



**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**

*Ecole d'orthophonie*

Année 2018-2019

**MÉMOIRE**  
en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie  
présenté par

**Olivia FOURNIER**

Soutenu en juin 2019 :

**État des lieux des pratiques et des besoins des professionnels de  
santé concernant les prises en soin des troubles de l'oralité  
alimentaire en groupes thérapeutiques :  
Vers la création d'un outil d'évaluation et de suivi des groupes  
thérapeutiques**

Directeur du mémoire : Madame Fanny GUILLON, orthophoniste  
Co-directeur du mémoire : Madame Hélène PRINCELLE, orthophoniste

Autres membres du jury : Madame Laure DRUTEL, orthophoniste  
Madame Nolwenn MADEC, orthophoniste





**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**

*Ecole d'orthophonie*

Année 2018-2019

**MÉMOIRE**

en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie  
présenté par

**Olivia FOURNIER**

Soutenu en juin 2019 :

**État des lieux des pratiques et des besoins des professionnels de  
santé concernant les prises en soin des troubles de l'oralité  
alimentaire en groupes thérapeutiques :  
Vers la création d'un outil d'évaluation et de suivi des groupes  
thérapeutiques**

Directeur du mémoire : Madame Fanny GUILLON, orthophoniste  
Co-directeur du mémoire : Madame Hélène PRINCELLE, orthophoniste

Autres membres du jury : Madame Laure DRUTEL, orthophoniste  
Madame Nolwenn MADEC, orthophoniste

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens, en premier lieu, à remercier chaleureusement mes directrices de mémoire, Hélène Princelle et Fanny Guillon pour leur grande disponibilité, leurs précieux conseils et leur accompagnement dans la réalisation de ce mémoire. Merci d'avoir accepté de prendre cette place.

Je souhaite également remercier Mesdames Drutel et Madec d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Je leur adresse un immense merci pour les maîtres de stage qu'elles ont été durant ma formation. Merci pour leur écoute, leur bienveillance, leurs conseils et leurs encouragements. Merci de m'avoir transmis leurs connaissances.

Je remercie tous les maîtres de stage qui m'ont accueillie durant ma formation. Merci de m'avoir accompagnée pour devenir professionnelle pendant ces cinq années.

J'adresse un précieux merci à tous les professionnels de santé qui ont accepté de répondre à mon enquête. Merci à eux de m'avoir donné de leur temps pour la réalisation de ce projet.

J'adresse mes sincères remerciements aux membres de ma famille. Merci pour leur soutien et leur confiance inébranlable durant toutes ces années.

Un immense merci à mes amies de promo' pour avoir coloré toutes ces journées depuis cinq ans. Merci pour ce temps passé à vos côtés, pour les rires, les joies et leur soutien sans faille.

Un très grand merci à mes coloc'. Merci à eux de m'avoir accompagnée et de m'avoir apporté de la joie et de la légèreté dans mon quotidien durant ces derniers mois.

Aux belles rencontres du swing: merci de m'avoir fait découvrir ce monde magique et d'avoir été ma bouffée d'air ces deux dernières années.

Et enfin, une pensée particulière à mon vieil ami Dylan. Merci d'être à mes côtés depuis si longtemps. Merci pour son soutien. Merci de m'avoir accompagnée dans les meilleurs moments de ces cinq dernières années, comme dans les plus sombres. A nos dix-sept ans d'amitié !

Merci à tous mes proches de m'accompagner dans l'entrée de ma vie professionnelle.

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
CONTEXTE THÉORIQUE :.....	2
Partie A : l'Oralité :.....	2
1. Définition de l'oralité.....	2
2. L'oralité alimentaire :.....	2
2.1. Oralité primaire :.....	2
2.1.1. Oralité primaire et sensorialité :.....	2
2.1.2. Oralité primaire et motricité :.....	4
2.2. Oralité secondaire :.....	5
2.2.1. Oralité secondaire et sensorialité :.....	5
2.2.2. Oralité secondaire et motricité:.....	5
2.3. L'oralité tertiaire :.....	7
2.4. L'aspect psycho-affectif :.....	7
Partie B : Les troubles de l'oralité alimentaire :.....	8
1. Définition :.....	8
2. Sensorialité et troubles de l'oralité :.....	9
2.1. Les troubles de l'intégration sensorielle.....	10
2.2. L'hypersensibilité :.....	12
2.3. L'hyposensibilité :.....	13
3. Oro-motricité et troubles de l'oralité :.....	14
4. Les troubles de l'oralité et l'aspect comportemental :.....	15
4.1. Les piliers de l'oralité :.....	15
4.2. Les facteurs environnementaux :.....	16
Partie C : Prise en soin en oralité :.....	18
1. Le soin orthophonique des troubles de l'oralité :.....	18
1.1. Principes généraux :.....	18
1.2. L'Evidence-Based Practice :.....	18
1.3. La démarche de qualité de soin.....	20
2. Le soin en groupe :.....	20
2.1. Le groupe thérapeutique :.....	20
2.2. Le groupe en oralité :.....	22
BUTS ET HYPOTHÈSES :.....	25
MÉTHODE :.....	26

1. Population d'étude :.....	26
2. Questionnaire :.....	27
2.1. Construction du questionnaire :.....	27
2.2. Diffusion du questionnaire :.....	28
3. Recueil et analyse des réponses :.....	28
RÉSULTATS :.....	28
1. L'intérêt des professionnels pour les groupes thérapeutiques en oralité.....	29
2. Portrait des professionnels qui proposent des groupes.....	30
3. Portrait des groupes.....	30
4. Moyens de mise en pratique des groupes.....	33
4.1. L'E.B.P.....	33
4.2. Qualité des soins :.....	37
4.2.1. La satisfaction des familles.....	37
4.2.2. La satisfaction des participants.....	39
4.2.3. La satisfaction des professionnels.....	40
4.3. Le suivi des groupes.....	41
5. Les besoins des professionnels concernant les groupes thérapeutiques.....	43
5.1. Les besoins au démarrage du groupe.....	43
5.2. Les besoins concernant le suivi des groupes.....	44
5.3. Les besoins concernant l'évaluation à la fin ou à distance des groupes.....	45
5.4. Les besoins concernant l'évaluation des attitudes parentales.....	47
5.5, Les besoins concernant l'évaluation de la satisfaction des familles et/ou des professionnels.....	48
6. Synthèse des principaux résultats.....	49
DISCUSSION.....	50
1. Rappel des résultats et validation des hypothèses.....	50
2. Limites de l'étude.....	54
2.1. Représentativité de l'échantillon.....	54
2.2. Élaboration du questionnaire.....	54
3. Implications pratiques et perspectives.....	55
3.1. Intérêt pour la pratique des professionnels.....	55
3.2. Perspectives.....	56
CONCLUSION.....	57
BIBLIOGRAPHIE.....	59

# **INTRODUCTION**

L'oralité est un terme qui permet de définir l'ensemble des fonctions orales (Abadie, 2004b). Deux versants peuvent être distingués : l'oralité verbale et l'oralité alimentaire (Thibault, 2017). Le développement de l'oralité alimentaire est intimement lié à la sensorialité de l'enfant ainsi qu'à ses compétences oro-motrices. Les troubles de l'oralité alimentaire, sujet sur lequel porte ce mémoire, résultent donc de l'intrication de différents paramètres : des troubles d'intégration sensorielle, des troubles oro-moteurs, mais également des troubles comportementaux en lien avec l'influence de l'environnement sur l'enfant (Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004). Il en découle des difficultés voire une impossibilité à s'alimenter par la bouche.

La prise en soin des troubles de l'oralité alimentaire est relativement récente et en plein essor chez les orthophonistes. Cette pathologie n'est cependant pas uniquement du ressort de l'orthophoniste. En effet, de nombreux professionnels peuvent être formés à la prise en soin de ces troubles (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc.). En outre, les prises en soin peuvent être proposées de manière individuelle, mais également sous forme de groupes thérapeutiques. Dans ces groupes peuvent donc intervenir plusieurs professionnels de métiers différents. Cependant, la littérature scientifique est très peu fournie concernant les interventions sous forme de groupes thérapeutiques. De la même façon, il n'existe pas d'outil spécifique concernant le suivi ou l'évaluation de ces groupes. Face à ce manque de données scientifiques et d'outils d'application pratique, il semble nécessaire de s'interroger sur l'utilité d'un outil universel permettant une évaluation et un suivi des participants des groupes selon des critères qualitatifs et quantitatifs.

Ce mémoire a donc pour objectif de dresser un état des lieux des pratiques actuelles des professionnels qui proposent des groupes thérapeutiques en oralité et d'identifier leurs besoins concernant un éventuel outil d'évaluation et de suivi.

La première partie de ce mémoire permettra de poser le cadre théorique de notre travail par les définitions des concepts d'oralité, de trouble de l'oralité alimentaire et de prise en soin des troubles de l'oralité alimentaire. Nous décrirons ensuite, dans une deuxième partie, la méthodologie que nous avons utilisée, à savoir la réalisation et la diffusion d'un questionnaire aux professionnels de santé français proposant ou non des groupes thérapeutiques en oralité. La troisième partie de notre travail permettra de décrire les résultats que nous avons obtenus. Et enfin, ces résultats seront discutés dans notre dernière partie, où nous aborderons les critiques de notre méthodologie ainsi que les implications pratiques et les éventuelles perspectives qu'ouvre notre travail.

# **CONTEXTE THÉORIQUE :**

Dans cette première partie, nous exposerons le contexte théorique qui a fait émerger notre réflexion autour de la prise en soin des troubles de l'oralité alimentaire dans le cadre d'un groupe thérapeutique.

## **Partie A : l'Oralité :**

### **1. Définition de l'oralité**

Le concept « oralité » désigne toutes les fonctions qui sont dévolues à la bouche. Il s'agit de l'alimentation, la respiration, la perception, la gustation et la communication (Abadie, 2004). La bouche est donc le carrefour anatomique de plusieurs fonctions vitales. Elle est également le lieu stratégique d'exploration de l'environnement pour le jeune enfant. Elle permet les explorations sensorielles (toucher, sentir, regarder, goûter) mais aussi le plaisir oral (première zone auto-érogène de l'enfant). Elle est aussi le lieu de la première expression (le cri) (Thibault, 2017). Carrefour pulsionnel, l'oralité permet l'instauration des premiers liens d'attachements, des premières découvertes et interactions (Thibault, 2012). Ainsi, l'oralité est fondamentale dans le développement global de l'enfant.

Deux types d'oralité peuvent être définis : l'oralité alimentaire et l'oralité verbale. L'oralité alimentaire concerne toutes les fonctions en lien avec l'alimentation. L'oralité verbale se met en place à la naissance par le premier cri et se développe en parallèle à l'oralité alimentaire. L'exposition de l'enfant à différents aliments associée à des propositions verbales de l'environnement permettent de constituer le premier lexique de l'enfant (Couly, 2017) qui est donc un lexique alimentaire (Thibault, 2017). Pour l'intérêt de ce mémoire, nous développerons uniquement l'oralité alimentaire.

### **2. L'oralité alimentaire :**

#### **2.1. Oralité primaire :**

##### **2.1.1. Oralité primaire et sensorialité :**

Les expériences sensorielles de l'enfant commencent in utero. Les sens se développent petit à petit, les uns après les autres, dans un ordre déterminé au fur à mesure de la gestation ((Golse &

Guinot, 2004)) modélisable sous l'acronyme T.O.G.A.V. (toucher → odorat → goût → audition → vision). A ces cinq sens se rajoutent les systèmes vestibulaire et proprioceptif.

Le toucher se met en place grâce à des récepteurs cutanés qui apparaissent dès la huitième semaine de gestation. Tout d'abord, ils apparaissent dans la zone péri-orale puis sur les paumes des mains, les plantes des pieds, et l'ensemble du visage vers la douzième semaine jusqu'à obtenir une généralisation des récepteurs à tout le corps à la vingtième semaine. Le système tactile renseigne sur des informations diverses (contact, pression, douleur, température, etc) grâce à la peau, interface entre l'organisme et l'environnement.

L'appareil vestibulaire, organe de l'équilibre, est le deuxième système sensoriel à apparaître chronologiquement. Il informe le cerveau de l'orientation spatiale du corps et permet la mise en place d'ajustements posturaux.

L'odorat se met en place entre la huitième et la onzième semaine lorsque les fosses nasales se tapissent de cellules réceptrices des odeurs. Le goût apparaît vers la douzième semaine lors de l'apparition des bourgeons gustatifs sur l'épithélium lingual et la cavité buccale. Le système gustatif permet de discriminer les différentes saveurs fondamentales (sucré, salé, acide, amer). Les informations du système gustatif, accompagnées de celles du système olfactif, perçues par les récepteurs olfactifs de la cavité nasale, permettent de définir le goût. En effet, 75 % de la perception du goût des aliments est due aux odeurs et aux arômes (perceptions olfactives issues du pharynx) (Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004).

La perception des bruits est possible dès la vingtième semaine, de même que la vue, qui se développe très progressivement. À sept mois de gestation le fœtus peut percevoir la lumière. Même si ce système est immature à la naissance, le nouveau-né a des capacités de discrimination et de poursuite visuelle.

Le système proprioceptif traite les informations sensorielles issues des tendons, des muscles, et des articulations et renseigne sur la position et les mouvements des différentes parties du corps permettant son déplacement et la coordination des mouvements. Son développement se fait grâce aux expériences tactiles que l'enfant vit au cours du développement intra-utérin.

Lors de l'allaitement, le nourrisson est soumis à un grand nombre de stimulations sensorielles. Le portage de l'enfant induit des stimulations proprioceptives (enfant contre son parent), tactiles (toucher profond pour maintenir l'enfant) et vestibulaires (changement de position lors de la tétée, chaise à bascule, etc). Visuellement, l'enfant est focalisé sur le regard de son parent et auditivement, il porte une attention soutenue aux paroles que le parent lui propose. Le lait et les sécrétions des glandes aérolaires apportent également leur lot d'informations sensorielles, de même

que la tétine ou le sein fournissent des stimulations tactiles au niveau de la zone péri-buccale (Havard, Carreau, & Tuffreau, 2009).

### 2.1.2. Oralité primaire et motricité :

L'oralité primaire est présente au cours de deux phases de la vie de l'enfant : *in utero* et après la naissance. L'oralité primaire du fœtus est non nutritionnelle. Elle débute entre le 40<sup>e</sup> et le 50<sup>e</sup> jour de gestation grâce à la mise en place du réflexe de Hooker. Il s'agit de la première manifestation réflexive d'exploration et de prise de possession du corps qui permet à l'embryon de devenir fœtus (Thibault, 2017). Les stimulations des lèvres par la main du fœtus entraînent une ouverture réflexe de la bouche. La langue peut ensuite venir au contact de la main. Les premières manifestations motrices de succion (mouvements antéropostérieurs de la langue) apparaissent vers la dixième semaine de gestation suivies par les premières manifestations de déglutition entre la douzième et la quinzième semaine. Ceci signe alors le début des séquences motrices de succion et de déglutition de liquide amniotique pour le fœtus. L'entraînement régulier du couple succion-déglutition (succion des doigts, des pieds, du cordon et déglutition de liquide amniotique), ainsi que la maturation neuro-développementale des voies neurologiques jusqu'au terme, permettent la coordination fonctionnelle et efficace de la séquence vers la 34<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée. La fonctionnalité de cette séquence succion/déglutition/respiration automatique, réflexe, involontaire et contrôlée par le tronc cérébral, assure la survie du nourrisson à la naissance, moment où l'oralité primaire acquiert une fonction nutritive.

L'oralité primaire, après la naissance, est définie par le mécanisme succion-déglutition en lien avec une alimentation uniquement lactée. La succion est déclenchée de manière réflexe par des stimulations sensorielles de la sphère oro-faciale. Elle deviendra volontaire entre six et huit mois. La succion se caractérise par une pression positive des lèvres sur le mamelon ou la tétine permettant l'expression du lait, ainsi que par une pression intra-orale négative, possible grâce à l'étanchéité des sphincters antérieur et postérieur, permettant l'aspiration du lait. Le différentiel de pression entre la cavité buccale et le sein, ou le contenu du biberon, assure la fonctionnalité de la succion. La déglutition est déclenchée par réflexe lorsque le lait passe l'isthme du gosier, et ce, après deux ou trois salves de succion.

## 2.2. Oralité secondaire :

### 2.2.1. Oralité secondaire et sensorialité :

L'alimentation fait intervenir toutes les modalités sensorielles. En effet, « *Le conglomérat d'informations précédant la fonction motrice alimentaire est uniquement sensoriel* » (Gordon-Pomarès, 2004, p.19).

A partir de la diversification alimentaire, l'enfant perçoit des stimulations olfactives avant même la mise en bouche des aliments. Ces perceptions vont anticiper les stimulations gustatives lors de la mise en bouche et déclencher la mobilité digestive. Les stimulations visuelles vont, quant à elle, anticiper les stimulations tactiles (texture et température des aliments) et proprioceptives (taille et poids de l'aliment dans la bouche, consistance). Le contexte environnemental apporte également son lot d'informations sensorielles : la luminosité, le bruit (de couverts, de conversation), les odeurs (des aliments, du lieu, ...), les perceptions tactiles (matière des couverts, de la nourriture, etc.) et les informations proprioceptives (poids des couverts, etc.) (Havard, Carreau, & Tuffreau, 2009).

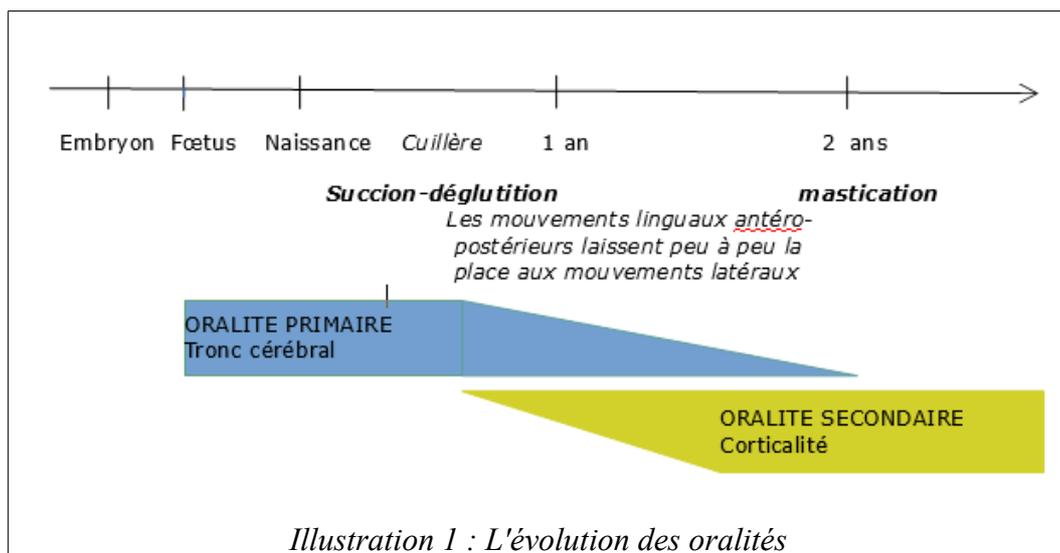
Ainsi, l'oralité secondaire, et donc la confrontation de l'enfant à de nouveaux aliments, va permettre à l'enfant de découvrir de nouveaux schémas sensoriels pour ce qui est du goût et de l'odorat, de la vue et de l'audition mais également en terme d'informations somesthésiques, thermoceptives, proprioceptives, voire vestibulaires. Les rituels alimentaires, mis en place par le caractère répétitif des repas, permettent la construction d'attentes sensorielles grâce à l'intégration par le système nerveux des différentes stimulations sensorielles multimodales pour un aliment donné. Ces attentes sensorielles peuvent entraîner des déconvenues si le contrat n'est pas respecté. Par exemple, un café froid ne respecte pas les attentes thermiques. Ainsi, tous les sens sont en attente pour qualifier un aliment de « bon » et non uniquement le goût. L'intégration neurosensorielle, c'est-à-dire l'ensemble des informations sensorielles perçues, intégrées et modulées par le cerveau en vue d'une adaptation comportementale aux stimuli de l'environnement, est donc un élément déterminant de l'alimentation (Levavasseur, 2017).

### 2.2.2. Oralité secondaire et motricité:

Si l'alimentation à la naissance est uniquement lactée, le bébé se trouve confronté à la diversification alimentaire entre le quatrième et le sixième mois de vie. En effet, l'Organisation

Mondiale de la Santé (O.M.S.) encourage un allaitement exclusif pendant les six premiers mois de l'enfant (« OMS | Allaitement »). Cette tranche d'âge est toutefois variable selon les cultures. Elle dépend des habitudes alimentaires locales, du niveau d'information et des possibilités des familles (Perez, 2014).

Ainsi, l'enfant se trouve confronté à une nouvelle sensorialité du fait de l'utilisation de la cuillère, ce qui, conjugué à la maturation neurologique de l'enfant, permet la mise en place de la nouvelle stratégie alimentaire de mastication et déglutition. L'alimentation de l'enfant passe de processus automatiques, régis par le tronc cérébral, à des séquences motrices praxiques (praxie de mastication) et volontaires avec un contrôle cortical (cortex frontal moteur) effectives au cours de la deuxième année de vie. L'oralité primaire, préparant l'oralité secondaire, continue de co-exister en parallèle à l'oralité secondaire pendant environ un ou deux ans dans les pays occidentaux. L'enfant traverse alors une double stratégie alimentaire (succion et mastication). La praxie de mastication va peu à peu se complexifier jusqu'à devenir complètement efficace entre cinq et sept ans.



Entre ses six mois et trois ans de vie, les dents lactéales apparaissent. Ceci signe une deuxième phase de l'oralité secondaire : l'oralité dentée. Elle est destructrice et permet l'exploration multisensorielle des nouveaux aliments (saveurs, couleurs, textures, etc). (Thibault, 2017)

Ainsi, les nouvelles informations sensorielles reçues par l'enfant engendrent une modification de ses réponses motrices. Motricité et sensorialité sont donc indissociables, de même qu'alimentation et sensorialité puisque les situations de repas sont riches en informations sensorielles.

### **2.3. L'oralité tertiaire :**

L'oralité tertiaire, ou l'oralité « cognitive », décrite par Levavasseur ((Levavasseur, 2017), implique que, passé un certain âge (30/36 mois, approximativement âge du langage construit), l'enfant se forge une représentation autour de l'alimentation. Ainsi, le plaisir ou le déplaisir face aux aliments ne sera plus uniquement dû à la sensorialité et aux compétences motrices de l'enfant. Cela dépendra aussi des représentations que l'enfant s'est construites selon les flux sensoriels auxquels il a été confronté mais également de l'étayage proposé par l'environnement (famille ou collectivité). De ce fait, l'oralité présente une facette comportementale importante puisque les expériences alimentaires de l'enfant dépendent et sont influencées par les propositions et les réactions de son entourage proche.

### **2.4. L'aspect psycho-affectif :**

L'oralité soutient la construction psycho-affective de l'enfant. La succion est le mécanisme le plus ancien et le plus précoce à se mettre en place chez l'être humain, Thibault (2017) parle donc d'oralité « *fondatrice de l'être* ». . L'oralité est également le siège des premiers échanges relationnels de l'enfant. En effet, à la naissance le tout-petit est essentiellement soumis à des phases d'alternance de type plaisir-déplaisir. La faim, sensation aiguë de manque, source de déplaisir, est comblée par la réactivité de la mère aux signaux de détresse de l'enfant (cris). Elle répond au besoin physique du bébé ce qui procure à la dyade mère-enfant satisfaction et ce, grâce au remplissage alimentaire, sensoriel et affectif. La bouche du nourrisson est alors source de plaisir, mais également source de découvertes multi-sensorielles et d'échanges relationnels (Abadie, 2004b). La diversification alimentaire permet à l'enfant de se différencier de l'objet maternel. Il gagne en autonomie via la parole (Thibault, 2017).

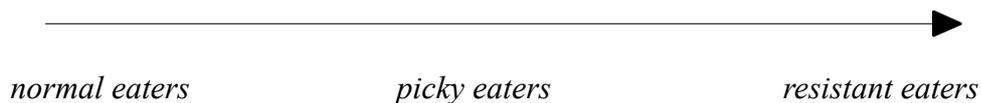
Ainsi, Abadie décrit l'alimentation comme : « *le comblement d'un besoin instinctif et de tensions sensorielles, qui devient progressivement un jeu, un intérêt, un mode relationnel avec l'extérieur, impliquant les notions de plaisir et déplaisir.* » (Abadie, 2004b, p.63) L'alimentation chez l'homme est effectivement une fonction de survie transitant toujours par la notion de plaisir, à la différence des animaux dont la recherche alimentaire se fait uniquement en terme de nécessité et de besoin (Gordon-Pomarès, 2004).

## Partie B : Les troubles de l'oralité alimentaire :

### 1. Définition :

Thibault définit les troubles de l'oralité comme : « *l'ensemble des difficultés d'alimentation par voie orale. Il peut s'agir de troubles par absence de comportement spontané d'alimentation, ou par refus d'alimentation, et de troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant* » (Thibault, 2017, p.71).

La littérature anglo-saxonne (Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004) définit les troubles de l'oralité à travers un continuum allant de l'alimentation normale (« *normal eater* »), à l'alimentation sélective (« *picky eaters* », littéralement « enfant qui picore ») et enfin à l'enfant présentant des résistances face à l'alimentation (« *resistant eater* »).



Si beaucoup d'enfants présentent, entre deux et trois ans, mais également à l'adolescence, une néophobie dite développementale caractérisée par le rejet des aliments nouveaux, cette sélectivité peut devenir problématique si elle perdure dans le temps. Ainsi, selon cette terminologie, les enfants « bons mangeurs » (dits « *normal eaters* ») ne présentent pas de difficultés particulières et ont un répertoire alimentaire varié. Les enfants avec une sélectivité alimentaire, dits « *picky eaters* », peuvent présenter des aversions pour certains aliments, mais cela ne met pas en danger leur équilibre alimentaire. Et, à l'autre extrémité du continuum, les enfants dits résistants (« *resistant eaters* ») présentent des aversions sévères, corrélées ou non à des pathologies médicales, mettant en danger leur équilibre alimentaire et leur santé.

Différentes étiologies **organiques** sont possibles : les pathologies digestives (allergie aux protéines de lait, reflux gastro-oesophagien, etc.), les pathologies extra-digestives (altération de l'équilibre faim-satiété dans le cas de grands syndromes inflammatoires, cardiopathies congénitales, pathologies pulmonaires, etc.), les anomalies congénitales de la déglutition (dysfonctionnement néonatal du tronc cérébral, atteintes neuromusculaires, etc.) ou encore les pathologies acquises de la

déglutition (infections aiguës des voies aériennes supérieures, pathologies neurologiques acquises, etc.).

