dirigé peut prendre place. L'entretien doit se trouver dans une dynamique conversationnelle dans laquelle l'enquêteur a une posture impartiale pour éviter d'influencer les réponses de l'enquêté (Fugier, 2010). Ainsi, il est important de savoir adapter la structure des étapes indiquées dans le guide d'entretien au récit de l'enquêté. L'enquêteur peut en effet être amené à modifier l'ordre des thèmes et à rebondir sur des réponses de l'enquêté pour s'assurer de la compréhension de ses propos ou pour l'encourager à développer des thèmes.

Les enregistrements vocaux des entretiens, réalisés avec l'accord des participants, permettent ensuite une analyse exhaustive des données et ainsi une meilleure fiabilité dans le traitement des réponses (Combessie, 2007).

## **2.2. Le questionnaire**

L'analyse des réponses apportées aux entretiens semi dirigés a permis d'aider à la construction du questionnaire. Les questions ont été ainsi plus facilement ciblées et formulées.

L'enquête a pris la forme d'un questionnaire auto-administré en ligne de manière à ce que le participant remplisse lui-même ses réponses (Javeau, 1990). Cette méthode permet une large diffusion au niveau national pour un moindre coût et limite les biais liés à la présence de l'enquêteur. L'étude quantitative produit des résultats chiffrés qui permettent ensuite une analyse statistique.

L'élaboration et l'informatisation du questionnaire ont été réalisées entre septembre 2022 et janvier 2023. Une présentation de l'étude qui introduit le questionnaire indique aussi les critères d'inclusions des participants, la durée approximative de passation et assure l'anonymat des données. Le questionnaire se compose de 34 questions dont 12 conditionnelles. Ces dernières s'affichent en fonction de la réponse à la question les précédant. Elles sont réparties dans cinq parties différentes en lien avec les thèmes abordés dans ce mémoire. La première partie se compose de quatre questions fermées à choix unique. Ce sont des questions de faits qui servent à collecter des informations sur le profil du répondant : son type d'exercice, son année d'obtention du diplôme et dans quel centre de formation, sa formation aux troubles de l'oralité, s'il a déjà reçu des prescriptions de bilan d'oralité alimentaire et s'il en a déjà réalisés. La seconde partie cherche à établir un état des lieux des prescriptions médicales reçues par les orthophonistes. Elle se compose de deux questions fermées et une question semi-ouverte. La troisième partie, qui comprend cinq questions fermées, trois questions semi-ouvertes et une conditionnelle, traite des bilans. La quatrième partie s'intéresse au cadre de la prise en soin. Elle se compose de deux questions principales fermées et de sept questions conditionnelles semi-ouvertes. Enfin, deux questions de jugement qui sont fermées, deux questions conditionnelles semi-ouvertes et une question ouverte composent la dernière partie s'intéressant à la NGAP. De cette manière, nous avons choisi de concilier des questions semi-ouvertes auxquelles le sondé peut sélectionner des réponses pré-établies et compléter librement si-besoin, et des questions

fermées où le sondé sélectionne entre des réponses pré-établies celle(s) qui lui convient(-nent) le mieux. Nous avons donné la priorité à ces dernières (De Singly, 2016). Nous nous sommes attachés à la formulation des questions afin que celles-ci soient parfaitement compréhensibles pour tous et de façon à ce que les biais en faveur de certaines réponses soient évités (Plaisent, M. & col, 2018).

C'est avec la plateforme sécurisée LimeSurvey, qui respecte la loi du règlement général de la protection des données du 25 mai 2008, que ce questionnaire a été diffusé. Cet outil permet de produire des données chiffrées, des supports graphiques et des tableaux statistiques, facilitant ainsi le traitement et l'analyse des résultats. Pour entrer dans un cadre légal et ainsi pouvoir traiter l'ensemble des données du questionnaire, il a été nécessaire d'effectuer une déclaration à la CNIL en demandant l'autorisation de diffusion du questionnaire auprès du délégué de la protection des données (DPO).

Afin de représenter le plus fidèlement possible la pratique clinique orthophonique, nous nous sommes appliqués à recruter le maximum de thérapeutes. Dans cet objectif, le recrutement s'est fait grâce à l'envoi d'une lettre d'information aux syndicats régionaux d'orthophonistes, aux orthophonistes enseignant l'oralité et les fonctions oro-myo-faciales au Département d'orthophonie de Lille et sur des groupes orthophoniques de partage via les réseaux sociaux. Une lettre de présentation décrivant de façon concise l'objet du questionnaire a été jointe afin de motiver les personnes recrutées à y répondre (Parizot, 2012).

### **3. Analyse des résultats**

#### **3.1. Les entretiens semi dirigés**

Dans un premier temps, afin d'analyser le contenu des discours des entretiens, nous avons procédé à leur retranscription dans leur intégralité. Ensuite, nous avons réalisé un codage thématique déductif qui consiste à segmenter les parties du corpus en fonction des différents thèmes de l'entretien (Bréchon, 2011). Dans un troisième temps, les informations récoltées ont été classées par thème dans un tableau récapitulatif. Celui-ci a permis de réaliser pour finir un travail de comparaison des données et de mettre en exergue les informations importantes. De cette manière, l'analyse du contenu de ces entretiens permet a posteriori de guider la conception du questionnaire. Aussi, les réponses apportées par les orthophonistes permettront de compléter les résultats obtenus au questionnaire.

#### **3.2. Le questionnaire**

L'analyse des résultats du questionnaire diffère selon le type de question. En ce qui concerne l'analyse des questions fermées et semi-fermées, LimeSurvey permet de générer des pourcentages et des graphiques. En revanche, pour les questions ouvertes, la méthode de post-codage est employée. Selon Fenneteau (2015), ce procédé consiste à hiérarchiser les réponses selon un nombre limité de catégories où les réponses sont codées de manière à ce qu'ensuite, la méthode d'analyse soit similaire à celle des questions fermées. Grâce à ce procédé, les questions ouvertes peuvent ainsi faire l'objet d'une analyse statistique.

## **Résultats**

Ce mémoire a pour objectif de rassembler des données issues de l'expérience des orthophonistes concernant le cadre du bilan et la prise en soin des TAP. Dans cette partie, nous présenterons les réponses obtenues lors des entretiens ainsi que les résultats du questionnaire.

# 1. Population de l'échantillon

## 1.1. Profil des participants aux entretiens semi-directifs

Le tableau ci-dessous permet de présenter les caractéristiques des deux orthophonistes répondant aux critères d'inclusion et ayant participé aux entretiens semi-directifs.

| Orthophoniste | Année d'obtention du diplôme | Lieu de formation                           | Mode d'exercice                                  | Formations continues en lien avec les TAP |
|---------------|------------------------------|---|--|---|
| 1             | 2011<br>(4 ans d'études)     | Lille                                       | Libéral + vacations en service de neuropédiatrie | DIU oralité obtenu en 2013                |
| 2             | 2005<br>(3 ans d'études)     | Haute École Mons-Borinage-Centre (Belgique) | Libéral  | DIU oralité obtenu en 2016                |

**Tableau 1. Profil des participants aux entretiens semi-directifs.**

## 1.2. Profil des participants au questionnaire

La diffusion du questionnaire a quant à elle permis de recueillir 41 participations dont 32 sont complètes et validées. Deux participations incomplètes seront tout de même exploitées pour compléter les données des deux premières parties du questionnaire. En revanche, sept participations sont non exploitables dans la mesure où seule la première partie du questionnaire a été remplie.

### 1.2.1. Lieu de formation

Dans le tableau suivant, les orthophonistes ont été regroupés en fonction de leur lieu de formation.

| Centres de formation français          | Effectif 1 | Centres de formation belges                                      | Effectif 2 |
|--|------------|--|------------|
| Amiens                                 | 1          | Belgique (centre non précisé)                                    | 1          |
| Bordeaux                               | 2          | Haute École (centre non précisé)                                 | 1          |
| Lille                                  | 12         | Haute École de la Ville de Liège                                 | 1          |
| Marseille                              | 1          | Haute École de la Province du Hainaut Condorcet - Saint-Ghislain | 2          |
| Nancy                                  | 1          |  |            |
| Nantes                                 | 3          | Haute École Léonard de Vinci de Bruxelles                        | 1          |
| Paris                                  | 1          | Liège (centre non spécifié)                                      | 1          |
| Tours                                  | 5          | Université de Liège  | 1          |
| Total effectif 1                       | 26         | Total effectif 2   | 8          |
| <b>TOTAL (effectif 1 + effectif 2)</b> |            |  | <b>34</b>  |

**Tableau 2. Centres de formation des orthophonistes.**

La majorité des orthophonistes ayant répondu au questionnaire ont été formés en France. Le centre de formation le plus représenté est celui de Lille.

### 1.2.2. Nombre d'années d'études

Notre échantillon de participants est composé d'orthophonistes ayant été diplômés entre 1986 et 2022. Nous les avons répartis en quatre groupes selon le nombre d'années d'études qu'ils ont effectuées. Le premier groupe (N=7) correspond aux orthophonistes ayant suivi une formation initiale de trois ans. Ainsi, nous retrouvons deux orthophonistes diplômés en France entre 1964 et 1989 et cinq orthophonistes ayant réalisé leur formation initiale dans une Haute-École en Belgique. Les orthophonistes du second groupe (N=12), diplômés en France entre 1990 et 2017, ont réalisé leurs études sur 4 ans. Le troisième groupe (N=13) est formé par les orthophonistes ayant bénéficié d'une formation initiale d'une durée de 5 ans. Il regroupe ainsi douze orthophonistes diplômés en France à partir de 2018 et un orthophoniste diplômé dans une université belge. Enfin, deux orthophonistes diplômés en Belgique n'ont pas précisé leur centre de formation, nous ne pouvons donc connaître la durée de leurs études et les intégrer dans l'un de ces trois précédents groupes.

