

**Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Toulouse**

**La place de la formation continue sur l'oralité  
dans la prise en charge des enfants  
en kinésithérapie.**

Une analyse des pratiques professionnelles.

*Mémoire de fin d'étude en vue de la validation de l'UE28*

Thomas TEQUY

Promotion 2019/2023

Directrice de mémoire : Marie GAUBERT-NOIROT





**Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Toulouse**

**La place de la formation continue sur l'oralité  
dans la prise en charge des enfants  
en kinésithérapie.**

Une analyse des pratiques professionnelles.

*Mémoire de fin d'études en vue de la validation de l'UE28*

Thomas TEQUY

Promotion 2019/2023

Directrice de mémoire : Marie GAUBERT-NOIROT

## Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier ma directrice de mémoire, Madame Marie GAUBERT-NOIROT, pour sa patience vis-à-vis de mon travail mais aussi pour ses précieux conseils qui m'ont permis d'aboutir à ce mémoire de recherche, dont je suis fier.

Je souhaite également remercier les membres de la commission de suivi, notamment Madame Noémie TAURAND qui m'a également guidé tout au long de mon travail et qui a assuré un suivi régulier dans l'avancée de celui-ci.

Je remercie les différents tuteurs de stages avec qui j'ai eu la chance de collaborer mais surtout d'apprendre les enjeux passionnants qui font de la masso-kinésithérapie une profession.

Je remercie mes amis qui ont rendu ces quatre années d'études plus que belles et sans qui je ne serais sûrement pas là aujourd'hui.

Enfin, je remercie et dédicace ce travail à ma famille et à mes proches. Essentiellement ma mère, mon père et mon frère qui ont toujours fait preuve d'un amour et d'un soutien inconditionnel dans tout ce que j'ai pu entreprendre, dans tout ce que j'ai accompli.

Merci.

## Sommaire

Index des abréviations.....	p.6
Introduction.....	p.7
Partie 1 : L'enfant et son développement.....	p.13
1.1 L'embryogénèse de la sphère orale de l'enfant.....	p.14
1.2 Les étapes clés du bon développement de l'enfant.....	p.14
Partie 2 : L'oralité.....	p.17
2.1 L'oralité verbale et son évolution.....	p.18
2.2 L'oralité alimentaire et son évolution.....	p.19
2.3 La complémentarité entre les deux oralités.....	p.21
2.4 Oralité et kinésithérapie.....	p.22
Partie 3 : La formation continue.....	p.25
Partie 4 : Problématique et hypothèses.....	p.28
Partie 5 : Le questionnaire.....	p.29
5.1 Méthodologie de recherche.....	p.29
5.2 Le questionnaire.....	p.30
5.3 Résultats bruts.....	p.40
5.4 Analyse des résultats.....	p.50
5.4.1 Epidémiologie.....	p.50
5.4.2 Connaissances des MK sur l'oralité.....	p.50
5.4.3 Questions destinées aux MK n'ayant pas réalisé de formation continue sur l'oralité.....	p.51
5.4.4 Questions destinées aux MK ayant réalisé une formation continue sur l'oralité.....	p.52
5.5 Biais du questionnaire.....	p.54

Partie 6 : Discussion.....	p.55
6.1 Observation des tendances du questionnaire.....	p.55
6.2 Limites de la discussion.....	p.56
6.3 Axes d'amélioration de la pratique.....	p.57
Conclusion.....	p.59
Bibliographie.....	p.60
Annexes.....	p.65

## Index des abréviations

CSP = Code de Santé Publique

H.A.S = Haute Autorité de Santé

MK = Masseur-kinésithérapeute

MKDE = Masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat

TDO = Troubles de l'oralité.

S.A = Semaines d'aménorrhée

D.U = diplôme universitaire

EBP = Evidence-based practice

IFMK = Institut de formation en Masso-kinésithérapie

## Introduction

L'oralité est définie dans le dictionnaire Larousse comme étant "*le caractère oral de la parole, d'un discours ou d'un fait littéraire*"<sup>1</sup> or la psychanalyse nous donne une définition complètement différente.

Il s'agit de "*l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche à savoir l'alimentation, la respiration, la perception, la gustation et bien sûr la communication*" (Abadie V.,2004).

Dès les premières minutes de vie extra-utérine, la bouche va devenir le carrefour entre la communication, avec le premier cri, l'alimentation et la respiration.

Pour ce qui est de l'alimentation, le réflexe archaïque de succion et sa coordination avec une déglutition réflexe permet à l'enfant d'absorber les nutriments présents dans le lait.

Par ailleurs, d'après l'OMS, "*l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est un domaine primordial pour améliorer la survie des enfants et promouvoir une croissance et un développement sains*"<sup>2</sup>.

L'allaitement est un véritable fondement de l'alimentation du nourrisson de 0 à 6 mois et ce autant pour l'enfant que pour la mère.

La diversification alimentaire est recommandée à partir de l'âge de 6 mois par des compléments alimentaires solides sains avec une poursuite de l'allaitement qui peut aller jusqu'à 2 ans et au-delà.

Au cours de sa croissance, il est possible que l'enfant développe des troubles de l'oralité mécanique ou alimentaire qui vont complexifier son absorption de nutriments indispensables à son bon développement.

D'après l'OMS, la dénutrition compte pour "*45% dans la charge de morbidité enregistrée chez les enfants de moins 5 ans*"<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/oralite%C3%A9/56294>. Larousse. Définition de l'oralité. Consulté pour la dernière fois le 29/03/23 à 11h.

<sup>2</sup> <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> OMS. Consulté la dernière fois le 29/03/23 à 11h.

<sup>3</sup> <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> OMS. Consulté la dernière fois le 29/03/23 à 11h.

Les troubles de l'oralité chez l'enfant de 0 à 6 ans sont donc à surveiller en premier lieu par les parents puis par les soignants.

Heureusement aujourd'hui, de très nombreuses professions médicales et paramédicales interviennent en pluridisciplinarité pour prendre en charge ces troubles, pour rassurer et accompagner les parents et leur donner des clés pour suivre l'évolution du trouble à la maison.

La profession de masseur-kinésithérapeute n'est pas exclue de ce groupe. Nous avons un champ de compétence précis sur la sphère oro-buccale, donc sur l'oralité, et sommes donc en mesure de guider les parents et de traiter les TDO de leurs enfants. Mais en France, celà reste un faible cluster de MKDE au sein des kinésithérapeutes exerçant en pédiatrie car elle nécessite la réalisation de formations spécifiques complémentaires, une fois le diplôme obtenu.

#### Situation vécue en stage :

En 2021, j'ai eu la chance de réaliser un stage dans plusieurs services pédiatriques et de ce fait, j'ai pu observer les différentes prises en charge des enfants par les soignants intervenants dans les services (infirmières, pédiatres, chirurgiens et bien sûr kinésithérapeutes).

La prise en charge était évidemment différente selon les services (réanimation, néonatalogie, pneumologie, médecine générale et d'autres) mais aussi en fonction des soignants, de leurs expériences personnelles et de leurs formations professionnelles.

Une des principales différences dans la prise en charge était l'utilisation et l'intégration de la sphère orale au sein de la prise en charge globale de l'enfant ou du nourrisson.