Les causes peuvent également être **psychogènes** (anorexie mentale infantile, anorexie commune d'opposition du deuxième semestre, etc.)

Enfin, les troubles de l'oralité peuvent être la conséquence de **traumatismes précoces** en lien avec la prématurité, la réanimation, la bronchodysplasie pulmonaire et les anomalies congénitales du tube digestif (atrésie de l'oesophage, entérocolite ulcéronécrosante, etc.). La genèse de ces troubles est alors multifactorielle. Elle peut résulter d'une absence d'expérimentation orale, d'un investissement négatif de la sphère orale en lien avec les différents traumatismes subis, d'une perturbation du rythme faim/satiation/satiété du fait d'une nutrition artificielle et d'une perturbation du lien mère-enfant. (Thibault, 2017)

De la même manière que l'oralité se construit par la mise en place des systèmes sensoriels et oro-moteurs, le trouble de l'oralité alimentaire va se définir par la présence de troubles sensoriels et/ou oro-moteurs sous-jacents aux manifestations alimentaires. Des troubles du comportement peuvent se surajouter. Le lien entre sensorialité et troubles de l'oralité alimentaire étant moins connu des orthophonistes mais pour autant, en plein expansion, nous avons fait le choix de développer majoritairement ce domaine dans ce mémoire.

## **2. Sensorialité et troubles de l'oralité :**

Comme nous l'avons explicité précédemment, alimentation et sensorialité sont indissociables. Selon l'approche S.O.S. (*Sensory Oral Sequence*) de Toomey (Toomey & Ross, 2011), manger est une succession d'étapes qui nécessite un équipement sensoriel intact. En effet, l'enfant voit d'abord l'aliment devant lui auquel s'ajoutent les informations olfactives. Il peut manipuler cet aliment, avec ses propres mains ou bien à l'aide d'instruments. L'aliment peut ensuite s'approcher ou même franchir la barrière des lèvres avant d'être mâché, puis avalé. Ceci constitue l'ultime étape pour manger (cf. annexe 1).

Bullinger (2007) envisage les situations de repas sous forme d'un schéma narratif faisant intervenir différents éléments s'appuyant sur les flux sensoriels auxquels est soumis l'enfant : la posture, l'olfaction, la succion, la déglutition et la satiété. Tous ces éléments permettent de donner du sens au repas et de lui conférer son aspect hédonique. Ainsi, si un ou plusieurs des

éléments de cette chaîne est brisé, comme c'est le cas lorsque une alimentation entérale est en place, l'ajustement de l'enfant à la situation se trouve entravé et le repas perd son aspect hédonique .

### 2.1. Les troubles de l'intégration sensorielle

Différents modèles de traitements sensoriels ont émergé dans la lignée des travaux d'Ayres, ergothérapeute, dans les années soixante.

Miller et ses collaborateurs définissent les troubles de la **modulation sensorielle** (Miller, Anzalone, Lane, Cermak, & Osten, 2007). La **modulation sensorielle** correspond à la capacité d'un individu à moduler les réponses du système nerveux suite à l'entrée d'une stimulation sensorielle. Elle permet de générer des comportements appropriés et adaptés aux stimulations de l'environnement. Ainsi les troubles de la modulation sensorielle se caractérisent par un défaut de régulation des stimuli sensoriels, quelle que soit la modalité, ce qui entraîne des réponses comportementales et émotionnelles inconsistantes et manquant d'adaptation. Ces troubles sont déclinés en trois sous-types : l'hyperréactivité sensorielle, l'hyporéactivité sensorielle ainsi que la recherche sensorielle. L'**hyperréactivité sensorielle** se caractérise par une réponse trop importante, trop intense ou d'une durée supérieure à ce qui est attendu pour un grand nombre de stimuli sensoriels. Ensuite, l'**hyporéactivité sensorielle** est définie par des difficultés de détection des stimuli sensoriels entrants. Les réponses sont moins intenses et moins rapides. Les personnes répondent peu ou pas aux stimuli sensoriels de leur environnement. Enfin, la **recherche sensorielle** est caractérisée par une recherche constante d'intenses entrées sensorielles (cf. Annexe 2).

Un autre modèle de traitement sensoriel, mis en évidence par Dunn (Dunn & Daniels, 2002), est basé sur les interactions entre seuils neurologiques faibles ou élevés (quantité de stimuli sensoriels nécessaires pour que le système nerveux central l'intègre et y réponde) et les réponses comportementales et émotionnelles suite à l'activation de ces seuils. Ce modèle met en évidence, quant à lui, quatre profils de modulation sensorielle : **l'intégration pauvre** (se rapproche de l'hyporéactivité sensorielle) et **la recherche de sensation, puis la sensibilité sensorielle** (se rapproche de l'hyperréactivité sensorielle) et **l'évitement sensoriel** (comportements de fuite pour éviter le déclenchement des seuils, source d'inconfort) (Cf. annexe 3).

Alors que les enfants « tout-venant » apprennent à fonctionner sur un mode multimodal, c'est-à-dire sont capables d'intégrer et de gérer des informations sensorielles multiples, les enfants

avec un trouble de l'intégration sensorielle sont envahis par une multitude d'informations sensorielles qu'ils sont incapables d'organiser (Barbier, 2014).

Bullinger (2007) insiste sur le lien entre sensorialité et motricité et donc sur l'impact des troubles de l'intégration sensorielle sur les aspects moteurs du développement de l'enfant. En effet, on peut observer dès la naissance des liens entre les flux sensoriels auxquels est soumis le bébé et ses gestes moteurs (par exemple le réflexe de *grasping* permettant la préhension d'un objet et le regard dirigé vers cet objet) . Ces liens multimodaux entre perception et motricité s'illustrent par différentes coordinations sensori-motrices (oeil-main, main-bouche, etc.) qui vont permettre au bébé de s'habituer à différentes stimulations sensorimotrices répétées indissociables des situations d'alimentation (Boudou & Lecoufle, 2015). Cet argument en faveur d'un défaut d'habituation est renforcé par Barbier (Barbier, 2014) qui mentionne qu'un enfant ayant des troubles de la modulation sensorielle ne s'habituerait pas ou peu aux sensations de la vie quotidienne, par exemple la sensation de la cuillère dans la bouche . Elle évoque également des troubles concernant le système nerveux autonome. Effectivement, les individus présentant un trouble de la modulation sensorielle de type « hypersensibilité » auraient une plus grande activation du système nerveux sympathique (mise en état d'alerte du corps face à un stimulus stressant) (McIntosh, Miller, Shyu, & Hagerman, 1999) ainsi qu'une activité du système nerveux parasympathique plus faible que celle des individus à développement typique (Schaaf et al., 2010). C'est pourquoi, les enfants avec un trouble de la modulation sensorielle répondent de manière démesurée à un stimulus sensoriel et mettent plus de temps à retrouver leur calme (Barbier, 2014)

Les enfants avec des troubles de la modulation sensorielle développent donc des comportements inhabituels qu'il est possible de retrouver dans deux tableaux cliniques mis en évidence par Tessier (2006), cité par Havard et Carreau (Havard & Carreau, 2009). Ces enfants peuvent présenter un profil **d'hypersensibilité** sensorielle qui est défini par le tableau clinique de « défense sensorielle ». Ils peuvent également présenter un tableau **d'hyposensibilité** sensorielle défini par le tableau clinique « dormance sensorielle ». C'est pourquoi l'intégration sensorielle a une place prépondérante dans les troubles de l'oralité.

« <b>Défense sensorielle</b> » <i>hypersensibilité</i>	« <b>Dormance sensorielle</b> » <i>hyposensibilité</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulté à accepter certaines consistances, textures et donc transitions difficiles.</li> <li>- Réactions exagérées à certaines situations : toucher les aliments avec les doigts, approche d'un couvert de la bouche, température et texture d'un aliment.</li> <li>- Comportements d'évitements</li> <li>- Aliments gardés en bouche, absence de latéralisation des aliments dans la bouche.</li> <li>- Réaction de nausées à la vue des aliments, à l'odeur ou à la manipulation.</li> <li>- Réaction de nausée lors de la mise en bouche, de la mastication ou de la déglutition.</li> <li>- Textures mieux acceptées: purées et aliments croquants.</li> <li>- Aliments fades préférés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accumulation d'aliments dans la bouche, au niveau du palais ou des sulcus latéraux.</li> <li>- L'enfant de fait de grosses bouchées.</li> <li>- Nette préférence pour les aliments épicés et les boissons gazeuses.</li> <li>- Perte salivaires fréquentes</li> <li>- Risque d'étouffement suite à une difficulté de gestion des aliments dans la bouche.</li> </ul>

*Illustration 2: Défense et Dormance sensorielle, Tessier (2006), cité par Prudhon & al. (2009)*

## 2.2. L'hypersensibilité :

L'enfant présentant des comportements d'**hyperréactivité** sensorielle, consécutifs d'une **hypersensibilité** sensorielle, aura des difficultés à passer à table par anticipation de ce moment difficile. Il exprimera son refus de s'alimenter et n'y prendra aucun plaisir. Il trouvera des stratégies pour éviter de mettre en bouche. Les transitions vers de nouveaux goûts, textures, consistances, températures ou modes d'alimentation seront difficiles, la liste d'aliments acceptés devenant stricte et immuable (marque du produit, séquence du repas, outils acceptés, etc) (Barbier, 2014). Ces caractéristiques sont répertoriées sous le tableau clinique de « défense sensorielle » pour Tessier (cf. illustration 2 ci-dessus). Les difficultés apparaissent précocement : passage de l'allaitement au biberon, lors de la diversification alimentaire, lors de l'introduction de morceaux ((Boudou & Lecoufle, 2015)). L'enfant peut déclencher une nausée ou un vomissement lors de tentatives d'introduction d'aliments en bouche. Il apprend rapidement à faire de la zone orale une zone hyper-défendue ((Véronique Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009)). L'enfant pourra également éviter toutes les situations d'exploration orale (pas d'objet porté à la bouche, etc) ce qui limitera l'exploration de l'environnement. Il pourra présenter des difficultés lors du brossage des dents ultérieurement. L'hypersensibilité ne se limite pas à la zone orale mais il est possible qu'elle s'étende à l'ensemble

du corps. En effet, Leblanc (2012) caractérise l'hypersensitivité corporelle et sensorielle comme une « *réceptivité exagérée d'un organe sensoriel. Les sollicitations corporelles et sensorielles sont perçues comme irritatives et déclenchent une réponse majorée en intensité* » ((V. Leblanc, Lecoufle, Bourgeois, Hardy, & Ruffier-Bourdet, 2012)). Ainsi, l'ensemble du corps de l'enfant présente des défenses tactiles (toucher furtif, refus de toucher, écœurement au toucher, besoin de s'essuyer les mains, etc). Leblanc et Ruffier-Bourdet (2009) ont notamment mis en évidence, de manière clinique, cinq stades d'hypersensibilité tactile et orale (cf. annexe 4). L'enfant présente également des défenses de type tonico-posturale (hyperextension, détournement de tête, etc.), des défenses orales (fermeture de bouche, ouverture des lèvres avec barrière des dents, ouverture des lèvres avec langue en « pont levis », nausées, vomissements, etc.) ainsi que des défenses comportementales (agitation, colère, pleurs, fuite du regard, endormissement, etc.) (V. Leblanc et al., 2012).

Cette hypersensibilité pourrait trouver sa source dans des sollicitations corporelles négatives (soins douloureux, intrusions multiples au niveau de la sphère orale, pauvreté des sollicitations tactiles), dans des dystimulations sensorielles (lumières artificielles, odeurs désagréables, bruits stridents) lors d'une hospitalisation précoce. Elle peut aussi être due à une pauvreté de l'exploration motrice dans l'espace et dans le temps (atteintes neurologiques développementales). Ces éléments mettent en évidence que les nouveau-nés prématurés et/ou hospitalisés dans les tout premiers mois de leur vie, sont à risque de présenter ce type de troubles sensoriels.

### 2.3. L'hyposensibilité :

Les comportements d'hyporéactivité pour un enfant présentant un trouble de la modulation sensorielle de type « hyposensibilité » sont caractérisés par peu ou pas de réactions aux stimuli sensoriels. Comme cité précédemment, l'activation du seuil de réactivité de l'enfant nécessitera des stimulations intenses ou longues. Lors des repas, l'enfant aura tendance à être constamment en mouvement sur sa chaise, à manger avec rapidité, à gober les aliments, à utiliser ses mains plutôt que des outils et à manger des quantités trop importantes de nourriture car la sensation de satiété passe inaperçue (Barbier, 2014). Tessier (2006) cité par Havard et Carreau (2009), a caractérisé les comportements de ces enfants sous le tableau clinique de type « dormance sensorielle » (cf. illustration 2 ci-dessus). Au niveau oral, l'hyporéactivité se définit donc par une réduction de l'acuité du goût (les aliments peuvent sembler fades), de l'odorat et des récepteurs somato-sensoriels (textures) (Tessier, 2011). Une absence de réflexe nauséux est également possible, de même qu'un manque d'activation de réponses motrices par manque d'afférences sensorielles (pas

de déclenchement de la préparation du bol ou retard de déclenchement de la déglutition). Il est possible d'observer chez les enfants hyposensibles des comportements de recherche sensorielle au niveau oral (appétence pour les saveurs relevées et épicées, les aliments croquants ou durs, les liquides pétillants ou aux températures extrêmes), comme au niveau corporel. (Boudou & Lecoufle, 2015).

Il est à noter que les enfants peuvent alterner entre hyposensibilité et hypersensibilité selon les modalités sensorielles, les moments de la journée, l'environnement, etc. (Boudou & Lecoufle, 2015, Barbier, 2014).

### **3. Oro-motricité et troubles de l'oralité :**

Des difficultés motrices peuvent également être sources de troubles de l'oralité en lien avec la mobilité et la coordination des différentes structures oro-myo-faciales entre elles, indispensables pour les praxies de mastication et de préhension des aliments, mais également pour la coordination entre les mécanismes de succion, respiration et déglutition. Différentes conditions organiques sont alors possiblement en cause (pathologies neurologiques acquises, atteintes neuromusculaires, fentes vélo-palatines, reflux gastro-oesophagien).

Plusieurs marqueurs sont représentatifs de ces troubles oro-moteurs. Tout d'abord, la posture globale de l'enfant renseigne sur ses compétences oro-motrices (Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004). En effet, chez l'enfant cérébrolésé, les troubles de la régulation tonique et de la coordination motrice, facilement visible au niveau de la motricité globale, se retrouvent aussi au niveau de la sphère orale et impactent la posture globale. Ainsi, les postures en lien avec un profil hypo- ou hypertonique auront des conséquences sur l'alimentation (bavage lié à une hypotonie ou aliments expulsés par un excès de tonus). Le bavage au moment ou en dehors des repas est effectivement un marqueur important de dysfonctions oro-motrices (contrôle musculaire pauvre, hypotonie, faible coordination musculaire), bien qu'il suggère également un défaut de sensibilité (déficit de sensibilité de la salive en bouche) (Crunelle, 2004). En outre, la posture et l'installation de l'enfant ont également un impact sensori-moteur direct, par exemple sur la coordination oeil-main indispensable pour les praxies complexes de saisie du biberon, de manipulation de couverts, etc. Elles ont également un impact sur l'efficacité de la mastication et de la déglutition (Prudhon, 2017).

Les troubles alimentaires peuvent également provenir de schémas moteurs pauvres qui entravent la coordination de la séquence motrice succion-déglutition-respiration. Les difficultés peuvent être dues à un défaut de motricité linguale qui aura des conséquences en terme de qualité

des prises alimentaires (efforts intenses de mastication, déficit de maintien et propulsion du bol alimentaire, etc.). Certains enfants peuvent également présenter un défaut de motricité du voile du palais entraînant un reflux nasal qui va impacter la coordination entre la succion et la déglutition (Crunelle, 2004).

Ces difficultés oro-motrices impactent autant les prises alimentaires d'aliments solides que l'hydratation. En effet, les problèmes de fermeture labiale et de positionnement de la tête souvent projetée en arrière font que l'aspiration de liquide est compromise et souvent dangereuse. Les prises de liquide se font donc de manière passive (un aidant verse le liquide à l'intérieur de la bouche), ce qui majore le risque de fausses-routes (Crunelle, 2004).

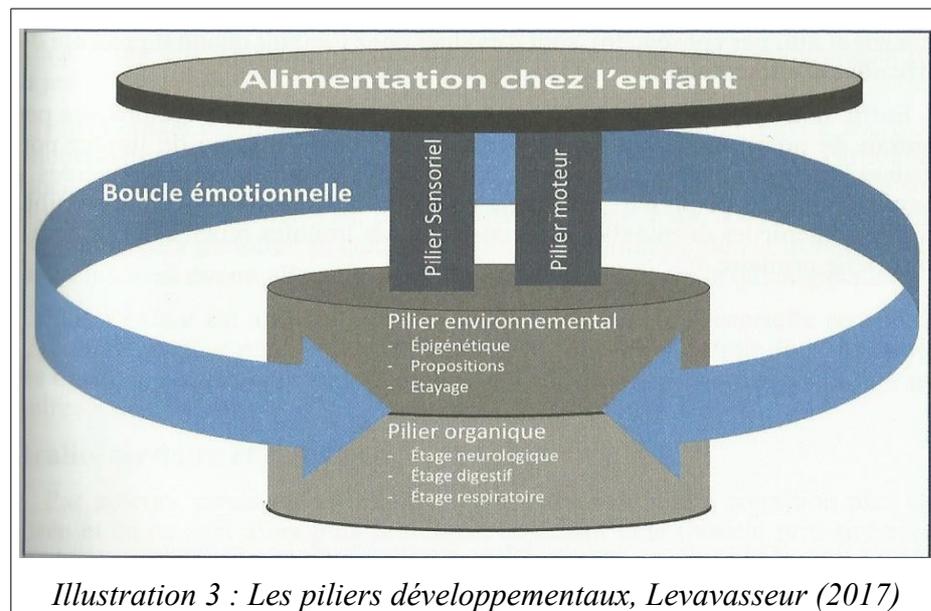
Ainsi, des difficultés sur le plan moteur peuvent entraîner des retards de développement des compétences oro-motrices des enfants. Ceci impacte les actions nécessaires à l'alimentation d'autant plus que ces troubles peuvent se combiner à des difficultés sensorielles et être renforcés par des aspects comportementaux.

#### **4. Les troubles de l'oralité et l'aspect comportemental :**

##### **4.1. Les piliers de l'oralité :**

Ainsi, si des conditions sensorielles ou motrices constituent des causes de l'apparition de troubles de l'oralité alimentaire, ces troubles peuvent également provenir, ou être renforcés, par des aspects comportementaux.

Levasseur (2017) identifie, en effet, quatre piliers fondamentaux sur lesquels reposent les troubles alimentaires : les **aspects sensoriels**, les **aspects moteurs et gnoso-praxiques**, les **aspects organiques** (neurologiques, digestifs et respiratoires) et les **aspects environnementaux** (terrain épigénétique, propositions familiales, étayage spécifique). En effet, l'enfant s'engage naturellement vers des activités qui lui procurent du plaisir alors qu'il évite ou se détourne de toute activité négative ou non satisfaisante. Les facteurs environnementaux sont essentiels puisque le plaisir des parents va solliciter le désir de l'enfant vers la découverte, tandis que des signes d'angoisse ou de doute le freineront.



#### 4.2. Les facteurs environnementaux :

Le comportement de l'entourage de l'enfant autour de l'alimentation est un élément majeur favorisant l'apparition ou renforçant la mise en place des troubles de l'oralité alimentaire.

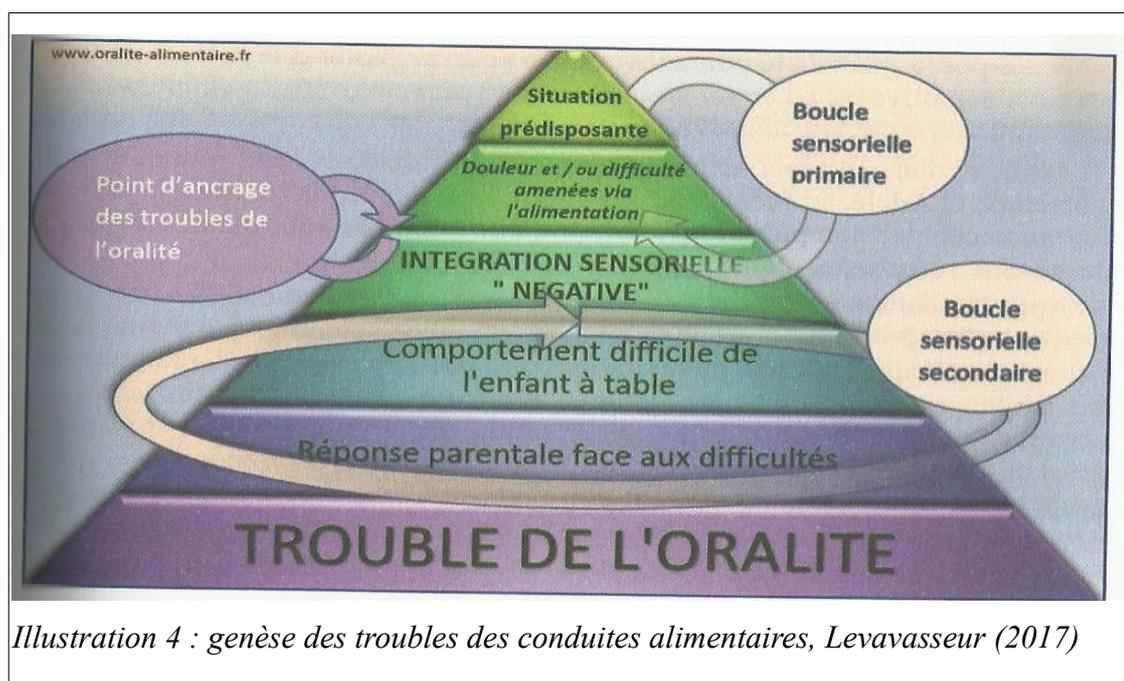
A ce propos, Levavasseur (Levavasseur, 2017) propose une lecture pyramidale du développement des troubles en lien avec l'interaction de deux boucles sensorielles qui s'entretiennent (cf. Illustration 4 ci-dessous).

La boucle sensorielle dite primaire est en lien avec des situations prédisposant à des difficultés alimentaires (difficultés sensorielles, motrices, digestives, respiratoires) qui vont nuire au bon déroulement du repas. A force de voir se répéter ce schéma alimentaire négatif l'enfant intègre sensoriellement le rituel alimentaire comme étant une source de désagréments. Il va donc développer des comportements qui vont troubler les attentes parentales (refus de manger, de se mettre à table, etc.). L'environnement va donc mettre en place des « comportements réponses » plus ou moins ajustés, à l'impact possiblement négatif (*forcing*, punitions, etc.) .

Ces « comportements réponses » des parents sont d'autant plus forts qu'ils sont ancrés dans les croyances personnelles de chacun, lesquelles sont transmises de générations en générations au sein des familles et constituent de véritables blocages culturels. Les parents, désemparés par leur enfant qui refuse de s'alimenter et peu informés quant aux troubles de l'oralité, y puisent des idées pour affronter leur problème. Toutefois, ces croyances interfèrent le plus souvent avec d'éventuelles possibilités, pour l'enfant, d'exploration alimentaire. En effet, face à un refus d'alimentation, les parents peuvent mettre en place des stratégies coercitives de forçage alimentaire qui, bien que bien

intentionnées, se révèlent contre-productives et cristallisent les émotions négatives de l'enfant autour du repas. Elles participent, de ce fait, à la création d'une méfiance de l'enfant vis-à-vis de ses parents et de l'alimentation. Ces blocages culturels se transmettent également via toutes les règles de bonne conduite sociale telles que « on ne joue pas avec la nourriture » ou « on ne pas parle pas la bouche pleine ». En effet, si ces règles sont transmises aux enfants « tout-venants » sans difficulté, elles renforcent les représentations négatives de l'enfant face à l'alimentation et sont, bien souvent, incompatibles avec leurs possibilités physiologiques (difficultés de motricité bucco-faciale, appétit limité, etc.). (Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004).

La deuxième boucle sensorielle (boucle secondaire) qui se met en place au niveau des comportements de l'enfant et des réponses comportementales de l'environnement, renforce l'aspect négatif du repas, et ancre le trouble de l'oralité alimentaire. Ainsi, plus le trouble est ancien plus les fonctionnements de l'enfant sont ancrés. La boucle secondaire peut donc continuer à entretenir les réactions familiales tandis que la situation pré-disposante qui avait activé la boucle sensorielle primaire a possiblement disparu. Au contraire, plus l'enfant est jeune et moins la boucle secondaire s'est vue malmenée.



L'intégration sensorielle peut être fragilisée par un manque de coordination logique des informations sensorielles de la situation de repas. Ce manque de coordination fait suite aux stratégies parentales négatives mises en place en réponse aux comportements de leur enfant. Les expériences sensorielles de l'enfant vont donc être modifiées. Peut se présenter un renforcement de l'hypersensibilité existante par la mise en sommeil d'une entrée sensorielle, ou bien la perte du

plaisir et le retrait de la situation d'alimentation en cas de « forcing » alimentaires. Les schémas sensoriels alimentaires peuvent aussi s'appauvrir par une diminution des propositions alimentaires ou par une position de retrait que l'enfant va mettre en place face aux situations d'inconfort répétées. Ceci est d'autant plus problématique qu'une fenêtre développementale précoce lors de la diversification alimentaire permettrait à l'enfant d'élargir son éventail alimentaire accepté en fonction des propositions faites par l'environnement à ce moment (Levavasseur, 2017). Une limitation des propositions alimentaires à cette période renforce donc la sélectivité alimentaire ultérieure.

## **Partie C : Prise en soin en oralité :**

### **1. Le soin orthophonique des troubles de l'oralité :**

#### **1.1. Principes généraux :**

Le soin orthophonique des troubles de l'oralité est en plein essor et prend tout son sens depuis le 1er avril 2018 par la mise en application de l'avenant 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie qui définit la création d'un AMO 13.5 concernant les fonctions oro-myo-faciales et l'oralité (Avis relatif à l'avenant n° 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996).

