



HAL
open science

Bégaiement et troubles de l'oralité alimentaire : évaluation des liens entre ces pathologies au moyen d'un questionnaire destiné aux parents et aux enfants

Marlyse Mathieu

► To cite this version:

Marlyse Mathieu. Bégaiement et troubles de l'oralité alimentaire : évaluation des liens entre ces pathologies au moyen d'un questionnaire destiné aux parents et aux enfants. Médecine humaine et pathologie. 2016. hal-03870202

HAL Id: hal-03870202

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870202>

Submitted on 24 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE

DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE

MÉMOIRE présenté par :

Marlyse MATHIEU

soutenu le : **20 juin 2016**

pour obtenir le **Certificat de Capacité d'Orthophoniste**
de l'Université de Lorraine

**Bégaiement et troubles de l'oralité
alimentaire :**
**Evaluation des liens entre ces pathologies au
moyen d'un questionnaire destiné aux parents et
aux enfants**

MÉMOIRE dirigé par : Madame ERCOLANI-BERTRAND Françoise, Orthophoniste

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur VERT Paul, Professeur de Pédiatrie

ASSESEUR : Madame BOUC Charlotte, Orthophoniste

Année universitaire : 2015-2016

«Pour tous ces enfants dont la bouche
a des maux qu'ils n'ont pu mettre en mots,
il appartient aux acteurs de la rééducation de les aider
à retrouver le plaisir de manger, ressentir et échanger »
THIBAULT Catherine. (2007). *Orthophonie et oralité*.

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont aidée pendant l'élaboration de ce mémoire, et en ont permis l'aboutissement.

Plus particulièrement, je tiens à remercier :

Madame ERCOLANI-BERTRAND Françoise pour m'avoir guidée et encouragée tout au long de cette étude. Vos conseils, votre disponibilité, votre gentillesse et votre expérience ont été une aide précieuse.

Monsieur VERT Paul pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury de ce mémoire et pour l'intérêt porté à mon travail. Vos corrections régulières et vos conseils avisés m'ont aidée à avancer.

Madame BOUC Charlotte pour avoir accepté le rôle d'assesseur. Merci pour votre suivi régulier tout au long de cette année.

Les orthophonistes qui ont répondu à mes sollicitations et m'ont aidée à trouver ma population. Le temps que vous m'avez consacré et votre intérêt pour mon travail m'ont beaucoup touchée.

Les parents et les enfants qui ont pris le temps de répondre à mes questionnaires. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre accueil qui a toujours été très chaleureux, et les échanges très enrichissants que nous avons eus. Sans vous, ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

Toutes les personnes qui ont patiemment relu mon travail, et m'ont apporté de précieux conseils.

Mes amies, en particulier celles rencontrées pendant ces quatre années en orthophonie. Je vous remercie pour votre bonne humeur, votre présence, les bons et les mauvais moments partagés, qui ont rendu ces années très belles. Ne plus vous voir chaque jour va me manquer, et j'espère que notre amitié va perdurer longtemps. Un remerciement spécial à Violaine, qui a suivi de près tout ce travail.

Ma famille, que je remercie tout particulièrement. Merci à mes parents de m'avoir permis de faire le métier qui me plaisait, de m'avoir depuis toujours soutenue et encouragée dans mes projets. Je sais que, sans vous, je n'en serai pas là aujourd'hui. Merci à mon frère qui me pousse à aller toujours plus loin.

Vincent, qui a toujours cru en moi, surtout lorsque moi-même je n'y croyais plus. Je te remercie pour ta présence, ta patience et tes encouragements à chaque moment de doute. Les années à tes côtés passent tellement vite.

Table des matières

Introduction	1
Partie théorique	3
1. Le bégaiement.....	3
1.1. Définition du bégaiement.....	3
1.2. Epidémiologie du bégaiement	3
1.3. Etiologies actuelles du bégaiement	4
1.3.1. Facteurs prédisposants.....	4
1.3.2. Facteurs précipitants	5
1.3.3. Facteurs qui font perdurer le bégaiement.....	5
1.3.4. Les nouvelles pistes de recherche de l'étiologie	5
1.4. Apparition et installation du bégaiement.....	6
1.5. Symptomatologie du bégaiement.....	7
1.5.1. Les symptômes visibles ou « ouverts ».....	7
1.5.2. Les symptômes non-visibles ou « couverts ».....	8
1.6. Le bégaiement de l'enfant d'âge scolaire	10
1.7. La prise en charge orthophonique du bégaiement de l'enfant d'âge scolaire.....	10
1.7.1. L'accompagnement parental et familial.....	10
1.7.2. La prise en charge directe.....	11
1.7.3. Les autres approches existantes.....	12
2. L'oralité alimentaire	12
2.1. Le concept d'oralité	12
2.2. Le développement de l'oralité alimentaire	13
2.2.1. L'oralité alimentaire débute <i>in utero</i>	13
2.2.2. L'oralité primaire	14
2.2.3. L'oralité secondaire	14
2.3. Les divers enjeux de l'alimentation.....	15
2.4. Les troubles de l'oralité alimentaire ou dysoralité.....	17
2.4.1. Définition de la dysoralité	17
2.4.2. Les différents troubles de l'oralité alimentaire.....	17
2.4.3. Les causes des troubles de l'oralité alimentaire.....	27

3.	Bégaïement et oralité	30
3.1.	Les liens entre oralité alimentaire et oralité verbale	30
3.2.	Les liens entre troubles de l'oralité alimentaire et troubles de l'oralité verbale.....	32
3.3.	Le bégaïement : un trouble de l'oralité	32
3.4.	Perturbations liées à la bouche dans le bégaïement	33
	Problématique et hypothèse	34
1.	Problématique	34
2.	Hypothèse théorique	34
	Méthodologie	35
1.	Population	35
1.1.	Présentation générale de la population d'étude	35
1.2.	Critères d'inclusion	36
1.3.	Critères d'exclusion	36
1.4.	La population témoin.....	37
2.	Outils méthodologiques	38
2.1.	Présentation des outils.....	38
2.1.1.	Le choix des questionnaires pour réaliser notre enquête.....	38
2.1.2.	Les différents questionnaires réalisés	39
2.2.	L'élaboration des questionnaires.....	39
2.2.1.	Modalités des questions	39
2.2.2.	L'organisation des questions	41
2.2.3.	Le contenu des questions.....	42
2.2.4.	Phase d'évaluation préalable.....	47
2.2.5.	Mode d'administration des questionnaires	48
2.2.6.	Diffusion des questionnaires et création de la lettre d'accompagnement.....	49
2.2.7.	Période d'administration des questionnaires.....	49
3.	Mode de traitement des données.....	50
4.	Précautions méthodologiques	50
	Résultats	52
1.	Présentation des résultats.....	52
1.1.	Les problèmes ORL	52
1.2.	L'allaitement au sein.....	52
1.3.	L'allaitement au biberon.....	54
1.4.	Les textures et couleurs.....	55

1.5.	Les aliments nouveaux	56
1.6.	Mastication et déglutition	57
1.7.	Plaisir à s'alimenter	59
1.8.	Le brossage des dents.....	60
2.	Analyse statistique des résultats	62
2.1.	Les problèmes ORL à répétition.....	63
2.2.	Les difficultés d'allaitement	65
2.3.	Le refus de certaines textures	69
2.4.	Le refus des aliments nouveaux.....	70
2.5.	Les difficultés de mastication	71
2.6.	Le manque de plaisir à s'alimenter	74
2.7.	Les difficultés liées au brossage des dents	75
	Discussion	77
1.	Synthèse globale des résultats.....	77
2.	Les difficultés rencontrées.....	78
3.	Les limites de l'étude.....	79
4.	Pistes de recherche et perspectives cliniques	79
	Conclusion	81
	Bibliographie	83
	Annexes	89
	Résumé	108

Liste des figures

Figure 1 : Problèmes ORL chez les bègues

Figure 2 : Problèmes ORL chez les tout-venants

Figure 3 : Difficultés rencontrées par les parents d'enfants bègues lors de l'allaitement au sein

Figure 4 : Difficultés rencontrées par les parents d'enfants tout-venants lors de l'allaitement au sein

Figure 5 : Types de difficultés rencontrées pendant l'allaitement au sein par les parents d'enfants ayant un bégaiement

Figure 6 : Types de difficultés rencontrées pendant l'allaitement au sein par les parents d'enfants tout-venants

Figure 7 : Difficultés rencontrées par les parents d'enfants bègues lors de l'allaitement au biberon

Figure 8 : Difficultés rencontrées par les parents d'enfants tout-venants lors de l'allaitement au biberon

Figure 9 : Types de difficultés rencontrées pendant l'allaitement au biberon par les parents d'enfants ayant un bégaiement

Figure 10 : Types de difficultés rencontrées pendant l'allaitement au biberon par les parents d'enfants tout-venants

Figure 11 : Refus des aliments nouveaux par les enfants bègues étant petits, selon les parents

Figure 12 : Refus des aliments nouveaux par les enfants tout-venants étant petits, selon les parents

Figure 13 : Acceptation actuelle des aliments nouveaux selon les bègues

Figure 14 : Acceptation actuelle des aliments nouveaux selon les tout-venants

Figure 15 : Difficultés de mastication selon les enfants bègues, actuellement

Figure 16 : Difficultés de mastication selon les enfants tout-venants, actuellement

Figure 17 : Habitude d’avalier sans mâcher selon les enfants bègues, actuellement

Figure 18 : Habitude d’avalier sans mâcher selon les enfants tout-venants, actuellement

Figure 19 : Plaisir à s’alimenter chez les enfants bègues étant petits, selon les parents

Figure 20 : Plaisir à s’alimenter chez les enfants tout-venants étant petits, selon les parents

Figure 21 : Plaisir à s’alimenter chez les enfants bègues actuellement, selon les parents

Figure 22 : Plaisir à s’alimenter chez les enfants tout-venants actuellement, selon les parents

Figure 23 : Ressenti des enfants bègues face à la nourriture, actuellement

Figure 24 : Ressenti des enfants tout-venants face à la nourriture, actuellement

Figure 25 : Brossage des dents du fond et l’arrière des dents chez les enfants bègues selon leurs parents

Figure 26 : Brossage des dents du fond et l’arrière des dents chez les tout-venants selon leurs parents

Liste des tableaux

Tableau 1 : Dégoût des textures et couleurs chez les enfants étant petits, selon les parents

Tableau 2 : Difficultés à mâcher étant petits, d’après les parents

Tableau 3 : Enfants avalant sans mâcher étant petits, selon les parents

Tableau 4 : Réaction actuelle des enfants face au brossage des dents, selon eux

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire destiné aux parents d'enfants ayant un bégaiement et lettre d'accompagnement

Annexe 2 : Questionnaire destiné aux parents d'enfants tout-venants

Annexe 3 : Questionnaire destiné aux enfants des deux groupes

Introduction

L'alimentation et le langage sont intimement liés. En effet, ces deux fonctions orales fondamentales chez l'être humain reposent sur des structures anatomiques communes, en particulier la bouche. La bouche est un organe clé aux multiples rôles : alimentation, respiration, verbalisations orales, communication. De plus, l'alimentation et le langage se développent en parallèle et s'influencent dès le début de la vie. Les praxies de l'alimentation et du langage se structurent en même temps. Selon Thibault C. (2012, p.115), « l'oralité verbale se construit pour le jeune enfant conjointement à son oralité alimentaire ». Ces liens étroits entre alimentation et langage constituent parfois une fragilité : lorsqu'une des fonctions est perturbée, cela peut retentir sur l'autre.

Les chercheurs s'intéressent depuis quelques années aux relations entre troubles de l'oralité alimentaire et troubles de l'oralité verbale. Plusieurs études ont vu le jour, notamment celle de Love J. R. et coll. : ceux-ci se sont demandé si un lien existait entre déglutition, mastication et réflexes oraux infantiles chez des sujets IMC. En réalisant leur étude, ils se sont rendu compte que les sujets ayant une alimentation fonctionnelle avaient de meilleures compétences langagières et articulatoires. Palladino R. R. R. et coll. ont étudié les relations entre troubles du langage oral et troubles d'alimentation. Ils ont démontré que les troubles de l'alimentation et du langage oral étaient co-occurents dans la plupart des cas, et que leur présence simultanée n'était pas une coïncidence.

De récents mémoires de fin d'études d'orthophonie ont également contribué à prouver les liens entre ces troubles, notamment celui réalisé à Lille en 2015 par Cabaret S. et Chappon C. intitulé « Troubles de l'oralité alimentaire et symptomatologie du retard de parole : quel lien ? », qui a montré qu'un nombre important d'enfants ont un retard de parole qui est associé à un trouble d'oralité. Un autre mémoire a été mené à Nancy en 2009, par Israel-Sarfate N. et Montaudon M., intitulé « Sphère oro-faciale des enfants porteurs de microdélétion 22q11 : recherche de liens entre troubles de succion-déglutition précoces et troubles d'articulation et/ou des praxies bucco-linguo-faciales à l'acquisition du langage oral », celui-ci a montré que chez les enfants porteurs de microdélétion 22q11, un trouble d'articulation et/ou des praxies bucco-linguo-faciales était toujours en lien avec des troubles de la succion-déglutition précoces. Les différentes études font donc ressortir des liens forts

entre troubles de l'oralité alimentaire et troubles de l'oralité verbale. L'oralité alimentaire et l'oralité verbale sont, de ce fait, au cœur de notre pratique orthophonique.

Le bégaiement, trouble particulier affectant la fluence verbale et le rythme du langage, a peu été l'objet de ces études. Celles-ci se sont plutôt penchées sur le retard de langage, de parole et le trouble d'articulation. Cependant, le bégaiement est considéré comme un trouble de l'oralité pour certains auteurs. Ainsi, selon Oksenberg P. (2015), chez l'enfant qui présente un bégaiement se retrouve une perturbation de son rapport à l'oralité. De nombreuses manifestations du bégaiement révèlent un rapport à la bouche perturbé, tels les tremblements des lèvres, les grimaces involontaires, les blocages. Au vu de toutes ces données, il nous semble pertinent de nous questionner sur les liens entre troubles de l'oralité alimentaire et bégaiement.

Notre intérêt de départ s'est porté sur les troubles de l'oralité alimentaire, car ceux-ci font partie du champ de compétences des orthophonistes depuis peu. Les connaissances sur les liens entre troubles du langage oral et troubles de l'oralité alimentaire étant récentes, les orthophonistes ne les prennent pas toujours en compte dans leur pratique. Il nous a semblé intéressant d'essayer d'apporter de nouveaux savoirs dans ce domaine, afin d'enrichir les connaissances et pratiques professionnelles.

Partant de toutes ces constatations, dans notre mémoire nous chercherons à **objectiver les liens entre troubles de l'oralité alimentaire et bégaiement, en comparant les comportements et difficultés alimentaires chez des enfants bègues et des enfants tout-venants, par le biais d'un questionnaire destiné aux parents et aux enfants.**

Nous énoncerons en premier lieu les assises théoriques concernant le bégaiement et l'oralité alimentaire, avant d'exposer notre problématique et notre hypothèse. Ensuite, nous développerons la méthodologie que nous avons adoptée dans notre démarche expérimentale pour répondre à notre problématique. Nous aborderons ainsi l'élaboration de nos questionnaires. Puis, une troisième partie sera consacrée à l'analyse des réponses recueillies dans le cadre de notre enquête. Enfin, nous présenterons et interpréterons les résultats, et nous les discuterons en ouvrant sur les perspectives que ce sujet pourrait apporter à notre pratique orthophonique.

Partie théorique

1. Le bégaiement

1.1. Définition du bégaiement

Le DSM-V, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, publié en 2015 en France, définit le bégaiement comme un trouble neurodéveloppemental et le répertorie plus précisément dans les troubles de la communication.

Ainsi, selon le DSM-V, les caractéristiques essentielles du bégaiement sont « des perturbations de la fluidité verbale et du rythme de la parole ne correspondant pas à l'âge du sujet et aux compétences langagières. Elles persistent dans le temps et se caractérisent par la survenue d'une ou plusieurs des manifestations suivantes : de fréquentes répétitions ou prolongations de sons ou de syllabes ». D'autres perturbations peuvent être retrouvées, comme des mots tronqués (pauses dans le cours d'un mot), des blocages audibles ou silencieux (pauses dans le cours du discours, comblées par autre chose ou laissées vacantes), des circonlocutions (pour éviter les mots difficiles en leur substituant d'autres mots), une tension physique excessive accompagnant la production de certains mots, et des répétitions de mots monosyllabiques entiers.

La perturbation de la fluidité verbale entraîne une anxiété de la prise de parole ; ou des limitations de l'efficacité de la communication, de l'interaction sociale, de la réussite scolaire ou professionnelle. Les symptômes débutent pendant la période précoce du développement. La perturbation n'est pas imputable à un trouble moteur du langage ou à un déficit sensoriel. Elle n'est pas non plus un trouble de la fluidité en lien avec une atteinte neurologique (comme un accident vasculaire cérébral, une tumeur, un traumatisme) ou une autre affection médicale, et n'est pas expliquée par un trouble mental.

1.2. Epidémiologie du bégaiement

Le bégaiement existe dans toutes les cultures, dans toutes les langues, dans tous les milieux. Dans la population générale, la prévalence du bégaiement avoisine 1%, alors que le

bégaiement affecte près de 5% des enfants à l'école primaire, selon Van Hout A. et Estienne F. (2002). Dumont A. et Julien M. (2004) expliquent que, selon les spécialistes, parmi quatre enfants qui se mettent à bégayer, l'un d'entre eux restera bègue à l'âge adulte si rien n'est entrepris. De plus, chez l'enfant, le bégaiement s'installe dans 70% des cas entre deux et cinq ans, et dans 90% des cas avant sept ans, c'est-à-dire pendant la période de développement rapide de la parole. Le bégaiement s'amoinerait en moyenne vers onze ans. Le bégaiement de l'enfant peut toutefois commencer à se manifester plus tard, jusqu'à la puberté.

Le bégaiement atteint beaucoup plus fréquemment les hommes que les femmes. La différence est peu marquée avant quatre ans mais s'accroît au-delà de cet âge, avec une seule femme concernée pour trois à quatre hommes, d'après Vincent E. (2004).

1.3. Etiologies actuelles du bégaiement

« Pourquoi mon enfant bégaye ? » est l'une des premières questions que se posent les parents, or actuellement il est difficile de répondre à ce « pourquoi », puisque l'étiologie reste inconnue. Historiquement, un certain nombre de causes ont été avancées pour expliquer le bégaiement, mais aucune n'a été retenue, selon Le Huche F. (1998). La littérature actuelle considère que le bégaiement a une origine multifactorielle. Le bégaiement n'a pas une cause unique, c'est un ensemble de facteurs qui concourent à son apparition. Simon A.-M. (2012) a décrit ces facteurs : les facteurs qui prédisposent au bégaiement, les facteurs qui précipitent le bégaiement et ceux qui font perdurer le bégaiement.

1.3.1. Facteurs prédisposants

Parmi les facteurs prédisposants, le facteur génétique est important : l'existence de personnes bègues dans la famille entraîne un risque plus élevé de développer un bégaiement. Le sexe masculin est aussi un facteur notable, selon Thibault C. et Pitrou M. (2014). Nous pouvons aussi relever les difficultés phonologiques, les retards de langage et de parole, ainsi que le bilinguisme, qui peuvent favoriser le bégaiement. Simon A.-M. (2012) rajoute des facteurs qui tiennent à l'enfant lui-même, tel qu'un tempérament volontaire et perfectionniste, ou anxieux.

1.3.2. Facteurs précipitants

Les facteurs qui précipitent le bégaiement sont ceux qui peuvent entraîner l'apparition du trouble. Ce sont principalement des événements tels qu'une naissance dans la famille, un déménagement, une maladie, un choc émotionnel. Ces événements entraînent un changement, une rupture dans la vie quotidienne de l'enfant. Ces facteurs ne sont pas la cause du trouble, seulement son déclencheur : ils révèlent une tendance préexistante, sans laquelle ils n'auraient pas eu cet impact, selon Vincent E. (2004).

1.3.3. Facteurs qui font perdurer le bégaiement

Les auteurs exposent enfin des facteurs qui perpétuent le bégaiement. Thibault C. et Pitrou M. (2014) décrivent principalement une exigence parentale quant à la qualité de la parole et du langage de l'enfant, ainsi qu'une pression temporelle excessive exercée sur l'enfant. Simon A.-M. (2012) ajoute à ces facteurs les réactions des parents face au bégaiement de l'enfant, des difficultés dans la vie quotidienne de l'enfant, et un rythme de vie intensif. Tous ces facteurs demandent à l'enfant de faire des efforts, le fatiguent et le rendent plus fragile.

1.3.4. Les nouvelles pistes de recherche de l'étiologie

Les recherches scientifiques tentent d'en savoir toujours plus sur le bégaiement, et sur son étiologie. Des données récentes, issues des neurosciences, nous offrent un éclairage nouveau sur les causes du bégaiement. En effet, d'après Sommer M. (2015), des expériences par imagerie par résonance magnétique (IRM) montrent que des faisceaux de neurones, connectant à longue distance les différentes aires du cerveau, sont plus ténus chez les personnes bègues que chez les personnes ayant une élocution normale.

Plusieurs explications sont avancées : soit les faisceaux contiennent moins de fibres, soit les fibres sont moins bien assemblées, soit leur gaine de myéline est de moins bonne qualité, ce qui affecterait la transmission des signaux nerveux. Les connexions entre les aires cérébrales sont donc perturbées : celles-ci communiquent alors moins bien. Cette anomalie est toujours localisée dans le bas de la région frontale, or c'est à cet endroit que passent les connexions reliant entre elles les régions du langage. La partie gauche du cerveau est particulièrement touchée.

Une étude réalisée en 2005 par Fox P. avait mis en évidence que les bégues mobilisent davantage leur hémisphère droit que les personnes ordinaires : on ne sait pas si cela permet de compenser les défauts de connexion de l'hémisphère gauche, ou si cela est à l'origine même des difficultés.

D'autres expériences, utilisant des techniques de magnétoencéphalographie (qui mesurent l'activité électromagnétique du cerveau en plusieurs endroits de la surface du crâne) et réalisées chez des personnes bégues lisant des mots à haute voix, ont mis en évidence que leurs aires cérébrales du langage sont activées pendant cette tâche, mais dans le mauvais ordre : les aires motrices responsables de l'articulation se mettent en marche, après un délai anormal; et les aires de la planification s'activent seulement ensuite. Ces différentes anomalies s'expliqueraient également par la perturbation de la transmission du signal entre les aires cérébrales : les différents modules du langage n'arrivent plus à communiquer correctement.

Le cerveau des bégues présente donc des différences anatomiques et fonctionnelles par rapport à celui de personnes qui ne bégaiement pas, avec notamment des anomalies structurales frontales gauches et une perturbation des connexions entre les aires cérébrales. Cependant, les chercheurs se demandent si les perturbations observées sont la cause du bégaiement, ou la conséquence de ce trouble de la communication sur le cerveau.

1.4. Apparition et installation du bégaiement

Le moment où apparaît le bégaiement est variable d'un individu à l'autre. Dans la majorité des cas, le bégaiement apparaît dans la petite enfance, entre deux et cinq ans, quand l'enfant commence à entrer en contact avec autrui et lorsque s'organise son langage, selon Dinville C. (1986). Le début du bégaiement est brutal dans la moitié des cas, c'est-à-dire qu'il se manifeste d'un jour ou d'une semaine à l'autre. Le bégaiement est un trouble cyclique qui peut disparaître pendant quelques temps, puis revenir.

Les jeunes enfants présentent fréquemment des répétitions de syllabes, des hésitations verbales qui disparaissent lorsque leurs moyens d'expression s'enrichissent. Chez les enfants qui bégaiement, ces accidents de parole perdurent, s'accompagnent de tensions musculaires, et une lutte contre les mots et contre la parole s'installe. A cause de ses difficultés, l'enfant fait des efforts pour que les mots sortent ; et constate des réactions négatives de la part de son

entourage, comme des froncements de sourcils, des conseils ou des remarques sur sa façon de parler. Selon Van Hout A. et Estienne F. (2002), l'attitude de l'entourage génère chez l'enfant une anxiété, une peur de bégayer, et ce caractère stressant amène l'enfant à bégayer davantage. Le comportement de lutte entretient le bégaiement et les tensions, et risque de chroniciser ce trouble. Simon A.-M. (2012) explique que des attitudes réactionnelles au bégaiement risquent alors d'apparaître et de fixer ce trouble de communication.

1.5. Symptomatologie du bégaiement

Tout le monde rencontre parfois des accidents de parole, mais ces difficultés sont passagères et n'empêchent pas le message de passer. Le bégaiement, lui, se manifeste par des difficultés spécifiques, notamment une réaction d'effort lors des dysfluences. C'est en effet la lutte avec les mots qui permet de signaler ce trouble. Il existe plusieurs types de symptômes qui caractérisent le bégaiement : les symptômes visibles, et les symptômes non-visibles pour l'interlocuteur.

1.5.1. Les symptômes visibles ou « ouverts »

1.5.1.1. Les bégayages

Les bégayages sont les symptômes que les locuteurs peuvent entendre. On décrit classiquement plusieurs types de bégayages : les répétitions de syllabes, les blocages, les prolongations et les mots d'appui. Les répétitions de syllabes sont les accidents les plus fréquents dans le bégaiement. Les répétitions peuvent toucher les phrases ou morceaux de phrases, les mots, les syllabes et les phonèmes. Ces répétitions peuvent se limiter à trois ou quatre émissions successives, mais cela peut aussi aller jusqu'à une vingtaine d'émissions répétitives identiques.

Les blocages sont un autre type d'accidents de parole, ils se caractérisent par un silence brutal, la parole ne « passe pas ». Les blocages peuvent se produire pendant la parole mais aussi avant celle-ci. Selon Le Huche F. (1998), les blocages se produisent souvent lorsque la personne doit prononcer un mot redouté. La fréquence des blocages est très variable.

Les bégayages peuvent aussi être des prolongations. Souvent, ce sont des voyelles qui sont allongées pendant plusieurs secondes, mais cela peut aussi toucher des consonnes.

Un autre symptôme audible est l'utilisation de mots d'appui. Ce sont des mots monosyllabiques ou des expressions introduites dans la parole, qui permettent à la personne qui bégaie d'éviter les pauses, et ainsi d'éviter des questions de l'interlocuteur ou des difficultés à redémarrer après cette pause.

1.5.1.2. Les manifestations non-verbales

Dans le bégaiement il existe aussi de nombreux symptômes non-verbaux que les interlocuteurs peuvent voir. Parmi ces symptômes, Le Huche F. (1998) décrit principalement la perte du contact visuel : la personne qui bégaie évite le regard de l'interlocuteur quand elle s'exprime. D'autres symptômes peuvent apparaître, comme des crispations du cou, de la mâchoire ou du visage entier ; ainsi que des grimaces, des mouvements de la tête et des yeux, des tremblements, des clignements des yeux, des froncements de sourcils, une dilatation des ailes du nez, des gestes des mains et des pieds, des syncinésies, des rougeurs et pâleurs. Ces symptômes peuvent donc concerner le corps tout entier, même s'ils intéressent surtout le visage.

Ces symptômes, qui peuvent être impressionnants, sont néfastes pour la communication. Selon Gaillard M.-D. (2010, p. 67) : « la lutte intérieure qui oppresse le bègue nous est quelquefois montrée de façon violente et spectaculaire ; surtout lorsque le bégaiement s'accompagne de syncinésies faciales : les yeux clignent, la bouche se tord, la respiration s'affole. Un combat entre le bègue et lui-même se déroule sous nos yeux, nous laissant interloqué et sans voix. »

1.5.2. Les symptômes non-visibles ou « couverts »

Les symptômes visibles ne sont pas la seule composante du bégaiement : il existe de nombreux symptômes caractérisant le bégaiement qui passent inaperçus aux yeux des interlocuteurs. Ces symptômes sont les comportements d'évitement, les ressentis et les fausses croyances. Ils apparaissent rapidement et se manifestent déjà chez les enfants.

1.5.2.1. Les comportements d'évitement

Murray F. P. (1990, p. 59) a écrit « les bègues sont devenus maîtres dans les manœuvres de contournement ». La personne qui bégaie anticipe ses difficultés, et a recours à des comportements d'évitement afin de les éluder. Van Hout A. et Estienne F. (2002) expliquent que la personne qui bégaie peut éviter certains sons ou mots, mais aussi certaines situations de parole et certaines interactions sociales. Le bégaiement devient la préoccupation principale, et ce n'est plus la communication qui importe : la personne qui bégaie se focalise sur la production fluide du message, et pas sur le contenu ni l'interaction. Murray F. P. (1990, p. 49) raconte : « à force d'essayer d'éviter ou de changer les mots redoutés lors de mon discours hebdomadaire, mon vocabulaire et la structure de mes phrases devinrent artificiels au point d'être inintelligibles ».