### 1.2.3. Formations initiale et/ou continue

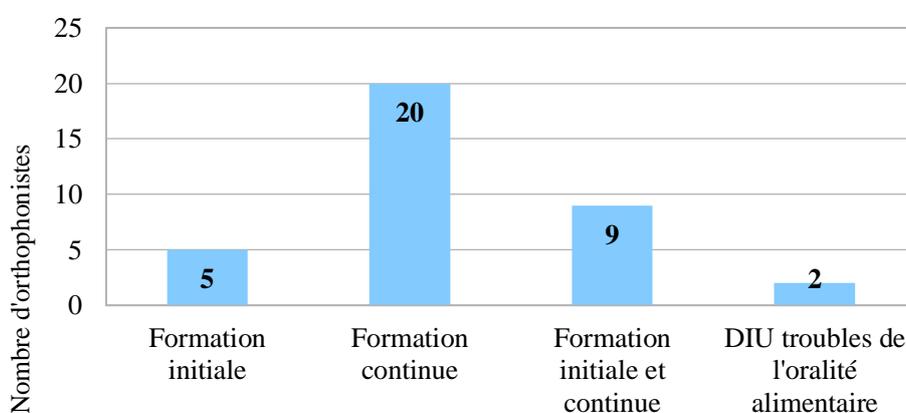


Figure 1. Types de formations des orthophonistes.

Tous les orthophonistes de notre échantillon sont formés aux troubles alimentaires pédiatriques. Tous n'ont cependant pas été formés aux TAP lors de la formation initiale. Après analyse des données, on observe que les orthophonistes formés aux TAP uniquement lors de leur formation continue sont ceux ayant été diplômés avant 2018. Cela est en lien avec l'intégration de l'enseignement de l'oralité alimentaire dans le parcours de formation initiale qui a eu lieu lors de la réforme de 2013. Ainsi, on retrouve parmi les répondants indiquant avoir été formés aux TAP lors de la formation initiale (N=14), les thérapeutes diplômés en France à partir de 2018 ayant bénéficié d'une formation d'une durée de cinq ans ainsi que deux diplômés belges. On note que les cinq orthophonistes formés aux TAP uniquement en formation initiale sont des néo-diplômés de 2021 et 2022.

### 1.2.4. Modes d'exercice

| Mode d'exercice        | % de répondants |
|------------------------|-----------------|
| Uniquement en libéral  | 82% (N=28)      |
| Uniquement en salariat | 12% (N=4)       |
| Mixte                  | 6% (N=2)        |

Tableau 3. Répartition des orthophonistes selon leur mode d'exercice.

La majorité des répondants exerce uniquement en libéral.

### 1.2.5. L'expérience des orthophonistes de l'échantillon

Au sein de notre échantillon, 94% (N=32) orthophonistes ont déjà réalisé un ou plusieurs bilans orthophoniques de l'oralité alimentaire. Parmi les deux orthophonistes indiquant ne pas en avoir réalisé, l'un justifie cela par le fait qu'il estime ne pas avoir suffisamment de connaissances dans ce domaine et l'autre, n'ayant pas bénéficié d'enseignement spécifique aux TAP au cours de sa formation initiale, est actuellement en train de se former à ce domaine.

## 2. La prescription médicale

### 2.1. Les professionnels prescripteurs

Pour les deux orthophonistes des entretiens comme pour 79% (N=27) des orthophonistes du questionnaire, les médecins généralistes et les pédiatres sont les principaux prescripteurs des demandes de bilan orthophonique de l'oralité alimentaire.

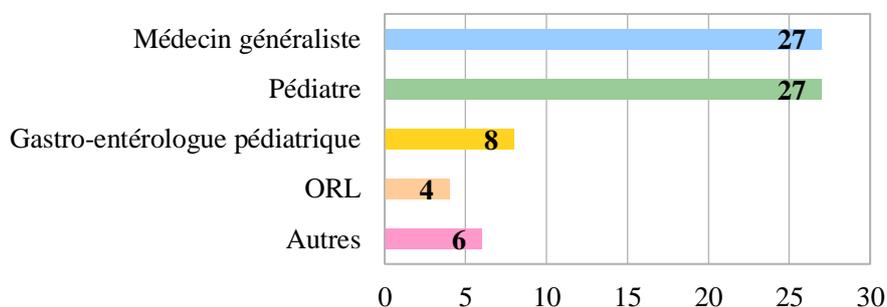


Figure 1. Les professionnels prescripteurs.

On observe tout de même une pluralité des professionnels prescripteurs. Deux orthophonistes indiquent avoir déjà reçu une prescription médicale venant d'un pédopsychiatre et un autre venant d'un psychiatre. Un médecin de rééducation, un médecin MPR et un médecin de CAMSP ont aussi été cités comme prescripteurs par d'autres orthophonistes.

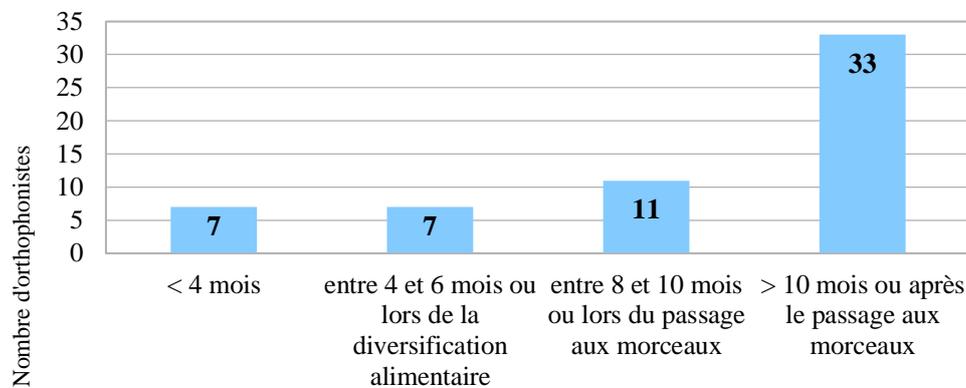
### 2.2. Les types de prescription

La majorité des orthophonistes de notre échantillon (88%, N=30) sont concernés par la réception de prescriptions de type « bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire ». Les orthophonistes 1 et 2 ainsi que trois orthophonistes du questionnaire ont déjà reçu une demande de bilan de type « bilan orthophonique d'investigation » (ex. « bilan orthophonique pour écarter un trouble de l'oralité »). Il est aussi arrivé à plusieurs orthophonistes (18%, N=6) de recevoir des prescriptions de bilan sans qu'aucune indication concernant les motivations de la demande ne soit précisée. Les orthophonistes 1 et 2 sont d'ailleurs concernés et cela semble représenter une importante part de leurs prescriptions. Ces derniers ainsi que deux autres orthophonistes indiquent que des précisions peuvent être retrouvées sur les prescriptions pour guider les observations du bilan et les objectifs de la potentielle prise en soin. De cette manière, on observe une grande diversité de la forme des prescription reçues par les orthophonistes.

### 2.3. Âge des enfants concernés

Nous avons choisi de regrouper les enfants en quatre tranches d'âge différentes. À chacune de ces tranches d'âge correspond une nouvelle étape du développement de l'oralité alimentaire. Le premier groupe correspond aux enfants d'âge inférieur à 4 mois pour lesquels la succion est encore

réflexe et où l'oralité alimentaire est donc encore primaire. Le deuxième groupe inclut les enfants entre 4 et 6 mois ou se situant dans la période de la diversification. Leur oralité alimentaire devient progressivement secondaire. Le troisième groupe se compose des enfants entre 8 et 10 mois et/ou étant en train de passer aux morceaux. Enfin le quatrième groupe est formé des enfants d'âge supérieur à 10 mois et pour qui l'étape du passage aux morceaux est franchie.



**Figure 2. Âge des enfants concernés par les bilans de l'oralité alimentaire.**

Toutes les tranches d'âge sont représentées dans les prises en soin des orthophonistes de notre échantillon. Il est intéressant de noter que 97% (N=33) de ces thérapeutes ont déjà reçu une prescription de bilan d'oralité alimentaire pour un enfant de plus de 10 mois et/ou ayant franchi l'étape du passage aux morceaux. C'est la tranche d'âge la plus représentée. Il en est de même pour les orthophonistes 1 et 2. L'orthophoniste 1 précise recevoir principalement des enfants en pleine période de néophobie « un peu avant deux ans, jusqu'à quatre ans », l'orthophoniste 2 explique recevoir des enfants tout-venants mais aussi des enfants porteurs d'un trouble plus global. Ces deux orthophonistes sont aussi concernés par des prescriptions et prises en soin d'enfants d'âge supérieur à six ans.

Notons que pour la suite du questionnaire, seuls les orthophonistes ayant réalisé un bilan de l'oralité alimentaire (N=32) ont répondu.