Les troubles de l'oralité alimentaire étant la résultante de l'intrication de plusieurs facteurs (conditions organiques, aspects moteurs et gnoso-praxiques, aspects sensoriels et aspects comportementaux), dans leur programme « *Just take a bite* », Ernsperger et Stegen-Hanson (2004) proposent un plan de soin en trois parties : 1) le contrôle environnemental, 2) les aspects médicaux et les fonctions oro-motrices et 3) les aspects sensoriels. La prise en soin concernant les troubles de l'oralité peut donc s'axer selon l'aspect sensoriel, comportemental et sur la motricité oro-faciale, en prise en soin individuelle ou groupale.

#### **1.2. L'Evidence-Based Practice :**

Le soin en oralité, comme dans les autres champs de l'orthophonie, doit, aujourd'hui et selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (H.A.S.), justifier de l'efficacité des actes professionnels afin de diminuer l'écart entre les connaissances scientifiques et les pratiques

cliniques, ceci dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins. Ainsi, il convient que chaque professionnel doit appuyer ses pratiques sur des données théoriques et choisir de façon éclairée des outils reposant sur des faits scientifiques d'un niveau de preuve suffisant. Les professionnels se doivent également d'évaluer l'efficacité des méthodes qu'ils emploient.

L'orthophoniste est alors dans une démarche d'*Evidence-Based Practice* (E.B.P.), soit « la pratique basée sur les preuves ». Il est amené à « *se questionner sur une problématique clinique particulière pour chercher des réponses dans la littérature, tout en prenant en compte son expérience clinique et son patient* » (Cattini & Clair-Bonaimé, 2017). L'E.B.P. est donc une pratique basée sur des données probantes à l'intersection de preuves externes (la littérature scientifique), de preuves internes (l'expérience clinique du praticien et la *Practice Based Evidence*) et des préférences « éclairées » du patient par l'expertise clinique de l'orthophoniste. Tout ceci amène à l'établissement du projet thérapeutique.

L'expertise clinique du professionnel n'est donc pas pour autant mise de côté. En effet, dans le cadre de la *Practice-Based Evidence* (preuves basées sur la pratique), les praticiens sont amenés à mesurer l'efficacité des traitements en place chez le patient via une méthodologie de recherche clinique. Cette méthodologie s'appuie sur le principe des lignes des bases. La conception des lignes de base repose sur l'évaluation de quatre mesures différentes. La mesure un évalue des items similaires à ce que travaille l'objectif thérapeutique. La mesure deux évalue un transfert de compétences logique auquel le praticien peut s'attendre. La mesure trois s'intéresse à un transfert hypothétique sur des items qui ne sont pas travaillés, tandis que la mesure quatre sert de mesure contrôle et permet de vérifier la spécificité de la prise en charge.

Les lignes de base permettent donc, outre le fait d'évaluer l'efficacité de l'intervention, d'objectiver le ressenti qualitatif du praticien et de renforcer son expertise clinique ainsi que de justifier de la pertinence de ses décisions cliniques futures et de renforcer la motivation du patient.

L'H.A.S. incite également les professionnels de santé à s'ancrer dans une démarche d'évaluation de leurs pratiques professionnelles (E.P.P.). Pour se faire, les professionnels ont la possibilité d'utiliser des techniques comparatives à un référentiel comme l'audit clinique, c'est-à-dire sélectionner des critères de l'intervention de soins, mesurer ces critères et analyser l'écart entre résultats attendus et résultats obtenus (Vergnenègre, 2006). Ils peuvent également suivre des recommandations, comme les « recommandations pour la pratique clinique » (« *guidelines* »), initiées par l'*Institute of Medicine of the National Academies* en 1990. Ceci leur permet de choisir

les méthodes les plus appropriées aux problématiques des patients rencontrés et les plus fiables selon la littérature scientifique (Maillart & Durieux, 2014).

Ainsi, pour les prises en soin individuelles, comme pour les prises en soin en groupe, les professionnels se doivent de définir leur plan de soin sur des méthodes fiables selon la littérature scientifique. Ils se doivent également d'évaluer l'efficacité de leurs actes par des mesures pré- et post-intervention.

### 1.3. La démarche de qualité de soin

Aujourd'hui, la notion de droit des usagers du système de soin est au cœur des problématiques de santé publique. En effet, depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé), le modèle patriarcal du médecin détenteur du savoir et du patient passif a été renversé au profit d'un modèle de partenariat où l'utilisateur de santé dispose de nombreux droits. Il a notamment le droit d'être informé sur son état de santé et de participer aux décisions le concernant. La charte du patient hospitalisé (*charte du patient hospitalisé*) permet d'informer les usagers sur leurs droits. Elle leur garantit notamment la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ainsi, les soins se situent dans une démarche de qualité.

En outre, les programmes d'Education Thérapeutique du Patient (E.T.P.) sont aujourd'hui en plein essor et font désormais partie intégrante de la formation continue des étudiants en orthophonie (*Bulletin officiel n° 32 du 5 septembre 2013*). Or ces programmes, centrés sur le patient, mettent l'utilisateur au cœur de la construction de son projet de soin. L'évaluation occupe une place prépondérante, qu'elle concerne le programme en lui-même, la satisfaction des soignants ou des patients (De la Tribonnière, 2016).

## **2. Le soin en groupe :**

### 2.1. Le groupe thérapeutique :

Comme le définit Coquet (Coquet, 2013), en reprenant les termes d'Estienne (1985), « *le groupe en tant que tel a une valeur thérapeutique et procure à chaque participant un cadre structurant et protecteur à l'intérieur duquel il va se donner la permission de vivre une expérience positive du langage et de la communication qui va lui permettre de prendre en main son problème* ».

Pour tenter de concrétiser un but commun, connu et approuvé par les participants, ces derniers sont amenés à mener des expériences semblables au sein du groupe. Le groupe permet d'améliorer les performances de chacun grâce à l'effet d'émulation et agit également sur l'inventivité des participants par leur confrontation les uns aux autres (Coquet, 2013). Dans le groupe, chaque participant dépose une partie de lui-même et contribue à la constitution de ce lieu de rencontre, de cet espace, dans lequel sont amenées à apparaître des émotions et des pensées communes (Quélin-Souligoux, 2007a).

Le cadre d'un groupe se définit de l'intérieur par rapport à l'extérieur. Il délimite un espace, un temps et les membres qui en font partie. L'espace permet de déterminer le groupe comme un lieu protégé dans lequel toutes les négociations sont possibles. Il différencie ce qui se passe dans le groupe de ce qui se passe hors du groupe. Le temps est spécifié par la durée fixe de la séance, et les membres (participants et thérapeute(s)) concourent également à la définition de ce qui est dans le groupe par opposition aux individus qui se trouvent hors du groupe (famille, école, corps médical, etc.). Le lieu et le temps des groupes sont rigoureusement ritualisés. Ces rituels, par exemple la comptine pour se dire « bonjour », sont de petites cérémonies permettant le passage entre les différents temps de la séance et les différents espaces de manière sereine et prédictible. Ils ont également une fonction de repères et participent à l'installation du groupe dans l'« ici et maintenant » en opposition au « là-bas et avant/après » (Rosenbaum, Bovet, & Jéquier Thiébaud, 1995).

Les groupes thérapeutiques étaient à l'origine rattachés à la théorie psychanalytique par les psychothérapies de groupes. Les pratiques sont, aujourd'hui, très diverses et peuvent être dispensées par des praticiens variés (Quélin-Souligoux, 2007a). Il convient donc de distinguer les groupes **psychothérapeutiques** d'inspiration psychanalytique des groupes **thérapeutiques** à visées réadaptatives ou rééducatives. Ces derniers sont généralement mis en place par des professionnels paramédicaux (infirmiers, orthophonistes, psychomotriciens, etc.) accompagnés ou non par des éducateurs (Quélin-Souligoux, 2007b).

Les groupes thérapeutiques s'inscrivent dans le projet de soin des patients et peuvent être complémentaires d'un accompagnement individuel. Contrairement aux groupes dits « occupationnels », chaque groupe s'ancre dans un objectif thérapeutique. Ils se construisent autour d'une **médiation**. Différentes médiations sont possibles : conte, musique, marionnettes, danse, etc. Ciment du groupe, elles représentent le point de liaison entre les séances mais vont également permettre l'expression de mouvements groupaux, comme de mouvements individuels (Quélin-Souligoux, 2007b).

Ainsi, l'élaboration d'un groupe thérapeutique repose sur différents questionnements. Il s'agit de s'interroger sur les objectifs, la durée et la fréquence du groupe, ses règles de fonctionnement (groupe ouvert, semi-ouvert ou fermé), ses modalités d'évaluation, les critères d'inclusion des participants au groupe, les outils à utiliser, etc (Amiot Fernand et al., 2015) .

Des évaluations sont indispensables pour juger de l'efficacité de la prise en soin en groupe. Elles se basent sur des indicateurs quantitatifs ou qualitatifs concernant les participants. Les indicateurs quantitatifs peuvent être mis en évidence par l'utilisation de tests normés tandis que les indicateurs qualitatifs peuvent être identifiés, par exemple, via des grilles d'observation sur des critères précis.

La sortie du groupe des participants, peut donc s'envisager via une évaluation basée sur des critères objectifs et /ou subjectifs. Elle peut également être envisagée selon un critère temporel avec un date d'arrêt de groupe définie au préalable.

Il peut également être intéressant d'évaluer le groupe en lui-même, à nouveau par le biais de critères quantitatifs (nombre de participants, de séances, l'assiduité des participants, etc), mais aussi par le biais de critères qualitatifs (satisfaction des participants et des familles, retour des professionnels, etc.).

Les groupes sont la plupart du temps encadrés par plusieurs professionnels, exerçant ou non la même profession, qui prennent la posture d'observateurs et de médiateurs. L'association de professionnels de différentes formations permet la complémentarité des compétences et des points de vue pour la conception et le déroulement du groupe, mais également pour les analyses qui en découlent durant toute la durée du groupe (Roch, 2007). Les professionnels de santé peuvent, ou non, prendre en soin de manière individuelle les participants du groupe. Les recommandations pour la pratique clinique préconisent un maximum de quatre patients par groupe (« Medicare Guidelines for Group Therapy Treatment »).

## 2.2. Le groupe en oralité :

Comme explicité précédemment, la prise en soin des troubles de l'oralité peut s'articuler selon trois axes : les difficultés oro-motrices, sensorielles et comportementales.

Concernant les difficultés oro-motrices, l'objectif des groupes est de s'intéresser à l'installation des enfants et à l'investissement de la sphère oro-faciale. Il s'agit de favoriser l'exploration buccale afin que l'enfant découvre les caractéristiques des objets et intègre sa bouche dans son schéma corporel. Il est possible de travailler la succion, le passage à la cuillère ou la mastication des premiers morceaux mais également l'hypotonie oro-faciale, le bavage, etc. Pour ces difficultés, un groupe mené avec un psychomotricien, un kinésithérapeute ou un ergothérapeute peut être pertinent (Bandelier, 2015). En effet, l'expertise de ces derniers concernant les aspects posturaux, moteurs et corporels est complémentaire de l'approche orthophonique (Froget & Garnier, 2013). La présence des parents prend également tout son sens. L'approche « *TalkTools* » fondée par Sara Rosenfelds-Johnson aux Etats-Unis commence à se développer en France et présente un intérêt certain. Cette approche vise à l'amélioration de l'expression orale et de l'alimentation via différentes stimulations hiérarchisées (visuelles, auditives, sensorielles et tactiles) pour faciliter la production de mouvements oro-faciaux (« Hypotonie », 2015). Dans le cadre du polyhandicap, Crunelle (2004) propose des remédiations sous forme d'exercices analytiques actifs ou passifs en dehors des repas et une remédiation fonctionnelle durant les repas concernant la mastication. L'adaptation et l'installation à table occupent une place importante des interventions proposées aux enfants .

Les groupes peuvent aussi s'axer sur les difficultés d'ordre sensoriel. En effet, les approches sensorielles sont de plus en plus utilisées par les professionnels de santé, notamment par les ergothérapeutes (American Academy of Pediatrics, 2012). Ainsi, un groupe en collaboration avec un psychomotricien ou un ergothérapeute formé aux troubles de l'intégration sensorielle s'avère pertinent (Bandelier, 2015).

Les approches sensorielles utilisées en groupe sont donc, la plupart du temps, basées sur les principes de l'intégration sensorielle. Les professionnels proposent aux participants des activités censées organiser les systèmes sensoriels en multipliant les canaux (stimulations visuelles, tactiles, auditives, etc.) (American Academy of Pediatrics, 2012). L'objectif réside donc en l'investissement de la sphère orale en passant par tous les canaux sensoriels possibles.

Leblanc et Ruffier-Bourdet (2009) envisagent la prise en soin des troubles de l'oralité alimentaire par une approche tactile du corps et de la sphère oro-faciale (cf. annexe 4). En effet, comme cela a été défini précédemment, manger implique tous les systèmes sensoriels et les troubles de l'oralité ne se limitent pas à la bouche. Ainsi, la prise en soin des troubles de l'oralité alimentaire concerne bien l'ensemble du corps et ne se limite pas au système sensoriel tactile. Elle s'intéresse à l'exploration multi-sensorielle des aliments. Selon Leblanc et Ruffier-Bourdet (2009), l'objectif est

« d'aider l'enfant à investir positivement les zones hyperdéfendues et de lui redonner du plaisir en sollicitant progressivement tous les sens » (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009, p. 51) . Ainsi, il est nécessaire d'orienter la prise en charge du plus global (le corps) au plus précis (la bouche). Différentes activités peuvent donc être proposées pour amener l'enfant à une exploration multisensorielle des aliments : approche globale du corps (massages appuyés, jouets vibrants, etc.), exploration de différentes matières avec les mains ou les pieds, ateliers « patouille », etc (Bandelier, 2015).

Les remédiations sensorielles peuvent aussi s'appuyer sur la stimulation sensorielle. Il peut s'agir de massages intra-buccaux de désensibilisation de la sphère orale. Ces massages ont été mis au point par Senez afin d'habituer l'enfant aux stimulations et de diminuer son seuil de sensibilité (Senez, 2002).

Concernant les profils d'hyposensibilité, il conviendra de mettre en place les outils nécessaires pour faire exister la bouche. Cela passe par un travail de prise de conscience de cette zone et la favorisation du lien main-bouche et de l'exploration buccale. Il est aussi possible de proposer des aliments au goût tranché, à la texture croustillante, etc (Bandelier, 2015).

Enfin, il est possible de s'intéresser, en groupe, à la remédiation des difficultés comportementales. Les objectifs seront alors de redonner confiance aux enfants et de multiplier les expériences positives autour de l'alimentation afin qu'ils prennent plaisir à manger. Des activités comme « jouer à faire semblant » peuvent être proposées (dînette, jouer à faire la cuisine, donner à manger, etc.). À nouveau, des ateliers « patouille » peuvent être envisagés afin d'explorer l'aliment de manière ludique, mais également des ateliers « cuisine » permettant la découverte des ingrédients, la réalisation de la recette et, éventuellement, la possibilité de goûter la réalisation (Bandelier, 2015). Les diverses explorations alimentaires multimodales visent également l'augmentation du panel alimentaire de l'enfant, fréquemment réduit par les difficultés oro-motrices et/ou sensorielles. Il s'agit alors de favoriser l'exploration alimentaire par des techniques comportementales sensorielles ou fonctionnelles associées ou non à l'utilisation de renforçateurs (Key & Toomey, 1999).

Concernant les problématiques comportementales, les thérapies cognitives et comportementales (T.C.C.) représentent également une remédiation possible bien qu'encore peu utilisées en France. Dans ce cas, un travail conjoint avec un ergothérapeute formé aux approches comportementales des troubles de l'alimentation peut s'avérer pertinent. Différentes approches sont envisageables . L'approche micro-graduée de Marjorie Palmer consiste à modifier de façon très progressive les caractéristiques sensorielles d'un aliment (aspect visuel, texture, température, etc.)

jusqu'à l'ingestion complète d'un nouvel aliment (Havard & Carreau, 2009). Le programme « *just take a bite* » d'intervention précoce se base sur le principe que l'alimentation ne peut être efficace sans faim et appétit. Enfin, le programme « *SOS approach to feeding* » de Toommey et Ross (2011) reprend le concept de variations micro-graduées des aliments associé à différentes étapes de présentation (aliment touché, puis saisi, puis mis en contact avec les lèvres, etc., jusqu'à l'ingestion de l'aliment). Ces étapes se retrouvent dans le programme d'introduction d'un nouvel aliment en sept étapes de Lovaas (Prudhon, 2017).

## **BUTS ET HYPOTHÈSES :**

Lors de nos différents stages réalisés dans le cadre de notre formation en orthophonie, nous avons pu noter que l'intervention en groupe (pluridisciplinaires ou non) concernant les troubles de l'oralité représentait une pratique clinique avérée et relativement fréquente.

Nous nous sommes interrogées quant à l'organisation de tels groupes, notamment en termes d'outils d'encadrement et de suivi de l'évolution des participants.

En outre, nos recherches théoriques basées sur la littérature scientifique ont mis en évidence la pauvreté des écrits concernant les prises en soin des troubles de l'oralité alimentaire en groupe thérapeutique.

C'est pourquoi il nous a semblé intéressant de participer à la réflexion du soin en groupe concernant ces troubles. Par le biais de ce travail universitaire, nous souhaitons dresser un état des lieux des pratiques et des besoins des professionnels concernant les groupes thérapeutiques en oralité. Nous nous interrogeons sur les outils déjà présents et utilisés en clinique. Nous souhaitons également évaluer les besoins des professionnels de santé. Nous nous interrogeons enfin sur l'inscription des pratiques professionnelles dans une démarche d'E.B.P. et de qualité des soins..

Plusieurs hypothèses ont donc émergé de notre réflexion :

- 1) La majorité des professionnels de notre étude proposent des prises en soin en groupe thérapeutique pour les troubles de l'oralité alimentaire.
- 2) La majorité des groupes de notre étude sont pluriprofessionnels.

3) Les objectifs de la majorité des groupes de notre étude sont construits autour des compétences sensorielles, des compétences oro-motrices ainsi qu' autour des compétences comportementales des participants.

4) L'encadrement des groupes par la majorité des professionnels de notre étude s'inscrit dans une démarche d'E.B.P. ainsi que dans une démarche de qualité de soin. Dans cette optique, des évaluations sont réalisées au début et à la fin des groupes.

5) La majorité des professionnels de notre étude expriment des besoins concernant l'encadrement de leur groupe. Ces besoins se traduisent par l'attente d'un outil permettant d'évaluer les participants et de suivre l'évolution du groupe.

## **MÉTHODE :**

Cette partie a pour objectif de présenter la méthodologie employée pour la réalisation de notre enquête sur l'analyse et le suivi des groupes thérapeutiques en oralité.

Afin de dresser un état des lieux des pratiques des professionnels de santé et d'identifier leurs besoins en ce qui concerne l'analyse et le suivi des groupes thérapeutiques en oralité, nous avons élaboré un questionnaire.

### **1. Population d'étude :**

Ce questionnaire était ouvert à tous les professionnels de santé français intervenant ou non dans un ou plusieurs groupes thérapeutiques en oralité, quel que soit leur mode d'exercice (libéral, salariat, exercice mixte). Nous avons cherché à obtenir le plus de réponses possible dans un souci de représentativité des réponses.

## 2. Questionnaire :

### 2.1. Construction du questionnaire :

Ce questionnaire a été construit via la plateforme « *LimeSurvey* » mise à disposition par l'Université de Poitiers. Cet outil présentait l'intérêt d'être une plateforme officielle et sécurisée de l'Université, c'est pourquoi nous l'avons choisie.

Le questionnaire de notre enquête se déclinait en plusieurs parties :

- **le contenu du groupe** : il s'agissait de définir le profil des professionnels qui ont répondu au questionnaire et de dresser un portrait de leur groupe.
- **l'évaluation du groupe** : nous cherchions à identifier les modalités utilisées par les professionnels de santé pour évaluer leurs groupes (outils, fréquence d'évaluation, etc.)
- **le suivi du groupe** : cette partie consistait à recueillir des informations concernant le suivi des groupes thérapeutiques en termes d'outils utilisés, de critères d'observation, de fréquence de suivi, etc.
- **l'évaluation de la satisfaction du groupe** : nous trouvions pertinent de s'interroger sur cet aspect. Nous voulions définir si la satisfaction des participants, des familles et des professionnels était évaluée, sur quels critères et à quelle fréquence. L'évaluation de la satisfaction étant, en effet, un élément primordial dans la définition d'un groupe thérapeutique (*cf. : Partie C, 2.1. Le groupe thérapeutique*). De plus, comme explicité précédemment, l'évaluation de la satisfaction des usagers du système de santé est une problématique au cœur des actions de santé publique (*cf. partie C, 1.3. La démarche qualité en soin*) .
- ***Evidence Based Practice*** : Pour suivre l'évolution actuelle de l'orthophonie, nous avons cherché à savoir dans quelle mesure les pratiques des professionnels pouvaient être ancrées dans l'E.B.P.
- **les besoins des professionnels** : Cette partie avait pour objectif de définir les attentes des professionnels pour les différentes évaluations des groupes thérapeutiques (au démarrage, à distance du groupe, évaluation de la satisfaction des participants, etc.) ainsi que pour le suivi des groupes.
- **Autre** : cette dernière section permettait aux professionnels de pouvoir être informés, s'il le souhaitait, des suites de cette enquête, et de formuler d'éventuelles remarques.

Ce questionnaire comprenait également une note d'information à son démarrage pour présenter l'intérêt du projet et les attentes de l'enquête. Il comportait aussi une note finale de remerciement pour les participants. Il est consultable dans son intégralité en annexe (Annexe 5).

Nous avons demandé aux professionnels d'étayer un certain nombre de leurs réponses dans l'objectif d'identifier avec le plus de finesse possible les outils utilisés et leurs besoins.

## 2.2. Diffusion du questionnaire :

Le questionnaire a été diffusé aux professionnels de santé le 12 décembre 2018 via différents moyens. Il a été partagé sur différents groupes Facebook : « Troubles de l'oralité > professionnels » et « Ortho-infos ». Il a également été transmis au réseau du « groupe Miam Miam » et à différents Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (C.A.M.S.P.) et Instituts d'Education Motrice (I.E.M.) du Grand Ouest.

Une relance a été effectuée le 24 janvier 2019 sur les groupes Facebook « Ortho-infos » et « Troubles de l'oralité > professionnels ». La questionnaire a également été diffusé sur le groupe Facebook « orthophonie et salariat », « IMC/polyhandicap et orthophonie » et « ergothérapie et trouble de l'oralité alimentaire ».

## 3. Recueil et analyse des réponses :

Les réponses ont été anonymisées. Elles ont été traitées par le logiciel « LimeSurvey » qui a permis la génération de pourcentages. L'objectif de notre mémoire étant d'obtenir une vision d'ensemble des pratiques et des besoins des professionnels de santé, nous avons réalisé une analyse descriptive des réponses obtenues. Cette analyse est présentée ci-dessous, dans la partie « Résultats ». Nous avons réalisé des diagrammes à partir des réponses obtenues pour une meilleure lisibilité des résultats.

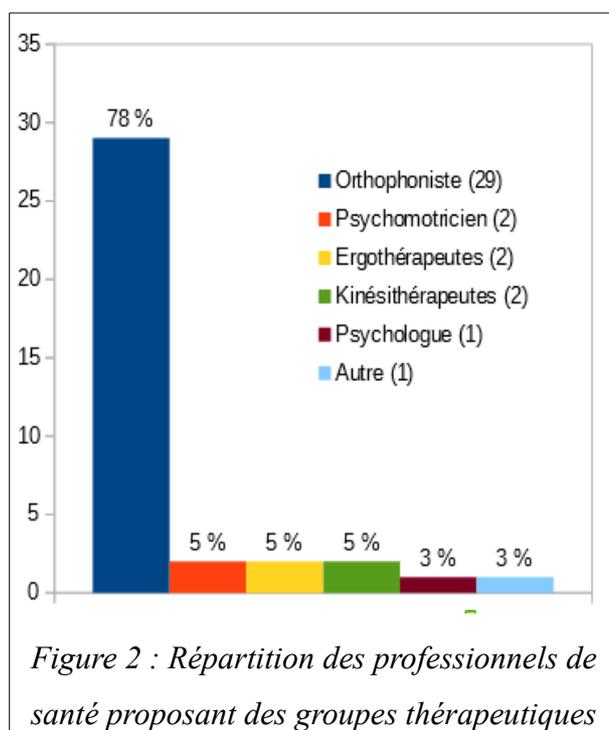
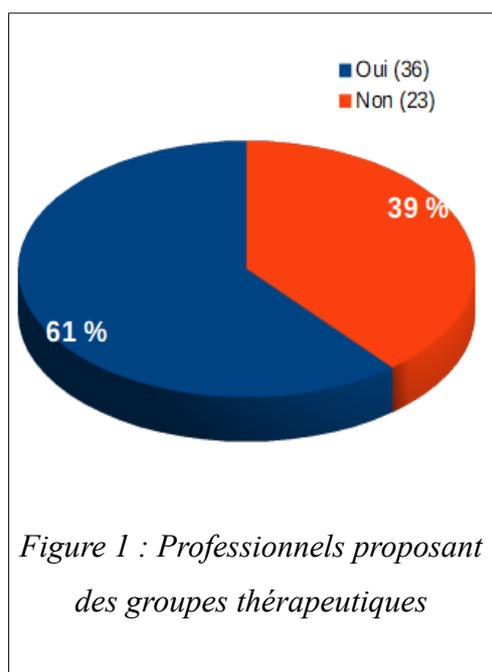
## **RÉSULTATS :**

Nous allons présenter, dans cette partie, l'ensemble des résultats issus des données recueillies par notre enquête.

59 professionnels de santé ont répondu au questionnaire. Parmi ces 59 professionnels, 45 sont orthophonistes, 2 sont ergothérapeutes, 2 sont kinésithérapeutes. Un psychomotricien, un psychologue, un chiropracteur, un médecin pédiatre et un éducateur ont également répondu à l'enquête. Cinq sondés n'ont pas indiqué leur profession.

### 1. L'intérêt des professionnels pour les groupes thérapeutiques en oralité

36 des 59 professionnels (61%) ayant répondu à l'enquête ont indiqué proposer des groupes thérapeutiques. Les plupart de ces professionnels sont orthophonistes.