1.5.2.2. Les ressentis

Le bégaiement entraîne une souffrance et un sentiment d'impuissance importants. Quand elle bégaie, la personne est touchée dans sa capacité à s'exprimer et à se faire entendre, et cela entraîne une vision de soi dévalorisante. Le bégaiement modifie alors la vision que la personne qui bégaie a d'elle-même, mais aussi des autres. La personne qui bégaie se sent souvent anormale ou inadaptée. En effet, elle a tendance à penser que l'interlocuteur la juge ou est dérangé par son bégaiement, ce qui va accentuer son mal-être et sa honte. D'après Murray F. P. (1990), à tout moment le bègue cherche sur les visages des interlocuteurs des signes d'aversion envers son bégaiement.

Ce qui renforce le bégaiement n'est pas forcément visible, mais se cache en profondeur. Les rancœurs, les blessures secrètes et la colère cachée entretiennent le bégaiement. Les aspects psychologiques du bégaiement sont donc une manifestation importante de ce trouble.

1.5.2.3. Les fausses croyances

Le sujet bègue a tendance à rechercher des explications à son bégaiement, et développe ainsi des fausses croyances à propos de son trouble et de lui-même. Le Huche F. (1998) en a décrit plusieurs, comme le fait que le bégaiement viendrait d'une déficience des organes de la parole, qu'il serait incurable ou encore que la parole nécessite une vigilance constante. Ces

croyances, parfois fortement ancrées, génèrent des émotions et comportements inadaptés chez la personne qui bégaié.

1.6. Le bégaiement de l'enfant d'âge scolaire

Si une intervention précoce a déjà eu lieu lorsque l'enfant était petit et que le bégaiement n'a pas cessé pour autant, le risque qu'il bégaié encore longtemps est grand, d'après Simon A.-M. (2012). Lorsqu'un enfant continue à bégayer vers six ans, en début de scolarité, alors le bégaiement s'accroît, la conscience des difficultés est installée et l'enfant se considère comme bègue. Comme l'enfant bégaié depuis plusieurs années, il développe des stratégies d'évitement. A ce moment-là, les bégayages se manifestent par des répétitions mais aussi des prolongations puis des blocages. Il y a un passage à la chronicité (Van Hout A. et Estienne F., 2002). L'enfant d'âge scolaire est dans une période de latence, entre la petite enfance et la puberté. C'est à ce moment-là que l'enfant se construit, et s'il bégaié, alors il construit sa vision de lui-même en y incluant le bégaiement. Une prise en charge est alors nécessaire et importante ; il faudra simplement s'adapter à cet âge particulier.

1.7. La prise en charge orthophonique du bégaiement de l'enfant d'âge scolaire

Il est important de ne pas laisser sans aide un enfant qui bégaié. Une prise en charge est nécessaire pour l'aider à souffrir le moins possible de son bégaiement, lui permettre de mieux le comprendre et le contrôler, et éviter que l'enfant se mette en retrait dans la communication. Lorsqu'un enfant bégaié vers six ans, l'intervention orthophonique consiste en un accompagnement parental, ainsi qu'une prise en charge directe avec une participation active de l'enfant. En période d'âge scolaire, la plasticité cérébrale de l'enfant est toujours importante, et l'enfant a encore l'habitude de suivre les conseils des adultes : la prise en charge pourra s'appuyer sur ces éléments.

1.7.1. L'accompagnement parental et familial

L'accompagnement parental, selon Marvaud J. et Simon A.-M. (2001), se déroule sous

forme d'entretiens, d'informations et de conseils concernant l'attitude à adopter par l'entourage au moment des accidents de parole de l'enfant, les conduites de communication dans la famille, et le comportement éducatif en général. Cette guidance permet aux parents d'être les acteurs du traitement, en les aidant à réajuster leur conduite face à la parole de l'enfant. L'orthophoniste préconise aux parents d'éviter certaines attitudes nocives telles que les reproches, moqueries, conseils à propos du bégaiement, ainsi que la fausse indifférence. Il sera conseillé aux parents de devenir des interlocuteurs actifs, donc de s'intéresser aux propos de l'enfant (principalement au contenu, pas à la forme). Si l'enfant est en difficulté, le mieux est de l'aider par des questions ou des propositions de réponses, ou en reformulant ses propos (Le Huche F., 1998).

Simon A.-M. (2012) ajoute d'autres conseils essentiels à fournir aux parents: faire baisser les pressions et surtout la pression temporelle, consacrer du temps à l'enfant, maintenir le contact visuel en lui parlant, lui laisser des moments de jeux et de détente, renforcer son estime de lui-même par des compliments, privilégier la communication. Selon Simon A.-M. (2012), il sera aussi important de contacter et conseiller l'enseignant, afin de faire baisser la pression à l'école et d'éviter les moqueries des camarades. Il est important qu'un véritable partenariat se mette en place entre toutes les personnes qui entourent l'enfant, pour l'aider le plus possible : les conseils devront également être donnés à tout l'entourage proche de l'enfant, comme ses grands-parents et sa fratrie.

1.7.2. La prise en charge directe

L'intervention directe va principalement consister à encourager l'enfant à ne plus lutter avec les mots, lui apprendre des techniques de détente, lui apprendre à parler de son bégaiement, et augmenter sa confiance en lui, selon Simon A.-M. (2012). Il est également important de travailler avec lui sur ses comportements de communication. L'objectif est que l'enfant et son entourage trouvent du plaisir à parler et communiquer, aient des échanges harmonieux avec une parole libérée de toute tension.

D'après Monfrais-Pfauwadel M.-C. (2014), la prise en charge directe consiste en un travail sur la fluence et la tonicité : l'enfant va apprendre des techniques de fluence comme le « parler relax » ou « la parole prolongée ». Il sera aussi utile d'enrichir ses compétences langagières, d'améliorer son attention et sa concentration, ainsi que ses habiletés de

communication. En plus de tout cela, il est aussi essentiel de parler librement du bégaiement, de permettre à l'enfant d'exprimer ses ressentis, de lui expliquer la physiologie de la parole ainsi que du bégaiement, et de travailler sur les émotions, selon Aumont-Boucand V. (2010). La prise en charge se termine idéalement quand la parole est fluide, grâce à l'application avec succès des techniques de fluidité, et de leur transfert dans la vie quotidienne de l'enfant. Cependant, il est aussi possible d'arrêter si le jeune et ses parents sont satisfaits ou, au contraire, s'il y a un manque de motivation (Fortier-Blanc J., 2002).

1.7.3. Les autres approches existantes

Enfin, il existe d'autres approches qu'il est possible de mettre en place en orthophonie avec les enfants d'âge scolaire qui bégaiement, comme les groupes thérapeutiques ou le programme Lidcombe par exemple.

Le but des groupes est que l'enfant puisse expérimenter ce qui lui a été appris dans un cadre sécurisé, qu'il puisse s'exprimer avec d'autres enfants dans la même situation que lui, et apprenne à écouter les autres (Couvignou C. et Haffreingue C., 2002). L'enfant pourra s'ouvrir plus facilement, se sentir moins seul en partageant ses ressentis avec d'autres enfants qui les partagent également.

Il est aussi possible d'utiliser une autre approche : le programme Lidcombe. C'est une approche directe normalement réservée aux enfants d'âge préscolaire, mais Aumont-Boucand V. (2013) informe qu'elle peut être adaptée aux enfants d'âge scolaire. Cette approche est centrée sur la parole de l'enfant, et ce sont les parents qui vont apprendre à conduire le traitement et mesurer la sévérité du bégaiement. Pendant des conversations structurées, un parent fait des compliments sur la parole fluente de l'enfant et évalue la sévérité du bégaiement par une échelle. Le but est que le bégaiement diminue au fil du temps (Shenker R. C., 2013).

2. L'oralité alimentaire

2.1. Le concept d'oralité

L'oralité est une notion issue du vocabulaire psychanalytique (Abadie V., 2004). Ce terme

a ensuite été repris par les pédiatres pour désigner une multitude de fonctions réalisées par la bouche, soit la succion, la mastication, la déglutition, l'alimentation, la communication, le langage. La bouche est donc le lieu de plusieurs fonctions vitales, et elle est un organe clé de la construction neuro-développementale, corporelle et psychique de l'enfant (Thibault C., 2007). L'oralité, pilier du développement de l'être humain, débute dès les premières semaines de vie *in utero* et se poursuit encore après la naissance et pendant plusieurs années. Il existe plusieurs oralités : une oralité alimentaire, une oralité verbale, et une oralité sensori-motrice. Selon Thibault C. (2004, p. 5), l'oralité est « fondatrice de l'être », la bouche étant le premier lieu de plaisir par la tétée, et d'expression par le cri. C'est d'abord par la bouche que le bébé va pouvoir explorer son environnement, et agir sur celui-ci. L'exploration de la zone orale par l'enfant est donc essentielle, afin d'éviter des troubles de l'oralité.

2.2. Le développement de l'oralité alimentaire

L'oralité alimentaire recouvre toutes les fonctions de nutrition au contact de l'aliment. Cette notion n'englobe pas seulement l'alimentation et l'acte de manger, mais aussi le plaisir qui en découle ainsi que la dimension sociale du repas.

2.2.1 L'oralité alimentaire débute *in utero*

L'otogénèse du comportement alimentaire débute précocement, d'après Couly G. (1993). En effet, grâce à l'échographie, nous savons que dès la quinzième semaine de gestation le mécanisme de la succion se met en place. Lorsque la tête se redresse, le palais se forme, la langue descend, le bébé touche ses lèvres avec sa main, ce qui entraîne une ouverture de la bouche et un contact entre la langue et la main: c'est le réflexe de Hooker, qui objective l'oralité débutante. (Thibault C., 2007).

Ensuite, des mouvements de succion apparaissent. La succion est un réflexe inné qui permet le développement de la déglutition, et assure une bonne croissance de la cavité buccale. Pendant le reste de son développement *in utero*, le fœtus va donc exercer la fonction « succion-déglutition » en suçant ses doigts ou ses orteils, celle-ci sera ainsi fonctionnelle à la naissance. D'autres fonctions comme le toucher, l'olfaction et le goût sont également matures

avant la naissance et interviennent dans ce processus de succion-déglutition fœtale (Abadie V., 2012). Le tout-petit est donc prêt à se nourrir avant même de naître.

Quand l'enfant sera né, deux oralités vont se succéder : l'oralité primaire puis secondaire.

2.2.2. L'oralité primaire

Le nouveau-né possède déjà toute une série de comportements prêts à fonctionner, d'après Thibault C. (2015). Ceux-ci sont localisés dans le tronc cérébral, comme la succion, qui est fonctionnelle à la naissance, et coordonnée à la déglutition. Le réflexe de déglutition est déclenché par les stimulations sensorielles des lèvres, de la muqueuse du prémaxillaire ou de la langue, et il est étayé par les afférences sensorielles tactiles, olfactives et gustatives, ainsi que par les stimuli de la faim. La succion est caractérisée par des petits mouvements antéro-postérieurs rapides de la langue, et des mouvements synchrones du maxillaire inférieur. Les muscles labiaux, jugaux et linguaux font sortir le lait du mamelon ou de la tétine par pression. L'enfant déglutit après deux ou trois mouvements de succion d'affilée.

En parallèle, le nouveau-né développe aussi une succion non-nutritive, c'est-à-dire sans ingestion de liquide (succion de son pouce, d'une tétine), qui saura l'apaiser. Cette succion est composée de mouvements de pression alternative deux fois plus nombreux que dans la succion nutritive (Senez C., 2002). Selon Lau C. (2007) la succion non-nutritive offre des avantages : elle favorise le gain pondéral, produit un effet analgésique, réduit le stress, stabilise le comportement de l'enfant et accélère la progression de la nutrition par voie orale. C'est un moment de plaisir, mais aussi d'exploration et de découverte pour le bébé, la bouche étant le premier outil informationnel.

2.2.3. L'oralité secondaire

Après la période d'oralité primaire caractérisée par la succion-déglutition, survient l'oralité secondaire. Cette évolution apparaît grâce à une maturation neurologique et un entraînement moteur. En effet, d'après Abadie V. (2012), les structures corticales et cognitives se mettent en place pour intervenir de façon active dans la phase orale de l'alimentation. D'importants changements ont lieu : la langue devient capable de se mouvoir d'avant en arrière et de haut en bas. La mâchoire devient plus mobile, et le nourrisson apprend

à mobiliser ses lèvres pour ne pas baver, d'après Schwab E. (2015). Le nourrisson devient capable de maîtriser ses fonctionnements oraux. La succion-déglutition ne sera plus automatique mais volontaire.

Ainsi, l'oralité secondaire est marquée par le passage à la cuillère et le développement progressif des praxies de mastication. L'enfant possèdera alors une nouvelle stratégie alimentaire, tout en continuant à utiliser la stratégie de succion. C'est l'époque de la vie où l'enfant présente une double stratégie alimentaire, par le biberon et par la cuillère. Le passage à la cuillère coïncide avec l'âge d'éruption des dents de lait. L'apparition progressive des dents va permettre le développement de la mastication. L'enfant sera capable de broyer les aliments. L'alimentation va devenir plus variée : c'est la diversification alimentaire. A ce moment-là, des aliments autres que le lait sont introduits dans l'alimentation du nourrisson. La diversification alimentaire est importante, car elle permet au nourrisson de découvrir tôt, avant l'âge de la néophobie alimentaire (vers deux ans), de nouvelles saveurs et textures (Bocquet A., 2012). Idéalement, la diversification alimentaire se déroule sur plusieurs mois. Elle ne doit pas débuter avant quatre mois, et pas après six mois. A un an environ, l'alimentation est diversifiée, et il faut alors essayer de favoriser la découverte de nouveaux goûts, de nouvelles saveurs, de nouvelles textures.

2.3. Les divers enjeux de l'alimentation

Les enjeux de l'alimentation sont multiples. L'enjeu métabolique nutritif est fondamental, mais l'acte alimentaire recouvre aussi des aspects psychologiques, sociaux, culturels et éducatifs. « Se nourrir, c'est d'abord satisfaire un besoin métabolique, mais c'est aussi une attitude dépendant de contingences culturelles, puisant ses normes dans le domaine social et se construisant par l'éducation », d'après Couly G. (1993, p. 355). L'acte de s'alimenter est donc essentiel au maintien de la vie et de la santé, mais est également un élément de socialisation, de construction de l'identité personnelle et culturelle.

Chez le nouveau-né, l'acte alimentaire est fondateur du lien mère-bébé. Couly G. (2010, p. 56) explique que « les premiers liens entre la mère et son nouveau-né, quelques minutes après la naissance, sont pérennisés par la réussite des échanges alimentaires et du corps à corps de la dyade mère-bébé ». C'est lors du moment privilégié d'alimentation que se

développe l'attachement. En effet, l'enfant a besoin de sa mère pour se nourrir, et celle-ci se nourrit de lui. (Abadie V., 2012). L'enfant, en acceptant la nourriture, accepte sa mère qui se sent alors reconnue. Ainsi, toute perturbation de l'acte alimentaire peut atteindre la mère dans sa fonction nourricière et dans son sentiment de compétence, et représente donc un risque pour la relation mère-enfant (Thibault C., 2012).

Lorsque l'enfant grandit, il devient capable de manger seul et doit se séparer alimentaires de sa mère. Il devient autonome et va apprendre tout ce qui concerne les pratiques alimentaires, depuis l'utilisation des modalités sensorielles jusqu'à l'acquisition des manières de table (Chivat M., 2012).

Grâce à son entourage, l'enfant va apprendre ce qu'il peut manger. L'acceptation d'aliments nouveaux se fait par apprentissage et par observation. En observant ses proches manger, l'enfant aura envie de les imiter et cela facilitera l'acceptation des aliments. Cette imitation contribue aussi à construire l'identité alimentaire et culturelle de l'enfant : en mangeant comme ses pairs, il s'intègre dans son groupe culturel. Les habitudes alimentaires participent à la culture de chaque peuple. En acceptant celles-ci, l'enfant accepte également la culture de sa société. L'enjeu culturel de l'alimentation est donc très fort.

L'alimentation a également un enjeu éducatif : les parents vont apprendre à l'enfant la propreté orale, les règles des repas, le cérémonial des repas en famille. En effet, l'enfant va apprendre à manger avec des ustensiles, sans baver ni se salir. D'après Couly G. (2010, p. 95) « le repas familial est en quelque sorte un lieu d'éducation permanente ». Le cérémonial du repas donne à l'enfant un modèle d'éducation et de socialisation. L'acceptation du déroulement des repas par l'enfant participe à la construction de sa vie en groupe. Pendant les repas, l'enfant prend conscience de sa place au sein de sa famille, il y est acteur, et il le sera plus tard dans la société. Les moments d'alimentation sont riches en échanges entre pairs, et permettent à l'enfant de construire son appartenance au groupe socioculturel : les interactions pendant les repas intègrent l'enfant dans son groupe social. D'après Thibault C. (2007) l'acte de manger est chargé de significations socioculturelles. L'alimentation s'inscrit dans des normes sociales, des habitudes, voire des rituels, ce qui constitue la forme achevée de toute vie en communauté (Couly G., 2010). L'alimentation porte donc un enjeu social essentiel. En cas de troubles alimentaires, tout cela peut être perturbé.

2.4. Les troubles de l'oralité alimentaire ou dysoralité

2.4.1. Définition de la dysoralité

Le terme de dysoralité de l'enfant recouvre l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale, d'après Tiano F. Ginisty D. et Couly G. (1993). Thibault C. (2007, p. 61) précise qu' « 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 ».

Selon Abadie V. (2004), les troubles du comportement alimentaire sont fréquemment rencontrés par les pédiatres, avec des ingesta considérés à tort ou à raison comme insuffisants, un petit appétit, un refus alimentaire, des rejets, des nausées, des anomalies des praxies (succion, déglutition ou mastication), des phobies alimentaires.

Ces troubles sont une source de grande anxiété pour les parents, car l'alimentation est une fonction vitale. Les parents sont souvent démunis, surtout la mère qui se sent incompetente et incapable de subvenir aux besoins de son enfant. En effet, Abadie V. (2004, p. 57) précise que « quelle qu'en soit la cause, un trouble du comportement alimentaire chez un nourrisson est toujours vécu par sa mère comme une mise en cause de sa capacité à être mère. Il en résulte un sentiment de culpabilité ». Prendre en charge un enfant présentant un trouble de l'oralité, c'est prendre en charge un enfant atteint dans son corps, en lien avec des parents perturbés dans leur parentalité. (Thibault C., 2004)

Dans la littérature, plusieurs termes permettent de définir les troubles de l'oralité alimentaire. Certains auteurs utilisent le terme « dysoralité », d'autres préfèrent « troubles du comportement alimentaire ».

2.4.2. Les différents troubles de l'oralité alimentaire

Les troubles de l'oralité alimentaire sont multiples et peuvent s'exprimer de différentes manières. Pour décrire ces troubles et leurs manifestations cliniques observables, nous nous sommes appuyée sur la classification de Bandelier E. (2015)

2.4.2.1. Les difficultés d'ordre gnoso-praxique

2.4.2.1.1. Les difficultés de succion

Une succion inefficace, chez le tout-petit, doit alerter. Senez C. (2002) considère qu'une succion pathologique se caractérise par la présence d'au moins trois éléments suivants: une augmentation de la durée du temps de tétée (la durée moyenne normale d'une tétée est de quinze minutes), un nombre de pauses important, des pertes de lait au niveau des commissures des lèvres, principalement pendant les quatre premières minutes, et un biberon non entièrement vidé. Un biberon qui n'est jamais vidé entièrement, avec des doses adéquates de lait, est le signe d'une succion non efficiente. L'enfant peut avoir plus de difficultés à boire au sein qu'au biberon, car l'allaitement au sein demande un effort moteur plus important : d'après Senez C. (2002), la succion au sein, bien qu'instinctive, demande des schémas moteurs plus fins et plus précis qu'avec le biberon.

2.4.2.1.2. Les difficultés lors du passage à la cuillère

Le passage à la cuillère se fait idéalement entre quatre et sept mois. Des difficultés peuvent apparaître lors de cette étape : la fermeture buccale de l'enfant peut être difficile, l'enfant peut également présenter une protrusion linguale, ce qui gênera l'alimentation. Si le tonus et la motricité de la sphère oro-faciale sont perturbés, ou que la conscience de cette sphère est faible, l'enfant pourra avoir du mal à gérer les aliments en bouche (Bandelier E., 2015). L'enfant peut également avoir des difficultés à utiliser cet ustensile, et la durée du repas peut être allongée.

2.4.2.1.3. Les fausses routes

Thibault C. (2007) relève des anomalies de la motricité de la sphère oro-faciale chez les enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire. L'auteur décrit des mouvements de langue réduits, une protrusion linguale persistante, des mouvements de l'apex et des mouvements latéraux de la langue peu maîtrisés, des lèvres hypotoniques, une mauvaise coordination de la succion-déglutition, une absence de mastication des solides. Ces difficultés vont donc perturber la déglutition, qui peut être atteinte dans ses différentes phases et provoquer des fausses routes.

En cas de dysfonctionnement du temps labio-buccal, l'enfant peut présenter une absence de mastication, une succion faible liée à une perturbation de la tonicité ou de la motricité de la

langue, des fuites salivaires ou alimentaires dues à un défaut de fermeture labiale. Ces difficultés peuvent entraîner un refus d'alimentation.

Une atteinte du temps pharyngien entraîne un défaut de protection des voies aériennes, pouvant se manifester par des fausses routes et un reflux nasal. Certaines fausses routes sont silencieuses, il faut donc être attentif à des signes comme une voix gargouillante, des battements des ailes du nez, des encombrements broncho-pulmonaires répétés, et des problèmes de régulation thermique, d'après Bandelier E. (2015).

La déglutition des liquides peut également être perturbée, car pour réguler le débit et boire en plusieurs gorgées, les organes de la sphère orale doivent fonctionner de manière coordonnée.

2.4.2.1.4. Les difficultés d'acquisition de la mastication

La mastication débute lors de l'introduction des premiers morceaux. La praxie de mastication nécessite une coordination entre les différents muscles bucco-faciaux et est dépendante du développement de la dentition. Elle peut être fonctionnelle dès deux ans, mais n'est en général optimale qu'entre cinq et sept ans, d'après Bandelier E. (2015).

La mastication demande la réalisation de mouvements fins et complexes, qui doivent être coordonnés et peuvent être difficiles à exécuter pour l'enfant : la mandibule doit effectuer des mouvements d'élévation et d'abaissement, de propulsion et rétropulsion, ainsi que des mouvements de diduction : les auteurs parlent de geste hélicoïdal de la mandibule. Les lèvres doivent se maintenir fermées, la langue doit exercer des mouvements latéraux afin de ramener les aliments sous les arcades dentaires pour qu'ils soient broyés et que le bol alimentaire soit homogène. Si la mastication n'est pas fonctionnelle, l'alimentation en sera perturbée. De plus, si les morceaux ne sont pas maîtrisés en bouche, cela peut provoquer des fausses routes (Senez C., 2002).

2.4.2.1.5. La ventilation buccale et le bavage

La ventilation est l'une des fonctions orales : en cas de trouble de l'oralité, elle peut être touchée. Généralement, les enfants ayant des troubles de l'oralité respirent par la bouche, car le nez n'est pas reconnu comme un territoire sensitivement attribué (Mellul N. et Thibault C., 2004). La ventilation buccale est souvent liée à une position anormale de la langue : la base de

la langue est bombée à l'arrière de la cavité buccale et bouche ainsi le carrefour aérien supérieur. Une ventilation buccale entraîne des dysfonctionnements ORL, et rend l'alimentation plus difficile, d'après Thibault C. (2007).

Lorsque la bouche est ouverte, l'enfant peut baver. Le terme « bavage » est privilégié par rapport au terme « hypersialorrhée » car ce dernier désigne une augmentation de la production de salive et n'est pas adapté. Le bavage est le plus souvent une incontinence salivaire liée à un ensemble d'anomalies associées, comme une fermeture labiale insuffisante, une augmentation du temps entre deux déglutitions de la salive : la salive stagne alors en bouche et des mouvements de la langue poussent la salive vers l'extérieur de la bouche ; une flexion du rachis cervical qui entraîne une descente de la salive sur le menton, et éventuellement des habitudes de succion (tétine, doigts) (Thibault C., 2007). Il peut aussi être lié à une irritation des muqueuses. Le bavage peut donc être le signe d'une déglutition perturbée, d'un contrôle musculaire labial insuffisant, et d'une hyposensibilité intra et péri-buccale (l'enfant n'a pas la sensation d'être mouillé sur le pourtour buccal).

2.4.2.1.6. L'hypotonie oro-faciale

Certains enfants présentent une hypotonie oro-faciale, souvent associée à un manque de conscience de cette zone. Le tonus musculaire est fondamental à l'ensemble des fonctions oro-faciales. Ainsi, une hypotonie de la sphère oro-faciale peut entraver de manière considérable l'articulation, l'alimentation, ou encore l'expressivité du visage. Concernant l'alimentation, l'hypotonie qui s'exerce sur les structures oro-faciales peut empêcher la bonne mise en place des premières fonctions orales comme la succion-déglutition. En effet, ce manque de tonus de la sphère oro-faciale peut gêner la gestion des aliments et de la salive en bouche. (Bandelier E., 2015). En cas d'hypotonie labiale, les lèvres n'enserrent pas suffisamment la tétine ou le mamelon et le lait peut fuir au niveau des commissures labiales. La fermeture de bouche ne sera pas fonctionnelle. L'acquisition de la mastication peut aussi être retardée, voire perturbée.

2.4.2.2. *Les difficultés d'ordre sensoriel*

2.4.2.2.1. Le réflexe hyper-nauséux

Le réflexe nauséux est utile et normal, il fait partie des réflexes oraux physiologiques présents chez le nouveau-né. Celui-ci sait dès la naissance, grâce à son expérience sensorielle

in utero, différencier un aliment bon pour lui, d'un poison. Si un aliment autre que le lait entre trente-deux et trente-sept degrés (le lait maternel est à trente-deux degrés, et la température corporelle est de trente-sept degrés) est introduit dans sa bouche, il sera alors tout de suite détecté par les organes du goût et de l'odorat, qui déclencheront un processus de défense pour ne pas avaler cet aliment étranger, qui pourrait être du poison. Ce mécanisme de défense est le réflexe nauséux. Son rôle est donc d'inverser brutalement la déglutition lorsque les organes du goût et de l'odorat détectent une substance étrangère donc éventuellement nocive, pour ne pas l'avaler (Senez C., 2015).

Habituellement, le développement cortical inhibe progressivement les réflexes, dont le réflexe nauséux. Cette étape est concomitante à l'apparition des dents, et rend la diversification alimentaire possible. De plus, l'enfant va avoir des expériences de succion grâce aux tétées répétées plusieurs fois par jour pendant des mois : cela va également permettre d'inhiber ce réflexe. Un nourrisson qui naît avec un dysfonctionnement de la succion ou qui est nourri artificiellement ne peut donc pas inhiber correctement ce réflexe.

Cependant, le réflexe nauséux varie selon les individus, car pour une même odeur ou un même goût, chaque personne possède un seuil de détection différent. Les personnes les plus sensibles perçoivent les très petites quantités de substances odorantes volatiles. A l'inverse, d'autres individus ne perçoivent que les substances odorantes très concentrées (Senez C., 2015). Les « super goûteurs » et « super nez » représentent 25% de la population, les « goûteurs et nez moyens » 50% de la population, les « goûteurs et nez faibles » : 25% de la population. D'après ses recherches, Senez C. pense qu'il serait donc raisonnable d'en déduire que parmi les 25% de « super goûteurs », 20% d'entre eux entrent probablement dans la catégorie de ce qu'elle a défini comme hyper nauséux.

