

Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant

État des lieux et proposition de pistes de prise en charge à destination des orthophonistes libéraux

Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

présenté par **Elsa BANDELIER**

dirigé par **Valérie CASTELAIN-LEVEQUE**, orthophoniste, Willems

soutenu publiquement en juin 2014

RÉSUMÉ

Les difficultés d'alimentation constituent plus d'un quart des motifs de consultation pédiatrique chez l'enfant de moins de trois ans présentant un développement normal et jusqu'à 80% chez l'enfant présentant un handicap. Il est maintenant admis que l'orthophoniste a un rôle primordial dans la prévention et la prise en charge précoce de ces troubles et à ce titre, les praticiens libéraux sont de plus en plus sollicités pour intervenir dans l'accompagnement de ces enfants et de leur famille. Cependant, nombre d'entre eux se sentent encore démunis face à la complexité de cette prise en charge. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons réalisé une enquête préalable afin de faire un état des lieux de la prise en charge de ces troubles en cabinet libéral. Les résultats de cette enquête ont confirmé que la plupart des praticiens libéraux ne se sentait pas capable d'effectuer ce type de prise en charge dès l'issue de leur formation initiale et qu'il existait une demande importante de leur part concernant un outil d'aide à la prise en charge de ces troubles. Un important travail de recherche nous a ensuite permis de concrétiser la réalisation de cet outil sous forme d'un livret proposant des pistes de remédiation classées selon trois grands axes de prise en charge (gnoso-praxique, sensoriel et comportemental).

Mots-clés :

orthophonie – troubles des fonctions alimentaires – nourrisson et jeune enfant – outil de rééducation

ABSTRACT

Feeding difficulties represent more than a quarter of the reasons for pediatric consultation in children under three years old with normal development and up to 80% in children with disabilities. It is now recognized that the speech and language therapist has an important role in the prevention and the early treatment of these disorders and as such, therapists in private practice are increasingly called upon to intervene in the support of these children and their family. However, many of them still feel helpless about the complexity of this intervention. In the context of this thesis, we conducted a preliminary investigation to make

a present evaluation of this disorders' therapy in private practice. The results of this survey confirmed that most private therapists did not feel capable of performing this type of intervention soon after their initial training and that there is a significant demand on their part for a tool helping the intervention for these disorders. An important research then allowed us to achieve the realization of this tool in the form of a booklet offering remediation tracks classified into three main areas of intervention (gnosopraxis, sensory and comportemental).

Keywords :

speech and language therapy – feeding functions disorders – infant and young children – therapy tool

INTRODUCTION

La littérature scientifique s'enrichit de plus en plus d'articles et d'études portant sur les difficultés d'alimentation au sein de la population pédiatrique. Selon différentes études, ce ne sont pas moins de 25% à 45% des enfants avec un développement normal et 80% des enfants avec un trouble développemental, qui présentent des troubles des fonctions alimentaires (TFA) à un moment ou un autre de leur développement.

Les orthophonistes sont de plus en plus sollicités pour prendre en charge ces enfants qui présentent des difficultés à s'alimenter et accompagner leur famille. Cependant, les praticiens libéraux se sentent encore souvent démunis face à la complexité de cette prise en charge et s'interrogent sur les réponses thérapeutiques qu'ils peuvent apporter.

A partir de ce constat, nous avons souhaité élaborer un outil proposant différentes pistes de remédiation et ce, afin d'aider les orthophonistes libéraux à aborder cette prise en charge de manière plus sereine et plus éclairée. Grâce à une enquête préalable, nous avons réalisé un état des lieux de la prise en charge orthophonique de ces troubles et avons évalué la demande des praticiens libéraux concernant l'élaboration d'un outil ainsi que leurs attentes quant au contenu.

