

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



 Université
de Lille

 ufr35 Sciences de Santé
et du Sport

MEMOIRE

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

Charlotte MOURIZAT

soutenu publiquement en juin 2023

**Liens entre bégaiement et troubles de l'oralité
alimentaire**
**Etat des lieux des pratiques orthophoniques concernant leur
démarche évaluative**

MEMOIRE dirigé par

Rachel HALIMI, orthophoniste et enseignante, Université de Lille, Lille

Anne-Charlotte MIESZANIEC, orthophoniste et enseignante, Université de Lille, Lille

Lille – 2023

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Halimi et Madame Mieszaniec de m'avoir accompagnée dans la réalisation de ce mémoire, de s'être rendues disponibles pour me guider et m'apporter leurs précieux conseils.

Je remercie tous les orthophonistes ayant participé à cette étude, de m'avoir accordé leur temps et partagé leur expérience. Plus largement, je remercie tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire, notamment à la diffusion du questionnaire.

Merci aux orthophonistes qui m'ont accompagnée en stage, de m'avoir partagé leurs savoirs avec tant de bienveillance, de m'avoir aidée à devenir la future orthophoniste que j'ai longtemps espéré être. Merci aux patients pour leur confiance et de m'avoir tant appris.

De manière plus personnelle, je souhaite remercier mon entourage.

Merci à mes amis de tous les horizons pour leurs encouragements. Coralie et Lison, merci pour ces années de complicité, ce qui nous lie va bien au-delà de l'orthophonie.

Merci à famille pour son soutien. A mon père, merci de m'aider à m'accomplir depuis toujours. Maman, j'espère que, de là où tu es, tu es fière de moi.

A ma cousine et marraine, Anne, merci de m'avoir transmis le goût de l'orthophonie. Je suis fière de partager ce merveilleux métier avec toi.

A toi Aymeric, merci d'être mon pilier depuis toutes ces années.

« Manger et parler partagent une communauté universelle plus grande qu'anatomique et neuro-musculaire car nous sommes aptes à manger toutes les cuisines et parler toutes les langues du monde. »

G. Couly, 2020

Résumé :

L'oralité alimentaire et l'oralité verbale sont liées tant au niveau neuroanatomique que par leur développement conjoint. La littérature scientifique a documenté que les perturbations de l'une de ces deux oralités peuvent se répercuter sur l'autre. Ce mémoire s'inscrit donc dans la thématique des liens entre le bégaiement, vu sous l'angle de l'oralité verbale, et les troubles de l'oralité alimentaire (TOA). Son objectif est de réaliser un état des lieux des pratiques des orthophonistes concernant leur démarche évaluative lors du bilan de bégaiement de l'enfant âgé de deux à six ans, en y questionnant la place réservée à l'investigation de l'oralité alimentaire au sein de celui-ci. Un questionnaire et cinq entretiens semi-dirigés individuels ont été mobilisés pour mener à bien cette étude. Bien que les TOA ne soient pas investigués systématiquement lors du bilan du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire, un intérêt certain pour les orthophonistes de croiser leurs regards sur leurs domaines de compétences a pu être mis en évidence par les résultats. Les orthophonistes se sont montrés demandeurs d'informations robustes à ce sujet, ce qui ouvre de nouvelles pistes de recherches, notamment en vue d'apporter des éléments concrets à la pratique orthophonique.

Mots-clés :

Bégaiement - troubles de l'oralité alimentaire - orthophonie - bilan - état des lieux.

Abstract:

Feeding and verbal orality are neuroanatomically related and they develop jointly. The scientific literature has documented that a disorder in one of these two oralities can have repercussions on the other. This master's dissertation therefore focuses on the links between stuttering, seen from the perspective of verbal orality, and feeding disorders. Its aim is to carry-out a state of the art of speech therapists' practices regarding to the stuttering assessment in children aged two to six years. The purpose of this survey is to find out if speech therapists investigate feeding orality in their stuttering assessment. A questionnaire and five individual semi-directed interviews were used to carry out this study. Although, feeding disorders are not systematically investigated during the assessment of stuttering in preschool children. However, the results show that speech therapists tend to cross-check their fields of expertise. Speech therapists are interested in more information about this subject. This opens new research prospects, especially to improve speech therapy practices.

Keywords:

Stuttering - feeding disorders - speech therapy – assessment - state of the art.

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	2
1. Généralités sur le bégaiement.....	2
1.1. Définition	2
1.2. Données épidémiologiques et classification	2
1.3. Origines du bégaiement.....	3
1.4. Conséquences du trouble.....	3
1.5. Evaluation et remédiation orthophonique du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire (deux à six ans)	4
2. L'oralité alimentaire et ses troubles.....	5
2.1. Définition	5
2.2. Genèse de l'oralité alimentaire.....	6
2.2.1. Le passage d'une oralité alimentaire primaire... ..	6
2.2.2. ...à une oralité alimentaire secondaire.....	7
2.3. Les troubles de l'oralité alimentaire.....	8
3. Le bégaiement vu sous l'angle de l'oralité.....	9
3.1. Un développement conjoint des deux oralités... des perturbations liées.....	9
3.2. Liens entre bégaiement et troubles de l'oralité alimentaire	10
4. Buts et hypothèses	11
4.1. Problématique.....	11
4.2. Objectifs de l'étude et hypothèses.....	11
Méthode.....	12
1. Population.....	12
1.1. Critères d'inclusion	12
2. Matériel.....	12
2.1. Le questionnaire	12
2.2. Les entretiens semi-dirigés.....	13
Résultats	14
1. Résultats quantitatifs issus du questionnaire	14
1.1. Analyse linéaire.....	14
1.1.1. Identification du profil des répondants	14
1.1.2. Identification des connaissances théoriques et des expériences des répondants en bégaiement et en TOA	15
1.1.3. Etat des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles au croisement des domaines du bégaiement et des TOA	16
1.2. Analyses croisées	21
1.2.1. Impact de la connaissance des liens sur l'investigation des TOA lors du bilan de bégaiement de l'enfant âgé de deux à six ans.....	22

1.2.2. Impact du constat des liens au cours de la pratique sur l'investigation des TOA lors du bilan	22
2. Résultats qualitatifs issus des entretiens semi-dirigés	23
2.1. Démarche du bilan du bégaiement de l'enfant âgé de deux à six ans	23
2.2. Format d'anamnèse	23
2.3. Investigation de l'oralité alimentaire.....	23
2.4. Justification des choix relatifs à l'investigation de l'oralité alimentaire.....	24
2.5. Conduite tenue vis-à-vis du TOA au sein de la prise en charge du bégaiement	24
2.6. Intérêt de la considération du TOA dans le cadre du bégaiement	25
Discussion	25
1. Mise en perspective des résultats à l'égard des hypothèses	25
1.1. Première hypothèse	25
1.2. Seconde hypothèse	27
2. Limites et apports de l'étude	27
2.1. Limites de l'étude.....	27
2.2. Apports et perspectives de l'étude	28
Conclusion	29
Bibliographie.....	30
Liste des annexes.....	33

Introduction

L'oralité alimentaire et l'oralité verbale se construisent conjointement au cours du développement de l'enfant et dépendent de structures neuroanatomiques communes. Considérer ces oralités comme un ensemble offre de nouvelles possibilités d'envisager la pratique orthophonique (Coquet, 2017). Cela entrouvre des perspectives de prises en charge des patients dans leur globalité, ce qui implique pour les orthophonistes de se positionner au carrefour de plusieurs champs de compétences.

La littérature a documenté les liens étroits entre ces deux oralités et par conséquent, la perturbation de l'une de ces deux oralités pourrait troubler l'autre. A ce jour, peu d'éléments traitent des troubles de la fluence tel que le bégaiement en rapport avec un trouble de l'oralité alimentaire (TOA). Les liens entre bégaiement et TOA ont été explorés par Mathieu (2016) dans son mémoire d'orthophonie soutenu à l'Université de Lorraine.

Notre mémoire, qui porte également sur la thématique des liens entre bégaiement et TOA, s'inscrit dans cette optique de croiser les regards sur les champs des compétences des orthophonistes, vis-à-vis des domaines des troubles de la fluence et des TOA.

L'objectif de ce mémoire est d'établir un état des lieux des pratiques orthophoniques, auprès d'orthophonistes exerçant en France, concernant la démarche évaluative du bégaiement de l'enfant âgé de deux à six ans et l'intégration de la place de l'oralité alimentaire au sein du bilan, ainsi que l'apport qui en découle pour la prise en charge.

En effet, nous nous interrogeons quant aux connaissances et aux constats réalisés par les orthophonistes sur le terrain à propos de ces liens, mais aussi quant à leur pratique (démarche du bilan de bégaiement et prise en charge de l'enfant d'âge préscolaire). Nous effectuerons cet état des lieux des pratiques au moyen d'un questionnaire, afin de recueillir des données quantitatives en vue d'un traitement statistique. Pour compléter ces données chiffrées et apporter à notre travail davantage d'éléments concrets, il s'agira d'interroger cinq orthophonistes exerçant en France et prenant en charge le bégaiement d'enfants âgés de deux à six ans au moyen d'entretiens semi-dirigés individuels.

Nous effectuons ce travail dans l'intention d'étayer les données relatives à ce sujet et d'enrichir la pratique professionnelle des orthophonistes.

Tout d'abord, nous poserons le contexte théorique dans la première partie de ce mémoire en y synthétisant les éléments de la littérature portant sur les termes du sujet, à savoir : le bégaiement et son évaluation, les TOA et les liens entre bégaiement et troubles de l'oralité alimentaire. Ensuite, nous présenterons plus amplement la méthodologie employée pour mener notre enquête. Enfin, nous présenterons les résultats obtenus et nous les discuterons.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Généralités sur le bégaiement

1.1. Définition

Le bégaiement est défini par Monfrais-Pfauwadel (2014) comme « un trouble moteur de l'écoulement de la parole qui est alors produite avec plus d'effort musculaire ; ce trouble s'aggrave avec la propositionnalité du discours et retentit secondairement sur les comportements de communication du sujet qui en est atteint [...] » (Monfrais-Pfauwadel, 2014, p.4).

Le bégaiement se manifeste principalement par des disfluences pathologiques, c'est-à-dire anormales, et des symptômes moteurs variablement exprimés par les individus qui perturbent l'intelligibilité du discours. Aussi qualifiées de bégayages, les disfluences englobent les répétitions quelles que soient leur nature (phonème, syllabe, mot, phrase...), les blocages pré-phonatoires et phonatoires, les pauses remplies et la perturbation de la composante prosodique de la parole (Monfrais-Pfauwadel, 2014). Les symptômes moteurs qui témoignent d'un comportement d'effort et de lutte peuvent se manifester au niveau du visage, impacter la respiration et les membres. D'ailleurs, ils sont parfois si importants chez l'individu qui en est atteint, que son interlocuteur peut s'en trouver davantage déconcerté que par les disfluences (Van Hout & Estienne, 2002).

1.2. Données épidémiologiques et classification

Parmi la population générale, 1 à 2% des personnes sont concernées par le bégaiement (Monfrais-Pfauwadel, 2014). Cela représente environ 700 000 personnes qui bégaiement en France. Le trouble se répartit inégalement entre les sexes, en touchant davantage les hommes que les femmes avec un ratio de quatre à cinq pour un (Ambrose & Yairi, 1999).

Le bégaiement est un terme général qui recouvre en réalité une diversité de bégaiements classés en trois catégories : le bégaiement développemental, le bégaiement développemental persistant et le bégaiement neurologique acquis (Piérart, 2018). Le bégaiement développemental apparaît chez les enfants âgés entre deux et cinq ans, lorsque l'enfant fait son entrée dans le langage et développe sa parole (Aumont-Boucand & Vincent, 2019). Si des disfluences dites « normales » peuvent survenir à cette période, il convient de les différencier des disfluences typiques du bégaiement. En effet, pour produire des énoncés de structures syntaxiques de plus en plus complexes, l'enfant doit apprendre à les planifier d'un point de vue linguistique et moteur. Ceci implique un coût cognitif important pouvant expliquer la survenue de ces disfluences temporaires. En revanche, la présence de tensions visibles et audibles, un nombre de disfluences supérieur à 10 pour 100 mots ou encore des répétitions multiples (syllabes, mots, interjections, phrases) permettent de qualifier les disfluences de « pathologiques », caractéristiques d'un bégaiement (Aumont-Boucand & Pendelieu, 2022). Le bégaiement développemental est le plus répandu, présenté dans 75% des cas, et se résorbe généralement entre deux et quatre années sans action particulière. S'il se chronicise et persiste à l'âge adulte, on parle alors de bégaiement développemental persistant (Monfrais-Pfauwadel, 2014). Cela signifie donc qu'un enfant sur quatre verra son bégaiement perdurer.

Bien qu'il n'y ait pas de possibilité, à ce jour, de prédire avec certitude que le bégaiement d'un enfant persistera ou non, une intervention précoce sur certains facteurs permettrait d'éviter son installation. Ainsi, le bégaiement d'un enfant âgé de moins de six ans a de meilleures chances de disparaître grâce au phénomène de neuroplasticité qui est plus efficace avant cet âge (Aumont-Boucand & Vincent, 2019).