### 3. Le cadre du bilan

#### 3.1. Le lieu

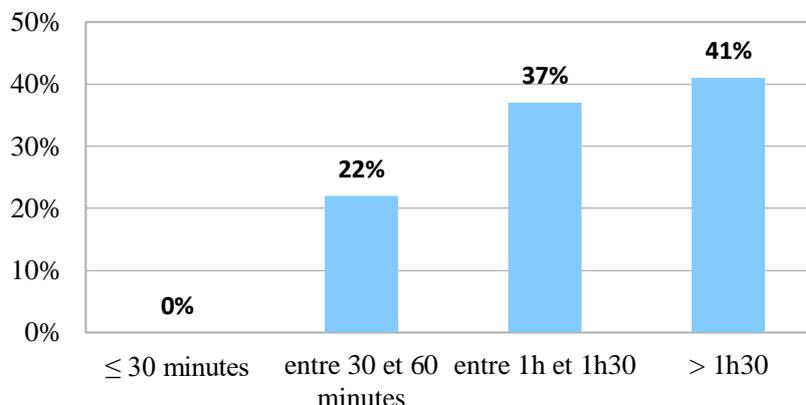
|                           | Orthophonistes exerçant en libéral<br>N=26 | Orthophonistes exerçant en salariat<br>N=4 | Orthophonistes en exercice mixte<br>N=2 |
|---------------------------|--|--|---|
| Uniquement au cabinet     | 22   | /  | 2                                       |
| Uniquement au domicile    | 1  | /  | /                                       |
| Au cabinet et au domicile | 1  | /  | /                                       |
| Autre                     | 2  | 4  | /                                       |

**Tableau 4. Lieu d'exercice du bilan.**

La majorité des orthophonistes (75%, N=24) pratiquent le bilan orthophonique de l'oralité alimentaire uniquement au sein de leur cabinet. Parmi les quatre orthophonistes exerçant en salariat, trois réalisent les bilans d'oralité alimentaire au sein de leur structure d'exercice, le quatrième évalue l'enfant sur ses différents lieux de vie (à la crèche, à la maison et au cabinet). Un orthophoniste libéral réalisant ses bilans au cabinet précise qu'il lui est possible de se rendre au domicile si une indication particulière le requiert. Un autre précise accompagner son bilan réalisé au cabinet par l'analyse d'une

vidéo prise par la famille au domicile. Par ailleurs, un thérapeute indique que le lieu de réalisation de ces bilans dépend de l'âge du patient : lorsque l'enfant est âgé de moins de 24 mois, il se rend au domicile de ce dernier, sinon il effectue le bilan au cabinet.

### 3.2. La durée



**Figure 3. La durée des bilans.**

La durée de réalisation d'un bilan de l'oralité alimentaire est très variable. Elle va de 30 à 60 minutes pour la minorité des orthophonistes (22%, N=7) jusqu'à plus de 90 minutes pour la majorité (41%, N=13). Selon les orthophonistes interrogés, la durée moyenne est supérieure à 30 minutes.

Ces bilans, ayant une durée supérieure à celle d'une séance de prise en soin, sont organisés majoritairement en plusieurs rendez-vous (62%, N=20). Un orthophoniste parmi les neuf affirmant réaliser ces bilans sur un seul rendez-vous, précise que pour lui s'ajoute le temps d'analyse de la vidéo du repas pris au domicile et transmise par les parents. En outre, trois autres orthophonistes indiquent que le nombre de rendez-vous nécessaires est variable selon les enfants.

### 3.3. La présence des parents et de l'enfant

|                           | Orthophonistes exerçant en libéral<br>N=26 | Orthophonistes exerçant en salariat<br>N=4 | Orthophonistes en exercice mixte<br>N=2 |
|---------------------------|--|--|---|
| Toujours avec les parents | 23   | 2  | 2                                       |
| Avec l'enfant uniquement  | /  | /  | /                                       |
| Autre                     | 3  | 2  | /                                       |

**Tableau 5. La présence des parents lors du bilan.**

Lors du bilan, la présence des parents semble être bien souvent essentielle puisque 84% (N=27) des orthophonistes de cet échantillon les reçoivent toujours avec l'enfant. On remarque que parmi les quatre orthophonistes exerçant en structure, lieu où il est souvent plus difficile et rare de recevoir les parents, deux thérapeutes les reçoivent pour la réalisation du bilan de l'oralité. Deux orthophonistes libéraux expliquent que cela dépend de l'âge de l'enfant. Alors que l'un reçoit uniquement les parents lors du premier rendez-vous lorsque l'enfant est « petit » et en présence de celui-ci lorsqu'il est « plus grand », l'autre préfère recevoir le bébé directement avec ses parents et adapte les étapes de son bilan à l'éveil et aux signes de faim de ce dernier et reçoit uniquement les parents pour réaliser l'anamnèse lorsque l'enfant est âgé de deux à quatre ans pour être réellement disponible pour l'enfant au rendez-vous suivant. Un autre orthophoniste réalise aussi l'anamnèse depuis ses deux derniers bilans uniquement en présence des parents et reçoit l'enfant avec ses parents dans un second temps.

### **3.4. L'issue du bilan**

#### **3.4.1. Le bilan de prévention et d'accompagnement parental**

Intégré récemment dans la nomenclature des orthophonistes, le bilan de prévention et d'accompagnement parental a déjà été proposé par deux orthophonistes de l'échantillon. Un de ces orthophonistes justifie cela par le fait qu'il est au contact d'une population polyhandicapée qui présente alors d'importants facteurs de risques de développer un trouble de l'oralité. L'autre explique qu'il a finalement eu recours à ce type de bilan pour un enfant qui ne présentait pas de signes cliniques évocateurs d'un TAP. Il nous semble tout de même important de noter qu'à la suite de ce bilan s'en sont suivis des appels téléphoniques réguliers pour réaliser un accompagnement parental et évaluer la nécessité de reprendre un rendez-vous.

#### **3.4.2. Le diagnostic de TAP**

Tous les orthophonistes concernés par le bilan d'oralité avec rééducation si nécessaire (94%, N=30) ont déjà conclu à un diagnostic de TAP. Cela est même systématique pour neuf d'entre eux. À propos des orthophonistes ayant déjà reçu une demande de bilan d'investigation, tous ont aussi déjà conclu à un TAP. Il en est de même pour les orthophonistes concernés par les patients venant pour une plainte concernant l'alimentation bien qu'aucune indication de la motivation du bilan ne soit inscrite dans le libellé de la prescription.

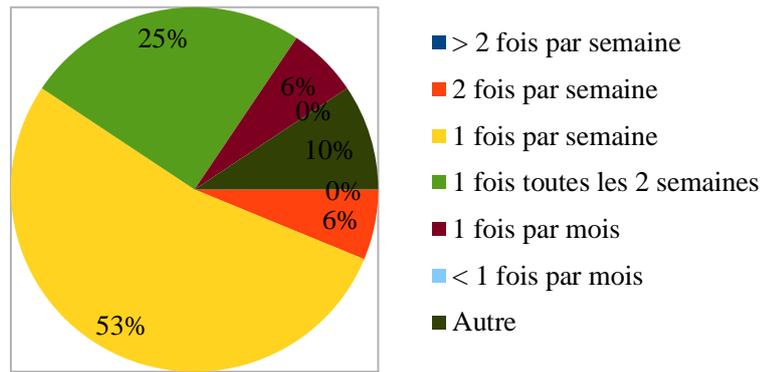
Les orthophonistes 1 et 2 ont eux aussi diagnostiqué à maintes reprises des TAP. Ceux-ci pouvant être d'ordre oro-moteur, sensoriel et/ou psycho-comportemental, les diagnostics d'ordre sensoriel sont majoritairement retrouvés dans leur patientèle. Il est intéressant de noter que l'orthophoniste 2 mentionne avoir déjà réalisé deux diagnostics différentiels de phagophobie alors que l'intitulé de ces prescriptions suspectaient un TAP.

## **4. Le cadre de la prise en soin**

Les orthophonistes des entretiens et l'ensemble des orthophonistes (N=32) ayant répondu de manière complète et valide à notre questionnaire ont déjà réalisé une ou plusieurs prises en soin de TAP.

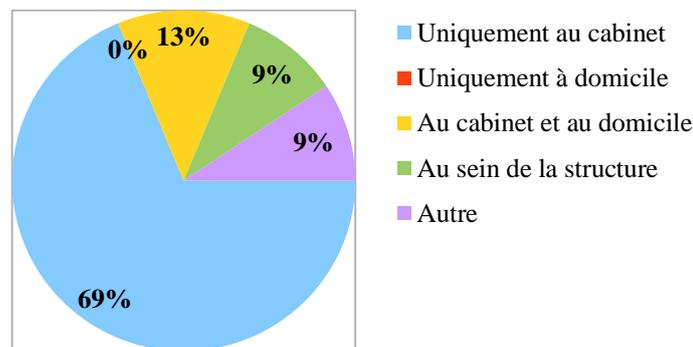
### **4.1. Fréquence et lieu des séances**

Selon les orthophonistes interrogés, les séances sont organisées entre une fois par mois et deux fois par semaine. Comme indiqué dans la figure 4, les prises en soin de TAP de la majorité des orthophonistes suivent une fréquence d'une séance par semaine. Pour certains thérapeutes (9%, N=3), la fréquence des séances est variable selon l'âge, la problématique et les objectifs de la prise en soin. Les orthophonistes 1 et 2 ainsi qu'un autre orthophoniste précisent réaliser des séances à une fréquence de plus en plus réduite lors des fins de prises en soin.



