CFUO de Lille
UFR3S - Département Médecine
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
cfuo@univ-lille.fr

MÉMOIRE

En vue de l'obtention du

Certificat de Capacité d'Orthophoniste

présenté par

Léa AUBRY

soutenu publiquement en juin 2025

Mise en place d'une plaquette à destination des médecins généralistes sur les indications de prise en soin orthophonique du Syndrome d'Apnées-Hypopnées Obstructives du Sommeil chez l'enfant de 3 à 8 ans

MÉMOIRE dirigé par :

Ingrid GIBARU, Orthophoniste et Enseignante au Département d'Orthophonie de Lille, Lens

Rachel HALIMI, Orthophoniste et Enseignante au Département d'Orthophonie de Lille, Dunkerque

Lille – **2025**

Remerciements

Je souhaite remercier chaleureusement toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans la réalisation de ce mémoire :

Ingrid Gibaru et Rachel Halimi, mes directrices de mémoire, pour leurs conseils, leur disponibilité et la qualité des retours tout au long de ce travail.

Mes parents, mon frère et toute ma famille, pour leur soutien, leurs encouragements et leur avis, qui m'ont guidée à chaque étape de mes études.

Thibault Descamps et Mélanie Drouet, qui ont accepté de participer aux entretiens et ont consacré de leur temps à ce projet.

Tous les médecins généralistes qui ont accepté de remplir le questionnaire et ont manifesté de l'intérêt pour les résultats de ce travail, et en particulier, Sophie Vasseur.

Axelle et Perrine, pour la qualité de leur accompagnement, leur investissement dans la transmission des compétences, et pour m'avoir donné le goût du métier.

Jérémy Mauro et Lou Fritsch pour leur présence et leurs encouragements au quotidien.

Mes amis d'orthophonie, pour tous les moments partagés lors de ces cinq années.

Résumé :

Le traitement du SAHOS s'inscrit dans une approche pluridisciplinaire, à laquelle l'orthophoniste contribue. Cette rééducation, encadrée par une prescription médicale, requiert une collaboration avec les médecins prescripteurs. Ce mémoire a pour objectif de dresser un état des lieux des connaissances des médecins généralistes sur le traitement orthophonique du SAHOS chez l'enfant, et de créer une plaquette d'information afin de les sensibiliser à cette prise en soin.

Ce travail débute par des recherches théoriques sur la prise en soin du SAHOS chez l'enfant. Un questionnaire a ensuite été crée et diffusé auprès de médecins généralistes pour évaluer leurs connaissances sur le traitement orthophonique du syndrome et guider la création d'une plaquette d'informations. Les réponses obtenues montrent un manque d'information sur le rôle de l'orthophoniste dans cette prise en soin, et révèlent aussi que les médecins utilisent les plaquettes d'information dans leur pratique. Ces résultats valident nos deux hypothèses d'étude : une méconnaissance de la contribution de l'orthophoniste et l'utilité d'un outil informatif.

A l'issue de ce travail, nous avons créé une plaquette d'informations constituée de deux pages, disponible en version informatisée.

Mots-clés :

Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil, intervention pluridisciplinaire, médecins généralistes, traitement orthophonique, plaquette d'informations

Abstract :

The treatment of Obstructive Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome (OSAHS) is part of a multidisciplinary approach, to which the speech-language pathologist contributes. This rehabilitation, governed by a medical prescription, requires collaboration with prescribing physicians. The aim of this dissertation is to take stock of general practitioners' knowledge of speech-language therapy for OSAHS in children, and to create an information leaflet to raise their awareness of this treatment.

The project began with theoretical research into the treatment of OSAHS in children. A questionnaire was then created and distributed to general practitioners to assess their knowledge of speech-language therapy for the syndrome, and to guide the creation of an information leaflet. The responses showed a lack of information on the role of speech-language therapists in this care, and also revealed that doctors use information leaflets in their practice. These results validate our two study hypotheses: a lack of awareness of the speech-language therapist's contribution, and the usefulness of an informative tool.

As a result of this work, we created a two-page information leaflet, available in a computerized version.

Keywords :

Obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome, multidisciplinary intervention, general practitioners, speech-language therapy, information leaflet

Table des matières

Glossaire

Introduction 1

Contexte théorique 1

.1. Le sommeil 1

.1.1. Généralités sur le sommeil 1

.1.1.1. Définition 1

.1.1.2. La physiologie du sommeil 2

.1.1.3. Les différentes fonctions du sommeil 2

.1.2. La physiologie de la respiration au cours du sommeil 2

.2. Le SAHOS chez l'enfant 3

.2.1. Description du SAHOS 3

.2.1.1. Définition et physiopathologie du SAHOS 3

.2.1.2. Les étiologies et les facteurs de risque 3

.2.1.3. Les signes cliniques et les symptômes 4

.2.1.4. La pose du diagnostic 4

.2.2. Les troubles secondaires au SAHOS 4

.2.2.1. Le trouble du sommeil 4

.2.2.2. Les conséquences à long terme 4

.3. La prise en soin du SAHOS pédiatrique 5

.3.1. Les différents professionnels impliqués dans la prise en soin 5

.3.2. Les traitements du SAHOS 5

.3.2.1. Les traitements chirurgicaux 5

.3.2.2. La Pression Positive Continue 6

.3.2.3. Les traitements orthodontiques 6

.3.2.4. La rééducation oro-myo-fonctionnelle 6

.3.2.5. Les traitements médicamenteux 6

.3.2.6. Les mesures hygiéno-diététiques 6

.4. Précisions sur l'évaluation et la prise en soin orthophonique du SAHOS 7

.4.1. Traitement orthophonique : la prescription médicale et la Nomenclature Générale des Actes Professionnels 7

.4.2. Le bilan 7

.4.2.1. L'anamnèse 7

.4.2.2. L'évaluation morphologique 8

.4.2.3. L'évaluation fonctionnelle 8

.4.3. La prise en soin orthophonique du trouble respiratoire primaire 8

.4.3.1. Généralités sur la prise en soin orthophonique du SAHOS 8

.4.3.2. L'instauration de la respiration nasale par la rééducation oro-myo-fonctionnelle 9

.4.3.3. L'instauration de la respiration nasale par les dispositifs fonctionnels 10

.4.4. La prise en soin orthophonique des troubles secondaires ou associés 10
Problématique 11
But, objectif et hypothèses 11
Méthode 11
.1. Les recherches théoriques 11
.2. Le questionnaire 12
.2.1. La création du questionnaire 12
.2.2. La diffusion du questionnaire et le recueil des données 12
.2.3. Le recueil et l'analyse des données 13
.3. La plaquette d'informations 13
.3.1. La création de la plaquette 13
.3.2. La diffusion de la plaquette 13
Résultats 14
.1. L'exercice professionnel des médecins généralistes 14
.2. Connaissances des médecins généralistes sur l'intervention orthophonique 14
.3. Création de la plaquette 15
Discussion 17
.1. Confrontation des résultats aux hypothèses 17
.2. Interprétation et exploitation des résultats pour la création de la plaquette 17
.2.1. La pratique professionnelle des médecins généralistes 17
.2.2. La contribution et les attentes des médecins généralistes dans la conception de la plaquette 18
.3. Limites de l'étude 18
.3.1. Biais de l'étude 18
.3.2. Absence de retours des professionnels sur la plaquette 19
.4. Apport de ce travail pour les pratiques 19
.5. Perspectives 19
Conclusion 20
Bibliographie 21
Liste des annexes 22
Annexe n°1 : Récépissé de l'attestation 22
Annexe n°2 : Questionnaire à destination des médecins généralistes 22
Annexe n°3 : Transcription de l'entretien avec un médecin généraliste 22
Annexe n°4 : Flyer numérique pour la diffusion du questionnaire 22
Annexe n°5 : Version finale de la plaquette d'informations à destination des médecins 22

Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
IAHO : Indice d'Apnées-Hypopnées Obstructives
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OAM : Orthèse d'Avancée Mandibulaire
OMF : Oro-Myo-Fonctionnelle
ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste
PPC : Pression Positive Continue
SAHOS : Syndrome d'Apnées-Hypopnées Obstructives du Sommeil
TAP : Trouble Alimentaire Pédiatrique
TROS : Trouble Respiratoire Obstructif du Sommeil
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
VAS : Voies Aériennes Supérieures
VNI : Ventilation Non Invasive

Introduction

Le Syndrome d'Apnées-Hypopnées Obstructives du Sommeil (SAHOS) affecte l'état de santé des patients. Dans le cadre d'un SAHOS pédiatrique, les retentissements sont amplifiés en raison du contexte développemental. Ainsi, la prise en soin des jeunes patients est primordiale. Cette mission s'inscrit dans un traitement pluridisciplinaire, dont l'orthophonie fait partie.

Depuis 2010, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) accorde une reconnaissance croissante à la collaboration interprofessionnelle dans les systèmes de santé modernes (Aiguier et al., 2016). Les soignants travaillent ensemble pour administrer des soins complets aux patients. Cette conscientisation amène les orthophonistes à exercer en coopération avec d'autres professionnels médicaux et paramédicaux. De plus, le champ de compétences en orthophonie connaît une expansion significative. La pratique clinique s'étend à un large panel de domaines.

Ce mémoire porte sur la rééducation orthophonique du SAHOS chez l'enfant, syndrome pour lequel la recherche scientifique est en essor.

L'intérêt de ce travail est de mettre à disposition des médecins généralistes un outil informatif et concis. Il constitue un résumé des connaissances relatives au SAHOS pédiatrique, tout en précisant le rôle de notre discipline dans son traitement. Ce projet se concrétise par la mise en place d'une plaquette d'informations.

Ce mémoire vise à valoriser le champ de compétences orthophoniques auprès de ces professionnels. Il est crucial que les médecins généralistes connaissent les domaines pris en soin en orthophonie pour orienter les patients dès le stade initial du syndrome et limiter les conséquences à long terme.

Ce travail débute par des recherches théoriques. Les informations recueillies sont regroupées en une synthèse. Un questionnaire est créé et diffusé afin d'interroger les médecins généralistes sur leurs connaissances relatives au traitement orthophonique du SAHOS. À partir des réponses obtenues à ce questionnaire, une plaquette d'informations est conçue. La dernière phase du mémoire est la diffusion de cet outil clinique.