1.3.Origines du bégaiement

Le bégaiement est un trouble dont l'origine est dite « multifactorielle ». C'est en s'associant que certains facteurs propices permettent son apparition. La présence d'un seul facteur ne peut être désignée comme étant l'origine. Néanmoins les recherches scientifiques menées ont permis d'identifier des causes génétiques et neurologiques qui sont des facteurs indispensables à l'émergence du bégaiement (Aumont-Boucand & Vincent, 2019).

En effet, des chromosomes ont été spécifiquement identifiés pour avoir un rôle prédisposant au bégaiement lorsqu'ils sont porteurs de mutations génétiques. D'ailleurs, il serait possible de distinguer, selon les chromosomes impliqués, un bégaiement développemental d'un bégaiement développemental persistant (Aumont-Boucand & Pendelieu, 2022). Ainsi, l'identification de ce facteur génétique témoigne du caractère héréditaire du trouble.

D'autre part, grâce à l'imagerie cérébrale, des études ont démontré des spécificités neurologiques sur le plan structurel et fonctionnel chez les personnes qui bégaiant. Comme le résume Aumont-Boucand & Pendelieu (2022) « ces déficits touchent des structures et des fonctionnements impliqués dans la planification, l'initiation, l'exécution et le contrôle de la parole » (Aumont-Boucand & Pendelieu, 2022, p. 23). Si le bégaiement est un trouble moteur, les personnes qui bégaiant présentent par ailleurs une perturbation de la boucle gnoso-praxique, ou sensori-motrice, qui peuvent participer aux bégayages (Monfrais-Pfauwadel, 2014).

Ces facteurs génétiques et neurologiques sont donc des terrains favorables qui rendent la personne susceptible de bégayer. A cela peuvent s'ajouter d'autres facteurs qui influencent l'expression du bégaiement, à savoir sa sévérité. Ils peuvent être intrinsèques à l'individu, comme le tempérament, et extrinsèques en étant liés à l'environnement du sujet, comme le fait d'être exposé à une pression temporelle ou à des réactions négatives vis-à-vis du bégaiement (Simon, 2021).

1.4.Conséquences du trouble

Outre les manifestations audibles et visibles du bégaiement, l'individu est troublé dans sa globalité et présente consécutivement des symptômes secondaires, situés dans la partie immergée de l'iceberg comme le représente la métaphore proposée par Sheehan (1970). En effet, cette métaphore, à travers le dessin d'un iceberg, propose de visualiser les signes visibles du bégaiement dans la partie émergée et les signes invisibles dans la partie immergée.

Dans la définition du bégaiement de Monfrais-Pfauwadel citée précédemment, l'auteure précise que le bégaiement affecte la fonction de la communication dans son ensemble, et qu'il s'ensuit une souffrance du sujet atteint dans sa dimension psychologique. Les conséquences invisibles renferment les émotions et sentiments négatifs comme la honte, l'anxiété, une faible estime de soi ou encore l'impuissance liés aux croyances, aux vécus douloureux et expériences négatives des individus vis-à-vis de leur trouble (Monfrais-Pfauwadel, 2014). Pour autant, ces conséquences ne sont pas propres à l'adolescent ou à l'adulte. Les jeunes enfants qui bégaiant présentent de la frustration liée aux difficultés à s'exprimer. Elle peut se traduire par de la colère

ou par une résignation, amenant ces enfants à ne plus prendre la parole (Van Hout & Estienne, 2002).

Dans l'intention de contourner ses difficultés, la personne qui bégaie peut alors anticiper les blocages et mettre en place des stratégies. Il peut s'agir d'éviter des phonèmes, des mots, des situations particulières voire des interlocuteurs. Il y a donc un impact fonctionnel du trouble dans la vie quotidienne de la personne qui bégaie. Plus largement, le bégaiement peut même dicter jusqu'à son choix de parcours d'études et professionnel (Piérart, 2018).

Les conséquences du bégaiement sur la personne qui en est atteinte sont donc majeures. Le diagnostic précoce par le biais d'une évaluation orthophonique, dès que l'enfant commence à présenter les signes évocateurs d'un bégaiement, permet d'agir en amont de l'apparition de ces retentissements.

1.5. Evaluation et remédiation orthophonique du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire (deux à six ans)

D'après Oksenberg (2014), le bégaiement peut survenir dès l'âge de deux ans, lorsque l'enfant développe son langage oral et sa relation à autrui par le biais de celui-ci. L'intervention précoce consiste à consulter un orthophoniste dès lors que l'enfant manifeste des signes de bégaiement qui durent depuis plus de trois mois. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, agir rapidement sur le bégaiement permet d'éviter son installation et de générer, chez l'enfant, les conséquences néfastes sous-jacentes (Estienne, Bijleveld & Van Hout, 2015). Dès la prise de contact par téléphone, l'orthophoniste peut évaluer l'urgence de la prise de rendez-vous (Aumont-Boucand & Pendelieu, 2022). L'examen orthophonique du bégaiement est réalisé sous l'ordonnance d'un médecin prescripteur. Il s'agit pour l'orthophoniste de diagnostiquer le bégaiement, d'identifier des facteurs de risque, d'évaluer sa sévérité, d'informer sur le trouble et de déterminer les remédiations à mettre en œuvre (Aumont-Boucand & Vincent, 2019). Le contexte dans lequel se déroule le bilan occupe une place importante pour la mise en place de l'alliance thérapeutique qui se définit comme l'établissement d'un partenariat, une coopération entre le patient et le thérapeute dans l'intention de parvenir aux objectifs établis et ainsi rendre la prise en soin efficace (Bioy & Bachelart, 2010).

L'anamnèse est une étape clé de ce bilan. Elle se déroule sous la forme d'un échange, pouvant être guidée par des trames et des questionnaires. L'anamnèse a pour objectif de creuser l'objet de la plainte et de recueillir des informations relatives à l'enfant à savoir : son développement global (parole/langage...), sa scolarité, sa santé, son tempérament et son environnement de vie (contexte familial, langues parlées à et par l'enfant...). C'est aussi l'occasion pour le thérapeute d'investiguer la présence de facteurs de risques, notamment génétiques. L'orthophoniste s'attache ensuite à retracer l'histoire du trouble : sa date et son mode d'apparition (progressif vs. brutal), les circonstances dans lesquelles il est susceptible de se manifester, les facteurs qui l'aggravent ou le réduisent, son évolution dans le temps ainsi que les réactions qu'il suscite (Aumont-Boucand & Pendelieu, 2022).

L'analyse du bégaiement repose sur le recueil d'éléments en situation d'interaction entre l'enfant et son parent, et entre l'enfant et l'orthophoniste. En effet, il est intéressant d'observer les interactions entre les parents et l'enfant, qui pourraient être la base de l'intervention (Estienne, Bijleveld & Van Hout, 2015). Ces situations peuvent se dérouler sous forme de jeux, de sorte que les échanges se déroulent le plus naturellement possible. L'orthophoniste incite l'enfant à des productions de longueur croissante (des mots au récit). Il est recommandé de filmer

l'entretien avec l'accord préalable du patient et de ses parents afin de permettre une analyse fine tout en restant focalisé sur ces échanges. D'une part, l'analyse du bégaiement est subjective ou qualitative. Il s'agit de décrire ses caractéristiques, sa sévérité et les manifestations associées en repérant les signes cliniques verbaux (répétitions, blocages, coups de glotte, voix, débit, respiration etc.) et non verbaux (fuite du regard, contractions involontaires des muscles de la face, gestes, etc.). L'orthophoniste s'intéresse également à la qualité de l'écoute, du contact visuel, du débit de parole, de la prosodie et de l'intensité vocale. D'autre part, l'analyse est objective ou quantifiée, réalisée à l'aide de l'échelle de sévérité à laquelle les parents seront initiés pour effectuer une analyse quotidienne (Aumont-Boucand & Pendelieu, 2022).

A l'issue du bilan, la stratégie de remédiation est déterminée. Pour l'enfant de deux à six ans, l'approche thérapeutique peut être directe, indirecte ou mixte en alliant ces deux dernières. L'intervention indirecte consiste à proposer des conseils aux parents à mettre en place au quotidien pour réduire le bégaiement. Les modifications concernent la parole de l'enfant (ne pas faire répéter, aider lors des blocages...), la communication de l'adulte (capter le regard, gérer les tours de parole, adopter une parole douce...) et l'environnement (réduction de la pression temporelle...) (Monfrais-Pfauwadel, 2014). Néanmoins, l'orthophoniste doit veiller à ne pas interférer en modifiant complètement la dynamique familiale (Oksenberg, 2014). L'intervention directe consiste à intervenir sur le bégaiement par un suivi orthophonique au cours duquel des techniques de fluence sont proposées à l'enfant, couplées à de l'accompagnement parental. Quelles que soient les modalités, l'objectif principal est que l'enfant retrouve une fluidité de parole et qu'il prenne plaisir à parler.

2. L'oralité alimentaire et ses troubles

2.1. Définition

L'oralité est un terme qui renvoie aux différentes fonctions assignées à la bouche telles que l'alimentation, la respiration, la communication, l'articulation et l'expression du langage ou encore l'exploration sensorielle tactile et gustative (Abadie, 2004). L'ensemble des activités mises en œuvre par l'être vivant avec sa bouche, dès son état d'embryon et pendant l'ensemble de sa vie, sont du ressort de l'oralité. Celles-ci permettent à l'individu d'entrer en connexion avec son monde environnant, de l'explorer et de l'expérimenter. La bouche est associée à la notion de plaisir : plaisir de manger, de parler, de goûter, de toucher... L'oralité intervient dans l'organisation psychosociale, cognitive, relationnelle et culturelle de l'individu, participant ainsi à la construction de son identité (Abadie, 2004). Par conséquent, partant de toutes les possibilités que permet la bouche dans la construction de l'individu, il est possible de considérer que « la fonction orale est fondatrice de l'être » (Thibault, 2017, p.5).

Le terme « oralité » recouvre deux entités liées par la sphère orale : l'oralité alimentaire et l'oralité verbale. Leurs fonctions reposent sur une organisation neuro-musculaire et des structures anatomiques communes qui leur permettent de se coordonner et de se manifester alternativement (Couly, 2020). Si l'oralité alimentaire émerge dès le stade embryonnaire, les oralités apparaissent conjointement dès la naissance avec notamment l'émission de cris et la manifestation des réflexes oraux, et poursuivent leur construction au cours du développement de l'enfant, comme l'illustre la Figure 1 ci-dessous.

Dans le cadre de cette étude, nous nous attacherons particulièrement à présenter ci-dessous la construction de l'oralité alimentaire et ses troubles.

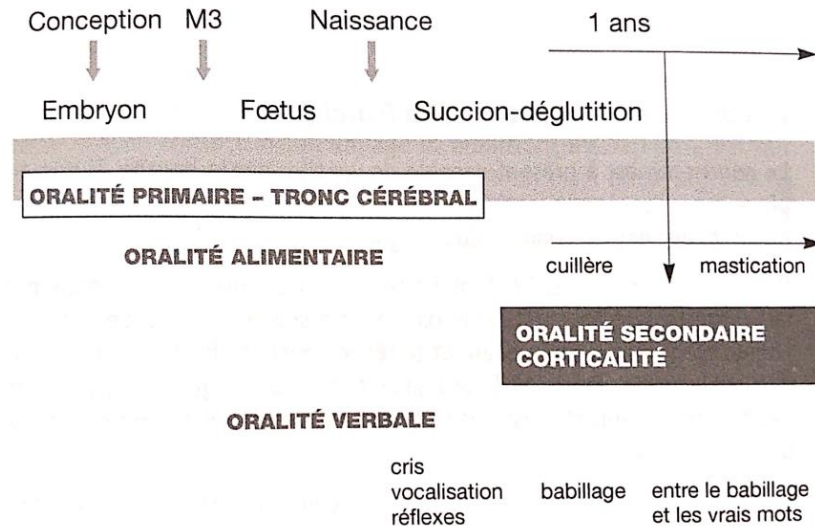


Figure 1. Oralités alimentaire et verbale (d'après Thibault 2007-2017, citée par Thibault & Pitrou, 2018, p.18)

2.2. Genèse de l'oralité alimentaire

2.2.1. Le passage d'une oralité alimentaire primaire...

Le développement de l'oralité primaire alimentaire débute *in utero* au cours de la période embryofœtale. Elle est régie par la commande de nerfs crâniens du tronc cérébral, ce qui en fait une oralité réflexe. L'oralité alimentaire primaire débute précocement, aux alentours de la douzième semaine de grossesse, par des séquences motrices repérables à l'échographie (Couly, 2021). Le réflexe de Hooker marque le passage du stade embryonnaire au stade fœtal : la main entre en contact avec les lèvres, la bouche s'ouvre et laisse sortir la langue pour toucher la main (Thibault, 2017). La maturation des systèmes d'afférences sensori-motrices complexes chez le bébé lui permet de développer et d'expérimenter des activités de succion, en réalisant des mouvements linguaux antéro-postérieurs, de type lapement, en déglutissant du liquide amniotique, en tétant ses doigts, ses orteils ou encore le cordon ombilical (Lecoufle, 2020). D'ailleurs, entre la douzième et la quinzième semaine gestationnelle, le nouveau-né s'exerce à déglutir jusqu'à trois litres de liquide amniotique par 24 heures (Thibault, 2017 ; Senez, 2020). D'une part, la coordination de succion-déglutition permet la croissance des structures anatomiques orales (Couly, 2020). D'autre part, ces activités participent à façonner son oromotricité afin de pouvoir s'alimenter en autonomie dès la naissance (Lecoufle, 2020).