**Figure 4. Fréquence des séances.**

La figure 5 montre que le lieu des prises en soin est variable selon les orthophonistes. Elles se déroulent majoritairement au cabinet uniquement. Un orthophoniste se rend dans les différents lieux de vie de l'enfant (ex. maison et crèche) en plus de séances au cabinet. Un autre orthophoniste réalise certaines prises en soin au cabinet et d'autres au domicile, selon le patient. Enfin, un dernier précise qu'il ne se déplace pas à domicile mais complète ses séances au cabinet par l'analyse de vidéos de temps-repas réalisées par les parents au domicile.

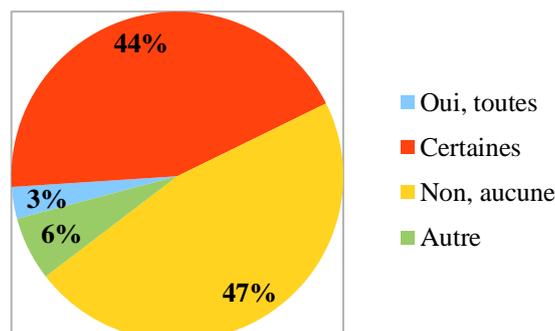


**Figure 5. Lieu de la prise en soin.**

Les orthophonistes 1 et 2 réalisent leurs prises en soin uniquement au cabinet pour une raison de temps. De plus, l'intitulé « à domicile » n'est que très rarement mentionné sur les prescriptions.

#### 4.2. La place des appels téléphoniques

Les orthophonistes ont été questionnés sur la place que peuvent prendre les appels téléphoniques au sein de la prise en soin des TAP. Ceux-ci sont 47% à ne jamais ponctuer leurs prises en soin d'appels téléphoniques. 6% utilisent plutôt les messages et les mails. Un orthophoniste indique échanger par vidéo.



**Figure 6. Orthophonistes ayant recours aux appels téléphoniques pour le suivi de la prise en soin.**

Parmi les 44% pour qui certains suivis peuvent être ponctués d'appels téléphoniques et les 3% pour qui tous les suivis sont concernés, plusieurs arguments prédominent. Les réponses données ont été triées et réparties en trois thèmes. Ceux-ci correspondent à la première colonne du tableau ci-dessous. Dans la deuxième colonne sont présentés des exemples concrets des réponses obtenues.

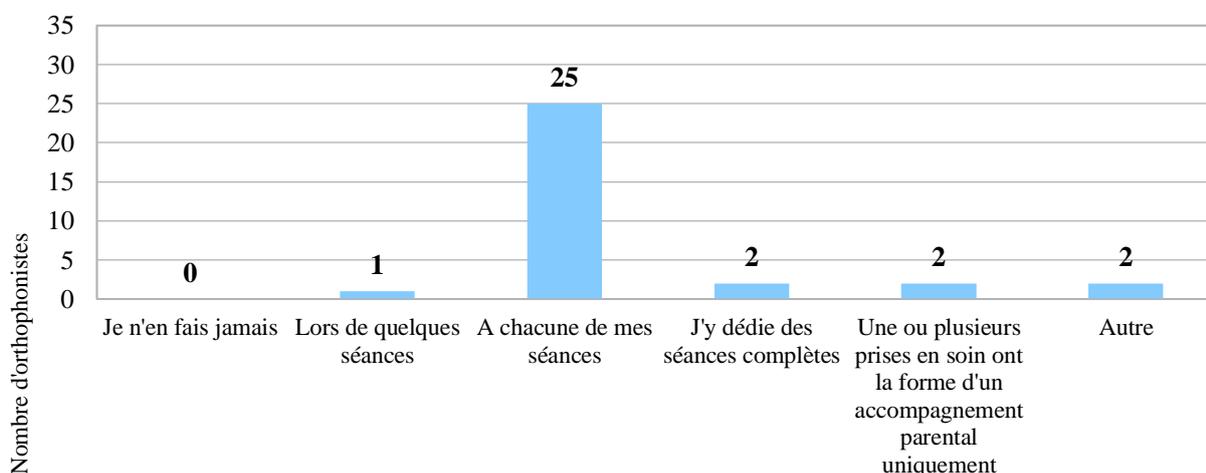
| Arguments expliquant les suivis ponctués d'appels téléphoniques  | Exemples de réponses  |
|--|---|
| Faire le point sur la progression, suivre les avancées           | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Suivi des essais ou des "missions" données à la maison</li> <li>– Suivi de la réussite ou échec des protocoles mis en place</li> <li>– Plutôt des SMS et photos pour faire le point sur les objectifs fixés ou apport d'éléments supplémentaires par les parents ou pour montrer les progrès réalisés</li> <li>– Parler de l'avancée</li> <li>– Pour faire le point sur l'évolution lorsqu'on a décidé de faire une pause</li> </ul>   |
| Accompagnement parental  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Suivi et guidance parentale au quotidien</li> <li>– Suivi (...) et ajustements si nécessaire</li> <li>– Faire le point sur la semaine écoulée et, en fonction, indiquer au parent quel aliment il pourra apporter en séance.</li> <li>– Questions des parents, besoin de conseils de leur part. Appels de ma part pour échanger, par exemple, sur les stratégies à mettre en place hors de la présence de l'enfant.</li> <li>– SMS avec les parents quand questionnement de leur part</li> </ul> |
| Coordination avec les différents partenaires de la prise en soin | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Lien avec d'autres professionnels qui suivent l'enfant</li> <li>– Échanges suite à une visite chez un autre professionnel de santé...</li> <li>– Crèche Parents Aidants extérieurs</li> <li>– Échange avec les différents professionnels (para)-médicaux dont le médecin traitant</li> </ul>   |

**Tableau 6. Arguments justifiant les suivis ponctués par des appels téléphoniques.**

Les orthophonistes 1 et 2 réalisent des appels téléphoniques pour la guidance parentale et lors des fins de prises en soin lorsque les séances sont espacées. Notons que l'envoi de SMS, de photos, de mails et les appels vidéo sont aussi des moyens utilisés par certains orthophonistes lors des suivis.

### 4.3. Les partenaires

#### 4.3.1. Le partenariat parental

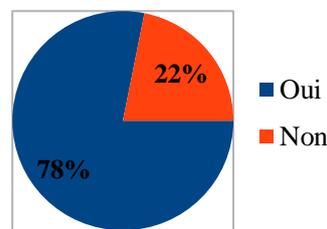


**Figure 7. Place du partenariat parental dans la prise en soin.**

Le partenariat parental fait partie de la pratique clinique de tous les orthophonistes de l'échantillon. La majorité des orthophonistes (78%, N=25) dédient un temps de partenariat parental à chaque séance. Pour deux orthophonistes, une ou plusieurs prises en soin de TAP ont même pris la forme d'un accompagnement parental uniquement. L'orthophoniste 2 précise qu'il accorde un temps d'accompagnement parental à chacune de ses séances et que parfois, des séances sont entièrement dédiées à cela. L'orthophoniste 1 explique comprendre les orthophonistes qui dédient des séances complètes à l'accompagnement parental et pour lesquels des séances se font parfois sans les enfants bien que cela ne soit pas représenté dans la nomenclature des actes professionnels orthophoniques. Ces séances sont une manière d'adapter les temps d'appels téléphoniques en présentiel. En revanche, l'enfant étant absent durant la séance, la séance ne peut être comptabilisée.

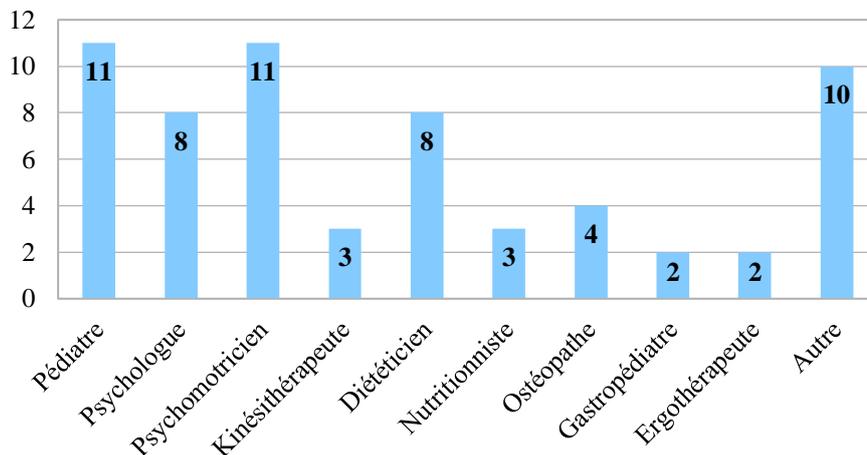
#### 4.3.2. Les partenaires professionnels

Comme l'indique la figure 8, il est déjà arrivé à 78% des orthophonistes de cet échantillon d'établir un partenariat avec un professionnel acteur d'une prise en soin commune.



**Figure 8. Pourcentage d'orthophonistes ayant déjà établi un partenariat professionnel lors d'une prise en soin d'un TAP.**

Ces partenariats professionnels sont multiples. La figure ci-dessous indique les professionnels les plus représentés dans ce type de prise en soin.