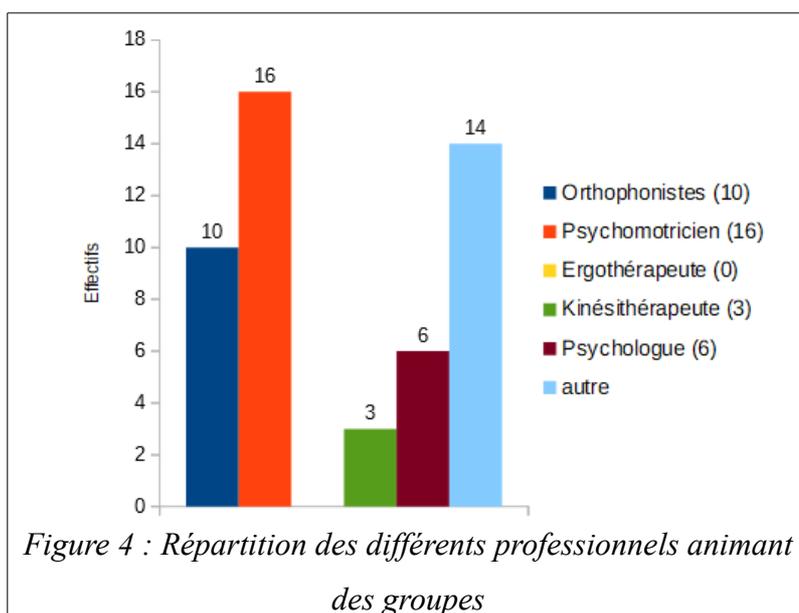
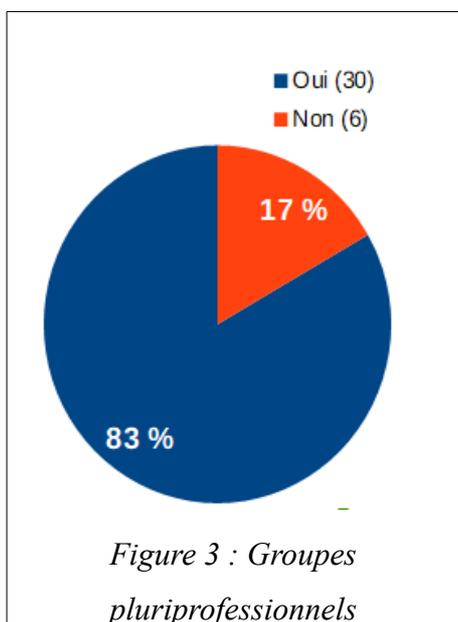
Les raisons mentionnées pour justifier le fait de proposer des groupes sont :

- avoir un regard croisé avec un autre professionnel à 78 % (n=28)
- favoriser l'émulation chez des enfants avec peu d'évolution à 78 % (n= 28)
- favoriser l'émulation entre parents via l'accompagnement parental à 14 % (n=5)
- favoriser l'émulation entre les parents eux-mêmes à 6 % (n=2)
- trianguler les demandes à 3 % (n=1)
- instaurer des habitudes parentales positives à 3 % (n=1)
- permettre un accompagnement lorsqu'une prise en soin est difficile à mettre en place à 3 % (n=1)

Les professionnels qui **ne proposent pas** de groupe exercent pour la plupart en libéral (61 %, n=23). Les raisons invoquées sont essentiellement le manque de temps (40 %, n=9) et le manque de formation (40 %, n=9). Des difficultés avec la nomenclature en libéral sont également décrites. La plupart ressent cependant le besoin de mettre en place un groupe thérapeutique (61 %, n=14).

## **2. Portrait des professionnels qui proposent des groupes**

83 % des professionnels animent leur groupe avec d'autres professionnels (n=30) et 17 % l'animent seuls (n=6). Les professionnels qui encadrent seuls leur groupe exercent essentiellement en libéral (83 %, n=5).

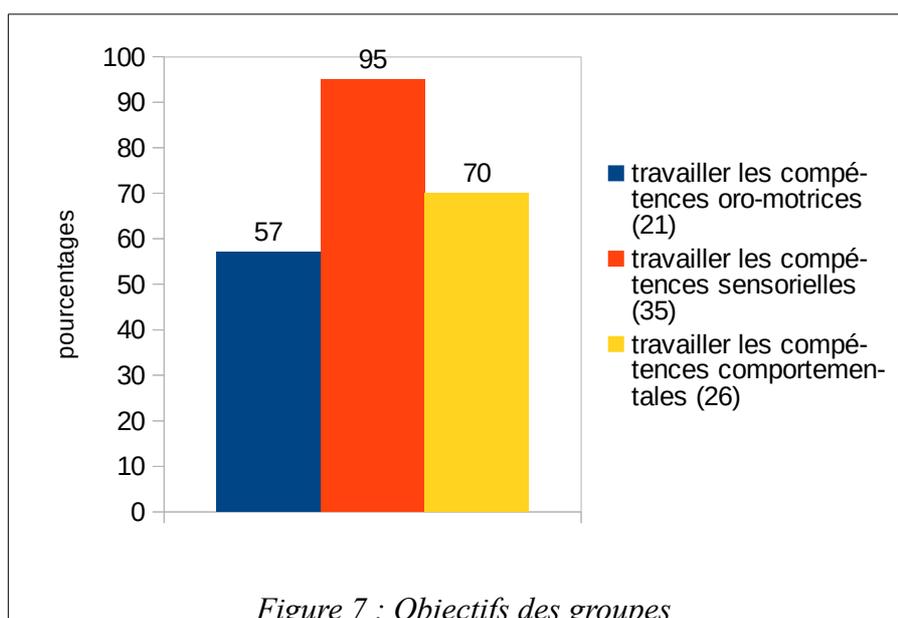
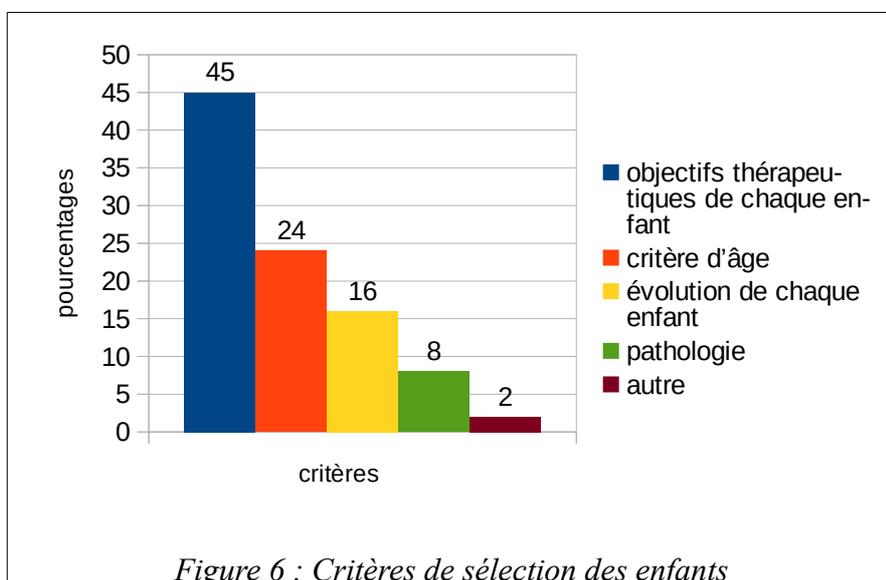
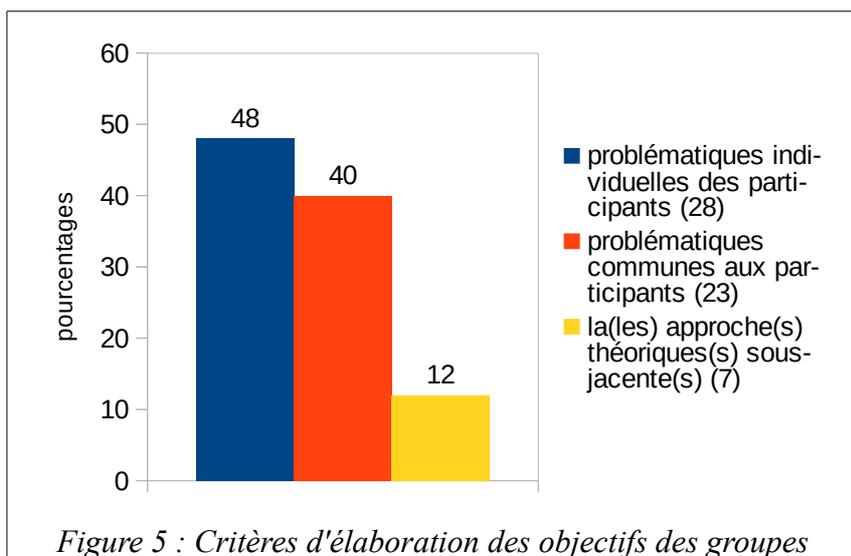


*NB.:* La catégorie « autre » fait référence à des éducateurs (n=7), des infirmiers (n=3), des éducateurs de jeunes enfants (n=2), des auxiliaires de puériculture (n=2) et un aide médico-psychologique.

## **3. Portrait des groupes**

Les groupes contiennent en moyenne quatre enfants. Un de ces groupes est également composé de quatre parents. L'âge des participants va de la naissance à 16 ans, avec un âge moyen de 6 ans. 83 % des enfants suivis en groupe sont également suivis en individuel.

Les objectifs des groupes :



Les professionnels élaborent les objectifs de leur groupe majoritairement selon les problématiques individuelles des participants et la sélection des enfants se fait surtout selon les objectifs thérapeutiques de chacun. La quasi-totalité des professionnels ont des objectifs en lien avec les compétences sensorielles de leurs patients.

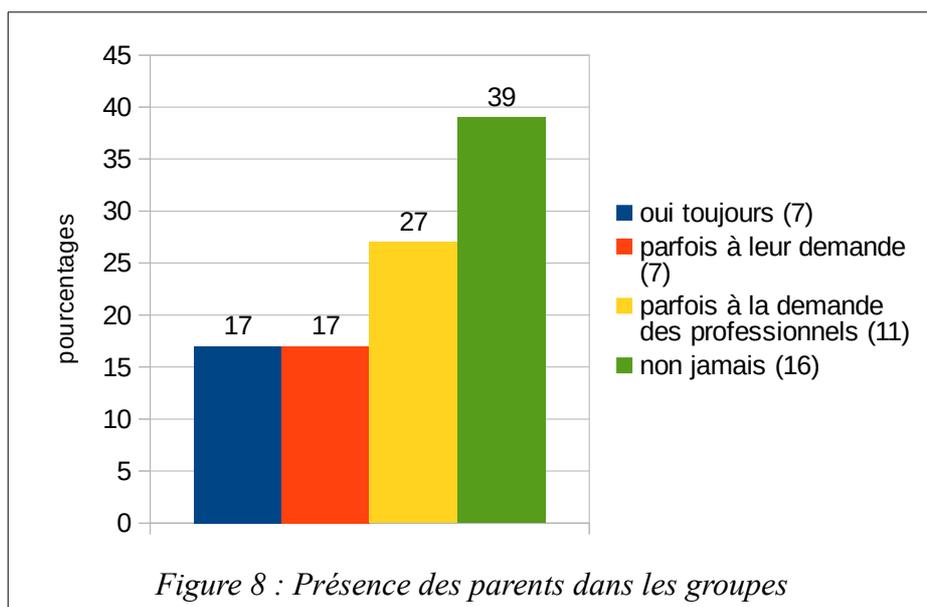
Concernant les **compétences sensorielles**, les professionnels utilisent différents moyens de remédiation. Tout d'abord des moyens qui s'intéressent au travail sensoriel au niveau corporel (massages de désensibilisation, comptines tactiles, travail vibratoire au niveau des membres supérieurs, de la tête et de la face, etc). Ils utilisent aussi des moyens sensoriels cherchant l'exploration alimentaire qui auront un impact au niveau comportemental (manipulations multisensorielles de matières alimentaires et non alimentaires en vue d'une désensibilisation corporelle et orale, ateliers « cuisine », des ateliers « patouille », etc.).

Concernant les **compétences oro-motrices**, les professionnels ont évoqué utiliser différents moyens tels que des jeux de souffle, les praxies oro-faciales, des massages d'éveil sensoriels, les outils de la méthode Talktools, etc.

Enfin, concernant les **compétences comportementales**, les professionnels axent leurs prises en soin sur : diminuer l'aspect phobique par rapport aux aliments et aux textures (accepter un aliment devant soi, contrôler ses réactions de peur, etc.), développer l'aspect hédonique de l'alimentation, respecter le cadre de la séance, favoriser l'émulation entre les pairs par des mises en situation, accepter les conventions sociales des repas, etc.

#### Présence des parents dans les groupes :

Pour environ un tiers des professionnels sondés les parents ne sont jamais présents aux séances.



### Inscription des groupes dans le temps :

64 % des groupes sont limités dans le temps. Le temps défini doit permettre l'intégration de l'enfant dans le groupe, la création de la dynamique de groupe, l'expérimentation et la prise de plaisir et, pour les praticiens, l'accomplissement ou la réévaluation des objectifs thérapeutiques.

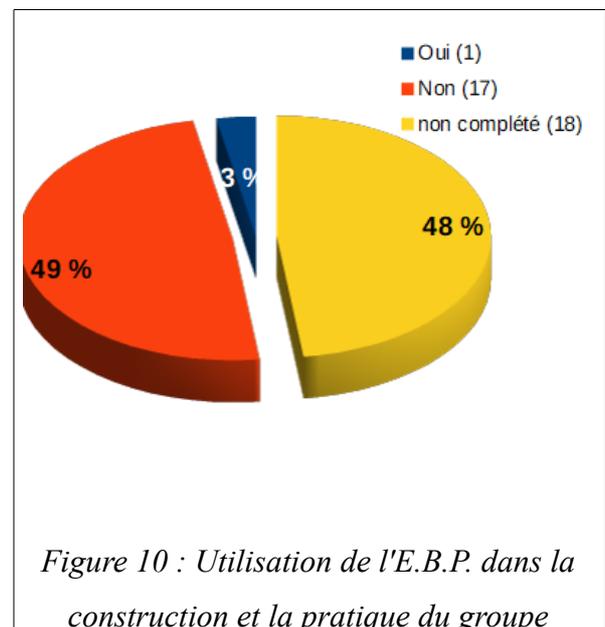
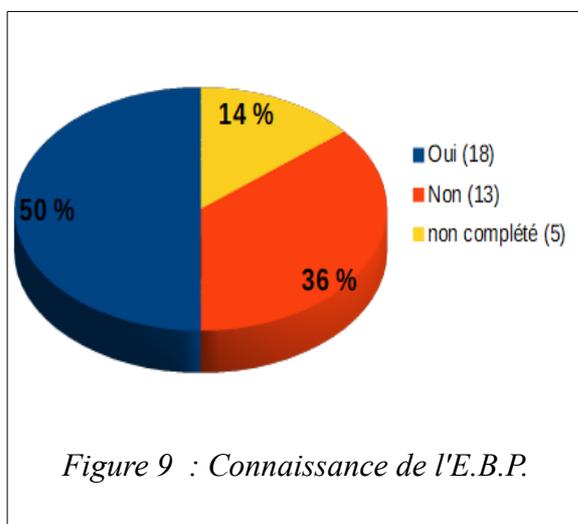
### La sortie de groupe des participants est définie selon :

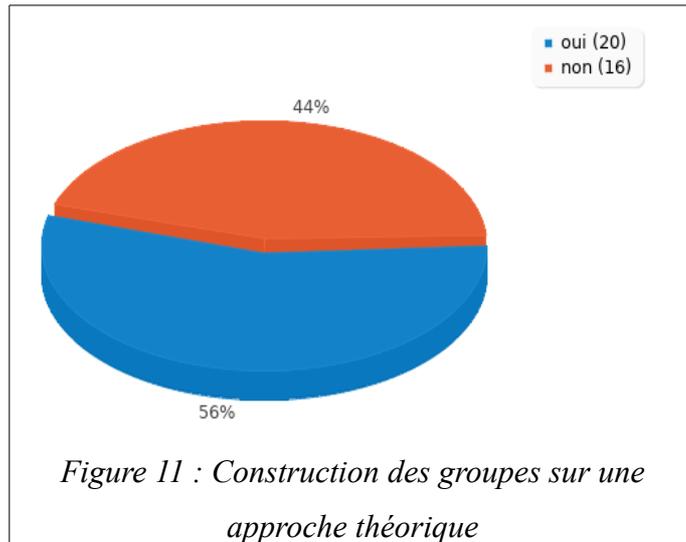
- des critères qualitatifs (53 %, n=19)
- un critère temporel (44 %, n =16),
- des critères quantitatifs (atteinte des objectifs définis) (22 %, n=8).

## **4. Moyens de mise en pratique des groupes**

### 4.1. L'E.B.P.

La moitié des professionnels connaissent l'E.B.P. Trois pourcents l'utilisent dans leur groupe. Presque la moitié des groupes n'a pas de fondements théoriques sous-jacents.





Sont mentionnées par les professionnels de notre étude les approches suivantes :

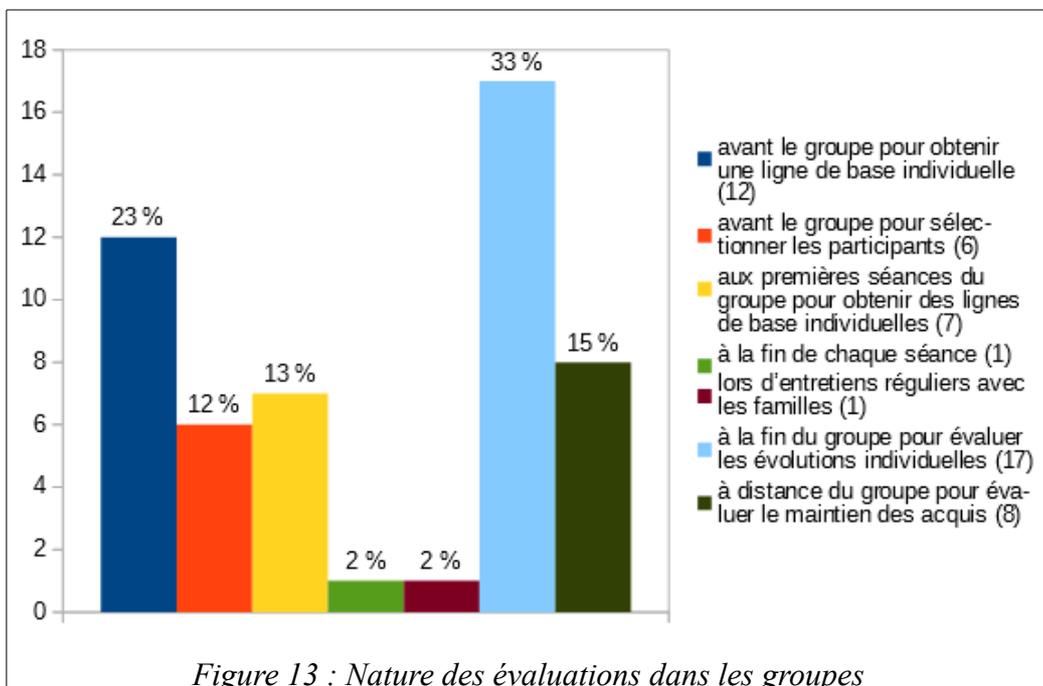
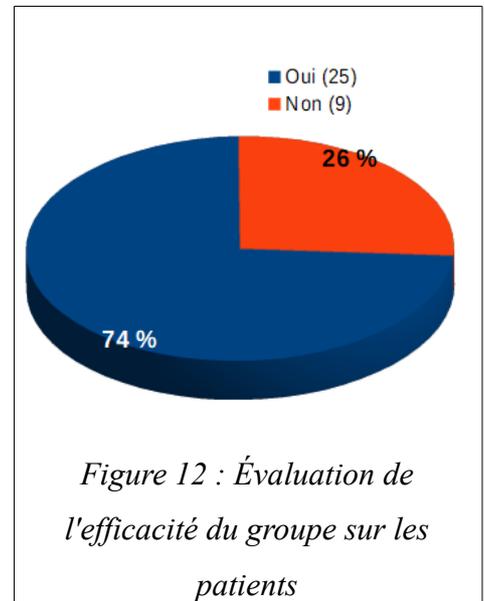
- Approches sensorielles :
  - Approche « multisensorielle » : *Ateliers sensoriels, toucher différentes textures, l'escalier sensoriel de Véronique Leblanc*
  - Massages de désensibilisation de Senez
  - Approche de l'intégration sensorielle
  - *SOS Approach to feeding*
- Approches motrices et sensori-motrices :
  - stimulations praxiques
  - Approche sensori-motrice de Bullinger
  - Approche de D. Crunelle concernant l'alimentation et le polyhandicap
  - l'approche *Talk Tools*
- Approches comportementales :
  - Approche de Lovaas sur l'introduction de nouveaux aliments
  - Approche cognitivo-comportementaliste de Bandura et sa théorie de l'apprentissage social (intérêt du groupe, de la modélisation,...)
- Autres types d'approches :
  - approche d'Éducation Thérapeutique du Patient à destination des parents

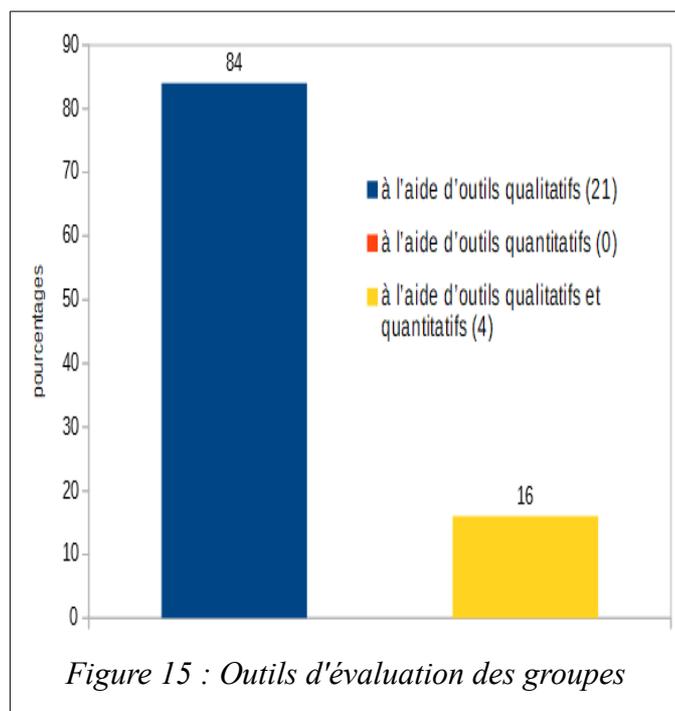
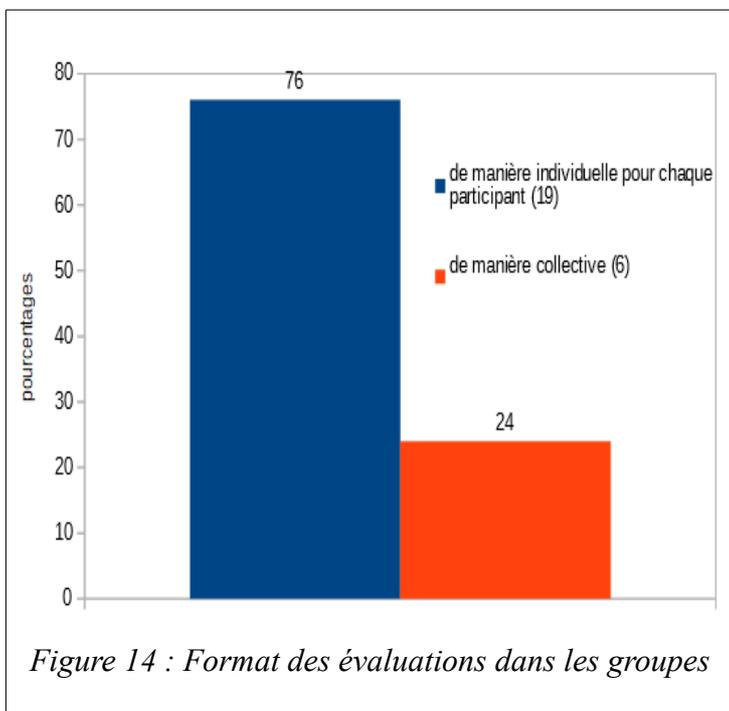
Les professionnels de notre étude n'intègrent pas l'E.B.P. dans leur groupe car :

- cela leur semble trop complexe (n=9, 22%) : *trop de rigueur, ne savent pas comment l'appliquer, etc.*
- ils manquent de temps (n=8, 22%)
- ils n'en voient pas l'intérêt (n=1, 3%).

L'évaluation des groupes :

Les trois quarts des professionnels évaluent l'efficacité du groupe sur leurs patients. Des évaluations sont réalisées avant et après le groupe pour moins d'un tiers des professionnels. Il s'agit alors, pour les trois quarts d'entre eux, d'une évaluation individuelle à l'aide d'outils qualitatifs. Aucun professionnel n'utilise d'outil quantitatif.



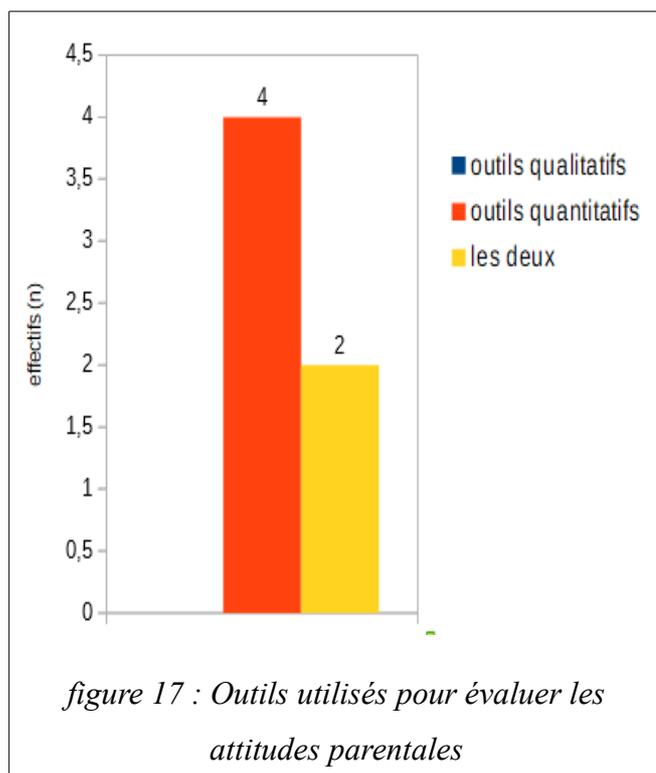
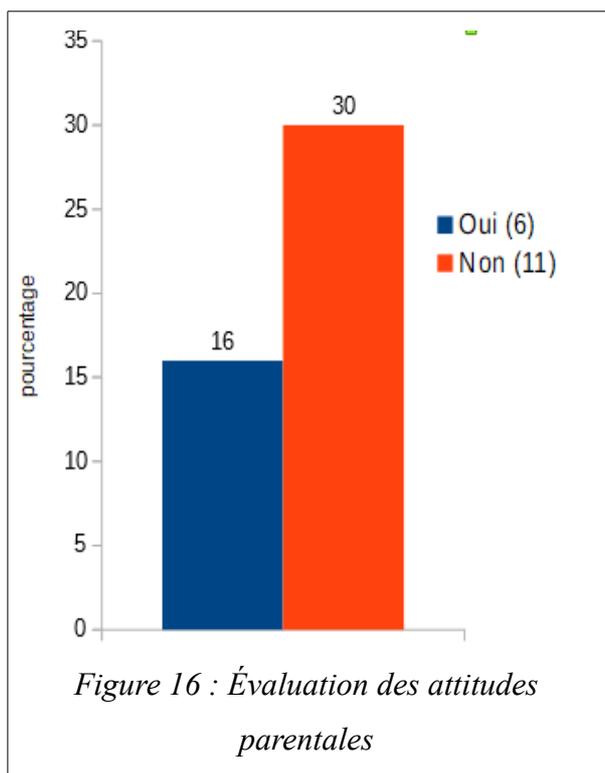


Les professionnels de notre étude n'évaluent pas l'effet du groupe sur leurs patients car :

- ils ne savent pas quel outil utiliser (14 %, n=5),
- ils manquent de temps (8 %, n=3) ou n'ont pas d'outils à utiliser (6 %, n=2).