Dans un premier temps, nous expliquerons le fonctionnement du sommeil et la physiopathologie du SAHOS. Nous exposerons les différents traitements de ce syndrome en apportant des précisions sur la prise en soin orthophonique. Ensuite, nous formulerons la problématique et les hypothèses de l'étude. Puis, nous développerons la méthode utilisée pour la création du questionnaire et la mise en place de la plaquette d'informations. Enfin, nous procèderons à l'analyse des résultats, puis à la discussion de ces derniers.

Contexte théorique

.1. Le sommeil

.1.1. Généralités sur le sommeil

.1.1.1. Définition

Le sommeil est un état physiologique périodique. Il alterne avec l'état de veille selon le nycthémère, le cycle biologique de 24 heures. Pendant le sommeil, des modifications physiologiques

se produisent au niveau respiratoire, cardiaque, sensoriel et au niveau du système nerveux. Il existe deux phases de sommeil, appelées le sommeil lent et le sommeil paradoxal, chacune ayant une activité neuronale spécifique (NINDS, 2023).

.1.1.2. La physiologie du sommeil

Le sommeil alterne entre des phases de sommeil lent et de sommeil paradoxal. Cette succession de phases forme des cycles qui durent environ 90 minutes. Selon l'Institut National du Sommeil et de la Vigilance (2010), chez un enfant, quatre à six cycles se répètent chaque nuit.

Un cycle commence par le sommeil lent, qui se divise en trois stades distincts. Les deux premiers stades, N1 et N2, représentent le sommeil lent léger. Le troisième stade, N3, correspond au sommeil lent profond. Lors de l'endormissement, nous entrons dans le stade N1. La fréquence cardiaque, la respiration et les mouvements oculaires diminuent, et l'activité musculaire se réduit pendant plusieurs minutes. L'activité cérébrale commence à ralentir jusqu'au stade N2, où ces modifications physiologiques s'accentuent. Les muscles se relâchent davantage et la température corporelle diminue. Le rythme cardiaque et la respiration ralentissent encore. L'activité cérébrale est lente, mais elle est ponctuée par de brèves impulsions électriques. Ensuite, nous atteignons le stade N3, où l'activité neuronale et les fonctions physiologiques sont les plus ralenties (Chennaoui & Léger, 2022).

À la fin d'un cycle, survient le sommeil paradoxal. En anglais, il est désigné par l'acronyme REM (Rapid Eye Movements) qui fait référence aux mouvements oculaires rapides. Il correspond à la phase de sommeil agité. L'activité neuronale s'intensifie et se rapproche de celle observée lors de l'éveil. Les yeux produisent des mouvements rapides et bilatéraux. C'est à ce stade que les rêves se manifestent.

.1.1.3. Les différentes fonctions du sommeil

Le sommeil influence notre état de santé physiologique et psychologique. Ses fonctions sont restauratrices, respiratoires, endocriniennes, digestives et thermorégulatrices (Dauvilliers & Billiard, 2004). Plus précisément, le sommeil lent conditionne la récupération physiologique et contribue à la régénération cellulaire. Chez les enfants, il favorise le développement corporel. Le sommeil paradoxal participe à la régulation des émotions et du stress, et consolide la mémorisation et les apprentissages. Chez l'enfant, il soutient également la maturation cérébrale (Pry, 2019).

.1.2. La physiologie de la respiration au cours du sommeil

En phase d'éveil, la respiration est assurée par une commande centrale du cerveau, qui est automatique et volontaire. Les muscles effecteurs dilatent les Voies Aériennes Supérieures (VAS) pour laisser entrer l'air jusqu'à la trachée (Meslier et al., 2012). Les VAS englobent les fosses nasales, la cavité buccale, le pharynx et le larynx.

La transition entre l'éveil et le sommeil entraîne des modifications de la fonction respiratoire. Lors du sommeil, la respiration est entièrement régulée de façon automatique par les structures neurologiques du tronc cérébral, qui font partie du système nerveux autonome. Contrairement à l'éveil, où des adaptations volontaires, comme une inspiration plus profonde, peuvent compenser un dysfonctionnement du système respiratoire (comme une diminution du tonus musculaire ou une obstruction des VAS), lors du sommeil, le contrôle automatique assure la respiration sans ajustement. En conséquence, les difficultés respiratoires ne sont pas compensées et un Trouble Respiratoire Obstructif du Sommeil (TROS) peut apparaître ou s'aggraver (Meslier et al., 2012).

.2. Le SAHOS chez l'enfant

.2.1. Description du SAHOS

.2.1.1. Définition et physiopathologie du SAHOS

Le SAHOS est un TROS, il se définit comme une fermeture complète ou partielle des VAS, qui empêche le passage de l'air lors du sommeil. Cette fermeture provoque un arrêt (apnée) ou une réduction (hypopnée) de la respiration. Le SAHOS pédiatrique touche 2 à 4% des enfants et atteint un pic de prévalence entre 3 et 8 ans (Coutier et al., 2022).

Dans le cadre d'un SAHOS, l'obstruction des VAS peut concerner tous les organes qui soutiennent le passage de l'air (Guilleminault et al., 2016). Cette obstruction provoque une apnée si le débit d'air naso-buccal est réduit de 90%. Elle entraîne une hypopnée si le débit d'air est réduit de 30%, et si elle est aussi associée à une désaturation en dioxygène et/ou à des micro-éveils (Deflandre et al., 2020).

L'hypopnée et l'apnée durent 10 à 30 secondes. Elles créent un excès de dioxyde de carbone dans le sang (hypercapnie) et une réduction de la saturation des globules rouges en oxygène (hypoxémie) (Heinzer & Aubert, 2007). Le cerveau détecte ces modifications métaboliques, ce qui amène l'enfant à se réveiller. Son réveil permet la contraction des muscles pharyngés qui rigidifient les parois des VAS et les dilatent, permettant la reprise respiratoire avant que l'enfant ne se rendorme. Ceci se produit plusieurs fois dans la nuit sur une courte durée. Selon l'Assurance Maladie (2023), l'enfant produit des micro-éveils répétés dont il n'est pas conscient. Ces micro-éveils perturbent les cycles de sommeil.

.2.1.2. Les étiologies et les facteurs de risque

Il existe trois types de SAHOS, définis par leurs étiologies qui peuvent être anatomiques et/ou fonctionnelles (Marchand, 2019).

Le SAHOS de type 1 peut survenir chez les patients présentant une obstruction des cavités nasales et/ou du pharynx (Amigou, 2022). Chez l'enfant, la cause anatomique la plus fréquente est l'hypertrophie adéno-amygdalienne. Ces tissus lymphoïdes constituent un obstacle au passage de l'air au niveau de l'oropharynx et/ou du nasopharynx à cause de leur taille. D'autres tissus peuvent obstruer les VAS, telles que les amygdales linguales (situées sur la base de langue). Le SAHOS de type 1 peut aussi résulter d'allergies chez l'enfant. En effet, les allergies peuvent induire des congestions nasales. Ces dernières obstruent le nasopharynx, entraînant des difficultés respiratoires (Warnier, 2021).

Le SAHOS de type 2 peut s'observer chez l'enfant obèse. En effet, l'obésité peut provoquer un épaississement des parois pharyngées par la présence de tissus graisseux au niveau du cou de l'enfant, ce qui diminue le calibre des VAS (Collège des Enseignants de Pneumologie, 2023).

Le SAHOS de type 3 peut se manifester dans le cadre de maladies neurologiques, malformatives, et/ou génétiques pouvant entraîner des anomalies morphologiques des structures maxillo-faciales et/ou cranio-faciales. Elles peuvent aussi conduire à des atteintes neuromusculaires (Robin, 2021), à l'origine d'une hypotonie des muscles pharyngés qui peut créer une opposition au flux d'air (résistance des VAS). Cette perturbation fonctionnelle entrave l'ouverture du pharynx lors du sommeil.

L'origine multifactorielle des SAHOS entraîne des manifestations symptomatologiques complexes.

.2.1.3. Les signes cliniques et les symptômes

Les signes cliniques du SAHOS sont très divers. Le signe le plus saillant de SAHOS est le ronflement. Les signes respiratoires nocturnes regroupent également une respiration paradoxale (inversion des mouvements ventraux lors de l'inspiration et de l'expiration), un halètement et des pauses respiratoires. L'enfant a un sommeil agité, ponctué de parasomnies (cauchemars et somnambulisme), une posture de sommeil inhabituelle avec une tendance à l'hyperextension de la nuque, et des réveils fréquents. D'autres signes physiologiques contribuent au tableau clinique de l'enfant atteint de SAHOS : les céphalées, les réveils difficiles, l'énurésie, l'hypersudation, l'augmentation de la tension artérielle et une somnolence diurne excessive, avec des répercussions sur la vie quotidienne et/ou les apprentissages (Amigou, 2022).

La diversité symptomatologique du SAHOS implique différents professionnels dans la pose du diagnostic.

.2.1.4. La pose du diagnostic

Le diagnostic médical de SAHOS est pluridisciplinaire. Il repose sur la prise en compte des signes cliniques et sur l'examen du sommeil en laboratoire : la polysomnographie (Séailles & Vecchierini, 2015). Il s'agit de l'examen de référence qui regroupe un électroencéphalogramme (EEG), un électromyogramme (EMG), un électro-oculogramme (EOG) et un électrocardiogramme (ECG). Il analyse l'activité cérébrale et musculaire, la fréquence cardiaque et l'activité oculomotrice pendant le sommeil du patient. Il mesure également la respiration, la saturation du sang en oxygène et la pression artérielle. A partir de ces mesures, les professionnels peuvent définir l'Index d'Apnées Hypopnées Obstructives (IAHO), qui correspond au nombre d'apnées ou d'hypopnées par heure chez le patient. Un diagnostic de SAHOS est posé lorsque l'IAHO est supérieur à 1,5/h.

Le SAHOS présente différents degrés de sévérité : léger (IAHO <5/h de sommeil), modéré (IAHO $\geq$ 5) et sévère (IAHO $\geq$ 10). D'autres examens peuvent être prescrits pour la pose du diagnostic, comme une oxymétrie nocturne (mesure de la saturation en oxygène dans le sang), une polygraphie respiratoire, ou une analyse de marqueurs biologiques (Franco et al., 2017).