En effet, une masseuse-kinésithérapeute du service de réanimation utilisait des techniques de stimulation de la sphère orale chez des nourrissons afin d'orienter la tâche motrice

(retournements, éveil psychomoteur...) ou de stimuler des réflexes pré-existants (suction, réflexes cardinaux et autres).

C'était notamment le cas pour la prise en charge d'un nourrisson admis dans le service après une chirurgie cardiaque.

Une défaillance du système cardio-respiratoire lors de l'intervention a nécessité la réalisation d'une trachéotomie, la pose d'une canule et la réalisation d'une gastrostomie.

Au moment de la prise en charge, celà faisait plusieurs mois que le nourrisson était en réanimation et il ne pouvait pas encore quitter le service à cause de la longue cicatrisation du site opératoire qui avait été laissé ouvert (choix du chirurgien), de la gastrostomie mais aussi de la trachéotomie avec la canule dont il ne pouvait pas encore se sevrer assez longtemps.

D'après la kinésithérapeute, les principaux axes de travail pour cet enfant étaient les retournements pour lui donner de plus en plus de liberté, mais aussi sensibiliser sa sphère orale dysfonctionnelle à cause des mauvais signaux sensitifs reçus et du détournement des voies aériennes supérieures (canule pour la ventilation et gastrostomie pour l'alimentation).

La prise en charge intégrait alors la sphère orale au travail sensori-moteur du nourrisson en utilisant ses réflexes de suction (utilisation du sucre pour guider le retournement ou travailler des rotations cervicales), travail de sevrage de la canule selon les modalités prévues par les médecins pour la ventilation mais aussi lors du travail de ses interactions avec son environnement (utilisation du réflexe des points cardinaux, intégration de jouets et participation de la mère).

Après avoir passé du temps avec l'ensemble de l'équipe de kinésithérapeutes, je me suis rendu compte que tous n'étaient pas formés vis-à-vis de l'utilisation de techniques de stimulation de la sphère dans la rééducation mais, plus globalement, que beaucoup n'étaient pas formés sur l'oralité .

De cette situation a découlé une série de questionnements à l'origine de mon analyse des pratiques professionnelles :

- La formation continue sur l'oralité a-t-elle un intérêt dans la prise en charge globale des enfants en masso-kinésithérapie ?
- Une telle formation est-elle indispensable pour travailler en pédiatrie ?
- Ne pas être formé sur l'oralité est-il un frein à la prise en charge des nourrissons et des enfants ?
- Ces formations sont-elles répandues parmi les kinésithérapeutes exerçant en pédiatrie ?

#### Contexte :

Il n'est pas inconnu de tous que la rééducation de la sphère orale fait partie des champs de compétences du masseur-kinésithérapeute. On retrouve par exemple la rééducation de la déglutition (qui est la plus commune dans ce domaine), des rééducations de paralysie faciale se faisant via la sphère orale, en intra-buccal, ou de désordres temporo-mandibulaires<sup>4</sup>.

Il est donc très important de noter que les troubles de l'oralité ne se limitent pas à l'enfance : on peut en retrouver chez l'adulte, après un séjour en réanimation cause du matériel d'intubation ou après une paralysie faciale centrale ou périphérique, mais aussi chez la personne âgée avec des troubles de la déglutition, associés à d'autres pathologies.

Certaines techniques de rééducations sont transposables de l'adulte à l'enfant en prenant

---

<sup>4</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913987](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913987). Article R4321-5 du Code de Santé Publique en vigueur depuis le 08/08/2004.

en considération les particularités que représente cette catégorie différente de patients à la fois sur le plan physiologique mais aussi comportemental.

De nouvelles problématiques apparaissent également dans cette population avec des troubles qui peuvent se mettre en place au cours du développement.

Chez l'enfant, *“les troubles de l’oralité ont des causes très variées, du plus organique au plus psychogène”* (Abadie V., 2008) et une analyse de la ventilation, de la succion, de la déglutition, des troubles de coordinations (déglutition-ventilation ou succion-déglutition) mais encore de l’état de stress de l’enfant ainsi que sa morphologie faciale permettront de classer le trouble de l’oralité et de proposer un accompagnement adapté.

Cet accompagnement adapté n’est pas réservé qu’à l’enfant, il y a également un gros travail avec les parents notamment avec la mère.

D’après Catherine Thibault<sup>5</sup>, face aux troubles de l’oralité de son enfant, la mère va ressentir un très fort sentiment d’inquiétude étant donné que le lien entre la mère et la nourriture est établi depuis la naissance.

Ce même sentiment d’inquiétude va naître si l’enfant est atteint de trouble de l’oralité altérant sa phonation et donc sa communication avec ses parents.

Il y a donc également un gros travail d’accompagnement des parents à réaliser.

Alors que les kinésithérapeutes possèdent un domaine d’expertise important dans l’oralité tant sur le plan du bilan, du dépistage, du traitement que de la prévention, la rééducation de ces troubles se fait de plus en plus par les orthophonistes et les psychomotriciens.

Or, *“les tableaux cliniques, la cause des troubles et leur sémiologie sont d’une grande hétérogénéité”* et *“tous ces éléments participent au flou et à la complexité du sujet”* (Abadie V.,2004) donc la pluridisciplinarité est très certainement la solution à cette complexité .

---

<sup>5</sup> Thibault C. Éditorial, in “Rééducation orthophonique n°220”. ROUSTIT J. et al. PARIS : Fédération Nationale des Orthophonistes, 2004. 5-9

La solution afin d'éviter de complètement perdre notre expertise dans ce domaine serait donc de nous former (les kinésithérapeutes) sur cette thématique si particulière et spécifique qu'est l'oralité, afin de continuer d'apporter nos méthodes de prises en charges et d'accompagnement à cette pluridisciplinarité, car pour le moment la prise en charge se fait par *“le pédiatre, la psychologue, la psychomotricienne et/ou l'orthophoniste”* (Abadie V.,2004)<sup>6</sup>.

J'ai donc jugé intéressant de faire un état des lieux sur les pratiques professionnelles vis-à-vis des formations continues sur l'oralité, leurs intérêts et leurs apports dans la pratique courante en pédiatrie mais aussi sur les prises en charges réalisées par les kinésithérapeutes les ayant reçues.

### Objectifs :

Ce mémoire a pour but d'analyser l'intérêt professionnel pour les kinésithérapeutes exerçant en pédiatrie, de réaliser une formation continue sur l'oralité.

En tant que piliers de la prise en charge globale des enfants et comme nous passons le plus de temps avec les enfants et leur proches, les MKDE exerçant en pédiatrie auraient tout intérêt à se former dans ce domaine pour assurer la meilleure prise en charge possible et ne pas céder ce domaine d'expertise à d'autres professions.

Nous avons aussi une certaine précocité dans la prise en charge avec la possibilité d'intervenir directement au domicile qui est un des principes du projet expérimental COCON (parcours de soins précoces et coordonnés du nouveau-né vulnérable), mis en place par l'ARS occitanie en 2022.