Parallèlement, le système sensoriel se développe dans un ordre précis en commençant par le tactile, l'olfaction, la gustation, l'audition et s'achève par la maturation tardive du système visuel (Busnel & Héron, 2010). Dès le deuxième trimestre de la grossesse, les effecteurs sensoriels de l'oralité fœtale, c'est-à-dire le toucher, l'olfaction et la gustation seraient fonctionnels (Abadie, 2004). A la naissance, le nouveau-né est guidé par un ensemble d'automatismes oraux qui s'apparentent à des réflexes. Il est doté d'une fonction de succion-déglutition mature qu'il coordonne avec sa respiration nasale lui permettant de s'alimenter au biberon ou au sein jusqu'à ses six premiers mois de vie (Senez, 2020).

2.2.2. ...à une oralité alimentaire secondaire

C'est grâce à la maturation cérébrale et à la corticalisation de la fonction alimentaire que l'enfant passe progressivement d'une phase orale réflexe à une phase orale volontaire (Abadie, 2004). En effet, entre la période in utero et des années après la naissance, l'enfant va développer et modifier son alimentation d'un point de vue oro-moteur en passant par différentes étapes. Lecoufle & Lesecq-Lambre (2020) proposent un schéma (cf. Figure 2 ci-dessous) résumant ces étapes définies par Bruns & Thompson (2012). A partir du deuxième semestre de vie, entre quatre et six mois, l'enfant est en phase de transition entre l'oralité primaire et l'oralité secondaire au cours de laquelle il acquiert une nouvelle stratégie alimentaire. Celles-ci peuvent coexister jusqu'à deux ans dans les pays occidentaux (Thibault, 2017). Les modifications sur le plan anatomique (descente du larynx, allongement du cou, croissance de la cavité buccale, fermeture du cavum...), l'augmentation du tonus permettant de manger en position assise, la coordination œil-main-bouche, l'inhibition des réflexes oraux et le recul du réflexe nauséux participent au passage à la cuillère (Quetin, 2015 ; Thibault, 2017). Ce nouveau mode d'alimentation est une première étape qui amorce la diversification alimentaire, avant l'introduction des morceaux entre neuf et douze mois (Lecoufle, 2017). Il constitue un nouvel apprentissage gnoso-praxique, c'est-à-dire la perception d'informations sensorielles et la mise en place de mouvements volontaires, qui s'affinent au cours des expérimentations soutenues par la notion de plaisir alimentaire. Au départ, l'enfant tète la cuillère et les aliments (Couly, 2017). Puis, l'enfant apprend à les contrôler en bouche, d'un point de vue moteur, grâce à l'intégration d'informations telles que le goût et l'odorat, ou encore somesthésiques et proprioceptives (Levavasseur, 2017). La mastication, caractérisée par un mouvement mandibulaire hélicoïdal, relève d'un apprentissage sur plusieurs années (Mellul & Thibault, 2004). D'abord, la succion et la déglutition se dissocient entre six et neuf mois, et aux mouvements linguaux antéro-postérieurs succèdent des mouvements latéraux et verticaux qui permettent à l'enfant de malaxer les aliments (Puech & Vergeau, 2004). La fermeture labiale après la mise en bouche des aliments peut être contrôlée vers l'âge d'un an (Quetin, 2015). Les praxies de mastication apparaissent vers l'âge de deux ans avec l'apparition des premières molaires et mettent en place une oralité dentée (Thibault, 2017). Vers l'âge de quatre ans, la mastication de l'enfant est mature tant au niveau praxique qu'au niveau de la déglutition (Couly, 2017). Ce n'est que vers l'âge de six ans que la mastication atteint une maturité adulte, avec une acquisition parallèle de la propreté orale salivaire (Senez, 2020 ; Couly, 2017).



Figure 2. Les étapes oro-motrices du développement de l'alimentation de l'enfant (d'après Lecoufle et Lesecq-Lambre, 2020, p. 12)

2.3. Les troubles de l'oralité alimentaire

Bien que le terme « Trouble Alimentaire Pédiatrique » (TAP) ait été proposé par Goday et al. (2019) dans une optique de consensus terminologique international parmi les professionnels concernés, nous avons choisi de conserver l'emploi du terme d'oralité alimentaire dans le cadre de notre étude. En effet, nous y envisageons l'oralité dans sa globalité, c'est-à-dire tant dans sa conception verbale qu'alimentaire.

Goday et al. (2019), ont défini le TAP comme une altération des prises alimentaires qui doit être présente depuis au moins deux semaines. Celle-ci doit être causée par un ou des trouble(s) d'ordre nutritionnel, des fonctions sensori-motrices alimentaires, d'ordre psychosocial ou d'origine médicale. En revanche, un trouble d'ordre pédopsychiatrique impactant le comportement alimentaire doit être écarté. De même, un manque d'accès à la nourriture ou des pratiques culturelles ou religieuses ne doivent pas pouvoir expliquer cette altération (Goday et al., 2019). Le DSM-5 (2013) mentionne que les troubles de « restriction ou d'évitement de l'ingestion des aliments » retentissent sur le développement physique et fonctionnel de l'individu, et peuvent induire des difficultés sociales impactant la sphère familiale. Plus largement, ces troubles se répercutent sur le développement langagier et affectif de l'enfant (Thibault, 2017).

Les origines de ces troubles sont diverses. Elles peuvent être classées en trois catégories selon les signes cliniques identifiés : oro-motrice, sensorielle et psycho-socio-comportementale. Les difficultés repérées peuvent s'apparenter à plusieurs signes à la fois (Guillon-Invernizzi, Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2020). Par ailleurs, le TOA peut être isolé ou associé à des causes organiques, fonctionnelles et/ou développementales. Un signe d'ordre oro-moteur et fonctionnel peut par exemple relever de difficultés liées à un trouble de coordination succion-déglutition-respiration, des difficultés de passage à la cuillère peuvent être liées à un trouble des praxies bucco-faciales ou encore des difficultés de passage aux morceaux peuvent être liées à un trouble de mastication. Les difficultés peuvent également émaner de troubles de l'intégration neurosensorielle qui peuvent l'amener à garder des aliments en bouche de manière excessive, à avoir des aversions ou un manque de réactions orales (Guillon-Invernizzi, Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2020). La modulation sensorielle est un processus neurologique permettant de traiter des informations sensorielles et, consécutivement, de réguler le comportement associé à ces stimuli (Chrétien-Vincent, Tétréault & Rossini-Drecq, 2021). Dans le cadre d'un TOA, il convient d'apporter précocement les aides nécessaires à l'enfant présentant des particularités sensorielles afin de lui permettre d'accéder à une alimentation diversifiée (Levavasseur, 2017). Enfin, les signes d'ordre psycho-socio-comportemental peuvent induire une sélectivité alimentaire ou encore une réticence à goûter ou à consommer des aliments (néophobie alimentaire), liées à des facteurs psychologiques et socio-comportementaux (Guillon-Invernizzi, Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2020).

Un TOA peut être un facteur anxigène pour certains parents dont les enfants ne s'alimentent pas correctement. En plus de leur inquiétude concernant la santé de leur enfant, leur culpabilité peut aller jusqu'à la remise en cause de leur faculté à tenir leur rôle de parent (Guilherme, 2014). Ces derniers peuvent alors, démunis mais dans la volonté de bien faire, commettre des maladresses par la mise en place de stratégies telles que la séduction, la ruse, la menace ou encore la contrainte et ainsi entrer dans une dynamique de forçage (Thibault, 2017). En conséquence, les relations parents-enfant peuvent être fragilisées et perturber l'équilibre de la sphère familiale. La prise en soin orthophonique des TOA nécessite l'inclusion des parents dans une

démarche partenariale. Il s'agit de travailler de pair avec les parents pour trouver des solutions adaptées à leur enfant et à l'environnement de la famille. Elles peuvent consister à agir sur leurs comportements et stratégies mis en place au moment des repas, la posture ou encore l'installation de l'enfant (Lecoufle & Leseq-Lambre, 2016).

Les TOA se situent donc au carrefour de dimensions organique, sensori-motrice, praxique, comportementale et relationnelle (Leblanc, 2014). Par conséquent, ils requièrent une évaluation et une prise en soin interdisciplinaire (Lecoufle & Leseq-Lambre, 2016). L'orthophoniste fait partie intégrante de ces professionnels intervenant dans le domaine des TOA et dont les actes figurent, depuis 2018, dans la Nomenclature Générales des Actes Professionnels sous les intitulés suivants : « bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité (AMO 34) » et « rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité (AMO 13.5) » (Guillon-Invernizzi, Lecoufle & Leseq-Lambre, 2020). Le suivi orthophonique dans le cadre d'un TOA s'axe principalement sur un travail des dimensions motrice et sensorielle, en situation de repas mais aussi hors repas. Les patients peuvent bénéficier de séances de groupe en parallèle d'un suivi individualisé (Lecoufle & Leseq-Lambre, 2016).

3. Le bégaiement vu sous l'angle de l'oralité

3.1. Un développement conjoint des deux oralités... des perturbations liées

Comme nous l'avons indiqué précédemment dans la définition générale de l'oralité, oralité verbale et oralité alimentaire sont étroitement liées en partageant la même organisation neuroanatomique et en se développant conjointement (Couly, 2017). En effet, si les deux oralités empruntent les mêmes structures anatomiques oro-faciales et neuromusculaires, celles-ci ont chacune leur fonction spécifique et se coordonnent successivement (Couly, 2020). Ce fonctionnement en alternance est possible grâce au connectome cérébral, un réseau de connexions neuronales, qui relie les aires praxiques 44 et 45 de Brodmann, dédiées au langage, aux aires praxiques 4 et 6 de Brodmann assurant la motricité linguale, de mastication et de déglutition (Couly, 2020).

Ainsi, au cours du développement de l'enfant, les interactions entre ces deux oralités permettent l'émergence conjointe de compétences. Par exemple, les acquisitions motrices liées au passage à la cuillère, soit le fait de serrer les lèvres autour de la cuillère, préparent l'articulation des phonèmes [p], [b] et [m] (Le Metayer, 1993 ; cité dans Andry, 2017). C'est pourquoi Coquet (2017) propose aux orthophonistes d'envisager l'oralité au sens large, dans sa dimension tant alimentaire que verbale, lors de leurs interventions auprès d'enfants. Elle suggère de croiser ces champs de compétences au cours de l'anamnèse, de l'évaluation, et ce afin d'orienter les propositions de prise en charge et des choix relatifs aux principes d'intervention, tout en incluant les parents dans cette démarche (Coquet, 2017).

Thibault (2015) indique que des troubles de l'oralité surgissent souvent en amont de troubles du langage oral. En agissant préalablement sur les premiers, cela pourrait tendre à limiter les difficultés de développement du langage oral. D'autres études se sont intéressées aux liens que partagent les oralités alimentaire et verbale dans le cadre de troubles. A l'issue de leur mémoire d'orthophonie encadré à l'Université de Lille 2 portant sur le lien entre TOA et retard de parole, Cabaret et Chappon (2015) ont conclu qu'une association entre TOA et certains symptômes du retard de parole, notamment les élisions de syllabes, a pu être établie.

Il apparaît donc que la perturbation de l'une des oralités puisse impacter l'autre. En conséquence, il est de plus en plus recommandé de ne pas scinder les oralités mais plutôt de considérer l'oralité dans sa globalité dans le cadre de l'évaluation et de la prise en charge orthophonique. En s'attachant à cela, l'orthophoniste peut aider l'enfant à « développer et à construire les bases d'une oralité sereine et harmonieuse » (Guillerme, 2014, p.72). Ceci nous conduit à nous intéresser de plus près à cette thématique dans le cadre du bégaiement dans la partie à suivre.

3.2.Liens entre bégaiement et troubles de l'oralité alimentaire

Le bégaiement et les TOA se rapportent tous deux à une perturbation liée à l'oralité, et plus précisément à la bouche. De fait, il semble pertinent de s'interroger sur les liens, sous-entendu les interactions, que peuvent partager ces troubles. Actuellement, peu de données dans la littérature scientifique portent sur ce sujet. Dans son article intitulé « Lorsque le bégaiement trouble l'oralité », Oksenberg (2015) fait remarquer que l'on peut parfois retrouver des troubles de l'alimentation, même mineurs, chez les patients qui bégaiement. L'auteure pointe cette perturbation liée à la bouche par des réactions surprenantes observées chez certains enfants qui bégaiement lorsqu'elle leur propose un bonbon : certains l'acceptent pour le donner à quelqu'un d'autre, d'autres le refusent, voire le gardent pour le manger plus tard, probablement pour ne pas être vu en train de manger. Elle établit un rapprochement avec le fait de vouloir échapper au regard d'autrui lors des bégayages (Oksenberg, 2015). Il y a une perte du plaisir relative à l'oralité dans le cas du bégaiement : perte du plaisir à manger, perte du plaisir à parler. Oksenberg (2015) recommande notamment aux parents de ne pas mettre de pression sur les repas, afin de ne pas alimenter ce cercle vicieux du déplaisir relatif à l'oralité. Ainsi, on observe des similitudes du point de vue des conséquences engendrées par ces troubles. Par exemple, les comportements inhabituels mis en place dans le cadre d'un trouble de l'oralité peuvent aller jusqu'à l'emploi de conduites d'évitement de la situation d'alimentation (Guillerme, 2014). Cette conduite d'évitement peut être raccrochée à la notion d'évitement de situations dans le cadre du bégaiement.