.2.2. Les troubles secondaires au SAHOS

.2.2.1. Le trouble du sommeil

La suspension de la respiration provoque des micro-éveils. Ces réveils répétés et fréquents induisent un « trouble structurel du sommeil » (Villafranca et al., 2003). L'interruption du sommeil fragmente le repos nocturne et dérègle la succession des cycles. En effet, elle entraîne une forte réduction, voire une absence de sommeil profond et de sommeil paradoxal (Heinzer & Aubert, 2007). Lorsque l'enfant se réveille, il doit recommencer un cycle pour se rendormir. Cependant, les phases de sommeil profond et paradoxal sont tardives et ne sont pas toujours atteintes. Ceci a une incidence sur sa physiologie en phase d'éveil puisque le patient présente une somnolence diurne excessive.

.2.2.2. Les conséquences à long terme

Le trouble respiratoire observé dans le SAHOS a un impact significatif sur la santé et la qualité de vie des patients. Il peut amener à une cassure de la courbe staturo-pondérale et à des perturbations métaboliques (Coutier et al., 2022). Les complications sont aussi d'ordre cardiovasculaire, à cause de l'hypoxémie (Destors et al., 2017).

Le SAHOS provoque également des troubles comportementaux et neurocognitifs diurnes. Les particularités comportementales se manifestent par une agressivité, une impulsivité et une hyperactivité. Les troubles cognitifs touchent la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives. Ils altèrent les capacités d'apprentissage de l'enfant (Robin, 2021).

L'ensemble de ces atteintes fait l'objet d'une prise en soin pluridisciplinaire individualisée et globale.

.3. La prise en soin du SAHOS pédiatrique

.3.1. Les différents professionnels impliqués dans la prise en soin

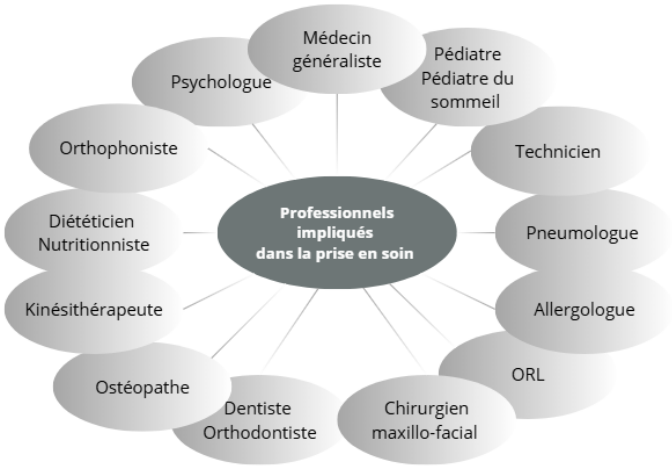

Figure 1 : Schéma des différents professionnels de santé impliqués dans le traitement du SAHOS

Les médecins généralistes et les pédiatres sont les premiers professionnels à évaluer les signes cliniques et à orienter les patients vers d'autres spécialistes. Ainsi, les médecins Oto-Rhino-Laryngologistes (ORL) contribuent à l'évaluation morphologique et dynamique des VAS et diagnostiquent d'éventuels troubles associés au SAHOS. En collaboration, les pneumologues pédiatriques, les pédiatres du sommeil et les allergologues participent à cette évaluation et au traitement. De même, les orthodontistes, les dentistes et les chirurgiens maxillo-facial peuvent être impliqués dans la prise en soin. L'enfant peut aussi consulter les psychologues, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ostéopathes et les diététiciens nutritionnistes. En outre, pour la pose du diagnostic, l'intervention d'un technicien en polysomnographie est nécessaire.

.3.2. Les traitements du SAHOS

.3.2.1. Les traitements chirurgicaux

Le traitement chirurgical est préconisé dans le cadre d'un SAHOS de type 1. L'opération est réalisée par un chirurgien pédiatre ORL. L'intervention la plus fréquente est l'exérèse des amygdales palatines, complétée par une ablation des végétations adénoïdes (Briffod & Denoyelle, 2016). Le retrait des amygdales linguales peut être nécessaire si elles obstruent l'oropharynx, mais cela est plus rare. Si l'obstruction se situe au niveau des fosses nasales, une chirurgie pour diminuer les cornets inférieurs (turbinoplastie, voire turbinectomie) est réalisée. De plus, si une déviation de la cloison nasale empêche le passage de l'air, le chirurgien procède à une septoplastie.

.3.2.2. La Pression Positive Continue

La Pression Positive Continue (PPC) est une Ventilation Non Invasive (VNI). Elle consiste à projeter une pression d'air importante par les voies nasales pour maintenir l'ouverture des VAS et ainsi, éviter le collapsus pharyngé. Elle est prescrite dans le cadre de SAHOS pédiatrique sévère, dans des centres spécialisés. Chez l'enfant, la PPC induit des altérations osseuses de la face sur le long terme. Ces modifications se manifestent par un aplatissement facial global et un recul maxillaire (Robin, 2021).

.3.2.3. Les traitements orthodontiques

Selon Cohen-Lévy et al. (2017), le traitement orthodontique exerce des pressions continues et prolongées dans le temps pour instaurer une expansion orthopédique des os de la face. Dans le cadre du traitement du SAHOS pédiatrique, deux techniques sont utilisées : la disjonction maxillaire rapide et les Orthèses d'Avancée Mandibulaire (OAM). Le premier traitement permet d'augmenter la surface de l'arcade dentaire supérieur, du palais dur et du plancher nasal, par le biais d'un disjoncteur. L'expansion osseuse induite permet l'élévation de la langue sur la voûte palatine et libère le nasopharynx. L'OAM est un appareil intrabuccal amovible qui permet de dégager le pharynx par l'avancée de la mandibule. Il permet d'augmenter la taille de l'oropharynx et du nasopharynx, limitant ainsi le risque de collapsus pharyngé (Cohen-Lévy et al., 2017).

.3.2.4. La rééducation oro-myo-fonctionnelle

La rééducation oro-myo-fonctionnelle (OMF), dont la thérapie manuelle fait partie, est assurée par les orthophonistes, les kinésithérapeutes, les ostéopathes, les chiropracteurs et les étiopathes. Elle vise à renforcer la fonction des muscles oraux, péri-oraux et pharyngés pour obtenir une respiration nasale et éviter l'affaissement des tissus mous qui entravent le passage de l'air pendant le sommeil (Marchand, 2019).

.3.2.5. Les traitements médicamenteux

L'administration d'anti-inflammatoires et d'antihistaminiques est recommandée pour certains patients porteurs de SAHOS de type 1. L'hypoxie conduit fréquemment à une inflammation des VAS. Cette inflammation contribue à l'hypertrophie des tissus mous de la sphère pharyngée et aggrave les maladies cardiovasculaires des patients (Cohen-Lévy et al., 2017).

.3.2.6. Les mesures hygiéno-diététiques

Des mesures hygiéno-diététiques sont recommandées dans le traitement des patients présentant un SAHOS de type 2 : un régime alimentaire hypocalorique et une activité physique adaptée à l'enfant. La perte de poids entraîne une réduction de la quantité de graisse dans les tissus mous du pharynx, ce qui diminue la sévérité des troubles respiratoires nocturnes (Bironneau & Meurice, 2019).

.4. Précisions sur l'évaluation et la prise en soin orthophonique du SAHOS

.4.1. Traitement orthophonique : la prescription médicale et la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

Conformément à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), l'acte orthophonique requiert une prescription médicale. Selon Marie Boisnault (2018), les médecins généralistes sont les premiers prescripteurs d'actes orthophoniques en France. Il existe deux types de prescriptions : « Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire » et « Bilan d'investigation » (Assurance Maladie, 2025). A la suite de ces deux bilans, l'orthophoniste adresse un compte-rendu au médecin prescripteur.

Le bilan permet d'objectiver les troubles du patient, en posant un diagnostic orthophonique, et d'établir un projet thérapeutique avec des objectifs à court et moyen termes, si une rééducation est nécessaire.

Dans le cadre du traitement du SAHOS, le bilan est coté en AMO 34 : « Bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » et les actes de rééducation en AMO 13,5 : « Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » (Assurance Maladie, 2025).

.4.2. Le bilan

Le bilan est divisé en trois temps distincts : l'anamnèse, l'évaluation morphologique et l'évaluation fonctionnelle. Cette succession permet une évaluation rigoureuse des particularités et des capacités de l'enfant. Ainsi, l'orthophoniste pose un diagnostic selon une approche hypothético-déductive.

.4.2.1. L'anamnèse

Lors de l'anamnèse, l'orthophoniste recueille les informations administratives, médicales et développementales du patient. Dans le cadre de pathologies pédiatriques, elle se déroule en présence d'un parent. Le professionnel accueille la plainte de la famille, identifie les signes cliniques et les symptômes. Il examine aussi l'historique du SAHOS et le parcours de soin de l'enfant.

Selon Morgane Warnier (2021), l'orthophoniste peut poser ces quatre questions aux parents :

- Est-ce que votre enfant dort la bouche ouverte ?
- Est-ce que votre enfant bave sur son oreiller ?
- Est-ce que votre enfant ronfle ?
- Est-ce que votre enfant a le nez qui chatouille ?

Les deux premières questions visent à déterminer si l'enfant a une respiration buccale (indiquée par l'ouverture de la bouche et la présence de salive sur son oreiller). La troisième question permet de préciser si l'enfant ronfle, signe clinique le plus fréquent et le plus saillant en cas de SAHOS. Enfin, la dernière question permet de savoir si l'enfant présente des allergies, qui sont l'une des principales causes de respiration buccale en raison des congestions qu'elles induisent, obstruant ainsi les voies nasales (Warnier, 2021).

L'orthophoniste s'intéresse aussi aux parafonctions, notamment aux habitudes de succion de l'enfant, qui influencent la croissance cranio-faciale et les capacités oro-motrices. Ainsi, il est

essentiel que l'orthophoniste prenne en compte la présence de succion de la tétine, du pouce, des jouets ou d'autres objets, afin de supprimer ces habitudes.

Les informations obtenues lors de l'anamnèse permettent d'orienter les évaluations ultérieures.

.4.2.2. L'évaluation morphologique

Dans un second temps, le professionnel procède à une évaluation morphologique. Elle regroupe une évaluation de la posture globale du patient et une évaluation des structures anatomiques de la face, de la cavité buccale et de l'oropharynx.

L'orthophoniste évalue la statique du patient, son tonus axial et sa tonicité globale. La posture et la tonicité ont un impact sur les fonctions oro-faciales. Leur évaluation donne des indices sur l'étiologie du SAHOS.