Ce mémoire fait donc un état des lieux du regard des MKDE sur ces formations continues : amélioration de la prise en charge (bilans et traitements), connaissances du

---

<sup>6</sup> Abadie V., “Troubles de l'oralité du jeune enfant” in “Rééducation orthophonique n°220”. ROUSTIT J. et al. PARIS : Fédération Nationale des Orthophonistes, 2004. 57-70

MK sur l'oralité ou encore nécessité de réaliser une telle formation sont des thématiques abordées dans ce mémoire.

### ***Partie 1 : L'enfant et son développement***

D'après sa définition, "*l'enfance est la période qui va de la naissance à l'adolescence*"<sup>7</sup>.

Cependant dans le domaine biomédical, on accueille dans les services de pédiatrie (donc réservé aux enfants) les individus âgés de 0 à 18 ans, même s'ils n'y sont plus acceptés la majorité du temps à partir de 16 ans.

L'enfance correspond donc à une cohorte de personnes très hétérogène notamment sur le plan physiologique : on ne peut pas comparer un enfant de 15 ans avec un enfant de 4 ans alors qu'ils partagent bien cette dénomination d'un point de vue biomédical.

L'enfance c'est donc cette période de développement, de croissance permanente et de transition vers le corps adulte, avec les différents mécanismes qui sont impliqués.

On a donc segmenté l'enfance en 4 périodes clés : la période néo-natale (foetus et nouveau-né), la petite enfance (d'1 mois à 3 ans), la deuxième enfance (âge scolaire) et l'adolescence.

Il est difficile de donner des âges pour ces périodes car tous les enfants ne sont pas égaux dans l'entrée et la sortie des ces périodes clés.

Les mécanismes développés in-utero se maturent au cours de l'enfance et de l'adolescence grâce aux diverses expériences positives comme négatives que va vivre l'enfant. Les réflexes archaïques laissent alors la place à une commande volontaire de l'enfant qui dépend fondamentalement de ces expériences.

---

<sup>7</sup> <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enfance/29436>. Larousse. Définition de l'enfance consultée pour la dernière fois le 14/11/22 à 14h00.

L'oralité a une origine primitive embryonnaire puis foetale et c'est un des mécanismes qui sera mûré grâce à l'expérience (principalement alimentation et communication.) de l'enfant.

Elle sera à l'origine des deux versants de l'oralité, indispensables pour tout individu sur le plan social, affectif mais aussi comportemental.

### 1.1 Embryogenèse de la sphère orale.

Entre la cinquième semaine et la septième semaine de gestation, la motricité embryonnaire se met en place en partant de la zone orale et du tronc cérébral. Ce réseau sera sensitif dans un premier temps puis moteur.

Autour de la neuvième semaine, la langue est suffisamment musclée pour permettre des mouvements de lapements automatiques.

À la onzième semaine, la déglutition foetale se met en place et le fœtus va se mettre à déglutir du liquide amniotique autour de la douzième semaine et il est bon de noter que les papilles gustatives sont en place à ce stade.

D'après Golse B. & Guinot M. (2008)<sup>8</sup>, nous savons que *“le fœtus suce son pouce et le réflexe de succion peut ainsi se déclencher autour du cinquième mois de gestation”*.

L'oralité primitive débute donc bien in-utero et se mûre déjà avant la naissance : le fœtus découvre son propre corps et son environnement au travers d'expériences positives qui passent très souvent par la bouche : succion des doigts, des orteils, du cordon ombilical avec lequel il joue mais aussi il se met à déglutir du liquide amniotique (1,5 à 3L par jour) et le goûte à l'aide des papilles gustatives mises en place.

### 1.2 Les étapes clés du bon développement de l'enfant :

L'une des principales questions des parents vis-à-vis de leur enfant est sûrement de savoir s'il est en “retard” par rapport à la norme ou s'il se développe “normalement”.

---

<sup>8</sup> Golse B., Guinot M. “La bouche et l'oralité”, in “Rééducation orthophonique n°220”. ROUSTIT J. et al. PARIS : Fédération Nationale des Orthophonistes, 2004. 5-9

Pour rassurer les parents ou les guider au cours de la croissance de leur enfant, des paliers ont été mis en place en fonction de l'acquisition de certaines compétences et capacités.

Il est important de noter qu'il n'existe pas de réelles normes étant donné que tous les enfants sont différents mais si les parents suspectent un possible retard de développement, ils sont libres de consulter un spécialiste de la petite enfance ou le pédiatre de l'enfant.

Entre 0 et 3 mois, le développement sensoriel du bébé va aussi être très important et ses sens vont lui permettre de découvrir le monde qui l'entoure :

- le goût apparaît in-utero et continue de se développer
- le bébé va réagir aux odeurs notamment du lait et de la peau maternelle
- le bébé est sensible aux sons aigus et à la voix des parents

Au niveau sensoriel, c'est à partir de 3 mois que ses 5 sens s'affinent. Le bébé découvre le monde par la sphère orale et communique avec le monde extérieur par des sourires, des cris, des pleurs mais aussi des rires aux éclats (stade oral).

Il prend conscience des sons qu'il émet et les répète pour attirer l'attention des personnes autour de lui.

Autour du 7ème mois, ces 5 sens vont continuer de s'aiguiser, notamment le goût et le bébé peut se retrouver à refuser de manger pour s'opposer à l'adulte.

Vers la fin du troisième trimestre de vie, le bébé se déplace à quatre pattes, la préhension en pince fine est possible, il comprend les ordres simples et le sens du "non". Les syllabes et les mélodies qu'il prononçait jusque-là se complexifient pour former les premiers mots comme "papa" et "maman".

Entre 9 mois et 1 an, c'est aussi la période où le bébé va beaucoup progresser au niveau du langage et il va y associer des gestes : il va montrer du doigt ce qui l'intéresse, on parle de *pointage protodéclaratif*.

Ses actions sont intentionnelles et il comprend les expressions de l'adulte comme l'interdit.

Mais à partir de ses 1 ans, l'enfant commence à prononcer plusieurs mots d'affilée et est en mesure de nommer précisément des images.

Autour de 2 ans, son vocabulaire se complexifie et les phrases s'enrichissent.

Le "je" est utilisé par l'enfant pour exprimer ses propres besoins et il peut éprouver du plaisir à dire "non" à son entourage.

L'exploration de son corps lui a permis de savoir s'il est une fille ou un garçon.

Enfin, dès l'âge de 3 ans, l'enfant a un langage correct, riche, qui lui permet de mieux communiquer avec les autres.

Il entre dans l'âge des curiosités (l'âge du pourquoi et des multiples questions).

L'enfant progresse sur la gestion de ses émotions, dans la compréhension des intentions des autres et au niveau de l'imaginaire.

## Partie 2 : L'oralité

Selon Catherine Thibault, la bouche est “*le carrefour anatomique du verbe est de l'aliment*”<sup>9</sup> et chez l'enfant, la sphère orale est au centre du développement et ce aussi bien au stade foetal que dans les premières années de vie.

C'est un des piliers du bon développement de l'enfant : c'est par la bouche que vont passer ses mains, ses pieds, le liquide amniotique, le cordon ombilical avec lequel il joue in-utero mais aussi les aliments qui iront du lait aux futurs aliments solides.

La bouche permet au bébé de différencier le haut de son corps du bas mais aussi de latéraliser son corps, en se rendant compte via la répétition que le trajet effectué par ses deux mains vers la bouche n'est pas identique dans l'espace.