Le réflexe hyper-nauséux est pathologique, c'est « une réponse anormale et exagérée de rejet, provoquée par une stimulation olfactive et gustative donnée par certains aliments normalement comestibles » (Senez C., 2015, p. 30). Certains cas familiaux de ce trouble évoquent une composante héréditaire. Ce trouble a des conséquences sur l'alimentation de l'enfant dès son plus jeune âge. Toute substance trop différente du lait par son goût, sa température ou sa texture est refusée par le nouveau-né. En grandissant, ces enfants préfèrent les aliments sucrés, tièdes et gras. Ils refusent les morceaux, sont écœurés par la viande : ils la mâchent longtemps pour en faire des boulettes qu'ils stockent dans les sillons jugaux. Les sujets atteints de réflexe hyper-nauséux ont peu d'appétit, ils sont secoués par des haut-le

cœur voire des vomissements, ils ne prennent donc aucun plaisir à manger. Ils trient leur assiette pour mettre de côté les morceaux, ce qui accentue la lenteur à s'alimenter qui les caractérise. Le brossage des dents les écœure également, principalement lorsqu'ils brossent au fond de la bouche et à l'arrière des dents.

D'après Senez C. (2002), le réflexe hyper-nauséux et le reflux gastro-œsophagien sont liés, et se retrouvent souvent ensemble. Il ne faut pas confondre le réflexe hyper-nauséux avec le mérycisme, qui est un trouble d'origine psychologique où l'enfant se fait régurgiter de façon volontaire et remastique les aliments.

2.4.2.2.2. Le syndrome de dysoralité sensorielle

Un syndrome est un ensemble de signes cliniques et de symptômes. Lorsque l'hyper-nauséux est associé à d'autres signes, comme un appétit médiocre et irrégulier, une lenteur pour s'alimenter, une sélectivité, un refus des aliments nouveaux, une absence de mastication alors que celle-ci est possible, des vomissements lors des repas, une nausée au brossage des dents, une dénutrition ; alors Senez C. (2015) les regroupe sous le terme de « syndrome de dysoralité sensorielle ».

Cette appellation désigne des troubles affectant le temps buccal de l'alimentation, dus à une réactivité sensorielle exacerbée et non à une incapacité motrice. Ce syndrome est donc une hyper réactivité des organes du goût et de l'odorat. Dans ce trouble, le réflexe hyper-nauséux est un symptôme parmi d'autres. Ce trouble concerne 25% des enfants à développement normal et entre 50 à 80% des enfants ou adultes avec un polyhandicap, d'après Senez C. (2015). Les difficultés résultent d'une hyper excitabilité des récepteurs du goût et de l'odorat. Une sensorialité normale sera facteur d'appétit alors qu'une sensorialité exacerbée aura l'effet inverse.

2.4.2.2.3. Une perturbation de la sensibilité oro-faciale

D'après Thibault C. (2007) les enfants ayant des troubles de l'oralité alimentaire peuvent présenter des anomalies au niveau de la sensibilité de la sphère oro-faciale, entraînant une hypersensibilité ou une hyposensibilité.

L'hyposensibilité oro-faciale chez l'enfant se traduit par une faible connaissance des aliments, un manque de conscience des aliments dans la bouche, un bourrage de nourriture, et

un enfant qui avale les aliments tout ronds, sans les mâcher. De plus, l'enfant peut mordiller beaucoup, et avaler des objets non-comestibles.

Si la sensibilité buccale est parfois diminuée (hyposensibilité), généralement elle est exacerbée : l'enfant a une hypersensibilité. Dans ce cas, l'enfant refuse de goûter des aliments selon leur odeur ou température, il rejette des textures, il peut frissonner et grimacer au contact des aliments ou en réaction à leur odeur, il trie les aliments, se détourne lorsque quelqu'un lui touche la bouche, il présente un réflexe hyper-nauséux, ne supporte pas le brossage des dents, et explore peu les objets par la main et par la bouche, et explore également peu cette dernière. Un changement de température entre deux aliments, par exemple entre le plat chaud et un dessert frais, peut déclencher un réflexe nauséux. Fréquemment, l'enfant sera écœuré par de grosses cuillerées. (Jaen Guillaume C., 2014).

2.4.2.2.4. Une hypersensibilité tactile

Une hypersensibilité tactile est souvent retrouvée chez les enfants ayant des troubles de l'oralité alimentaire. Ce symptôme, pourtant de nature « non-alimentaire », vient du fait que le lien main-bouche est très fort. (Jaen Guillaume C., 2014).

En effet, dès la fin de la grossesse, le bébé va sucer ses doigts : les premières praxies oro-linguales se développent en collaboration avec la main. La main et la bouche portent l'oralité même avant la naissance. De plus, les aires cérébrales sensibles et motrices de la bouche et de la main sont voisines. D'après l'homonculus de Penfield, un schéma représentatif de la commande motrice du corps, le visage et la main occupent une place importante et sont côte à côte : ce sont les endroits les plus sensibles du corps car la densité en récepteurs tactiles est plus importante dans ces zones que dans le reste du corps, et leurs territoires cérébraux sont proches.

Ce voisinage cortical entre la bouche et la main a pour conséquence que la stimulation de l'une entraîne la stimulation de l'autre. Cela explique donc pourquoi une hypersensibilité tactile peut être retrouvée dans les troubles alimentaires. Celle-ci peut se manifester de différentes manières : difficultés à supporter de se salir les mains, à jouer avec de la pâte à modeler, à faire de la peinture à doigts... D'après Barbier I. (2004), cette hypersensibilité ne serait d'ailleurs pas toujours uniquement tactile, mais plus générale : elle peut concerner le corps dans sa globalité, comme les pieds par exemple. L'enfant peut développer une hyperréactivité touchant plusieurs canaux sensoriels, et pouvant provoquer des aversions

tactiles mais aussi olfactives, auditives, et visuelles avec une hypersensibilité à la lumière, au bruit, aux odeurs. Cette hypersensibilité est en fait une réaction défensive de la part de l'enfant, contre des stimulations ressenties comme excessives, inappropriées. (Schwab E., 2015)

2.4.2.3. Les difficultés d'ordre comportemental

2.4.2.3.1. Le refus alimentaire

D'après Puech M. et Vergeau D. (2004), un refus alimentaire peut s'exprimer de plusieurs manières : par un désintérêt de la part de l'enfant, par une opposition active, ou par une opposition passive. En cas de désintérêt pour la nourriture, l'enfant ne manifeste pas sa faim, il manque d'appétit, la nourriture semble dénuée de sens pour lui, et la mise en bouche d'aliments n'entraîne pas de succion ni de déglutition. Chez le nourrisson, des signes particuliers peuvent être observés : il ne tète pas assez, il fait des pauses pendant les cinq premières minutes de la tétée. Il peut s'agiter, pleurer, faire des grimaces ou encore avoir des nausées et des vomissements. Lorsque la succion devient automatique et n'est plus réflexe, il n'ouvre pas la bouche au contact de la tétine ou du mamelon, ou prend en bouche mais ne tète pas. (Jaen Guillaume C., 2014).

Un enfant qui manifeste une opposition active envers la nourriture refuse le contact : l'enfant tourne la tête ou la met en hyper-extension. Il se met en colère, crie, pleure tout en se contorsionnant, en gesticulant et en protégeant son visage avec ses bras. L'introduction de l'aliment dans la bouche est impossible du fait de l'occlusion des mâchoires et des lèvres ou à cause de la position de la langue qui pousse la nourriture hors de la bouche. L'enfant a des frissons ou il grimace, et il met en place des stratégies d'expulsion de la nourriture comme un effort pour vomir ou une toux forte, pendant le repas ou de manière différée.

L'opposition passive se manifeste par un refus d'ouvrir la bouche, un regard fuyant, des temps de repas longs, et un enfant qui se réfugie dans le sommeil pour éviter le repas.

Les manifestations de refus sont donc diverses. Le jeune enfant encore sans parole trouve des « maux » pour dire non à certains goûts, certaines textures ou à toute alimentation orale. Ces manifestations entraînent généralement un grand désarroi chez les parents.

2.4.2.3.2. Les anorexies alimentaires

L'anorexie est une conduite particulière de refus alimentaire. Vidailhet C. (2012) en a décrit plusieurs types. Mais avant de parler d'anorexie, l'auteur explique qu'il faut éliminer toute cause organique, comme des infections, des pathologies digestives et abdominales, ou des troubles neurologiques. Ces pathologies peuvent en effet générer une anorexie, mais l'étiologie est différente.

Plusieurs anorexies peuvent concerner le nourrisson, nous décrirons en particulier l'anorexie d'opposition ainsi que les anorexies secondaires à des traitements par nutrition parentérale.

L'anorexie d'opposition survient à partir du deuxième semestre. L'enfant refuse de s'alimenter en serrant sa mâchoire, tournant la tête, gardant les aliments dans sa bouche. Cette anorexie s'installe souvent suite à un événement important comme le sevrage, la diversification alimentaire, un nouveau mode de garde. L'enfant pleure au moment du repas alors qu'il est vif, gai, joueur, curieux et éveillé le reste du temps. Son état physique n'est initialement pas inquiétant (Abadie V., 2004). Le bébé ressent le besoin de maîtriser son environnement, et le terme d'anorexie « d'opposition » montre que ce n'est pas un véritable manque d'appétit, mais une conduite active de refus. Les vomissements sont courants. (Thibault C., 2007).

Les anorexies secondaires à des traitements par nutrition parentérale sont dues à une absence d'usage de la bouche, et de plaisir oral. Ce sont des anorexies en réaction à une agression de la bouche, ou liées à l'angoisse générée par la bouche. Cette zone n'a pas été explorée et a été associée à des expériences douloureuses. Thibault C. (2007) parle d'anorexies post-traumatiques, qui peuvent être dues à une nutrition entérale ou parentérale. La nutrition entérale peut se faire par sonde naso-gastrique ou gastrostomie. Que la nutrition se fasse par voie entérale ou parentérale (par voie veineuse), on peut observer chez certains de ces enfants un désinvestissement de leur bouche car il n'y a pas d'expérimentation orale, mais aussi une perturbation de la sensation de faim. Cette nutrition artificielle, qu'elle soit entérale ou parentérale, peut ainsi entraîner des troubles du comportement alimentaire chez l'enfant.

Vidailhet C. (2012) décrit également l'anorexie phobique de la deuxième ou troisième année, qui peut prendre la forme de caprices alimentaires, de refus des morceaux, de nausées déclenchées par la seule vue des aliments. Parfois les enfants refusent certains aliments liés à

de mauvais souvenirs, ou ingérés antérieurement dans des conditions désagréables, par exemple en cas de fausses routes.

2.4.2.3.3. La néophobie alimentaire

« La néophobie alimentaire concerne soit le refus d'aliments nouveaux, soit encore la restriction du registre alimentaire habituel et le refus d'aliments acceptés antérieurement. » (Chivat M., 2012, p. 32). C'est un phénomène banal et universel. L'enfant éprouve des réticences à ingérer un aliment inconnu. La néophobie alimentaire touche les enfants entre deux à dix ans, mais est particulièrement intense entre quatre et sept ans. Elle peut être atténuée, voire dépassée, en se familiarisant petit à petit avec les aliments. (Rigal N., 2004). « Il convient donc, pour manger sans crainte, que l'aliment doit être connu et accepté en tant que tel », d'après Chivat M. (2012, p. 26). La néophobie alimentaire est une étape normale du développement de l'enfant, mais il faut y être attentif si elle persiste au-delà de la période physiologique (Bandelier E., 2015).

2.4.2.3.4. La peur d'avaler, de s'étouffer

Certains auteurs, comme Cook-Darzens S. (2014), parlent de phobie de la déglutition pour décrire cette peur d'avaler, de s'étouffer, de vomir, qui conduit l'enfant à restreindre son alimentation. L'enfant ressent en effet une peur d'avaler et de s'étouffer qui est souvent consécutive à une expérience traumatique impliquant la sphère buccale, comme une fausse route.

2.4.2.3.5. La sélectivité alimentaire

En cas de sélectivité alimentaire, le répertoire alimentaire de l'enfant est restreint : il est souvent limité à cinq ou six aliments dont des féculents, avec une réticence de l'enfant à goûter de nouveaux aliments, d'après Cook-Darzens S. (2014). Cette sélectivité alimentaire est souvent associée à une symptomatologie anxieuse. L'impact sur le fonctionnement social est important. L'enfant rejette certains aliments en fonction d'une ou plusieurs caractéristiques comme leur texture, leur couleur, leur odeur, leur température. Les aliments acceptés par l'enfant peuvent donc se limiter à certains types d'aliments, voire à certaines marques. Les enfants peuvent également exclure des groupes entiers d'aliments, comme les fruits par exemple.

2.4.3. Les causes des troubles de l'oralité alimentaire

Les étiologies susceptibles de perturber l'oralité alimentaire sont multiples, et sont généralement intriquées. Nous avons choisi de regrouper ces causes selon leur origine.

2.4.3.1. *Origine neurologique*

Plusieurs pathologies neurologiques entraînent des troubles de l'alimentation chez l'enfant. Dans sa classification, Senez C. (2002, p. 68) distingue les encéphalopathies congénitales et acquises. Les encéphalopathies congénitales peuvent avoir une cause anténatale (liées à des atteintes infectieuses donnant des embryopathies par exemple), une cause génétique (la trisomie 21, le syndrome de Rett...) ou une cause néo-natale (la prématurité, l'asphyxie à la naissance). Les encéphalopathies acquises regroupent les anoxies par noyade, le syndrome de l'enfant secoué, les accidents de la voie publique, les tumeurs, les méningites, les encéphalites (herpétiques, etc), les intoxications alcooliques entraînant une hypoglycémie.

D'autres atteintes neurologiques peuvent entraîner des troubles de la succion-déglutition, comme des atteintes neuromusculaires congénitales telles le syndrome de Steinert ou certaines dystrophies musculaires ; mais aussi des pathologies neuromusculaires acquises comme l'atteinte progressive myogène par exemple.

2.4.3.2. *Origine organique*

Nous avons rassemblé les différentes causes organiques décrites par Thibault C. (2007, p. 61) et Abadie V. (2004, p. 61).

2.4.3.2.1. Les pathologies digestives

Au niveau organique, la dysoralité peut être secondaire à une pathologie digestive, comme par exemple un reflux gastro-œsophagien, une maladie cœliaque, une œsophagite peptique, ou une intolérance alimentaire.

2.4.3.2.2. Les pathologies extra-digestives

Les troubles de l'oralité peuvent également être liés à une pathologie extra-digestive, comme les dyspnées d'origine cardiaques ou pulmonaires. En premier lieu, la dyspnée d'origine cardiaque peut représenter un travail respiratoire qui augmente les besoins énergétiques. De plus, une pression psychologique est souvent générée par le discours des médecins qui met en avant l'importance de la prise de poids dans le traitement de la cardiopathie. En deuxième lieu, l'alimentation et la respiration sont deux fonctions intriquées. Les enfants ayant une dyspnée d'origine pulmonaire ont du mal à manger et certaines pneumopathies semblent liées à des inhalations ou à un reflux.

2.4.3.2.3. Les pathologies congénitales

Les troubles de l'oralité peuvent aussi avoir pour origine des anomalies congénitales de la succion-déglutition (dysfonctionnement néonatal du tronc cérébral, certaines pathologies constitutionnelles syndromiques comme la microdélétion 22Q11 par exemple) ou une malformation congénitale (fente vélo-palatine, laryngomalacie).

2.4.2.4. *Origine psychogène*

Thibault C. (2007), explique que l'enfant peut emprunter l'alimentation pour exprimer des problèmes psychiques et relationnels. Elle cite Freud A. qui soutient que « plus qu'aucune autre fonction corporelle, manger fait partie de la sphère affective de l'enfant, et sert d'issue aux tendances libidinales et agressives ». Si l'enfant rencontre des difficultés, cela peut se traduire par une anorexie. Les enfants concernés sont souvent des enfants dont les fondations physiques et psychiques vis-à-vis de l'alimentation sont fragiles. Les difficultés alimentaires peuvent également être liées à des modes d'éducation rigides et contraignants ou des échanges mère-enfant désorganisées (Thibault C., 2007).

2.4.2.5. *Origine post-traumatique*

Les troubles du comportement alimentaire se manifestent souvent à la suite d'une alimentation artificielle prolongée. Il existe deux types d'alimentation artificielle : la nutrition entérale et la nutrition parentérale. La nutrition parentérale est une alimentation par voie veineuse, tandis que la nutrition entérale regroupe les différentes techniques

d'alimentation par voie digestive (voie nasale, voie buccale, gastrostomie).

D'après Thibault C. (2007), les troubles de l'oralité alimentaire secondaires à la nutrition artificielle sont liés à : une faible exploration de la sphère oro-faciale, un manque d'expérimentation entraînant la persistance de réflexes oraux comme l'hyper-nauséux, un investissement négatif de la bouche à cause des différents traumatismes vécus, en effet « l'enfant subit un traumatisme physique important touchant soit sa sphère digestive soit son corps et son psychisme de façon plus générale. » (Abadie V., 2004, p. 65) , une perturbation du rythme faim/satiété, un trouble du goût : le sens gustatif est altéré après une alimentation artificielle, et une perturbation du processus d'attachement du lien mère-enfant : l'acte de nourrissage, qui permet habituellement la construction du lien mère-enfant, est impossible. La mère n'a pas pu remplir son rôle nourricier, et se sent coupable.

2.4.2.6. *Origine sensorielle*

Un trouble de l'oralité alimentaire peut être lié à une hypersensitivité corporelle et sensorielle. « Les organes de sens que sont le goût, le toucher, l'odorat et même la vue, très sollicités lors des repas, jouent un rôle essentiel dans l'alimentation. Leurs dysfonctions sont le dénominateur commun des troubles alimentaires chez les enfants », d'après Senez C. (2015, p. 28). Cet auteur explique que la dysoralité est une hyper réactivité des organes du goût et de l'odorat touchant 25% des enfants à développement normal, et entre 50 à 80% des enfants ou adultes avec un polyhandicap.

Ces troubles de l'alimentation peuvent donc résulter d'une hyper excitabilité des mécano et chimio récepteurs du goût et de l'odorat et donc d'une hypersensibilité olfactive et gustative. L'hyper excitabilité est, dans la plupart des cas, due à une immaturité neurologique ou à un manque de stimulations sensorimotrices. Cependant, l'hypersensibilité a également une composante familiale et héréditaire: par exemple, l'hyper-nauséux est souvent familial.

Les étiologies des troubles de l'oralité sont donc multiples, souvent mixtes et intriquées.

3. Bégaiement et oralité

3.1. Les liens entre oralité alimentaire et oralité verbale

L'alimentation et le langage reposent sur une structure anatomique commune : la bouche. « La bouche a un emplacement anatomique très particulier, au carrefour du dedans et du dehors et, de ce fait, la bouche se trouve impliquée dans toute une série de fonctions et de processus qui participent profondément à l'ontogenèse de la personne. », d'après Golse B. et Guinot M. (2004, p. 24).

La bouche, structure essentielle de l'oralité, recouvre donc plusieurs fonctions. Certaines sont vitales, comme la respiration et l'alimentation. La bouche intervient aussi dans la fonction de communication et de parole. C'est un lieu du corps fondamental et fondateur. La bouche est un organe de perception mais aussi d'exploration du monde qui nous entoure, grâce à la sensorialité. C'est « un organe clé de la construction neuro-développementale, corporelle et psychique de l'enfant » selon Abadie V. (2007, préface). La bouche joue donc un rôle prépondérant tant dans l'alimentation que dans la production du langage. D'après Couly G. (2010, p. 66) la langue apprend à manger et à parler, et « les rapports de l'organe lingual avec les constituants de la bouche sont indissociables des deux oralités, l'alimentaire et la verbale, deux oralités intriquées fonctionnellement ».

Cependant, la bouche ne constitue pas le seul lien entre l'oralité alimentaire et l'oralité verbale. En effet, l'alimentation et la parole évoluent parallèlement. Lorsque l'enfant est dans la période d'oralité primaire, il y a une coexistence de la succion et des cris du nourrisson. Celui-ci réclame sa nourriture par sa voix. Les cris lui permettent d'assouvir sa faim, et assurent à l'enfant un équilibre alimentaire. Selon Thibault C. (2007), les cris émis par le nourrisson résultent de la mise en jeu du larynx, qui est commandé par le nerf laryngé supérieur et le nerf récurrent, deux nerfs issus du nerf pneumogastrique dont le noyau est localisé dans le tronc cérébral. C'est également dans cette zone que se situe la commande de la succion-déglutition. Le langage et l'alimentation partagent donc les mêmes localisations neuro-anatomiques.

Lorsque l'enfant grandit, des modifications anatomiques vont apparaître et feront évoluer à la fois son alimentation et son langage. Lorsque l'enfant entre dans la période d'oralité

secondaire, il va posséder une double stratégie alimentaire. En même temps que se met en place cette double stratégie, les émissions sonores produites par le larynx vont changer, le larynx descend progressivement et libère un espace en arrière de la langue qui va servir de résonateur. La partie postérieure de la langue devient mobile, ce qui permet l'apparition de nouveaux sons (Thibault C., 2007). Le babillage apparaît.

Ensuite, l'enfant va pouvoir mastiquer et broyer les aliments. Couly G. (2010) explique que l'avènement de l'oralité secondaire, avec l'utilisation de la cuillère et la mastication, est une nouveauté : c'est une praxie corticale, qui sera associée à l'avènement de l'oralité verbale. A ce moment-là, le langage de l'enfant progresse en effet de façon nette : l'enfant élabore son lexique et son propre système de prononciation. D'après Thibault C. (2007, p. 47) : « Les praxies de déglutition, mastication, de ventilation buccale, de propreté orale et celles du langage naissent en même temps, se mettent en place en même temps, en utilisant les mêmes organes et les mêmes voies neurologiques (zones frontales et pariétales)». Les transformations de l'alimentation et du langage de l'enfant sont donc simultanées. La complexification des gnosies et des praxies entraîne à la fois une mastication fonctionnelle, mais aussi une apparition des mots et une bonne coordination des sons entre eux. Senez C. (2002, p. 92) explique que « les sujets capables d'articuler certains sons tels que les consonnes dentales 't' 'd' 'n', mais aussi 'c', 'l', sont ceux-là mêmes pour lesquels on retrouve une mastication. Comme tu parles, tu mâches... ! ».

De plus, la diversification alimentaire permet à l'enfant de découvrir de nouveaux saveurs, de nouvelles textures. L'enfant va avoir envie de nommer les aliments. C'est donc tout naturellement que le premier vocabulaire de l'enfant est alimentaire. Les premiers mots de l'enfant expriment la couleur, la chaleur, la forme de l'aliment. Le langage de l'enfant exprime ses besoins alimentaires. (Couly G., 2010).

La coexistence de la succion et des cris chez le nourrisson, puis de la mastication et du langage parlé, démontre les intrications des oralités verbale et alimentaire. D'après Jaen Guillaume C. (2014), celles-ci se soutiennent mutuellement. L'oralité alimentaire et l'oralité verbale reposent sur les mêmes organes, structures, et voies neurologiques : leur proximité fonctionnelle est importante. Elles partagent les mêmes praxies et gnosies, et évoluent simultanément. Leur développement se fait en parallèle : « l'enfant construit son oralité alimentaire conjointement à son oralité verbale » (Thibault C., 2007, p. 46).

3.2. Les liens entre troubles de l'oralité alimentaire et troubles de l'oralité verbale

Comme nous l'avons expliqué précédemment, l'oralité alimentaire et l'oralité verbale se structurent au même moment et reposent sur les mêmes organes (Oksenberg P., 2012). De récentes études questionnent donc les liens entre troubles de l'oralité alimentaire et troubles de l'oralité verbale. Par exemple, l'étude de Delfosse et coll. (2006) s'intéresse à la place de l'oralité chez des enfants prématurés réanimés à la naissance. Les auteurs concluent que « les difficultés de langage se rencontrent significativement chez les enfants dont les étapes alimentaires ont été décalées, avec au cœur de cette problématique orale une sensibilité spécifique de la bouche ».

Des orthophonistes se questionnent également sur ces troubles, comme le mémoire de fin d'études d'orthophonie réalisé à Bordeaux en 2010 par Tomasella A. intitulé « Oralité et prématurité : étude du comportement alimentaire et autres facteurs influençant le développement du langage de la naissance à 24 mois », dans lequel l'auteur conclut que les enfants ayant un retard de développement du langage présentent plus souvent que les autres, et de façon significative, des difficultés d'alimentation à un moment de leur évolution. Un autre mémoire a été mené à Nancy en 2011 par Limousin M., intitulé « Etude du développement des compétences alimentaires et langagières chez des enfants nés prématurés arrivant à deux ans », celui-ci montre que sur les cinq enfants de l'étude, trois présentent une double dysoralité : des troubles de l'oralité alimentaire et des troubles de l'oralité verbale corrélés.

En effet, si l'une de ces oralités est touchée, l'autre peut en être perturbée. La bouche est un organe essentiel, nécessaire à l'alimentation et au langage, mais cela en fait sa fragilité. Si l'enfant ressent des sensations désagréables liées à la bouche, il peut perdre le plaisir de s'alimenter et de parler. Tout ce qui est lié à la bouche peut être vécu comme un déplaisir.

3.3. Le bégaiement : un trouble de l'oralité

Des troubles de l'alimentation et des troubles du langage, de la fluence, de la communication peuvent donc être liés. Oksenberg P. (2015) envisage d'ailleurs le bégaiement comme un trouble de l'oralité au sens large, ce qui permet de prendre en compte le patient

dans son ensemble. Un enfant qui bégaie présente une perturbation de son rapport à l'oralité. L'oralité peut être bouleversée dans son ensemble : la notion de plaisir à la parole, mais aussi d'alimentation, est mise à mal par les sensations désagréables que l'enfant ressent dans sa bouche lorsqu'il veut parler.

3.4. Perturbations liées à la bouche dans le bégaiement

La bouche permet l'alimentation, le langage, la communication. Dans le bégaiement, certains symptômes sont les témoins d'une perturbation autour de la bouche. Or les troubles de l'oralité alimentaire sont directement en lien avec un rapport à la bouche perturbé.

Les blocages sont révélateurs de ce rapport bouleversé à la bouche : pendant les blocages, il y a des crispations oro-faciales, les lèvres sont serrées et retiennent l'air, qui est coincé à l'intérieur de la bouche. (Le huche F., 1998).

Un autre symptôme du bégaiement qui manifeste ce rapport troublé à la bouche est le tremblement involontaire : c'est une vibration très rapide des lèvres, de la langue et de la mâchoire. Il peut être associé aux blocages. Les personnes qui bégaient peuvent également présenter des crispations de la bouche, et certaines d'entre elles cachent d'ailleurs leur bouche avec la main lorsqu'elles prennent la parole (Monfrais-Pfauwadel M.-C., 2014). Il est également possible d'observer des grimaces qui déforment la bouche. Par exemple Murray F. P. (1990, p. 20) décrit que « la bouche d'un bègue prendra des formes impropres, même grotesques, lorsqu'il essayera de parler ».

Au vu de toutes ces données théoriques, nous avons choisi de nous intéresser à la convergence entre le bégaiement et les troubles de l'oralité alimentaire.

Problématique et hypothèse

1. Problématique

Grâce à l'éclairage apporté par les fondements théoriques de notre travail, nous avons pu constater les liens forts entre oralité verbale et oralité alimentaire. Ces deux oralités se construisent en parallèle et s'étayent. Elles reposent sur des structures, voies neurologiques et organes similaires. Si l'une d'elle est perturbée, l'autre peut également l'être. Des études récentes ont démontré les liens entre les troubles de l'oralité alimentaire et les troubles du langage, de la parole, de l'articulation. Cependant, les liens entre bégaiement et troubles de l'oralité alimentaire n'ont pas été abordés.

Nos ancrages théoriques pointent pourtant des éléments de réflexion : le bégaiement perturbe le rapport à l'oralité. De surcroît, la bouche est le lieu d'expression de plusieurs manifestations du bégaiement. Or, c'est aussi la structure anatomique commune à l'alimentation et au langage.

Partant de ces considérations, nous nous sommes intéressée aux troubles de l'oralité alimentaire dans le cas du bégaiement. Notre problématique est donc d'objectiver les liens entre troubles de l'oralité alimentaire et bégaiement.

Notre étude a pour objectif d'élargir les connaissances de ces deux pathologies anxigènes. Si un lien est établi un jour, cela pourrait permettre aux professionnels prenant en charge ces troubles de faire de la prévention auprès des parents.

2. Hypothèse théorique

Nous avons alors formulé l'hypothèse que les troubles de l'oralité alimentaire seraient en rapport étroit avec le bégaiement.

Nous avons proposé de comparer les comportements et difficultés alimentaires chez des enfants présentant un bégaiement ayant entre 6 et 12 ans, et des enfants tout-venants du même âge. Pour réaliser cette comparaison, nous avons soumis un questionnaire aux parents, et un questionnaire aux enfants.