L'examen de la face permet d'appréhender le développement du massif facial. Des dysmorphies peuvent expliquer les troubles respiratoires. L'orthophoniste observe chaque étage du visage de l'enfant en se concentrant davantage sur l'étage inférieur. Les enfants atteints de SAHOS peuvent présenter des particularités morphologiques : un petit menton pointu, une mandibule reculée et hyperdivergente (rétrognathie) et un visage ovalaire (Robin, 2021).

L'examen de la cavité buccale et de l'oropharynx comprend l'observation de l'occlusion et des arcades dentaires, de la voûte palatine, du voile du palais, de la langue, de la base de langue et des freins (de langue, des lèvres et des joues). Les anomalies anatomiques rencontrées chez les enfants porteurs de SAHOS regroupent une macroglossie, une voûte palatine étroite due à la malposition linguale, une arcade dentaire réduite et un voile du palais allongé. L'orthophoniste contrôle aussi la taille des amygdales palatines, ainsi que la position de l'os hyoïde (Robin, 2021).

A l'issue de ces examens, l'orthophoniste évalue le fonctionnement des structures anatomiques du patient.

.4.2.3. L'évaluation fonctionnelle

Dans le cadre d'un SAHOS, l'orthophoniste évalue en premier lieu le type de respiration. Il constate généralement une respiration buccale chez l'enfant. La position basse de la langue est généralement due à une hypotonie linguale, à une voûte palatine étroite ou à une malposition fonctionnelle de la langue.

Le trouble respiratoire impacte les autres fonctions oro-faciales : la déglutition, la mastication et la phonation. Ces dernières sont interdépendantes car elles impliquent les mêmes groupes musculaires et les mêmes structures anatomiques. Par conséquent, l'orthophoniste évalue les retentissements du trouble respiratoire sur l'ensemble des fonctions oro-faciales. Parmi les signes cliniques spécifiques au SAHOS, le professionnel peut relever une voix hyponasale (si l'obstruction est au niveau du nez) ou étouffée (en cas d'hypertrophie des amygdales et/ou des végétations) (Bitners & Arens, 2020). Une déglutition dysfonctionnelle peut être observée et/ou un trouble articulatoire.

.4.3. La prise en soin orthophonique du trouble respiratoire primaire

.4.3.1. Généralités sur la prise en soin orthophonique du SAHOS

Les traitements de première intention sont chirurgicaux et par PPC, mais le TROS persiste souvent, malgré la restructuration des VAS car le schéma respiratoire reste pathologique (Compadretti et al., 2006). Dans ce contexte, l'orthophonie vise la réhabilitation d'un schéma respiratoire physiologique par l'instauration d'une respiration nasale chez l'enfant.

La respiration nasale participe à la croissance cranio-faciale et contribue au renforcement du tonus des VAS, ce qui permet de limiter le TROS. En effet, d'une part, la respiration nasale implique notamment une fermeture labiale, qui créé un équilibre d'opposition de force au niveau de la chaîne musculaire oro-faciale grâce à l'élévation de la langue et à la réaction de la sangle labio-jugale. Ceci détermine la forme des arcades alvéolaires et la position des dents. Par conséquent, la respiration nasale favorise une croissance oro-faciale harmonieuse ce qui facilite le passage de l'air jusqu'à la trachée. D'autre part, elle contribue au maintien du tonus des structures oro-pharyngées, par la proprioception du passage de l'air par les cavités nasales, qui augmente la dilatation des VAS. Cette dilatation diminue la résistance au passage de l'air et évite le collapsus des VAS. Ceci réduit les épisodes d'apnées et d'hypopnées lors du sommeil de l'enfant.

Le préalable à cette prise en soin est la suppression des parafonctions. Ces dernières comprennent la succion de la tétine, du pouce et d'objets. En orthophonie, cet accompagnement se traduit par des conseils personnalisés que les professionnels donnent aux parents dans le cadre de la guidance parentale.

.4.3.2. L'instauration de la respiration nasale par la rééducation oro-myo-fonctionnelle

L'objectif de la rééducation OMF est d'automatiser la fermeture labiale pour que l'enfant adopte naturellement un schéma respiratoire physiologique. Cette rééducation repose sur la proprioception de l'enfant, afin que la respiration nasale s'automatise grâce aux retours perceptifs qu'il reçoit sur sa propre expérience.

Dans un premier temps, l'orthophoniste s'assure que les cavités soient suffisamment perméables avant d'entreprendre un travail sur la respiration. Si les voies nasales sont obstruées par des sécrétions, le professionnel peut entraîner le mouchage chez l'enfant et proposer un accompagnement parental adapté avec des conseils d'hygiène nasale adaptée (comme la douche nasale). Si ces obstructions sont liées à des allergies, des inflammations ou des anomalies morphologiques, l'orthophoniste peut orienter le patient vers des allergologues, des médecins ORL ou des pneumopédiatres. Par la suite, le professionnel travaille sur la prise de conscience de l'indépendance des souffles (l'inspiration et l'expiration) et la gestion du souffle (sa direction, sa force, sa durée). En parallèle, l'orthophoniste entraîne la fermeture labiale pour inciter l'enfant à adopter une respiration nasale. Il peut aussi proposer des entraînements de l'élévation linguale si cela est nécessaire.

Tout au long de la rééducation, l'orthophoniste peut utiliser des miroirs, produire des schémas, guider verbalement le patient et lui poser des questions spécifiques pour renforcer le travail proprioceptif.

Dans le cadre de cette rééducation, l'orthophoniste peut s'appuyer sur des techniques de cryothérapie, axées sur la réhabilitation sensorielle pour obtenir une réponse motrice.

La thérapie manuelle fait également partie des techniques utilisées dans la rééducation OMF (Chuang et al., 2021). C'est une approche kinesthésique et proprioceptive. Elle agit directement sur les tissus conjonctifs fibro-élastiques qui relient les muscles de la face (Roman & Farenc, 2020). Les tissus musculaires sont détendus, étirés, raccourcis et mis en rotation par les mains du professionnel. Cette approche thérapeutique peut être proposée par un orthophoniste (dans le cadre de lissages et d'exercices actifs), mais aussi par un ostéopathe ou un kinésithérapeute. Dans le cadre des troubles de la sphère oro-myo-faciale, la thérapie manuelle apporte un équilibre des tensions musculaires, développe la proprioception et permet une détente locale et/ou globale chez le patient (Baude & Lacaille-Desse, 2008).

Le K-Taping peut aussi être utilisé dans la prise en soin de l'enfant présentant un SAHOS (Chuang et al., 2021). Il s'agit de bandes adhésives thérapeutiques que le professionnel applique sur la peau du patient afin de stimuler la proprioception et d'entraîner une réponse neuromusculaire. Dans le cadre d'un SAHOS, les bandes adhésives sont disposées sur le muscle orbiculaire des lèvres et/ou au niveau du muscle digastrique (sous le menton).

.4.3.3. L'instauration de la respiration nasale par les dispositifs fonctionnels

Les dispositifs fonctionnels sont des appareils thérapeutiques qui visent l'optimisation des fonctions oro-faciales. En orthophonie, les dispositifs principalement utilisés sont l'intercepteur labial et l'éducateur fonctionnel (Raskin & Warnier, 2024).

Figure 2: Intercepteur labial

Figure 3: Éducateur fonctionnel

L'intercepteur labial et l'éducateur fonctionnel permettent l'instauration de la respiration nasale par la correction de l'incompétence labiale et de la malposition linguale. Les dispositifs contiennent un bandeau souple, que l'enfant doit maintenir au niveau du vestibule (au niveau de la sangle labio-jugale) par la fermeture labiale. Cette action permet une augmentation du tonus labial en sollicitant les muscles orbiculaires et péribuccaux. Ils contribuent également à l'élévation de la langue car la fermeture labiale induit une adaptation proprioceptive qui contraint l'enfant à respirer par le nez, permettant un repositionnement lingual contre le palais. Cette élévation linguale et la fermeture labiale permettent la réhabilitation d'un schéma respiratoire physiologique. L'utilisation de ces dispositifs réduisent les apnées et les hypopnées du sommeil, grâce à l'instauration d'un schéma respiratoire physiologique, dans le cadre de SAHOS pédiatrique. Cette utilisation est complémentaire à la rééducation OMF (Raskin & Warnier, 2024).

.4.4. La prise en soin orthophonique des troubles secondaires ou associés

Sur le long terme, le SAHOS peut entraîner des troubles neurocognitifs (Lecendreux & Bioulac, 2016). Ils se manifestent par des troubles du langage oral et des troubles des apprentissages qui concernent le langage écrit et/ou la cognition mathématique. Le trouble respiratoire, en perturbant le sommeil, altère les fonctions cérébrales nécessaires aux apprentissages. L'intervention sur ce trouble permet de traiter la cause primaire des troubles neurocognitifs. Il est alors possible de réguler les troubles de langage oral et/ou les troubles d'apprentissages en améliorant la qualité du sommeil de l'enfant, si ces derniers ne sont pas d'origine neurodéveloppementale (comme la dyslexie, ou le Trouble Développemental du Langage). Une prise en soin ciblée sur la cause primaire est très efficace. Toutefois, la rééducation des troubles du langage oral et des troubles des apprentissages s'inscrit dans le champ de compétences orthophoniques. Ainsi, l'orthophoniste peut également intervenir uniquement sur les troubles secondaires.

Le SAHOS peut aussi conduire à un Trouble Alimentaire Pédiatrique (TAP) chez l'enfant. L'étiologie de ce trouble peut être anatomique et/ou fonctionnelle, selon la cause du SAHOS. Tout comme pour les troubles du langage et les troubles d'apprentissages, l'orthophoniste peut intervenir sur le trouble respiratoire ou sur les troubles secondaires.

Ainsi, deux stratégies d'intervention sont possibles : prendre en soin le trouble respiratoire pour traiter la cause sous-jacente, ou intervenir uniquement sur les troubles secondaires, ce qui conduit à une prise en soin généralement moins efficace dans le cadre d'un SAHOS. L'intervention sur le trouble primaire présente un grand intérêt puisqu'elle permet de maximiser les bénéfices de l'intervention, ce qui réduit la durée du suivi des patients et ainsi, permet d'alléger la liste d'attente pour les soins en cabinet libéral.