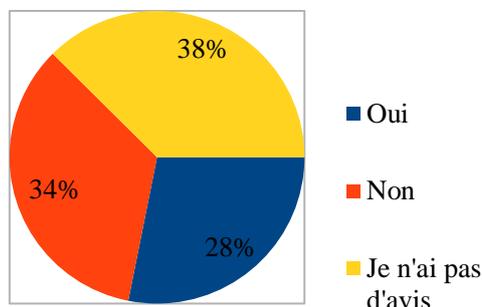
**Figure 9. Nombre d'orthophonistes ayant réalisés un partenariat avec chacun de ces professionnels lors de la prise en soin d'un TAP.**

Dix orthophonistes ont chacun déjà établi un partenariat professionnel avec un professionnel différent de ceux indiqués. Ont été cités : un consultant en lactation, un éducateur, un aide médico-psychologique, un neuropédiatre, un infirmier, un orthodontiste, un pédopsychiatre, un ORL. L'orthophoniste 2 précise que les partenaires peuvent être autres que les parents ou des professionnels concernés par la prise en soin. En effet ce dernier réalise parfois des échanges avec d'autres membres de la famille comme par exemple les grands-parents qui se trouvent être aussi des intervenants dans les moments de repas de l'enfant.

## 5. La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)

### 5.1. La cotation du bilan

Nous avons interrogé les orthophonistes sur leur avis concernant la congruence de la cotation du bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité avec la réalité clinique.



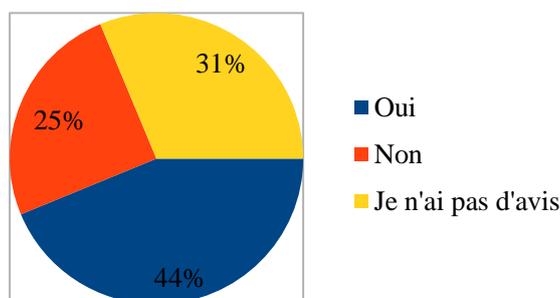
**Figure 10. Avis des participants quant à l'adéquation de la cotation du bilan par rapport à la réalité clinique.**

Comme indiqué dans la figure ci-dessus, selon 34% des répondants, la cotation de ce bilan n'est pas adaptée.

Parmi ces thérapeutes, 91% ne la trouvent pas en adéquation avec le temps nécessaire à la passation exhaustive du bilan et pensent qu'elle n'encourage pas les orthophonistes à se rendre au domicile du patient. C'est aussi le cas pour l'orthophoniste 1 qui explique ne pas pouvoir réaliser toutes les préconisations professionnelles et avoir choisi de réaliser l'entièreté de ses bilans d'oralité à domicile en lien avec une cotation de bilan trop peu représentative du temps requis pour la réalisation d'une passation exhaustive. Ce thérapeute explique s'adapter afin de s'y retrouver financièrement, le bilan prenant déjà beaucoup de temps par rapport à la cotation. Il lui arrive par exemple de ne pas observer l'aspect sensoriel si la plainte n'aborde pas ce domaine ou encore de compter des temps de bilan comme des séances de rééducation. L'avis de l'orthophoniste 2 diverge. Ce dernier pense que des bilans d'autres domaines qui demandent plus de temps de passation, d'analyse et de correction mériteraient d'être ré-étalonnés prioritairement au bilan d'oralité alimentaire. Notons que ce thérapeute réalise tout de même ses bilans d'oralité alimentaire sur une durée de 1h30 en deux rendez-vous.

Aussi, 18% jugent que le terme diagnostique n'est pas adapté.

### 5.2. La NGAP et la prise en soin des TAP



**Figure 11. Avis des participants quant à la congruence de la NGAP par rapport à la réalité clinique des prises en soin des TAP.**

Les orthophonistes de l'échantillon ont également été questionnés quant à la congruence de la NGAP par rapport à la prise en soin des TAP. Comme l'indique la figure 11, 25% estiment que celle-ci n'est pas adaptée à la réalité clinique.

Parmi eux, 25% pensent que certains suivis prennent la forme d'un accompagnement parental uniquement et que cela n'est pas représenté dans la nomenclature, 50% désignent le fait que les séances d'accompagnement parental n'ont pas leur place dans la nomenclature, 75% répondent que le temps de prévention passé avec les partenaires n'est pas reconnu. Enfin, 87% sont d'avis que les temps d'échanges téléphoniques au sujet de la prise en soin n'ont pas leur place dans la nomenclature. Un orthophoniste précise que le temps nécessaire à la durée réelle des séances et la préparation de celles-ci devrait être majoré, tout comme d'autres types de prises en soin selon lui.

Notons qu'à la fin du questionnaire, il était possible pour les orthophonistes de s'exprimer librement s'ils souhaitaient ajouter des commentaires. Un orthophoniste exprime qu'il trouverait adapté de pouvoir proposer des rendez-vous sans la présence du patient. Ce même orthophoniste explique bloquer 1h30 pour la réalisation d'un bilan de l'oralité alimentaire et que la première rencontre consiste en une anamnèse détaillée et d'une observation de l'enfant. S'il souhaite compléter par une vidéo de repas et/ou des essais alimentaires, il les pratique sur des séances. Ainsi comme dans plusieurs autres types de prise en soin, cet orthophoniste attend donc plusieurs séances avant de rédiger le compte-rendu du bilan.

## **DISCUSSION**

Ce mémoire avait pour but de réaliser un état des lieux des pratiques orthophoniques concernant le bilan et le cadre de la prise en soin des TAP. C'est par la passation d'entretien semi dirigés et par la diffusion d'un questionnaire que nous avons interrogé les orthophonistes. Dans cette partie, l'objectif est de synthétiser et analyser les résultats obtenus au regard des hypothèses énoncées afin de répondre à la problématique. Enfin, nous aborderons les limites de l'étude et ouvrirons sur des pistes de futures recherches.

### **1. Synthèse et interprétation des résultats au regard des hypothèses**

Concernant l'hypothèse 1, on suppose que les orthophonistes reçoivent plusieurs types de prescriptions médicales lors de la demande de bilans d'oralité alimentaire. Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, deux types de prescriptions peuvent amener un patient à consulter un orthophoniste : un bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire et un bilan orthophonique d'investigation. Selon les réponses obtenues, la prescription de type « bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire » semble être la plus rencontrée par les orthophonistes (88%) par rapport aux prescriptions de type « bilan orthophonique d'investigation » qui sont rencontrées en plus petit nombre par ces thérapeutes (9%) dans la pratique clinique.

L'orthophoniste intervenant sur prescription médicale, l'enfant a donc déjà rencontré un médecin généraliste ou un médecin spécialiste qui a pu réaliser un premier dépistage concernant ses troubles alimentaires. Cela pourrait expliquer la part importante que représentent les prescriptions avec rééducation si nécessaire. En effet, si le médecin dirige l'enfant vers un orthophoniste, il y a de fortes probabilités que des signes cliniques lui faisant penser à un trouble qui relève de l'orthophonie ont été observés lors du dépistage. D'ailleurs, 94% des orthophonistes concernés par le bilan d'oralité avec rééducation si nécessaire ont déjà conclu à un diagnostic de TAP et cela est même systématique

pour neuf d'entre eux. Dans ce cas, l'orthophoniste décide lui-même d'entreprendre ou non la rééducation en fonction de son bilan.

Des prescriptions de bilans d'investigation sont également retrouvées. En effet, le bilan orthophonique peut être utile pour compléter les observations d'autres professionnels et le dossier médical d'un patient afin d'écartier un potentiel TAP et ainsi de participer à un diagnostic différentiel. Lors de ce type de prescription, l'orthophoniste indique seulement son diagnostic et ses propositions au médecin prescripteur et c'est ce dernier qui décidera de la nécessité de prescrire ou non des séances. Il se trouve que parmi le faible nombre d'orthophonistes concernés (9%), tous ont au moins une fois diagnostiqué un TAP à partir de cette prescription.

Aussi, le questionnaire a mis en évidence la réception de prescriptions médicales avec des libellés imprécis, ceux-ci n'indiquant même pas le domaine concerné par la plainte. L'orthophoniste 2 a d'ailleurs rapporté que « l'intitulé est difficilement respecté ». Cela peut être problématique pour les orthophonistes lors de la Demande d'Accord Préalable (DAP) auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), celle-ci requérant un libellé suffisamment précis et en accord avec la nomenclature générale des actes professionnels orthophoniques. Nous pouvons supposer un manque d'informations de la part des prescripteurs. Comme l'a montré Mouranche (2004), le médecin généraliste est le premier prescripteur de l'orthophonie, or, il se trouve que le mémoire de Boisnault (2018) a démontré un manque de connaissances des modalités de prescriptions des bilans orthophoniques de la part des médecins généralistes. Cela serait un élément de réponse justifiant de l'imprécision des libellés.

En conséquence de cette analyse, l'hypothèse 1 est validée.

Par ailleurs, bien que le médecin généraliste soit le premier prescripteur de l'orthophonie selon Mouranche (2004), on observe tout de même une pluralité des prescripteurs. Pour 79% des répondants au questionnaire, les médecins généralistes et les pédiatres sont les principaux prescripteurs, mais on observe que de nombreux autres professionnels peuvent en être à l'origine comme le gastro-entérologue pédiatrique, l'ORL, le pédopsychiatre, le psychiatre et bien d'autres encore. Notons qu'il serait intéressant d'étudier le niveau de connaissances des modalités de prescription de ces autres professionnels pour potentiellement émettre un lien entre le type de prescripteur et la précision des libellés. L'orthophoniste 1 évoque d'ailleurs le fait que lorsque celui-ci est un médecin généraliste, le libellé est beaucoup moins précis que lorsque c'est un pédiatre.