Méthodologie

1. Population

1.1. Présentation générale de la population d'étude

La population d'une enquête est l'ensemble des personnes sur lesquelles porte l'enquête, et qui constituent une collectivité (Mucchielli R., 1993). Notre étude porte sur les liens entre les troubles de l'oralité alimentaire et le bégaiement, une comparaison des comportements et difficultés alimentaires est de ce fait nécessaire entre une population d'enfants présentant des épisodes de bégaiement et une population d'enfants normotypiques.

Afin de réaliser cette étude, nous avons dû trouver un nombre pertinent d'enfants présentant des épisodes de bégaiement. Un échantillon de trente semblait acceptable. En effet, « les organismes de recherche établissent des échantillons de façon que le plus petit sous-groupe dépasse trente sujets. » (Berthier N., 2006, p. 168). Une analyse statistique est de ce fait possible à partir de trente participants.

Pour obtenir les coordonnées de parents d'enfants présentant un bégaiement, nous avons procédé de plusieurs manières. Dans un premier temps, nous avons envoyé un mail explicatif de notre étude au syndicat des orthophonistes de Meurthe-et-Moselle, qui a diffusé notre mail à tous les orthophonistes du département. Les professionnels prenant en charge des enfants présentant un bégaiement nous ont alors transmis les coordonnées des parents. Nous avons également contacté l'association parole-bégaiement (APB), qui a publié une annonce descriptive de notre étude ainsi que le lien de notre questionnaire destiné aux parents.

En dernier lieu, nous avons expliqué notre travail sur les réseaux sociaux consacrés au bégaiement, et transmis le questionnaire aux personnes intéressées. Une fois que nous avons obtenu les coordonnées des parents, nous avons alors pu échanger avec eux et avec leurs enfants. Au final, la population concernée par notre questionnaire se compose de trente enfants entre 6 et 12 ans, des deux sexes : 23 garçons et 7 filles.

Les âges se répartissent de la façon suivante :

Composition de notre population en fonction de l'âge :

Age	6	7	8	9	10	11	12
Quantité	3	6	3	7	6	2	3

1.2. Critères d'inclusion

Nous avons retenu plusieurs critères d'inclusion pour notre population cible :

-La pathologie : l'enfant présente des épisodes de bégaiement

-L'âge : il doit avoir entre 6 et 12 ans. Nous avons choisi de n'inclure que les enfants entre 6 et 12 ans, puisqu'à partir de 6 ans le bégaiement est avéré et a davantage de risques de perdurer : nous ne pouvons plus le confondre avec les dysfluences normales d'un jeune enfant qui apprend à parler, ni avec les bégaiements transitoires qui disparaissent sans intervention (Simon A.-M., 2012). D'autre part, nous avons choisi de n'inclure que ceux de 12 ans ou moins, car le questionnaire porte sur les comportements alimentaires durant l'enfance ; or après 12 ans les souvenirs des parents risquent d'être moins précis.

-L'enfant peut présenter des troubles de la parole et/ou du langage associés.

1.3. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion permettent d'homogénéiser la population. Nous avons exclu de notre étude les enfants ne présentant pas de bégaiement, et ceux ayant été nourris artificiellement durant leur petite enfance, par voie entérale (grâce à une sonde nasogastrique ou une sonde de gastrostomie) ou par voie parentérale (par voie intraveineuse).

En effet, ceux ayant été nourris artificiellement présentent un risque plus élevé de développer des troubles de l'oralité alimentaire, par le fait que le rapport à la bouche et la fonction d'alimentation ont été perturbés. Abadie V. (2004, p. 66) explique que « les troubles du comportement alimentaire sont fréquents après qu'un nourrisson a subi ou bénéficié d'une alimentation artificielle. Les situations justifiant d'alimentation artificielle sont des situations où l'enfant subit souvent, du fait de la mise en route de cette alimentation artificielle, un traumatisme physique important touchant soit sa sphère digestive soit son corps et son

psychisme de façon plus générale». Les risques de présenter des troubles alimentaires sont de ce fait plus importants chez les enfants nourris artificiellement, que ce soit par voie entérale ou parentérale.

Concernant la voie entérale, Mercier A. (2004, p. 37) expose qu' « il est certain qu'une très longue durée de nutrition entérale pourra compliquer, et parfois sérieusement, la reprise d'aliments par voie orale. [...] Quant à ces nourrissons, toutes ces perturbations survenues dans leurs premiers mois de vie vont inévitablement les confronter à une oralité troublée». La voie parentérale peut elle aussi provoquer des troubles alimentaires. « Il est vraisemblable qu'elle prive l'enfant des sensations digestives de remplissage et de vacuité, qu'elle perturbe davantage les neuro-hormones de l'appétit ». (Abadie V., 2004, p. 66).

1.4. La population témoin

Le terme de population « témoin » désigne ici un ensemble d'enfants répondant au même critère d'âge, mais ne présentant pas de bégaiement. Ceux ayant été nourris artificiellement durant leur enfance ont été exclus de notre population témoin. Celle-ci nous permet de comparer les comportements et difficultés alimentaires chez des enfants bègues et des tout-venants.

Notre population témoin est constituée de trente-quatre enfants tout-venants, âgés de 6 à 12 ans (11 garçons et 23 filles), ayant éventuellement des troubles de la parole et/ou du langage, mais ne présentant pas de bégaiement.

Nous avons trouvé notre population témoin en contactant une école primaire : l'école les Hauts de Vallières, à Metz. La population témoin est donc constituée d'élèves de différentes classes.

Composition de notre population témoin en fonction de l'âge :

Age	6	7	8	9	10	11	12
Quantité	5	8	4	5	10	1	1

2. Outils méthodologiques

2.1. Présentation des outils

2.1.1. Le choix des questionnaires pour réaliser notre enquête

Nous avons choisi de réaliser une enquête afin de répondre à notre problématique. En effet, une enquête sociologique est « une technique de collecte d'informations. La quête d'informations est réalisée par interrogation systématique de sujets d'une population déterminée, pour décrire, comparer ou expliquer », selon Berthier N. (2006, p. 8). L'enquête est méthodique et doit, dès lors, satisfaire à certaines exigences de rigueur, permettant d'aboutir à des résultats quantifiables (Mucchielli R., 1993). Notre travail de recherche implique une enquête, étant donné que nous souhaitons recueillir des informations concernant les comportements alimentaires.

Pour réaliser une enquête, deux techniques sont principalement utilisées : le questionnaire et l'entretien. Ces deux démarches méthodologiques sont nettement différentes, tant dans leurs situations interlocutoires que dans les données qu'elles produisent. Ainsi, le questionnaire provoque une réponse, alors que l'entretien fait construire un discours. (Blanchet A. et Gotman A., 2005).

Dans un entretien, « un interviewer s'adresse séparément à un petit nombre de personnes » (Fenneteau H., 2015, p. 9). Les entretiens sont utilisés dans les études qualitatives où l'objectif consiste à décrire les phénomènes de la manière la plus riche possible, en cherchant à comprendre leur signification, d'après Fenneteau H. (2015). De surcroît, selon Blanchet A. et Gotman A. (2005) l'entretien correspond parfaitement à l'étude des groupes restreints, mais il est peu adapté et trop coûteux si l'on souhaite interroger un grand nombre de personnes. Le questionnaire est beaucoup plus adapté aux études qui nécessitent d'interroger un grand nombre de personnes. Il est destiné à collecter des informations standardisées permettant d'effectuer des analyses statistiques (Fenneteau H., 2015). Les enquêtes par questionnaire sont intéressantes pour analyser des pratiques, d'après De Singly F. (2012). Le terme « pratique » est lié au vocabulaire de l'enquête et désigne une activité particulière que l'on peut exercer. D'après ces informations, nous avons choisi d'utiliser des questionnaires pour réaliser notre étude, car nous souhaitons explorer une pratique (l'alimentation), et recueillir un nombre pertinent de réponses.

2.1.2. Les différents questionnaires réalisés

Dans notre étude, nous avons souhaité interroger les parents d'enfants présentant un bégaiement, ainsi que les enfants eux-mêmes. L'étude porte sur les comportements et difficultés alimentaires des enfants. Dans l'intention d'objectiver les liens entre troubles de l'oralité alimentaire et bégaiement, nous avons comparé les résultats obtenus à ces questionnaires par cette population aux résultats obtenus par la population témoin. Par conséquent, nous avons eu besoin de plusieurs outils pour mener à bien notre recherche : un questionnaire destiné aux parents d'enfants présentant un bégaiement, un autre destiné aux parents d'enfants tout-venants, et un dernier destiné à tous les enfants.

Il est important que la standardisation soit respectée, c'est-à-dire que le questionnaire doit être le même pour toutes les personnes interrogées. Pour respecter ce critère, un seul questionnaire a été administré à tous les enfants. Nous avons également procédé ainsi afin de ne pas focaliser ceux présentant un bégaiement sur ce trouble, mais aussi parce que le bégaiement n'est pas l'objet principal du questionnaire. Les questionnaires destinés aux parents, quant à eux, sont presque identiques : ils sont composés des mêmes questions, cependant celui destiné aux parents d'enfants bègues comporte quelques questions portant sur le bégaiement en plus. Les autres questions sont donc totalement comparables.

Dans le questionnaire destiné aux parents d'enfants présentant un bégaiement, nous leur avons demandé de confirmer ce trouble en vue de respecter nos critères d'inclusion et d'exclusion. De même, dans notre questionnaire destiné aux parents d'enfants tout-venants, nous nous sommes assurée que l'enfant ne présentait pas de bégaiement.

2.2. L'élaboration des questionnaires

2.2.1. Modalités des questions

Plusieurs types de questions peuvent composer un questionnaire. De Singly F. (2012) décrit ainsi les questions ouvertes, où les enquêtés répondent avec leurs mots ; les questions fermées pour lesquelles les enquêtés doivent choisir entre des réponses pré-établies ; et enfin les questions « mixtes » avec une première partie fermée et une seconde ouverte, celle-ci approchant le sens de la réponse fermée. De Singly F. (2012, p. 66) conseille de privilégier les questions fermées dans les questionnaires, en mentionnant que « lors de la rédaction d'un

questionnaire, le mieux est d'adopter un compromis entre questions ouvertes et questions fermées, le primat étant accordé aux dernières, avant tout pour des raisons d'économie».

2.2.1.1. Les questions ouvertes

D'après De Singly F. (2012), les questions ouvertes ont certains avantages : elles n'imposent pas de modalité de réponse et permettent aux personnes interrogées de répondre librement. Elles permettent d'aborder n'importe quel sujet, et de ne pas suggérer de réponse aux personnes interrogées. Néanmoins, les questions ouvertes présentent aussi des inconvénients : elles demandent un temps de dépouillage et d'analyse important, les informations recueillies peuvent être inutilisables, les enquêtés mettent davantage de temps à y répondre et cela peut les décourager. Notre questionnaire destiné aux parents d'enfants présentant un bégaiement comporte onze questions ouvertes. Celui destiné aux parents d'enfants tout-venants en contient dix. Celui pour les enfants, quant à lui, en contient cinq. Nos questionnaires contiennent moins de questions ouvertes que de questions fermées et mixtes, dans le but de rendre ceux-ci faciles et rapides à compléter pour les personnes interrogées, mais aussi pour faciliter notre analyse.

2.2.1.2. Les questions fermées

Pour répondre à ces questions, il suffit aux personnes interrogées de choisir entre des réponses formulées à l'avance. Les réponses peuvent être de différents types : un choix dichotomique lorsqu'il se résume à deux possibilités (oui ou non) ; un choix multiple lorsque la personne peut choisir une ou plusieurs réponses dans une liste préconstituée ; ou un choix avec hiérarchisation des réponses (ex : très satisfait, satisfait, peu satisfait, pas du tout satisfait).

Ces questions présentent l'avantage d'être faciles à analyser et à comparer, et permettent aux enquêtés de répondre rapidement et facilement (Mucchielli R., 1993). En contrepartie, elles présentent un inconvénient : les réponses proposées à l'avance peuvent ne pas correspondre à ce que la personne interrogée aurait souhaité répondre. Par conséquent, il est important de fournir une liste exhaustive de propositions. Dans nos questionnaires, nous avons souhaité utiliser une majorité de questions fermées dans le but de simplifier l'administration du questionnaire, mais également pour faciliter notre analyse par la suite.

Notre questionnaire destiné aux parents d'enfants présentant un bégaiement contient trente-huit questions fermées. Celui destiné aux parents d'enfants tout-venants en comporte le même nombre. Le questionnaire pour les enfants en contient dix-sept.

2.2.1.3. Les questions mixtes

Ces questions combinent à la fois les caractéristiques des questions fermées et celles des questions ouvertes. En effet, elles s'apparentent aux questions fermées car elles proposent des réponses aux personnes interrogées ; mais elles se rapprochent aussi des questions ouvertes puisque la personne interrogée peut expliquer, détailler ou nuancer sa réponse. Dans nos questionnaires, nous avons utilisé ces questions en vue d'avoir plus de précision sur les difficultés alimentaires des enfants. Si une difficulté est relevée, alors la personne interrogée est invitée à préciser laquelle ou ce qu'elle concerne. Notre questionnaire destiné aux parents d'enfants présentant un bégaiement comporte douze questions mixtes. Celui destiné aux parents d'enfants tout-venants en contient onze. De même pour le questionnaire destiné aux enfants.

2.2.2. L'organisation des questions

Il est important que les questions soient regroupées de manière ordonnée et cohérente, pour que les personnes interrogées puissent comprendre les objectifs du questionnaire. Un questionnaire doit se dérouler harmonieusement, et donner également une impression de cohérence, de continuité et de naturel, selon Berthier N. (2006). De plus, l'ordre des items ne doit pas influencer les personnes interrogées.

Nos questionnaires sont, de ce fait, organisés en plusieurs grandes parties délimitant les domaines que nous souhaitons explorer. Celles-ci concernent principalement les différentes étapes de l'alimentation et les comportements liés à la sphère orale.

Le questionnaire destiné aux parents d'enfants présentant un bégaiement et celui destiné aux parents d'enfants tout-venants présentent tous les deux dix parties identiques :

Partie	Nom
Première	Renseignements généraux
Seconde	Allaitement au sein
Troisième	Allaitement au biberon
Quatrième	Diversification alimentaire
Cinquième	Mastication et Déglutition
Sixième	Succion et propreté orale
Septième	Dentition et Brossage des dents
Huitième	Stimulations tactiles
Neuvième	Autres
Dixième	Questions destinées aux parents

Nous souhaitons observer s’il existait une corrélation entre les réponses des parents et celles de leurs enfants, néanmoins nous ne pouvions pas poser aux enfants toutes les questions posées à leurs parents. Effectivement, ils ne se souviennent pas de leur toute petite enfance, ni des détails de leurs comportements et difficultés alimentaires lorsqu’ils avaient entre deux et six ans. C’est pour cette raison que le questionnaire des enfants présente seulement huit parties : il ne comprend pas les deux parties sur l’allaitement ; et dans cette optique, les questions portant sur les comportements et difficultés quand ils étaient petits sont peu nombreuses et ont été regroupées dans une partie « questions sur l’enfance », qui remplace la partie « autres » du questionnaire destiné aux parents.

2.2.3. Le contenu des questions

Nous souhaitons justifier le choix des questions posées dans nos questionnaires. L’intégralité des questionnaires se trouve en annexe.

Il est important de proposer des questions pertinentes, et de pouvoir justifier le choix de ses questions. D’après De Singly F. (2012, p. 20-21) « la confection d’un questionnaire repose sur la sélection des informations les plus pertinentes. [...] La personne qui produit un questionnaire doit expliciter les critères avec lesquels elle estime retenir telle ou telle dimension de la pratique étudiée ».

Les questionnaires destinés aux parents débutent par une partie « renseignements généraux ». Celle-ci se compose de plusieurs items nous permettant d’obtenir des informations générales sur les enfants afin de mieux les connaître, en nous renseignant tout

d'abord sur le sexe et l'âge. Puis, plusieurs questions ont pour but de savoir si l'enfant a des antécédents médicaux ou des troubles actuels qui pourraient être liés à des troubles de l'oralité alimentaire ; en effet s'il a des troubles ORL fréquents, l'oralité peut être perturbée. S'il prend des médicaments en permanence, cela peut mettre en évidence des troubles particuliers. En cas de prématurité, cela peut avoir eu un impact sur le développement fonctionnel de l'oralité. En dernier lieu, si l'enfant a été nourri artificiellement, c'est un critère d'exclusion : il ne peut pas faire partie de cette étude. D'autres questions portent sur le bégaiement en vue de savoir s'il présente ce trouble, et si c'est le cas, depuis combien de temps.

Nous avons ensuite souhaité interroger les parents sur le développement alimentaire de leur enfant, ainsi que sur les éventuelles difficultés qui ont pu être rencontrées.

Les deux parties suivantes concernent donc l'allaitement, au sein et au biberon, et nous permettent de savoir si l'enfant a éprouvé des difficultés lors de cette période. Nous avons avant tout demandé s'il avait été allaité au sein, au biberon, ou les deux. Nous avons ensuite souhaité savoir si cette période avait été marquée par des difficultés, qui ont été listées. Celles-ci permettent de mettre en évidence des troubles de l'oralité alimentaire précoces, comme des difficultés de succion, des fausses routes ou autres. Nous avons choisi de donner une liste de réponses dans l'intention d'aider les parents à comprendre ce que nous entendions par « difficultés pendant l'allaitement ». Cependant, une réponse « autres » a été ajoutée, au cas où nos propositions de réponses n'auraient pas été exhaustives.

Puis, nous avons interrogé les parents sur la diversification alimentaire, en vue de savoir si cette étape s'est bien déroulée et si l'enfant a eu des difficultés éventuelles. Nous avons essayé de retracer le parcours de l'enfant lors de cette étape délicate, en nous informant sur l'âge du passage à la cuillère (généralement la diversification débute vers six mois), et qui plus est sur ses réactions face à la cuillère : un refus de cet ustensile peut être le signe d'une éventuelle difficulté motrice à utiliser cet ustensile, ou à gérer les aliments en bouche. Nous avons, *a fortiori*, questionné les parents sur les réactions de l'enfant face aux morceaux, aux différents aliments, aux couleurs, aux textures, aux aliments nouveaux, aux aliments à certaines températures. Ces items ont pour but de mettre en évidence des difficultés qui seraient le symptôme d'un trouble de l'oralité, comme un refus de s'alimenter, un refus des aliments nouveaux ou à certaines températures, un dégoût de certains aliments, textures, couleurs, une hypersensibilité de la sphère orale.

Ensuite nous avons demandé aux parents si l'enfant présentait un réflexe nauséeux, qui est un autre signe d'un trouble de l'oralité. Un réflexe nauséeux trop antériorisé peut entraîner des régurgitations et vomissements, notamment lors des variations de textures, et ces difficultés peuvent engendrer des refus alimentaires. Enfin, nous avons interrogé les parents sur l'attitude générale de l'enfant face à la nourriture afin de mettre en évidence des difficultés comme un refus ou un dégoût ; puis sur le temps des repas, car une lenteur peut aussi marquer un trouble. Lorsque les réponses des parents mettent en évidence des difficultés, nous avons demandé lesquelles et si celles-ci étaient encore présentes actuellement, afin de savoir si les difficultés s'étaient amoindries dans le temps ou non.

Par la suite, nous nous sommes intéressée à la mastication et la déglutition de l'enfant (actuelles et passées). Il est important que celles-ci soient fonctionnelles pour que l'enfant puisse s'alimenter sans difficulté. Nous avons donc demandé aux parents si leur enfant avait des difficultés à mâcher, s'il ressentait des douleurs en avalant, s'il toussait pendant ou après le repas, afin de mettre en évidence d'éventuelles fausses routes. Les fausses routes peuvent être douloureuses et entraîner un refus ou une peur de s'alimenter. Nous avons également voulu savoir si l'enfant mangeait des objets non-comestibles, ce qui serait en faveur d'une hypo-sensibilité de la sphère orale. D'autres items de cette partie portent sur la déglutition des liquides et nous renseignent sur son déroulement. En dernier lieu, nous avons souhaité savoir si l'enfant éprouvait du plaisir à manger, et connaître ses aliments préférés. Pour certains items, nous avons voulu comparer les comportements alimentaires de l'enfant tout petit et ses comportements actuels.

Dans la partie suivante, nous avons interrogé les parents à propos de la succion et de la propreté orale. Plusieurs questions nous informent sur l'exploration de la bouche. Un enfant qui porte peu d'objets à sa bouche et explore peu celle-ci a davantage de risque de présenter une hypersensibilité buccale. D'autres items portent sur le bavage : ce symptôme nous renseigne sur un éventuel manque de sensibilité au niveau de la bouche (Senez C., 2002), ou sur une déglutition perturbée. D'après Mellul N. et Thibault C. (2004, p. 118), « les causes du bavage sont le plus souvent dues à une augmentation de l'intervalle entre deux déglutitions, du temps de déglutition et à une insuffisance de fermeture labiale ».

Les dernières questions de cette partie portent sur la ventilation, qui est souvent buccale chez les enfants ayant des troubles de l'oralité alimentaire. « Ils sont essentiellement des

ventilateurs buccaux. Le nez n'est pas reconnu comme territoire sensitivement attribué. » selon Mellul N. et Thibault C. (2004, p. 119).

Après cela, nous avons questionné les parents sur la dentition et le brossage des dents, afin de savoir si ce soin dentaire était possible et ne posait pas de difficulté. Le brossage des dents peut être mal toléré par les enfants présentant une hypersensibilité buccale ou un réflexe hyper-nauséux. Nous avons souhaité savoir si l'enfant brossait l'arrière des dents et les dents du fond, étant donné que certains ne brossent que le devant des dents afin d'éviter les nausées. Lorsque les réponses des parents mettent en évidence des difficultés pour se brosser les dents, nous avons demandé si celles-ci étaient encore présentes actuellement, dans l'intention de voir si les difficultés s'étaient amoindries dans le temps ou si elles étaient toujours présentes.

Ensuite, nous avons questionné les parents à propos des stimulations, dans la perspective d'obtenir des renseignements sur le comportement de l'enfant face à celles-ci. Le lien main-bouche est très fort, de sorte que les enfants présentant une hypersensibilité buccale ont souvent une hypersensibilité tactile en parallèle. Nous avons de ce fait demandé aux parents si l'enfant supportait qu'on lui touche le visage et les mains ; et supportait de toucher certaines textures particulières. Nous avons aussi questionné sur la sensibilité à la lumière et au bruit, car l'hypersensibilité orale peut aussi être liée à une hypersensibilité auditive et visuelle, voire de tous les canaux sensoriels.

La partie suivante s'intitule « autres » et nous renseigne sur des troubles que pourraient présenter l'enfant, en lien avec les troubles de l'oralité alimentaire. En effet, des vomissements et nausées fréquentes pourraient être le signe d'un réflexe hyper-nauséux ; de même pour le reflux gastro-œsophagien qui est souvent associé à ce trouble (et qui peut entraîner une œsophagite) (Thibault C., 2007). Les allergies alimentaires, les douleurs abdominales et digestives pourraient quant à elles expliquer des refus alimentaires ou anorexies, et doivent être prises en compte.

Enfin, les questionnaires destinés aux parents se terminent par des questions les concernant eux-mêmes. Cela nous permet d'en apprendre plus sur eux, ainsi que sur leur ressenti à la fin de ce questionnaire. Nous avons souhaité savoir si les parents s'étaient reconnus dans certaines difficultés alimentaires, puisqu'il existe une composante héréditaire importante dans les troubles de l'oralité alimentaire. En effet, Senez C. (2004) décrit une forme familiale de réflexe hyper-nauséux, qui serait génétiquement déterminée.

Pour les parents d'enfants présentant un bégaiement, nous avons voulu savoir si eux-mêmes avaient présenté ce trouble, car l'hérédité est un facteur prédisposant important du bégaiement : il faut prendre en compte le facteur génétique, l'existence de personnes bègues dans la famille entraînant un risque plus élevé de développer un bégaiement. Pour finir ces questionnaires, nous avons demandé aux parents leur numéro de téléphone afin de fixer avec eux un rendez-vous pour échanger avec leur enfant, en face à face ou via Skype.

Le questionnaire destiné aux enfants est assez similaire à celui des parents. Les mêmes thèmes ont été abordés, dans le but d'observer une corrélation (ou un décalage) entre les réponses des parents et celles des enfants. Nous allons décrire les principales différences du questionnaire destiné aux enfants.

Ce questionnaire débute par une partie « faire connaissance » dont le but est de rassurer l'enfant en lui posant des questions simples (prénom, date de naissance, classe) et de rompre la glace. Puis, nous abordons des domaines identiques aux questionnaires des parents : diversification alimentaire, mastication et déglutition, succion et propreté orale, dentition, stimulations tactiles. Toutes ces questions nous renseignent sur les comportements alimentaires de l'enfant, de son propre point de vue. Seul l'allaitement n'est pas abordé car il ne peut pas s'en souvenir.

La partie suivante s'intéresse aux souvenirs de l'enfant à propos de ses comportements alimentaires, afin de récolter des informations sur ses comportements et difficultés alimentaires lorsqu'il était plus petit. La phase d'évaluation préalable du questionnaire nous avait montré que les enfants avaient peu de souvenirs de ces comportements pendant leur petite enfance, et qu'ils répondaient « je ne sais plus » à la plupart de ces questions. Nous avons donc choisi de proposer un nombre restreint de questions sur l'enfance, afin de mettre en évidence des difficultés éventuelles et de voir si des changements dans le temps avaient eu lieu.

Enfin, le dernier item concerne notre questionnaire ; nous avons en effet souhaité savoir ce que l'enfant a pensé de toutes les questions, et si tout cela lui a semblé facile ou difficile. Les remarques peuvent être intéressantes et pertinentes, et cela lui permet de s'exprimer librement : il peut en ressentir le besoin après avoir répondu à des questions très précises. Cela permet de terminer l'échange de façon chaleureuse.

2.2.4. Phase d'évaluation préalable

Pendant l'élaboration des questionnaires, ceux-ci nous ont semblé un peu long. De plus, nous n'étions pas sûre que les parents et les enfants se souviendraient de tout ce que nous leur demandions et s'ils pourraient répondre aux questions. Avant de commencer la passation des questionnaires, nous souhaitions de ce fait tester nos outils. Nous avons alors procédé à une phase d'évaluation préalable pour juger de l'acceptabilité et de la faisabilité des questionnaires, avant de les proposer aux parents et enfants faisant partie de l'étude. Il est important de réaliser une phase de pré-test, dans le but de mettre à l'épreuve un questionnaire comme instrument et de tester sa valeur (Mucchielli R., 1993). Un questionnaire doit être essayé dans des conditions proches des conditions réelles, d'après Berthier N. (2006).

Pour réaliser cette évaluation préalable, nous avons donc soumis les questionnaires à quatre parents et leurs enfants entre le 15 octobre 2015 et le 05 novembre 2015. Ces enfants font partie de notre entourage, et ne sont pas inclus dans la population témoin finale de notre étude.

Nous voulions obtenir différents renseignements, notamment savoir quel était le temps nécessaire pour remplir un questionnaire, si les questions étaient compréhensibles, et si les parents et enfants avaient assez de souvenirs pour répondre aux questions. Le temps moyen de réponse aux questionnaires des parents était de dix à quinze minutes, et de cinq à dix minutes pour celui des enfants.

La synthèse de tous les résultats provenant des parents nous a amenée à préciser certaines questions qu'ils avaient trouvées ambiguës, et à élargir certaines possibilités de réponses. Il nous est aussi apparu nécessaire de clarifier certains items, en précisant quelle était la tranche d'âge concernée par une ou plusieurs questions. Les résultats nous ont permis de constater que les parents pouvaient répondre aux questions sans trop de difficulté, et que globalement leurs souvenirs étaient bien préservés. La synthèse des résultats provenant des enfants nous a amenée à modifier une partie du questionnaire. En effet, certaines questions portaient sur les souvenirs des enfants concernant leur alimentation et leurs comportements alimentaires entre 2 et 6 ans. Or, la plupart du temps, ils ne se souvenaient plus et répondaient « je ne sais plus » à ces questions. Nous avons alors décidé de conserver les questions portant sur l'alimentation et les comportements alimentaires actuels des enfants, et de regrouper en cinq petites

questions celles portant sur leurs souvenirs entre 2 et 6 ans. En général, les enfants n'ont pas éprouvé de difficultés pour répondre aux questions portant sur leur alimentation et leurs comportements alimentaires actuels, et ont trouvé cela facile et drôle.