Problématique

Nous savons que les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs de soins orthophoniques. Néanmoins, nous ignorons le niveau de leurs connaissances sur le champ de compétences des orthophonistes, notamment dans le cadre de la prise en soin du SAHOS. Ceci soulève une double problématique : d'une part, quelles sont les connaissances des médecins généralistes sur la prise en soin orthophonique du SAHOS chez l'enfant ? D'autre part, comment sensibiliser et informer efficacement les médecins généralistes sur cette prise en soin, afin de favoriser une orientation précoce et adaptée des patients ?

But, objectif et hypothèses

Ce mémoire vise à fournir un outil informatif et concis à destination des médecins généralistes. En créant une plaquette d'informations, nous souhaitons sensibiliser les professionnels de santé aux compétences spécifiques des orthophonistes et à l'importance de leur intervention dès les premiers stades du SAHOS. Cette initiative vise à améliorer la collaboration interprofessionnelle et à optimiser la prise en soin des patients.

Les hypothèses de ce mémoire sont les suivantes : nous pensons que les médecins généralistes ne seraient pas suffisamment informés sur les indications de prise en soin orthophonique du SAHOS de l'enfant. De plus, nous supposons que, parmi les ressources à leur disposition, les médecins généralistes consultent les plaquettes d'informations dans leur pratique clinique.

Méthode

.1. Les recherches théoriques

Ce mémoire a commencé par des recherches théoriques. Il s'agissait de dresser un état des lieux des connaissances actuelles sur le sommeil, le SAHOS, ainsi que l'évaluation et les traitements de ce syndrome. Les recherches ont été menées grâce aux moteurs de recherche « Google Scholar », « Lilocat », « Cairn » et « PubMed » et aux ressources disponibles à la Bibliothèque Universitaire (BU) de la Faculté de Médecine de Lille. Ces services nous ont permis de consulter des ouvrages et des articles s'appuyant sur les dernières données de la science.

Nous nous sommes également appuyées sur le podcast OrthosPower de Lucie Cambrai et de Morgane Warnier, intitulé « Les troubles respiratoires du sommeil » pour trouver des informations relatives au SAHOS.

Les informations recueillies ont servi de point de départ à la mise en place du questionnaire et à la création de la plaquette d'informations.

.2. Le questionnaire

.2.1. La création du questionnaire

Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire pour évaluer les connaissances des médecins généralistes sur les indications de prise en soin orthophonique du SAHOS pédiatrique et pour orienter le contenu de notre plaquette.

Nous avons choisi une version informatisée pour faciliter sa diffusion. Le questionnaire est élaboré sur le logiciel LimeSurvey. Il s'adresse aux médecins généralistes puisqu'ils représentent la population cible de la plaquette.

Le questionnaire contient 11 questions, organisées en 3 groupes (cf. Annexe 2). Le premier groupe concerne l'exercice professionnel des médecins généralistes. Le second groupe cible leurs connaissances sur la pratique orthophonique dans le domaine du SAHOS afin d'en établir un état des lieux. Enfin, le dernier groupe aborde la création de la plaquette, dans le but d'orienter le contenu de la plaquette.

Les réponses aux questions sont sous forme de boutons radio (à choix unique) et de choix multiples. Pour certains items, nous avons décidé d'inclure une option « Autre ». Cette option permet aux médecins généralistes de soumettre des réponses que nous n'avions pas envisagées. Ces réponses supplémentaires permettent d'avoir un contenu plus exhaustif pour la plaquette.

De plus, l'apparition des questions varie en fonction des réponses obtenues. Certaines questions ne sont pas présentées selon la réponse donnée à la question précédente. Ceci réduit le temps de réponse et assure la pertinence des questions proposées.

Afin de s'assurer de la pertinence et de la clarté du questionnaire, nous avons organisé un entretien avec un médecin généraliste (cf. Annexe 3). Le questionnaire a été envoyé au médecin par email au préalable. Cet entretien commence par une introduction succincte du sujet du mémoire, de ses objectifs et de la méthodologie utilisée. Ensuite, les questions abordent la structure générale du questionnaire, son contenu et enfin, les terminologies employées. A la suite de cet entretien, aucune modification n'a été apportée au questionnaire.

.2.2. La diffusion du questionnaire et le recueil des données

La diffusion du questionnaire est autorisée par le Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université de Lille (cf. Annexe 1).

Lors de la diffusion du questionnaire, nous avons constaté que le nombre de réponses que nous pouvions récolter était limité à 25. Nous avons donc contacté la Direction Opérationnelle Système d'Information, Multimédia et Audiovisuel (DOSIMA) de l'Université de Lille. Nous avons pu bénéficier d'un nouveau lien pour transmettre le questionnaire, sans en changer la structure générale. Cependant, nous avions déjà récolté 14 réponses avec le premier lien. Nous avons décidé de conserver ces réponses et de les intégrer à notre analyse.

Nous avons soumis le questionnaire aux médecins généralistes par plusieurs moyens.

D'une part, nous avons diffusé le questionnaire auprès d'une centaine de médecins par mail, dont nous avons recensé les adresses à partir de listes de médecins agréés accessibles sur les sites des Agences Régionales de Santé (ARS).

D'autre part, nous avons créé un post sur quatre comptes Facebook regroupant des médecins généralistes, tels que « Médecins généralistes », « Annonces médecins généralistes (rempla, collab, assistanat, salariat) » pour transmettre le lien d'accès au questionnaire.

Nous avons aussi transmis le questionnaire à des médecins généralistes que nous connaissions personnellement, en les contactant par mail et sur leur profil personnel Facebook.

De plus, nous avons diffusé un flyer numérique contenant le lien d'accès et un QR Code redirigeant directement vers le questionnaire (cf. Annexe 4) via des publications sur LinkedIn et Facebook, depuis mon compte personnel.

Enfin, nous avons transmis le lien de notre questionnaire à 39 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), contactées sur Linkedin. Nous en avons également contacté 11 autres par mail. Cependant, notre demande a été systématiquement déclinée par chaque CPTS.

.2.3. Le recueil et l'analyse des données

Le recueil de données est anonyme afin d'assurer la protection des données.

Nous avons recueilli 48 réponses (43 complètes et 5 incomplètes). Pour analyser les résultats, nous avons créé un tableur Excel afin de regrouper les résultats des deux versions du questionnaire, ce qui nous a permis de calculer des pourcentages pour chaque réponse aux questions. De plus, pour analyser et trier les réponses qualitatives, nous avons élaboré un fichier Word.

.3. La plaquette d'informations

.3.1. La création de la plaquette

Nous avons choisi de créer un outil informatif et concis, sous la forme d'une plaquette. Ce choix s'explique par son efficacité à transmettre des informations de façon synthétique.

La plaquette a été réalisée sur le site Canva. Elle est organisée de la façon suivante : une première page comprend le rappel des différentes étiologies, des signes cliniques, de la pose de diagnostic, des professionnels de santé impliqués dans la prise en soin des patients et des traitements, puis, une seconde page est dédiée à la rééducation orthophonique.

Pour adapter le contenu sur la prise en soin orthophonique du SAHOS, nous avons appelé une orthophoniste formée en rééducation OMF dans le cadre de sa formation continue. Elle exerce en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) et accompagne de nombreux enfants atteints de TROS. Cet entretien a permis de sélectionner, en parallèle des résultats obtenus au questionnaire et à partir de l'expertise clinique de l'orthophoniste, les informations les plus fréquemment transmises aux médecins généralistes concernant le traitement orthophonique du TROS. Cette sélection a ainsi permis de limiter une surcharge d'informations dans la plaquette.

.3.2. La diffusion de la plaquette

Lorsque la plaquette a été terminée et validée par le jury du mémoire, une demande de diffusion de la plaquette a été formulée auprès d'organismes, tels que l'ARS (Agence Régionale de Santé), les URPS (Unions Régionales des Professionnels de Santé) et les CPTS.

Nous avons également diffusé la plaquette auprès de médecins généralistes que nous connaissions et aux médecins nous ayant demandé un retour sur l'étude lors de la diffusion du questionnaire. Nous l'avons également postée sur Linkedin.

Résultats

Nous avons décidé d'analyser exclusivement les 43 réponses complètes. Pour chaque question, nous avons calculé les pourcentages de réponses, et afin d'en améliorer la lisibilité, nous avons choisi de présenter certains résultats sous forme de graphiques.

.1. L'exercice professionnel des médecins généralistes

Question 1 : « Quel est votre type d'exercice ? »

Parmi les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, 70% (n=30) ont une activité libérale, contre 12% (n=5) en salariat et 18% (n=8) mixte.

Questions 2 et 3 : « Avez-vous déjà prescrit ou orienté vers un bilan orthophonique (toutes pathologies confondues) ? », « Avez-vous déjà réalisé cette prescription ou effectué cette orientation dans le cadre d'un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) chez l'enfant ? »

Sur les 43 médecins interrogés, 86% (n=37) ont déjà prescrit un bilan orthophonique. Parmi eux, 19% (n=7) l'ont fait spécifiquement dans le cadre d'un SAHOS chez l'enfant.

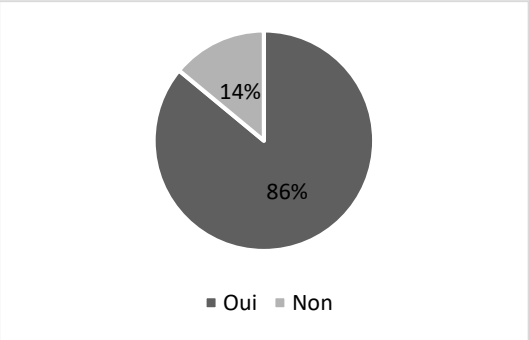

Figure 4 : Répartition des médecins ayant déjà prescrit un bilan orthophonique (toutes pathologies confondues)

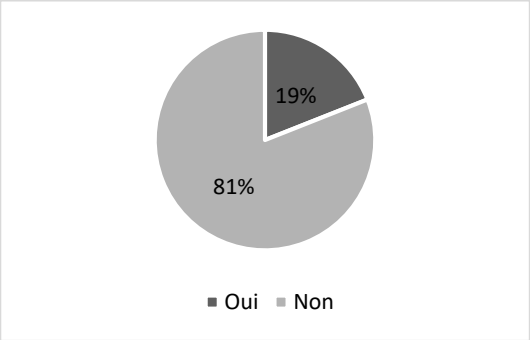

Figure 5 : Répartition des prescriptions/orientations dans le cadre d'un SAHOS chez l'enfant, parmi les médecins ayant déjà prescrit un bilan orthophonique

.2. Connaissances des médecins généralistes sur l'intervention orthophonique

Questions 4 et 5 : « Saviez-vous que l'orthophoniste contribue à la prise en charge du SAHOS ? », « Connaissez-vous le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge du SAHOS chez l'enfant ? »

A la question 4, 51% (n=22) des médecins généralistes indiquent savoir que l'orthophoniste intervient dans le traitement du SAHOS chez l'enfant. Parmi ces 51%, 68% (n=15) affirment connaître le rôle de l'orthophoniste dans ce traitement.