Plus récemment, ces liens ont été étudiés par Mathieu (2016) dans le cadre de son mémoire d'orthophonie intitulé « Bégaiement et troubles de l'oralité alimentaire : évaluation des liens entre ces pathologies au moyen d'un questionnaire destiné aux parents et aux enfants », soutenu en juin 2016 à l'Université de Lorraine. Cette étude, dont la population cible était des enfants âgés de six à douze ans présentant un bégaiement, a permis d'objectiver un rapport étroit entre bégaiement et TOA. En effet, plusieurs signes de TOA, entretenant une dépendance significative avec le bégaiement d'un point de vue statistique, ont été retrouvés chez ces enfants. Il s'agissait notamment de difficultés d'allaitement au sein et au biberon, un refus de certaines textures, un refus d'explorer des aliments nouveaux, des difficultés de mastication, des difficultés liées au brossage des dents et un manque de plaisir alimentaire. Des hypothèses ont été formulées pour tenter d'expliquer ces liens. Par exemple, Mathieu (2016) émet l'hypothèse d'une perturbation de la coordination entre succion-déglutition-respiration, expliquant les difficultés d'allaitement, mise en parallèle avec les difficultés de coordination entre respiration-phonation-articulation relevées dans le bégaiement. Elle tente également d'expliquer ces liens entre bégaiement et TOA en avançant que certains enfants qui bégaiement peuvent avoir une sensibilité tactile exacerbée, voire des perturbations de coordination oro-motrice impactant les praxies de mastication et d'articulation, une rigidité ou une anxiété entravant l'exploration d'aliments nouveaux. Nous relevons également que les enfants de la population cible présentaient

une sensibilité exacerbée tactile, auditive et visuelle (Mathieu, 2016). Toutefois, la taille des échantillons étant faible (30 individus pour le premier échantillon et 34 individus pour le second) les marges d'erreur sont importantes (respectivement 17 et 18%), les résultats ne peuvent donc être généralisés. Ce travail a néanmoins apporté de nouvelles données intéressantes pour la pratique orthophonique et nous permet de bénéficier de pistes pour mener notre étude de terrain auprès des orthophonistes.

4. Buts et hypothèses

4.1. Problématique

Les liens entre bégaiement et TOA ont récemment été abordés dans la littérature. Dans notre étude, nous nous interrogeons quant à la place de ces liens au cœur de la pratique orthophonique. D'abord, les orthophonistes en ont-ils connaissance ou les ont-ils constatés au cours de leur pratique clinique ? Par conséquent, intègrent-ils la place de l'oralité alimentaire dans leurs bilans de bégaiement chez les enfants âgés de deux à six ans ? Quelle est leur démarche et quels en sont les apports pour leur pratique ?

4.2. Objectifs de l'étude et hypothèses

L'objectif de cette étude est d'effectuer un état des lieux des pratiques orthophoniques concernant la démarche évaluative du bégaiement des enfants âgés de deux à six ans et l'intégration de la place de l'oralité alimentaire dans ce bilan. Les hypothèses que nous émettons sont les suivantes :

- Hypothèse 1 : les orthophonistes français investiguent l'oralité alimentaire dans leurs bilans du bégaiement de l'enfant âgé de deux à six ans du fait de leurs connaissances sur le sujet et/ou de constats liés à leur expérience clinique.
- Hypothèse 2 : les orthophonistes français n'investiguent pas le domaine de l'oralité alimentaire lors de leurs bilans du bégaiement car n'estiment pas cela nécessaire.

L'intérêt de dresser un bilan de ces pratiques serait tout d'abord de documenter le sujet des données directement issues du terrain. Aussi, selon les résultats obtenus et les hypothèses confirmées, nous souhaitons nous inscrire dans une perspective d'enrichissement des pratiques professionnelles en fournissant aux orthophonistes des pistes pour adapter leur intervention.

Si l'hypothèse 1 est retrouvée, alors l'apport des données tendrait à renforcer le postulat concernant les liens entre bégaiement et TOA et d'informer plus largement les orthophonistes sur ces pratiques. Par ailleurs, ces liens pourraient également être évoqués dans les enseignements donnés aux étudiants en orthophonie et pourraient figurer dans les propositions de questions d'entretien d'anamnèse. Concernant la pratique clinique, les conseils donnés aux parents en cas d'approche indirecte pourraient être adaptés avec l'intégration de recommandations sur le plan de l'oralité alimentaire. Enfin, la prise en charge en cas d'approche directe pourrait être adaptée par l'orthophoniste en cas de TOA présenté chez son patient qui bégaié. Dans le cas où l'hypothèse 2 est validée, il pourrait être envisagé de sensibiliser les orthophonistes sur ces potentiels liens.

Méthode

1. Population

1.1. Critères d'inclusion

Pour effectuer notre état des lieux des pratiques, nous avons souhaité restreindre notre enquête aux orthophonistes exerçant en France de manière à obtenir des résultats représentatifs de la population française. D'après les dernières données du site de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), la population d'orthophonistes exerçant en France au 1er janvier 2022 s'élève à 28 273.

Aussi, nous avons choisi de nous intéresser aux orthophonistes prenant en charge le bégaiement d'enfants âgés de deux à six ans, dits « d'âge préscolaire », dans le but de donner un cadre à notre étude. En effet, il nous a semblé que les données sur les TOA issues de la littérature scientifique s'axent principalement sur les jeunes enfants, ce qui nous a amené à choisir cette tranche d'âge.

2. Matériel

Afin de mener notre enquête, nous avons opté pour une méthodologie alliant à la fois un recueil de données quantitatives au moyen d'un questionnaire en ligne auto-administré, et un recueil de données qualitatives au moyen d'entretiens semi-dirigés. Cette méthodologie nous a paru être la plus complète pour mener à bien notre étude sur le terrain.

2.1. Le questionnaire

L'enquête par questionnaire en ligne auto-administré permet de sonder efficacement un grand nombre de personnes (Fenneteau, 2015). Notre étude ayant pour objectif de réaliser un état des lieux des pratiques, il nous a semblé que le questionnaire serait adapté pour collecter un grand nombre de données permettant un traitement statistique représentatif de la population afin de répondre à nos hypothèses.

Pour limiter les risques d'abandon du questionnaire par le répondant, et ainsi de réduire l'obtention de réponses incomplètes, il est conseillé de restreindre le temps de complétion du questionnaire à une dizaine de minutes (Fenneteau, 2015). Dans cette optique, nous avons élaboré une trame de questionnaire (cf. Annexe n°1) contenant seize questions au maximum selon les « chemins » empruntés par le répondant, regroupées en trois parties : identification du professionnel, identification de ses pratiques professionnelles, et de ses connaissances / expériences relatives aux liens entre bégaiement et TOA. Le temps alloué pour la complétion du questionnaire a été estimé entre cinq et dix minutes. Nous avons privilégié des formats de questions fermées et mixtes afin de faciliter le traitement statistique. Par ailleurs, nous avons laissé la possibilité aux répondants de préciser, de manière facultative, certaines questions sous un format ouvert.

Après validation du questionnaire par le Délégué à la Protection des Données de l'Université de Lille, nous l'avons établi à l'aide de l'outil LimeSurvey conformément aux recommandations de l'Université de Lille. Il a été ouvert de la mi-janvier à la mi-mars 2023. Sa diffusion s'est faite via le réseau social Facebook sur six groupes destinés aux orthophonistes. En parallèle, le questionnaire a été diffusé par mail à divers contacts orthophonistes et structures, mais aussi grâce à des contacts orthodontistes ayant sollicité leur réseau d'orthophonistes. Enfin, l'Association Parole Bégaiement a accepté de diffuser notre questionnaire à ses adhérents orthophonistes.

Les résultats issus du questionnaire ont été extraits du logiciel LimeSurvey et traités à l'aide du logiciel Excel.

2.2. Les entretiens semi-dirigés

Si le questionnaire nous paraissait approprié pour obtenir un grand nombre de réponses, il nous semblait pertinent de compléter notre enquête au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés, fixés au nombre de cinq, auprès d'orthophonistes exerçant en France et prenant en charge le bégaiement d'enfants âgés de deux à six ans. Le but de ces entretiens était d'approfondir les résultats quantitatifs obtenus via le questionnaire par le recueil de verbatims directement issus du terrain pour enrichir notre étude d'aspects concrets de la pratique orthophonique.

Notre questionnaire a servi de base pour la conception de notre guide d'entretien (cf. Annexe n°2) afin de permettre le croisement des données quantitatives et qualitatives. L'élaboration de celui-ci s'est donc effectuée en parallèle de l'examen des premières réponses au questionnaire, ce qui nous a permis de prendre un certain recul pour affiner nos interrogations et déterminer ce que nous voulions extraire du terrain. Après validation de la trame d'entretien par le Délégué à la Protection des Données de l'Université de Lille, nous avons pu programmer les rendez-vous avec les orthophonistes entre le début et la fin du mois de mars 2023.

A propos des orthophonistes interrogées, deux d'entre elles nous avaient contacté par mail à propos d'un certain intérêt porté pour notre étude après avoir répondu à notre questionnaire. Nous en avons profité pour leur proposer un entretien. Nous avons sollicité les trois autres orthophonistes par mail.

Les orthophonistes ont été prévenues en amont par écrit des modalités de l'entretien, notamment du caractère enregistré et anonyme de leur participation. La lettre d'information de l'Université de Lille leur a été également jointe par mail. Les modalités leur ont été rappelées avant de démarrer l'entretien et nous nous sommes assurés de leur consentement par accord verbal avant de débiter l'enregistrement. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, puis les échantillons de parole ont été déposés sur le logiciel VeraCrypt, conformément aux modalités indiquées par l'Université de Lille.

Les contraintes liées à l'éloignement géographique ne nous ont pas permis de réaliser ces entretiens individuels en présentiel. Ils se sont déroulés en visioconférence via le logiciel Zoom afin que les échanges soient le plus naturel possible, rythmés par le non-verbal, et pour permettre une qualité optimale d'enregistrement. La durée des entretiens, variable selon la disponibilité de l'orthophoniste et la dynamique de l'échange, était en moyenne d'une demi-heure.

Enfin, nous avons transcrit ces derniers puis réalisé leur analyse à l'aide de grilles de codage (cf. Annexe n°4). La technique de codage permet de rassembler des verbatims identifiés comme pertinents et exploitables pour l'étude menée. Elle consiste à catégoriser ces verbatims afin d'en faciliter l'analyse et de croiser facilement les entretiens entre eux (Miles & Huberman,

1994). Nous avons ainsi répertorié dans nos grilles de codage : le profil anonymisé du répondant ; les questions et verbatims associés ; la catégorie et les mots-clés afférents à ces verbatims et enfin leur analyse.

Résultats

1. Résultats quantitatifs issus du questionnaire

1.1. Analyse linéaire

1.1.1. Identification du profil des répondants

D'une part, cette première partie a pour intérêt d'inclure à notre échantillon des répondants orthophonistes et exerçant en France, conformément à notre critère d'inclusion. D'autre part, cette partie du questionnaire recueille des informations permettant de dresser un profil type de répondants, permettant ainsi de vérifier la représentativité de notre échantillon par rapport à la population cible.

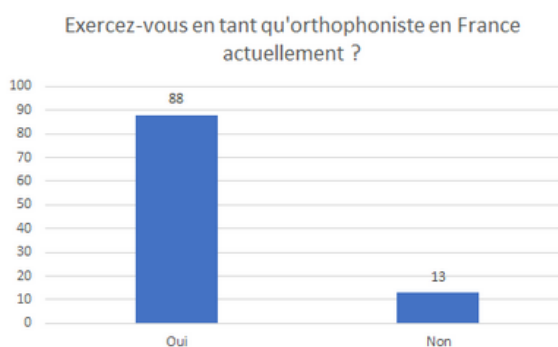


Figure 3. Identification des orthophonistes exerçant en France

Au total, nous avons obtenu 110 réponses à notre questionnaire dont neuf incomplètes. Afin que l'échantillon soit constant pour la totalité des réponses, nous avons choisi de ne pas inclure ces réponses incomplètes.

Parmi les 101 réponses complètes, 88 ont été formulées par des orthophonistes exerçant en France, comme l'illustre la Figure 3, ce qui correspondait à notre premier critère d'inclusion. Les treize répondants qui n'étaient pas orthophonistes ou qui n'exerçaient pas en France ont donc été exclus de la suite de notre étude.

Sur la base d'un échantillon de 88 orthophonistes exerçant en France ayant répondu au début de notre étude, les résultats obtenus sont fiables à un degré de confiance de 95% et avec une marge d'erreur de 10,44% (cf. Annexe n°3).