Et au-delà de lui permettre de s'alimenter (via des réflexes au début de sa vie puis progressivement de manière autonome), la sphère orale permet à l'enfant de communiquer avec son environnement qui sera principalement constitué par ses parents : la bouche va donc permettre de créer un lien fort entre l'enfant (ou le nourrisson) et ses parents.

L'oralité se trouve au cœur de la *Théorie de l'attachement* de John Bowlby<sup>10</sup> : depuis des milliers d'années, la succion lactée crée une relation d'attachement qui sera indispensable pour la mise en place d'une oralité alimentaire plus aboutie, plus complexe, chez les espèces mammifères.

De nos jours, les mères ont le choix d'allaiter ou non leurs enfants sans risque pour la survie de ces derniers.

L'attachement se fait tout aussi bien car l'oralité ne se limite pas à la succion lactée chez l'enfant (même si elle reste indispensable) : l'enfant interagit avec le monde extérieur, il

---

<sup>9</sup> Thibault C. “les fentes faciales, embryologie, rééducation, accompagnement parental”. Masson 1999.

<sup>10</sup> J. BOWLBY, 1978 et 1984, “Attachement et perte” (3 volumes), P.U.F., Coll. « Le fil rouge », Paris, (1ère éd.)

expérimente et s'exprime avec sa bouche grâce à des cris, des babillages ou des esquisses de sourires.

On retrouve alors les deux versants de l'oralité qui se différencient à la naissance. D'un côté nous avons l'oralité verbale et de l'autre l'oralité alimentaire. Bien que différentes, ces deux composantes de l'oralité se complètent et sont intimement liées tout au long de la croissance et du développement de l'enfant : les futurs automatismes se mettent en place à partir de réflexes archaïques déjà présents chez l'enfant à la naissance.

### 2.1 L'oralité verbale et son évolution

L'oralité verbale débute dès la naissance et très souvent par un cri, lors de l'accouchement, causé par la mise en place de la respiration et de la mécanique ventilatoire.

Pendant les premiers mois de sa vie, le nourrisson sera capable d'émettre des cris différents en fonction de ses besoins et des messages qu'il souhaite transmettre à son environnement.

Cela peut être *"un cri de douleur, d'appel, de faim, de joie, de détresse"* (Thibault, C. 2015).

La respiration est sous le contrôle du tronc cérébral, qui permet au fœtus de se préparer à la vie extra-utérine. C'est un premier point commun avec l'oralité alimentaire car la commande de succion-déglutition passe aussi par le tronc cérébral.

Entre le 3<sup>ème</sup> et le 4<sup>ème</sup> mois de vie du nourrisson, le babillage va se mettre en place étant donné qu'il est devenu capable de ventiler par la bouche, à ce stade du développement.

Les émissions seront plus longues et la phonation sera différente, ce qui permettra à l'enfant d'émettre des mélodies en fonction des stimulations reçues par son

environnement : un enfant peu stimulé et en déficit sensoriel aura tendance à avoir beaucoup moins d'interactions avec son environnement extérieur.

Au fur et à mesure que les mois vont défilier, les parents vont se rendre compte, entre le 5ième et le 10ième mois, que le nourrisson va commencer à prononcer des syllabes simples et bien formées. On parle de "*babillages canoniques*" (Thibault, C. 2015) qui s'enrichissent au fur et à mesure que l'enfant grandit en termes de mélodie et de prosodie.

L'oralité verbale et son développement est en lien étroit avec l'audition et les stimulations que reçoit l'enfant de son environnement : il a tendance à reproduire les mélodies des syllabes les plus souvent prononcées par l'entourage.

Autour du 10ème et du 18ème mois se met en place le proto-langage où l'enfant place des mots au sein du babillage pour former des bribes de phrases. Le langage devient aussi plus corporel avec l'ajout de gestes, de mimiques ou d'intonations (souvent imitées de celles des parents).

Au-delà du 18ème mois, l'oralité verbale est loin d'être mature mais le lien étroit entre l'oralité verbale et alimentaire va permettre à l'enfant de progresser dans son langage parlé mais aussi dans sa praxie de mastication. C'est pourquoi nous nous y attarderons dans une partie différente.

## 2.2 L'oralité alimentaire et son évolution.

L'oralité alimentaire primaire a une origine foetale : le fœtus possède des routines de contacts précises avec de nombreux récepteurs sensoriels disposés au niveau de ses mains, de ses pieds mais aussi au niveau de la sphère orale (Humphrey, T. 1970).

Comme la mise en place de la respiration et de la mécanique ventilatoire, le tronc cérébral contrôle aussi les réflexes de la sphère orale dans sa forme la plus primitive possible : il

permet l'ouverture de la bouche, le plaquage de la langue contre le palais ou encore de mobiliser la mandibule.

On parle du “*réflexe de Hooker*” (Chevalier B., 2019), caractérisé par l'entrée de la main dans la bouche mais aussi des premières suctions, mis en place à partir de 15 semaines d'aménorrhée (SA). Ce réflexe marque la transition entre l'oralité dite embryonnaire et l'oralité foetale.

A partir de 15 SA, le bébé va vivre au travers de sa bouche des expériences intenses et riches : il va découvrir le goût mais aussi les odeurs par le biais de la mère.

D'après Benoît Chevalier (2019), “*cette première histoire orale sensorimotrice, in utero, est le fruit d'un apprentissage intense et l'oralité du nouveau-né ne peut pas être envisagée comme une oralité réflexe*”.

Le fœtus pendant toute la grossesse se trouve dans une position recroquevillée. Il est enroulé sur lui-même ce qui lui permet de nombreuses interactions sensorimotrices entre ses mains, ses pieds mais aussi sa bouche.

Or la naissance vient perturber tous les repères du bébé sur le plan postural.

Il va donc être important de faire attention à la posture du nouveau-né notamment lors des phases d'allaitement (qu'il soit au biberon ou au sein) : on peut conseiller aux parents de positionner le bébé dans sa posture de confort (celle qui lui rappelle le ventre de sa mère) pour qu'il se concentre pleinement sur les informations sensorielles au niveau de la sphère buccale que fournit l'alimentation.

Adopter cette posture lors des repas, permettra aussi de favoriser la création du lien entre les parents et le nouveau-né et de donner le plus de bienveillance possible au bébé.

Dès la naissance, la ventilation est couplée à la déglutition et à la succion : pour téter, l'enfant a besoin de ventiler de façon autonome par le nez.

Le complexe succion-déglutition est mature à ce stade et la succion réflexe est provoquée par des stimuli comme la faim, des stimulations sur la langue ou encore les lèvres.

Cette oralité primaire et primitive est nécessaire à la mise en place d'une oralité alimentaire dite secondaire qui va prendre encore plus d'ampleur une fois les réflexes de mastication en place. Le passage à la cuillère est une étape importante pour les deux oralités étant donné qu'elle implique des modifications au niveau de la sphère orale notamment au niveau de la langue.

Enfin, l'étude Opaline (Schwartz et al., 2011) a permis de montrer que la maturation de l'oralité alimentaire, notamment au niveau du goût et des préférences alimentaires de l'enfant, était influencée par des facteurs individuels mais aussi par les pratiques parentales.