2.2.5. Mode d'administration des questionnaires

Nos questionnaires destinés aux parents ont été proposés selon la modalité dite « auto-administrée ». Cela signifie que les personnes interrogées sont seules devant le questionnaire pour y répondre. L'avantage de ce mode d'administration est un gain de temps : il est possible d'interroger un grand nombre d'individus sans être présents. Par ailleurs, les personnes interrogées peuvent répondre librement et en toute franchise sans se sentir jugées. Elles peuvent aussi choisir le moment qui leur convient pour répondre, et prendre le temps de lire les questions. Cependant ce mode d'administration présente également des inconvénients : l'enquêteur ne peut pas clarifier les questions, et les instructions doivent être claires et précises, d'après Berthier N. (2006). Nous avons choisi ce mode d'administration pour les parents, afin de leur permettre de répondre au moment le plus opportun pour eux, de leur laisser le temps de prendre connaissance des questions, et dans le but d'avoir des réponses sincères.

Le questionnaire destiné aux enfants, quant à lui, a été administré par l'enquêteur. Cela signifie que l'enquêteur échange directement avec la personne interrogée : l'enquêteur lit les questions et note les réponses de l'enquêté. Ce mode d'administration présente des avantages : l'enquêteur peut clarifier les questions, entendre les commentaires de la personne interrogée et noter ses réactions. En contrepartie, ce mode d'administration est chronophage, et l'enquêté peut se sentir jugé. Nous avons choisi de procéder ainsi avec les enfants afin de les encourager et de leur expliquer ou reformuler les questions si besoin. Cela peut être rassurant pour eux. De plus, les enfants de notre enquête n'étaient pas tous en âge de savoir lire. Si le questionnaire avait été lu par leurs parents, cela aurait représenté un biais et l'enquête aurait perdu de l'objectivité. Notre enquête avec les enfants s'est déroulée en face à face ou par vidéo-conférence. Lorsqu'aucun de ces moyens n'était possible (familles habitant loin et n'ayant pas Skype), nous interrogeons les enfants par téléphone. Dans tous les cas, nous pouvions donc nous adapter à l'enfant et échanger directement avec lui, néanmoins, par téléphone, nous ne pouvions pas noter ses réactions.

2.2.6. Diffusion des questionnaires et création de la lettre d'accompagnement

Nos questionnaires ont été diffusés de différentes manières. Nous avons d'abord obtenu les coordonnées de parents d'enfants présentant un bégaiement, et les avons contactés par mail ou par téléphone pour leur expliquer notre étude.

Notre objectif était de proposer notre questionnaire à un maximum de parents. Ceux-ci recevaient ensuite un lien pour répondre à notre questionnaire en ligne. Nous avons choisi de diffuser le questionnaire par le biais d'internet pour plusieurs raisons : cela permet une diffusion à plus grande échelle, le délai de réception des réponses est réduit, les personnes interrogées peuvent compléter le questionnaire quand elles le souhaitent. De plus, le questionnaire a été réalisé avec « Google Forms », qui retranscrit automatiquement les données dans un document Excel : le recueil des données est ainsi facilité.

Le questionnaire destiné aux parents d'enfants tout-venants a été diffusé autrement. Nous avons contacté une école, qui a accepté de participer à notre étude. Nous avons alors imprimé les questionnaires, qui ont été transmis aux parents par les enseignants. Les parents devaient les compléter et les rendre quelques jours plus tard. Nous avons choisi ce mode de diffusion afin d'avoir un grand nombre de réponses. Nous avons envisagé de transmettre aux parents un lien vers un questionnaire en ligne, mais nous avons pensé qu'ils ne seraient pas nombreux à prendre le temps d'y répondre sans avoir été contactés personnellement, comme le sont les parents d'enfants présentant un bégaiement. Les questionnaires destinés aux parents étaient systématiquement accompagnés d'une lettre de présentation. Ce document permettait de nous présenter, et d'expliquer la procédure de notre étude. Nous avons précisé aux parents que notre étude était menée dans le cadre d'un mémoire en orthophonie, son but et son déroulement. Nous leur avons assuré l'anonymat des réponses et les avons remerciés pour leur participation. Enfin, nous laissions nos coordonnées afin que les parents puissent nous poser leurs questions éventuelles, ou demander les résultats de notre travail.

Le questionnaire destiné aux enfants a été imprimé, et nous le complétions nous-mêmes lors de nos échanges avec les enfants.

2.2.7. Période d'administration des questionnaires

Notre enquête a débuté le 17 novembre 2015 et s'est terminée le 25 mars 2016.

3. Mode de traitement des données

Pour traiter nos données, nous avons tout d'abord présenté nos résultats : nous avons analysé les réponses item par item pour chaque type de questionnaire. Le questionnaire destiné aux parents d'enfants présentant un bégaiement et celui destiné aux parents d'enfants tout-venants sont presque similaires, ce qui nous a permis d'obtenir des données appariées. Nous avons de ce fait comparé les réponses obtenues chez les différentes populations pour les mêmes questions. Nous avons également mis ces résultats en lien avec les réponses obtenues aux questionnaires des enfants, afin d'observer les corrélations ou les décalages entre les réponses des enfants et des parents.

Nous avons réalisé un traitement quantitatif pour les questions fermées, et avons conçu des graphiques pour représenter le pourcentage de personnes ayant choisi chaque réponse. Les questions ouvertes ont été traitées qualitativement : nous avons retenu les idées essentielles contenues dans chaque réponse, et avons rapproché les réponses proches. Ce travail permet de regrouper en plusieurs catégories les réponses de toutes les personnes interrogées, pour chaque population (Berthier N., 2006).

Ensuite, nous avons réalisé une analyse statistique de nos résultats. L'étude que nous avons menée est destinée à déterminer s'il existe un lien entre le bégaiement et les troubles de l'oralité alimentaire. Pour cela, nous avons analysé statistiquement les données recueillies dans nos questionnaires, dans le but de savoir si les résultats obtenus étaient significatifs ou non. Un statisticien nous a aidée et conseillée pour cette partie. Le test statistique que nous avons utilisé est le Test exact de Fisher. Celui-ci est adapté aux effectifs réduits, et permet de mettre en évidence une éventuelle significativité entre des données. Ce test est disponible dans la plupart des logiciels statistiques. Nous avons donc créé un document Excel en codant nos réponses, afin qu'elles soient analysables par notre logiciel statistique (XL Stat).

4. Précautions méthodologiques

Plusieurs limites sont apparues dans la mise en œuvre de notre protocole. Tout d'abord, les parents qui ont répondu à notre questionnaire étaient volontaires, ce qui constitue un biais. En effet, ils peuvent être différents, plus motivés et intéressés que les non-répondants, et avoir des choses à dire (Berthier N., 2006). D'autre part, l'utilisation de questionnaires ne permet

pas de vérifier l'exactitude des données, nous devons compter sur la sincérité des enquêtés. Dans nos questionnaires destinés aux parents, ceux-ci ont répondu à des questions sur leurs propres enfants, leurs réponses portent donc une part de subjectivité.

Un autre biais existe : les questionnaires des parents ont été auto-administrés, alors que les questionnaires des enfants ont été administrés par l'enquêteur. Nous pouvons alors nous demander si les réponses des parents et des enfants sont réellement comparables. Nous n'avons cependant pas modifié le protocole, car il aurait été trop long d'administrer nous-mêmes les questionnaires destinés aux parents. A l'inverse, les enfants ne pouvaient pas non plus s'auto-administrer leurs questionnaires : les enfants interrogés ne savaient pas tous lire, et il était nécessaire de nous adapter à eux, de leur expliquer les questions si besoin. Néanmoins, il est nécessaire de relever ce biais méthodologique.

Enfin, il existe une autre limite concernant l'administration des questionnaires des enfants : lorsque la famille habitait loin, et n'avait pas Skype, nous ne pouvions pas administrer le questionnaire à l'enfant en face à face. Nous procédions alors par téléphone. Cela nous permettait tout de même de nous adapter à l'enfant, de lui expliquer les questions, mais nous ne pouvions pas noter ses réactions. Il est possible que cela ait également eu un impact sur les enfants, qui se sentaient peut-être plus en confiance, ou moins, selon leur personnalité. Il est donc important de prendre en compte cet élément.

Nous avons toutefois limité le plus possible les enquêtes par téléphone, dans le but d'éviter les biais mais aussi parce que le téléphone peut être une situation de communication anxieuse pour les personnes présentant un bégaiement. C'est souvent une des situations qu'ils redoutent le plus, car la communication repose uniquement sur la parole, sans aucune composante non-verbale. « Pour la plupart des personnes bègues, téléphoner fait partie des situations les plus chargées en émotions négatives et en peur », d'après Monfrais-Pfauwadel, M.-C. (2014, p. 323).

Résultats

Nous allons maintenant exposer les différents résultats obtenus suite à l'analyse de nos données. Dans un premier temps, nous présenterons nos résultats, puis nous les analyserons de manière statistique en effectuant des croisements entre les variables, afin de répondre à notre hypothèse. Seuls les résultats significatifs seront présentés et analysés.

Notre population d'étude est composée de trente enfants âgés de 6 à 12 ans, présentant un bégaiement. La population témoin est constituée de trente-quatre enfants tout-venants de la même tranche d'âge.

1. Présentation des résultats

1.1. Les problèmes ORL

L'enfant a-t-il présenté des problèmes ORL à répétition ?

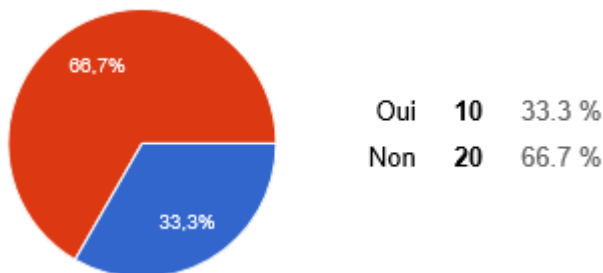


Figure 1 : Problèmes ORL chez les bégues

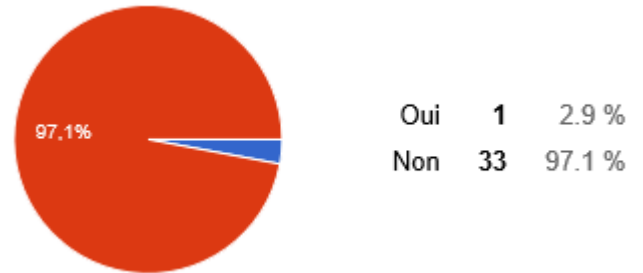


Figure 2 : Problèmes ORL chez les tout-venants

Dans tous nos graphiques, les chiffres en gras correspondent au nombre de parents (ou d'enfants) ayant sélectionné l'une des réponses, puis les pourcentages correspondants sont indiqués en gris clair.

Nous observons que 33,3% des enfants ayant un bégaiement ont présenté de fréquentes difficultés ORL, contre 2,9% des enfants tout-venants.

1.2. L'allaitement au sein

L'enfant a-t-il été allaité au sein ?

Parmi les enfants ayant un bégaiement, 20 d'entre eux ont été allaités au sein soit 66,7%. Par ailleurs, 27 enfants tout-venants l'ont été, soit 79,4%.

Des difficultés ont-elles été rencontrées pendant l'allaitement au sein ?

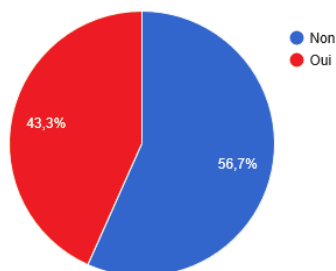


Figure 3 : Difficultés rencontrées par les parents d'enfants bègues lors de l'allaitement au sein

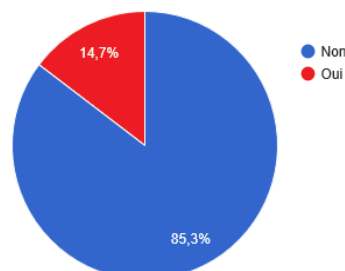


Figure 4 : Difficultés rencontrées par les parents d'enfants tout-venants lors de l'allaitement au sein

D'après ce résultat, 43,3% des parents d'enfants ayant un bégaiement ont observé des difficultés pendant l'allaitement au sein, ils sont donc plus nombreux que les parents d'enfants tout-venants, qui sont 14,7% à avoir relevé des difficultés.

En cas de difficultés, nous avons demandé aux parents de nous préciser leur nature. Les parents pouvaient cocher plusieurs réponses à cette question.



Figure 5 : Types de difficultés rencontrées pendant l'allaitement au sein par les parents d'enfants ayant un bégaiement



Figure 6 : Types de difficultés rencontrées pendant l'allaitement au sein par les parents d'enfants tout-venants

Les enfants ayant un bégaiement ont principalement eu des régurgitations (cela concerne 53,8% d'entre eux), et des vomissements (23,1%) contre respectivement 40% et 0% chez les tout-venants.

Le temps de tétée long concerne un pourcentage plus élevé d'enfants tout-venants que de bégues. La succion faible touche les deux groupes, alors que la déglutition inefficace ne concerne que les tout-venants, et les problèmes « autres » que ceux ayant un bégaiement.

1.3. L'allaitement au biberon

Des difficultés ont-elles été rencontrées pendant l'allaitement au biberon ?

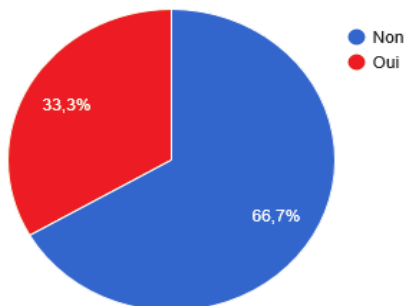


Figure 7 : Difficultés rencontrées par les parents d'enfants bégues lors de l'allaitement au biberon

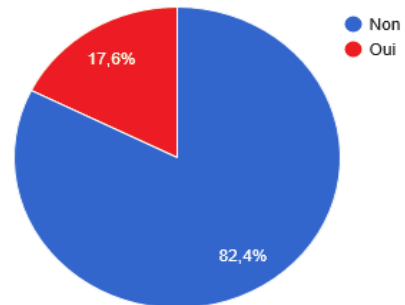


Figure 8 : Difficultés rencontrées par les parents d'enfants tout-venants lors de l'allaitement au biberon

Nous observons que 33,3% des parents d'enfants ayant un bégaiement ont constaté des difficultés lors de l'alimentation au biberon, contre 17,6% des parents d'enfants tout-venants. Les parents d'enfants bégues ont donc à nouveau noté plus de difficultés.

En cas de difficultés, nous avons demandé aux parents de nous préciser leur nature. Ils pouvaient cocher plusieurs réponses à cette question.

Figure 9 : Types de difficultés rencontrées pendant l'allaitement au biberon par les parents d'enfants ayant un bégaiement





Figure 10 : Types de difficultés rencontrées pendant l'allaitement au biberon par les parents d'enfants tout-venants

Nous constatons qu'au biberon, les enfants ayant un bégaiement ont principalement eu des régurgitations : 70% d'entre eux sont concernés, contre 33,3% des enfants tout-venants.

Le temps de tétée long concerne les deux groupes, ainsi que le refus de s'alimenter. La sucction faible ne concerne que les enfants bègues ; alors que les vomissements, les difficultés à garder la tétine en bouche et des difficultés « autres » ne concernent que les tout-venants.

1.4. Les textures et couleurs

L'enfant était-il dégoûté par certaines textures ou couleurs quand il était petit?

	Parents d'enfants ayant un bégaiement	Parents d'enfants tout-venants
Oui	30%	32,4%
Non	70%	50%
Ne sait plus	0%	17,6%

Tableau 1 : dégoût des textures et couleurs chez les enfants étant petits, selon les parents

D'après ce résultat, 30% des enfants ayant un bégaiement et 32,4% des tout-venants, ont été dégoûtés par certaines textures ou couleurs. Les premiers ont été dégoûtés par des textures gélatineuses, fibreuses, molles, dures, non-mixées, mais les parents n'ont pas relevé de dégoût lié à des couleurs. Les enfants tout-venants ont été dégoûtés par des textures farineuses, grasses, et de type « flan », mais aussi par la couleur verte pour plusieurs d'entre eux.

Lorsque l'enfant était concerné par ces dégoûts, nous avons voulu savoir si c'était encore le cas d'après les parents: cela a perduré chez 81,8% des enfants bègues qui éprouvent encore ces dégoûts, ainsi que 73,3% des tout-venants.

Nous avons demandé aux enfants s'ils étaient actuellement dégoûtés par certaines couleurs, c'est le cas pour 20% des enfants bègues et 26,5% des enfants tout-venants. Les premiers citent les aliments verts et orange, et les deuxièmes les aliments verts et rouges.

Concernant les textures, 50% des enfants ayant un bégaiement disent être dégoûtés par certains aliments à cause de leurs textures, avec principalement les textures dures, et parfois filandreuses, collantes, ou molles. Par ailleurs, 20,6% des tout-venants sont concernés, et expliquent être dégoûtés par les textures gluantes et collantes, mais aussi farineuses, graisseuses, caoutchouteuses.

Nous constatons donc que les dégoûts persistent souvent en grandissant, et que les enfants ayant un bégaiement sont plus sensibles aux textures que ne le pensent leurs parents, alors que les autres données (concernant les couleurs, et les enfants tout-venants) sont proches.

1.5. Les aliments nouveaux

L'enfant refusait-il les aliments nouveaux étant petit ?



Figure 11 : Refus des aliments nouveaux par les enfants bègues étant petits, selon les parents



Figure 12 : Refus des aliments nouveaux par les enfants tout-venants étant petits, selon les parents

Lorsqu'ils étaient petits, 50% des enfants ayant un bégaiement refusaient les aliments nouveaux, contre 20,6% des enfants tout-venants.

En cas de refus, nous avons demandé aux parents si cette situation perdurait encore actuellement. C'est le cas pour 62,5% des enfants ayant un bégaiement, et 46,2% des tout-venants. Ces difficultés ne disparaissent donc pas toujours en grandissant. Nous avons également posé cette question aux enfants, nous voulions savoir s'ils aimaient manger des aliments nouveaux, actuellement.

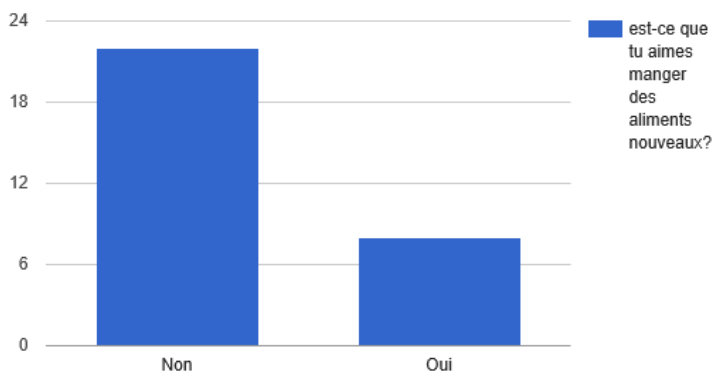


Figure 13 : Acceptation actuelle des aliments nouveaux selon les bégues

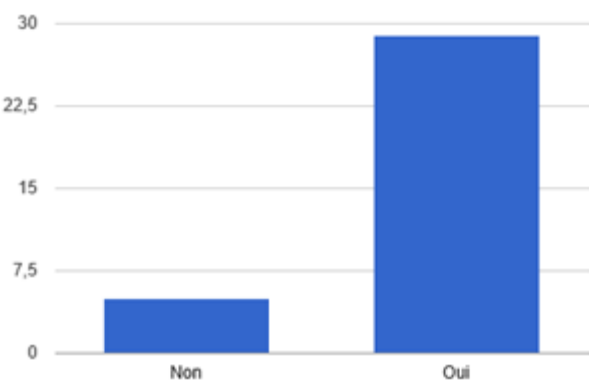


Figure 14 : Acceptation actuelle des aliments nouveaux selon les tout-venants

Nous observons que 22 enfants bégues, soit 73,3%, n'aiment pas manger des aliments nouveaux, contre 5 enfants tout-venants, soit 14,7%. Les enfants ayant un bégaiement ont donc eu plus de mal à accepter les aliments inconnus, que ce soit dans leur enfance ou en grandissant.

1.6. Mastication et déglutition

Les difficultés de mastication

L'enfant avait-il des difficultés à mâcher étant petit?

	Parents d'enfants ayant un bégaiement	Parents d'enfants tout-venants
Oui	23,3%	2,9%
Non	73,4%	97,1%
Ne sait plus	3,3%	0%

Tableau 2 : difficultés à mâcher étant petits, d'après les parents

Les enfants bégues avaient plus de difficultés de mastication que les enfants tout-venants, lorsqu'ils étaient petits.

Nous avons également posé cette question aux enfants. 36,7% des enfants ayant un bégaiement ont répondu qu'ils avaient du mal à mâcher lorsqu'ils étaient petits, contre 8,8% des enfants tout-venants.

Nous avons ensuite voulu savoir ce qu'il en est actuellement, et avons questionné les enfants à ce sujet : nous leur avons demandé s'ils avaient actuellement du mal à mâcher.



Figure 15 : Difficultés de mastication selon les enfants bègues, actuellement



Figure 16 : Difficultés de mastication selon les enfants tout-venants, actuellement

Les enfants ayant un bégaiement ont plus de difficultés de mastication à l'heure actuelle que les tout-venants : ils sont 43,3% à être concernés par cette difficulté, contre 17,6% des tout-venants.

L'enfant avalait-il sans mâcher étant petit ?

	Parents d'enfants ayant un bégaiement	Parents d'enfants tout-venants
Oui	23,3%	11,8%
Non	60%	85,3%
Ne sait plus	16,7%	2,9%

Tableau 3 : enfants avalant sans mâcher étant petits, selon les parents

Nous observons que les enfants bègues avaient légèrement plus tendance à avaler sans mâcher que les tout-venants. Nous avons demandé aux parents quels aliments étaient concernés. Les parents d'enfants ayant un bégaiement ont évoqué principalement la viande, mais parfois même tous les aliments. Les parents des tout-venants n'ont pas précisé les aliments concernés.

Nous avons également demandé aux enfants s'ils avalaient sans mâcher actuellement.



Figure 17 : Habitude d'avalier sans mâcher selon les enfants bègues, actuellement



Figure 18 : Habitude d'avalier sans mâcher selon les enfants tout-venants, actuellement

A l'heure actuelle, 66,7% des enfants ayant un bégaiement avalent sans mâcher, contre 35,3% des enfants tout-venants.

D'après toutes les données, les enfants ayant un bégaiement avalent donc plus souvent sans mâcher que les enfants tout-venants, que ce soit actuellement ou lorsqu'ils étaient petits. Les aliments avalés sans être mâchés par les enfants bègues sont principalement la viande (qui revient chez 17 enfants) et tous les aliments durs. Les enfants tout-venants, quant à eux, citent des aliments plus divers : œufs, fruits, légumes, viande, aliments durs, pâtes, bonbons.

1.7. Plaisir à s'alimenter

L'enfant avait-il du plaisir à s'alimenter étant petit ?

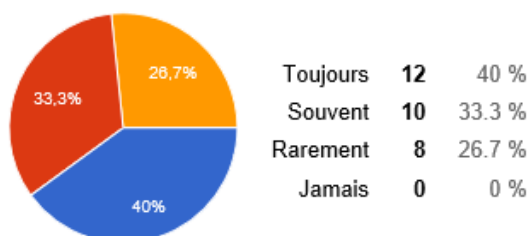


Figure 19 : Plaisir à s'alimenter chez les enfants bègues étant petits, selon les parents

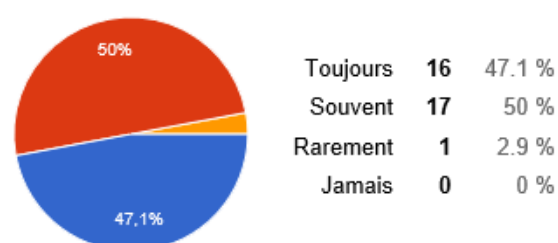


Figure 20 : Plaisir à s'alimenter chez les enfants tout-venants étant petits, selon les parents

Une majorité des enfants des deux groupes avaient du plaisir à s'alimenter quand ils étaient petits (toujours ou souvent). Cependant, il y a plus d'enfants bègues que de tout-venants ayant rarement eu de plaisir à s'alimenter.

L'enfant a-t-il actuellement du plaisir à s'alimenter ?

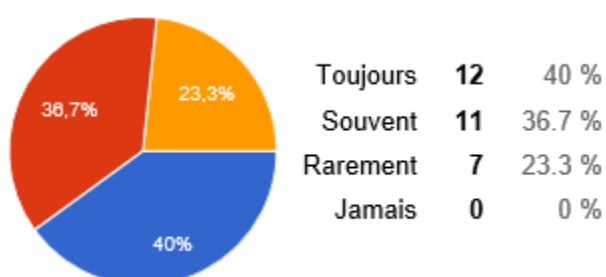


Figure 21 : Plaisir à s'alimenter chez les enfants bègues actuellement, selon les parents

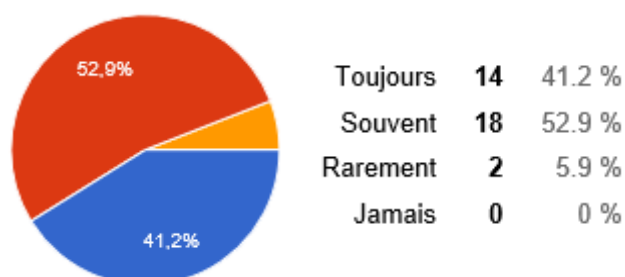


Figure 22 : Plaisir à s'alimenter chez les enfants tout-venants actuellement, selon les parents

Les données sont proches de celles obtenues précédemment.

Nous avons voulu obtenir le point de vue des enfants, nous leur avons donc demandé s'ils aimaient manger. 86,7% d'enfants ayant un bégaiement ont répondu « oui », contre 97,1% d'enfants tout-venants. Nous leur avons ensuite demandé ce qu'ils pensaient de la nourriture.

la nourriture:



Figure 23 : Ressenti des enfants bègues face à la nourriture, actuellement



Figure 24 : Ressenti des enfants tout-venants face à la nourriture, actuellement

La nourriture plaît actuellement à 56,7% d'enfants bègues, contre 79,4% de tout-venants. Les enfants ayant un bégaiement se fichent beaucoup plus de la nourriture que les enfants tout-venants : la nourriture ne les dérange pas, mais ils la considèrent moins comme un plaisir que les tout-venants.

1.8. Le brossage des dents

Nous avons demandé aux enfants s'ils aimaient se brosser les dents ou non (actuellement).

	Enfants ayant un bégaiement	Enfants tout-venants
L'enfant aime	50%	61,8%
L'enfant n'aime pas	50%	38,2%

Tableau 4 : réaction actuelle des enfants face au brossage des dents, selon eux

D'après ce résultat, il y a un peu plus d'enfants ayant un bégaiement qui n'aiment pas se brosser les dents, par rapport aux tout-venants.

De plus, les pourcentages d'enfants qui n'aiment pas (dans les deux groupes) sont plus élevés selon les enfants que selon les parents. Cela peut s'expliquer par les raisons pour lesquelles les enfants n'aiment pas (certains pensent que le brossage des dents est trop long).

En effet, lorsque les enfants n'aimaient pas se brosser les dents, nous leur avons demandé pourquoi.

Les enfants ont évoqué deux raisons principales :

-le fait que le brossage des dents était long, ennuyeux, une perte de temps ;

-le brossage entraîne des sensations désagréables, comme le frottement de la brosse, le goût ou l'odeur du dentifrice qui les écœure.

Les enfants ayant un bégaiement sont 3 sur 15 à avoir évoqué la première raison soit 20%, contre 9 sur 13 tout-venants soit 69,3%. Les enfants ayant un bégaiement sont 12 sur 15 à avoir évoqué la deuxième raison, soit 80%, contre 4 tout-venants sur 13, soit 30,7%.

Nous constatons donc que les enfants ayant un bégaiement ressentent plus de sensations désagréables lors du brossage des dents que les tout-venants, et c'est la raison principale pour laquelle ils n'aiment pas se brosser les dents.

L'enfant brosse-t-il bien les dents du fond et l'arrière des dents, selon les parents ?