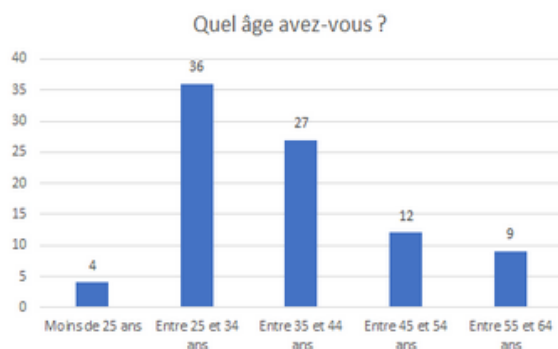


Figure 4. Age des répondants

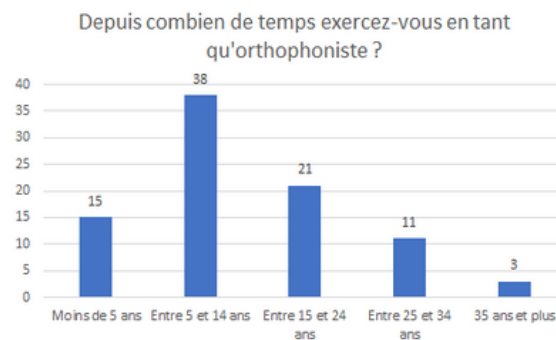


Figure 5. Durée d'exercice des répondants

Nous avons pu identifier que 36 répondants (soit 41%) se situent dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans, suivie de près par la tranche de 45 à 54 ans correspondant 27 des répondants (soit 31%). Au total, ces deux tranches d'âges représentent les trois-quarts de notre échantillon. Les dernières données fournies par la DREES au 1er janvier 2022 mentionnent des âges moyens. En ayant fait le choix d'identifier des tranches d'âges, il ne nous est donc pas possible de comparer ces données pour s'assurer de la représentativité de notre échantillon.

La Figure 5 indique que 38 répondants (soit 43%), soit près de la moitié, exercent en tant qu'orthophoniste depuis cinq à quatorze ans.



Figure 6. Mode d'exercice des répondants

La Figure 6 montre que l'exercice libéral est largement représenté dans notre échantillon. En effet, 72 répondants (soit 82%) exercent en libéral. D'après les données de la DREES, 80,36% des orthophonistes exerçant en France pratiquent en libéral. Notre échantillon est donc cohérent avec la population sur ce point.

1.1.2. Identification des connaissances théoriques et des expériences des répondants en bégaiement et en TOA

Cette seconde partie du questionnaire précise le profil des orthophonistes au sujet de leurs formations et de leurs expériences de prises en charge dans les domaines du bégaiement et des TOA.

Avez-vous bénéficié d'une formation relative à l'évaluation et à la prise en charge du bégaiement lors de votre formation initiale et/ou continue ?

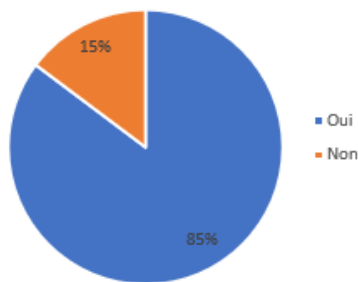


Figure 7. Orthophonistes formés en bégaiement

Prenez-vous / avez-vous déjà pris en charge le bégaiement d'enfant(s) âgé(s) de 2 à 6 ans ?

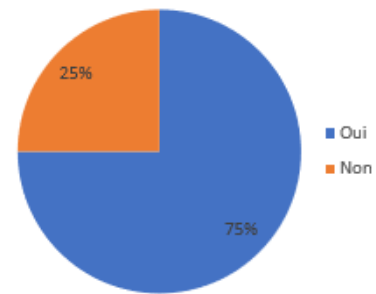


Figure 8. Orthophonistes prenant en charge le bégaiement d'enfants âgés de deux à six ans (second critère d'inclusion)

Comme le montre la Figure 7, parmi les répondants, 75 ont bénéficié d'une formation relative à l'évaluation et à la prise en charge du bégaiement (soit 85%), que cela soit en formation initiale ou continue. Par ailleurs, 66 prennent en charge le bégaiement d'enfants âgés de deux à six ans (soit 75%, cf. Figure 8). Comme nous l'avons vu précédemment, le questionnaire a pris fin pour 22 orthophonistes ne prenant pas en charge le bégaiement d'enfants âgés de deux à six ans (soit 25%) pour répondre à notre second critère d'inclusion.

Notre échantillon est donc passé de 88 orthophonistes à 66 orthophonistes sondés dans la suite de notre enquête. Par conséquent, sur la base de ce nouvel échantillon, un recalcul de la marge d'erreur avec un échantillon de 66 individus fait passer la marge d'erreur à 12,1%.

Avez-vous bénéficié d'une formation relative à l'évaluation et la prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire (TOA) lors de votre formation initiale et/ou continue ?

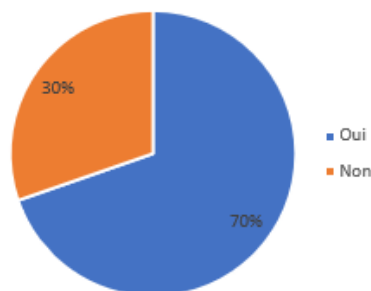


Figure 9. Orthophonistes formés aux TOA

Prenez-vous / avez-vous déjà pris en charge les TOA ?

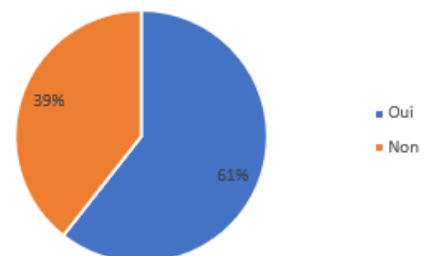


Figure 10. Orthophonistes prenant en charge les TOA

Parmi les 66 orthophonistes prenant en charge le bégaiement d'enfants âgés de deux à six ans, 46 ont bénéficié d'une formation relative à l'évaluation (soit 70%, cf. Figure 9) et à la prise en charge des TOA et 40 prennent en charge ces troubles (soit 61%, cf. Figure 10).

1.1.3. Etat des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles au croisement des domaines du bégaiement et des TOA

Cette partie du questionnaire nous amène à réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles des orthophonistes au croisement des domaines du bégaiement et des TOA.

Avez-vous déjà entendu / lu / appris qu'un bégaiement et un TOA, de par leur perturbation de la sphère orale (ex. difficultés motrices), pouvaient être liés ?

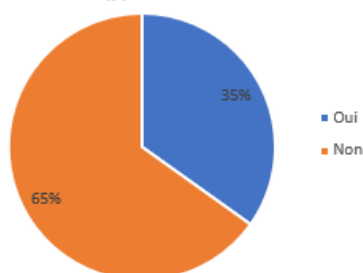


Figure 11. Connaissance des liens

Comment en avez-vous pris connaissance ?

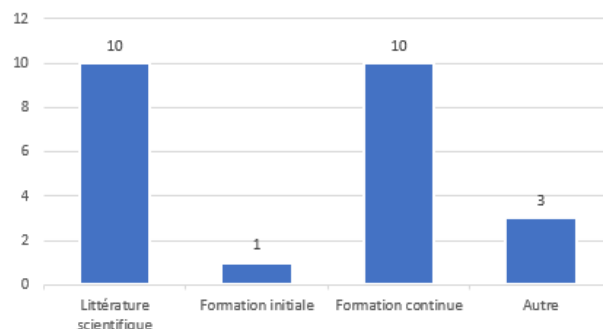


Figure 12. Précision des connaissances des liens

Au sein de notre échantillon de 66 orthophonistes prenant en charge le bégaiement d'enfants âgés de deux à six ans, 43 ont répondu ne pas avoir connaissance qu'un bégaiement et un TOA pouvaient être mis en lien par leur perturbation de la sphère orale (soit 65%, cf. Figure 11).

Les 23 orthophonistes ayant répondu favorablement à cette question ont pu préciser leur source d'information. La Figure 12 montre que la littérature scientifique et la formation continue sont les sources d'information majoritaires. Les orthophonistes ayant sélectionné leur réponse dans la section « autre » ont renseigné en avoir pris connaissance par leurs collègues et par leur expérience clinique.

Avez-vous déjà constaté, au cours de votre pratique, qu'un bégaiement pouvait être associé à un TOA ?

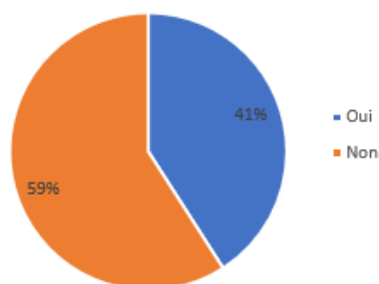


Figure 13. Constats des liens au sein de la pratique clinique

Pour compléter la question précédente, nous avons souhaité sonder d'éventuels constats établis par les orthophonistes via leur expérience clinique. La Figure 13 montre que, parmi les 66 orthophonistes prenant en charge le bégaiement d'enfants âgés de deux à six ans, 27 ont déjà remarqué cette association bégaiement et TOA chez leurs patients (soit 41%).

Lorsque vous recevez un enfant âgé de 2 à 6 ans pour un bilan de bégaiement, intégrez-vous des questions concernant l'oralité alimentaire (ex : présence ou non de difficultés pour les repas...) ?

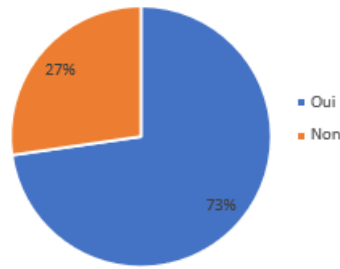


Figure 14. Investigation de l'oralité alimentaire au sein du bilan de bégaiement

Nous avons ensuite sondé les orthophonistes sur leur démarche d'évaluation du bégaiement de l'enfant âgé de deux à six ans, à savoir s'ils investiguent l'oralité alimentaire au sein de celui-ci. En cas de réponse favorable, le répondant était amené dans un parcours de questionnaire spécifique de manière à préciser sa réponse sur l'évaluation, avant d'être interrogé sur sa prise en charge du bégaiement. Le répondant ayant répondu défavorablement a directement été acheminé vers la dernière question relative à la prise en charge du bégaiement.

D'après la Figure 14, parmi les 66 orthophonistes de notre population cible recevant des enfants âgés de deux à six ans pour une demande de bilan de bégaiement, 48 investiguent le domaine de l'oralité alimentaire (soit 73%).

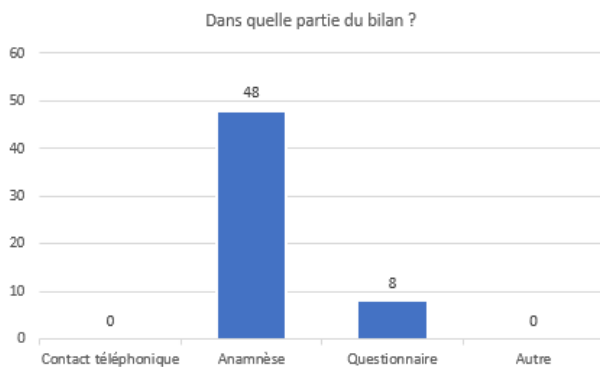


Figure 15. Précision de l'étape réservée à l'investigation de l'oralité alimentaire

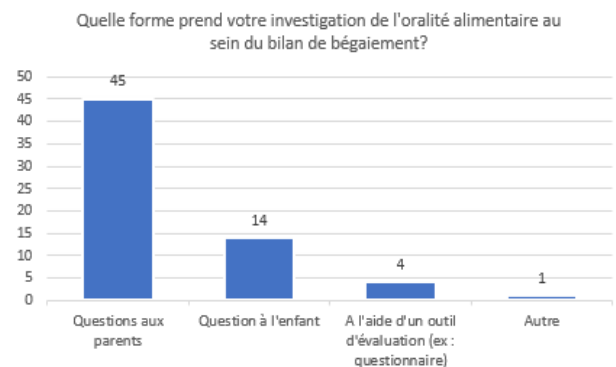


Figure 16. Précision du mode d'investigation de l'oralité alimentaire

Les 48 orthophonistes investiguant l'oralité alimentaire dans leur bilan de bégaiement ont pu préciser leur démarche en termes d'étape et de modalité.

D'abord, les répondants ont pu préciser leur réponse en termes de temporalité, soit la partie du bilan allouée à cette investigation. La Figure 15 montre que l'ensemble des répondants profitent du temps d'anamnèse pour recueillir des informations à ce sujet. Nous remarquons que huit orthophonistes complètent ce recueil par un temps de passation d'un questionnaire.

Ensuite, les répondants ont été amenés à indiquer les moyens mis en œuvre pour recueillir ces informations (cf. Figure 16). Nous remarquons que les orthophonistes sont 45 à poser des questions adressées aux parents. Parmi ces derniers, quatorze posent à la fois des questions adressées aux parents et aux enfants. Aucun orthophoniste ne s'adresse uniquement à l'enfant sans consulter les parents. L'utilisation exclusive d'un questionnaire déjà établi concerne trois orthophonistes, et un orthophoniste couple l'utilisation d'un questionnaire à des questions adressées aux parents.

Pour faire suite à la question relative à l'investigation de l'oralité alimentaire au sein du bilan du bégaiement de l'enfant âgé de deux à six ans, nous avons souhaité aborder les implications de ce recueil d'informations pour la prise en charge du bégaiement. Plus précisément, nous avons sondé les orthophonistes qui investiguent l'oralité alimentaire au sein de leur bilan de façon à savoir si la connaissance de l'existence d'un TOA influence leur prise en charge du bégaiement. De même, nous avons interrogé les orthophonistes n'investiguant pas l'oralité alimentaire lors de leur bilan de bégaiement pour savoir si considérer l'existence d'un TOA pourrait influencer leur prise en charge.