Évaluation des attitudes parentales :

Seize pourcents des professionnels évaluent les attitudes parentales. Cette évaluation semble, pour certains, difficile à mettre en place sans venir heurter la relation de confiance avec les parents. C'est pourquoi ils déclarent privilégier des échanges, sans évaluation formelle, pour évoquer les attitudes favorables ou défavorables concernant l'alimentation. L'utilisation de l'échelle de l'alimentation H.M.E. a également été citée par un professionnel, bien que son utilité première ne concerne pas l'évaluation des attitudes parentales. En effet, cette échelle, élaborée par l'Hôpital de Montréal pour Enfants, permet aux professionnels de santé de déceler et d'évaluer rapidement des troubles alimentaires chez l'enfant en lien avec les observations parentales (Ramsay, Martel, Porporino, & Zygmuntowicz, 2011).



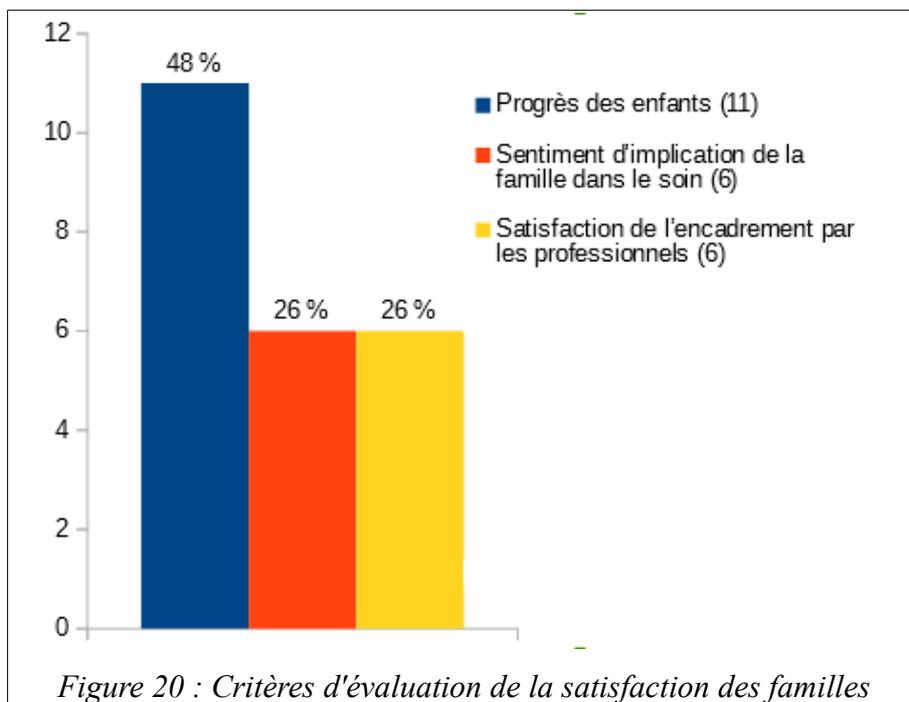
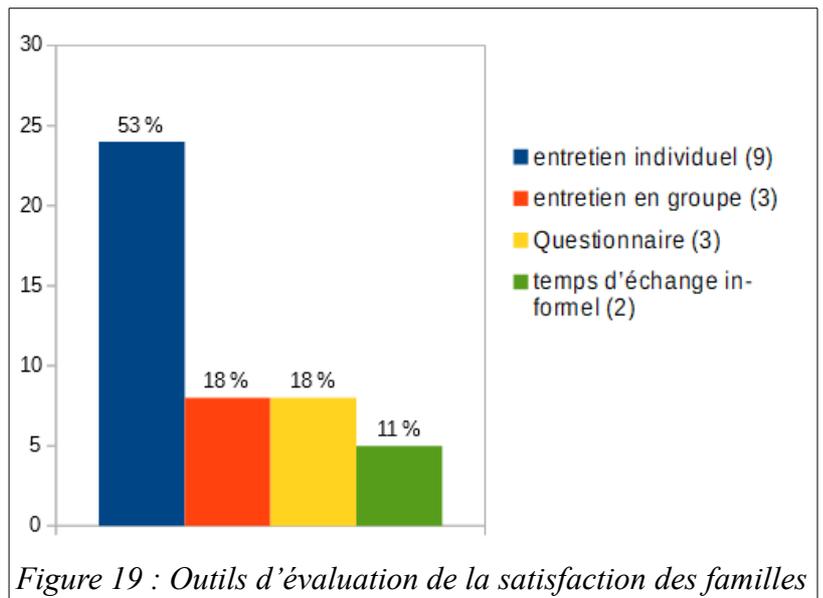
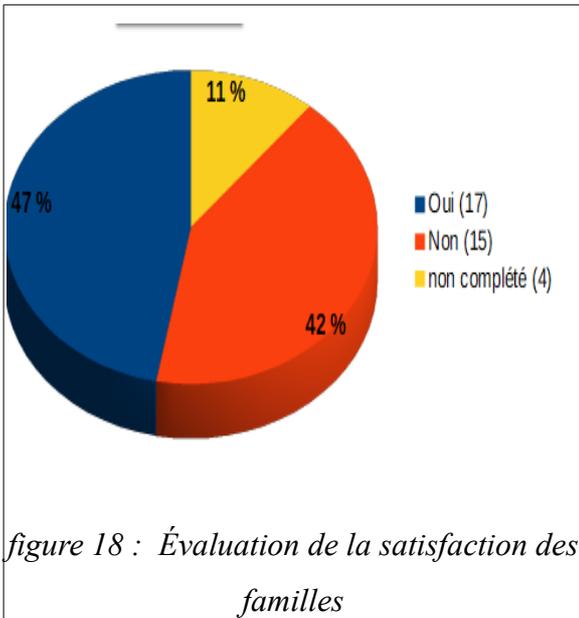
Les professionnels qui n'évaluent pas les attitudes parentales évoquent :

- le manque d'outil (n=6),
- le manque de temps (n=4).

#### 4.2. Qualité des soins :

##### 4.2.1. La satisfaction des familles

A peine la moitié des professionnels évalue la satisfaction des familles. Le critère majoritaire est défini par les progrès des enfants. Il est évalué lors d'un entretien individuel.



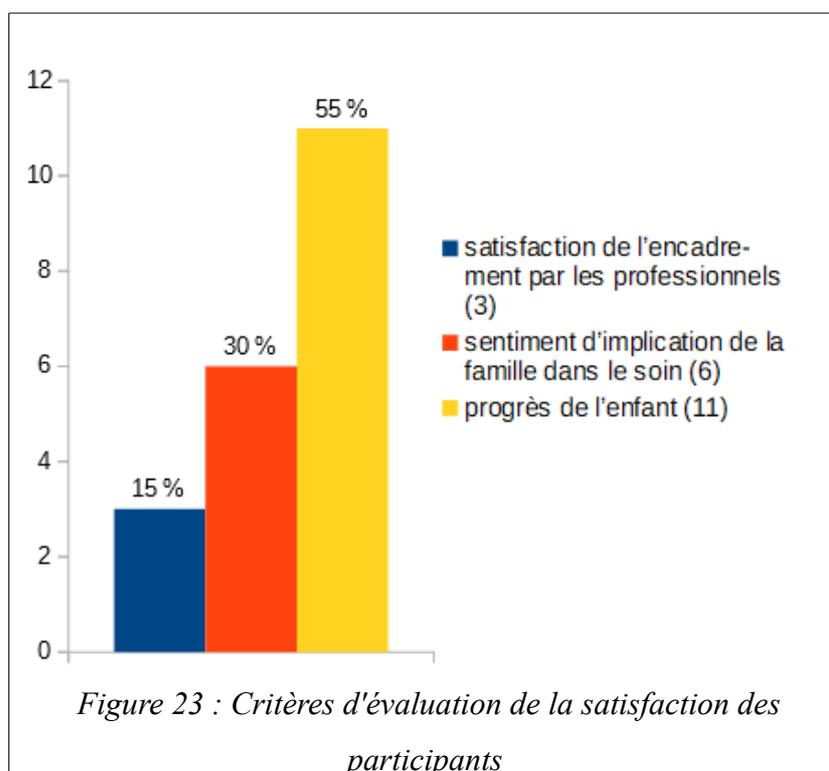
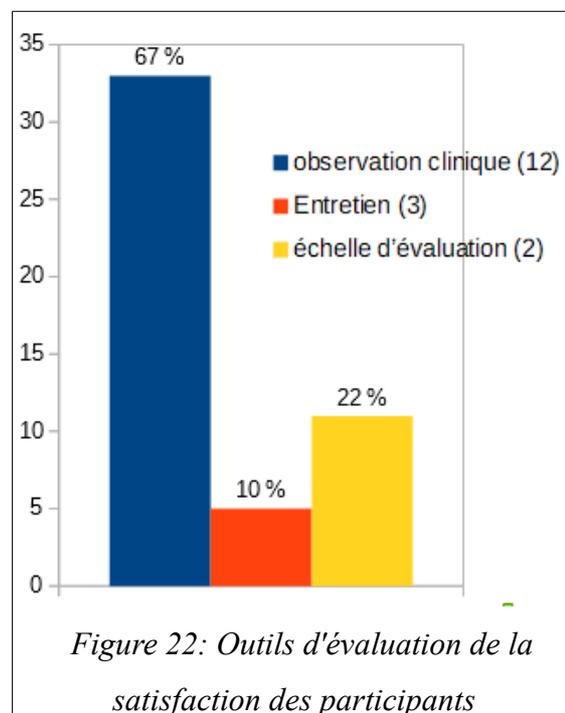
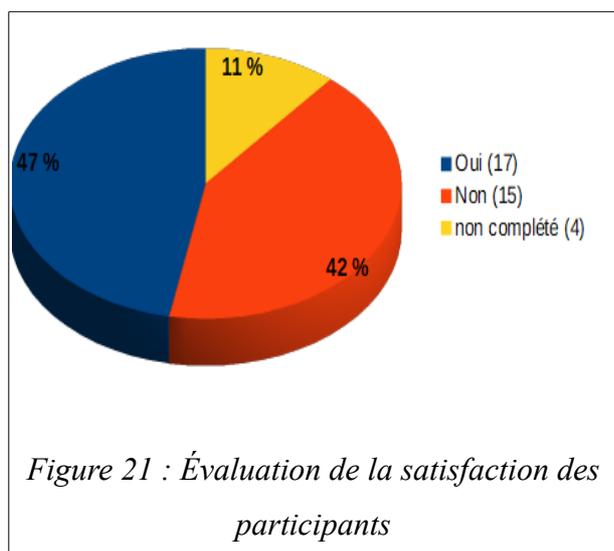
Les professionnels de l'étude n'évaluent pas la satisfaction des familles car :

- ils ne l'avaient pas envisagé (19%, n=7),
- ils manquent de temps pour le mettre en place (11 %, n=4)
- ils n'ont pas d'outil adapté (3 %, n=1).

*D'autres professionnels ne réalisent pas une évaluation à proprement parler mais échangent parfois avec les familles.*

#### 4.2.2. La satisfaction des participants

A nouveau, à peine la moitié des professionnels évalue la satisfaction des participants. La majorité de ces derniers utilise leurs observations cliniques et s'intéresse aux progrès des enfants.



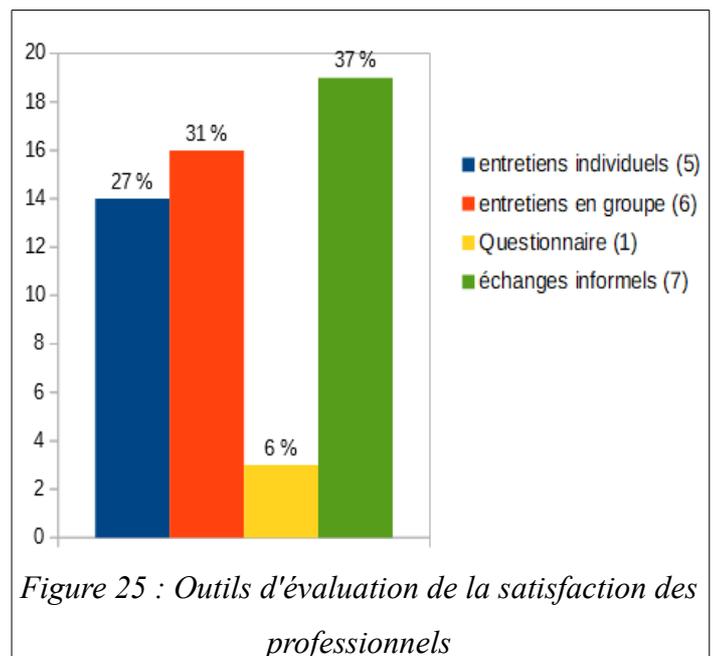
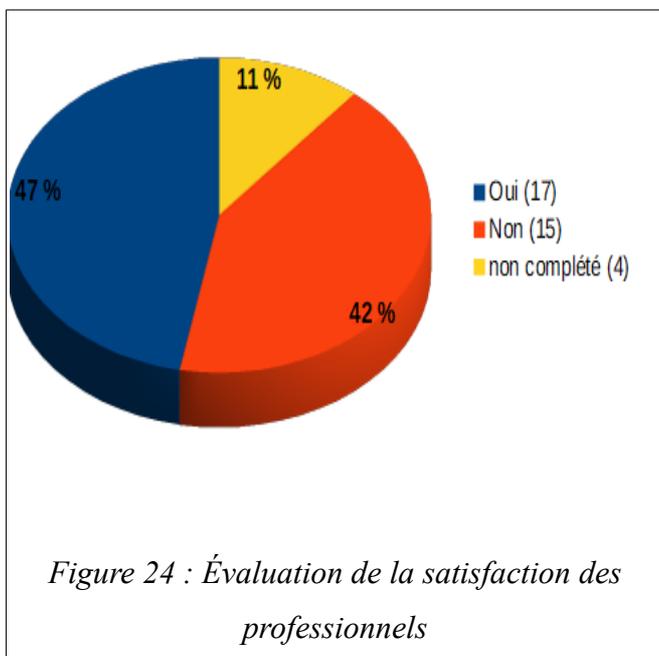
Les professionnels de l'étude n'évaluent pas la satisfaction des participants car :

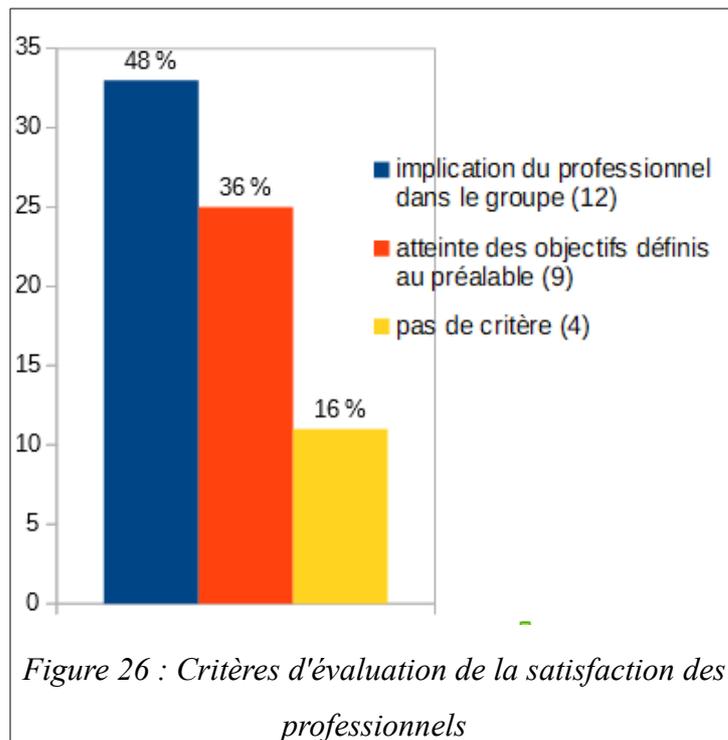
- cela leur semble trop compliqué (24 %, n=9) : *enfants trop jeunes ou non verbaux, pathologies complexes (autisme, polyhandicap, etc.)*.

Les professionnels évoquent des observations cliniques sur la volonté et le plaisir pris à venir en séance plutôt que des évaluations formelles.

#### 4.2.3. La satisfaction des professionnels

Encore une fois, à peine la majorité des professionnels de santé évalue la satisfaction des professionnels en s'intéressant au critère : « implication du professionnel dans le groupe ». Cette évaluation se fait, pour un peu plus d'un tiers d'entre eux, par des échanges informels.



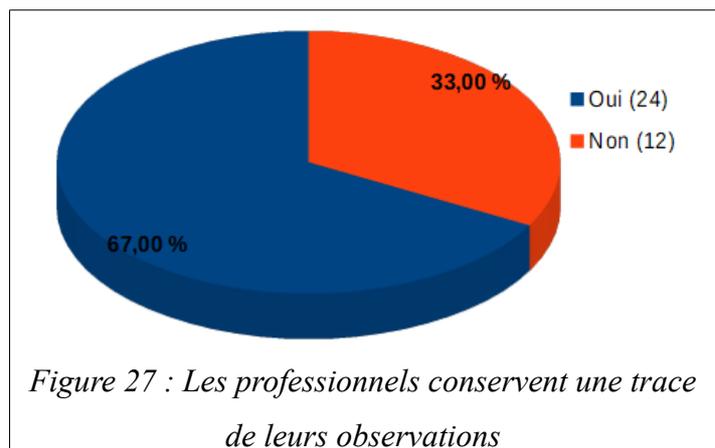


Les professionnels de l'étude n'évaluent pas la satisfaction des professionnels car :

- ils ne l'avaient pas envisagé (33 %, n=12).
- Ils manquent de temps (3 %, n=1).

#### 4.3. Le suivi des groupes

Un tiers des professionnels ne garde pas de trace de leurs observations.

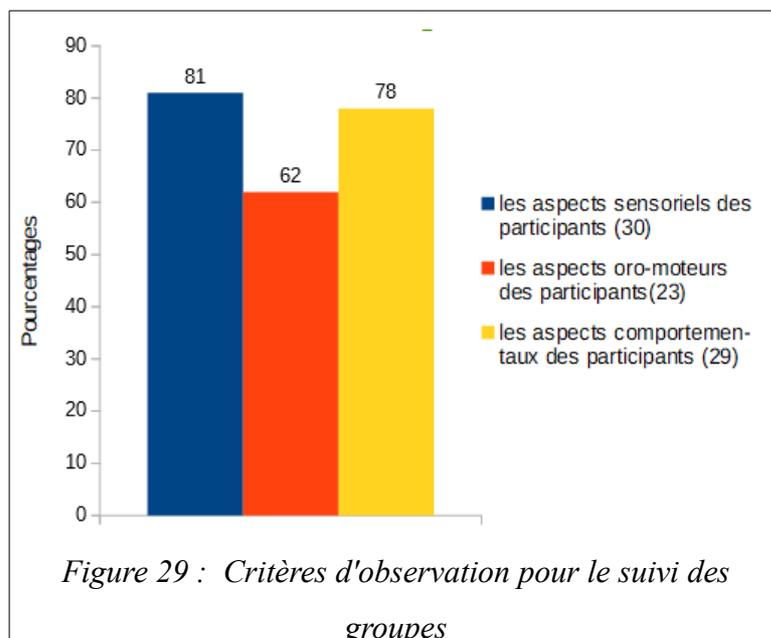
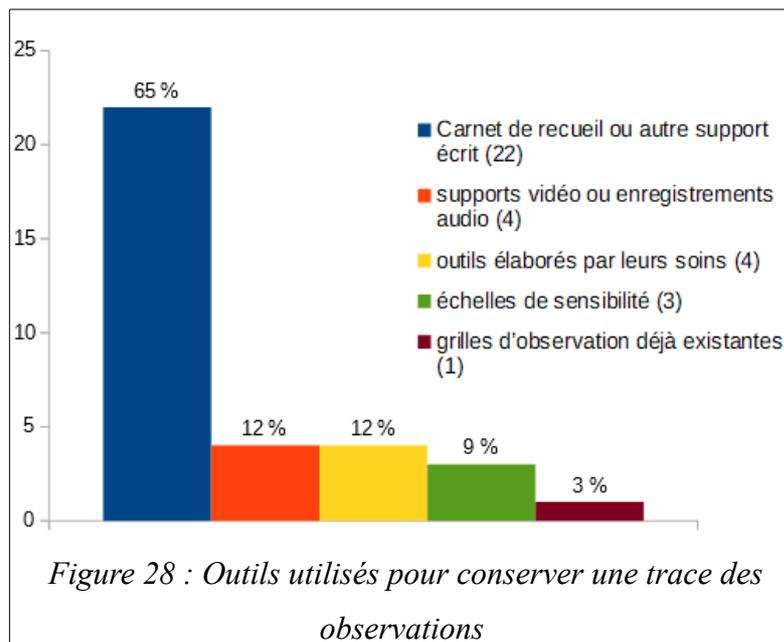


Les professionnels de notre étude ne gardent pas de trace de leurs observation car :

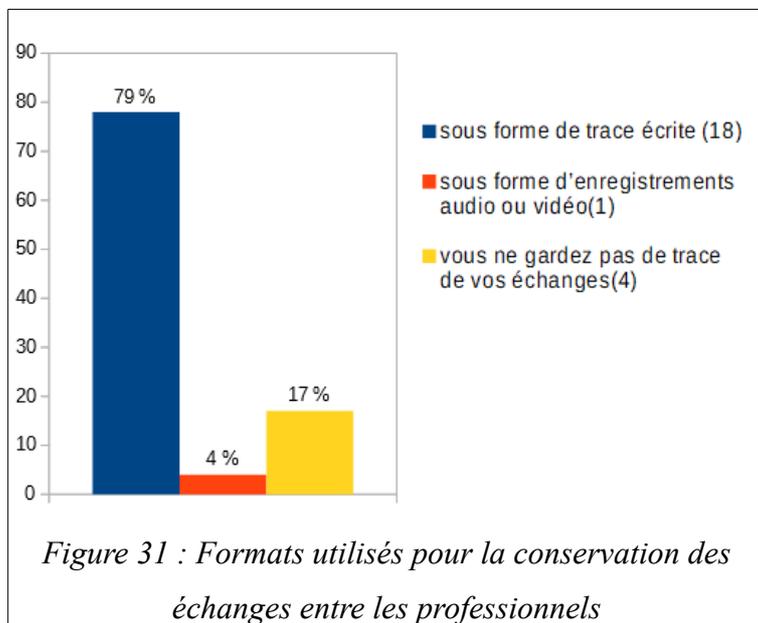
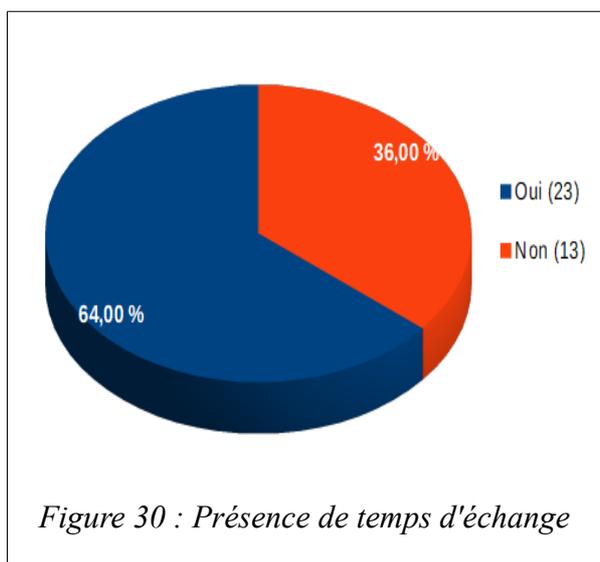
- ils manquent de temps (17 %, n=6),
- ils n'y trouvent aucune utilité (n=2)

- ils n'ont pas d'outils (n=1).

Les professionnels qui conservent une trace de leurs observations utilisent, pour la majorité d'entre eux, un carnet de recueil ou autre support écrit. La grande majorité des observations concerne les aspects sensoriels et comportementaux des participants (respectivement 81 % et 78 % des réponses), suivi par les aspects oro-moteurs (62%). Ces observations s'intéressent, à la grande majorité, à chacun des participants individuellement (83 %, n=30), suivi par la dynamique de groupe dans son ensemble (72 %, n=26).