En outre, ces différents types de prescriptions et la pluralité des prescripteurs permettent aussi de mettre en exergue l'aspect pluridisciplinaire du diagnostic. Le prescripteur du bilan, pouvant être divers, est un des professionnels participant au diagnostic en plus de l'orthophoniste. D'autres professionnels peuvent en effet graviter autour du patient afin d'évaluer ses difficultés alimentaires dans une démarche beaucoup plus globale, chaque discipline apportant son regard et permettant de construire un bilan le plus complet et le plus précis possible. Selon Lecoufle (2021), l'évaluation pluridisciplinaire permet notamment de diagnostiquer des troubles organiques ou fonctionnels qui impactent les fonctions orales et alimentaires. Lecoufle (2021) indique que pour la prise en soin des troubles alimentaires, l'orthophoniste s'engage aussi dans un partenariat pluriprofessionnel pour aller vers une démarche de soins globale. Cela se vérifie dans la pratique clinique par les résultats obtenus au questionnaire où 78% des orthophonistes indiquent avoir déjà établi un partenariat professionnel. Les réponses des participants montrent que ces professionnels sont multiples. On retrouve prioritairement les pédiatres et les psychomotriciens. Les psychologues, les kinésithérapeutes, les diététiciens et nutritionnistes en font aussi partie parmi divers autres professionnels de santé. De cette manière, la collaboration pluridisciplinaire dans la prise en soin semble avoir de l'importance. Elle

permet la mise en lien de points de vue différents mais complémentaires pour aller vers un objectif commun et une prise en soin efficace. Cela requiert une bonne communication entre tous ces acteurs. Cette pluralité des acteurs lors du diagnostic et de la prise en soin peut s'expliquer par le fait que les difficultés alimentaires peuvent être le signe d'autres troubles et qu'elles peuvent s'intégrer dans un tableau clinique beaucoup plus large (Goday, 2019).

Ce qui a été traité précédemment nous amène à évoquer l'hypothèse 4 selon laquelle le partenariat parental prend une place considérable dans la prise en soin des TAP. L'importance du partenariat parental a d'ailleurs été décrite dans la partie théorique. Nous avons pu souligner la place des parents que ce soit lors du temps du bilan mais aussi lors de la prise en soin. Durant l'anamnèse, partie cruciale du bilan qui permet au thérapeute de cibler la plainte et les attentes des parents, la présence de ces derniers permet de retracer le développement alimentaire de l'enfant, son histoire médicale, son développement sensoriel et neuro-développemental. Professionnels de leur enfant, les échanges avec eux sont primordiaux pour mieux comprendre les difficultés alimentaires rencontrées et guider le diagnostic. Les connaissances du parent et celles de l'orthophoniste sont complémentaires (Lesecq-Lambre, 2020). Cela se confirme dans le questionnaire où tous les orthophonistes indiquent consacrer un temps avec les parents pour la réalisation du bilan. Parmi ceux-ci, 84% réalisent l'entièreté du bilan en la présence des parents et des enfants. Les autres partagent leur temps de bilan entre un rendez-vous exclusivement avec les parents et un second avec la présence de l'enfant. Aussi, deux orthophonistes exerçant en structure organisent le moment du bilan de manière à s'assurer de la présence des parents. Ces données font preuve de la nécessité du partenariat parental durant le bilan. De plus, lors de la prise en soin, cette relation bidirectionnelle continue puisque le partenariat parental fait partie de la pratique clinique lors des suivis de TAP pour 100% des orthophonistes de l'échantillon. Comme l'indique Crunelle (2004), l'adhésion du parent à la prise en soin est essentielle puisque sans elle, la prise en soin prend peu de sens au quotidien et est alors inefficace. La majorité des thérapeutes, soit 78% des orthophonistes du questionnaire, ainsi que les deux orthophonistes des entretiens semi dirigés accordent du temps au parent pour chaque séance. Certaines prises en soin sont même composées uniquement d'échanges entre l'orthophoniste et les parents. Par conséquent, il en découle que le partenariat parental est une composante primordiale dans la prise en soin des TAP. Ces temps d'échanges permettent une co-construction du projet de l'enfant. Chacun transmet à l'autre ses connaissances. Ce sont les parents qui au quotidien observent et évaluent les compétences de leur enfant. Ils rapportent leurs observations, leurs expériences, la progression et les potentielles difficultés rencontrées. L'orthophoniste, lui, a une posture d'écoute active, il prend en compte ces informations, informe les parents sur le trouble de leur enfant et les forme sur la méthode et la progression de la prise en soin, sur les adaptations à apporter et les techniques spécifiques à réaliser. Les parents sont acteurs de la prise en soin de leur enfant. Ils sont de véritables alliés et partenaires de l'orthophoniste (Lecoufle, 2020). Ainsi, une grande partie de l'intervention orthophonique consiste à prévenir, former, informer et soutenir les parents. La partie théorique et les réponses obtenues permettent alors de valider l'hypothèse 4 selon laquelle le partenariat parental prend une place considérable dans la prise en soin des TAP.

Par ailleurs, le questionnaire et les entretiens nous ont aussi permis d'observer que ce partenariat parental pouvait prendre une autre forme que les échanges en présentiel lors des séances. En effet, 47% des orthophonistes du questionnaire ainsi que les orthophonistes 1 et 2 ponctuent leurs prises en soin des TAP d'appels téléphoniques. On note que 3% ont recours à ce moyen de communication pour tous leurs suivis de TAP. Aussi, d'autres orthophonistes (6%) utilisent des moyens de communication tels que les mails et les SMS. Ces échanges sont une nouvelle fois bidirectionnels, ils permettent de

faire le point sur le suivi. Les parents font part des avancées, de leurs observations et posent leurs potentielles questions, les orthophonistes y répondent, conseillent et ajustent les objectifs si besoin. Ces moyens de communication sont aussi utilisés comme moyen de coordination avec les partenaires autres que les parents. En revanche, nous pouvons nous faire la remarque que le temps dédié à ce partenariat par le biais de ces outils de communication est un temps précieux pour l'orthophoniste qui n'est cependant pas rémunéré puisqu'il ne correspond en aucun cas à un acte de la NGAP.

En outre, selon l'hypothèse 2, les orthophonistes suivent les recommandations professionnelles de bonnes pratiques selon lesquelles les compétences de l'enfant sont évaluées en situation écologique, au domicile familial. Cela permet de conserver les conditions d'alimentation et l'environnement habituel de l'enfant (ASHA). Selon cette hypothèse, il en est de même lors des séances de prises en soin. Alors qu'un unique orthophoniste indique le faire, 75% des répondants au questionnaire ainsi que les orthophonistes 1 et 2 réalisent leurs bilans d'oralité alimentaire uniquement au cabinet. Quant à la prise en soin, aucun orthophoniste ne la réalise uniquement au domicile du patient, 13% peuvent alterner entre des séances à domicile et d'autres au cabinet mais 69% réalisent l'entièreté des séances au cabinet. Ces résultats soulèvent un questionnement quant à ce qui pourrait expliquer ce non-déplacement des orthophonistes au domicile du patient. Si le lieu du bilan semble dépendre de l'âge de l'enfant pour un orthophoniste, la question du temps est l'explication la plus évidente pour les orthophonistes 1 et 2 qui ont pu davantage s'exprimer grâce à la configuration des entretiens. Pratiquer le bilan ou bien les séances au domicile du patient nécessite du temps pour effectuer les trajets. De plus, selon un communiqué de presse de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) de 2022, le temps d'accès à des soins orthophoniques est très élevé par manque d'orthophonistes. Ainsi, il n'est pas rare que ces derniers reçoivent des patients éloignés géographiquement. Aussi, l'oralité alimentaire ayant intégré la nomenclature et le champ d'action des orthophonistes depuis peu, tous les professionnels n'y sont pas encore formés et tous ne prennent donc pas en soin les TAP. Par ailleurs, en raison de la longue durée de réalisation des bilans d'oralité pour la majorité des orthophonistes de l'échantillon, il est important de mentionner que 62% des répondants le réalisent sur plusieurs rendez-vous. Se rendre au domicile à plusieurs reprises lors de ces différents rendez-vous réclamerait donc davantage de temps. L'organisation que cela requiert peut être considérée comme du temps qui n'est pas mis à contribution pour d'autres patients qui sont sur liste d'attente. Cela semble d'ailleurs préoccuper les deux orthophonistes ayant participé aux entretiens. En effet, ces derniers mentionnent leur longue liste d'attente ainsi que la pénurie des orthophonistes dans certaines zones et expliquent que le temps passé à se rendre au domicile est du temps qui pourrait servir un autre patient. C'est aussi du temps durant lequel l'orthophoniste n'est pas rémunéré. Par ailleurs, la mention « à domicile » n'est que très rarement indiquée sur les prescriptions médicales. Or, celle-ci permet une indemnité forfaitaire de déplacement pour l'orthophoniste et leur prise en charge par l'assurance-maladie. La deuxième hypothèse n'est donc pas validée auprès des orthophonistes de notre échantillon.