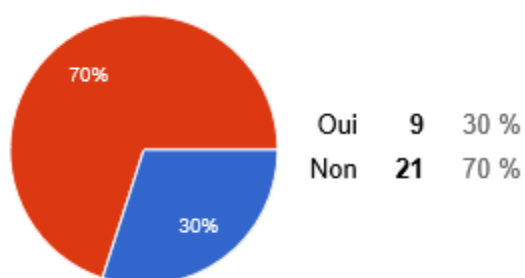


Figure 25 : Brossage des dents du fond et l'arrière des dents chez les enfants bègues selon leurs parents

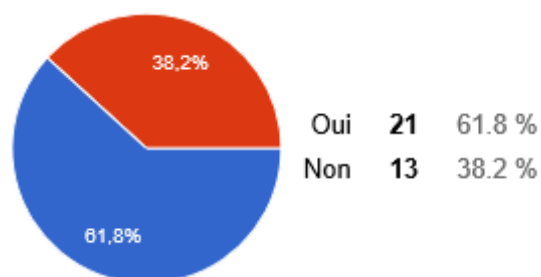


Figure 26 : Brossage des dents du fond et l'arrière des dents chez les tout-venants selon leurs parents

Nous observons que, d'après leurs parents, 70% des enfants ayant un bégaiement brosseraient mal les dents du fond et l'arrière des dents, contre 38,2% des tout-venants. Les enfants ayant un bégaiement se contenteraient donc en majorité de brosser seulement les dents

de devant et la face visible des dents, ce qui peut être mis en lien avec les explications données par les enfants dans la question précédente.

Tous ces résultats ont ensuite été analysés de manière statistique.

2. Analyse statistique des résultats

Pour réaliser notre analyse statistique, nous avons utilisé le Test exact de Fisher. Celui-ci a pour but de calculer si des données sont significativement dépendantes ou non. Effectivement, le test calcule une probabilité (p) : si celle-ci est inférieure à 5%, soit 0,05, alors les données sont dépendantes, et le résultat est significatif. Ce test valide ou rejette donc une dépendance entre deux données. Nos deux données seront à chaque fois : 1) le bégaiement et 2) un symptôme des troubles de l'oralité alimentaire.

Dans notre étude, nous avons obtenu beaucoup de résultats qui ne sont pas significatifs. En général, les pourcentages obtenus chez les enfants bègues et les enfants tout-venants étaient alors très proches pour le symptôme concerné. Par exemple, pour la question : « l'enfant prend-il des médicaments en permanence ? », nous constatons que 3,3% des enfants bègues en prennent, ainsi que 2,9% des tout-venants. Les pourcentages des deux groupes sont presque similaires. Lorsque nous réalisons le Test exact de Fisher, celui-ci indique :

Tableau de contingence :

	<i>Enfants bègues</i>	<i>Enfants tout-venants</i>
<i>Prend des médicaments en permanence</i>	1 (3,3%)	1 (2,9%)
<i>Ne prend pas de médicaments en permanence</i>	29 (96,7%)	33 (97,1%)

Test exact de Fisher :

<i>p-value</i>	1,000
<i>Alpha</i>	0,05

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.

Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification :

seuil $\alpha=0,05$; alors on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 100,00%.

Ici, $p=1,0$, ce qui est largement supérieur à $0,05$. Les données (bégaiement et prise de médicaments) ne sont donc pas dépendantes : il n'y a donc pas de lien entre le bégaiement et la prise de médicaments en permanence. Les résultats ne sont pas significatifs. Nous ne mettons donc pas en évidence de dépendance statistique entre le bégaiement et la prise de médicaments en permanence.

Nous avons réalisé ce test pour toutes les réponses recueillies dans nos questionnaires. Nous allons maintenant décrire les résultats significatifs que nous avons obtenus.

2.1. Les problèmes ORL à répétition

Nos résultats montrent que 33,3% des enfants ayant un bégaiement ont des problèmes ORL chroniques, contre 2,9% des tout-venants. Le Test exact de Fisher nous indique ceci :

Tableau de contingence :

	<i>Bègues</i>	<i>Tout-venants</i>
<i>problèmes ORL à répétition</i>	<i>10(33,3%)</i>	<i>1 (2,9%)</i>
<i>pas de problèmes ORL à répétition</i>	<i>20(66,7%)</i>	<i>33 (97,1%)</i>

Test exact de Fisher :

<i>p-value</i>	<i>0,002</i>
<i>Alpha</i>	<i>0,05</i>

Interprétation du test :

H0 : Les lignes et les colonnes du tableau sont indépendantes.

Ha : Il existe un lien entre les lignes et les colonnes du tableau.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification

alpha=0,05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0,18%.

Ici, $p=0,002$. C'est inférieur à 0,05 : les données (bégaiement et troubles ORL à répétition) sont dépendantes, le résultat est significatif. Nous mettons alors en évidence une association ou dépendance statistiquement significative entre le bégaiement et les troubles ORL à répétition, avec un risque de se tromper inférieur à 0,18%.

Dans le système ORL, le nez, les oreilles et la bouche sont en relation directe les uns avec les autres. **Nous pouvons émettre deux hypothèses pour expliquer les liens entre le bégaiement et les troubles ORL chroniques.**

La première hypothèse est que les troubles ORL à répétition ont un impact sur l'investissement de la sphère oro-faciale par l'enfant. Les différentes pathologies ORL que présente l'enfant l'empêchent de bien explorer ses organes bucco-faciaux, notamment la bouche. De plus, des infections ORL comme les otites ou les angines entraînent des douleurs et sensations désagréables dans cette sphère, ce qui ne favorise pas son investissement et son bon fonctionnement. En outre, les troubles ORL ont fréquemment des conséquences sur le langage des enfants. Les troubles ORL peuvent donc avoir un impact sur le langage et gêner l'investissement de la bouche, or le bégaiement se manifeste entre autre par diverses perturbations autour de la bouche. Ces arguments pourraient expliquer le lien entre les troubles ORL et le bégaiement.

La deuxième hypothèse que nous formulons est très différente. La sphère ORL se compose de plusieurs organes, tapissés de muqueuses. D'après les ostéopathes, le bon fonctionnement de ces muqueuses dépend de l'équilibre des structures articulaires et musculaires de la tête, du cou et de la colonne vertébrale. Par exemple, en cas de mauvaise posture de la tête, cela peut entraîner une respiration buccale, qui aura un impact direct sur les muqueuses buccale et nasale, mais aussi sur celle de l'oreille via la trompe d'Eustache.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que certaines manifestations du bégaiement, comme les nombreuses crispations du visage, du cou, des épaules, peuvent déséquilibrer les structures

de la sphère oro-faciale, ce qui aurait alors un impact indirect sur les muqueuses de la sphère ORL, et favoriserait les pathologies ORL.

En effet, les crispations répétées liées au bégaiement peuvent perturber les structures de la sphère oro-faciale, car la posture et l'équilibre des structures du corps dépendent entre autres des habitudes gestuelles et comportementales : de ce fait, des contractions musculaires répétées peuvent se transformer en tensions qui perturberont alors cet équilibre des structures.

2.2. Les difficultés d'allaitement

Nous avons obtenu des résultats significatifs pour plusieurs questions portant sur l'allaitement et ses difficultés.

Tout d'abord, à la question « des difficultés ont-elles été rencontrées pendant l'allaitement au sein ? », 43,3% des parents d'enfants bégues ont répondu affirmativement, contre 14,7% des parents de tout-venants. Nous avons procédé au Test exact de Fisher. Celui-ci nous indique que $p = 0,014$, ce qui est inférieur à 0,05.

Le résultat est donc effectivement significatif. Nous mettons en évidence une dépendance statistiquement significative entre le bégaiement et les difficultés d'allaitement au sein.

De plus, nous avons questionné les parents sur la nature des difficultés lors de l'allaitement au sein. D'après les résultats, 23,1% des enfants bégues ont eu des vomissements, contre 0% des tout-venants. Pour cette question, d'après le Test exact de Fisher, $p = 0,003$. C'est une nouvelle fois inférieur à 0,05. Ce résultat est également significatif, il y a donc une dépendance statistiquement significative entre le bégaiement et les vomissements pendant l'allaitement au sein.

Enfin, nous avons questionné les parents sur les difficultés lors de l'allaitement au biberon. 33,3% des parents d'enfants bégues avaient constaté des difficultés, contre 17,6% des parents de tout-venants. Les premiers ont donc constaté plus de difficultés, cependant ce résultat n'est pas significatif. Néanmoins, en questionnant les parents sur la nature des difficultés, on remarque que 70% des enfants ayant un bégaiement ont eu des régurgitations lors de l'allaitement au biberon, contre 33,3% des enfants tout-venants.

Nous avons analysé ces données avec le Test exact de Fisher, qui nous indique que $p=0,005$. C'est bien inférieur à 0,05. Le résultat est significatif, les deux données (bégalement et régurgitations pendant l'allaitement au biberon) sont statistiquement dépendantes.

Nous avons donc mis en évidence des liens entre le bégalement et des difficultés particulières lors de l'allaitement, au sein et au biberon

Nous avons formulé plusieurs hypothèses afin de tenter d'expliquer ces liens.

Notre première hypothèse est que les difficultés d'allaitement peuvent être dues à une perturbation de la coordination entre succion, déglutition et respiration. Nous avons fait le parallèle avec les difficultés de coordination que l'on retrouve dans le bégalement, notamment entre la respiration, la phonation et l'articulation.

En effet, pour que la succion du sein ou du biberon soit efficace, elle doit se coordonner parfaitement avec deux autres fonctions : la déglutition et la ventilation. Afin qu'elles n'interfèrent pas l'une avec l'autre, ces trois fonctions doivent être en synchronisation rythmique. Cela permet d'éviter les fausses routes, grâce à une bonne protection des voies aériennes. D'après Senez C. (2002), ce mécanisme se déroule en deux phases : le bébé cherche d'abord le sein de sa mère à l'aide du réflexe de fouissement, puis la tétée se met en place grâce à la contraction des lèvres autour du mamelon ou de la tétine. Au sein, les joues de l'enfant se contractent, et en se fermant la mâchoire fait jaillir le lait. Au biberon, le lait coule plus facilement, sans avoir besoin d'une forte éjection. Le lait est accumulé vers la partie postérieure de la cavité buccale (transformée quelques instants en réservoir), mais il n'est pas encore dégluti car le voile du palais est abaissé et est en contact avec la base de la langue. Pendant tout ce temps, l'enfant respire. C'est le temps de préparation buccale. Ensuite, la langue propulse le lait vers l'oro-pharynx, le voile du palais remonte (ce qui évite les fuites nasales) et l'enfant déglutit; pendant ce temps la respiration s'arrête. Elle reprend lorsque le lait a pénétré dans l'œsophage. C'est le temps buccal proprement dit. Le réflexe de succion-déglutition assure donc la protection des voies aériennes.

La séquence de succion-déglutition-respiration est le processus sensorimoteur le plus complexe chez le nouveau-né. D'après Lau C. (2007, p. S38), « le but principal de la coordination succion-déglutition-respiration est de minimiser la pénétration de liquide dans le

larynx (fausse route) et d'optimiser les échanges gazeux d'oxygène et de dioxyde de carbone ».

Les difficultés d'allaitement au sein et au biberon peuvent être liées à une perturbation de cette coordination succion-déglutition-respiration. Il est intéressant de faire un parallèle avec les difficultés de coordination qui se manifestent dans le bégaiement. En effet, certains auteurs décrivent des difficultés de coordination entre respiration, phonation et articulation chez les bègues. Monfrais-Pfauwadel M.-C. (2014), évoque des perturbations de la respiration dans le bégaiement, notamment une respiration saccadée et accélérée, qui gêne la parole. Les comportements respiratoires sont souvent désorganisés, ainsi les personnes bègues parlent parfois sur l'inspiration, et leur respiration est courte, superficielle. Cela se traduit dans la parole par des blocages, un manque d'air en fin de phrases, la nécessité de reprendre une grande inspiration au cours de la parole. Monfrais-Pfauwadel M.-C. (2014) explique que certains auteurs, comme Van Riper, parlent de « dyscoordination des composantes respiratoires, phonatoires et articulatoires » chez les personnes bègues. D'autres parlent de « troubles de la coordination pneumo-phonique ».

Ces différentes perturbations de la coordination peuvent être retrouvées dans les difficultés d'allaitement et dans le bégaiement, et pourraient expliquer leurs liens.

Nous pouvons émettre une seconde hypothèse sur les liens entre difficultés d'allaitement et bégaiement : lorsqu'une mère a du mal à allaiter son enfant, elle se sent coupable de ne pas remplir son rôle nourricier correctement, et cela a un impact sur les échanges mère-enfant et également sur le langage. En effet, le bébé est dépendant d'autrui pour satisfaire ses besoins vitaux, dont celui d'alimentation, ce qui donne un rôle particulier à la nourriture. Les aliments sont un médiateur entre l'enfant et sa mère, et vont permettre à l'attachement mère-enfant de se créer puis de se renforcer. La mère se sent reconnue et compétente lorsque l'enfant accepte sa nourriture. La mère « se construit en tant que mère nourricière dans la satisfaction qu'elle provoque chez son bébé grâce au remplissage alimentaire » (Abadie V., 2004, p. 59). Les moments d'alimentation sont également soutenus par le langage, tant verbal que non-verbal : la mère porte son enfant, le regarde, lui sourit, lui raconte les étapes du repas, met des mots sur ce que ressent le nourrisson. Or, lorsque l'allaitement est difficile, cela va entraîner une anxiété et une culpabilité chez la maman. Ces moments de repas seront moins propices aux échanges et au langage. Ainsi, les troubles

alimentaires précoces comme des difficultés lors de l'allaitement peuvent perturber le langage, et également les liens mère-enfant. Nous pouvons alors nous demander si le bégaiement pourrait être en lien avec ces difficultés.

Nous avançons une autre hypothèse : nous avons expliqué dans notre partie théorique que les troubles de l'oralité alimentaire et les troubles de l'oralité verbale étaient liés. D'après Thibault C. (2007), la bouche est le lieu du premier plaisir, avec la tétée. Or, si ce n'est pas le cas, si dès le début de la vie l'alimentation est difficile pour l'enfant, alors il risque d'expérimenter peu sa sphère orale ou de ne pas l'investir de manière positive. De nombreuses études ont montré qu'une perturbation précoce de l'activité alimentaire se prolongeait sur le versant langagier. Les difficultés d'allaitement précoces pourraient donc ainsi être en lien avec différents troubles touchant le langage, dont le bégaiement.

De surcroît, l'alimentation et le langage s'étayent : ainsi, Senez C. (2002) explique que « la succion précède l'articulation des consonnes bi-labiales p, b, m ». Or, les personnes qui bégaiement ont souvent des blocages sur les consonnes occlusives (dont p, b, m), d'après Simon A.-M. (2012). Nous pouvons nous demander si les difficultés d'allaitement pourraient avoir un impact à long terme sur ces phonèmes, et favoriser les blocages sur ceux-ci dans le bégaiement.

Enfin, nous soumettons une dernière hypothèse : nous avons constaté que l'allaitement au sein ou au biberon provoquait fréquemment des vomissements et régurgitations chez les enfants ayant un bégaiement. Les causes des vomissements et régurgitations peuvent être nombreuses : une succion et une déglutition trop rapides, une suralimentation (l'enfant ingurgite une trop grande quantité de lait), un reflux gastro-œsophagien... Néanmoins, ces manifestations entraînent un inconfort chez l'enfant, ainsi que des sensations désagréables et récurrentes, puisque l'alimentation est un acte répété plusieurs fois par jour. Ces sensations négatives n'encouragent pas l'enfant à investir et explorer sa bouche. Le bébé peut alors désinvestir cette sphère, ce qui favorise les divers troubles de l'oralité (verbale et alimentaire). Le bégaiement, considéré par certains auteurs comme un trouble de l'oralité au sens large, pourrait être lié à ce désinvestissement de la sphère orale.

2.3. Le refus de certaines textures

Nous avons demandé aux enfants s'ils étaient dégoûtés par certaines textures actuellement, et d'après les résultats 50% des enfants bégues sont concernés (ils citent les textures dures surtout, et parfois filandreuses, collantes, ou molles). Par ailleurs, 20,6% des tout-venants sont concernés (ils citent les textures gluantes et collantes, mais aussi farineuses, graisseuses, caoutchouteuses).

Nous avons analysé ces données avec le Test exact de Fisher, qui indique que $p=0,018$ pour ces données : c'est inférieur à 0,05. Ce résultat est donc significatif. Nous mettons donc en évidence une dépendance statistiquement significative entre le bégaiement et le dégoût de certaines textures chez les enfants. Néanmoins, nous nuancions ce résultat, car les parents d'enfants bégues n'avaient pas relevé plus de dégoût de textures chez leurs enfants, que les parents de tout-venants.

Nous pouvons faire plusieurs hypothèses pour expliquer cette différence de pourcentages entre les enfants bégues et leurs parents : les parents d'enfants ayant un bégaiement n'ont peut-être pas remarqué que les enfants avaient un dégoût de certaines textures. Cette situation nous semble envisageable, car lorsque nous avons demandé aux enfants ayant un bégaiement les textures qui les écœuraient, ils sont nombreux à avoir cité les textures « dures ». Or, nous verrons par la suite qu'ils avalent souvent sans mâcher, particulièrement ce qui est dur. Il est possible que les enfants supportent mal ces textures dures, mais les mangent quand même en les gardant le moins de temps possible en bouche.

Une autre hypothèse pour expliquer cette différence de pourcentages est que les enfants ayant un bégaiement ont peut-être pensé à un aliment en particulier (dont ils n'aiment pas la texture) en répondant à cette question, ce qui a augmenté le pourcentage de réponses positives. Il est possible que les parents aient plutôt répondu que, globalement, l'enfant n'avait pas de dégoût par rapport aux textures. Les enfants auraient donc pensé à un aliment ciblé, alors que les parents auraient donné une réponse globale. Néanmoins, les enfants bégues restent bien plus nombreux que les tout-venants à avoir répondu affirmativement à cette question.

Nous avons tenté d'expliquer ce lien entre bégaiement et dégoût de certaines textures. Nous formulons l'hypothèse que le refus des textures est lié à une sensibilité

buccale plus fine chez les bégues que chez la plupart des tout-venants, et certaines manifestations du bégaiement pourraient aussi être liées à cette sensibilité buccale accentuée.

En effet, les enfants qui refusent certaines textures sont souvent très sensibles à la sensation qu'elles produisent en bouche. L'origine de ces difficultés alimentaires est sensorielle. Cette grande sensibilité buccale pourrait expliquer certaines manifestations que l'on retrouve dans le bégaiement : la suppression de certains mots dans la parole et le débit accéléré, afin d'en finir plus rapidement (et ainsi ne plus solliciter la bouche) ; l'évitement de certains phonèmes en particulier qui pourrait traduire une tentative d'éviter certains points d'articulation.

2.4. Le refus des aliments nouveaux

Nous avons posé plusieurs questions aux parents et aux enfants, concernant la réaction des enfants face à des aliments inconnus, et avons obtenu plusieurs résultats significatifs à celles-ci.

Tout d'abord, lorsque nous avons demandé aux parents si les enfants refusaient des aliments nouveaux lorsqu'ils étaient petits, nous avons vu que 50% des enfants ayant un bégaiement étaient concernés, contre 20,6% des enfants tout-venants. D'après le Test exact de Fisher, pour cette question, $p = 0,019$, ce qui est bien inférieur à 0,05. Ce résultat est donc significatif, nous mettons en évidence une dépendance statistiquement significative entre nos deux données : le bégaiement et le refus d'aliments nouveaux chez les enfants lorsqu'ils étaient petits.

Nous retrouvons ce résultat chez les enfants : en effet, nous leur avons demandé s'ils aimaient manger des aliments nouveaux actuellement. Les résultats indiquent que 73,3% des bégues n'aiment pas manger des aliments nouveaux, contre 14,7% des tout-venants.

Nous avons analysé ces données avec le Test exact de Fisher : $p = 0,0001$. C'est inférieur à 0,05, ce résultat est donc également significatif. Nous mettons donc en évidence une dépendance entre le bégaiement et le refus des aliments nouveaux à l'heure actuelle.

Ces deux résultats nous montrent donc un lien fort entre le bégaiement et le refus des aliments nouveaux, d'après les parents et d'après les enfants. Ce symptôme concerne les enfants dans leur petite enfance, mais persiste en grandissant.

Nous avons tenté d'expliquer ce lien entre le bégaiement et le refus des aliments nouveaux : le tempérament anxieux et rigide que l'on retrouve fréquemment chez les enfants bègues pourrait être à l'origine du refus d'aliments nouveaux.

En effet, le refus d'aliments inconnus est fréquent chez les enfants, et les auteurs ont tenté d'en trouver la cause. D'après Rigal N. (2004), le refus d'aliments inconnus peut être l'expression d'une recherche de sécurité dans le domaine alimentaire. Les enfants, en particulier ceux qui présentent un caractère anxieux, se sentent plus rassurés en n'acceptant que les aliments connus. Chivat M. (2012) évoque aussi ce « besoin de sécurité » dans l'alimentation. Les enfants ayant un tempérament rigide auraient aussi des difficultés à élargir leur gamme d'aliments acceptés.

Nous avons fait le parallèle avec le bégaiement, car les enfants bègues sont souvent décrits comme anxieux et perfectionnistes, avec une certaine rigidité. En effet, Simon A.-M. (2012) décrit un caractère « volontaire, anxieux, perfectionniste » chez beaucoup d'enfants présentant un bégaiement, ce qui peut d'ailleurs être un facteur prédisposant à ce trouble.

Nous formulons l'hypothèse que ces traits de caractère que nous retrouvons chez les enfants ayant un bégaiement, principalement l'anxiété, mais aussi la rigidité, pourraient expliquer ce refus fréquent des aliments nouveaux chez les enfants bègues. Ces traits de caractère peuvent être un facteur prédisposant au bégaiement et pourraient augmenter le risque de refuser les aliments nouveaux, inconnus.

2.5. Les difficultés de mastication

Nous avons posé plusieurs questions aux parents et aux enfants portant sur la mastication et ses difficultés éventuelles. Nous avons obtenu plusieurs résultats significatifs pour celles-ci.

Tout d'abord, nous avons demandé aux parents si leurs enfants avaient des difficultés à mâcher lorsqu'ils étaient petits. D'après les résultats, 23,3% d'enfants bègues étaient concernés ; contre 2,9% des tout-venants. D'après le Test exact de Fisher, pour ces données $p = 0,019$, ce qui est inférieur à 0,05. Le résultat est donc significatif. Le bégaiement et les difficultés de mastication dans la petite enfance sont deux données statistiquement dépendantes.

Nous avons posé la même question aux enfants, pour savoir si, de leur point de vue, ils avaient des difficultés à mâcher lorsqu'ils étaient petits. 36,7% des enfants ayant un bégaiement ont répondu affirmativement, contre 8,8% des enfants tout-venants. Nous avons analysé ces données avec le Test exact de Fisher, et avons obtenu une probabilité $p = 0,014$. C'est inférieur à 0,05. Le résultat est également significatif, nous mettons à nouveau en évidence une dépendance statistiquement significative entre le bégaiement et les difficultés de mastication lorsque les enfants étaient petits.

Nous avons également demandé aux enfants s'ils avaient des difficultés de mastication à l'heure actuelle. Les résultats indiquent que les enfants ayant un bégaiement sont 43,3% à être concernés par cette difficulté, contre 17,6% des tout-venants. D'après le Test exact de Fisher, pour ces données $p = 0,031$: c'est inférieur à 0,05, le résultat est donc significatif. Nous mettons donc à nouveau en évidence une dépendance entre le bégaiement et les difficultés de mastication, cette fois à l'heure actuelle. Ces deux données sont statistiquement dépendantes.

Nous avons enfin demandé aux enfants si, actuellement, ils avalaient sans mâcher. D'après les résultats, à l'heure actuelle, 66,7% des enfants ayant un bégaiement avalent sans mâcher, contre 35,3% des tout-venants. L'analyse de ces données par le Test exact de Fisher indique que $p = 0,023$. C'est inférieur à 0,05, le résultat est alors significatif. Nous mettons alors en évidence que le bégaiement et le fait d'avalier sans mâcher à l'heure actuelle sont deux données statistiquement dépendantes.

Nous avons demandé aux parents si leurs enfants avalaient sans mâcher lorsqu'ils étaient petits, sans obtenir de résultat significatif. Néanmoins, le pourcentage d'enfants bègues avalant sans mâcher dans la petite enfance est plus élevé que pour les tout-venants (et un certain nombre de parents d'enfants bègues ne se souvenaient plus de cela).

Ces différents résultats montrent donc que le bégaiement et les difficultés de mastication sont deux données dépendantes. Ces difficultés sont reconnues par les parents et les enfants. Elles touchent les enfants bègues pendant leur petite enfance, mais persistent encore en grandissant.

Nous avons formulé plusieurs hypothèses pour tenter d'expliquer ces liens entre le bégaiement et les difficultés de mastication.

La première hypothèse est que les difficultés de mastication peuvent être dues à une mauvaise coordination des éléments de la sphère oro-faciale. Celle-ci pourrait aussi expliquer les difficultés de coordination des gestes phonatoires nécessaires à l'articulation que l'on retrouve dans le bégaiement.

En effet, la mastication est un acte rythmique très complexe qui met en jeu plusieurs éléments de la sphère oro-faciale, de façon simultanée. Les lèvres assurent la préhension des aliments puis doivent se maintenir fermées afin d'éviter un bavage. La langue effectue des mouvements latéraux et rotatoires dans le but de pousser les aliments sous les dents pour qu'ils soient fragmentés (Abadie V., 2004). Enfin, la mandibule effectue des mouvements de latéralité et de diduction qui deviennent ensuite un geste hélicoïdal (Thibault C., 2015). Tous ces mouvements doivent être coordonnés pour que la mastication soit efficace. La mastication nécessite donc un véritable raffinement gnoso-praxique de la sphère orale. Si cette coordination est difficile pour l'enfant, alors la mastication sera perturbée.

Nous avons fait le parallèle avec les difficultés de coordination des gestes phonatoires nécessaires à l'articulation que l'on retrouve dans le bégaiement : ces difficultés, ainsi que celles de mastication, pourraient être toutes les deux liées à une mauvaise coordination des éléments de la sphère oro-faciale.

Notre deuxième hypothèse est que les difficultés de mastication peuvent entraîner des troubles du langage, et pourraient éventuellement favoriser un bégaiement. En effet, les troubles de l'oralité alimentaire et les troubles de l'oralité verbale sont liés. Ainsi, si l'enfant a des difficultés de mastication, cela risque d'avoir un impact sur son langage, d'autant plus que les « praxies de mastication et celles du langage se mettent en place en même temps, en utilisant les mêmes organes et les mêmes voies neurologiques » (Thibault C., 2007, p. 47). Ce trouble de l'oralité alimentaire peut donc favoriser l'apparition de perturbations du langage, dont celles que l'on retrouve dans le bégaiement.

Pour expliquer le fait que les enfants ayant un bégaiement avalent souvent sans mâcher, nous avançons l'hypothèse que cela est lié à une plus grande sensibilité buccale (comme nous l'avons décrit pour le refus des textures), ainsi qu'aux difficultés de mastication que présente l'enfant. Il contourne ainsi ces deux difficultés.

2.6. Le manque de plaisir à s'alimenter

Dans nos questionnaires, nous avons posé plusieurs questions concernant le plaisir à s'alimenter au cours de la vie, aux parents et également aux enfants.

A la question « l'enfant avait-il du plaisir à s'alimenter étant petit ? », 26,6% des parents d'enfants bègues ont répondu « rarement », contre 2,9% des tout-venants (les autres enfants avaient toujours ou souvent du plaisir à s'alimenter). En analysant ces données avec le Test exact de Fisher, nous obtenons une probabilité $p = 0,010$. C'est inférieur à 0,05, ce résultat est alors significatif. Nous mettons donc en évidence un lien entre le bégaiement et un moindre plaisir à s'alimenter dans la petite enfance. Ces deux données sont statistiquement dépendantes.

Nous avons également posé cette question aux enfants. Lorsqu'on leur demande s'ils aiment manger ou non, la plupart des enfants répondent oui. Cependant, en approfondissant, nous remarquons que la nourriture plaît à seulement 56,7% d'enfants bègues, contre 79,4% de tout-venants. Beaucoup d'enfants ayant un bégaiement se fichent de la nourriture : cela concerne 40% d'entre eux, contre 14,7% de tout-venants. Ils ne prennent pas spécialement de plaisir à manger.