Que votre prise en charge soit directe (séances) ou indirecte (conseils...) : diriez-vous que la connaissance de l'existence d'un TOA influence votre prise en charge du bégaiement chez ces enfant(s) ?

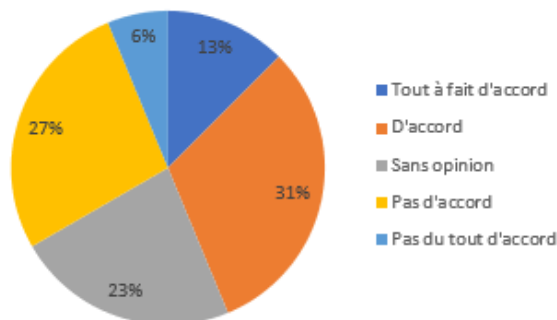


Figure 17. Impact de la connaissance d'un TOA sur la prise en charge du bégaiement

La Figure 17 montre que 21 orthophonistes répondent favorablement au fait que la connaissance d'un TOA influence leur prise en charge du bégaiement (soit 44%), tandis que seize considèrent que cela n'a pas d'impact (soit 33%). Enfin, onze orthophonistes n'ont pas d'opinion particulière sur cette question (soit 27%).

Les répondants ont eu la possibilité de préciser facultativement leur réponse en modalité de réponse ouverte. Le Tableau 1 ci-dessous recense des exemples de précisions que nous avons obtenues. Certains orthophonistes ayant répondu plutôt défavorablement précisent dissocier ces deux prises en charge, et les adapter en fonction des priorités. Toutefois, que les orthophonistes aient répondu favorablement ou défavorablement, il semblerait qu'ils soient particulièrement attentifs à la notion de pression au cours des repas pouvant impacter le bégaiement et qu'ils intègrent par conséquent des conseils portant sur l'oralité alimentaire à leur prise en charge du bégaiement. Enfin, il se pourrait que les orthophonistes aient répondu de façon neutre par un manque d'informations sur le sujet.

Réponse	Précision de la réponse
Tout à fait d'accord	<i>De la même façon que je m'intéresse à l'acquisition de la propreté, au sommeil, l'alimentation est importante. Ça peut être une source d'incompréhension et de tension dans la famille avec un risque que l'enfant vive l'alimentation forcée comme une intrusion.</i>
	<i>Selon le bilan et la sévérité du bégaiement et du trouble alimentaire, je prévois une séance pour le bégaiement et une séance par semaine pour le trouble alimentaire, car l'aspect comportemental (tensions, pression, voire</i>

	<i>opposition générale ou dans la communication) et émotionnel des moments du repas peuvent renforcer le bégaiement.</i>
D'accord	<i>Même si je n'ai pas eu l'occasion de l'observer dans ma pratique, l'association d'un TAP et d'un bégaiement chez un enfant entraînerait une PES légèrement différente, dans le sens où je serais particulièrement vigilante sur la présence d'une éventuelle pression parentale au cours des repas, et également d'un éventuel trouble des compétences oro-motrices de l'enfant.</i>
Sans opinion	<i>Le lien entre ces deux pathologies ne me semble pas évident.</i>
	<i>Non formée en oralité. S'il y a suspicion, j'envoie à une collègue formée.</i>
Pas d'accord	<i>Il me semble que cela n'influe pas directement sur la thérapie proposée au sujet du bégaiement, sauf si le moment du repas fait augmenter la sévérité du bégaiement ou l'angoisse des parents. Néanmoins c'est un trouble qui nécessitera une prise en charge adaptée en parallèle ou à la suite du traitement du bégaiement, selon l'urgence.</i>
	<i>Ça n'influence pas le traitement du bégaiement dès lors que c'est l'objectif de travail que nous avons fixé avec les parents. Si les parents choisissent de traiter le TOA prioritairement, je laisse le traitement du bégaiement (je m'en tiens à les informer sur le trouble). Nous revoyons régulièrement les objectifs de traitement. Je ne traite pas les 2 concomitamment car cela est une trop grande charge pour les parents.</i>
	<i>Ayant été formée aussi chez les anglo-saxons, ça fait longtemps que ces troubles oro-alimentaires ont été repérés, mais dans mon traitement je n'inclus que des conseils de diversification, modèle de mastication, temps/plaisir des repas etc.</i>
Pas du tout d'accord	<i>Si la famille vient avec une demande de bégaiement, je ne travaille pas le TOA. Si j'en découvre un au décours du bilan, j'évoque la possibilité de suivi spécifique mais si pas de plainte, pas de suivi. Et les prises en charge du bégaiement n'intègrent aucunement l'oralité alimentaire et mes prises en charge oralité n'intègrent pas de suivi bégaiement. Les deux sont bien distincts chez moi.</i>

Tableau 1. Précision des réponses concernant l'impact de la connaissance d'un TOA sur la prise en charge du bégaiement

Que votre prise en charge soit directe (séances) ou indirecte (conseils) : pensez-vous que considérer ces liens pourrait influencer votre prise en charge du bégaiement ?

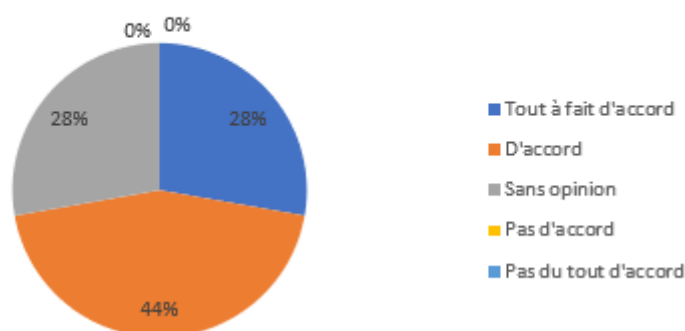


Figure 18. Impact que pourrait avoir la connaissance d'un TOA sur la prise en charge du bégaiement

La Figure 18 concerne les 18 orthophonistes n'investiguant pas l'oralité alimentaire au sein de leur bilan de bégaiement chez l'enfant âgé de deux à six ans. En leur soumettant l'hypothèse de considérer un TOA associé au bégaiement, treize d'entre eux expriment un avis favorable sur l'influence que cela pourrait avoir sur leur prise en charge (soit 72%). Aucun orthophoniste ne se montre défavorable, mais cinq sont sans opinion (soit 28%). Nous pouvons supposer que ces derniers auraient besoin de plus d'informations sur le sujet pour pouvoir se prononcer. Les répondants ont eu la possibilité de préciser facultativement leur réponse en réponse ouverte, lesquelles sont répertoriées dans le Tableau 2 ci-dessous.

Les orthophonistes semblent avoir été amenés à formuler des hypothèses sur l'incidence que pourraient avoir un TOA sur le bégaiement. De nouveau, les répondants évoquent la notion de pression au cours des repas pouvant impacter le bégaiement.

Réponse	Précision de la réponse
D'accord	<i>Le lien pourrait déjà se situer dans les conseils concernant l'absence de pression donnée pour le bégaiement, et qui serait à prendre en compte aussi pour l'alimentation.</i>
Sans opinion	<i>Pression de l'alimentation sur le bégaiement.</i>

Tableau 2. Précision des réponses concernant l'impact que pourrait avoir la connaissance d'un TOA sur la prise en charge du bégaiement.

1.2. Analyses croisées

Pour compléter les analyses linéaires des résultats réalisées précédemment, nous avons trouvé pertinent de croiser certaines données dans l'objectif de mettre en perspective les résultats de notre étude avec nos hypothèses. Réaliser une analyse croisée des questions de la deuxième partie (identification des pratiques professionnelles) et de la troisième partie (connais-

sances / expériences relatives aux liens entre bégaiement et TOA) du questionnaire nous a permis d'identifier si le fait d'avoir reçu une formation spécifique dans chacun de ces domaines pouvait amener les orthophonistes à croiser leurs compétences dans leur pratique.

1.2.1. Impact de la connaissance des liens sur l'investigation des TOA lors du bilan de bégaiement de l'enfant âgé de deux à six ans

Parmi les orthophonistes prenant en charge le bégaiement d'enfants âgés de deux à six ans et ayant connaissance des liens (soit 23 répondants), 22 investiguent l'oralité alimentaire lors du bilan de bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire (soit 96%, soit la quasi-totalité).

Parmi les orthophonistes prenant en charge le bégaiement d'enfants âgés de deux à six ans et n'ayant pas connaissance des liens (soit 43 répondants), 26 investiguent l'oralité alimentaire lors du bilan de bégaiement de l'enfant âgé de deux à six ans (soit 57%, soit plus de la moitié).

Au regard de ces deux dernières analyses, nous constatons d'abord que les orthophonistes ayant connaissance des liens entre bégaiement et TOA investiguent davantage l'oralité alimentaire lors du bilan de bégaiement de l'enfant âgé de deux à six ans que ceux n'en ayant pas connaissance. La réalisation d'un test du Khi2 (cf. Annexe n°3) permet effectivement de valider, avec un résultat de 9,4 (supérieur au seuil critique de 5% de 3,8, mais aussi supérieur au seuil critique de 1% de 6,6) que les deux variables « avoir connaissance des liens » et « investiguer l'oralité alimentaire lors du bilan » ne sont pas indépendantes. Autrement dit, celles-ci ont un lien avéré entre elles.

1.2.2. Impact du constat des liens au cours de la pratique sur l'investigation des TOA lors du bilan

Parmi les orthophonistes prenant en charge le bégaiement d'enfants âgés de deux à six ans et ayant constaté des liens au cours de leur pratique (soit 27 répondants), 26 investiguent l'oralité alimentaire lors du bilan de bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire (soit 96%, soit la quasi-totalité).

Parmi les orthophonistes prenant en charge le bégaiement d'enfants âgés de deux à six ans et n'ayant pas constaté de liens au cours de leur pratique (soit 39 répondants), 22 investiguent l'oralité alimentaire lors du bilan de bégaiement d'âge préscolaire (soit 56%, soit plus de la moitié).

Au regard de ces deux dernières analyses, nous remarquons d'abord que les orthophonistes ayant constaté des liens entre bégaiement et TOA au cours de leur pratique investiguent davantage l'oralité alimentaire lors du bilan de bégaiement de l'enfant âgé de deux à six ans que ceux n'en ayant pas constaté. La réalisation d'un test du Khi2 permet effectivement de valider, avec un résultat de 12,8 (supérieur au seuil critique de 5% de 3,8, mais aussi supérieur au seuil critique de 1% de 6,6) que les deux variables « avoir constaté des liens au cours de la pratique » et « investiguer l'oralité alimentaire lors du bilan » ne sont pas indépendantes. Autrement dit, celles-ci ont un lien avéré entre elles.

2. Résultats qualitatifs issus des entretiens semi-dirigés

Les entretiens semi-dirigés nous ont permis de recueillir des données issues du terrain auprès de cinq orthophonistes exerçant actuellement en France en libéral.

La prise en charge du bégaiement constitue l'activité principale des orthophonistes A, B, C et D. Par ailleurs, ces quatre orthophonistes sont formatrices dans le domaine des troubles de la fluence et impliquées au niveau associatif. Seule l'orthophoniste C a reçu une formation spécifique concernant les TOA qu'elle prend en charge. L'orthophoniste D s'est formée au travers de ses lectures et par ses expériences de prises en charge dans le domaine. Quant à l'orthophoniste E, la prise en charge du bégaiement ne constitue pas son activité principale. Elle est formée aux TOA et les prend en charge.

2.1. Démarche du bilan du bégaiement de l'enfant âgé de deux à six ans

Toutes les orthophonistes interrogées sur leur démarche d'évaluation du bégaiement de l'enfant âgé de deux à six ans ont mentionné l'importance du premier contact avec l'enfant et ses parents, de la qualité de l'accueil, de la nécessité d'être à l'écoute et d'échanger autour du bégaiement. L'anamnèse a été évoquée spontanément comme étant une première étape clé du bilan par les orthophonistes.

2.2. Format d'anamnèse

Les cinq orthophonistes sondées accordent en effet une grande importance à l'étape d'anamnèse.

On observe une récurrence des termes comme « anamnèse très complète », « grosse anamnèse ». C'est à cette étape que les orthophonistes recueillent des informations générales, des informations sur le bégaiement (critères de sévérité, facteurs de risques, histoire et évolution du trouble...) et des informations complémentaires. Les orthophonistes indiquent profiter de ce temps d'échange pour informer les parents sur le bégaiement et pour les rassurer quant à leurs préoccupations rapportées. Ce temps leur permet d'identifier des éléments les aidant à prendre des décisions sur le plan thérapeutique. Les orthophonistes expliquent par ailleurs que les informations recueillies à cette étape leur permettent de préparer des pistes concrètes à transmettre aux parents pour agir sur le bégaiement de leur enfant au quotidien.

2.3. Investigation de l'oralité alimentaire

Trois orthophonistes sur les cinq interrogées déclarent adapter leur trame d'anamnèse en fonction des informations apportées par les parents.

Les questions dites de « base », comme les informations administratives et celles relatives au bégaiement, sont complétées, si nécessaire, par des questions plus spécifiques pour creuser certains domaines pouvant interagir avec le bégaiement. Ainsi, l'orthophoniste A, B et D n'investiguent pas systématiquement l'oralité alimentaire de manière détaillée dans leur bilan du bégaiement de l'enfant âgé de deux à six ans. A contrario, les orthophonistes C et E investissent systématiquement et spécifiquement l'oralité alimentaire dans leur bilan de bégaiement.