Ensuite, les données des entretiens et de l'enquête en lien avec la fréquence des séances montrent que cela fluctue d'un orthophoniste à l'autre mais aussi d'une prise en soin à l'autre. La fréquence des séances oscille entre une fois par mois et deux fois par semaine. Des orthophonistes précisent que la fréquence est variable selon l'âge, la problématique et les objectifs de la prise en soin. Les orthophonistes 1 et 2 vont dans ce sens et indiquent réduire la fréquence lors des fins de prises en soin. L'hypothèse 3 est partiellement validée.

Ces analyses nous amènent à traiter la cinquième hypothèse qui concerne la NGAP des orthophonistes. Selon cette hypothèse, la nomenclature n'est pas en accord avec la réalité clinique. Comme indiqué par la Fédération des Orthophonistes de France dans un rapport en 2018, la réalité

clinique est bien plus complexe que la nomenclature des actes de la NGAP des orthophonistes. En effet, aucun acte ne permet d'encadrer légalement les points abordés précédemment puisque les temps de prévention et d'accompagnement parental sur le long cours ainsi que les temps d'échanges avec les différents partenaires professionnels ne sont pas représentés dans la nomenclature. Un peu plus d'un tiers des orthophonistes de l'échantillon indiquent que la cotation du bilan n'est pas en accord avec la réalité clinique. La durée nécessaire à la réalisation d'un bilan exhaustif est un argument prépondérant des orthophonistes. Cela n'encouragerait pas les thérapeutes à se déplacer au domicile du patient comme évoqué lors de la première hypothèse. Certains orthophonistes sont amenés à adapter leur bilan afin d'éviter d'exercer bénévolement ou bien à comptabiliser une séance de bilan comme une séance de prise en soin. Le terme diagnostique est un autre argument qui justifie l'avis des orthophonistes exprimant une incongruence entre la NGAP et la cotation du bilan. En effet, la nouvelle terminologie « Trouble Alimentaire Pédiatrique », mentionnée dans la partie théorique, n'est pas retrouvée dans la NGAP où l'intitulé du bilan correspondant est : « Bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité ». Bien que cet argument soit recevable, l'intitulé actuel permet d'inclure les patients adultes ne correspondant pas à l'adjectif « pédiatrique » et qui n'auraient plus leur place dans la nomenclature si la nouvelle terminologie venait à le substituer. Par ailleurs, un quart des orthophonistes de l'échantillon indiquent aussi que la NGAP n'est pas adaptée à la prise en soin des TAP. On retrouve ici le fait que le temps de partenariat parental et de partenariat professionnel passé au téléphone, par SMS et par mail est finalement semblable à du bénévolat puisqu'aucun acte ne le représente dans la nomenclature. De plus, lors des séances entièrement dédiées au partenariat parental, la présence de l'enfant, bien qu'elle puisse être facultative, est en revanche nécessaire pour permettre au thérapeute de comptabiliser ces séances. Un acte encadrant des séances de partenariat parental pourrait être intéressant pour permettre ces temps d'échanges et lever la contrainte de la présence de l'enfant qui peut demander une certaine organisation lorsque celui-ci est scolarisé. Les avis des orthophonistes concernant la cohérence entre la NGAP et la réalité clinique sont divergents, l'hypothèse 5 est partiellement validée.

## **2. Limites et perspectives de l'étude**

Cette étude rencontre cependant plusieurs limites. Elles sont principalement méthodologiques. En effet, bien que l'entretien semi dirigé a l'avantage d'être guidé et structuré par des questions, il présente en revanche l'inconvénient de réduire les possibilités d'expression du participant comparativement à l'entretien libre. Aussi, le traitement des réponses recueillies aux entretiens engage la subjectivité de l'enquêteur (Vilatte, 2007). Ensuite, le questionnaire présente lui aussi des limites. Nous retrouvons tout d'abord les biais de sélection et d'auto-sélection. Un tirage au sort aurait permis une meilleure représentativité des répondants. Aussi, le questionnaire ayant été diffusé sur un réseau social, cela a limité la participation aux orthophonistes y ayant accès. De cette manière, ces deux biais sont en défaveur de la représentativité de notre échantillon. Le faible taux de participation est un autre biais de représentativité. Comme 24 208 orthophonistes étaient recensés au 1er janvier 2022 selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), moins d'1% des orthophonistes exerçant en France ont participé à l'étude. Bien que la présentation brève de l'étude, le caractère auto-administré, anonyme et confidentiel de l'enquête auraient pu motiver les participants, la longueur du questionnaire et les questions semi-fermées demandant une réflexion supplémentaire à celles des questions fermées ont pu décourager (Parizot, 2012). On peut d'ailleurs mentionner le biais lié aux types de questions (Vilatte, 2007). Aussi, les propositions émises par l'enquêté présentent le biais de pouvoir influencer la réponse du participant.

Celui-ci peut être amené à sélectionner une réponse à laquelle il n'aurait pas pensé. Malgré le manque de représentativité de l'échantillon, il restait intéressant d'analyser les données et d'établir une première réflexion quant aux pratiques professionnelles des orthophonistes lors du bilan et des prises en soin des TAP. Enfin, alors que cette étude visait les orthophonistes exerçant en libéral, il est important de mentionner que nous avons finalement accepté les réponses de quatre participants salariés. Cela a pu nous aider à compléter les données.

Bien que cette étude présente des biais et des limites, elle nous a permis de réaliser un premier état des lieux des pratiques professionnelles concernant le bilan des TAP et le cadre des prises en soin. Elle a également permis de mettre en évidence des divergences d'opinions chez les professionnels au sujet de la concordance de la NGAP avec la réalité clinique des bilans et des prises en soin des TAP. Il semblerait intéressant de poursuivre ce travail avec une méthodologie plus rigoureuse pour permettre une meilleure représentativité des données et la généralisation des résultats.

## CONCLUSION

Depuis 2018, le bilan et la rééducation « des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » ont intégré la nomenclature générale des actes orthophoniques et font ainsi partie du champ de compétences des orthophonistes. De par la diversité des types de demandes de bilan d'oralité alimentaire que reçoivent les orthophonistes et la diversité des cadres de prises en soin, il nous a paru intéressant d'établir un état des lieux des pratiques professionnelles concernant le bilan des TAP et le cadre des prises en soin.

Pour réaliser cette étude, nous avons sollicité deux orthophonistes exerçant en libéral pour la passation d'entretiens semi dirigés. Ceux-ci nous ont permis par la suite de créer et de diffuser un questionnaire auto-administré en ligne le plus complet et le plus précis possible à destination des orthophonistes. Nous nous sommes ainsi intéressés à la réalité clinique des orthophonistes dans le domaine des TAP.

Bien que des biais méthodologiques rendent les résultats difficilement généralisables, ils nous ont tout de même permis de confirmer ou infirmer nos hypothèses en les mettant en lien avec la littérature. Cette enquête nous a notamment aidé à mieux cerner la pluralité des prescripteurs et des types de prescriptions médicales que peuvent recevoir les orthophonistes lors des demandes de bilan d'oralité alimentaire. Les libellés imprécis sont très souvent rencontrés. Cette étude nous a aussi permis de mettre en exergue la difficulté rencontrée par les orthophonistes à mettre en pratique certaines recommandations professionnelles présentes dans la littérature et plus particulièrement le fait de réaliser le bilan et les séances en situation écologique, au domicile du patient. La mention « à domicile » pourrait davantage motiver cette pratique. La fréquence des séances, quant à elle, semble fluctuer selon la pratique des orthophonistes et selon plusieurs critères comme l'étape de la prise en soin, l'âge du patient et la nature du TAP. En outre, cette étude met en valeur la place importante que prennent les relations avec les partenaires au sein des prises en soin et plus particulièrement celle avec le parent. Communiquer et travailler ensemble vers un objectif commun semble majeur. On remarque aussi que différents moyens de communication, comme les appels téléphoniques, sont très largement utilisés par un grand nombre d'orthophonistes dans le suivi des TAP, cela dans le souci d'une continuité des soins en dehors des séances en présentiel. Nous nous sommes aussi intéressés à l'avis des orthophonistes au sujet de la congruence de la NGAP avec la réalité clinique. Nous avons retrouvé une discordance. Pour certains, la revalorisation de la cotation du bilan semble nécessaire dans un objectif de représenter au mieux le temps que requiert la passation d'un bilan exhaustif. Aussi, le besoin de réviser la nomenclature pour permettre la reconnaissance du partenariat parental et

professionnel sous toutes ses formes, comme par exemple en présentiel sans la présence de l'enfant ou par téléphone, se fait ressentir.

Les études concernant les pratiques orthophoniques dans le cadre des TAP sont peu nombreuses. Cette enquête permet de mieux connaître la réalité clinique des orthophonistes et permet de soulever certaines attentes de leur part. Il serait intéressant de poursuivre l'étude en écartant les biais méthodologiques pour une meilleure représentativité et une généralisation des résultats. L'analyse des pratiques cliniques orthophoniques pour un TAP de nature spécifique pourrait donner lieu à une future étude.