En analysant ces données avec le Test exact de Fisher, on obtient $p = 0,044$. Ce résultat est donc significatif, bien qu'il soit proche de 0,05. Ces résultats mettent en évidence une dépendance entre le bégaiement et le fait que les enfants se fichent de la nourriture, elle ne leur plaît pas plus que ça. Ces deux données sont statistiquement dépendantes.

L'analyse de ces différentes questions prouve que les enfants ayant un bégaiement ont moins de plaisir à s'alimenter que les tout-venants. Ce fait est confirmé par les parents et les enfants. Il concerne les enfants dès leur plus jeune âge, et perdure dans le temps.

Nous avons tenté d'expliquer ces liens entre manque de plaisir à s'alimenter et bégaiement. Nous émettons l'hypothèse que les enfants ont connu des sensations négatives autour de la bouche et des difficultés d'alimentation. Cela a pu provoquer un manque de plaisir par rapport à la nourriture, et favoriser le bégaiement.

En effet, le plaisir à s'alimenter « se construit autour de la mémoire », d'après Gordon-Pomares C. (2004). Or, dans notre étude nous avons mis en évidence que les enfants bègues

présentaient fréquemment des difficultés d'alimentation de façon précoce, et aussi en grandissant. D'après Thibault C. (2004), les enfants ayant des troubles alimentaires ont peu de plaisir à s'alimenter. Il est probable qu'un enfant ayant des régurgitations et des vomissements lors de l'allaitement n'éprouvera pas beaucoup de plaisir à s'alimenter. Si ces difficultés persistent, avec une mastication perturbée ou une sensibilité buccale exacerbée, alors l'enfant risque d'avoir du mal à associer la notion d'alimentation à celle de plaisir en grandissant.

Nous envisageons donc que les enfants bègues mangent par nécessité plus que par plaisir, à cause de toutes les sensations négatives ressenties dans la bouche, parfois dès la petite enfance. Celles-ci pourraient également favoriser le bégaiement.

Oksenberg P. (2015) retrouve aussi dans sa pratique ce manque de plaisir alimentaire chez les enfants bègues. Elle rapporte que lorsqu'elle propose un bonbon aux enfants en fin de séance, la plupart des enfants le mangent tout de suite. Pourtant, ce n'est pas toujours le cas chez les enfants d'âge préscolaire qui bégaient : certains le mangent plus tard, le donnent à quelqu'un, et d'autres le refusent. Elle ne retrouve pas ce manque de plaisir lié à l'alimentation chez ses autres petits patients.

2.7. Les difficultés liées au brossage des dents

Les derniers résultats significatifs que nous avons obtenus concernent le brossage des dents, qui entraîne des difficultés.

Nous avons demandé aux parents et aux enfants quelle était la réaction face au brossage de dents dans la petite enfance. A chaque fois, les pourcentages d'enfants bègues qui refusaient le brossage de dents étaient plus élevés que les pourcentages des tout-venants, sans être toutefois significatifs. Il en allait de même lorsque nous avons demandé ce qu'il en était à l'heure actuelle.

Néanmoins, parmi les enfants qui n'aiment pas se brosser les dents actuellement, 80% des enfants bègues ont expliqué que cela était dû au fait que le brossage entraîne des sensations désagréables, contre 30,7% des tout-venants (les autres enfants des deux groupes n'aiment pas se brosser les dents car ils trouvent cela long).

D'après le Test exact de Fisher, pour ces données, $p = 0,020$, ce qui est inférieur à 0,05. Ce résultat est significatif. Nous mettons alors en évidence une dépendance statistiquement significative entre le bégaiement et le refus du brossage des dents car celui-ci entraîne des sensations désagréables. Ces deux données sont dépendantes.

De plus, nous avons demandé aux parents si les enfants brossaient bien l'arrière des dents et les dents du fond, selon eux. Ils répondent que 70% des enfants ayant un bégaiement brosseraient mal les dents du fond et l'arrière des dents, contre 38,2% des tout-venants.

En analysant ces données via le Test exact de Fisher, nous obtenons $p = 0,014$. C'est inférieur à 0,05, ce résultat est donc significatif. Ces résultats mettent alors en évidence une dépendance statistiquement significative entre le bégaiement et le brossage des dents qui reste limité aux dents de devant, et à la face visible des dents. Ces données sont dépendantes.

L'analyse de ces résultats nous confirme les liens entre le bégaiement et les difficultés de brossage des dents. Ces difficultés sont mises en évidence par les enfants et par les parents.

Nous avons tenté d'expliquer les liens entre bégaiement et difficultés lors du brossage des dents. Nous faisons l'hypothèse que le brossage de dents est difficile pour l'enfant à cause d'une sensibilité endo-buccale exacerbée, qui entraîne des sensations négatives liées à la bouche. Celles-ci pourraient également favoriser le bégaiement. Cette hypothèse se rapproche de celle que nous avons formulée concernant le refus de certaines textures.

Les résultats de notre étude mettent donc en évidence des liens divers entre le bégaiement et les troubles de l'oralité alimentaire.

Discussion

1. Synthèse globale des résultats

Nos résultats ont été décrits et analysés dans la partie précédente. Nous allons maintenant relier ces résultats à notre hypothèse théorique, afin de valider cette dernière, ou non.

Notre hypothèse était que « les troubles de l'oralité alimentaire seraient en rapport étroit avec le bégaiement ». Les résultats de notre étude ont mis en évidence une dépendance significative entre le bégaiement et plusieurs symptômes des troubles de l'oralité alimentaire : des difficultés d'allaitement avec des vomissements lors de l'allaitement au sein et des régurgitations lors de l'allaitement au biberon, un refus de certaines textures, un refus des aliments nouveaux, des difficultés de mastication et le fait d'avaler régulièrement sans mâcher, un manque de plaisir à s'alimenter, un brossage des dents qui est mal réalisé car vécu comme désagréable.

De plus, nous constatons que dans l'ensemble des résultats, les enfants bègues avaient très souvent des pourcentages plus élevés que les tout-venants aux questions portant sur les symptômes des troubles de l'oralité alimentaire. Ainsi, il y a plusieurs grandes tendances : les enfants ayant un bégaiement aiment moins les morceaux que les tout-venants, avaient plus tendance à avoir un réflexe nauséux en mangeant étant petits, sont plus nombreux à boire tout d'un coup plutôt que par gorgées (ce qui peut être le signe d'une moins bonne coordination des organes de la sphère orale). Ils étaient aussi moins nombreux à mettre leurs doigts ou des objets en bouche étant petits (ce qui ne favorise pas l'exploration et l'investissement de cette zone), ils avaient plus souvent la bouche ouverte avec une tendance à baver (ce qui peut être le signe d'un trouble de la déglutition), ils respiration et respirent encore davantage par la bouche (ce qui est souvent le cas chez les enfants ayant des troubles de l'oralité), et le brossage des dents entraînait et entraîne encore plus régulièrement un réflexe nauséux chez eux que chez les tout-venants. Ils étaient plus nombreux que les tout-venants à être hypersensibles à la lumière et au bruit (ce qui peut être en faveur d'une hypersensibilité de tous les canaux sensoriels), et à avoir un réflexe gastro-oesophagien (cette pathologie est souvent associée à un réflexe hyper nauséux).

D'après les résultats de notre étude, nous constatons que des liens étroits semblent effectivement exister entre ces deux pathologies, notre hypothèse est donc validée.

Il est intéressant de noter également que même parmi les enfants tout-venants, certains ont des difficultés concernant l'oralité. Nous pouvons relever par exemple chez les tout-venants des refus d'aliments étant petits, des dégoûts de certaines couleurs, des douleurs en avalant, des difficultés à supporter qu'on leur touche la bouche, un écœurement en touchant certaines matières par la main. Nous pouvons nous demander si certaines difficultés concernant l'oralité se retrouvent fréquemment dans le développement normal des enfants, ou si c'est à mettre en lien avec un syndrome de dysoralité sensorielle : en effet, d'après Senez C. (2015), ce trouble concerne 25% des enfants à développement normal.

2. Les difficultés rencontrées

Nous avons rencontré quelques difficultés pendant la réalisation de notre mémoire. Au niveau de la méthodologie, notre population se compose de trente enfants bégues, ce qui est suffisant pour faire une analyse statistique (d'après Berthier N., 2006). Nous aurions cependant aimé avoir une population d'étude encore plus nombreuse, mais il n'a pas toujours été facile de trouver des sujets volontaires. Nous avons contacté de nombreux orthophonistes pour obtenir les coordonnées de parents d'enfants ayant un bégaiement, mais ces derniers n'ont pas tous donné suite à nos sollicitations. Nous avons aussi transmis le questionnaire sur des réseaux sociaux et sur le site de l'Association Parole-Bégaiement, néanmoins le nombre de parents ayant spontanément répondu était plus faible que ce que nous avions espéré.

En ce qui concerne les résultats, nous avons parfois eu des difficultés à interpréter les réponses des parents. Par exemple, à la question : « *Suçait-il ou suce-t-il son pouce ? oui-non. Si oui, à quelle fréquence ? rarement – parfois – souvent – toujours* » certains parents ont répondu « avant : souvent, et maintenant : parfois ». Nous reconnaissons que ces difficultés d'interprétation sont avant tout dues à une mauvaise formulation de certaines questions. En effet, elles étaient parfois trop larges et pas assez précises, comme pour la question ci-dessus portant sur la succion du pouce. Avec du recul, nous avons pris conscience que certaines questions pouvaient sembler ambiguës pour les parents, et auraient pu être plus claires.

Enfin, lorsque les enfants répondaient à nos questions, ils n'arrivaient pas toujours à argumenter leurs réponses. Cela n'a pas facilité notre interprétation des résultats. Par exemple, certains enfants répondaient qu'ils n'aimaient pas les morceaux, ou qu'on leur touche le visage, etc. Mais il leur était difficile d'expliquer pourquoi ils n'aimaient pas, surtout chez les

plus petits. Leur argumentation aurait été intéressante, mais quand les enfants n'arrivaient pas à se justifier, nous avons fait sans.

3. Les limites de l'étude

Notre étude comporte plusieurs limites que nous n'avions pas prévues. La première concerne certaines réponses aux questionnaires : nous avons constaté que plus les enfants étaient grands, plus les parents répondaient « je ne sais plus » aux questions portant sur la petite enfance. Lorsque nous demandions aux parents de revenir sur des éléments anciens, leurs souvenirs étaient alors moins précis. Ces réponses « je ne sais plus » auraient donc peut-être été différentes si les enfants avaient été plus jeunes, et cela aurait pu influencer les pourcentages obtenus. Néanmoins, la population d'étude et la population témoin sont toutes les deux composées d'enfants assez grands, ce qui équilibre les résultats.

La deuxième limite concerne le sexe des enfants de notre étude : en effet, la population d'enfants bègues comporte plus de garçons, et la population témoin plus de filles. Ce biais était imprévu, et nous n'avons pas pu agir dessus. En effet, nous n'avons pas pu choisir à l'avance les familles qui ont répondu à nos questionnaires. Cependant, la littérature ne semble pas relever une prévalence des troubles de l'oralité alimentaire en fonction du sexe. Il n'y aurait donc pas plus de garçons concernés par les troubles d'oralité alimentaire que de filles.

Enfin, la généralisation de nos résultats est à nuancer, en raison du nombre limité d'enfants de notre étude.

4. Pistes de recherche et perspectives cliniques

Pour prolonger le travail que nous avons effectué, plusieurs pistes exploratoires s'offrent à nous. En premier lieu, il serait intéressant de poursuivre cette étude à grande échelle : une population plus importante pourrait garantir une meilleure fiabilité des résultats, et permettrait une généralisation de ceux-ci.

Par ailleurs, l'étude pourrait également être menée chez des adolescents et des adultes qui bégaiement, afin de voir si certaines difficultés alimentaires perdurent.

Nous nous questionnons aussi sur l'impact que pourrait avoir une prise en charge spécifique en oralité, chez des enfants présentant un bégaiement et des symptômes de troubles de l'oralité alimentaire. Les effets de cette prise en charge sur le bégaiement, le langage, et l'alimentation pourraient être surprenants. Nous nous demandons plus précisément quels seraient les effets d'une prise en charge axée sur un réinvestissement positif de la bouche, sur le bégaiement.

Bien que les résultats de notre étude ne puissent pas être généralisés, notre recherche présente tout de même un intérêt pour le diagnostic et la pratique orthophonique. Par notre étude, nous aimerions sensibiliser les orthophonistes aux liens éventuels entre bégaiement et troubles de l'oralité alimentaire. Lors de l'anamnèse avec des patients présentant l'un ou l'autre de ces troubles, il serait intéressant de penser à ces liens et d'interroger les parents à ce propos. Nous avons conscience que ces deux pathologies sont anxiogènes pour les parents, néanmoins une prise en charge précoce est recommandée dans les deux cas. Il nous semble alors profitable que les professionnels y soient attentifs dès le bilan.

Si les liens entre ces deux pathologies sont un jour confirmés, cela apporterait des données utiles dans un cadre préventif. En effet, cela pourrait permettre aux professionnels de donner rapidement des conseils à ce sujet aux parents. Par exemple, si un enfant consulte pour un bégaiement, les professionnels pourraient être plus nombreux à conseiller aux parents de diminuer la pression notamment au moment des repas, d'accepter que l'enfant ne mange pas certains aliments ; en expliquant que l'alimentation peut être difficile chez les enfants ayant un bégaiement. A l'inverse, si un enfant consulte pour des troubles de l'oralité alimentaire, il pourrait être intéressant de conseiller aux parents d'être attentifs au développement du langage de l'enfant, et de consulter rapidement en cas de difficultés.

Enfin, de façon plus large, un travail d'information sur les liens entre oralité alimentaire et oralité verbale auprès des différents professionnels de santé en contact avec les enfants serait utile. D'après notre propre expérience, les étudiants en orthophonie devraient également y être davantage sensibilisés, car la formation initiale a tendance à séparer ces deux domaines, alors qu'il est pertinent de les investiguer conjointement dans la pratique.

Conclusion

Au cours de cette année, nous avons choisi d'étudier les rapports entre le bégaiement et les troubles de l'oralité alimentaire.

Pour débiter ce travail de recherche, nous avons d'abord synthétisé les connaissances actuelles à ce sujet. Notre partie théorique nous a permis de décrire le bégaiement ainsi que l'oralité, qui est un concept plutôt récent en orthophonie. Nous avons abordé son développement, puis évoqué les symptômes caractéristiques d'un trouble de l'oralité alimentaire. Ensuite, notre intérêt s'est porté sur les liens entre oralité alimentaire et oralité verbale.

Dans cette étude, notre volonté était d'observer dans quelle mesure le bégaiement et les troubles de l'oralité alimentaire étaient liés. Pour répondre à cette interrogation, nous avons créé un questionnaire destiné aux enfants ayant un bégaiement, et un autre pour leurs parents. Nous nous sommes appuyée sur la théorie pour construire ces questionnaires, et avons ainsi interrogé les enfants et leurs parents sur les différents symptômes pouvant évoquer un trouble de l'oralité alimentaire. Nous avons ainsi pu récolter le point de vue de chacun, concernant chaque symptôme.

Nous avons ensuite comparé ces résultats à ceux obtenus par une population de tout-venants, et réalisé une analyse statistique pour mettre en évidence d'éventuels liens significatifs entre le bégaiement et les symptômes des troubles de l'oralité alimentaire.

D'après cette analyse, il y aurait une dépendance significative entre le bégaiement et des difficultés d'allaitement avec des vomissements lors de l'allaitement au sein et des régurgitations lors de l'allaitement au biberon, un refus de certaines textures, un refus des aliments nouveaux, des difficultés de mastication et le fait d'avaler régulièrement sans mâcher, un manque de plaisir à s'alimenter, un brossage des dents qui est mal réalisé car vécu comme désagréable. Nous avons alors validé notre hypothèse de départ, qui était que « les troubles de l'oralité alimentaire seraient en rapport étroit avec le bégaiement ».

Ensuite, nous avons tenté d'expliquer ces liens mis en évidence par notre étude, en formulant des hypothèses explicatives. Nous en retenons plusieurs en particulier. La première est que les troubles pourraient être dus à une perturbation de la coordination au niveau de la

sphère oro-faciale. Cela nous permet de faire le parallèle entre le bégaiement et l'allaitement perturbé, mais aussi entre le bégaiement et les difficultés de mastication. La seconde est que les troubles de l'oralité alimentaire et ceux de l'oralité verbale sont liés, donc l'une des pathologies a pu favoriser l'apparition de la seconde. Enfin, nous envisageons que les enfants bégues ont une sensibilité buccale exacerbée, ce qui pourrait favoriser à la fois les troubles alimentaires et certaines manifestations liées au bégaiement.

Notre étude met donc en avant des rapports étroits entre le bégaiement et les troubles de l'oralité alimentaire. Cependant, le nombre d'enfants de notre étude est insuffisant pour prétendre à une généralisation des résultats ; c'est pourquoi il serait intéressant de poursuivre ce type de recherche à plus grande échelle.

Nous espérons que notre questionnement constituera un point de départ à d'autres réflexions concernant le lien entre bégaiement et troubles de l'oralité alimentaire, ou même plus largement entre troubles des oralités verbale et alimentaire. En effet, les perspectives de recherche dans ce domaine sont encore nombreuses et pourraient considérablement enrichir notre pratique orthophonique, notamment dans le cadre de la prévention.

De façon plus personnelle, ce travail de recherche nous a beaucoup apporté. La réalisation de notre partie théorique a permis d'approfondir nos connaissances de ces deux pathologies passionnantes, et lors de l'expérimentation nous avons eu des échanges très intéressants avec les parents et les enfants, ce qui nous a aussi appris à mieux les écouter.

Ce travail a également enrichi notre future pratique orthophonique : nous sommes maintenant beaucoup plus sensible aux liens entre alimentation et langage, et lorsque nous recevrons un enfant en consultation, nous penserons à questionner les parents sur ces deux domaines.

Se plonger dans une recherche portant sur l'alimentation et le langage nous a donc beaucoup appris, et il reste tant à apprendre à ce sujet que nous conseillons à toutes les personnes intéressées de franchir le pas.

Bibliographie

- ABADIE, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, p. 55-68.
- ABADIE, V. (2007). Préface. In : THIBAUT, C., *Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant*, p. XI. Editions Masson.
- ABADIE, V. (2012). Développement de l'oralité alimentaire. In : GOULET, O. ; TURCK, D. ; VIDAILHET, M. *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*, 2^{ème} édition, p. 1-10. Editions Doin.
- ASSOCIATION AMERICAINE DE PSYCHIATRIE, APA. (2015). *DSM-V Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Editions Masson.
- AUMONT-BOUCAND, V. (2013). Les traitements du bégaiement, approches plurielles. Quelles options de traitement et pour quels patients ?. *Rééducation orthophonique*, 256, p. 3-7.
- AUMONT-BOUCAND, V. (2010). *Le bégaiement de l'enfant, sa prise en charge*. Isbergues : Orthoédition.
- BANDELIER, E. (2015). *Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant*. Orthoédition.
- BARBIER, I. (2004). *L'accompagnement parental à la carte*. Orthoédition.
- BOCQUET, A. (2012). Diversification alimentaire. In : GOULET, O. ; TURCK, D. ; VIDAILHET, M. *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*, 2^{ème} édition, p. 175-191. Editions Doin.
- BERTHIER, N. (2006). « Les techniques d'enquête en sciences sociales », 2^{ème} édition. Paris : Armand Colin.
- BLANCHET, A. ; GOTMAN, A. (2005). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin.

- CHAPPON, C. et CABARET, S. (2015). *Troubles de l'oralité alimentaire et symptomatologie du retard de parole : quel lien ?*. Mémoire d'orthophonie, Lille, soutenu en juin 2015, 94 pages.
- CHIVAT, M. (2012). Aspects psychologiques et socioculturels des pratiques alimentaires. In : GOULET, O. ; TURCK, D. ; VIDAILHET, M. *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*, 2^{ème} édition, p. 25-34.
- COOK-DARZENS, S. (2014). *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent*. Editions ERES.
- COULY, G. (1993). Développement de l'oralité et du comportement oral. In : RICOUR, C. ; GOULET, O. ; GHISOLFI, J. ; PUTET G., *Traité de nutrition pédiatrique*, p. 355-360. Editions Maloine.
- COULY, G. (2010). *Les oralités humaines, Avaler et crier : le geste et son sens*. Editions Doin.
- COUVIGNOU, C. ; HAFFREINGUE, C. (2002). Les groupes thérapeutiques d'enfants qui bégaièrent. *Rééducation orthophonique*, 211, p. 95-102.
- DELFOSSÉ, M.-J. ; SOULIGNAC, B. ; DEPOORTERE, M.-H. ; CRUNELLE, D. (2006). Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. Etat des lieux à trois ans et demi. *Devenir*, vol. 18, p. 23-35.
- DE SINGLY, F. (2012). *L'enquête et ses méthodes, le questionnaire*. Paris : Armand Colin.
- DINVILLE, C. (1986). *Le bégaiement, symptomatologie, traitement*. Paris : Masson.
- DUMONT, A. ; JULIEN, M. (2004). *Réponses à vos questions sur le bégaiement*. Marseille : Editions Solal.
- FENNETEAU, H. (2015). *Enquête : entretien et questionnaire*, 3^{ème} édition. Editions Dunod.
- FORTIER-BLANC, J. (2002). La rééducation du bégaiement chez l'enfant d'âge scolaire. *Rééducation orthophonique*, 211, p. 47-62.

- FOX, P. (2005). Stuttered and fluent speech production : an ALE meta-analysis of functional neuroimaging studies. In : BROWN, S. et al., *Human Brain Mapping*, vol. 25, p. 105-117.
- GAILLARD, M.-D. (2010). Répéter ! Se remémorer ? Élaborer ?. *Enfances & Psy*, 47, p. 66-77
- GOLSE, B. ; GUINOT, M. (2004). La bouche et l'oralité. *Rééducation orthophonique*, 220, p. 23-30.
- GORDON-POMARES, C. (2004). La neurobiologie des troubles de l'oralité alimentaire. *Rééducation orthophonique*, 220, p. 15-23.
- ISRAEL-SARFATI, N. et MONTAUDON, M. (2009). *Sphère oro-faciale des enfants porteurs de microdélétion 22q11 : recherche de liens entre troubles de succion-déglutition précoces et troubles d'articulation et/ou des praxies bucco-linguo-faciales à l'acquisition du langage oral*. Mémoire d'orthophonie, Nancy, soutenu en juin 2009, 267 pages.
- JAEN GUILLERME, C. (2014). L'oralité troublée : regard orthophonique. *Spirale*, 70, p. 25-38.
- LAU, C. (2007). Développement de l'oralité chez le nouveau-né prématuré. *Archives de Pédiatrie*, 14, S35-S41
- LE HUCHE, F. (1998). *Le bégaiement, option guérison*. Paris : Albin Michel.
- LIMOUSIN, M. (2011). *Etude du développement des compétences alimentaires et langagières chez des enfants nés prématurés arrivant à deux ans*. Mémoire d'orthophonie, Nancy, soutenu le 22 juin 2011, 185 pages.
- LOVE, J. R. ; HAGERMAN, E. ; TAIMI, E. (1979). Speech performance, dysphagia and oral reflexes in cerebral palsy. *Journal of speech and hearing disorders*, p. 59-75.
- MARVAUD, J. ; SIMON, A.-M. (2001). A propos du bégaiement. *Rééducation orthophonique*, 206, p. 21-32.
- MELLUL, N. ; THIBAUT, C. (2004). L'éducation orale précoce. *Rééducation orthophonique*, 220, p. 113-122.

- MERCIER, A. (2004). La nutrition entérale ou l'oralité troublée. *Rééducation orthophonique*, 220, p. 31-44.
- MONFRAIS-PFAUWADEL, M.-C (2014). *Bégaiements, bégaiements, un manuel clinique et thérapeutique*. Editions De Boeck Solal.
- MUCCHIELLI, R. (1993). *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale*. ESF éditeur.
- MURRAY, F. P. (1990). *L'histoire d'un bègue*. Paris : Ed . Greco.
- OKSENBERG, P. (2012). La prise en charge du bégaiement chez l'enfant d'âge préscolaire. Prévention, suivi éventuel. *Les entretiens de Bichat 2012*, p. 137-144.
- OKSENBERG, P. (2015). Lorsque le bégaiement trouble l'oralité. *Langage et pratiques*, 55, p. 41-49.
- PALLADINO, R. R. R. ; CUNHA, M. C. ; SOUZA, L. A. P. (2007). Language and eating problems in children : co-occurrences or coincidences ?. *Pro-Fono Revista de Atualizacao*, p. 205-214.
- PUECH, M. ; VERGEAU, D. (2004). Dysoralité : du refus à l'envie. *Rééducation orthophonique*, 220, p. 123-138.
- RIGAL, N. (2004). La construction du goût chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, p. 9-14.
- SCHWAB, E. (2015). La bouche et le sujet. *Langage et pratiques*, 55, p.17-26
- SENEZ, C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitales et les encéphalopathies acquises*. Editions De Boeck Solal.
- SENEZ, C. (2004). Hyper nauséux et troubles de l'oralité chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, p. 91-102.
- SENEZ, C. (2015). Le syndrome de dysoralité sensorielle. *Langage et pratiques*, 55, p. 27-32.
- SHENKER, R. C. (2013). Le programme Lidcombe pour les enfants d'âge préscolaire qui bégaiement : une vue d'ensemble. *Rééducation orthophonique*, 256, p. 21-39.

- SIMON, A.-M. (2012). *Mon enfant bégaié*. Editions Tom Pousse.
- SOMMER, M. (2015). Peut-on vaincre le bégaiement ?. *Cerveau et psycho*, 70, p. 36-43.
- TOMASELLA, A. (2010). *Oralité et prématurité : étude du comportement alimentaire et autres facteurs influençant le développement du langage de la naissance à 24 mois*. Mémoire d'orthophonie, Bordeaux, soutenu en juin 2010, 161 pages.
- THIBAUT, C. (2004). Editorial. *Rééducation orthophonique*, 220, p. 3-8.
- THIBAUT, C. (2007). *Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant*. Editions Masson.
- THIBAUT, C. (2012). Les enjeux de l'oralité. *Les entretiens de Bichat 2012*, p. 115-136.
- THIBAUT, C. ; PITROU, M. (2014). *Aide-mémoire des troubles du langage et de la communication*. Editions Dunod.
- THIBAUT, C. (2015). L'oralité positive. *Langage et pratiques*, 55, p. 5-16.
- TIANO, F. ; GINISTY, D. ; COULY, G. (1993). Dysoralité des enfants en nutrition artificielle. Prise en charge psychothérapeutique. In : RICOUR, C. ; GOULET, O. ; GHISOLFI, J. ; PUTET G., *Traité de nutrition pédiatrique*, p. 976-978. Editions Maloine.
- VAN HOUT, A. ; ESTIENNE, F. (2002). *Les bégaiements*. Editions Masson.
- VIDAILHET, C. (2012). Troubles du comportement alimentaire. In : GOULET, O. ; TURCK, D. ; VIDAILHET, M., *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*, 2^{ème} édition, p. 337-347. Editions Doin.
- VINCENT, E. (2004). *Le bégaiement, la parole désorchestrée*. Toulouse : Editions Milan.

Sitographie

-APB, le site de l'Association Parole-Bégaiement.

<http://www.begaielement.org/>

-Diversification alimentaire, un site sur la diversification alimentaire autonome de l'enfant. <http://www.diversificationalimentaire.com>

-Gourmandys, le site de l'association Gourmandys.

<http://gourmandys.e-monsite.com>

-Groupe Miam Miam, un groupe de travail parents-soignants sur les troubles de l'oralité alimentaire. <http://www.groupe-miam-miam.fr>

-Parole de bègues, un blog sur le bégaiement.

<http://paroledebegue.free.fr/blog/index.php>

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire destiné aux parents d'enfants ayant un bégaiement et lettre d'accompagnement

Courrier explicatif de l'étude et demande de participation

MATHIEU Marlyse

06.78.25.46.29

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante en 4^{ème} année à l'école d'orthophonie de Nancy, et pour l'obtention du Certificat de Capacité en orthophonie, je réalise actuellement un mémoire sur les liens entre les troubles alimentaires des enfants et le bégaiement.

Dans le cadre de la réalisation de ce travail, j'ai réalisé un **questionnaire à destination des parents d'enfants entre 6 et 12 ans**, ainsi qu'un **questionnaire à destination des enfants**. Afin de mener à bien cette étude, j'ai besoin de votre collaboration ainsi que celle de votre enfant. Je vous propose deux étapes :

-la première consiste en **l'envoi d'un questionnaire par internet (questionnaire en ligne) ou par la poste, à compléter**. Celui-ci concerne principalement l'alimentation de votre enfant (actuelle et passée). Ce questionnaire prend environ dix minutes.