2.4. Justification des choix relatifs à l'investigation de l'oralité alimentaire

Les orthophonistes A, B et D expriment ne creuser le domaine de l'oralité alimentaire seulement si les informations déposées par les parents sous-tendent des difficultés, voire un trouble, ou si cela est une plainte directe des parents.

Par exemple, l'orthophoniste A n'estime pas essentiel de recueillir ce type d'éléments en priorité, le bégaiement étant le motif initial de consultation. Elle précise que les informations à collecter sont nombreuses et se concentre principalement sur le bégaiement dans un premier temps, bien que ces informations puissent être collectées plus tardivement.

L'orthophoniste D investit l'oralité alimentaire de manière globale en interrogeant les parents sur la qualité des repas. Si les parents ne signalent pas de difficultés particulières, l'investigation n'est pas plus approfondie. En effet, l'orthophoniste D précise que le fait d'approfondir plus que nécessaire certains aspects peut mener à des « pistes artificielles », c'est-à-dire qui peuvent amener à interférer sur l'environnement familial sans demande à ce sujet. Néanmoins, elle estime que la personne qui bégaie doit être envisagée dans sa globalité, et, qu'en cas de plainte, la prise en charge d'un TOA en parallèle du bégaiement peut être bénéfique à cette prise en charge.

De même, l'orthophoniste C partage cette notion de prise en charge de l'enfant qui bégaie dans sa globalité. C'est pourquoi elle investit systématiquement l'oralité alimentaire en détails lors de ses bilans, de façon à faire évoquer aux parents certains signes potentiels de TOA nécessitant un approfondissement. Au travers de son expérience, c'est en creusant son analyse que certains parents, qui n'avaient pas évoqué spontanément des difficultés, ont fini par signaler des éléments ayant permis de déceler un trouble. L'orthophoniste E précise réaliser cette investigation détaillée lors de ses anamnèses pour tout bilan auprès de jeunes enfants, y compris pour le bilan de bégaiement, en considérant que « tout est lié ».

Les orthophonistes C et E expliquent investiguer l'oralité alimentaire en déroulant les étapes du développement alimentaire de l'enfant en interrogeant l'allaitement, la sensibilité globale, la sensibilité relative au niveau du réflexe nauséux, le passage à la cuillère, la diversification alimentaire, le passage aux morceaux ou encore le plaisir alimentaire.

2.5. Conduite tenue vis-à-vis du TOA au sein de la prise en charge du bégaiement

Les orthophonistes A et B, qui ne sont pas formées et ne prennent pas en soin les TOA, réorientent ces patients vers leurs collègues orthophonistes pour une prise en charge en parallèle du bégaiement si nécessaire.

L'orthophoniste B et l'orthophoniste C intègrent des conseils portant sur l'oralité à leurs conseils concernant le bégaiement qu'elles fournissent aux parents. Par exemple, elles suggèrent aux parents de ne pas entrer dans une dynamique de forçage au moment des repas, ce qui risque à la fois d'aggraver le TOA et d'impacter le bégaiement.

L'orthophoniste C affirme qu'il y a « quelque chose qui se joue dans le plaisir de l'échange, de manger et de parler ». Ainsi, elle souligne l'importance du plaisir lors des repas, tant au niveau de l'expérience alimentaire qu'en tant que moment de partage au cours duquel l'enfant échange avec sa famille. En effet, si des tensions sont présentes au moment des repas,

elle remarque que le bégaiement s'accroît et un cercle vicieux s'installe au niveau des interactions entre TOA et bégaiement. Aussi, elle évoque une certaine « rupture » entre l'enfant et le parent liée à cet empêchement de manger et de parler en conséquence de ces troubles. A contrario, en agissant au niveau des TOA, elle a remarqué un effet sur la diminution du bégaiement. L'orthophoniste C priorise la prise en soin des troubles selon leur sévérité. Elle prend en charge prioritairement le bégaiement et réoriente vers une collègue davantage formée si le TOA est plus sévère.

2.6. Intérêt de la considération du TOA dans le cadre du bégaiement

Les orthophonistes ont enfin été invitées à exprimer leur opinion quant à l'intérêt de la considération d'un TOA dans le cadre du bégaiement.

L'orthophoniste A formule un besoin d'informations au sujet d'une éventuelle association de ces troubles et, le cas échéant, afin de guider au mieux les parents.

Les quatre autres orthophonistes (B, C, D et E) mentionnent l'intérêt d'une prise en charge de la personne qui bégaié dans sa globalité, y compris au niveau de l'oralité alimentaire si cela s'avère nécessaire.

L'orthophoniste D estime que le fait d'agir au niveau des TOA a un intérêt pour le bégaiement. D'après elle, les progrès sur le plan alimentaire amènent à un bien-être, à une flexibilité mentale permettant à l'enfant de mieux accepter l'aide reçue vis-à-vis du bégaiement. Elle présume qu'agir conjointement pourrait favoriser une amélioration globale sous-tendue par la stimulation de ces zones cérébrales.

L'orthophoniste C considère l'intérêt d'une prise en charge orthophonique simultanée du bégaiement et des TOA à une « période sensible », la plus précoce possible, afin d'éviter la chronicisation, des rechutes ou des conséquences négatives de ces troubles.

Discussion

1. Mise en perspective des résultats à l'égard des hypothèses

Pour rappel, la visée de ce travail est de dresser un état des lieux des pratiques des orthophonistes en regard de leur démarche évaluative du bégaiement chez l'enfant âgé de deux à six ans, afin de savoir s'ils y investiguent l'oralité alimentaire et, par conséquent, d'en connaître les apports pour leur pratique. Pour répondre à cette interrogation, nous avons formulé deux hypothèses de départ, que nous allons à présent mettre en perspective avec les résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus pour les valider ou les invalider.

1.1. Première hypothèse

Notre première hypothèse est que les orthophonistes investiguent l'oralité alimentaire dans leurs bilans du bégaiement du fait de leurs connaissances de liens entre bégaiement et TOA et/ou de constats liés à leur expérience clinique. D'après nos résultats issus du questionnaire, deux-tiers des orthophonistes (soit 65%) n'ont pas connaissance de liens entre bégaiement et TOA, et une majorité (soit 59%) ont déclaré ne pas en avoir constaté au cours de leur pratique.

Toutefois, en dépit de ces résultats, nous remarquons que trois-quarts investiguent l'oralité alimentaire lors de leurs bilans du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire. Les orthophonistes qui investiguent l'oralité alimentaire sont donc plus nombreux que ceux ayant connaissance et ayant constaté des liens.

Il est intéressant de noter que les orthophonistes ayant connaissance de liens entre bégaiement et TOA sont plus nombreux à investiguer l'oralité alimentaire que ceux n'en ayant pas connaissance. De même, les orthophonistes ayant constaté des liens entre bégaiement et TOA sont plus nombreux à investiguer l'oralité alimentaire que ceux n'en ayant pas constaté. La réalisation de deux tests du Khi2 permettent de valider que le fait d'avoir connaissance ou constaté ces liens a une incidence sur l'investigation d'un TOA lors du bilan du bégaiement. Dans cette logique, une orthophoniste interrogée en entretien ayant constaté une association de bégaiement et de TOA chez un quart de ses patients, a déclaré investiguer systématiquement et de façon détaillée l'oralité alimentaire lors de l'anamnèse au sein du bilan du bégaiement des enfants âgés de deux à six ans. Ses constats l'ont amené à estimer que la plainte concernant l'oralité alimentaire n'est pas toujours spontanée et que le fait de détecter et d'agir sur un TOA est bénéfique pour le bégaiement.

Nous pouvons déduire que la plupart des orthophonistes investiguent l'oralité alimentaire pour d'autres raisons que pour une mise en lien directe de ces troubles. En effet, les données qualitatives (réponses ouvertes du questionnaire et entretiens semi-dirigés) montrent que les orthophonistes raisonnent en matière de prise en charge de l'enfant qui bégaie dans sa globalité, et qu'ils investiguent l'oralité alimentaire car un TOA peut être un facteur retentissant sur l'expression du bégaiement. Par conséquent, sans que cela ait une réelle incidence sur leur prise en charge du bégaiement en tant que procédés et méthodes mis en œuvre, les orthophonistes peuvent être amenés à adresser des conseils portant sur l'oralité alimentaire aux parents. Néanmoins, cette investigation n'est ni systématique, ni systématiquement réalisée de façon détaillée. Certains orthophonistes interrogés précisent, tant dans le questionnaire qu'en entretien, que cette investigation est dépendante de la demande et de la plainte rapportées par les parents de ces jeunes enfants, la plainte initiale étant le bégaiement. Si une plainte concernant des difficultés alimentaires faisant évoquer un TOA n'est pas rapportée, alors les orthophonistes n'estiment pas nécessaire d'examiner de plus près l'oralité au risque de trop interférer sur l'environnement de l'enfant.

Que les orthophonistes investiguent ou n'investiguent pas systématiquement l'oralité alimentaire, la connaissance de l'existence d'un TOA leur semble avoir un intérêt. Les orthophonistes, qui sont indépendants dans le choix de leurs méthodes de prise en charge, peuvent décider d'agir en prodiguant des conseils à la famille, de prendre en charge les deux troubles distinctement ou concomitamment, voire de réorienter l'enfant vers des collègues orthophonistes pour la prise en charge du TOA si nécessaire, en parallèle de leur prise en charge du bégaiement. Quelles que soient leurs méthodes, ils semblent s'accorder sur le fait de prendre en charge selon les priorités et les plaintes de la famille, mais aussi selon la sévérité des troubles, les décisions thérapeutiques pouvant être revues régulièrement.

Ainsi, au regard de ces éléments, notre première hypothèse selon laquelle les orthophonistes investiguent l'oralité alimentaire du fait de la connaissance de liens et/ou de leurs constats relatifs à des liens entre bégaiement et TOA, ne peut être validée en l'état.

1.2. Seconde hypothèse

Notre seconde hypothèse est que les orthophonistes n'investiguent pas l'oralité alimentaire lors de leurs bilans du bégaiement car ils n'estiment pas cela nécessaire.

D'après nos résultats obtenus par l'intermédiaire du questionnaire, une faible proportion d'orthophonistes (soit 27%) n'investiguent pas l'oralité alimentaire lors de leur bilan du bégaiement d'enfants d'âge préscolaire. Toutefois, près des trois-quarts de ces orthophonistes (soit 72%) ont répondu favorablement au fait que la prise en considération d'un TOA pourrait influencer leur prise en charge du bégaiement et aucun orthophoniste n'y a répondu défavorablement. Les répondants restants se sont exprimés être « sans opinion », ce qui nous a amené à supposer que certains d'entre eux pouvaient manquer d'informations à ce sujet ou de constats pour pouvoir se prononcer. Les données qualitatives recueillies par l'intermédiaire des entretiens semi-dirigés nous confortent sur ce point. Une des orthophonistes a mentionné ce manque d'informations et n'avoir constaté que de manière « anecdotique » une association bégaiement/TOA parmi ses patients, ce qui explique en partie qu'elle n'investiguent pas systématiquement l'oralité alimentaire au sein de ses bilans. Aussi, comme évoqué précédemment, il apparaît que certains orthophonistes n'investiguent pas systématiquement l'oralité alimentaire ne le jugent pas essentiel par rapport à la demande initiale qu'est le bégaiement. Pour autant, cela ne signifie pas qu'ils estiment inintéressant de le faire.

Nous ne trouvons donc pas d'arguments, parmi notre recueil de données, qui témoigneraient que cette investigation n'est pas nécessaire.

Cette seconde hypothèse peut donc être nuancée par le fait qu'une majorité d'orthophonistes n'investiguent pas systématiquement l'oralité alimentaire, selon la demande et la plainte des parents.

2. Limites et apports de l'étude

2.1. Limites de l'étude

Notre étude comporte tout d'abord des limites d'un point de vue statistique. Comme indiqué précédemment, les résultats de notre étude quantitative basés sur le premier échantillon de 88 orthophonistes comportent une marge d'erreur de 10,44%. Or, en statistique, une marge d'erreur communément admise comme très solide est de 5%. Ceci aurait nécessité de sonder 379 orthophonistes exerçant en France, ce qui n'est pas réalisable au regard des moyens mobilisés pour cette étude. De surcroît, l'échantillon de notre questionnaire se resserre et passe à 66 orthophonistes en raison de notre second critère d'inclusion. Cette réduction de la taille de l'échantillon de 88 à 66 orthophonistes s'accompagne d'une augmentation de deux points de la marge d'erreur, atteignant alors 12%. Aussi, nous avons collecté les tranches âges des répondants dans le questionnaire. Or, la DREES fournit ces données sous la forme d'âges moyens, ce qui ne nous permet pas de comparer ces informations avec notre échantillon afin de savoir s'il est représentatif de la population comme nous avons pu le faire le mode d'exercice.

Aussi, afin de valider notre seconde hypothèse, il aurait pu être pertinent d'amener les orthophonistes qui n'investiguent pas l'oralité alimentaire à préciser leur réponse. Ceci nous aurait permis d'apporter davantage de précision quant à leur opinion sur l'aspect « nécessaire » de cette investigation, qu'en l'ayant abordé qualitativement au cours des entretiens semi-dirigés.