### 2.3 La complémentarité entre les deux oralités :

Autour du 4ème mois, les mouvements de la langue chez le bébé s'organisent et le complexe réflexe succion-déglutition se dissocie pour devenir deux fonctions distinctes.

La "*diversification alimentaire*" (Chevalier, B. 2019) est alors possible étant donné que le malaxage se met en place petit à petit.

Alors que le bébé expérimente de nouveaux modèles de textures et de saveurs, la répétition des gestes de mastication et de stimulation de la sphère orale permet un apprentissage chez le bébé mais aussi une forme de progression dans cette performance, dont l'objectif final est l'autonomie et le sevrage de la personne qui aide à l'alimentation (très souvent les parents mais peut varier dans l'entourage).

Entre 9 et 12 mois, les mouvements de la langue se dissocient de ceux de la mandibule ce qui permettra à l'enfant d'ingérer des aliments solides mous ou mixés dans des préparations.

La langue va continuer de se muscler pendant les mois qui suivent et on considère qu'autour du 18ème mois, les mouvements linguaux sont dissociés des mouvements mandibulaires, la diduction est correctement réalisée.

Cette diversification alimentaire est donc intimement liée à l'évolution de l'oralité verbale chez l'enfant : la répétition de la mastication permet de muscler la langue, de la stimuler (ainsi que toute la sphère orale) ce qui engendrera un meilleur contrôle du bébé dans le but de prononcer des syllabes plus complexes au fur et à mesure.

On considère que les structures buccales impliquées dans les deux oralités sont beaucoup plus stables autour du 24ème mois mais que la propreté orale, occlusion des lèvres pour manger et utilisation autonome des outils du repas, ne se fera qu'à partir de 3 ans pour devenir opérationnelle entre 5 et 7 ans chez l'enfant.

#### 2.4 L'oralité et la masso-kinésithérapie :

L'oralité correspond à l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche, on y retrouve donc l'alimentation, la communication par le langage et la ventilation.

Les origines des troubles de l'oralité chez l'enfant et le nourrisson sont souvent organiques et psychogènes, le kinésithérapeute doit être en mesure de pouvoir accompagner l'enfant mais aussi ses parents à partir de la première séance de bilans jusqu'à ce que l'enfant ne nécessite plus de suivi régulier sur sa problématique.

Il est déjà important de noter dans le bilan kinésithérapique si la problématique est mécanique (comme la déglutition) ou comportementale (comme les troubles alimentaires) qui sont les deux problématiques les plus répandues chez les enfants.

Pour les problématiques en lien avec la déglutition, le kinésithérapeute est en mesure d'effectuer un bilan de la déglutition qui pourra être complété par un examen en vidéoradioscopie ou en vidéofluoroscopie (enregistrement et analyse d'une scopie de la déglutition de l'enfant d'un bolus baryté).

Cet examen pourra être suivi d'une scintigraphie ou d'une échographie.

Il est fondamental pour évaluer le risque de fausses routes et son impact sur l'oralité de l'enfant et son comportement alimentaire (peut engendrer une anorexie transitoire).

Pour les problématiques comportementales, le bilan kinésithérapique doit être complété ou doit suivre un bilan médical et il repose principalement sur l'interrogatoire des parents.

On peut analyser des dyskinésies oro-oesophagiennes (manque de maturité au niveau du tronc cérébral), des maladies coeliaques qui provoquent un ralentissement de la prise de poids, du reflux gastro-oesophagien ou des douleurs coliques fonctionnelles.

L'interrogatoire des parents et la lecture du carnet de santé vont révéler des possibles allergies, des malformations congénitales, des pathologies pulmonaires potentiellement héréditaires...

Mais les troubles de l'oralité peuvent aussi avoir une origine psychogène comme : les anorexies psychogènes, les anorexies post-traumatiques, les psychoses infantiles débutantes ou les anorexies mentales infantiles.

Il va donc être très important de rediriger les parents vers des spécialistes (pédiatres, orthophonistes, psychomotriciens et autres) de sorte à ce que la prise en charge devienne pluridisciplinaire.

D'un point de vue clinique, il faudra faire attention aux éléments suivants lors de l'interrogatoire de l'enfant :

- retard de maturation des praxies
- atteinte d'un nerf du plexus glosso-pharyngien
- atteinte des noyaux du tronc cérébral
- une atteinte extra-pyramidale
- une atteinte paralytique centrale

Du côté de la rééducation, la rééducation d'une atteinte d'un nerf du plexus devra chercher une position qui court-circuite cette atteinte mais aussi le côté paralysé, il y aura aussi un jeu de textures;

Attention, s'il y a un trouble sensitif, c'est une contre-indication à l'alimentation per os.

Pour l'atteinte des noyaux du tronc cérébral, on cherche à déclencher des réflexes par une alimentation plus épicée, par des gestes initiateurs à la montée de la base de langue avec une texture légèrement granuleuse.

Pour l'atteinte extra-pyramidale, la rééducation va chercher à contrôler la posture et les mouvements anormaux, à entourer la phase préparatoire à la déglutition. La prise de liquide est plus aisée que celle des solides lorsqu'il n'y a plus de péristaltisme pharyngé.

Dans le cadre d'une atteinte paralytique centrale, la rééducation va chercher à travailler sur les automatismes et à court-circuiter la langue. On va proposer au patient un positionnement en décubitus latéral. Il faudra renforcer les gestes de substitution ou le mouvement de nuque d'avant en arrière qui favorise le contact entre les zones de déclenchement du réflexe.

Globalement, on retiendra ces clés dans la prise en charge masso-kinésithérapique de ces problématiques à savoir l'utilisation de postures notamment pour l'alimentation, l'utilisation de la sensori-motricité adaptée au niveau d'éveil de l'enfant avec des retournements ou des portages pour les plus petits, l'oralité avec des massages du visage, autour des lèvres, intrabuccaux au niveau des gencives, et stimulation des réflexes chez le tout petit.

### **Partie 3 : La formation continue sur l'oralité**

La formation continue sur l'oralité est accessible en France mais les organismes proposant ces formations sont beaucoup moins nombreux si l'on compare avec des organismes proposant des formations dans le domaine musculo-squelettique chez l'adulte par exemple.

Ainsi, des organismes français comme *Luciole*, *MIAM Formation*, *l'Institut de Formation des Professionnels de Santé IFPS* ou encore *Eval Form Santé* proposent des formations autour de l'oralité pour les kinésithérapeutes diplômés d'Etat mais aussi pour d'autres professions de la santé comme les orthophonistes, les médecins et même les infirmiers. Le plus important étant que le public ciblé doit ou souhaite travailler dans le domaine de la pédiatrie.

Ces formations continues ont un programme établi sur plusieurs journées (2 à 3 jours de formation le plus souvent) et aborde principalement les thématiques éducatives et rééducatives des troubles de la déglutition et des troubles alimentaires chez l'enfant.

On peut retrouver dans le panel des formations : de l'analyse des signes d'appels et des populations à risques, prévention des fausses routes et postures, bilans et examens complémentaires , accompagnement parental mais aussi les notions d'anatomie et du développement de l'enfant correspondantes.

Ces formations ont donc pour but de former les soignants à observer, bilanter, rééduquer les enfants mais aussi accompagner les parents tout au long de la prise en charge.