## Bibliographie

- Abadie, V. (2004). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de Pédiatrie*, 11(6), 603-605. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2004.03.040>
- Abadie, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation Orthophonique*, 220, 59.
- American Speech-Language-Hearing Association. (s. d.). *Pediatric Feeding and Swallowing*. Consulté le 1 septembre 2022, à l'adresse <http://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/pediatric-feeding-and-swallowing/>
- Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S. (2007). L'accompagnement parental au cœur des objectifs de prévention de l'orthophoniste. *Contraste*, N° 26(1), 303-320. <https://doi.org/10.3917/cont.026.0303>
- Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*, N° 39(1), 143-159. <https://doi.org/10.3917/cont.039.0143>
- Boggs, T., & Ferguson, N. (2016). A Little PEP Goes a Long Way in the Treatment of Pediatric Feeding Disorders. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 1(13), 26-37. <https://doi.org/10.1044/persp1.sig13.26>
- Boisnault, M. (2018). *Connaissances des médecins généralistes sur la prescription de l'orthophonie*. [Mémoire, Université de Nice Sophia Antipolis - Faculté de Médecine Département d'orthophonie] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01831620>
- Bréchon, P. (2011). *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. Grenoble, France : Presses universitaires de Grenoble.
- Chatoor, I., & Ganiban, J. (2003). Food refusal by infants and young children : Diagnosis and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(2), 138-146. [https://doi.org/10.1016/s1077-7229\(03\)80022-6](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(03)80022-6)
- Chiato, F., Coletta, R., Aversano, A., Warburton, T., Forsythe, L., & Morabito, A. (2018). Messy Play Therapy in the Treatment of Food Aversion in a Patient With Intestinal Failure : Our Experience. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 43(3), 412-418. <https://doi.org/10.1002/jpen.1433>
- Combessie, J. C. (2007). II. L'entretien semi-directif. Dans *La méthode en sociologie* (5e éd., p. 24-32). Paris : La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.combe.2007.01>
- Crunelle, D. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant : orthophonie : Les troubles de déglutition et d'alimentation de l'enfant cérébrolésé. *Rééducation orthophonique*, 220, 85-92.
- Delaney, A. L., & Arvedson, J. C. (2008). Development of swallowing and feeding : Prenatal through first year of life. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(2), 105-117. <https://doi.org/10.1002/ddrr.16>
- De Singly, F. (2016). *Le questionnaire* (4e éd). Armand Colin.
- Diraison, A. (2019). *Traitement sensoriel et oralité alimentaire : État des lieux des thérapies sensorielles en lien avec l'oralité alimentaire* [Mémoire]. Université de Lille.
- Fédération des Orthophonistes de France (2018). *L'acte de soin orthophonique*. <https://federation-des-orthophonistes-de-france.fr/wp-content/uploads/L-acte-de-soin-orthophonique.pdf>
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête : entretien et questionnaire* (3è éd.). Paris, France : Dunod. <https://univ-scholarvox-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/reader/docid/88828459>
- Fishbein, M., Cox, S., Swenny, C., Mogren, C., Walbert, L., & Fraker, C. (2006). Food Chaining : A

- Systematic Approach for the Treatment of Children With Feeding Aversion. *Nutrition in Clinical Practice*, 21(2), 182-184. <https://doi.org/10.1177/0115426506021002182>
- Flora, L., Pomey, M. P., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M. C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, S1(HS), 41-50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>
- Foster, J. P., Psaila, K., & Patterson, T. (2016). Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001071.pub3>
- Fugier, P. (2010). Les approches compréhensives et cliniques des entretiens sociologiques. ¿ Interrogations ? *Revue pluridisciplinaire de sciences humaines et sociales*, 11. <http://www.revue-interrogations.org/Les-approches-comprehensives-et>
- Gaspard, M. (2001). Acquisition et exercice de la fonction masticatrice chez l'enfant et l'adolescent (1re partie). *Revue d'Orthopédie Dento-Faciale*, 35(3), 349-403. <https://doi.org/10.1051/odf/2001022>
- Gatignol, P., & Chapuis, C. (2021). *Troubles oro-myofonctionnels chez l'enfant et l'adulte : UE 5 (1re éd.)*. DE BOECK SUP.
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., Delaney, A. L., Feuling, M. B., Noel, R. J., Gisel, E., Kenzer, A., Kessler, D. B., Kraus De Camargo, O., Browne, J., & Phalen, J. A. (2019). Pediatric Feeding Disorder. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 68(1), 124-129. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000002188>
- Golse, B. (2008). La bouche et l'oralité dans le développement : Entre explorations et ressenti, entre cognition et émotions. *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant* (p. 226-235). Elsevier Gezondheidszorg.
- Grevesse, P., van Wingham, J., Franck, L., Dassy, M., Cormann, N., Charlier, D., & Hermans, D. (2020). Le trouble alimentaire pédiatrique. *Percentile*, 25(2), 12-15. [https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A236187/datastream/PDF\\_01/view](https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A236187/datastream/PDF_01/view)
- Guillon-Invernizzi, F., Lecoufle, A., & Lesecq-Lambre, E. (2020, mars). Le bilan orthophonique : Démarche diagnostique orthophonique des troubles alimentaires pédiatriques. *Rééducation orthophonique*, 281, 33-42.
- Javeau, C. (1990). *L'enquête par questionnaire : Manuel à l'usage du praticien (4e éd.)* [E-book]. Université Libre de Bruxelles - Editions de l'Université de Bruxelles et Bibliothèques.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-34. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/rsi.102.0023>
- Leblanc, V. (2014). Évaluation des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, 21(5), 32. [https://doi.org/10.1016/s0929-693x\(14\)71448-4](https://doi.org/10.1016/s0929-693x(14)71448-4)
- Lecoufle, A. (2020, mars). Le bilan orthophonique : Le bilan orthophonique des fonctions alimentaires du nourrisson (0-6 mois). *Rééducation Orthophonique*, 281, 7-32.
- Lecoufle, A., & Lesecq-Lambre, E. (2021). Troubles alimentaires du nourrisson et du jeune enfant : évaluation et axes de prises en soins en orthophonie. Dans *Troubles oro-myofonctionnels chez l'enfant et l'adulte (1re éd.)*, p. 18-25. DE BOECK SUP.
- Lecoufle, A. (2021, septembre). Le nourrisson : La prise en soins orthophoniques des troubles de la succion du nourrisson (0-4/6 mois). *Rééducation Orthophonique*, 287, 153-178.

- Lesecq-Lambre, E. (2020, mars). Le bilan orthophonique. *Rééducation Orthophonique*, 281, 3-7.
- Micali, N., & Tombeur, E. (2019). ARFID - Trouble de restriction/évitement de l'ingestion d'aliments : caractéristiques cliniques. *Revue Médicale Suisse*, 15(638), 394-397. <https://doi.org/10.53738/revmed.2019.15.638.0394>
- Mouranche, A. (2004, Juin 3). Information des futurs médecins généralistes sur la prescription orthophonique. [Mémoire, Université Henri Poincaré – Faculté de médecine de Nancy]. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01893351/document>
- Parizot, I. (2012). 5 – L'enquête par questionnaire. *L'enquête sociologique*, 93-113. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0093>
- Plaisent, M., Bernard, P. M., Zheng, L. & Khadhraoui, M. (2018). Concepts et outils des sondages Web : introduction à LimeSurvey et SurveyMonkey. Presses de l'Université du Québec. <https://univ-scholarvox-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/catalog/book/docid/88877283>
- Prudhon Havard, E., Carreau, M. & Tuffreau, R. (2009). Les particularités sensorielles : Les troubles sensoriels : impact sur les troubles alimentaires. Association ARAPI. <https://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1MWJVJ42D-P6R8DR-1JG/2009%20Marjorie%20Carreau.pdf>
- Santha, J. C. (2008). Book Mark : The Fun with Food Programme : Therapeutic Intervention for Children with Aversion to Oral Feeding (2007). *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(5), 287-287. <https://doi.org/10.1177/000841740807500511>
- Senez, C. (2002). Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises. De Boeck.
- Senez, C. (2020). Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition (3e éd.). DE BOECK SUP.
- Thibault, C. (2015). L'oralité positive. *Dialogue*, 209, 35-48. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/dia.209.0035>
- Thibault, C. (2017). Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant. MASSON.
- Toomey, K. A., & Ross, E. S. (2011). SOS Approach to Feeding. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*, 20(3), 82-87. <https://doi.org/10.1044/sasd20.3.82>
- Turck, D., Dupont, C., Vidailhet, M., Bocquet, A., Briend, A., Chouraqui, J. P., Darmaun, D., Feillet, F., Frelut, M. L., Girardet, J. P., Hankard, R., Goulet, O., Rieu, D., Rozé, J. C., & Simeoni, U. (2015). Diversification alimentaire : évolution des concepts et recommandations. *Archives de Pédiatrie*, 22(5), 457-460. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2015.02.018>
- Vilatte, J.-C. (2007). Méthodologie de l'enquête par questionnaire. 1-56. Formation « Evaluation », Grisolles.

sites internet consultés :

FNO Prévention - La prévention en Orthophonie. (s. d.). FNO Prévention. Consulté le 29 avril 2022, à l'adresse <https://www.fno-prevention-orthophonie.fr/langage-oral/actions/la-prevention-orthophonie/>

Les troubles de l'oralité, à ne pas sous-estimer ! | e-orthophonie. (2021b, juillet 28). e-orthophonie. Consulté le 20 avril 2022, à l'adresse <https://e-orthophonie.fr/les-troubles-de-loralite-a-ne-pas-sous-estimer/>

Signature de l'avenant 19 à la convention nationale des orthophonistes. (2022, février 25). [ameli.fr](https://www.ameli.fr) |

Orthophoniste. Consulté le 29 avril 2022, à l'adresse  
<https://www.ameli.fr/orthophoniste/actualites/signature-de-l-avenant-19-la-convention-nationale-des-orthophonistes>