CONTEXTE THÉORIQUE

1. Les enjeux de l'alimentation

1.1. Fonction relationnelle et attachement

A la naissance, le nourrisson découvre la sensation de faim qui crée en lui un état de tension qui ne pourra être apaisé que par le nourrissage (JOUSSELME, 2009). Dans cette situation de nourrissage, le nourrisson éprouve et expérimente bien plus qu'une simple satisfaction alimentaire (MERCIER, 2004). En effet, cette situation donne également lieu à une succession de stimulations sensorielles qui, chaque fois coordonnées de la même façon, aboutira à une sensation de réplétion à la fois physique et émotionnelle (RIGAL, 2011). Selon BULLINGER (2011), cette « chaîne narrative » va donner un sens au repas : le nourrisson est repu et la mère se sent reconnue dans sa fonction nourricière. La situation de nourrissage suscite ainsi un véritable accordage affectif entre le nourrisson et celui qui le nourrit (RIGAL, 2011).

1.2. Plaisir et motivation

Selon GORDON-POMARES (2004, p.17), « l'alimentation est fondamentalement une fonction de survie transitant toujours par la notion de plaisir ». On parle de palatabilité des aliments, c'est-à-dire la

sensation de plaisir ou de déplaisir procurée par les caractéristiques organoleptiques des aliments (FRECHOT, 2011). Par ailleurs, la combinaison entre l'aspect sensoriel, inné, et les apprentissages ultérieurs jouera un rôle important de motivation dans les conduites de consommation alimentaire (CHIVA, 2003).

1.3. Apprentissage et socialisation

« Si dans les premiers temps de la vie, le bébé est nourri à la demande, les apprentissages, les heures de repas et les codes sociaux vont progressivement prendre le relais » (DARNIS, 2008, p.4). Dans la culture française, ces apprentissages commencent avec le début de la diversification alimentaire et le passage à la cuillère qui supposent l'apprentissage d'un nouveau schème moteur et s'accompagnent d'une évolution progressive des textures.

Dans la culture anglo-saxonne, une autre approche se développe depuis quelques années : le « baby-led weaning » (BLW) ou « diversification menée par l'enfant ». On propose à l'enfant des aliments solides sans passer par le stade de l'alimentation mixée. L'enfant est autonome, il porte les aliments à sa bouche (sans petite cuillère) et gère ainsi son repas en fonction de ses capacités de préhension et de mastication, de ses goûts et de sa faim.

2. État des lieux des hypothèses étiologiques actuelles des TFA chez le nourrisson et le jeune enfant

Une revue de la littérature scientifique francophone et anglophone actuelle a mis en évidence des liens entre les difficultés d'alimentation et des facteurs aussi variés que les anomalies structurales, la prématurité, les troubles neurologiques, l'atteinte de la motricité globale, certaines conditions médicales, le traitement de l'information sensorielle, les troubles de la relation, etc. Nous présentons ici une liste non exhaustive d'hypothèses étiologiques des TFA que nous avons choisi de classer selon quatre catégories.

2.1. Les troubles d'origine organique

Nous regroupons sous ce terme les pathologies organiques digestives ainsi que les anomalies structurales congénitales ou acquises pouvant toucher les structures anatomiques nécessaires à une alimentation orale, efficace et sans risque. Notre revue de la littérature fait ressortir des études sur :

- L'hypertrophie adéno-amygdalienne : Parmi les 67 enfants d'une étude menée par LUNDEBORG et al. (2009), un peu plus de 50% présentaient des difficultés pour manger des aliments solides et/ou un temps de repas allongé et 30% présentaient un réflexe nauséux provoqué par le brossage des dents, une sécheresse buccale les obligeant à boire pour pouvoir déglutir et/ou un bavage.
- La laryngomalacie : Parmi les 201 enfants d'une étude menée par THOMPSON (2007), 80,2% présentaient un étouffement ou une toux durant l'alimentation, 73,2% présentaient une régurgitation et 71,5% présentaient des difficultés d'alimentation.
- La fente laryngo-trachéo-oesophagienne ou diastème laryngé : Chez les enfants présentant cette malformation, la fréquence des troubles de déglutition est de 50% avec, d'une part des fausses routes et des épisodes de cyanose pendant l'alimentation dans 53 à 80% des cas, et d'autre part une toux chronique dans 27 à 35% des cas (LEBOULANGER et GARABÉDIAN, 2011).
- L'atrésie de l'œsophage (AO) : dans une étude menée par LEPEYTRE et al. (2013) sur 44 enfants opérés d'une AO de type III, les parents rapportaient dans les antécédents digestifs, une

« symptomatologie dysphagique » dans 68 % des cas et, au moment de l'enquête, une dysphagie dans 39% des cas, considérée comme modérée chez 82% des enfants et sévère chez 18%, avec une persistance au-delà de 8 ans chez 43% de ces enfants dysphagiques.