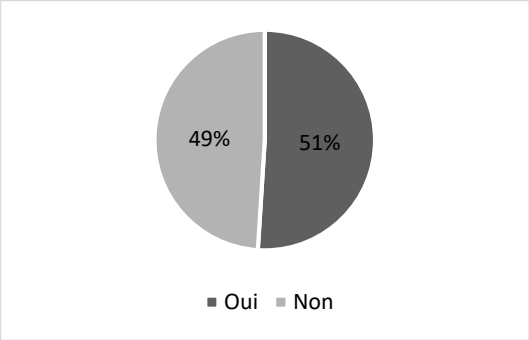

Figure 6 : Répartition des médecins ayant connaissance de l'implication de l'orthophoniste dans le traitement du SAHOS chez l'enfant

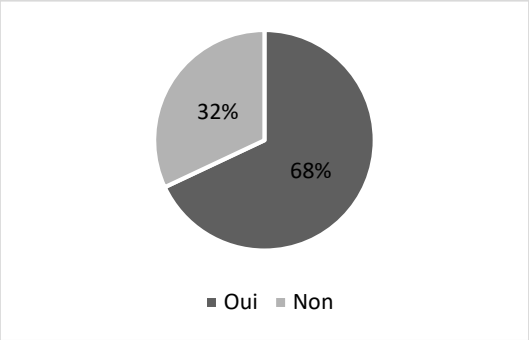

Figure 7 : Répartition des médecins connaissant le rôle de l'orthophoniste, parmi les médecins ayant connaissance de la contribution de l'orthophoniste dans ce traitement

.3. Création de la plaquette

Question 6 : « Estimez vous être suffisamment informé(e) sur les signes cliniques du SAHOS ? »

74% (n=32) des médecins généralistes de notre étude estiment être suffisamment informés sur les signes cliniques du SAHOS.

Question 7 : « Quelles informations générales souhaitez-vous voir dans la plaquette ? »

Sur les 43 médecins généralistes interrogés, 91% (n=39) ont choisi les signes cliniques, 79% (n=34) les étiologies, 70% (n=30) la démarche diagnostique, et enfin 76% (n=33) les traitements, comme informations souhaitées sur la plaquette.

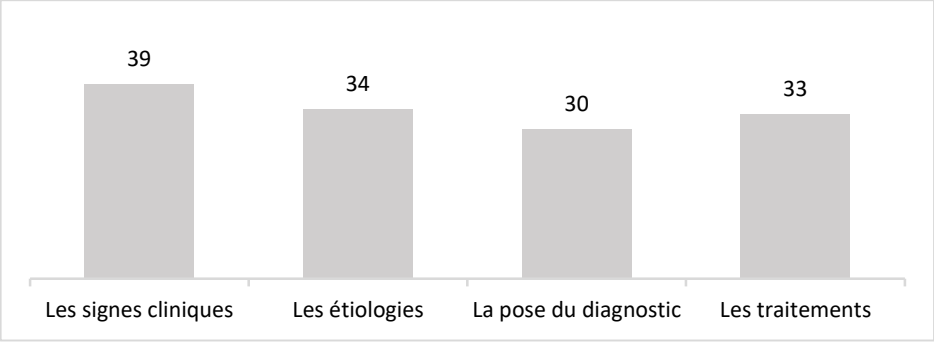

Figure 4: Informations générales souhaitées par les médecins dans la plaquette

A cette question, nous avons aussi recueilli, dans la mention « Autre », les 3 réponses qualitatives suivantes :

- « Particularités pédiatriques et apports de l'orthophonie dans le diagnostic et/ou traitements ».
- « Ordonnance type ».
- « Kiné OMF couplée à orthophonie ».

Question 8 : « Quelles informations sur le traitement orthophonique du SAHOS souhaitez vous voir dans la plaquette ? »

Parmi les 43 médecins ayant répondu au questionnaire, 100% (n=43) ont sélectionné les indications de prise en soin, 72% (n=31) les objectifs de prise en soin, 40% (n=17) les étapes du bilan et 60% (n=26) les axes de prise en soin.

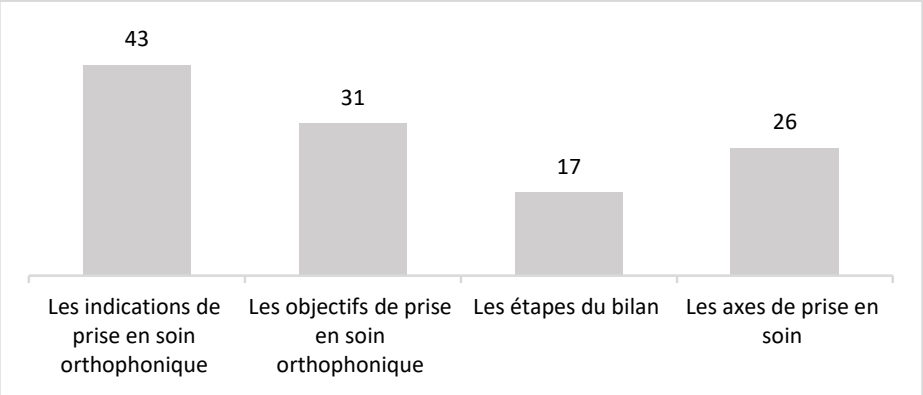

Figure 5 : Informations sur le traitement orthophonique souhaitées par les médecins dans la plaquette

Question 9 : « Vous souhaitez que les informations sur les axes de la prise en charge orthophonique du SAHOS soient :… »

Selon les résultats, 56 % (n=24) des médecins généralistes préfèrent que les informations relatives au traitement orthophonique soient plutôt générales. 32 % (n=14) souhaitent qu'elles soient détaillées, tandis que 12 % (n=5) privilégient des informations générales. Aucun des médecins interrogés ne souhaite que les informations soient très détaillées ou très générales.

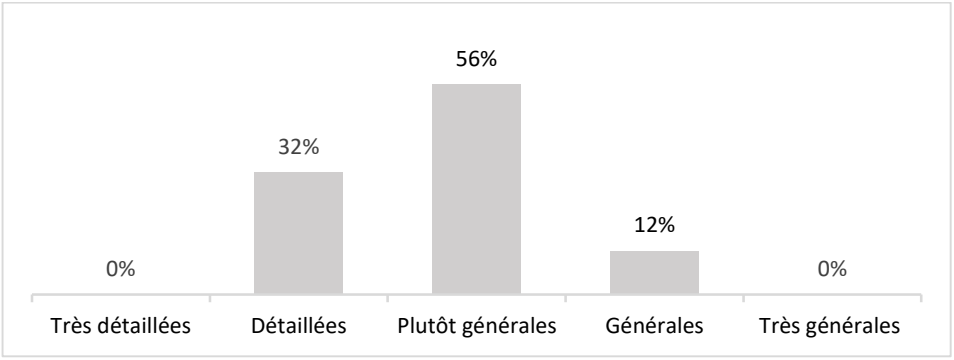

Figure 6 : Niveau de précision des informations souhaitée par les médecins

Question 10 : « Quel format préférez-vous pour la plaquette ? »

La plupart des médecins (51%) (n=33) préfèrent un format numérique pour la plaquette. 19% (n=12) ont sélectionné le dépliant, contre 16% (n=10) le flyer et 14% (n=9) l'affiche.

Grâce à la mention « Autre », un médecin généraliste suggère un format « PDF ».

Question 11 : « Pensez-vous consulter cette plaquette dans votre pratique clinique si un patient vous est adressé pour un SAHOS ? »

L'ensemble des médecins généralistes interrogés (100%) (n=43) ont déclaré qu'ils consulteraient la plaquette s'ils recevaient un jeune patient présentant un SAHOS.

Discussion

L'objectif de ce mémoire est de mettre à disposition des médecins généralistes un outil informatif, concis et adapté à leurs attentes, qu'ils pourront consulter aisément dans leur pratique clinique. Cette plaquette présente la prise en soin du SAHOS chez l'enfant et l'implication de l'orthophoniste dans ce traitement.

La majorité des médecins interrogés exercent en libéral (70 %) et 86 % ont déjà prescrit un bilan orthophonique, mais seulement 19 % l'ont fait dans le cadre d'un SAHOS chez l'enfant. 51% des médecins savent que l'orthophoniste intervient dans cette prise en soin, et parmi eux, 68 % en connaissent le rôle.

Pour la plaquette d'informations, 74 % des médecins se sentent suffisamment informés sur les signes cliniques du SAHOS. Toutefois, ils souhaitent voir figurer sur la plaquette les signes cliniques (91 %), les étiologies, la démarche diagnostique et les traitements. Tous souhaitent des informations sur les indications de prise en soin orthophonique, et la plupart préfèrent que les informations sur la prise en soin orthophonique soient plutôt générales. Enfin, 51 % souhaitent un format numérique, et 100 % affirment qu'ils consulteraient la plaquette s'ils recevaient un enfant présentant un SAHOS.

.1. Confrontation des résultats aux hypothèses

Notre première hypothèse suggérait que les médecins généralistes disposaient d'une connaissance insuffisante sur les indications de la prise en soin orthophonique du SAHOS chez l'enfant. Les résultats du questionnaire confirment cette hypothèse : en effet, seuls 51 % des médecins interrogés savaient que l'orthophoniste intervenait dans la prise en soin du SAHOS. Par ailleurs, parmi ceux ayant connaissance de cette intervention, 32 % ne sont pas en mesure de préciser le rôle de l'orthophoniste dans cette prise en soin.

Notre seconde hypothèse supposait que parmi les ressources à leur disposition, les médecins consultaient des plaquettes d'informations dans leur pratique clinique. Cette hypothèse est également confirmée puisque l'ensemble des médecins interrogés ont indiqué qu'ils consulteraient notre outil s'ils recevaient un patient présentant un SAHOS.