Les compétences acquises au cours de la formation sont évaluées par des questionnaires mais aussi par de la pratique dans certaines formations.

Ces formations sont éligibles au DPC et sont le plus souvent animées par des pédiatres, des kinésithérapeutes mais aussi des ergothérapeutes pour tout le versant de l'installation pour les repas notamment. Il se peut que certaines formations donnent également accès à

des modules via internet afin de commencer la formation à distance mais toutes proposent deux à trois journées de formations obligatoires et présentiels.

La pédiatrie est une spécificité de la masso-kinésithérapie reconnue par l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Cette préférence d'exercice concerne ici une catégorie de personne et peut être mentionnée par le masseur-kinésithérapeute étant donnée qu'elle figure sur la liste des rééducations spécifiques arrêtées par l'ordre en mars 2021.

Ainsi, tout masseur-kinésithérapeute titulaire d'un diplôme donné par l'université (DU,DIU...) reconnu en rapport avec la pédiatrie ou tout kinésithérapeute ayant réalisé une formation de pédiatrie (volume supérieur à 80 heures) auprès d'un organisme de formation continue signataire de la charte de l'ordre, est en mesure d'afficher sa spécificité.

Sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est donc habilité à participer aux traitements de rééducation suivants sur sa population spécifique :

- à la rééducation concernant un système ou appareil comme la rééducation orthopédique, neurologique, traumatique, respiratoire, cardiovasculaire et des troubles vasculaires et lymphatiques
- à la rééducation concernant les séquelles comme la rééducation de l'amputé, de lésions abdominales, périnéo-sphinctérienne à compter du 90e jour après l'accouchement, des brûlés
- à la rééducation d'une fonction particulière comme celle de la motilité faciale et de la mastication, de la déglutition, des troubles de l'équilibre.

Les formations sur l'oralité dispensées par des organismes de formation continue signataires de la charte de l'ordre permettent donc aux kinésithérapeutes de revendiquer leur spécialité mais aussi d'accroître leurs champs de compétences dans ce domaine.

Elles permettent notamment aux MK de mettre en place des stratégies de prévention dans ce domaine, d'appréhender le développement de l'oralité, d'évaluer des troubles et de mettre en place la rééducation la plus adaptée à l'enfant et aux besoins de ses proches .

Ces formations permettent aussi de rafraîchir des notions de déglutition, de troubles alimentaires, d'anatomie et de physiologie ou encore sur le développement de l'enfant mais elles donnent également une certaine expertise au MK dans la réalisation de bilans spécifiques à l'oralité.

Elles fournissent des outils supplémentaires au MK afin d'assurer le meilleur suivi possible pour l'enfant.

Ces formations continues vont permettre au MK de former à leurs tours les parents des enfants pour que l'accompagnement soit maximal pendant et en dehors des séances de rééducation.

L'objectif sera notamment de les sensibiliser sur ces troubles afin de réaliser une prévention primaire sur le sujet mais aussi, dans un second temps, de les former à la bonne prise en charge de leur enfant afin de poursuivre la rééducation et de maintenir un suivi de l'enfant.

#### **Partie 4 : Problématique et hypothèses**

La complexité des troubles de l'oralité nécessite une prise en charge globale et pluridisciplinaire des enfants atteints de ces troubles : la participation des kinésithérapeutes dans la prise en charge, le bilan, la prévention et l'accompagnement des parents est plus que nécessaire au vu de notre proximité avec la patientèle.

La formation continue des kinésithérapeutes sur l'oralité semble donc être la meilleure alternative afin de réintégrer les kinésithérapeutes dans la prise en charge pluridisciplinaire.

On se demande donc :

Dans quelle mesure les masseurs kinésithérapeutes diplômés d'Etat exerçant en pédiatrie sont-ils formés sur l'oralité après leurs diplômes et comment ces formations, ou leurs absences, impactent leurs prises en charge ?

## **Partie 5 : le questionnaire**

### 5.1 Méthodologie de Recherche

Le but de ce questionnaire est d'observer la part des kinésithérapeutes exerçant en pédiatrie ayant réalisé ces formations sur l'oralité et si elles ont eu un réel impact sur leurs pratiques auprès des enfants et des nourrissons.

Pour les kinésithérapeutes n'ayant pas réalisés ces formations, l'objectif est d'analyser l'attitude du kinésithérapeute qui reçoit un enfant présentant des troubles de l'oralité lors d'une séance (de bilan par exemple).

Le questionnaire a été réalisé via Google Form® et a été relu plusieurs fois.

Il est constitué de 4 sections :

- deux sections communes à tous les MK exerçant en pédiatrie,
- une section pour les MK ayant réalisé une formation sur l'oralité,
- une section pour les MK n'ayant réalisé aucune formation sur l'oralité.

Ainsi, un MK qui répond au questionnaire ne peut répondre qu'à 3 sections sur les 4 en fonction de son parcours professionnel et des formations continues qu'il a effectuées.

Il existe donc deux versions pour le même questionnaire

- une version du questionnaire pour le MK formé sur l'oralité : constitué de 15 questions
- une version du questionnaire pour le MK non formé sur l'oralité : constitué de 16 questions.

Au total, le questionnaire est constitué de 22 questions : 5 questions ouvertes et de 17 questions fermées.

Les questions des 2 premières sections sont toutes obligatoires car elles permettent de déterminer la troisième à laquelle va répondre le MK.

Le questionnaire a subi un pré-test par 4 personnes dont 1 MK correspondant aux critères d'inclusions au questionnaire.

Pour la diffusion, le questionnaire va être diffusé :

- par e-mail aux MK exerçant sur des terrains de stages spécialisés en pédiatrie
- sur des groupes Facebook® comme : “Kiné - Pédiatrie” , “AKPMIP-Occitanie”
- via le réseau social Instagram®,
- Relayé par email aux les groupes de MK suivants : “Miam Formation” et “Luciole Formation”

Pour être inclus dans l'enquête, les MK doivent travailler auprès des enfants et des nourrissons (donc spécifiquement en pédiatrie), peu importe leur expérience ou leur secteur d'exercice.

Le temps estimé pour la réalisation du questionnaire par les MK est de 5 à 6 minutes.

Les données sont collectées entre le 20 Novembre 2022 et le 20 Décembre 2022 avec une relance au bout de 2 semaines, soit le 3 Décembre 2022.

Dû au manque de données, une ultime relance a été réalisée le 29 Janvier 2023.

La possibilité de répondre au questionnaire a donc été clôturée le 30 Janvier 2023, une fois que le nombre de réponses permettant une analyse statistique a été obtenu.

## 5.2 Le questionnaire

Il existe donc deux questionnaires différents au sein du même questionnaire : une version pour les kinésithérapeutes ayant réalisés une formation continue (à minima) sur l'oralité et une version pour les kinésithérapeutes n'en ayant pas fait.

La première section est commune aux deux questionnaires, c'est une section de 4 questions fermées à choix multiples qui ont pour objectif d'établir un profil des MK

répondant au questionnaire et d'avoir une idée de leur genre, de leur secteur d'activité, de leur département d'exercice ainsi que de l'âge moyen de leur patientèle.

La réponse à ces quatre premières questions est obligatoire.