2.2. Les troubles d'origine fonctionnelle

Lors de l'analyse des données d'une consultation dédiée aux troubles de succion-déglutition, BLANCHET et al. (2013) ont noté que l'origine de ces troubles était neurologique dans 30% des cas. Parmi les hypothèses étiologiques de ces troubles d'origine fonctionnelle, notre revue de la littérature fait ressortir des études sur :

- La prématurité : LIU et al. (2013) rapportent que l'on observe fréquemment, durant l'alimentation des nouveau-nés prématurés, une bradycardie durant la succion ainsi qu'une apnée et une désaturation durant la déglutition. L'instabilité de ces signes vitaux pourrait être expliquée par une mauvaise coordination des mouvements ainsi que par un manque de maturation du système cardiorespiratoire, du système nerveux central et de la musculature oro-faciale du nouveau-né prématuré.
- La paralysie cérébrale : Dans une étude réalisée sur 120 enfants de 18 à 36 mois d'âge corrigé, BENFER et al. (2013) ont mis en évidence la présence d'une dysphagie oro-pharyngée chez 85% d'entre eux. Par ailleurs, PARKES et al. (2010) notent que les troubles de déglutition et de mastication sont corrélés avec une mortalité prématurée.
- Le dysfonctionnement néonatal isolé du tronc cérébral : CARIOU PATRON et al. (2010, p.25) décrivent une quadriade symptomatique, avec un degré d'atteinte variable : « une dysoralité responsable d'une mauvaise dynamique de succion-déglutition ; une dyskinésie œsophagienne avec un reflux gastro-œsophagien (RGO) [...] ; des troubles ventilatoires [...] ; une hyperréactivité vagale (bradycardies, malaises) ». Ces enfants présentent également des fausses routes chroniques « d'origine alimentaire, gastrique ou salivaire, favorisées par les troubles de déglutition, l'hypersalivation, le RGO, la paralysie laryngée en ouverture et l'absence de réflexe de toux ».
- Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : D'après une étude menée par NEL et ELLIS (2012), les caractéristiques des troubles de déglutition présentés par les enfants infectés par le VIH sont similaires à ceux retrouvés chez les enfants souffrant de troubles neurologiques. La plupart de ces enfants présentent en effet des troubles fonctionnels plutôt que des atteintes structurelles ou des muqueuses.

2.3. Les troubles d'origine sensorielle

Les troubles d'origine sensorielle peuvent être génétiques, iatrogènes ou idiopathiques. Ils peuvent être différenciés selon deux principaux tableaux cliniques.

- L'hypersensibilité : SENEZ (n.d.) définit le syndrome de dysoralité sensorielle comme une hyper réactivité génétique des mécano et chimio récepteurs du goût et de l'odorat qui irait « d'un simple dégoût pour un certain type d'aliment jusqu'à un état d'aversion alimentaire sévère ». LEBLANC et al. (2012, p.8) élargissent le concept d'hyper-sensitivité au niveau corporel : « les sollicitations corporelles et sensorielles sont perçues comme irritatives et déclenchent une réponse majorée en intensité ». Cette hyper-sensitivité pourrait être la conséquence de sollicitations corporelles

négatives et de dystimulations sensorielles subies lors d'une hospitalisation précoce ainsi que du manque de stimulations gnoso-praxiques et d'intégration sensori-motrice qui en découle.

- L'hyposensibilité : Selon MORRIS et DUNN KLEIN (2000, cités par TESSIER, 2010), elle se caractérise par une réduction de l'acuité du goût, de l'odorat et des récepteurs somatosensoriels (textures) et peut se manifester par l'absence de réflexe nauséux.