.2. Interprétation et exploitation des résultats pour la création de la plaquette

.2.1. La pratique professionnelle des médecins généralistes

La première question nous permet d'identifier le type d'exercice de la population de notre étude. Les résultats indiquent qu'il s'agit surtout de médecins exerçant en libéral. Au vu de ces résultats, nous estimons que la plaquette sera principalement consultée par les médecins généralistes libéraux.

Nous savons que parmi la population interrogée, la majorité des médecins ont déjà orienté des patients vers un orthophoniste, mais seulement 19% de ces prescriptions s'inscrivent dans le cadre d'un SAHOS. Ces résultats peuvent être liés au fait que seulement la moitié (51%) des médecins généralistes interrogés ont connaissance de l'implication de l'orthophoniste dans le traitement du SAHOS chez l'enfant. Parmi eux, une majorité connaît le rôle de l'orthophoniste dans ce traitement.

Ces résultats montrent la pertinence de la mise en place d'une plaquette afin de favoriser la pluridisciplinarité des soins. La pertinence de cet outil est aussi confirmée par l'ensemble des

médecins généralistes interrogés, qui affirment qu'ils consulteraient la plaquette si un enfant présentant un SAHOS leur était adressé.

.2.2. La contribution et les attentes des médecins généralistes dans la conception de la plaquette

Lors de nos réflexions sur la création de la plaquette, nous avons imaginé créer une grille d'évaluation reprenant l'ensemble des signes cliniques et des symptômes du SAHOS. Cette grille aurait été disponible via un QR Code sur la plaquette. Nous l'avions évoquée lors de l'entretien avec le médecin généraliste (cf. Annexe 3), qui nous avait encouragées à créer cette grille pour alléger le contenu de la plaquette. Toutefois, nous avons décidé de ne pas créer cet outil supplémentaire puisque les médecins généralistes interrogés estiment être suffisamment informés sur les signes cliniques et les symptômes. Nous avons donc décidé de simplement rappeler les principaux signes cliniques et symptômes dans le corps de texte de la plaquette.

La plupart des médecins souhaitent que les étiologies, les signes cliniques, la démarche diagnostique et les traitements soient cités dans la plaquette. De plus, l'un des médecins a suggéré l'évocation des particularités pédiatriques et de l'apport de l'orthophonie dans le diagnostic et/ou dans le traitement, ce que nous avons ajouté à la plaquette. Cependant, nous avons décidé de ne pas mentionner la pratique des kinésithérapeutes, proposée par l'un des participants, car ceci n'est pas le sujet de notre étude. Nous avons également choisi d'ajouter l'ordonnance type, mentionnée par l'un des médecins participants, afin de rappeler qu'il n'existe que deux types de prescriptions pour un bilan orthophonique, quelle que soit la pathologie.

Concernant le contenu de notre plaquette sur le traitement orthophonique, les médecins interrogés souhaitent connaître les indications de prise en soin orthophonique, les objectifs thérapeutiques, les axes de prise en soin et les étapes du bilan. Les médecins préfèrent que toutes ces informations soient plutôt générales.

Enfin, nous avons opté pour une version informatisée de la plaquette, disponible en format PDF, qui a été demandée par les médecins généralistes dans le questionnaire, afin de faciliter sa diffusion et son accessibilité.

.3. Limites de l'étude

.3.1. Biais de l'étude

Le nombre de réponses obtenues est inférieur à nos attentes puisque nous attendions un minimum de 60 réponses. En effet, entre décembre 2024 et mars 2025, nous avons envoyé le lien d'accès au questionnaire à une centaine de médecins par e-mail, contacté des médecins que nous connaissions, publié 2 posts sur LinkedIn et Facebook, créé un post publié sur 4 groupes Facebook différents dédiés aux médecins généralistes, et contacté 50 CPTS. Malgré ce travail de diffusion, nous avons recueilli un total de 43 réponses. Nous savons que la taille de notre échantillon empêche une généralisation des résultats à l'ensemble des médecins généralistes exerçant en France. Ce constat illustre un biais de sélection, qui survient notamment lorsque la population interrogée ne reflète pas fidèlement les caractéristiques d'une population cible. Dans le cadre de notre étude, ce biais se manifeste par la taille de l'échantillon.

De plus, il est possible que parmi les médecins interrogés, certains aient suivi des formations spécifiques sur les troubles du sommeil et seraient donc informés sur la contribution de l'orthophoniste dans le traitement du SAHOS. Cependant, ces médecins ne représentent pas

l'ensemble de la population cible, car une proportion inconnue n'a sûrement pas bénéficié d'une formation spécifique sur les troubles du sommeil. Ainsi, la participation de ces médecins formés aux troubles du sommeil introduit également un biais de sélection dans notre étude, car l'échantillon choisi ne reflète pas fidèlement la population générale des médecins généralistes. Ce biais aurait pu être corrigé en incluant une question sur les formations supplémentaires des médecins, ce qui aurait permis de catégoriser les réponses. Une autre option aurait été d'exclure du questionnaire les médecins ayant suivi une formation sur les troubles du sommeil, en en faisant un critère d'exclusion.

.3.2. Absence de retour des professionnels sur la plaquette

Au cours de cette étude, nous avons pu recueillir les attentes des médecins généralistes concernant la conception de notre outil. En revanche, nous n'avons pas évalué sa qualité ni son intégration dans la pratique clinique des professionnels ciblés. Bien que les résultats montrent que les médecins consultent régulièrement des plaquettes d'informations, il reste incertain que notre outil réponde à leurs besoins.

Une solution pour pallier cette limite aurait été de diffuser la plaquette, puis de proposer une enquête de satisfaction auprès des médecins l'ayant consultée. Cela aurait permis d'obtenir un retour direct sur la clarté, la pertinence et l'utilité de l'outil dans un contexte d'exercice clinique.

.4. Apport de ce travail pour les pratiques

Dans le traitement du SAHOS chez l'enfant, l'orthophoniste intervient à plusieurs étapes clés du parcours de soins, notamment lors du dépistage, de l'évaluation et de la prise en soin. Le professionnel traite les troubles primaires, secondaires et associés, ce qui est essentiel pour garantir une approche globale et complète du soin. Cependant, pour que ce traitement puisse être mis en place, les médecins prescripteurs, en l'occurrence les médecins généralistes dans notre étude, doivent être informés des compétences spécifiques de l'orthophoniste afin de pouvoir orienter les patients lorsque cela est nécessaire. Dans ce contexte, la plaquette d'informations joue un rôle crucial en sensibilisant les médecins sur le champ d'intervention de l'orthophoniste, contribuant ainsi à favoriser une approche pluridisciplinaire du traitement et un dépistage précoce du SAHOS chez l'enfant.

.5. Perspectives

Au cours de l'étude, nous avons constaté que la littérature sur le traitement orthophonique du SAHOS, en particulier chez l'enfant, est insuffisante. Chez l'adulte, des études scientifiques sont en cours, notamment à la clinique de Flandre de Dunkerque, où une étude mesure les bénéfices de la thérapie manuelle associée à une prise en soin par la PPC et l'OAM chez les patients atteints de SAHOS (mémoire de Clotilde Sahuc, encadré par Guillaume Aussedat et Rachel Halimi). Dans cette même clinique, une deuxième étude a pour objectif de montrer l'intérêt de la rééducation OMF couplée à la thérapie manuelle dans la prise en soin orthophonique du SAHOS (mémoire d'Augustine Mauillon, encadré par Guillaume Aussedat et Rachel Halimi). Il serait donc pertinent de mener des études similaires chez l'enfant afin d'évaluer l'impact des différentes approches thérapeutiques et de préciser les spécificités de la prise en soin orthophonique pédiatrique.

Conclusion

Le traitement du SAHOS chez l'enfant implique une prise en soin pluridisciplinaire. L'orthophoniste y contribue en proposant un traitement spécifique visant principalement à instaurer une respiration nasale fonctionnelle. Toutefois, l'intervention orthophonique repose sur une prescription médicale. Il est donc essentiel que les médecins prescripteurs aient une bonne connaissance du champ de compétences des orthophonistes. Compte tenu du rôle central des médecins généralistes dans la prescription de soins orthophoniques, notre étude s'est focalisée sur cette population médicale.

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons établi un état des lieux des connaissances actuelles concernant la prise en soin du SAHOS chez l'enfant, à partir d'une étude de la littérature menée grâce à différents moteurs de recherche, tels que « Google Scholar » et « Lilocat », et aux ouvrages disponibles à la BU Santé de l'Université de Lille.

Nous avons parallèlement élaboré un questionnaire à destination des médecins généralistes, afin d'évaluer leurs connaissances sur le traitement orthophonique du SAHOS chez l'enfant et de recueillir leur avis concernant la création d'une plaquette d'informations.

Les résultats obtenus indiquent que les médecins généralistes sont encore peu informés sur l'implication de l'orthophoniste dans cette prise en soin, ce qui confirme notre première hypothèse. Par ailleurs, notre seconde hypothèse, selon laquelle les médecins utilisent des supports d'informations tels que des plaquettes dans leur pratique clinique, a également été confirmée.

Les recherches théoriques et les résultats obtenus au questionnaire nous ont permis de sélectionner les informations pour la plaquette. Celle-ci se compose de deux pages : la première présente la prise en soin globale du SAHOS chez l'enfant, avec un rappel de la physiopathologie, des étiologies, des signes cliniques, du parcours diagnostique et des différents traitements. La seconde page est consacrée à l'intervention orthophonique, incluant les indications de prise en soin, les objectifs thérapeutiques, les axes de prise en soin et les méthodes utilisées. Cette plaquette est disponible en version numérique.

Ce travail, en s'inscrivant dans une démarche de sensibilisation et de transmission d'informations, vise ainsi à renforcer la collaboration entre orthophonistes et médecins généralistes, dans l'intérêt d'un dépistage précoce et d'une prise en soin globale et adaptée des enfants atteints de SAHOS.

Bibliographie

Aiguier, G., Poirette, S., & Pélissier, M.-F. (2016). Chapitre 5. Accompagner l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle : Une nécessaire gouvernance réflexive du dispositif pédagogique. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, *27*(1-2), 91-112.