Tableau 1 : Section n°1 du questionnaire

Section n°1					
<b>Profil des MK</b>	question 1	Question : A quel genre vous identifiez-vous ?	Réponses possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>● un homme</li> <li>● une femme</li> <li>● non binaire</li> <li>● autre</li> </ul>	Question fermée à choix multiples.	L'intérêt de la question est d'avoir un ordre d'idée du genre des personnes répondant au questionnaire
	question 2	Question : Quel est votre secteur d'exercice ?	Réponses possibles <ul style="list-style-type: none"> <li>● libéral</li> <li>● salariat</li> <li>● mixte</li> <li>● autres</li> </ul>	Question fermée à choix multiples.	L'intérêt de la question est d'avoir un ordre d'idée du secteur d'activité des MK répondant au questionnaire
	question 3	Question : Dans quel département exercez-vous ?	Réponses possibles : menu déroulant avec l'ensemble des départements français.	Question fermée à choix multiples.	L'intérêt de la question est d'avoir un ordre d'idée du lieu d'activité des MK répondant au questionnaire
	question 4	Question : Quelle est la tranche d'âge moyenne de votre patientèle ?	Réponses possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>● 0-6 ans.</li> <li>● 6-12 ans.</li> <li>● 12-18 ans.</li> </ul>	Question fermée à choix multiples.	L'intérêt de la question est d'avoir un ordre d'idée de l'âge moyen des patients pris en charge par les MK répondant

					au questionnaire.
--	--	--	--	--	-------------------

Les réponses aux questions de ces sections permettent d'obtenir des informations démographiques intéressantes que l'on mettra en lien avec des réponses aux questions suivantes dans la partie concernant les résultats du questionnaire.

La deuxième section est également une section commune aux deux versions du questionnaire, c'est une section qui concerne les connaissances actuelles des kinésithérapeutes sur l'oralité.

Cette section est constituée de 5 questions fermées, soit binaire (oui/non) soit à choix multiples et elles sont toutes obligatoires, surtout la dernière question car en fonction de cette réponse on aura une fin de questionnaire différente.

Tableau 2 : Section n°2 du questionnaire

Section n°2					
<b>Les connaissances des MK sur l'oralité</b>	Question 5	Question : Êtes-vous familier avec la notion d'oralité ?	Réponses possibles : Échelle de 0 à 4. 0 = absence de notions 4= très bonnes notions	Question fermée à choix multiples.	l'intérêt de cette question est de voir comment les MK évaluent leur connaissance du sujet.
	Question 6	Question : Pensez-vous que le bilan et le traitement des troubles de l'oralité font partie des compétences du MK ?	Réponses possibles : <ul style="list-style-type: none"><li>● oui</li><li>● non</li></ul>	Question fermée binaire (oui/non).	l'intérêt de cette question est d'avoir l'avis des MK répondant au questionnaire par rapport à leur champ d'action.

	Question 7	Question :  Pensez-vous que vos notions actuelles vous permettent de prendre pleinement en charge des enfants atteints de troubles de l'oralité ?	Réponses possibles :  <ul style="list-style-type: none"> <li>● oui</li> <li>● non</li> </ul>	Question fermée binaire (oui/non).	L'intérêt de cette question est de faire naître un jugement chez le MK par rapport à sa pratique et à son niveau de connaissance sur la thématique.
	Question 8	Question :  Des notions sur l'oralité vous ont-elles été dispensées au cours de votre formation initiale (en IFMK) ?	Réponses possibles :  <ul style="list-style-type: none"> <li>● oui</li> <li>● non</li> </ul>	Question fermée binaire (oui/non)	L'intérêt de cette question est de voir si une initiation à la thématique a été réalisée en amont au cours de la formation initiale, ou non.
	Question 9	Question :  Avez-vous réalisé une formation continue sur l'oralité par un organisme certifié, après votre formation initiale ?	Réponses possibles :  <ul style="list-style-type: none"> <li>● oui</li> <li>● non</li> </ul>	Question fermée binaire (oui/non)	l'intérêt de cette question est de voir la part des kinésithérapeutes ayant suivi une formation supplémentaire sur l'oralité

Les réponses à ces questions nous donnent des informations très intéressantes sur le niveau de connaissance des MK sur l'oralité mais aussi sur leur pratique, en rapport avec leurs connaissances. La réalisation de formation continue après la formation initiale pour continuer d'être à jour avec les données de la science mais aussi avec les bonnes pratiques est un socle très important pour notre pratique en tant que kinésithérapeute.

La troisième section n'est accessible que si le MK a répondu "non" à la question n°9, cette section est donc réservée aux MK n'ayant pas réalisé de formations continues sur la thématique de l'oralité.

Par souci de compréhension, les questions de cette troisième section sont numérotées avec un A qui suit, pour ne pas confondre avec les questions de la quatrième section.

Cette section est constituée de 7 questions, 2 questions ouvertes avec possibilité de réponses longues, 1 question ouverte avec réponse courte, 3 questions fermées binaires (oui/non) et une question fermée à choix multiples.

La réponse aux questions est obligatoire sauf pour la question 14A car elle dépend de la réponse à la question 13A.

Tableau 3 : Section n°3 du questionnaire

Section n°3					
<b>Questionnaire destiné spécialement aux MK n'ayant pas suivi de formation continue sur l'oralité</b>	Question 10A	Question : Selon vous, l'oralité a-t-elle une réelle importance dans la prise en charge globale de l'enfant ?	Réponses possibles : <ul style="list-style-type: none"><li>● oui</li><li>● non</li></ul>	Question fermée binaire (oui/non)	L'intérêt de cette question est d'avoir un avis sur l'oralité au sein de la prise en charge chez les MK non formés
	Question 11A	Question : Que faites-vous si un enfant se présente à vous en séance de rééducation ou de bilan avec des troubles de l'oralité (avec ou sans pathologie associée) ?	Réponse ouverte longue.	Question ouverte à réponse longue.	L'intérêt de cette question est d'avoir une idée de comment ces MK réagissent face à des TDO. (redirection vers un confrère, un spécialiste, prise en charge de tout sauf des TDO...)

	Question 12A	Question :  Pour vous, qu'est ce qui vous freine à réaliser une formation continue certifiée sur l'oralité ?	Réponse ouverte longue.	Question ouverte à réponse longue.	L'intérêt de cette question est de connaître les freins des MK à poursuivre leur formation continue dans ce domaine (dates, distance, contenu...).
	Question 13A	Question :  Vous a-t-on déjà conseillé de vous former dans ce domaine auprès d'un organisme certifié ?	Réponses possibles :  <ul style="list-style-type: none"> <li>● oui</li> <li>● non</li> </ul>	Question fermée binaire (oui/non).	L'intérêt de cette question est de savoir si la formation continue sur l'oralité est recommandé par les confrères/ consoeurs formés dans ce domaine.
	Question 14A	Question :  Si oui, pouvez-vous citer l'organisme certifié que l'on vous a recommandé ?	Réponse courte.	Question ouverte à réponse courte.	L'intérêt de cette question est d'avoir une idée des organismes recommandés entre confrères.
	Question 15A	Question :  Travaillez-vous en pluridisciplinarité avec d'autres professionnels de l'oralité (pédiatres ORL, orthophonistes,	Réponses possibles :  <ul style="list-style-type: none"> <li>● oui</li> <li>● non</li> </ul>	Question fermée binaire (oui/non).	L'intérêt de cette question est de savoir si le travail avec d'autres professionnels de l'oralité peut amener le MK à se former dans

		psychomotriciens ... ) ?			ce domaine.
	Question 16A	Question : Enfin, avez-vous l'intention de vous former sur l'oralité auprès d'un organisme certifié dans un futur proche (maximum 2 ans) ?	Réponses possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>● oui</li> <li>● non</li> </ul>	Question fermée binaire (oui/non)	L'intérêt de cette question est de savoir si les MK n'ayant pas fait de formation continue sur l'oralité souhaitent se former dans ce domaine d'ici 2 ans.