Certaines limites de notre étude reposent sur le choix des termes et formulations employées au cours de notre enquête. Par exemple, dans le questionnaire, la formulation de la question « diriez-vous que la connaissance de l'existence d'un TOA influence votre prise en charge du bégaiement chez ces enfants ? » aurait pu être formulée autrement. La notion d'influence sur la prise en charge a pu être entendue comme une modification des méthodes de prise en charge du bégaiement. En effet, au vu des précisions en réponse ouverte, nous remarquons une tendance à une relative concordance des opinions des répondants dans les catégories « d'accord » et « pas d'accord ». L'emploi du terme de « liens » entre bégaiement et TOA nous a semblé être compris comme un lien de causalité plutôt qu'une association entre les troubles, ce qui a apporté une certaine confusion et une difficulté à interpréter certaines réponses à l'issue de l'enquête quantitative. Néanmoins, nous avons pu pallier plus facilement cette difficulté en entretien en reformulant nos propos au besoin.

Enfin, en prenant du recul sur notre étude, nous aurions pu recueillir davantage d'informations concrètes au sujet des conseils fournis aux parents par les orthophonistes. En effet, nous aurions pu envisager de constituer des corpus anonymisés de ces conseils, dans l'optique d'apporter des pistes aux professionnels pour leur pratique.

2.2. Apports et perspectives de l'étude

Bien que nos résultats soient à relativiser du fait de nos marges d'erreur, ils ont démontré une tendance et un intérêt des orthophonistes à croiser leurs domaines de compétences, en laissant une place à l'oralité alimentaire dans le cadre de l'évaluation et de la prise en charge du bégaiement.

Nous avons retrouvé des éléments saillants, tant dans la littérature que sur le terrain, qui nous semblent pertinents pour inciter le croisement des regards sur les deux domaines. Le temps d'anamnèse, particulièrement important et complet dans le cadre du bilan du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire, apparaît comme l'étape propice à l'investigation de l'oralité alimentaire. Il pourrait donc être intéressant de proposer aux orthophonistes d'intégrer cette investigation à leur démarche, au sein de cette anamnèse. A propos de l'intervention, les orthophonistes mentionnent le partenariat parental avec l'apport de conseils relatifs à l'oralité alimentaire (prévention quant au forçage, pression sur le temps des repas...) couplés à ceux du bégaiement, notamment dans le cadre d'une approche indirecte. Les orthophonistes interrogés recommandent, pour le bégaiement comme pour tout autre motif de suivi, une prise en charge globale du patient. En effet, il leur semble bénéfique de tenir compte de facteurs pouvant interagir et participer au bégaiement tel un TOA. Nous relevons que l'association bégaiement-TOA tend à nuire de pair au plaisir de parler et de manger, qui semblent très liés au vu des éléments trouvés dans la littérature et parmi les cas cliniques mentionnés par les interrogés. Dans cette optique de prise en charge globale, les orthophonistes recommandent une prise en charge précoce et concomitante de ces troubles. En effet, agir précocement sur ces derniers permet de profiter d'une plasticité cérébrale particulièrement efficace avant l'âge de six ans. Pour ces raisons rassemblées, la poursuite des études sur le sujet pourrait tendre à renforcer l'intérêt de la considération de ces liens entre bégaiement et TOA.

En outre, nos résultats montrent que les orthophonistes ayant constaté ou étudié ces liens dans la littérature les investiguent davantage. Ceci nous conforte dans l'idée que, sur la base d'études solides à ce sujet dans la littérature, cela pourrait amener à sensibiliser les orthophonistes et étudiants en orthophonie au cours de leurs formations.

Conclusion

A travers ce mémoire, nous souhaitons dresser un état des lieux des pratiques orthophoniques au sujet de l'intégration du domaine de l'oralité alimentaire au sein du bilan du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire, et son apport pour la prise en charge. Notre intention était de participer à enrichir les pratiques professionnelles des orthophonistes.

Pour mener cette étude, nous avons collecté des données sur le terrain par le biais d'un questionnaire visant à interroger largement des orthophonistes exerçant en France et recevant des enfants âgés de deux à six dans le cadre d'un bégaiement. Nous les avons sondés sur leur pratique (évaluation et prise en charge), leurs connaissances et leur opinion relatives aux liens entre bégaiement et TOA. Aussi, nous avons estimé judicieux de recueillir des éléments concrets auprès de cinq orthophonistes en entretien semi-dirigé individuel.

Bien que les résultats de cette étude puissent être nuancés au regard des critères statistiques (taille des échantillons), nous avons pu confronter nos hypothèses au terrain et avons conclu que certains orthophonistes investiguent l'oralité alimentaire dans leurs bilans du bégaiement du fait de leurs connaissances de liens entre bégaiement et TOA et /ou de constats liés à leur expérience clinique. Cette investigation n'est pas systématique pour certains orthophonistes, et dépend de la plainte rapportée par les parents. Nous avons également mis en avant que les orthophonistes qui n'investiguent pas l'oralité alimentaire ne l'investiguent pas, non pas qu'ils ne trouveraient pas cela pas nécessaire, mais parce qu'ils semblent manquer d'informations ou de constats à ce sujet. Ces résultats ont ainsi mis en exergue un intérêt des orthophonistes à croiser leurs compétences dans divers domaines et une tendance à concevoir l'oralité au sens large, verbale et alimentaire, comme c'est le cas dans le cadre du bégaiement avec l'oralité alimentaire. Certains orthophonistes interrogés ont témoigné avoir relevé des cas d'association bégaiement-TOA au sein de leur patientèle. L'anamnèse est manifestement le temps du bilan du bégaiement jugé approprié à l'investigation de l'oralité alimentaire. Le partage d'expérience des orthophonistes a permis d'identifier un intérêt de considérer l'existence de TOA pour la prise en charge du bégaiement de ces jeunes enfants (effet sur l'expression du bégaiement, plaisir de parler / manger, apport d'une flexibilité mentale pour accepter l'aide apportée pour le bégaiement).

Ce mémoire a mis en évidence un besoin des orthophonistes à obtenir davantage d'informations robustes à propos de liens entre bégaiement et TOA. Bien que des constats aient pu être établis sur le terrain, la littérature est, à ce jour, peu fournie à ce sujet. Des perspectives scientifiques s'ouvrent pour apporter la lumière sur ces liens, afin de contribuer à enrichir les pratiques orthophoniques et les contenus de formations dans ces domaines.

Bibliographie

- Abadie, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, pp. 55-68.
- Andry, S. (2017). *Emergence de la parole chez des enfants paralysés cérébraux et pathologies associées* [Thèse de doctorat, Université de Strasbourg]. HAL. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01798818/document>
- Ambrose, N. & Yairi, E. (1999). Normative Disfluency Data for Early Childhood Stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(4), pp. 895–909. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4204.895>
- Aumont Boucand, V & Verdurand, J. (2022). *Bégaiement, bredouillement de l'enfant : de la théorie à la pratique clinique*. Ortho Édition.
- Aumont Boucand, V & Vincent, E. (2019). *Aider son enfant à parler et communiquer : 50 fiches contre le bégaiement et le bredouillement*. De Boeck Supérieur.
- Bioy, A. & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), pp. 317-326. <https://doi.org/10.1051/psy/2010494317>
- Bruns, D.A. & Thompson, S.D. (2012). *Feeding Challenges in Young Children: Strategies and specialized interventions for success*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
- Busnel, & Héron, A. (2010). Le développement de la sensorialité fœtale. Dans : R. Frydman, & M. Szejer, *La naissance : histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui* (pp. 633-643). <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01598836/document>
- Cabaret, S. & Chappon, C. (2015). *Troubles de l'oralité alimentaire et symptomatologie du retard de parole : quel lien ?* [Mémoire, Université de Lille 2 Droit et Santé]. https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Mem_Ortho/2015/LIL2_SMOR_2015_038_B.pdf
- Couly, G. (2017). L'oralité fœtale, fondement du langage. *Rééducation orthophonique*, 271, pp. 13-28.
- Couly, G. (2020). Manger ou parler. *Médecine/sciences*, 36(2), pp. 160-162. <http://hdl.handle.net/10608/10792>
- Couly, G. (2021). Manger, respirer, crier, parler, chanter : l'épopée zoologique du langage. *M.S. Médecine Sciences*, 37(11), pp. 1042–1045. <https://doi.org/10.1051/medsci/2021029>
- Démographie des professionnels de santé. Consulté le 17 mars 2023, à l'adresse <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
- Crocq, M. A, Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B, & Pull-Erpelding, M.-C. (2015). *DSM-5® : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition). Elsevier Masson.

- Estienne, F. Bijleveld, H.-A., & Van Hout, A. (2015). *Les bégaiements : interprétations, diagnostics, thérapies : 160 exercices* (3e édition). Elsevier Masson.
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête : entretien et questionnaire*. Dunod.
- 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: Consensus Definition and Conceptual Framework. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 68(1), 124–129. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
- Guillerme, C. J. (2014). L'oralité troublée : regard orthophonique. *Spirale*, 72(4), pp. 25-38. <https://doi.org/10.3917/spi.072.0025>
- Guillon-Invernizzi, F., Lecoufle, A., & Lesecq-Lambre, E. (2020). Démarche diagnostique orthophonique des troubles alimentaires pédiatriques. *Rééducation orthophonique*, 281, pp. 33-41.
- Leblanc, V. (2014). Évaluation des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant. *Archives de pédiatrie : organe officiel de la Société française de pédiatrie*, 21(5), pp. 32–32. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(14\)71448-4](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(14)71448-4)
- Lecoufle, A. (2017). Atrésie de l'œsophage : une histoire d'oralité qui ne commence pas comme les autres. *Rééducation orthophonique*, 271, pp. 29-42.
- Lecoufle, A. (2020). Le bilan orthophonique des fonctions alimentaires du nourrisson (0-6 mois). *Rééducation orthophonique*, 281, pp. 7-31.
- Lecoufle, A. & Lesecq-Lambre, E. (2016). Les troubles de l'oralité alimentaire et l'orthophonie. *L'orthophoniste*, 364, pp. 19-26. <https://docplayer.fr/77152901-Les-troubles-de-l-oralite-alimentaire-et-l-orthophonie.html>
- Levavasseur, E. (2017). Prise en charge précoce des difficultés alimentaires chez l'enfant dit « tout-venant » ou « vulnérable ». *Rééducation orthophonique*, 271, pp. 151-169.
- Mathieu, M. (2016). *Bégaiement et troubles de l'oralité alimentaire : Evaluation des liens entre ces pathologies au moyen d'un questionnaire destiné aux parents et aux enfants* [Mémoire, Université de Lorraine]. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MORT_2016_MATHIEU_MARLYSE.pdf
- Mellul, N. & Thibault, C. (2004). L'éducation orale précoce. *Rééducation orthophonique*, 220, pp. 117-125.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Sage Publications, Inc.

- Monfrais-Pfauwadel, M.-C. (2014). *Bégaiement, bégaiements : Un manuel clinique et thérapeutique*. De Boeck-Solal.
- Oksenberg, P. (2014). La prise en charge orthophonique du bégaiement chez l'enfant avant 5 ans. *Contraste*, 39, pp. 307-326. <https://doi.org/10.3917/cont.039.0307>
- Oksenberg, P. (2015). Lorsque le bégaiement trouble l'oralité. *Langage et pratiques*, (55), pp. 41-49. https://arld.ch/fileadmin/user_upload/Documents/ARLD/WWW/News/Fichiers/Langage_et_Pratiques_no_55-textes.pdf
- Piérart, B. (2013). Les bégaiements de l'enfant. *Enfance*, 3, 201-205. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/enfl.133.0201>
- Piérart, B. (2018). *Neuropsychologie du bégaiement : De la compréhension au traitement*. Mardaga supérieur.
- Puech, M. & Vergeau, D. (2004). Dysoralité : du refus à l'envie. *Rééducation orthophonique*, 220, pp. 127-141.
- Quetin, F. (2015). Les troubles de l'oralité chez l'ancien prématuré. *Contraste*, 41(1), pp. 271–280. <https://doi.org/10.3917/cont.041.0271>
- Rossini-Drecq, Tétreault, S., & Chrétien-Vincent, M. (2021). Chapitre 2 : La modulation sensorielle. *L'éveil des Sens Chez L'enfant*. Pierre Mardaga Editeur.
- Senez, C. (2020). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (3e édition). De Boeck Supérieur.
- Sheehan, J.-G. (1970). *Stuttering: Research and therapy*. Harper & Row.
- Simon, A. (2021). Les élèves souffrant de bégaiement. Dans : H. Romano, *La santé à l'école : En 24 notions* (pp. 283-298). Paris : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.roman.2021.01.0283>
- Thibault, C. (2015). L'oralité positive. *Dialogue*, 209(3), pp. 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* (2e édition). Elsevier Masson.
- Thibault, C. & Pitrou, M. (2018). *Troubles du langage et de la communication : L'orthophonie à tous les âges de la vie*. Dunod.
- Van Hout, A. & Estienne, F. (2002). *Les bégaiements : Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements* (2e édition). Masson.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Questionnaire destiné aux orthophonistes

Annexe n°2 : Guide des entretiens semi-dirigés

Annexe n°3 : Démonstration de l'utilisation du test du khi2 et du calcul de marge d'erreur

Annexe n°4 : Extrait d'une grille de codage d'entretien semi-dirigé