2.4. Les troubles d'origine psychique

Nous regroupons sous ce terme les conduites de refus, de désintérêt, d'évitement ou de sélectivité alimentaire, sans trouble organique primaire ou survenant alors que ce trouble est résolu. Parmi les troubles du comportement alimentaire (TCA), on distingue :

- Les TCA en rapport avec un défaut de l'homéostasie : surviennent entre 0 et 3 mois. Le nourrisson a « des difficultés à établir des prises alimentaires régulières, calmes et adaptées » (POINSO et al., 2006, p.467). Il est trop irritable, trop fatigable ou trop somnolent, ce qui entrave les situations de nourrissage et met les parents en difficulté pour interpréter les signaux de leur enfant.
- Les TCA liés à un trouble de l'attachement : débutent entre 2 et 8 mois « dans un contexte de difficultés parentales qui ne permettent pas des réponses fiables et adaptées aux demandes du nourrisson » (POINSO et al., 2006, p.467).
- L'anorexie infantile : débute le plus souvent à partir du deuxième semestre. CHATOOR et al. (1998, cités par POINSO et al., 2006) proposent cinq critères qui permettent de diagnostiquer ce trouble : un refus de la nourriture solide pendant au moins un mois, un retentissement staturo-pondéral avec des signes de malnutrition aiguë ou chronique, une inquiétude des parents se manifestant par des attitudes de forçage et/ou l'utilisation de subterfuges pour faire manger l'enfant, des conflits intenses pendant le repas, et l'absence d'événement traumatique et/ou de pathologie pouvant expliquer le refus alimentaire.
- Les anorexies secondaires à des traitements par nutrition parentérale exclusive (NPE), apparaissant alors que les troubles organiques ayant nécessité la NPE ont été résolus (VIDAILHET, 2012). Selon NORIA (2005, p.21) « des enfants à qui on n'a pas pu proposer à manger ou qui n'ont eu que de mauvaises expériences de l'alimentation peuvent [en effet] ne manifester aucun intérêt pour l'alimentation, ou une grande méfiance ou un profond dégoût ».

De plus, selon VASSEUR et DELION (2011, p.66), les difficultés d'alimentation « peuvent disqualifier [...] la personne qui prend soin de l'enfant » et ainsi « entraîner des troubles relationnels graves de façon plus ou moins durable ».

2.5. Intrication des étiologies

Les TFA ont rarement une origine isolée et clairement définie mais sont le plus souvent le résultat de l'interaction de multiples facteurs. Et cela d'autant plus lorsque ces troubles rentrent dans le cadre de syndromes complexes. Ces troubles peuvent également avoir une origine iatrogène comme dans le cas de l'alimentation par voie entérale mise en place pour prévenir la dénutrition de l'enfant.

« La diversité des diagnostics et l'originalité de chaque parcours ne permettent pas de généralités quant aux problèmes rencontrés et leur évolution » (NORIA, 2005, p.1). Par ailleurs, la complexité de ces troubles nécessite d'envisager une prise en charge interdisciplinaire avec les autres professionnels

intervenant auprès de l'enfant, chaque professionnel adoptant une approche spécifique mise au service d'un objectif commun.

BUTS ET HYPOTHÈSES

A l'heure actuelle, peu de travaux ont été menés sur la prise en charge libérale du nourrisson et du jeune enfant présentant des TFA. Nous avons formulé l'hypothèse que les orthophonistes libéraux étaient encore réticents à réaliser ce type de prise en charge en raison d'un manque de connaissances sur ces troubles (Hypothèse n°1).

Par conséquent, la problématique de ce mémoire était de réaliser un outil qui permettrait de sensibiliser les orthophonistes libéraux à la prise en charge des TFA et de les aider à aborder plus sereinement la prise en charge de ces troubles.

Afin de justifier la réalisation de cet outil, nous avons formulé les hypothèses de travail suivantes :

- Hypothèse n°2 : Les orthophonistes libéraux sont de plus en plus sollicités pour ce type de prise en charge.
- Hypothèse n°3 : Les orthophonistes libéraux cherchent à se former par différents moyens pour acquérir les connaissances nécessaires à la prise en charge de ces troubles.
- Hypothèse n°4 : Il existe un besoin et une attente de leur part concernant un outil rassemblant des données théoriques et pratiques sur ces troubles et leur prise en charge.