-la deuxième consiste en un **échange entre votre enfant et moi-même (par téléphone ou Skype)**. L'échange portera, lui aussi, sur son alimentation (actuelle et passée), et je lui poserai uniquement des **questions que vous connaîtrez à l'avance** puisque le questionnaire destiné aux enfants sera joint au vôtre (mais ne devra pas être complété par vous). Ce questionnaire prend environ cinq minutes.

Il est à noter que les données recueillies seront exploitées uniquement dans le cadre de mon mémoire de recherche, et qu'aucun jugement ne sera émis sur vos réponses, qui seront **anonymes**.

Je reste à votre entière disposition pour répondre à vos éventuelles questions et suggestions. De plus, si vous souhaitez consulter les résultats de ce travail, n'hésitez pas à me contacter.

En vous remerciant de votre participation et de l'intérêt porté à ce travail, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Marlyse MATHIEU

Feuille de consentement

Je soussigné(e)..... déclare
accepter de participer à l'étude de Marlyse MATHIEU, dans le cadre d'un mémoire
d'orthophonie, et autorise l'étudiante à échanger avec mon enfant.

J'ai lu le courrier explicatif de l'étude précisant les modalités et le déroulement de celle-ci.

Il m'a été précisé :

- Que les données qui me concernent resteront strictement confidentielles ;
- Que la publication des résultats du questionnaire ne comportera aucun résultat individuel identifiant ;
- Quels sont les différents critères de participation ;
- Que ma participation ne fera l'objet d'aucune rétribution ;
- Que je suis libre d'accepter ou de refuser ainsi que d'arrêter à tout moment ma participation sur demande ;
- Que je peux recevoir, si je le demande, les résultats finaux de cette étude.

J'ai, à ma disposition, les coordonnées de l'étude afin de pouvoir lui poser toutes les questions me paraissant utiles.

Fait à

Le

« Lu et approuvé »

Signature du participant

Questionnaire à destination des parents

Renseignements généraux

1) Sexe de l'enfant : *M* *F*

2) Âge de l'enfant :

3) Votre enfant a-t-il présenté des problèmes ORL à répétition ? *oui* *non*

4) Votre enfant prend-il des médicaments en permanence ? *oui* *non*

5) Votre enfant est-il né prématurément ? *oui* *non*

Si oui, combien de semaines avant le terme ?

6) Votre enfant a-t-il été nourri artificiellement au cours de son enfance ? *oui* *non*

Si oui, par une sonde dans le nez, dans la bouche, ou par perfusion ?

7) A quel âge a débuté le bégaiement de votre enfant ?

8) Votre enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge orthophonique pour ce bégaiement ?
oui *non*

9) Votre enfant a-t-il présenté ou présente-t-il d'autres troubles nécessitant une prise en charge orthophonique (par exemple retard de langage, parole...) ? *oui* *non*

Si oui, pour quel(s) trouble(s) ?

Allaitement au sein

10) Votre enfant a-t-il été allaité au sein ? *oui* *non*

11) Avez-vous observé des difficultés pendant l'allaitement ? *oui* *non* *ne sait plus*

Si oui, de quel type :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Régurgitations | <input type="checkbox"/> Refus de s'alimenter (détournement de la tête, tensions du corps...) |
| <input type="checkbox"/> Vomissements | <input type="checkbox"/> Fuite de lait par les commissures des lèvres |
| <input type="checkbox"/> Temps de tétée long (plus de 20 minutes) | <input type="checkbox"/> Toux, fausses routes |
| <input type="checkbox"/> Succion faible | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Déglutition inefficace | |

Allaitement au biberon

12) A quel âge votre enfant a-t-il commencé à boire au biberon ?

13) Avez-vous observé des difficultés lors de l'alimentation au biberon ? *oui non ne sait plus*

Si oui, de quel type :

- Régurgitations
- Vomissements
- Temps de tétée long (plus de 20 minutes)
- Succion faible
- Difficultés à garder la tétine en bouche
- Déglutition inefficace
- Refus de s'alimenter (détournement de la tête, tensions du corps...)
- Fuite de lait par les commissures des lèvres
- Toux, fausses routes
- Autres :

14) De manière générale, pendant l'allaitement, comment était votre enfant ?

Heureux (plaisir de manger) - Calme - Angoissé - Dans le refus

Diversification alimentaire

15) A quel âge votre enfant est-il passé à une alimentation à la cuillère ?

16) A-t-il facilement accepté le contact de la cuillère en bouche ? *oui non ne sait plus*

17) Le passage aux purées et compotes s'est-il bien passé ? *oui non ne sait plus*

Si non, quelles ont été les difficultés ?

18) A-t-il bien supporté les morceaux dans son alimentation ? *oui non ne sait plus*

Si non, comment réagissait-il (vomissements, refus, rejets, dégoût, autres) ?

19) Votre enfant a-t-il refusé certains aliments ? *oui non ne sait plus*

Si oui, lesquels ?

20) Actuellement, votre enfant refuse-t-il certains aliments ? *oui non*

Si oui, lesquels ?

21) Votre enfant semblait-il dégoûté par certaines textures ou couleurs ? *oui non ne sait plus*

Si oui, lesquelles ?

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

22) Votre enfant refusait-il les aliments nouveaux ? *oui non ne sait plus*

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

23) Votre enfant refusait-il des aliments selon leur température ? *oui non ne sait plus*

Si oui, à quelle température ?

Chaud - Température ambiante/tiède - Froide

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

24) Votre enfant avait-il tendance à avoir un réflexe nauséux en mangeant (haut-le-cœur, mimiques de vomissements...)? *oui non ne sait plus*

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

25) Avait-il tendance à avoir un réflexe nauséux en dehors des repas ? *oui non ne sait plus*
Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

26) De manière générale, quelle était l'attitude de votre enfant face à la nourriture ?
Attrait - Indifférence - Angoisse - Dégoût - Refus

27) Quelle était la durée moyenne d'un repas dès qu'il a su manger seul?

Mastication et Déglutition

Les questions qui suivent portent sur le comportement alimentaire de votre enfant entre 2 et 6 ans

28) Votre enfant avait-il des difficultés à mâcher ? *oui non ne sait plus*

29) Votre enfant avalait-il sans mâcher ? *oui non ne sait plus*

Si oui, quels aliments en particulier ?

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

30) Votre enfant mangeait-il parfois des objets non-comestibles ? *oui non ne sait plus*

31) Votre enfant ressentait-il des douleurs en avalant (mimiques de douleurs, pleurs, grimaces ...) ? *oui non ne sait plus*

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

32) Votre enfant avait-il tendance à « avaler de travers » ? *oui non ne sait plus*

33) Votre enfant avait-il tendance à tousser pendant le repas ? *oui non ne sait plus*

34) Votre enfant avait-il tendance à tousser après le repas ? *oui non ne sait plus*

35) Votre enfant a-t-il eu des encombrements respiratoires ? *oui non ne sait plus*

36) Selon vous, votre enfant avait-il du plaisir à s'alimenter ?

Toujours - souvent - rarement - jamais

37) Qu'en est-il actuellement ?

Toujours - souvent - rarement - jamais

38) Lorsque votre enfant a su boire au verre, buvait-il par gorgées ou tout d'un coup ?

39) Qu'en est-il actuellement ?

40) Quels aliments préférait votre enfant ? *sucrés – salés – acides – amers*
chauds – tièdes – froids
en morceaux – mixés – lisses
pas de préférence

Succion et propreté orale

41) Votre enfant avait-il ou a-t-il une tétine ? *oui non*

Si oui, à quelle fréquence l'avait-il ou l'a-t-il en bouche ? *rarement – parfois – souvent – toujours*

42) Votre enfant avait-il ou a-t-il un doudou qu'il suçote ? *oui non*

Si oui, à quelle fréquence l'avait-il ou l'a-t-il en bouche ? *rarement – parfois – souvent – toujours*

43) Votre enfant mettait-il ses doigts ou des objets en bouche ? *oui non ne sait plus*

Si oui, à quelle fréquence ? *rarement – parfois – souvent – toujours*

44) Suçait-il ou suce-t-il son pouce ? *oui non*

Si oui, à quelle fréquence ? *rarement – parfois – souvent – toujours*

45) Votre enfant avait-il souvent la bouche ouverte ? *oui non ne sait plus*

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

46) Votre enfant avait-il tendance à baver ? *oui non ne sait plus*

Si oui, de façon permanente ou ponctuelle ? *permanente - ponctuelle*

47) Votre enfant respirait-il par la bouche (bouche ouverte) ou par le nez (bouche fermée)?

Par la bouche – par le nez – par la bouche et par le nez – ne sait plus

48) Qu'en est-il actuellement ? *Par la bouche – par le nez – par la bouche et*

par le nez

Dentition

49) A partir de quel âge avez-vous commencé à lui broser les dents ?

A quelle fréquence ?

50) Supportait-il bien le brossage des dents ou refusait-il qu'on lui brosse les dents ?

.....

51) Qu'en est-il actuellement ?

52) Pensez-vous qu'il brosse bien les dents du fond et l'arrière des dents ? *oui* *non*

53) Si le brossage des dents était possible quand il était petit, est-ce que cela déclenchait chez lui un réflexe nauséux (mimiques de dégoût, grimaces, nausées, haut-le-cœur...)?

oui *non* *ne sait plus*

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui* *non*

Stimulations tactiles

Les questions qui suivent portent sur le comportement de votre enfant entre 2 et 6 ans face aux stimulations tactiles

54) Votre enfant acceptait-il facilement qu'on lui touche le visage ? *oui* *non* *ne sait plus*

55) Votre enfant acceptait-il facilement qu'on lui touche la bouche ? *oui* *non* *ne sait plus*

56) Votre enfant était-il écœuré de toucher certaines surfaces, textures, matières avec ses mains (par exemple la pâte à modeler, le coton, ...) ? *oui* *non* *ne sait plus*

Si oui, lesquelles ?

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui* *non*

57) Votre enfant était-il hypersensible au bruit et à la lumière ? *oui* *non*

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui* *non*

Autres

58) Votre enfant a-t-il présenté :

Un reflux gastro-oesophagien *oui* *non*

Des vomissements fréquents *oui* *non*

Des nausées fréquentes *oui* *non*

Une allergie/intolérance alimentaire	<i>oui</i>	<i>non</i>
Des difficultés fréquentes de transit (diarrhées, constipation)	<i>oui</i>	<i>non</i>
Des douleurs abdominales fréquentes	<i>oui</i>	<i>non</i>

Quelques questions destinées aux parents

59) Avez-vous vous-mêmes présenté des épisodes de bégaiement au cours de votre vie ?
oui *non*
 Si oui, est-ce encore le cas actuellement ou cela a-t-il disparu ?

60) Après avoir rempli ce questionnaire, pensez-vous avoir vous-mêmes un trouble de l'oralité, d'après les manifestations et symptômes qui ont été décrits ? *oui* *non*
 Si oui, quels symptômes et manifestations vous concernent ?

61) A quel numéro puis-je vous joindre pour échanger avec votre enfant ?

Je vous remercie sincèrement du temps que vous avez bien voulu m'accorder pour répondre à ce questionnaire, qui s'inscrit dans le cadre de mon mémoire.

Marlyse MATHIEU

Annexe 2 : Questionnaire destiné aux parents d'enfants tout-venants

Questionnaire à destination des parents

Renseignements généraux

- 1) Sexe de l'enfant : *M* *F*
- 2) Âge de l'enfant :
- 3) Votre enfant a-t-il présenté des problèmes ORL à répétition ? *oui* *non*
- 4) Votre enfant prend-il des médicaments en permanence ? *oui* *non*
- 5) Votre enfant est-il né prématurément ? *oui* *non*
Si oui, combien de semaines avant le terme ?
- 6) Votre enfant a-t-il été nourri artificiellement au cours de son enfance ? *oui* *non*
Si oui, par une sonde dans le nez, dans la bouche, ou par perfusion ?
- 7) Votre enfant a-t-il bénéficié d'une prise en charge orthophonique ? *oui* *non*
Si oui, pour quel trouble ?
- 8) Votre enfant présente-t-il un bégaiement ? *oui* *non*

Allaitement au sein

- 9) Votre enfant a-t-il été allaité au sein ? *oui* *non*
- 10) Avez-vous observé des difficultés pendant l'allaitement ? *oui* *non* *ne sait plus*
Si oui, de quel type :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Régurgitations | <input type="checkbox"/> Refus de s'alimenter (détournement de la tête, tensions du corps...) |
| <input type="checkbox"/> Vomissements | <input type="checkbox"/> Fuite de lait par les commissures des lèvres |
| <input type="checkbox"/> Temps de tétée long (plus de 20 minutes) | <input type="checkbox"/> Toux, fausses routes |
| <input type="checkbox"/> Succion faible | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Déglutition inefficace | |

Allaitement au biberon

11) A quel âge votre enfant a-t-il commencé à boire au biberon ?

12) Avez-vous observé des difficultés lors de l'alimentation au biberon ? *oui non ne sait plus*

Si oui, de quel type :

- Régurgitations
- Vomissements
- Temps de tétée long (plus de 20 minutes)
- Succion faible
- Difficultés à garder la tétine en bouche
- Déglutition inefficace
- Refus de s'alimenter (détournement de la tête, tensions du corps...)
- Fuite de lait par les commissures des lèvres
- Toux, fausses routes
- Autres :

13) De manière générale, pendant l'allaitement, comment était votre enfant ?

Heureux (plaisir de manger) - Calme - Angoissé - Dans le refus

Diversification alimentaire

14) A quel âge votre enfant est-il passé à une alimentation à la cuillère ?

15) A-t-il facilement accepté le contact de la cuillère en bouche ? *oui non ne sait plus*

16) Le passage aux purées et compotes s'est-il bien passé ? *oui non ne sait plus*

Si non, quelles ont été les difficultés ?

17) A-t-il bien supporté les morceaux dans son alimentation ? *oui non ne sait plus*

Si non, comment réagissait-il (vomissements, refus, rejets, dégoût, autres) ?

.....

18) Votre enfant a-t-il refusé certains aliments ? *oui non ne sait plus*

Si oui, lesquels ?

19) Actuellement, votre enfant refuse-t-il certains aliments ? *oui non*

Si oui, lesquels ?

20) Votre enfant semblait-il dégoûté par certaines textures ou couleurs ? *oui non ne sait plus*

Si oui, lesquelles ?

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

21) Votre enfant refusait-il les aliments nouveaux ? *oui non ne sait plus*

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

22) Votre enfant refusait-il des aliments selon leur température ? *oui non ne sait plus*

Si oui, à quelle température ?

Chaude - Température ambiante/tiède - Froide

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

23) Votre enfant avait-il tendance à avoir un réflexe nauséux en mangeant (haut-le-cœur, mimiques de vomissements...)? *oui non ne sait plus*

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

24) Avait-il tendance à avoir un réflexe nauséux en dehors des repas ? *oui non ne sait plus*

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

25) De manière générale, quelle était l'attitude de votre enfant face à la nourriture ?

Attrait - Indifférence - Angoisse - Dégoût - Refus

26) Quelle était la durée moyenne d'un repas dès qu'il a su manger seul ?

Mastication et Déglutition

Les questions qui suivent portent sur le comportement alimentaire de votre enfant entre 2 et 6 ans

27) Votre enfant avait-il des difficultés à mâcher ? *oui non ne sait plus*

28) Votre enfant avalait-il sans mâcher ? *oui non ne sait plus*

Si oui, quels aliments en particulier ?

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

29) Votre enfant mangeait-il parfois des objets non-comestibles ? *oui non ne sait plus*

30) Votre enfant ressentait-il des douleurs en avalant (mimiques de douleurs, pleurs, grimaces ...) ? *oui non ne sait plus*

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

31) Votre enfant avait-il tendance à « avaler de travers » ? *oui non ne sait plus*

32) Votre enfant avait-il tendance à tousser pendant le repas ? *oui non ne sait plus*

33) Votre enfant avait-il tendance à tousser après le repas ? *oui non ne sait plus*

34) Votre enfant a-t-il eu des encombrements respiratoires ? *oui non ne sait plus*

35) Selon vous, votre enfant avait-il du plaisir à s'alimenter ?

Toujours - souvent - rarement - jamais

36) Qu'en est-il actuellement ?

Toujours - souvent - rarement - jamais

37) Lorsque votre enfant a su boire au verre, buvait-il par gorgées ou tout d'un coup ?

38) Qu'en est-il actuellement ?

39) Quels aliments préférait votre enfant ? *sucrés – salés – acides – amers*
chauds – tièdes – froids
en morceaux – mixés – lisses
pas de préférence

Succion et propreté orale

40) Votre enfant avait-il ou a-t-il une tétine ? *oui non*

Si oui, à quelle fréquence l'avait-il ou l'a-t-il en bouche ? *rarement – parfois – souvent – toujours*

41) Votre enfant avait-il ou a-t-il un doudou qu'il suçote ? *oui non*

Si oui, à quelle fréquence l'avait-il ou l'a-t-il en bouche ? *rarement – parfois – souvent – toujours*

42) Votre enfant mettait-il ses doigts ou des objets en bouche ? *oui non ne sait plus*

Si oui, à quelle fréquence ? *rarement – parfois – souvent – toujours*

43) Suçait-il ou suce-t-il son pouce ? *oui non*

Si oui, à quelle fréquence ? *rarement – parfois – souvent – toujours*

44) Votre enfant avait-il souvent la bouche ouverte ? *oui non ne sait plus*

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

45) Votre enfant avait-il tendance à baver ? *oui non ne sait plus*

Si oui, de façon permanente ou ponctuelle ? *permanente - ponctuelle*

46) Votre enfant respirait-il par la bouche (bouche ouverte) ou par le nez (bouche fermée)?

Par la bouche – par le nez – par la bouche et par le nez – ne sait plus

47) Qu'en est-il actuellement ? *Par la bouche – par le nez – par la bouche et par le nez*

Dentition

48) A partir de quel âge avez-vous commencé à lui broser les dents ?

A quelle fréquence ?

49) Supportait-il bien le brossage des dents ou refusait-il qu'on lui brosse les dents ?

.....

50) Qu'en est-il actuellement ?

51) Pensez-vous qu'il brosse bien les dents du fond et l'arrière des dents ? *oui non*

52) Si le brossage des dents était possible quand il était petit, est-ce que cela déclenchait chez lui un réflexe nauséeux (mimiques de dégoût, grimaces, nausées, haut-le-cœur...)?

oui non ne sait plus

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

Stimulations tactiles

Les questions qui suivent portent sur le comportement de votre enfant entre 2 et 6 ans face aux stimulations tactiles

53) Votre enfant acceptait-il facilement qu'on lui touche le visage ? *oui non ne sait plus*

54) Votre enfant acceptait-il facilement qu'on lui touche la bouche ? *oui non ne sait plus*

55) Votre enfant était-il écœuré de toucher certaines surfaces, textures, matières avec ses mains (par exemple la pâte à modeler, le coton, ...)? *oui non ne sait plus*

Si oui, lesquelles ?

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

56) Votre enfant était-il hypersensible au bruit et à la lumière ? *oui non*

Si oui, est-ce encore le cas actuellement ? *oui non*

Autres

57) Votre enfant a-t-il présenté :

Un reflux gastro-oesophagien *oui non*

Des vomissements fréquents *oui non*

Des nausées fréquentes	<i>oui</i>	<i>non</i>
Une allergie/intolérance alimentaire	<i>oui</i>	<i>non</i>
Des difficultés fréquentes de transit (diarrhées, constipation)	<i>oui</i>	<i>non</i>
Des douleurs abdominales fréquentes	<i>oui</i>	<i>non</i>

Quelques questions destinées aux parents

58) Après avoir rempli ce questionnaire, pensez-vous avoir vous-mêmes un trouble de l'oralité, d'après les manifestations et symptômes qui ont été décrits ? *oui* *non*
 Si oui, quels symptômes et manifestations vous concernent ?

59) A quel numéro puis-je vous joindre pour échanger avec votre enfant ?

Je vous remercie sincèrement du temps que vous avez bien voulu m'accorder pour répondre à ce questionnaire, qui s'inscrit dans le cadre de mon mémoire.

Marlyse MATHIEU

Annexe 3 : Questionnaire destiné aux enfants des deux groupes

Questionnaire à destination des enfants

Faire connaissance avec l'enfant

- 1) Comment tu t'appelles ?
- 2) Quelle est ta date de naissance ?
- 3) En quelle classe es-tu ?.....

Diversification alimentaire

- 4) Est-ce que tu aimes quand il y a des morceaux dans un plat, ou est-ce que ça te dérange ?
j'aime bien ça me dérange je ne sais pas

Si tu n'aimes pas, peux-tu m'expliquer pourquoi ?

- 5) Est-ce qu'il y a des aliments que tu ne veux jamais manger ? *oui* *non*
Si oui, lesquels ?

Si oui, pourquoi ?

- 6) Est-ce qu'il y a des aliments que tu ne peux jamais manger ? *oui* *non*

Si oui, lesquels ?

Si oui, pourquoi ?

- 7) Est-ce qu'il y a des aliments qui te dégoûtent à cause de leur couleur ? *oui* *non*

Si oui, quelle(s) couleur(s) te dégoûtent ?

- 8) Est-ce qu'il y a des aliments qui te dégoûtent à cause de leur texture (par exemple si c'est dur comme la viande ou collants comme les caramels) ? *oui* *non*

Si oui, quelle(s) texture(s) te dégoûtent ?

- 9) Est-ce que tu aimes manger des aliments nouveaux, que tu ne connais pas ? *oui* *non*

- 10) Est-ce que ça te dérange quand les plats sont chauds ? *oui* *non*

Est-ce que ça te dérange quand les plats sont froids ? *oui* *non*

Est-ce que ça te dérange quand les plats sont tièdes ? *oui* *non*

Est-ce que tu préfères vraiment quand c'est chaud, froid ou tiède ? Ou tu n'as pas de préférence ?

11) Est-ce que tu as parfois envie de vomir en mangeant ? *oui* *non*

12) Est-ce que tu as parfois envie de vomir quand tu ne manges pas ? *oui* *non*

Mastication et Déglutition

13) Est-ce que tu as du mal à mâcher ? *oui* *non* *je ne sais pas*

14) Est-ce que parfois tu avales sans mâcher ? *oui* *non* *je ne sais pas*

Si oui, quels aliments ?

15) Est-ce que parfois tu as mal en avalant les aliments? *oui* *non* *je ne sais pas*

16) Est-ce que tu avales souvent de travers ? *oui* *non* *je ne sais pas*

17) Est-ce que tu tousses souvent pendant les repas ? *oui* *non* *je ne sais pas*

18) Est-ce que tu tousses souvent après les repas ? *oui* *non* *je ne sais pas*

19) Est-ce que tu aimes bien manger ? *oui* *non*

Est-ce que la nourriture : *te plaît* - *te dégoûte* - *tu t'en fiches*

20) Est-ce que quand tu bois, tu bois tout d'un coup ou en plusieurs gorgées ?

Succion et propreté orale

21) Est-ce que tu aimes bien mettre des objets ou tes doigts dans ta bouche ? *oui* *non*

22) Est-ce que tu respires plutôt par la bouche, par le nez ou par les deux ?

par la bouche - *par le nez* - *par la bouche et le nez* - *je ne sais pas*

Dentition

23) Est-ce que tu aimes bien te brosser les dents ? *oui* *non*

Si non, pourquoi ?

24) Est-ce que parfois tu as envie de vomir quand tu te brosses les dents ? *oui* *non*

Stimulations tactiles

25) Est-ce que ça te dérange quand Papa, Maman ou quelqu'un que tu connais te touche le visage ? *oui* *non* *je ne sais pas*

Si oui, pourquoi ?

26) Est-ce que ça te dérange que Papa, Maman ou quelqu'un que tu connais te touche la bouche? *oui non*

Si oui, pourquoi ?

27) Est-ce que parfois tu es écœuré de toucher certaines matières avec tes mains, comme la peinture, le coton, la pâte à modeler ? *oui non*

Questions sur l'enfance

Maintenant je vais te demander comment ça se passait quand tu étais petit.

28) Est-ce que tu avais du mal à manger, à mâcher, à avaler, à boire ?

oui non je ne sais plus

29) Est-ce qu'il y a des aliments que tu n'aimais pas manger ? Qui te dégoûtaient ?

oui non je ne sais plus

Si oui, pourquoi ?

30) Est-ce que quand tu étais petit tu mangeais parfois des objets, ou des choses qu'on ne mange pas habituellement, comme de la terre ou de l'herbe ?

oui non je ne sais plus

31) Est-ce que tu aimais bien te brosser les dents ? *oui non je ne sais plus*

32) Est-ce que ça te dérangeait que Papa, Maman, quelqu'un que tu connais, te touche la bouche ou le visage ? *oui non je ne sais plus*

Commentaires à propos du questionnaire

33) Tu as trouvé que toutes ces questions, c'était facile, difficile, ça t'a surpris ?

.....

Je te remercie d'avoir répondu à toutes ces questions.

Bégaïement et troubles de l'oralité alimentaire : Evaluation des liens entre ces pathologies au moyen d'un questionnaire destiné aux parents et aux enfants

Résumé

L'alimentation et le langage sont deux fonctions orales étroitement liées. L'oralité alimentaire et l'oralité verbale se développent en parallèle, s'étayent, et reposent sur des structures anatomiques communes, dont la bouche. Cependant, les liens forts entre ces deux oralités peuvent également constituer une fragilité : si l'une est touchée, cela peut perturber la seconde. Ainsi, des troubles alimentaires et des troubles du langage peuvent se retrouver ensemble chez une même personne.

Les études qui s'intéressent aux rapports entre oralité alimentaire et langage, articulation, parole sont récentes, car les troubles de l'oralité font partie du champ de compétence des orthophonistes depuis peu. Les liens entre bégaïement et troubles de l'oralité alimentaire ayant été peu étudiés, nous avons choisi de nous y intéresser. En effet, des auteurs considèrent le bégaïement comme un trouble de l'oralité au sens large. De plus, certaines manifestations du bégaïement témoignent d'un rapport perturbé à la bouche, et cet organe est au cœur des deux oralités.

Nous avons alors tenté d'objectiver les liens entre ces pathologies, et pour cela un questionnaire portant sur l'alimentation et ses difficultés a été créé. Les différents symptômes révélateurs d'un trouble de l'oralité alimentaire y ont été abordés. Trente enfants ayant un bégaïement, et âgés de 6 à 12 ans, ont répondu à ce questionnaire, ainsi que leurs parents. Nous avons comparé leurs réponses avec celles d'une population d'enfants tout-venants. L'analyse statistique des réponses obtenues a mis en évidence des associations significatives entre le bégaïement et plusieurs symptômes des troubles de l'oralité alimentaire. Ces pathologies auraient donc effectivement un rapport étroit.

Nous espérons, par cette étude, rendre les professionnels plus attentifs aux liens entre bégaïement et troubles de l'oralité alimentaire, notamment dans un cadre préventif.

Mots clés : Bégaïement, Enfants d'âge scolaire, Dysoralité, Oralité alimentaire, Oralité verbale, Alimentation.

Abstract

Food and language are two closely linked oral functions. Eating orality and verbal orality develop concurrently, relying on common anatomical structures, such as the mouth. However, the strong ties between these two can also be a weakness: if one is affected, it can disrupt the second. So, eating disorders and language disorders can go together.

Studies concerning the link between eating orality and language, articulation, and speech are recent, because orality disorders have only recently been integrated into speech therapy. The links between stuttering and eating orality disorders have never been addressed, so we chose to focus on it. Indeed, some authors consider stuttering as an orality disorder, in the broad sense of the word. Furthermore, some symptoms of stuttering are evidence of a negative relationship with the mouth, and that organ is central to both oralities.

Therefore, we tried to objectify the links between these pathologies, and to do that, a questionnaire on food and difficulties was developed in which the various telltale symptoms of an orality disorder were covered. Thirty children who stutter, aged 6 to 12 years old, answered the questionnaire, as well as their parents. We compared their answers with those of a general population. Statistical analysis of responses showed significant associations between stuttering and several symptoms of eating orality disorders. So these pathologies effectively have a close relationship.

Through this study we hope to draw professionals' attention to the links between stuttering and eating orality disorders, especially in terms of prevention.

Key words : Stuttering, School children, Dysorality, Eating orality, Verbal orality, Food.