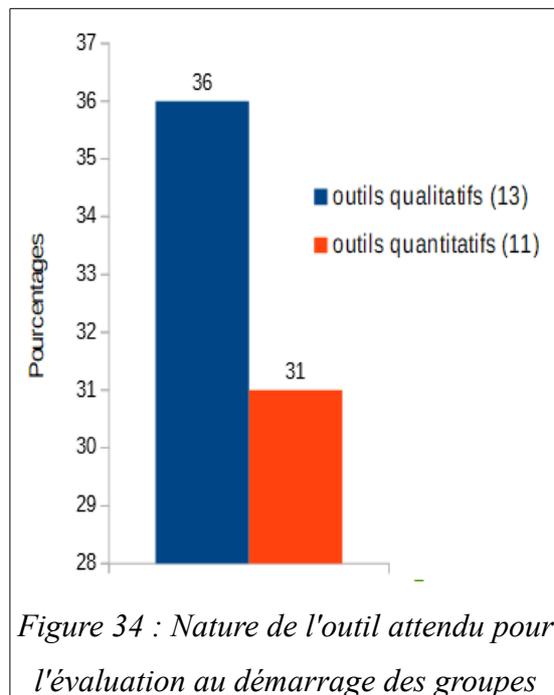
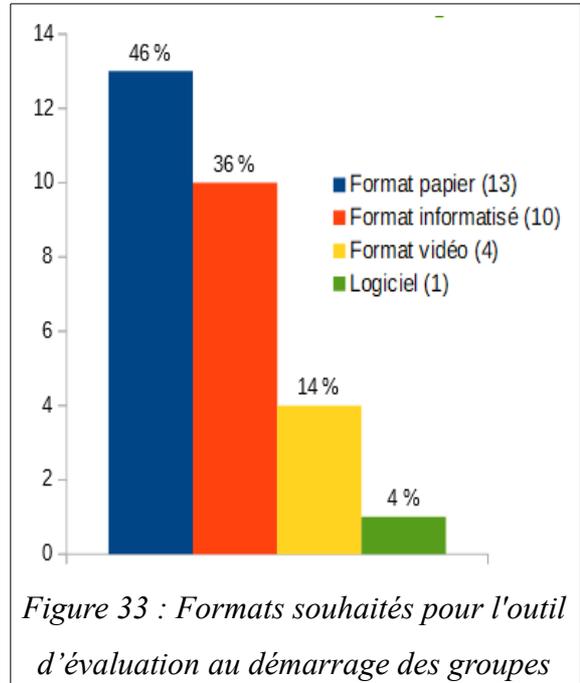
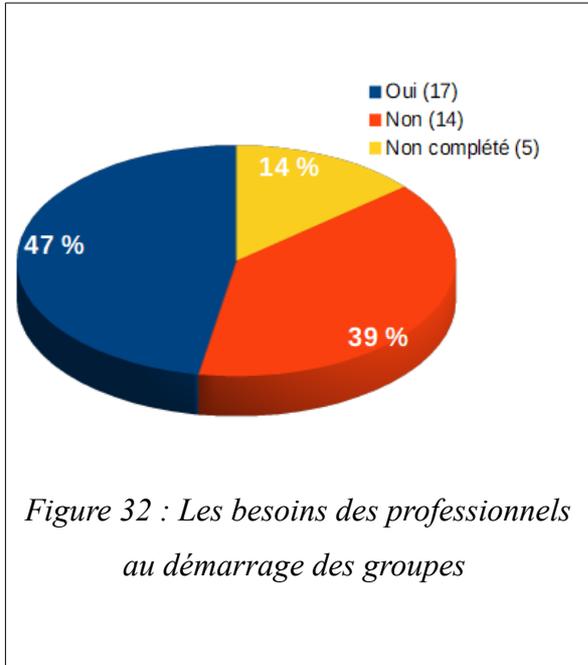
La majorité des professionnels a un temps d'échange après les séances. Ils conservent une trace essentiellement écrite de ces discussions. Dans la moitié des cas, ce temps est systématique après les séances (54 %, n=20). Le manque de temps est invoqué pour les professionnels qui n'ont pas de temps d'échange.



## **5. Les besoins des professionnels concernant les groupes thérapeutiques**

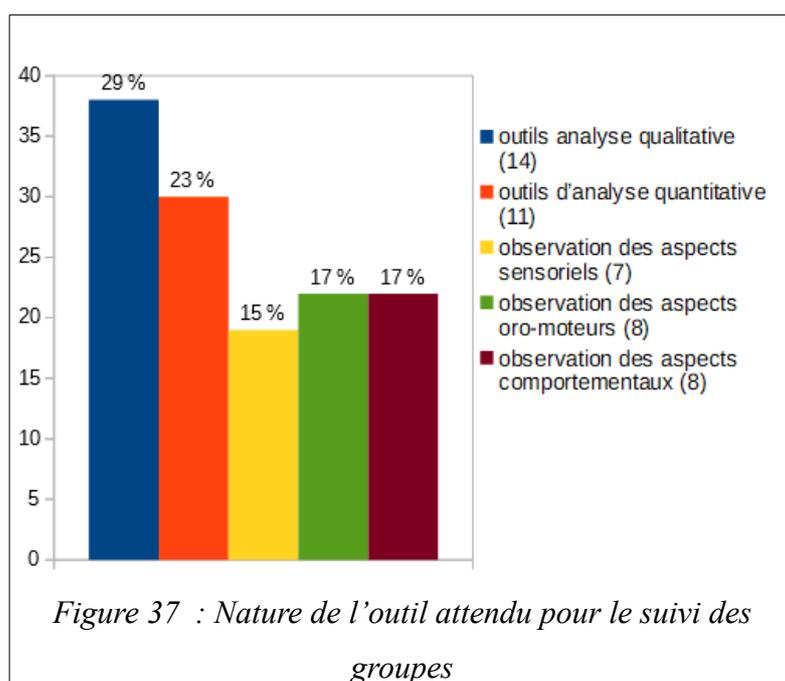
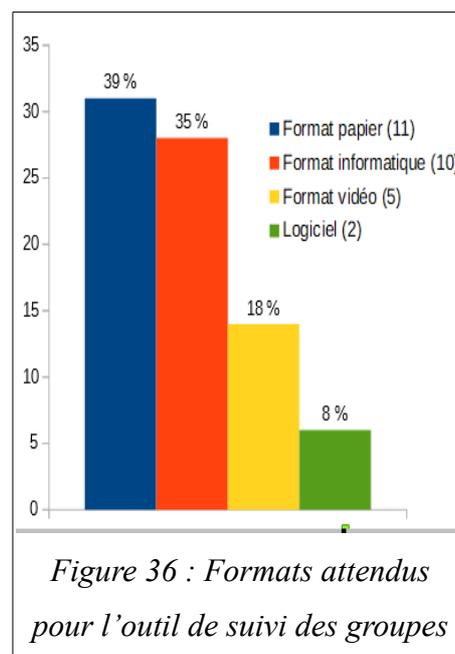
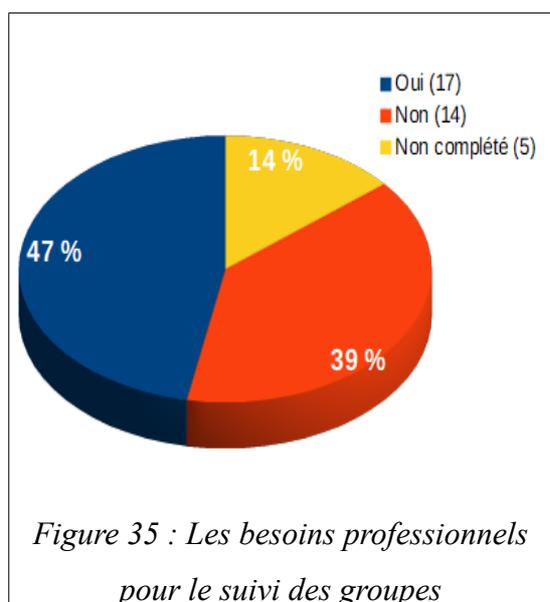
### **5.1. Les besoins au démarrage du groupe**

Un peu moins de la moitié des professionnels sondés a des besoins concernant l'évaluation au démarrage des groupes. Ces besoins concernent, pour un peu moins de la moitié des professionnels, un outil au format papier permettant une analyse qualitative mais aussi quantitative (respectivement 36 et 31% des réponses). Il est attendu que cet outil soit simple d'utilisation et adapté aux bas niveaux. Un professionnel évoque l'intérêt d'une grille d'observation sensorielle.



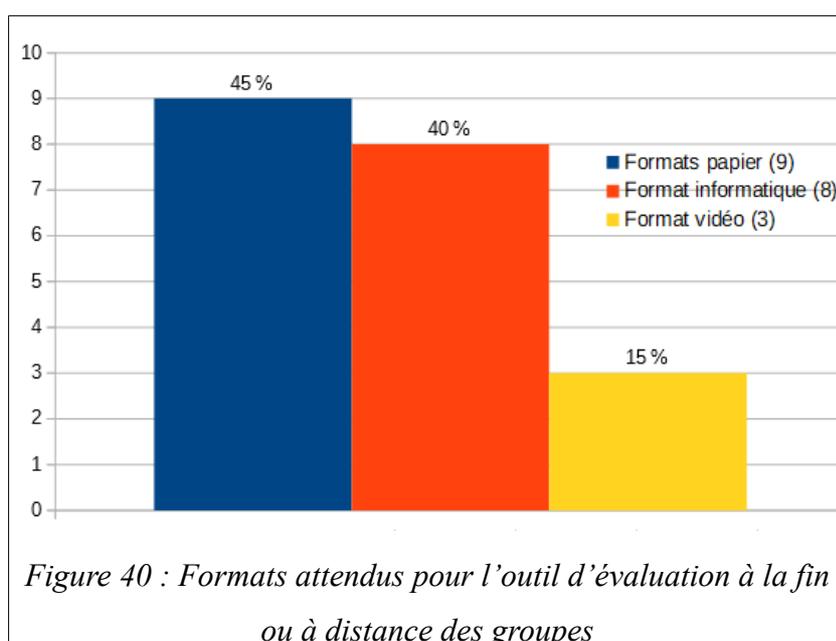
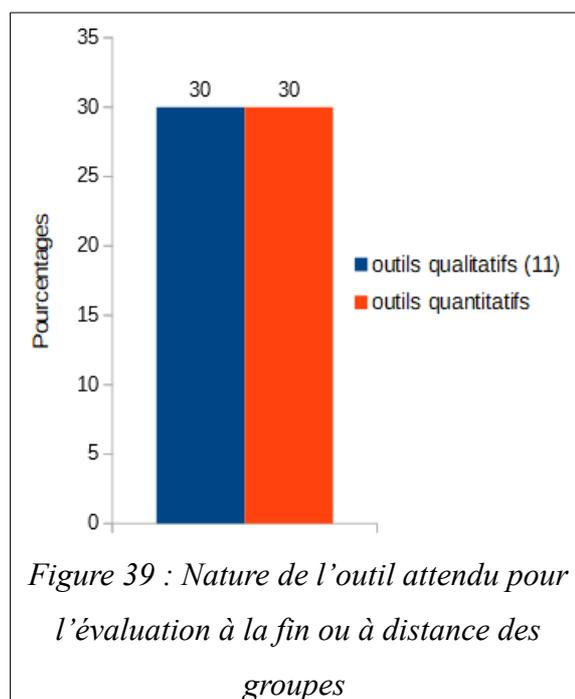
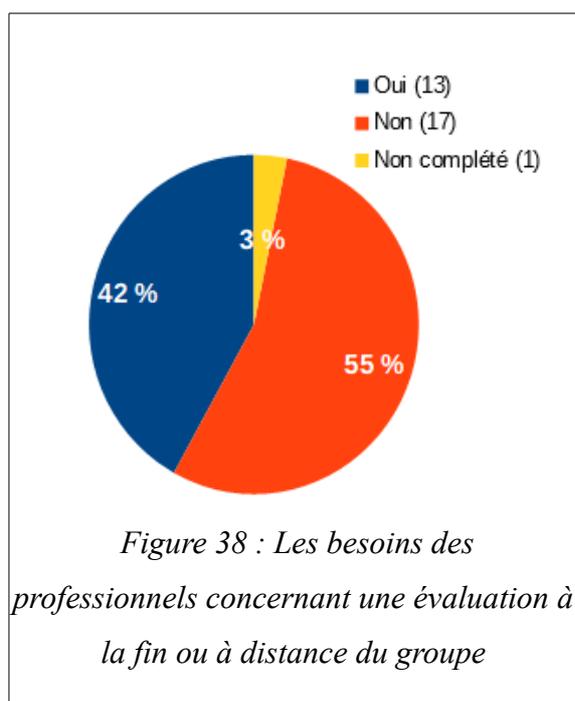
## 5..2. Les besoins concernant le suivi des groupes

A nouveau, un peu moins de la moitié des professionnels a des besoins concernant le suivi des groupes. Pour environ un tiers d'entre eux, il est attendu un format papier ou informatique (respectivement 39 % et 35%). L'outil attendu doit permettre une analyse qualitative et quantitative (respectivement 29 % et 23 % des réponses) et doit s'intéresser aux aspects sensoriels, moteurs et comportementaux pour environ 15 % des professionnels de notre étude.



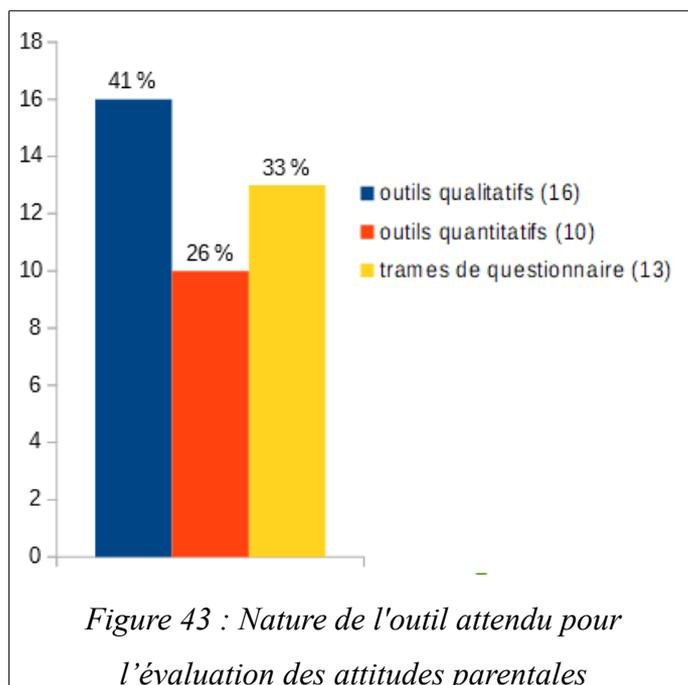
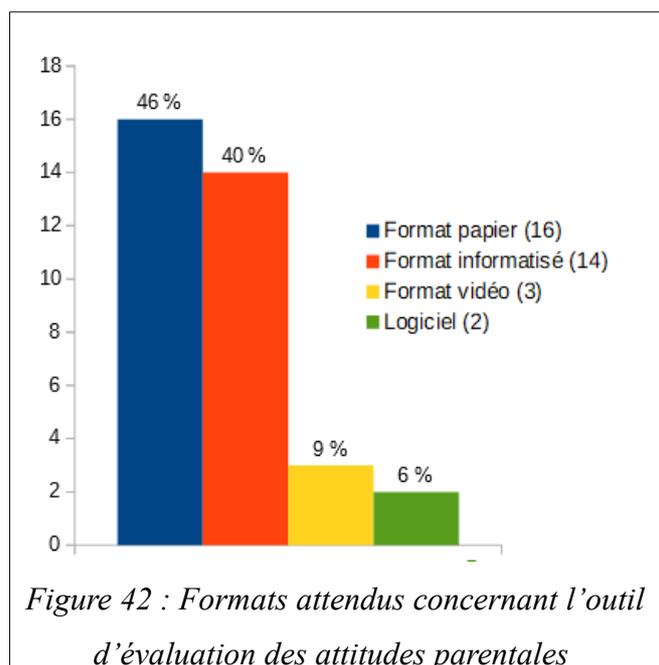
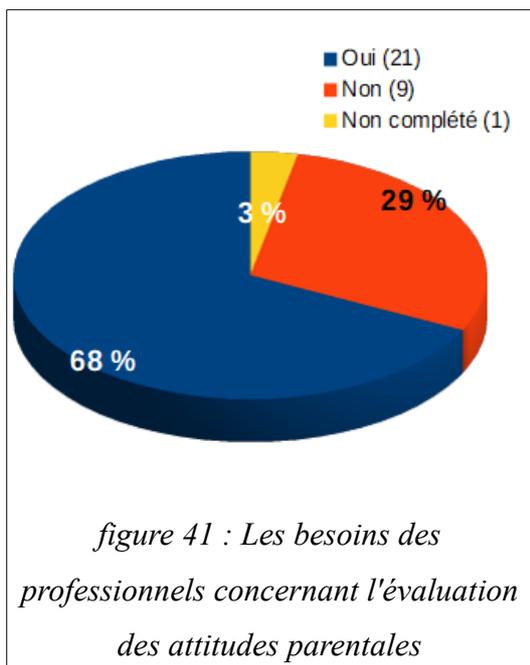
### 5.3. Les besoins concernant l'évaluation à la fin ou à distance des groupes

Un peu plus de la moitié des professionnels de notre étude déclare **ne pas** avoir de besoins concernant l'évaluation à la fin ou à distance du groupe. Parmi les professionnels ayant des attentes, environ un tiers d'entre eux attend un outil permettant une évaluation qualitative et environ un tiers attend également un outil permettant une évaluation quantitative. Un outil papier ou informatique est mis en évidence (respectivement 45 et 40% des réponses).



#### 5.4. Les besoins concernant l'évaluation des attitudes parentales

Plus des deux tiers des professionnels ont des besoins concernant l'évaluation des attitudes parentales. Presque la moitié d'entre eux attend un outil au format papier ou informatique (respectivement 46 % et 40 % des réponses). 41 % des professionnels attendent un outil qualitatif. Ils évoquent des grilles contenant des items comme « lâcher prise à la maison, aliments mieux acceptés, etc. »



5.5. Les besoins concernant l'évaluation de la satisfaction des familles et/ou des professionnels

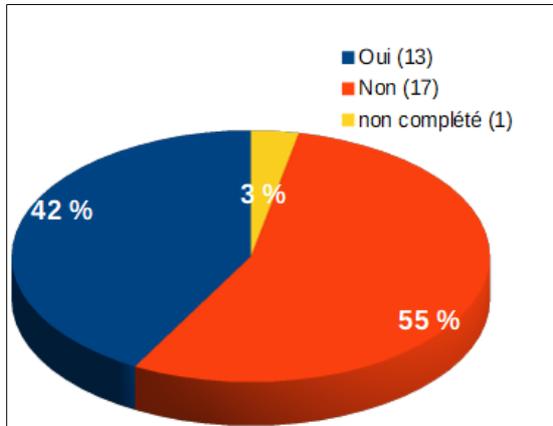


Figure 44 : Les besoins des professionnels concernant l'évaluation de la satisfaction des familles/des professionnels

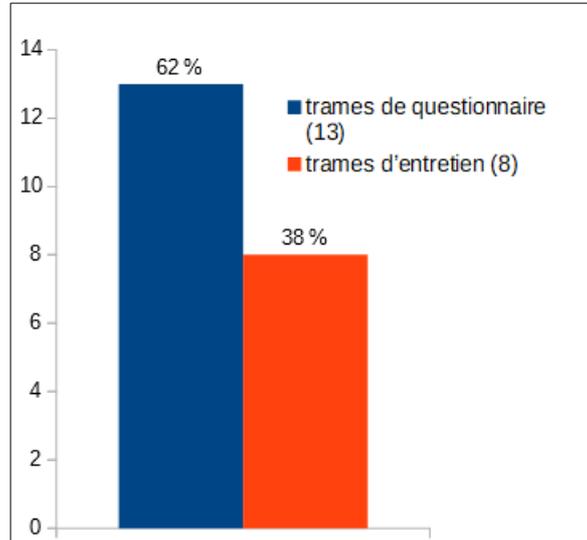


Figure 45 : Nature des outils attendus concernant l'évaluation de la satisfaction des familles/des professionnels

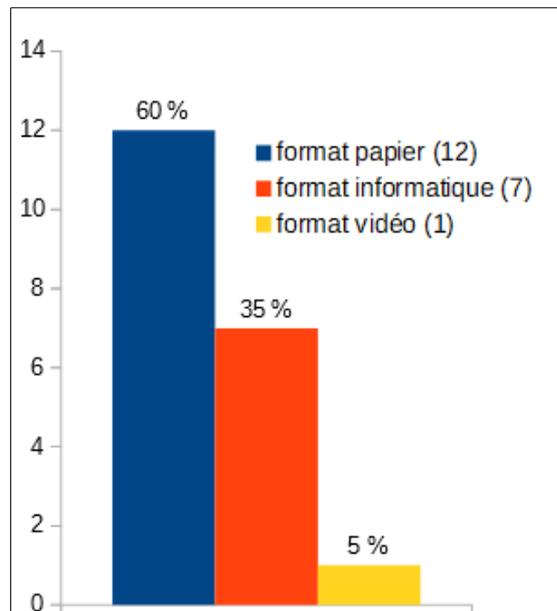


Figure 46 : Formats attendus concernant l'évaluation de la satisfaction des familles/des professionnels

## **6. Synthèse des principaux résultats**

Nos résultats mettent en évidence que 61 % des professionnels de notre étude proposent des groupes thérapeutiques pour la prise en soin des troubles de l'oralité alimentaire. Ils évoquent, à 78 %, l'intérêt d'avoir un regard croisé avec d'autres professionnels et l'intérêt de favoriser l'émulation chez des enfants avec peu d'évolution.

Les groupes de notre étude sont pluriprofessionnels à 84 %. Ces groupes sont élaborés essentiellement selon les problématiques individuelles des participants (48%) ou selon les problématiques communes aux participants (40%). Les enfants sont sélectionnés selon les objectifs thérapeutiques de chacun (45%). Le critère de l'âge (24%), de l'évolution de chaque enfant (16%) et de la pathologie (8%) suivent. 83 % des participants sont également suivis en individuel. Les objectifs concernent à 95 % les compétences sensorielles des participants, puis à 70 % les aspects comportementaux et enfin à 57 % les compétences oro-motrices. La sortie du groupe des participants est majoritairement définie sur des critères quantitatifs (53%).

Si 50% des professionnels de notre étude connaissent l'E.B.P., seulement 3 % le mettent en pratique dans leur groupe thérapeutique. Ensuite, 56 % des professionnels indiquent construire leur groupe sur une approche théorique déterminée. Concernant l'évaluation des groupes, 74 % des professionnels de notre étude évaluent l'efficacité de leur groupe sur les participants. Les évaluations ont lieu, pour 23 % des professionnels, avant le groupe pour obtenir une ligne de base individuelle et, pour 33 % des professionnels, après le groupe pour évaluer les évolutions individuelles. Ces évaluations sont réalisées essentiellement via des outils qualitatifs. Concernant l'évaluation de la satisfaction des familles, des participants et des professionnels, les résultats sont mitigés. En effet, de manière globale, pour chacune des évaluations, la moitié des professionnels s'y prête tandis que l'autre moitié ne les réalise pas. Concernant le suivi des groupes, 67 % des professionnels de notre étude déclarent conserver une trace de leurs observations.

Le besoin des professionnels sondés concernant un outil d'évaluation est mitigé. Si 47 % expriment être en attente d'un outil concernant l'évaluation au démarrage des groupes et concernant le suivi des groupes, 39 % n'ont pas d'attente. A l'inverse, 59 % des professionnels n'ont pas d'attente concernant l'évaluation à la fin ou à distance des groupes. Les professionnels n'expriment pas un besoin franc concernant l'évaluation de la satisfaction des familles, des participants et des professionnels. Si seulement six professionnels (16%) évaluent les attitudes parentales, 68 % des sondés sont en attente d'un outil d'évaluation de ces attitudes.

## **DISCUSSION**

L'objectif de ce mémoire est de réaliser un état des lieux des connaissances et des besoins des professionnels de santé en terme de groupes thérapeutiques en oralité. Dans cette partie, nous analyserons les principaux résultats de notre enquête, puis il s'agira d'apporter une critique sur la méthodologie mise en place. Enfin, nous aborderons les potentiels apports de ce travail pour la pratique des professionnels de santé, ainsi que les perspectives de poursuite de ce travail universitaire.

### **1. Rappel des résultats et validation des hypothèses**

Nous avons supposé, dans notre première hypothèse, que la majorité des professionnels de notre étude proposait des groupes thérapeutiques pour les troubles de l'oralité alimentaire. Or, d'après nos résultats, la majorité des professionnels de notre étude propose effectivement des groupes thérapeutiques (voir Figure 1). De plus, les professionnels qui ne proposent pas de groupe semblent cependant intéressés. Ils manquent, toutefois, de temps et de formation pour mettre en place un groupe et peuvent présenter des difficultés à trouver d'autres professionnels pour l'encadrer. La prise en soin des troubles de l'oralité est, aujourd'hui, en plein essor et est inscrite pleinement dans le champ de compétences des orthophonistes par la création de l'AMO 13.5 depuis le 1er avril 2018 (Avis relatif à l'avenant n° 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996). De nombreuses formations peuvent être proposées aux professionnels et les troubles de l'oralité sont inscrits dans la formation continue des orthophonistes (Unité d'enseignement. 5.4.) (*Bulletin officiel n° 32 du 5 septembre 2013*). **Ces résultats valident donc notre première hypothèse**

Par notre deuxième hypothèse, nous avons envisagé que la moitié des groupes de notre étude étaient pluriprofessionnels. Nos résultats indiquent que la grande majorité des groupes des professionnels sondés sont, en effet, pluriprofessionnels (voir Figure 3). Des professionnels de divers domaines interviennent dans les groupes thérapeutiques en oralité (orthophonistes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, psychologues, éducateurs, auxiliaire de puériculture, infirmiers, etc.). En effet, l'oralité est au carrefour de différentes sphères développementales. Thibault (2017) décrit que les troubles de l'oralité impactent l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant. Ils peuvent présenter différentes facettes : troubles sensoriels, troubles oro-moteurs ou troubles comportementaux (Ernsperger & Stegen-

Hanson, 2004). Les prises en soin ne se limitent donc pas à la bouche. Elles s'intéressent au corps dans sa globalité (Véronique Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009). Elles relèvent, par conséquent, de la compétence de différents professionnels. **Ces résultats valident notre deuxième hypothèse.** Si les prises en soin des troubles de l'oralité alimentaire font intervenir les compétences de différents professionnels, elles interrogent aussi les limites de chacun. En effet, si la complémentarité est indispensable aux prises en soin des troubles de l'oralité alimentaire, il convient que chaque professionnel s'interroge sur sa place et ses interventions en vue de prises en soin les plus harmonieuses possibles. Les résultats montrent également que les professionnels qui encadrent leur groupe seuls exercent essentiellement en libéral. Ceci vient interroger la question du réseau de professionnels. En effet, en exercice libéral, il peut être plus délicat de trouver un autre professionnel pour encadrer un groupe. Les professionnels sont souvent moins disponibles temporellement et géographiquement. La nomenclature peut également être un frein à ce type de pratique (faible AMO, etc.).