MÉTHODOLOGIE

1. L'enquête préalable

Pour commencer, nous avons réalisé une enquête préalable avec comme objectifs :

- évaluer le niveau de connaissance des orthophonistes sur les TFA,
- évaluer par quels moyens les orthophonistes cherchent à étoffer leurs connaissances concernant ces troubles et leur prise en charge,
- évaluer la fréquence de ce type de prise en charge en libéral,
- recueillir des informations sur la prise en charge orthophonique libérale de ces troubles,
- évaluer la demande des praticiens libéraux concernant un outil proposant des pistes de remédiation,
- évaluer leurs attentes quant au contenu d'un tel outil.

Ce questionnaire a été élaboré via le site www.sondageonline.com. Il a ensuite été diffusé par mailing et publié sur des réseaux d'échange entre orthophonistes afin de toucher le plus grand nombre d'orthophonistes francophones, concernés ou non par ce type de prise en charge, et quel que soit leur mode d'exercice.

2. L'élaboration de l'outil

Afin d'élaborer notre outil, nous avons commencé par réaliser un important travail de recherche. Cela nous a permis de définir en quoi consiste la prise en charge des TFA et ce que les orthophonistes expérimentés proposent à leurs jeunes patients. Ce recueil de pistes de prise en charge est le fruit :

- d'une étude de la littérature (articles scientifiques récents, ouvrages de référence sur le sujet, mémoires d'orthophonie et réalisations associées),
- des observations que nous avons pu faire dans trois structures du Nord-Pas-de-Calais où nous avons fait nos stages et du partage de l'expérience clinique de nos maîtres de stages,
- d'une veille orthophonique commencée en septembre 2012 et menée sur trois réseaux d'échange entre orthophonistes (groupes « Orthophonie et dysphagie » et « Orthos-infos » sur Facebook, et liste de diffusion Yahoo « Neuro-Psycho-Logopédie-Orthophonie »),
- des différents colloques et formations auxquels nous avons pu assister.

3. L'enquête de satisfaction

Afin de réaliser une étude de satisfaction, une maquette numérique du livret a été envoyée par mail à un panel de 142 orthophonistes libéraux ayant participé à l'enquête préalable, accompagnée d'un court questionnaire de satisfaction.

RÉSULTATS

1. Principaux résultats de l'enquête préalable

Au total, 256 orthophonistes ont participé à notre enquête dont 167 pratiquant exclusivement en libéral et 29 exclusivement en salariat.

L'enquête révèle que 77% des répondants jugent leur formation initiale insuffisante pour prendre en charge ce type de troubles dès l'obtention de leur diplôme et que, d'une manière générale, les praticiens libéraux sont trois fois moins nombreux que les praticiens exerçant en structure à estimer avoir un bon niveau de connaissance sur les TFA. Cependant, un peu plus de la moitié des orthophonistes a cherché à compléter ses connaissances sur ces troubles grâce à la participation à des formations et/ou des colloques, la lecture d'ouvrages spécifiques, les échanges via les réseaux sociaux et les rencontres avec des collègues orthophonistes et/ou d'autres professionnels plus expérimentés, la lecture d'articles et de mémoires.

Environ 50% des orthophonistes libéraux ayant répondu à notre enquête ont déjà eu au moins une demande de prise en charge pour des TFA. Une grande majorité d'entre eux (84,4%) y ont répondu favorablement. Par ailleurs, nous constatons que les deux facteurs principaux de refus sont le manque de connaissances et le manque d'outils sur lesquels s'appuyer. Concernant le cadre général de la prise en charge des TFA en libéral, l'enquête suggère que l'âge moyen de début de prise en charge est supérieur à 18 mois, que bien que 81,6% des orthophonistes libéraux répondent avoir des contacts avec les autres professionnels s'occupant de ces enfants, nous constatons qu'il s'agit le plus souvent du pédiatre ou du médecin prescripteur, et que les ateliers de groupe restent très rares dans la pratique libérale (6,6%).

Enfin, l'enquête suggère que l'ensemble des répondants (99,2%) est en demande d'un outil d'aide à la prise en charge des TFA. Les résultats de cette enquête préalable justifient donc l'élaboration de notre outil.