Amigou, A. (2022). *Amygdalectomie intracapsulaire dans le traitement de l'hypertrophie amygdalienne bilatérale symptomatique avec ou sans troubles respiratoires du sommeil*.

Baude, C., & Lacaille-Desse, F. (2008). *Apports et utilisation de la thérapie manuelle en rééducation orthophonique de l'enfant* [Mémoire]. Université de Lyon.

Bironneau, V., & Meurice, J. C. (2019). Prise en charge thérapeutique du syndrome d'apnées obstructives du sommeil : Vers une médecine personnalisée. *Médecine du Sommeil*, *16*(4), 225-237.

Bitners, A. C., & Arens, R. (2020). Evaluation and Management of Children with Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Lung*, *198*(2), 257-270.

Boisnault, M. (2018). *Connaissances des médecins généralistes sur la prescription de l'orthophonie* [Mémoire]. Université de Nice.

Briffod, J., & Denoyelle, F. (2016). Chapitre 11 - Chirurgie d'amygdalectomie et/ou adénoïdectomie des troubles respiratoires obstructifs du sommeil : Précautions en cas de syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil connu et place de l'ambulatoire. In R. Marianowski & P.-J. Monteyrol (Éds.), *SAOS de L'enfant* (p. 91-99). Elsevier Masson.

Chennaoui, M., & Léger, D. (2022). Le sommeil et les conséquences du manque de sommeil : Définitions et généralités. *Revue Défense Nationale*, *Hors-série*(HS1), 13-21.

Chuang, L.-C., Hervy-Auboiron, M., Huang, Y. S., Bianchini, E. M. G., Reina, C. O., Yoon, A., & Amat, P. (2021). Rééducation myofonctionnelle orofaciale et prise en charge multidisciplinaire des troubles respiratoires obstructifs du sommeil—Un entretien avec Lichuan Chuang, Michèle Hervy-Auboiron, Yu-Shu Huang, Esther Mandelbaum Gonçalves Bianchini, Carlos O'Connor Reina, Audrey Yoon. *Revue d'Orthopédie Dento-Faciale*, *55*(4), Article 4.

Cohen-Lévy, J., Potenza, J., & Couloigner, V. (2017). Syndrome d'apnée obstructive du sommeil de l'enfant : Stratégie thérapeutique. *Archives de Pédiatrie*, *24*, S39-S47.

Compadretti, G. C., Tasca, I., & Bonetti, G. A. (2006). Nasal Airway Measurements in Children Treated by Rapid Maxillary Expansion. *American Journal of Rhinology*, *20*(4), 385-393.

Coutier, L., Aubertin, G., Schweitzer, C., Ioan, I., & Franco, P. (2022). Troubles respiratoires obstructifs du sommeil du nourrisson à l'adolescent : Spécificités sémiologiques et diagnostiques, conséquences pour la prise en charge. *Perfectionnement en Pédiatrie*, *5*(1), 3-13.

Dauvilliers, Y., & Billiard, M. (2004). Aspects du sommeil normal. *EMC - Neurologie*, *1*(4), 458-480.

Deflandre, E., Joris, J., & Benhamou, D. (2020). Rationalisation de la gestion périopératoire du syndrome d'apnées et d'hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS). *Anesthésie & Réanimation*, *6*(4), 412-423.

Destors, M., Tamisier, R., Galerneau, L.-M., Lévy, P., & Pepin, J.-L. (2017). Physiopathologie du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil et de ses conséquences cardio-métaboliques. *La Presse Médicale*, *46*(4), 395-403.

Franco, P., Bourdin, H., Braun, F., Briffod, J., Pin, I., & Challamel, M.-J. (2017). Diagnostic du syndrome d'apnée obstructive du sommeil chez l'enfant (2–18 ans) : Place de la polysomnographie et de la polygraphie ventilatoire. *Archives de Pédiatrie*, *24*, S16-S27.

Guilleminault, C., Mondain, M., & Marianowski, R. (2016). Chapitre 4 - Troubles respiratoires obstructifs du sommeil de l'enfant : Définitions, pathophysiologie, examen clinique. In R. Marianowski & P.-J. Monteyrol (Éds.), *SAOS de L'enfant* (p. 25-33). Elsevier Masson.

Heinzer, R., & Aubert, J.-D. (2007). Syndrome d'apnées du sommeil. *Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum*, *7*.

Lecendreux, M., & Bioulac, S. (2016). Chapitre 5—Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, retentissement cognitif et syndrome d'apnées obstructives du sommeil chez l'enfant. In R. Marianowski & P.-J. Monteyrol (Éds.), *SAOS de L'enfant* (p. 35-38). Elsevier Masson.

Marchand, M.-E. (2019, août 22). *Apnée du sommeil et orthophonie*. Marie-Emmanuelle Marchand.

Meslier, N., Perrin, C., Orvoen-Frija, E., & Sattler, C. (2012). Physiologie de la respiration au cours du sommeil normal. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, *4*(3), 159-161.

Pry, R. (2019). Sommeil et développement. *Enfance*, *2*(2), 289-294. Cairn.info.

Raskin, S., & Warnier, M. (2024). *Préserver le SOUFFLE de vie NASAL de l'enfant*.

Robin, E. (2021). Thérapie oro-myo-fonctionnelle dans le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) chez l'enfant. In *Troubles oro-myofonctionnels chez l'enfant et l'adulte* (p. 136-138). De Boeck Supérieur.

Roman, C., & Farenc, J. (2020). *Contribution of Manual Therapy to Peripheral Facial Palsy rehabilitation, in French Journal of Speech Language Therapy : Rééducation Orthophonique*. *282*, 149-173.

Séailles, T., & Vecchierini, M.-F. (2015). Les particularités des examens diagnostiques du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) de l'enfant. *Revue d'Orthopédie Dento-Faciale*, *49*(2), Article 2.

Villafranca, F. D. C., Plana, J. C., Diaz-Esnal, B., Fernandez-Mondragon, P., Escalada, E. M., & Rodriguez, M. P. (2003). Ronchopathie chronique et syndrome de l'apnée-hypopnée obstructive du sommeil chez l'enfant. *L'Orthodontie Française*, *74*(3), Article 3.

Brain basics : Understanding sleep. (2023). National Institute Of Neurological Disorders And Stroke. Consulté le 29 mars 2024, à l'adresse https://www.ninds.nih.gov/health-information/public-education/brain-basics/brain-basics-understanding-sleep

Comprendre l'apnée du sommeil. (2023). Assurance Maladie | Assuré. Consulté le 4 avril 2025, à l'adresse https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/apnee-du-sommeil/comprendre-apnee-sommeil

Item 110 : Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte. (2023). Collège des Enseignants de Pneumologie. Consulté le 3 avril 2025, à l'adresse https://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2023/07/ITEM_110_TROUBLES-DU-SOMMEIL_2023.pdf

Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) – Version du 1er février 2025 (2025). Consulté le 4 avril 2025, à l'adresse https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/NGAP%2001.02.2025_VF.pdf

Sommeil un carnet pour mieux comprendre (2010) | Institut National du Sommeil et de la Vigilance. Consulté le 3 avril 2024, à l'adresse https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Sommeil_un_carnet_pour_mieux_comprendre.pdf

OpenAI. (2025). *ChatGPT* (version GPT-4.5) [Modèle de langage utilisé pour l'aide à la reformulation de contenus rédactionnels]. https://chat.openai.com

Warnier, M. (2021). *Les troubles respiratoires du sommeil* [Épisode de podcast]. Dans *OrthosPower*.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Récépissé de l'attestation

Annexe n°2 : Questionnaire à destination des médecins généralistes

Annexe n°3 : Transcription de l'entretien avec un médecin généraliste

Annexe n°4 : Flyer numérique pour la diffusion du questionnaire

Annexe n°5 : Version finale de la plaquette d'informations à destination des médecins

Mise en place d'une plaquette à destination des médecins généralistes sur les indications de prise en soin orthophonique du Syndrome d'Apnées-Hypopnées Obstructives du Sommeil chez l'enfant de 3 à 8 ans

Discipline : Orthophonie

Léa AUBRY

Résumé :

Le traitement du SAHOS s'inscrit dans une approche pluridisciplinaire, à laquelle l'orthophoniste contribue. Cette rééducation, encadrée par une prescription médicale, requiert une collaboration avec les médecins prescripteurs. Ce mémoire a pour objectif de dresser un état des lieux des connaissances des médecins généralistes sur le traitement orthophonique du SAHOS chez l'enfant, et de créer une plaquette d'information afin de les sensibiliser à cette prise en soin.

Ce travail débute par des recherches théoriques sur la prise en soin du SAHOS chez l'enfant. Un questionnaire a ensuite été crée et diffusé auprès de médecins généralistes pour évaluer leurs connaissances sur le traitement orthophonique du syndrome et guider la création d'une plaquette d'informations. Les réponses obtenues montrent un manque d'information sur le rôle de l'orthophoniste dans cette prise en soin, et révèlent aussi que les médecins utilisent les plaquettes d'information dans leur pratique. Ces résultats valident nos deux hypothèses d'étude : une méconnaissance de la contribution de l'orthophoniste et l'utilité d'un outil informatif.

A l'issue de ce travail, nous avons créé une plaquette d'informations constituée de deux pages, disponible en version informatisée.

Mots-clés :

Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil, intervention pluridisciplinaire, médecins généralistes, traitement orthophonique, plaquette d'informations

Abstract :

The treatment of Obstructive Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome (OSAHS) is part of a multidisciplinary approach, to which the speech-language pathologist contributes. This rehabilitation, governed by a medical prescription, requires collaboration with prescribing physicians. The aim of this dissertation is to take stock of general practitioners' knowledge of speech-language therapy for OSAHS in children, and to create an information leaflet to raise their awareness of this treatment.

The project began with theoretical research into the treatment of OSAHS in children. A questionnaire was then created and distributed to general practitioners to assess their knowledge of speech-language therapy for the syndrome, and to guide the creation of an information leaflet. The responses showed a lack of information on the role of speech-language therapists in this care, and also revealed that doctors use information leaflets in their practice. These results validate our two study hypotheses: a lack of awareness of the speech-language therapist's contribution, and the usefulness of an informative tool.

As a result of this work, we created a two-page information leaflet, available in a computerized version.

Keywords :

Obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome, multidisciplinary intervention, general practitioners, speech-language therapy, information leaflet

Mémoire dirigé par : Ingrid GIBARU et Rachel HALIMI

Université de Lille - 2025