Par notre troisième hypothèse, nous avons supposé que les objectifs de la majorité des groupes de notre étude étaient construits autour des compétences sensorielles, oro-motrices ainsi qu'autour des compétences comportementales des participants. Nos résultats mettent en évidence que les objectifs des groupes s'axent, pour la quasi-totalité des professionnels sondés, autour des compétences sensorielles des participants. Ils s'intéressent, ensuite, à leurs compétences comportementales, puis à leurs compétences oro-motrices (voir figure 7). En effet, les troubles sensoriels ont un impact majeur sur le quotidien des enfants. Leurs conséquences ne concernent pas uniquement l'alimentation. Elles peuvent impliquer le corps dans sa globalité et donc entraîner des comportements inadaptés à différents plans (autostimulations, difficultés à porter des vêtements, etc.) (Dunn & Daniels, 2002). En outre, le développement sensoriel est un prélude indispensable au développement des compétences motrices. En effet, lors de l'embryogenèse, la colonisation du tronc cérébral par les afférences sensorielles de la sphère orale va permettre, en retour, l'afférentation motrice de cette sphère. C'est par la stimulation sensorielle de la sphère orale que l'enfant va commencer à développer ses praxies de succion/déglutition (Thibault, 2017). Il est donc pertinent qu'il s'agisse d'un objectif récurrent dans les groupes thérapeutiques. **Ceci valide donc notre troisième hypothèse.**

Les résultats montrent que les objectifs sont définis essentiellement selon les problématiques individuelles des participants, mais également selon les problématiques communes aux participants (voir Figure 5). L'élaboration des objectifs selon l'approche théorique sous-jacente au groupe

intervient bien après selon notre enquête, alors qu'il s'agit bien de groupes thérapeutiques, avec des objectifs de soin précis pour chacun des patients. Ceci est à mettre en lien avec le fait qu'un effectif réduit de notre population d'étude utilise l'E.B.P. en pratique dans leurs groupes.

Notre quatrième hypothèse est construite sur cette notion. Nous avons supposé que l'encadrement de la majorité des groupes de notre étude s'inscrivait dans une démarche d'E.B.P. et de qualité des soins.

Or, si environ la moitié des professionnels de notre étude connaît l'E.B.P., seul un professionnel l'utilise dans sa pratique thérapeutique en groupe (voir Figures 9 et 10). Les arguments invoqués sont que cela leur semble trop complexe à mettre place et qu'ils manquent de temps. En outre, environ la moitié des groupes thérapeutiques de notre étude ne sont pas construits sur une approche théorique (voir Figure 11). Si l'E.B.P. est aujourd'hui présente dans la formation continue des orthophonistes, la plupart des professionnels en exercice n'ont bénéficié d'aucune formation sur ce sujet. Ceci explique pourquoi beaucoup peuvent se sentir en difficulté face à la rigueur demandée par une telle démarche.

L'évaluation est un des éléments clé d'une démarche d'E.B.P. En effet, une évaluation au début du groupe permet l'élaboration de lignes de bases qui permettront un retour objectivable sur l'évolution et donc sur l'atteinte des objectifs thérapeutiques de chacun des participants (Cattini & Clair-Bonaimé, 2017). Or, si l'évaluation des groupes de notre étude est réalisée par environ trois quarts de professionnels, moins d'un tiers propose une évaluation au début et à la fin des groupes (voir Figures 12 et 13).

Concernant le suivi des groupes, plus de la moitié des professionnels de notre étude conservent une trace de leurs observations (voir Figure 27). L'outil le plus utilisé par les professionnels sondés est le recueil d'observations dans un carnet ou autre support (voir Figure 28). Les observations concernent en premier lieu les aspects sensoriels des participants, puis les aspects comportementaux et enfin les aspects oro-moteurs des participants (voir Figure 29). Les professionnels sont majoritairement en attente de pouvoir avoir un retour, au moins qualitatif, sur l'évolution de leur groupe et de leurs participants (voir Figures 34, 37, 39).

Concernant l'évaluation de la satisfaction des participants, des familles ou des professionnels, les résultats sont mitigés et montrent qu'un peu moins de la moitié des professionnels de notre étude réalise une évaluation (voir Figures 18, 21 et 24). Les raisons invoquées sont qu'ils ne l'avaient pas envisagé (pour l'évaluation de la satisfaction des familles et des professionnels), et que cela leur semble trop compliqué (pour l'évaluation de la satisfaction des participants). En effet, l'évaluation de jeunes enfants, d'enfants non verbaux, polyhandicapés, ou dans d'autres situations complexes semble difficile à mettre en place. Ainsi, l'évaluation de la

satisfaction ne fait globalement pas partie des pratiques ancrées dans les groupes. Ceci est pourtant un élément de plus en plus prégnant dans une démarche de qualité des soins (De la Tribonnière, 2016) (*charte du patient hospitalisé*). L'évaluation est un également un critère de définition des groupes thérapeutiques (Amiot Fernand et al., 2015). Les professionnels de santé sont incités à développer leurs pratiques en ce sens aujourd'hui.

Ces différents résultats **valident partiellement notre quatrième hypothèse** dans le sens où la majorité des groupes de notre étude ne sont pas inscrits dans une démarche d'E.B.P. ou de qualité des soins.

Nous avons supposé, dans notre cinquième hypothèse, que les professionnels exprimeraient des besoins concernant l'encadrement de leur groupe qui se traduiraient par l'attente d'un outil permettant d'évaluer les participants et de suivre l'évolution du groupe.

Les résultats montrent, de manière globale, qu'un peu moins de la moitié des professionnels de notre étude a des besoins concernant l'évaluation au démarrage des groupes et concernant le suivi des groupes (voir Figure 35 et Figure 38). Les besoins semblent plus importants pour l'évaluation des attitudes parentales (voir Figure 41). La faible participation des parents aux groupes pourrait donc trouver un élément d'explication dans le manque d'outils permettant une analyse et un retour objectifs sur leurs attitudes. Enfin, ils sont moins importants concernant l'évaluation à la fin ou à distance du groupe ainsi que concernant l'évaluation de la satisfaction des familles et des professionnels. Ceci peut s'expliquer par le fait que les pratiques des professionnels de santé sont, aujourd'hui, peu ancrées dans l'E.B.P. Un autre élément d'explication peut être que l'évaluation de la satisfaction est une pratique relativement nouvelle en France, qui n'est pas encore ancrée dans les interventions des soignants, notamment en libéral. Aux Etats-Unis, la satisfaction des patients est un élément indissociable du soin. Elle se mesure par les compétences techniques du soignant, mais également par ses compétences interpersonnelles (Frattali, 1991). Le format attendu de l'outil est majoritairement un format papier ou informatique. Les professionnels attendent un outil rapide et facile à utiliser. De manière globale, il est attendu que cet outil apporte une évaluation qualitative et quantitative. Il est également attendu que cet outil s'intéresse aux aspects sensoriels, oro-moteurs et comportementaux des participants. **Ces résultats confirment donc notre cinquième hypothèse.**

## **2. Limites de l'étude**

### **2.1. Représentativité de l'échantillon**

La première limite de ce travail tient en la représentativité de notre échantillon. En effet, nous avons diffusé le questionnaire via les réseaux sociaux et directement à certains établissements de santé. Toutefois, il n'y a pas eu d'analyse de la population cible au préalable. Ainsi notre échantillon n'est pas représentatif de la population étudiée. Il est donc important de tenir compte du fait que les raisonnements et conclusions issus de cette étude ont été obtenus uniquement sur l'échantillon recueilli, à savoir les professionnels ayant répondu à notre enquête. Notre travail présente donc un biais de sélection.

De plus, bien que notre questionnaire visait tous les professionnels de santé proposant un groupe thérapeutique en oralité ou non, nous avons recueilli essentiellement des réponses d'orthophonistes (45 orthophonistes sur 59 professionnels de santé). Bien que nous ayons diffusé le questionnaire sur des plateformes ouvertes à tous les professionnels de santé et sur des plateformes propres à d'autres professions, nous avons eu des difficultés à recueillir des données des professionnels de santé qui n'étaient pas orthophonistes. Notre travail comporte donc un biais de recueil de l'information.

En outre, le taux de réponse à notre enquête reste faible pour qu'une analyse descriptive en pourcentage soit fonctionnelle et généralisable à l'ensemble de la population. En effet, plus les questions devenaient précises et plus elles excluaient certains participants. Aussi, pour certaines questions, l'effectif correspond seulement à une dizaine d'individus. Au regard de l'effectif de notre échantillon, certains de nos résultats sont donc à observer avec une certaine relativité.

### **2.2. Élaboration du questionnaire**

L'élaboration de notre questionnaire a également conduit à un biais méthodologique. En effet, plusieurs professionnels nous ont fait le retour que notre questionnaire était trop long et contenait trop de questions ouvertes. Ainsi, il est probable que, manquant de temps pour répondre, certains participants n'aient pas répondu à toutes les questions. Il est probable également que les questions nécessitant une expression libre de la part des sondés auraient été plus étayées si elles avaient été moins nombreuses.

De plus, il semble que le questionnaire n'était pas clairement adapté aux personnes ne proposant pas de groupe. En effet, il était ouvert aux professionnels proposant ou non des groupes

thérapeutiques car il nous intéressait d'identifier les raisons pour lesquelles les professionnels ne proposent pas de groupes et s'ils en ressentent néanmoins le besoin. Toutefois, les retours des sondés indiquent que beaucoup des questions de notre enquête ne leur étaient pas adressées.

### **3. Implications pratiques et perspectives**

#### **3.1. Intérêt pour la pratique des professionnels**

Ainsi, les résultats de cette enquête ne mettent pas en évidence d'attente franche concernant un outil d'évaluation ou de suivi des groupes. Environ la moitié des professionnels a des besoins concernant l'évaluation des groupes au démarrage et concernant le suivi des groupes. Les besoins semblent plus prégnants pour l'évaluation des attitudes parentales, tandis qu'ils le sont beaucoup moins pour une évaluation à la fin ou à distance du groupe, ou bien concernant l'évaluation de la satisfaction des familles ou des professionnels. Aujourd'hui, les évaluations sont, en outre, très majoritairement effectuées via des outils d'analyse qualitatifs. Une grande majorité des professionnels n'effectue aucune évaluation pour obtenir des lignes de base. **Ceci indique que les professionnels sont actuellement peu dans une démarche d'évaluation et, par conséquent peu dans une démarche d'E.B.P. concernant les groupes thérapeutiques en oralité.** En effet, si la plupart des professionnels connaissent l'E.B.P. un pourcentage minime le met en pratique dans les groupes. En outre, environ la moitié des groupes de notre étude ne sont construits sur aucune approche théorique. Pour autant, les professionnels de notre étude semblent en attente d'outils permettant des observations qualitatives, mais également d'outils normés permettant des observations quantitatives. Ainsi, ces professionnels semblent attendre des outils basés sur des preuves. Il se pourrait donc que les pratiques de soin en groupe concernant les troubles de l'oralité alimentaire cherchent à s'ancrer davantage dans la validité scientifique. Il apparaît que les professionnels semblent freinés par la complexité apparente d'application de cette démarche dans leurs groupes. Ceci pourrait indiquer **qu'un accompagnement et que la formation pratique des professionnels à l'E.B.P.** seraient un moteur vers des prises en soin en groupes thérapeutiques plus ancrées dans la recherche de validité scientifique et dans l'attente de résultats objectivables.

En outre, les résultats de notre étude ont montré que **l'évaluation de la satisfaction était peu réalisée dans les groupes aujourd'hui** (satisfaction des participants, des familles ou des professionnels). Toutefois, un certain nombre de professionnels est en attente d'outils pour l'évaluation de la satisfaction des familles et/ou des professionnels (voir Figure 41). De plus, un des professionnels ayant répondu à notre enquête a mentionné que le groupe dans lequel il intervenait

était construit sur une approche d'E.T.P. Ainsi, il semble que les pratiques se développent aujourd'hui vers une démarche plus rigoureuse d'évaluation dans laquelle l'usager de santé a une place prépondérante, et où l'évaluation de la satisfaction de chaque intervenant (patient, famille ou professionnel) a toute sa place. En effet, l'évaluation de la satisfaction des usagers et des professionnels est en lien avec une démarche de qualité de soin. Si cette démarche est plus ancrée en institution où la qualité des soins fait souvent partie des projets d'institution et est renforcée par la charte du patient hospitalisé, la question est relativement nouvelle pour l'exercice libéral. **L'efficacité des interventions thérapeutiques pourrait donc être renforcée par la coïncidence des attentes des démarches d'E.B.P. et d'E.TP.**

Par ailleurs, il est à noter que la moitié des groupes ne sont pas construits sur une approche théorique sous-jacente. Une forte majorité n'effectue aucune évaluation au début du groupe pour définir des lignes de base. En outre, très peu d'évaluations à distance du groupe sont proposées, ce qui interroge sur la recherche de maintien des acquis dans la construction du groupe. Nos résultats ont également mis en évidence que certains groupes sont encadrés par des professionnels non soignants (éducateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfants, etc.) **Ceci vient questionner la définition et la distinction entre groupe thérapeutique et d'autres pratiques en groupe moins ancrées dans le soin.** De plus, la littérature scientifique étant relativement pauvre concernant les interventions en groupe autour des troubles de l'oralité alimentaire, **il pourrait être intéressant d'approfondir et de redéfinir les différentes pratiques possibles et ce que les professionnels en font.**

### 3.2. Perspectives

L'objectif de ce mémoire était de dresser un état des lieux des pratiques et des besoins des professionnels de santé concernant les groupes thérapeutiques en oralité. Ainsi, bien que les attentes en terme d'outils d'évaluation et de suivi des groupes ne soient pas tranchées, il serait intéressant de poursuivre ce travail universitaire par l'élaboration d'un outil à la lumière des éléments mis en évidence par notre travail. Cela signifie que cet outil devrait tenir compte des besoins des professionnels concernant un outil au démarrage des groupes, un outil de suivi des groupes et un outil d'évaluation des attitudes parentales. Cet outil devrait également inscrire les pratiques dans une démarche d'E.T.P. et d'E.B.P. Il serait intéressant de tester cet outil et d'obtenir un retour des professionnels sur son utilisation.

Les résultats ont montré que les groupes thérapeutiques concernant les troubles de l'oralité alimentaire sont pluriprofessionnels et concernent une grande diversité de professions. Ainsi, pour être pleinement fonctionnel, il serait pertinent que cet outil soit utilisable pour tous les professionnels concernés et qu'il contienne les éléments nécessaires à chacune des professions représentées. Pour cela, il pourrait être intéressant de poursuivre ce travail avec différents représentants de chaque filière afin de déterminer les éléments spécifiques et nécessaires à chacun et les faire apparaître dans l'outil. Un tel outil pourrait permettre d'harmoniser les pratiques et d'assurer la validité et l'efficacité des interventions proposées. Il serait également pertinent de s'intéresser à la formation des professionnels concernant l'E.B.P. et l'E.T.P. en lien avec les prises en soin en groupes thérapeutiques.

## **CONCLUSION**

Ce travail universitaire nous a permis de dresser un état des lieux des pratiques actuelles des professionnels de santé en terme de groupes thérapeutiques en oralité. Il nous a également permis d'identifier les besoins de ces professionnels.

Il est donc apparu que les groupes thérapeutiques en oralité sont la plupart du temps pluriprofessionnels, qu'ils s'intéressent prioritairement aux aspects sensoriels des participants, suivis par les aspects oro-moteurs et comportementaux. Les évaluations des participants aux groupes ont lieu majoritairement au début du groupe et à la fin du groupe. Les évaluations et observations sont essentiellement qualitatives. En revanche, très peu de professionnels sondés évaluent la satisfaction des participants, des familles ou des professionnels qui interviennent dans le groupe. Il en va de même pour l'évaluation des attitudes parentales. Il a également été mis en évidence que si les professionnels connaissent l'E.B.P., une minorité l'utilise en pratique invoquant des raisons de complexité à la mise en place.

Les professionnels de notre étude n'indiquent pas de manière franche avoir besoin d'un outil d'analyse des groupes thérapeutiques. Les attentes concernent majoritairement l'évaluation au démarrage des groupes et le suivi des groupes, mais également l'évaluation des attitudes parentales. Ils attendent un outil permettant une analyse qualitative, mais aussi quantitative. Ainsi, il semble apparaître une dynamique allant vers une évaluation plus rigoureuse, basée sur des mesures objectivables.

L'ensemble de ces résultats interroge donc sur la nécessité de former davantage les professionnels aux démarches actuelles que sont l'E.B.P., mais également aux démarches de qualité de soin dans lesquels s'inscrit, notamment, l'E.T.P.

La moitié des professionnels de notre étude estime avoir besoin d'un outil d'analyse de leur pratique en groupe. Il serait donc intéressant, bien que cette attente ne soit pas tranchée, de poursuivre ce travail par l'élaboration et le test d'un outil d'évaluation et d'observation pluriprofessionnel apportant des informations qualitatives et quantitatives. En effet, il est pertinent de s'interroger sur les moyens qui permettraient d'ancrer les groupes thérapeutiques dans une démarche rigoureuse de soin. Il serait intéressant d'approfondir la réflexion sur des propositions de formations en E.B.P. appliquées aux prises en soin des troubles de l'oralité alimentaire en groupe thérapeutique. Ceci pourrait permettre aux professionnels d'être mieux armés pour proposer des groupes foncièrement ancrés dans le soin (fondés sur des approches théoriques clairement identifiées avec des objectifs qualitatifs et quantitatifs pour les participants). La distinction entre groupes thérapeutiques et groupes dits « occupationnels » serait alors plus nette.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Abadie, V. (2004a). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de pédiatrie*, 11(6), 603-605. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2004.03.040>
- Abadie, V. (2004b). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 55–68.
- American Academy of Pediatrics, S. on C. and I., & Council on Children With. (2012). *Sensory Integration Therapies for Children With Developmental and Behavioral Disorders*. 129(6), 1186-1189. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0876>
- Amiot Fernand, O., Autant-Parcot, M.-H., Craplet, M., David, N., Elineau, P., Fleury, B., ... Vassas, S. (2015). Groupes à visée thérapeutique, addictologie ambulatoire. *Association Nationale de Prévention en alcoologie et addictologie*.
- Avis relatif à l'avenant n° 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996.*
- Bandelier, E. (2015). *Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant - Pistes de prise en charge*. orthoéditions.
- Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*, (39), 143-159. <https://doi.org/10.3917/cont.039.0143>
- Boudou, M., & Lecoufle, A. (2015). *Les troubles de l'oralité alimentaire: quand les sens s'en mêlent!*
- Bulletin officiel n° 32 du 5 septembre 2013*. (s. d.). Consulté à l'adresse [http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/38/9/referentiel-formation-orthophoniste\\_267389.pdf](http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/38/9/referentiel-formation-orthophoniste_267389.pdf)
- Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche* (Erès).
- Cattini, J., & Clair-Bonaimé, M. (2017). Les apports de l'Evidence-Based Practice et de la Practice-Based Evidence : du bilan initial à l'auto-évaluation du clinicien. *Rééducation orthophonique*, 272, 109-146.
- charte du patient hospitalisé*. (s. d.). Consulté à l'adresse [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_a4\\_couleur.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf)
- Coquet, F. (2013). Approches utilisant des techniques de rééducation de groupe. In *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent - Pistes pour l'évaluation*. orthoéditions.
- Couly, G. (2017). L'oralité foetale, fondement du langage. *Rééducation orthophonique*, 271, 13-27.

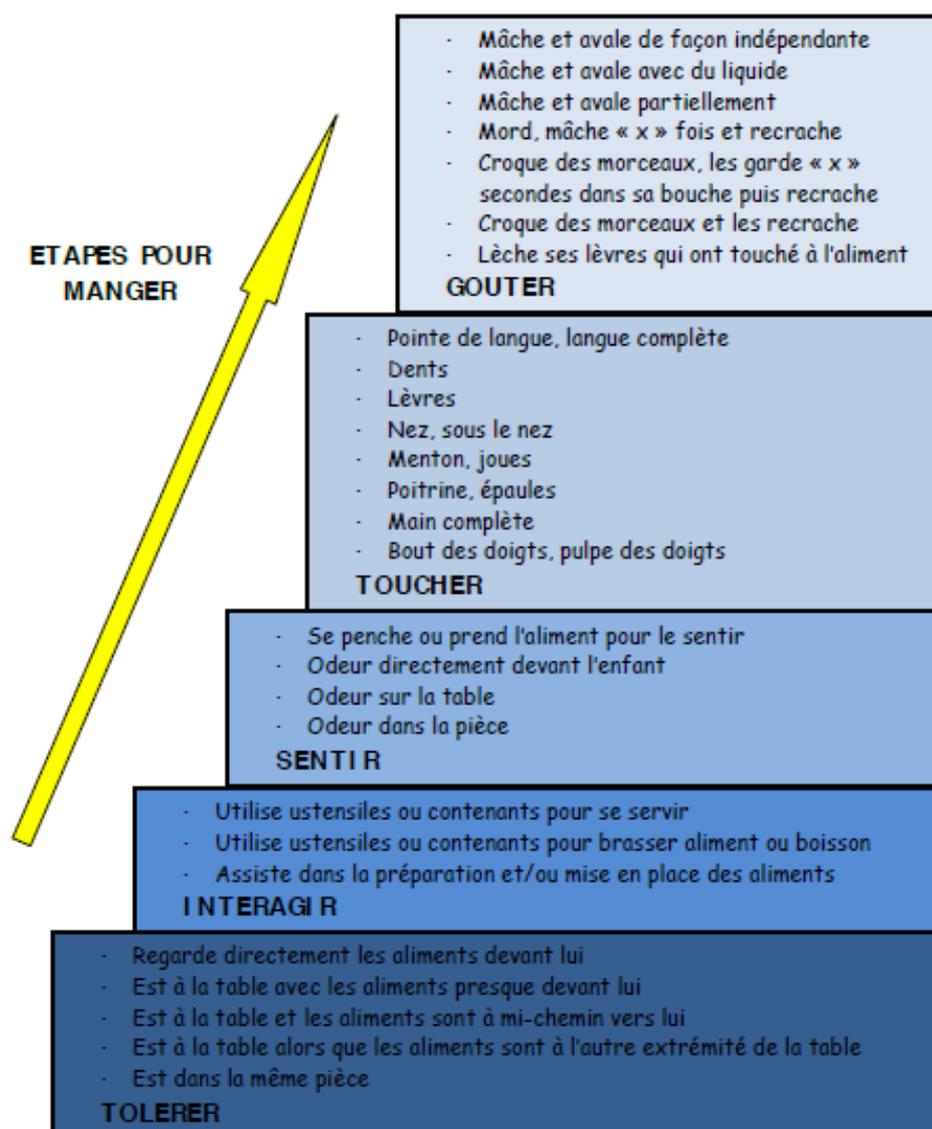
- Crunelle, D. (2004). Les troubles de déglutition et d'alimentation de l'enfant cérébrolésé. In *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant* (Rééducation orthophonique, p. 85-92).
- De la Tribonnière, X. (2016). *Pratiquer l'éducation thérapeutique, l'équipe et les patients* (Elsevier Masson).
- Dunn, W., & Daniels, D. B. (2002). Initial development of the infant/toddler sensory profile. *Journal of Early Intervention, 25*(1), 27-41.
- Ernsperger, L., & Stegen-Hanson, T. (2004). *Just take a bite. Easy, effective answers to food aversions and eating challenges !* Future Horizons Inc.
- Frattali. (1991). Measuring Client Satisfaction. Consulté 5 juin 2019, à l'adresse American Speech-Language-Hearing Association website: <https://www.asha.org/slp/healthcare/measuring-client-satisfaction/>
- Froget, H., & Garnier, S. (2013). « Du corps à la cuillère » *Approche corporelle et orthophonique dans les troubles de l'oralité* (Mémoire d'orthophonie). Université de Lille.
- Gordon-Pomarès, C. (2004). La neurobiologie des troubles de l'oralité alimentaire. *rééducation orthophonique, 220*, 17-23.
- Havard, E. P., & Carreau, M. (2009). *Les troubles sensoriels : impact sur les troubles alimentaires. 4.*
- Hypotonie : Thérapeutes spécialisés dans la stimulation oro-faciale. (2015, novembre 3). Consulté 13 avril 2019, à l'adresse Blog Hop'Toys website: <https://www.bloghoptoys.fr/hypotonie-therapeutes-specialises-dans-la-stimulation-oro-faciale>
- Key, & Toomey. (1999). *Prise en charge orthophonique des troubles de l'oralité – Approche sensorielle.*
- Leblanc, V., Lecoufle, A., Bourgeois, C., Hardy, E., & Ruffier-Bourdet, M. (2012). *Boîte à idées pour oralité malmenée du jeune enfant.*
- Leblanc, Véronique, & Ruffier-Bourdet, M. (2009). Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel. *Spirale, (51)*, 47-54. <https://doi.org/10.3917/spi.051.0047>
- Levavasseur, E. (2017). Prise en charge précoce des difficultés alimentaires chez l'enfant dit « tout-venant » ou « vulnérable ». *rééducation orthophonique, 151-169.*
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.*
- Maillart, C., & Durieux, N. (2014). L'evidence-based practice à portée des orthophonistes : intérêt des recommandations pour la pratique clinique. *Rééducation orthophonique, 257*, 71-82.