2. Description de l'outil

L'outil que nous avons élaboré, à destination des orthophonistes exerçant en libéral, se présente sous la forme d'un livret papier de 80 pages, au format A5, accompagné d'un CD-ROM. Le livret est organisé autour de quatre grandes parties.

2.1. Rappels théoriques

Dans cette première partie, nous proposons une frise chronologique des différentes étapes du développement des fonctions alimentaires de la naissance à 3 ans, des schémas anatomiques de la sphère oro-faciale du nourrisson et du jeune enfant ainsi que quatre schémas représentant les principales étapes de la déglutition.

2.2. Le bilan

Cette seconde partie propose une liste non exhaustive de points portant spécifiquement sur le développement des fonctions alimentaires. Cette liste reprend l'histoire médicale, la dynamique d'investissement de l'alimentation et de l'oralité ainsi que l'alimentation actuelle. Quelques questions supplémentaires sont proposées pour dépister une éventuelle hyper ou hyposensibilité. Nous proposons enfin, sous forme d'un schéma, une classification des signes repérés lors du bilan.

2.3. Pistes de prise en charge

Cette troisième partie se divise en trois sous-partie :

- les difficultés d'ordre gnoso-praxique : sont abordés l'installation de l'enfant et de celui qui le nourrit, l'exploration buccale, les difficultés de succion, les difficultés lors du passage à la cuillère, les difficultés lors du passage aux morceaux, les difficultés de mastication, l'hypotonie oro-faciale, le bavage, les fausses routes, la nutrition artificielle.
- les difficultés d'ordre sensoriel : sont abordées l'hypersensibilité corporelle tactile, l'hypersensibilité oro-faciale, la désensibilisation de l'hyper-nauséux (SENEZ, 2002), l'hyposensibilité oro-faciale.
- les difficultés d'ordre comportemental : sont abordés le jeu symbolique, les ateliers « patouille » et « cuisine », l'accompagnement sur le chemin de la découverte et de la diversification, l'accompagnement parental.

2.4. Références

Ce dernier chapitre présente les références bibliographiques qui nous ont permis d'élaborer cet outil, ainsi que quelques références d'ouvrages, de sites internet, de livrets et de formations sur le sujet. Enfin, nous proposons quelques références de livres à destination des enfants autour de l'alimentation.

3. Principaux résultats de l'enquête de satisfaction

L'enquête de satisfaction ayant été publiée tardivement, nous n'avons obtenu le retour que de 38 orthophonistes libéraux. Cependant, ces premiers retours sont très positifs tant sur le fond que sur la forme. Notre outil semble correspondre aux attentes et aux besoins des praticiens libéraux.

DISCUSSION

1. Critiques méthodologiques

Concernant la partie théorique, nous avons pu constater qu'il n'existait pas à l'heure actuelle de classification claire et consensuelle des causes des TFA. Nous avons donc proposé une classification personnelle, basée sur les observations que nous avons pu faire en stage et des échanges avec des orthophonistes expérimentés dans ce domaine. Par ailleurs, étant donné la multitude des facteurs mis en

cause dans l'origine des TFA, nous avons choisi de ne présenter dans cette classification que les hypothèses pour lesquelles nous avons trouvé des données relativement récentes dans la littérature.

Concernant l'enquête préalable, certaines réponses nous portent à croire que les orthophonistes ayant participé à cette enquête étaient, pour la plupart, déjà sensibilisés à la prise en charge de ces troubles. Cela peut s'expliquer par le fait que le questionnaire ait été publié sur des groupes d'échange réunissant des professionnels sensibilisés à cette problématique.

2. Limites de notre travail

Nous avons conscience que la réalisation de notre outil et les pistes de remédiation que nous y proposons, ont été influencées par nos expériences de stages, nos discussions avec les orthophonistes qui nous ont encadrée et les formations que nous avons suivies. En ce sens, notre outil ne propose qu'un ensemble non exhaustif de pistes de prise en charge.

Nous aurions également souhaité développer de façon plus approfondie l'accompagnement parental. Il nous semble cependant que ce sujet nécessiterait un travail de recherche complémentaire, ciblé uniquement sur cet abord de la prise en charge, afin d'en cerner toute la complexité.

3. Apport de l'outil pour la pratique orthophonique

Notre enquête ayant révélé que les praticiens libéraux étaient encore trop peu nombreux à échanger avec les autres professionnels suivant l'enfant, une attention particulière a été apportée sur la sensibilisation à l'approche interdisciplinaire de cette prise en charge. Sur les conseils d'orthophonistes expérimentés dans ce type de suivi, nous avons également insisté sur l'importance de donner à l'enfant une place active dans sa rééducation et dans sa découverte de l'alimentation. Enfin, nous espérons que notre outil pourra servir de boîte à outils permettant aux praticiens libéraux de repenser chacune de leurs prises en charge en fonction de la singularité de chaque histoire.

CONCLUSION

La prise en charge des difficultés d'alimentation chez l'enfant est une prise en charge complexe à bien des égards et encore difficile à aborder pour certains professionnels libéraux qui se sentent démunis. En effet, ces enfants qui ne peuvent ou ne veulent s'alimenter mettent à mal leur famille mais aussi le rééducateur qui doit faire face aux difficultés de l'enfant et au désarroi des parents.

Nous souhaitons, grâce à ce travail de fin d'études, sensibiliser les praticiens libéraux à la prise en charge des TFA chez le nourrisson et le jeune enfant et les aider à acquérir les connaissances nécessaires pour aborder cette prise en charge délicate.

Les résultats de l'enquête préalable ont confirmé que la réalisation d'un outil réunissant des informations théoriques et pratiques sur la prise en charge des TFA chez le nourrisson et le jeune enfant serait utile aux praticiens libéraux pour accompagner plus sereinement ces enfants et leur famille.

Nous avons donc élaboré un outil proposant des supports d'explication et d'échange avec les parents ainsi que des pistes de remédiation classées selon trois grands axes de prise en charge. Les premiers retours des orthophonistes libéraux sur cet outil sont très positifs.

Cette réflexion et la concrétisation de notre outil nous ont permis de mesurer l'importance d'une approche cohérente et concertée entre les différents professionnels qui interviennent auprès de l'enfant. En ce sens, nous espérons au travers de notre outil, avoir sensibilisé les orthophonistes libéraux au travail en réseau avec les différents professionnels médicaux et paramédicaux participant à cette prise en charge.

RÉFÉRENCES

BENFER K.A., WEIR K.A., BELL K.L., WARE R.S., DAVIES P.S.W., BOYD R.N. (2013). Oropharyngeal Dysphagia and Gross Motor Skills in Children With Cerebral Palsy. *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics*. Volume 131. Number 5. pp.e1553-e1562.

BLANCHET C., BIGORRE M., VERDEIL M., DAUDE H., BADR M., PRODHOMME O., MONDAIN M. (2013). Analyse de l'intérêt d'une consultation multidisciplinaire sur les troubles de succion-déglutition chez l'enfant. *Annales françaises d'Otorhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*. Volume 130. Issue 4. Supplement. p.A12.

BULLINGER A. (2011). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche*. Toulouse : Éditions Érès.

CARIOU PATRON G., TEISSIER N., MALARD O., VAN DEN ABBEELE T. (2010). Séparation laryngotrachéale dans le dysfonctionnement néonatal du tronc cérébral. *Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale*. Volume 127. pp.24-27.

CHIVA M. (2003). Émotions et pratiques alimentaires. Approches psychophysiologiques du plaisir. [consulté sur internet le 04/01/14 : <http://www.lemangeur-ocha.com/texte/emotions-et-pratiques-alimentaires>]

DARNIS I. (2008). Relation à la nourriture et intimité : pour une approche psychologique. *Le dossier GRAINE Rhône-Alpes*. N°5. pp.3-4.

FRECHOT A. (2011). *Activations cérébrales liées à la palatabilité d'un aliment chez l'Homme : applications en neuromarketing*. Master Biologie Gestion & Marketing. Université de Rennes 1.

GORDON-POMARES C. (2004). La neurobiologie des troubles de l'oralité alimentaire. *Rééducation Orthophonique*. N°220. pp.15-22.