- McIntosh, D. N., Miller, L. J., Shyu, V., & Hagerman, R. J. (1999). Sensory-modulation disruption, electrodermal responses, and functional behaviors. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 41(9), 608-615. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1999.tb00664.x>
- Medicare Guidelines for Group Therapy Treatment. (s. d.). Consulté 22 août 2018, à l'adresse American Speech-Language-Hearing Association website: <https://www.asha.org/Practice/reimbursement/medicare/group-treatment/>
- Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). Concept Evolution in Sensory Integration: A Proposed Nosology for Diagnosis. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 135-140. <https://doi.org/10.5014/ajot.61.2.135>
- OMS | Allaitement. (s. d.). Consulté 13 avril 2019, à l'adresse WHO website: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/>
- Perez, P. (2014). La diversification alimentaire à travers le monde. *Spirale*, N° 72(4), 133-141.
- Prudhon, E. (2017). Oralité alimentaire et trouble du spectre autistique. *Rééducation orthophonique*, 271.
- Quélin-Souligoux, D. (2007a). Formation aux groupes thérapeutiques pour enfants et adolescents, Summary, Resumen. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (48), 75-84. <https://doi.org/10.3917/rppg.048.0075>
- Quélin-Souligoux, D. (2007b). Médiation et pratiques groupales. In *Quels groupes thérapeutiques ? Pour qui ?* (p. 33-44). Consulté à l'adresse <http://www.cairn.info/quels-groupes-therapeutiques-pour-qui--9782749207582-page-33.htm>
- Ramsay, M., Martel, C., Porporino, M., & Zygmuntowicz, C. (2011). The Montreal Children's Hospital Feeding Scale: A brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *Paediatrics & Child Health*, 16(3), 147-e17. <https://doi.org/10.1093/pch/16.3.147>
- Roch, D. (2007). Pluridisciplinarité, transdisciplinarité : Quels modèles de prise en charge ? In *Rééducation orthophonique* (Vol. 231, p. 227-239). orthoéditions.
- Rosenbaum, F., Bovet, D., & Jéquier Thiébaud, V. (1995). arrêts sur image : essai de réflexion théorique à propos d'une pratique de logothérapie de groupe. *Travaux neuchâtelois de linguistique*, (22), 91-112.
- Schaaf, R. C., Benevides, T. W., Blanche, E., Brett-Green, B. A., Burke, J., Cohn, E., ... Schoen, S. A. (2010). Parasympathetic functions in children with sensory processing disorder. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 4. <https://doi.org/10.3389/fnint.2010.00004>

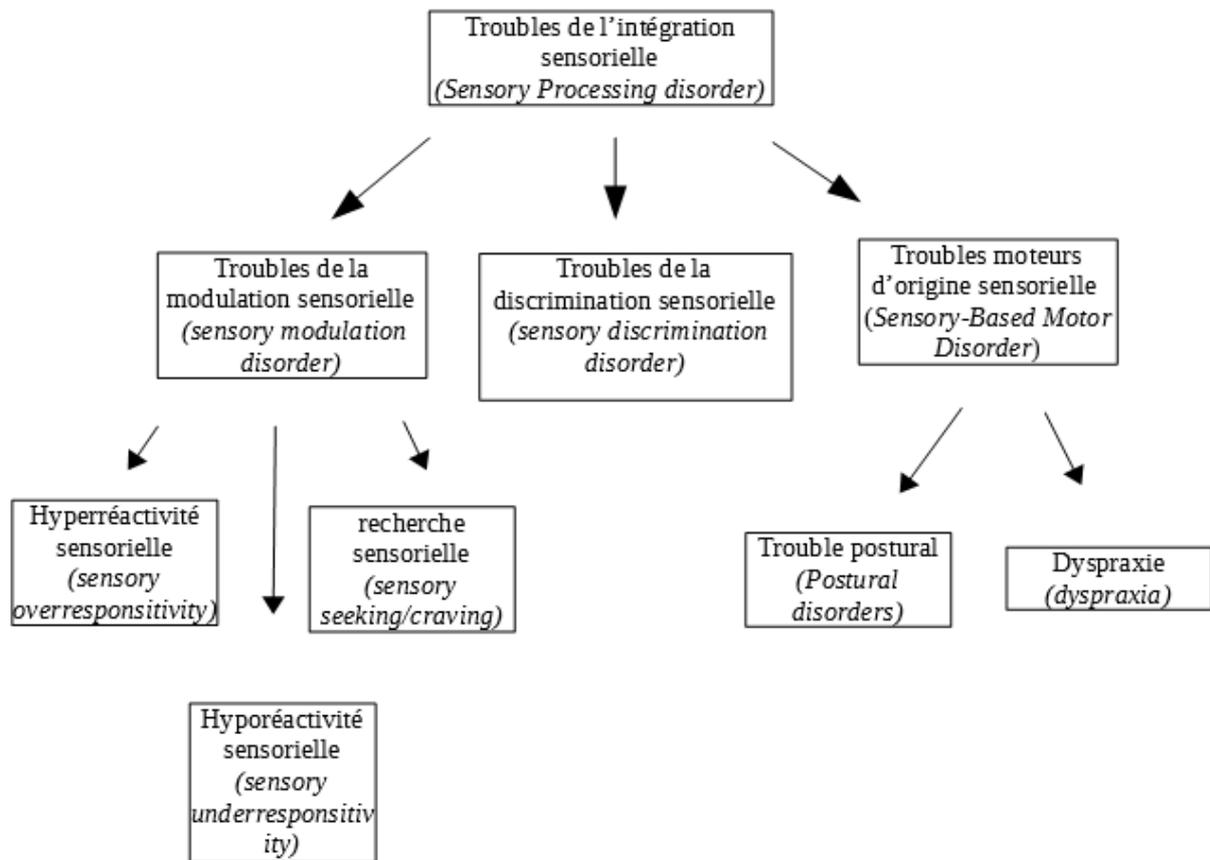
- Senez, C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises* (De Boeck, Solal).
- Tessier, M.-J. (2011). *Marqueurs précoces des problèmes sensoriels chez le jeune enfant présentant des problèmes d'alimentation*. Consulté à l'adresse <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4989>
- Thibault, C. (2012). Les enjeux de l'oralité. *Les entretiens de Bichat*, 115–136.
- Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant*. (2ème). Elsevier Masson.
- Toomey, K. A., & Ross, E. S. (2011). SOS Approach to Feeding. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*. Consulté à l'adresse <https://ajslp.pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/sasd20.3.82>
- Vergnenègre, A. (2006). *Les outils de l'évaluation des soins*

# ANNEXES

## Annexe 1 : Les différentes étapes pour manger (Approche SOS, Kay. Toomey, 1999)



## Annexe 2 : Les troubles de l'intégration sensorielle (Miller et al., 2007)



*NB : Les troubles de la discrimination sensorielle ainsi que les troubles moteurs d'origine sensorielle ne sont pas développés dans ce mémoire.*

**Annexe 3 : Modèle de traitement sensoriel (Dunn & Daniels, 2002)**

	<b>Réponse comportementale et émotionnelle</b>	
	<b>Passive</b>	<b>active</b>
<b>Seuil neurologique</b>		
<b>Élevé</b>	Intégration pauvre	Recherche de sensation
<b>faible</b>	Sensibilité sensorielle	Évitement sensoriel

**Annexe 4 : cinq stades concernant l'approche tactile du corps et de la sphère oro-faciale (Véronique Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009)**

	<b>Hypersensitivité corporelle tactile</b>	<b>Hypersensitivité orale</b>
<b>Stade 5</b>	Aversion pour le contact corporel et pour le toucher de tout type de matière (franche, fluide, mouillée, collante)	Aucun accès au visage n'est possible.
<b>Stade 4</b>	Le toucher du corps est possiblement, le toucher de matières franches et sèches également. Aversion pour le toucher de matières fluides, mouillées ou collantes.	Le toucher des joues et du menton est possible. Les autres zones sont défendues.

<b>Stade 3</b>	Le toucher de matières fluides devient possible. Aversion pour le toucher de matières mouillées, collantes.	Le toucher des zones exo-buccales est possible (joues, menton, lèvres). Les zones endo-buccales sont défendues.
<b>Stade 2</b>	Le toucher de matières fluides devient possible. Aversion pour le toucher de matières collantes.	Le toucher des zones exo-buccales est possible (joues, menton, lèvres). De petits massages antérieurs sur les gencives et les joues sont possibles.
<b>Stade 1</b>	Le toucher de matières collantes devient possible.	Massages appréciés sur les gencives, joues, partie antérieure du palais et la pointe de la langue.
<b>Stade 0</b>	L'enfant n'a plus d'appréhensions tactiles. L'enfant prend plaisir à toucher et à être touché.	Sollicitations antérieures et postérieures possibles de toutes les zones exo et endo-buccales. Plaisir et investissement oral.

## **Annexe 5 : Le questionnaire**

### **Enquête sur les groupes d'oralité en santé**

**Description :** Enquête sur les pratiques thérapeutiques en groupe des professionnels de santé concernant les troubles de l'oralité alimentaire dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie

#### **Message d'introduction :**

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement étudiante en 5ème année d'orthophonie à l'Université de Poitiers et, dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je travaille sur l'élaboration d'un outil d'analyse et de suivi des groupes d'oralité. Pour cela, j'ai élaboré un questionnaire afin de dresser un état des lieux de vos pratiques professionnelles ainsi que d'identifier vos besoins dans ce domaine.

Ce questionnaire est ouvert à tous les professionnels de santé intervenant ou non dans un groupe d'oralité. Les réponses sont anonymes. L'analyse des données recueillies servira uniquement à la rédaction de ce mémoire ainsi qu'à la poursuite éventuelle de ce travail. Le temps de passation n'excède pas les 15 minutes.

Il vous sera régulièrement demandé de préciser vos réponses. Ces précisions me permettront de définir, avec le plus de précision possible, le matériel que vous utilisez et quels peuvent être vos besoins.

Je vous remercie pour l'attention que vous porterez à ma demande.

Cordialement,

**Olivia FOURNIER**

étudiante en 5ème année d'orthophonie

olivia.fournier@etu.univ-poitiers.fr

**QUESTIONNAIRE :**

**Le contenu du groupe :**

1) Quelle est votre profession ?

- Orthophoniste
- psychomotricien
- ergothérapeute
- kinésithérapeute
- psychologue
- autre : précisez.....

2) Où exercez-vous ?

- En libéral
- A l'hôpital : précisez.
- en centre médico-social : précisez.
- Autre: précisez : .....

3) Proposez-vous des groupes autour de l'oralité ?

- Oui
- non

***Si vous avez répondu non à la question 3 :***

4) ressentez-vous cependant le besoin de mettre en place un groupe d'oralité pour certains de vos patients ?

- Oui
- non

5) Pour quelles raisons n'animez-vous pas de groupes ?

- Vous manquez de temps

- Vous pensez que la modalité groupe n'a pas d'intérêt en oralité
- Vous manquez de formation pour animer un groupe
- Vous voudriez animer un groupe avec d'autres professionnels mais n'en trouvez pas
- autre : précisez :.....

**Si oui à la question 3 :**

6) Pour quelles raisons proposez-vous un groupe ? (deux réponses maximum)

- Avoir un regard croisé avec un autre professionnel
- favoriser l'émulation chez des enfants avec peu d'évolution
- favoriser l'émulation entre parents via l'accompagnement parental
- favoriser l'émulation entre les parents eux-mêmes
- manque de temps pour des séances individuelles
- autre: précisez :.....

7) Vous animez votre groupe :

- seul(e)
- avec d'autre(s) professionnel(s) :
  - Avec quel(s) professionnel(s) animez-vous votre groupe ?
  - orthophoniste
  - psychométricien
  - ergothérapeute
  - kinésithérapeute
  - psychologue
  - autre : à préciser.....

8) Combien de patients compte votre ou vos groupes ?

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 et +

9) Quel âge ont vos patients ? *Définissez un intervalle en partant du plus jeune au plus vieux.*

10) Les parents sont-ils présents aux séances en groupe ?

- Oui toujours
- Parfois à leur demande
- Parfois à la demande des professionnels
- non jamais

11) Avez-vous identifié une approche théorique sous-jacente à l'élaboration de votre groupe ?

- Oui → laquelle ou lesquelles ? .....
- Non

12) Le ou les objectif(s) de votre groupe sont élaboré(s) en fonction :

- de la ou les approche(s) théorique(s) sur lesquelles est fondé votre groupe
- Des problématiques communes aux participants
- des problématiques individuelles des participants
- autre: précisez.....

13) Votre groupe a comme objectif(s) de :

- travailler sur les compétences oro-motrices : merci de donner quelques exemples de contenu de séance.
- Travailler sur les compétences sensorielles : merci de donner quelques exemples de contenu de séance.
- Travailler sur les compétences comportementales : merci de donner quelques exemples de contenu de séance.

14) Comment sélectionnez-vous les enfants à intégrer au groupe (critères d'inclusion) ?

- Critère d'âge
- selon la pathologie
- selon les objectifs thérapeutiques de chaque enfant,
- selon l'évolution de chaque enfant
- autre : précisez.

15) Suivez-vous un ou plusieurs participant(s) du groupe en accompagnement individuel ?

- Oui
- Non

16) Votre groupe est-il limité dans le temps :

- oui
- non

**Si vous avez répondu oui à la question 16 :**

17) Sur combien de temps se déroule votre groupe ? Pourquoi ? *Précisez succinctement votre réponse*

- 1 à 3 mois
- 3 à 6 mois
- 6 à 12 mois
- 12 à 24 mois
- autre : précisez.....

18) A quel endroit réalisez-vous votre groupe ?

- Sur votre lieu de travail en salariat
- dans votre cabinet en libéral
- autre : précisez.....

**Pour l'évaluation du groupe :**

**évaluation de l'intervention du groupe :**

19) Évaluez-vous à un moment l'effet de votre groupe sur les patients ?

- Oui
- non

***Si vous avez répondu non à la question 18 :***

20) Pourquoi n'évaluez-vous l'effet de votre groupe sur les patients ?

- Vous ne trouvez pas d'intérêt à le faire
- vous manquez de temps
- vous ne savez pas quel(s) outil(s) utiliser

- Vous n'avez pas d'outil à utiliser
- autre : précisez.

**si vous avez répondu oui à la question 19 :**

21) A quel moment réalisez-vous une évaluation des participants au groupe ? (moment évaluation)

- Avant le groupe pour sélectionner les participants
- avant le groupe pour obtenir une ligne de base individuelle
- aux premières séances du groupe pour obtenir une ligne de base individuelle
- à la fin du groupe pour évaluer l'évolution individuelle
- à distance du groupe pour évaluer le maintien des acquis

22) Cette évaluation se fait :

- de manière collective (tous les participants du groupe en même temps)
- de manière individuelle pour chaque participant

23) quel(s) outil(s) choisissez-vous pour évaluer votre intervention : *Merci de préciser vos outils ou de les décrire brièvement s'ils sont élaborés par vos soins*

- outil(s) quantitatif(s) (évaluation objective à l'aide d'outils normés)  
→ précisez les outils utilisés.
- outil(s) qualitatif(s) (évaluation subjective)  
→ grille(s) d'observation : précisez.  
→ échelle(s) de sensibilité : précisez.  
→ outil(s) élaboré(s) par vos soins : précisez.
- Les deux

24) Pour les groupes intégrant la présence des parents, faites-vous une évaluation des attitudes parentales ?

- Oui
- non

**Si vous avez répondu non à la question 23 :**

25) Pourquoi n'évaluez-vous pas les attitudes parentales ?

- Vous manquez de temps
- vous n'en voyez pas l'utilité
- vous manquez d'outils
- autre: préciser

***Si vous avez répondu oui à la question 23 :***

26) Quel(s) outil(s) utilisez-vous pour évaluer les attitudes parentales ?

- Des outils quantitatifs : précisez.
- Des outils qualitatifs :
  - grille(s) d'observation déjà existante(s)
  - questionnaire
  - outil(s) élaboré(s) par vos soins : merci de précisez succinctement.
- Les deux

27) Comment définissez-vous la sortie du groupe des participants ?

- Critères qualitatifs (évaluation subjective)
- critères quantitatifs (évaluation objective :atteinte des objectifs définis pour l'enfant)
- critère temporel (arrêt du groupe défini à l'avance)
- autre: précisez.....

**Pour le suivi du groupe :**

28) Gardez-vous une trace de vos observations à chaque séance du groupe ?

- Oui
- non

***Si vous avez répondu non à la question 28:***

29) Pourquoi ne gardez-vous pas de trace de vos observations à chaque séance de groupe ?

- Vous manquez de temps
- vous n'en voyez pas l'utilité
- Vous manquez d'outil(s)
- autre : précisez.....

***Si vous avez répondu oui à la question 28 :***

30) Quel(s) outil(s) d'observation utilisez-vous ?

- Grille(s) d'observation déjà existante(s): précisez laquelle ou lesquelles.
- Échelle(s) de sensibilité : Laquelle ou lesquelles ?

- support(s) d'observation particuliers (vidéos, enregistrements audio, logiciels, etc.) ?  
Précisez.
- outil(s) élaboré(s) par vos soins : les décrire rapidement.
- trace écrite de vos observations dans un carnet de recueil ou autre support
- autre : précisez.....

31) Sur quels éléments sont centrées vos observations concernant le suivi des groupes ?

- les aspects sensoriels des participants
- les aspects oro-moteurs des participants
- les aspects comportementaux des participants
- Autres : précisez.....

32) Observez-vous :

- chacun des participants individuellement
- Certains des participants seulement
- Les parents (si les parents sont présents)
- La dynamique de groupe dans son ensemble
- Autre : précisez.....

33) Si votre groupe est composé de plusieurs professionnels : avez-vous un temps de discussion entre professionnels animant le groupe après les séances ?

- Oui
- Non

***Si vous avez répondu non à la question 33 :***

34) Pourquoi n'avez-vous pas un temps de discussion entre les professionnels animant le groupe ?

- Vous manquez de temps
- vous n'y voyez pas d'intérêt
- autre : précisez.....

***Si vous avez répondu oui à la question 33 :***

35) à quelle fréquence avez-vous un temps de discussion ?

- À la fin de toutes les séances
- une fois sur deux
- autre : précisez.....

36) De quelle façon consignez-vous et utilisez-vous vos échanges dans la suite du groupe ?

- vous conservez une trace écrite de vos échanges
- vous utilisez des enregistrements audio ou vidéo
- vous ne conservez pas de trace de vos échanges
- autre : précisez.....

### **Évaluation de la satisfaction du groupe:**

37) Évaluez-vous la satisfaction des familles des participants ?

- oui
- non

***Si vous avez répondu non à la question 37 :***

38) Pourquoi n'évaluez-vous pas la satisfaction des familles des participants ?

- Vous manquez de temps
- vous n'y voyez pas d'intérêt
- vous ne l'aviez pas envisagé
- autre : précisez.....

***Si vous avez répondu oui à la question 37 :***

39) à quel(s) moment(s) évaluez-vous la satisfaction des familles ?

- Une fois pendant le groupe
- plusieurs fois pendant le groupe
- après le groupe
- autre : précisez.

40) Avec quel(s) outil(s) évaluez-vous la satisfaction des familles ?

- entretiens individuels
- entretiens en groupe
- questionnaire
- autre : précisez.....

41) Quels sont vos critères d'évaluation de la satisfaction des familles ?

- La satisfaction de l'encadrement par les professionnels
- le sentiment d'implication de la famille dans le soin
- les progrès des enfants
- autre : précisez.....

42) Évaluez-vous la satisfaction des participants ?

- Oui
- Non

***Si vous avez répondu non à la question 42) :***

43) Pourquoi n'évaluez-vous pas la satisfaction des participants qui composent votre groupe ?

- Vous n'en voyez pas l'intérêt
- Cela vous semble trop compliqué
- Vous manquez de temps
- autre : précisez.....

***Si vous avez répondu oui à la question 42) :***

44) à quel(s) moment(s) évaluez-vous la satisfaction des participants ?

- Une fois pendant le groupe
- plusieurs fois pendant le groupe
- après le groupe
- autre : précisez.

45) Avec quel(s) outil(s) évaluez-vous la satisfaction des participants ?

- Entretien
- échelle d'évaluation
- observation clinique
- autre : précisez.....

46) Quels sont vos critères d'évaluation de la satisfaction des participants ?

- Le bien-être des enfants
- Leur intégration dans le groupe
- Les progrès des enfants
- autre : précisez.....

47) Évaluez-vous la satisfaction des professionnels qui composent votre groupe ?

- oui
- non

**Si vous avez répondu non à la question 42 :**

48) Pourquoi n'évaluez-vous pas la satisfaction des professionnels qui composent votre groupe ?

- Vous manquez de temps
- vous n'en voyez pas l'utilité
- vous ne l'aviez pas envisagé
- Autre : précisez.....

**Si vous avez répondu oui à la question 42 :**

49) Avec quel(s) outil(s) évaluez-vous la satisfaction des professionnels de votre groupe ?

- entretiens individuels
- entretiens en groupe
- questionnaire
- autre: précisez.....

50) Sur quels critères évaluez-vous la satisfaction des professionnels qui composent votre groupe ?

- atteinte des objectifs définis au préalable
- implication du professionnel dans le groupe
- autre : précisez.....

**Evidence Based Practice :**

51) Connaissez-vous l'*Evidence Based Practice (E.B.P.)* ?

- Oui
- non

**Si vous avez répondu oui à la question 46) :**

52) Intégrez-vous l'E.B.P. dans le suivi de vos patients en groupe ?

- Oui
- non

**Si vous avez répondu oui à la question 47) :**

53) De quelle façon intégrez-vous l'E.B.P. au suivi de vos patients ? *Commentez succinctement votre réponse.*

***Si vous avez répondu non à la question 47) :***

54) Pourquoi n'intégrez-vous pas l'E.B.P. au suivi de vos patients ?

- Vous manquez de temps
- Cela vous semble trop complexe
- Vous n'en voyez pas l'intérêt
- Autre : précisez.....

**Vos besoins :**

55) Avez-vous des besoins concernant l'évaluation au démarrage des groupes ?

- Oui
- Non

***Si vous avez répondu oui à la question 46) :***

56) Quels sont vos besoins ?

- Outils d'évaluation quantitatifs
- Outils d'évaluation qualitatifs
- Autre : précisez.

=> commentez succinctement les outils dont vous auriez besoin pour l'évaluation au début du groupe.....

57) quel(s) format(s) d'outil vous semble le ou les plus adapté(s) ? *Commentez si besoin*

- format papier
- format informatisé
- format vidéo
- logiciel
- autre : précisez.....

58) Avez-vous des besoins pour le suivi des groupes ?

- Oui
- Non

***Si vous avez répondu oui à la question 49):***

59) Vos besoins en terme de suivi concernent :

- des outils d'analyse qualitative
- des outils d'analyse quantitative
- l'observation des aspects sensoriels de vos patients
- l'observation des aspects oro-moteurs de vos patients
- l'observation des aspects comportementaux de vos patients
- autre : précisez.....

=> commentez succinctement vos besoins

60) quel(s) format(s) d'outil(s) vous semble le ou les plus adapté(s) :

- format papier
- format informatisé
- format vidéo
- logiciel
- autre : précisez.....

**61) Avez-vous des besoins concernant l'évaluation à la fin ou à distance du groupe ?**

- Oui**
- non**

***Si vous avez répondu oui à la question 52:***

62) Vos besoins pour l'évaluation à la fin ou à distance du groupe concernent :

- des outils d'évaluation quantitatifs
- des outils d'évaluation qualitatifs
- Autre : précisez.....

=> commentez succinctement les outils dont vous auriez besoin.

63) quel(s) format(s) d'outil(s) vous semble le ou les plus adapté(s) ? *Vous pouvez commenter succinctement si besoin*

- format papier
- format informatisé
- format vidéo
- logiciel
- autre : précisez.....

**64) Avez-vous des besoins concernant l'évaluation des attitudes parentales ?**

- oui**

**non**

***Si vous avez répondu oui à la question 55 :***

65) Vos besoins pour l'évaluation des attitudes parentales concernent : *Commentez succinctement si besoin.*

- des outil(s) qualitatif(s)
- des outils(s) quantitatif(s)
- des trames de questionnaire
- autre : précisez.....

66) quel(s) format(s) d'outil vous semble le ou les plus adapté(s) ? *Vous pouvez commenter succinctement si besoin*

- format papier
- format informatisé
- format vidéo
- logiciel
- autre : précisez.....

**67) Avez-vous des besoins concernant l'évaluation de la satisfaction des familles et/ou des professionnels ?**

- Oui**
- non**

***Si vous avez répondu oui à la question 58 :***

68) Vos besoins en termes d'évaluation de la satisfaction des familles et/ou des professionnels concernent : *Vous pouvez commenter succinctement si besoin*

- des trames d'entretien
- des trames de questionnaires
- autre : précisez.

69) Quel(s) format(s) d'outil(s) vous semble le ou les plus adapté(s) : *Vous pouvez commenter succinctement si besoin*

- format papier
- format informatisé
- format vidéo
- autre : précisez.

[Autre :](#)

70) Souhaitez-vous être informé(e) des résultats de ce travail ?

Oui → merci de laisser une adresse mail pour vous contacter : .....

Non

71) Avez-vous des remarques à formuler ?

**Message de fin :**

Je vous remercie pour le temps que vous avez consacré à ce questionnaire. Vos réponses sont précieuses pour mon travail. Vous serez tenu(e) informé(e) des résultats si vous avez renseigné une adresse mail pour que je puisse vous contacter.

Si vous le souhaitez, vous avez la possibilité de me transmettre les outils que vous avez élaborés vous-mêmes. Ces derniers seront uniquement utilisés pour les fins de ce mémoire et ne seront en aucun cas divulgués publiquement. Ceci m'aiderait à avoir une analyse précise des outils utilisés par les professionnels actuellement.

**Olivia FOURNIER**

**olivia.fournier@etu.univ-poitiers.fr**

## **Résumé**

Les troubles de l'oralité résultent de l'interaction de différents facteurs. Ils peuvent provenir de difficultés concernant l'intégration sensorielle des patients, mais aussi de difficultés oro-motrices propres à chaque individu. L'environnement a également un impact et apporte une dimension comportementale à ces troubles. La prise en soin des troubles de l'oralité alimentaire en groupes thérapeutiques est pluriprofessionnelle. Elle implique différents corps de métier (orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc.). L'objectif de ce mémoire est de dresser un état des lieux des pratiques actuelles des professionnels de santé concernant l'élaboration d'un outil d'analyse de ces groupes. Nous avons donc diffusé aux professionnels de santé français, proposant ou non un groupe thérapeutique, un questionnaire s'intéressant à leur pratique et permettant d'exprimer leurs besoins. Nos résultats démontrent un intérêt mitigé pour l'élaboration d'un outil d'analyse. Ils mettent cependant en évidence des attentes concernant un outil qualitatif et quantitatif. Ces attentes concernent également l'évaluation des participants au démarrage des groupes. La perspective éventuelle de poursuite de ce travail serait l'élaboration et le test d'un outil d'analyse des groupes thérapeutiques à la lumière de ces résultats.

## **Mots-clefs :**

Trouble de l'oralité alimentaire – prise en soin – groupe thérapeutique – professionnels de santé – intégration sensorielle – oro-motricité – facteur comportemental

## **Abstract :**

Feeding disorders result from the interaction of several factors. They might come from sensory integration disorders but also oral-motor disorders specific to each individual. The environment also has an impact and brings a behavioral dimension to these disorders. Feeding disorders treatment in therapeutic groups is multidisciplinary. It involves different professions (speech and language therapists, physiotherapists, occupational therapists, etc.). The purpose of this dissertation is to make an assessment of the current practices of health professionals concerning feeding disorders therapeutic group and identify their needs about the development of an analytical tool for those groups. We have therefore sent a questionnaire to french health professionals, conducting or not a therapeutic group, interested in their current practice and to express their needs. Our results show a mixed interest in the development of an analytical tool. However, they highlight expectations concerning a qualitative and quantitative tool. Those expectations also concern the evaluation of the participants of the starting up of the groups, the evaluation of parental behaviors and the monitoring of those groups. The prospect of continuing this work would be the development and testing of an analysis tool for therapeutic groups in the light of these results.

## **Key-words:**

feeding disorder – care – therapeutic groups – health professional – sensory integration – oral-motor skills – behavioral skills