JOUSSELME C. (2009). Psychopathologie des comportements alimentaires de l'enfant. *Archives de Pédiatrie*. Volume 16. Issue 6. pp.537-539.

LEBLANC V., BOURGEOIS C., HARDY E., LECOUFLE A., RUFFIER M. (2012). *Boîte à idées pour oralité malmenée du jeune enfant*. n.d. : Nutricia.

LEBOULANGER N., GARABÉDIAN E.-N. (2011). Laryngo-tracheo-oesophageal clefts (Review). *Orphanet Journal of Rare Diseases*. Volume 6. Issue 1. Article n°81.

LEPEYTRE C., DE LAGAUSIE, P., MERROT T., BAUMSTARCK K., OUDYI M., DUBUS J.-C. (2013). État de santé, suivi et qualité de vie à moyen terme d'enfants opérés d'une atrésie de l'œsophage de type III. *Archives de Pédiatrie*. Volume 20. Issue 10. pp.1096-1104.

LIU Y.-L., CHEN Y.-L., CHENG I., LIN M.-I., JOW G.-M., MU S.-C. (2013). Early oral-motor management on feeding performance in premature neonates. *Journal of the Formosan Medical Association*. Volume 112. Issue 3. pp.161-164.

LUNDEBORG, I., MCALLISTER, A., GRAF J., ERICSSON E., HULTCRANTZ E. (2009). Oral motor dysfunction in children with adenotonsillar hypertrophy – Effects of surgery. *Logopedics Phoniatrics Vocology*. Volume 34. Issue 3. pp.111-116.

MERCIER A. (2004). La nutrition entérale ou l'oralité troublée. *Rééducation orthophonique*. N°220. pp.31-44.

NEL E.D., ELLIS A. (2012). Swallowing abnormalities in HIV infected children : an important cause of morbidity. *BMC Pediatrics*. Volume 12. Article n°68.

NORIA Y. (2005). Des aléas du désir de manger chez des enfants souffrant ou ayant souffert de pathologies respiratoires et/ou digestives néonatales. [consulté sur internet le 23/01/13 : http://www.psynem.org/Rubriques/Perinatalite/Recherches_memoires_et_theses/Yvette_Noria_Des_aleas_du_desir_de_manger_chez_des/des_aleas_du_desir_de_manger.pdf]

PARKES J., HILL N., PLATT M.J., DONNELLY C. (2010). Oromotor dysfunction and communication impairments in children with cerebral palsy : A register. *Developmental Medicine and Child Neurology*. Volume 52. Issue 12. pp.1113-1119.

POINSO F., VIELLARD M., DAFONSECA D., SARLES J. (2006). Les anorexies infantiles : de la naissance à la première enfance. *Archives de Pédiatrie*. Volume 13. pp.464-472.

RIGAL N. (2011). « Déterminants de la prise alimentaire chez l'enfant : importance du plaisir » In : BASDEVANT A. (éd.). *Médecine et chirurgie de l'obésité*. Paris : Lavoisier, pp.328-331.

SENEZ C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Marseille : Éditions Solal.

SENEZ C. (n.d.). Le Syndrome de Dysoralité Sensorielle. [consulté sur internet le 22/01/14 : http://urpsmla.org/IMG/pdf_C._SENEZ_-_Le_Syndrome_de_dysoralite_sensorielle.pdf]

TESSIER M.J. (2010). *Marqueurs précoces des problèmes sensoriels chez le jeune enfant présentant des problèmes d'alimentation*. Mémoire de Sciences biomédicales option réadaptation. Université de Montréal.

THOMPSON D.M. (2007). Abnormal Sensorimotor Integrative Function of the Larynx in Congenital Laryngomalacia : A New Theory of Etiology. *The Laryngoscope*. Volume 117. Issue 6. Supplement. pp.1-33.

VASSEUR R., DELION P. (2011). *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*. Toulouse : Éditions Érès.

VIDAILHET C. (2012). « Troubles du comportement alimentaire » In : COCHAT P. (éd.) *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*. 2ème édition. Rueil-Malmaison : Doin Editeurs, pp.337-347.