Cette section a donc pour but de recueillir des données auprès des MK exerçant en pédiatrie n'étant pas formés sur l'oralité.

Connaître les freins personnels par rapport à cette formation continue, savoir si elle leur a déjà été recommandée dans leur pratique ou bien savoir s'ils exercent en collaboration étroite avec d'autres professionnels de l'oralité, nous permet d'établir le profil des MK qui vont se diriger ou non vers cette formation continue.

La quatrième section n'est accessible que si les MK ont répondu "oui" à la question n°9, elle est donc réservée aux MK ayant réalisé une formation continue sur l'oralité par un organisme certifié.

Par souci de compréhension, les questions de cette quatrième section sont numérotées avec un B qui suit, pour ne pas les confondre avec les questions de la troisième section.

Cette section est constituée de 8 questions, 4 questions fermées binaires (oui/non) , 1 question fermée à choix multiples, 2 questions ouvertes à réponses longues et 1 question ouverte à réponse courte.

La réponse aux questions est toujours obligatoire sauf pour les questions 13B et 15B car elles dépendent respectivement des réponses aux questions 12B et 14B.

Tableau 4 : Section n°4 du questionnaire.

Section n°4					
<b>Questionnaire destiné spécialement aux MK ayant reçu une formation continue sur l'oralité</b>	Question 10B	Question : À quand remonte votre dernière formation continue sur l'oralité ?	Réponses possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>● &lt; 2 ans</li> <li>● entre 2 et 6 ans</li> <li>● entre 6 et 10 ans</li> <li>● &gt; 10 ans</li> </ul>	Question fermée à choix multiples .	L'intérêt de cette question est de voir à quelle période se sont formés les MK sur l'oralité
	Question 11B	Question : Pouvez-vous citer l'organisme qui vous a dispensé la formation ?	Réponse courte.	Question ouverte à réponse courte.	L'intérêt de cette question est de recenser les organismes ayant dispensé la formation aux MK

	Question 12B	Question :  Quel était le format de votre dernière formation continue sur l'oralité	Réponses possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>● des cours théoriques en e-learning</li> <li>● des journées en présentiel</li> <li>● un MOOC</li> <li>● des visioconférences ou classes virtuelles</li> <li>● des webinaires</li> <li>● autres</li> </ul>	Question fermée à réponses multiples .	L'intérêt de cette question est de connaître le type de formation continue reçue par les MK répondant au questionnaire .
	Question 13B	Question :  Cette formation vous a-t-elle aidée à réaliser de meilleurs bilans et traitements pour les enfants atteints de TDO ?	Réponses possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>● oui</li> <li>● non</li> </ul>	Question fermée binaire (oui/non) .	L'intérêt de cette question est de justifier les bienfaits de la formation continue à savoir la meilleure prise en charge possible selon les données actuelles.
	Question 13B	Question :  Si oui, de quelle manière ?	Réponse longue.	Question ouverte à réponse longue.	L'intérêt de cette question est de savoir ce qu'ont gardé les MK de

					cette formation dans leur pratique actuelle.
Question 14B	Question :  Travaillez-vous en pluridisciplinarité avec d'autres professionnels de l'oralité (pédiatres ORL, orthophonistes, psychomotriciens) ?	Réponses possibles :  <ul style="list-style-type: none"> <li>● oui</li> <li>● non</li> </ul>	Question fermée binaire (oui/non)	L'intérêt de cette question est que le souhait de se former sur l'oralité a pu naître de la collaboration étroite avec ces professionnels.	
Question 15B	Question :  Enfin, recommanderiez-vous à un confrère MK exerçant en pédiatrie de réaliser une formation continue sur l'oralité ?	Réponses possibles :  <ul style="list-style-type: none"> <li>● oui</li> <li>● non</li> </ul>	Question fermée binaire (oui/non)	L'intérêt de cette question est de savoir si les MK ayant reçu la formation continue sur l'oralité estiment qu'il est intéressant de réaliser cette formation pour la bonne prise en charge des enfants.	

Cette quatrième section, destinée aux MK ayant réalisés une formation continue sur l'oralité, a pour but de nous apporter des réponses sur les bienfaits de cette formation

au niveau de leur pratique (bilans et traitements) et de la prise en charge des enfants atteints de TDO.

Les réponses nous aiguillent sur le type de formation suivie, sur son apport dans la pratique quotidienne du MK et savoir si le MK recommande ou non de suivre une formation continue sur l'oralité nous aiguille sur son niveau de satisfaction par rapport à cette formation continue.

### 5.3 Résultats bruts :

Les résultats, comme la présentation du questionnaire, sont retranscrits par question et par section afin de ne pas nuire à la compréhension de l'étude.

Les résultats des questions ouvertes sont retranscrits de manière plus simple afin de ne pas nuire à la bonne compréhension du lecteur : ils sont complets en annexes.

Au total, 40 MKDE exerçant en pédiatrie ont répondu au questionnaire concernant la formation continue sur l'oralité et ont tous répondu aux questions des deux premières sections.

Sur les 40 MKDE, 19 n'ont pas été formés sur l'oralité et ont donc répondu à la section 3 du questionnaire.

21 MKDE ayant été formés sur l'oralité ont répondu à la section 4 du questionnaire.

## Réponses aux questions de la section n°1 du questionnaire : Profil des Masseur-kinésithérapeutes.

### Question n°1

À quel genre vous identifiez-vous ?

40 réponses

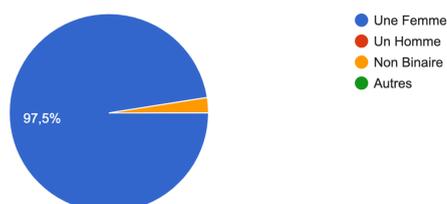


figure 1 : graphique représentant les réponses à la question n°1

### Question n°2

Quel est votre secteur d'exercice ?

40 réponses

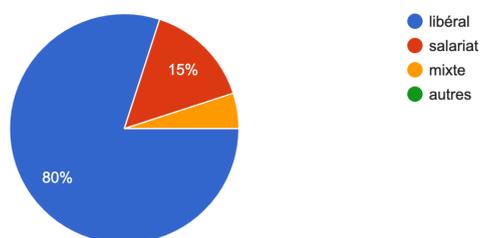


figure 2 : graphique représentant les réponses à la question n°2

### Question n°3

Quelle est la tranche d'âge moyenne de votre patientèle ?

40 réponses

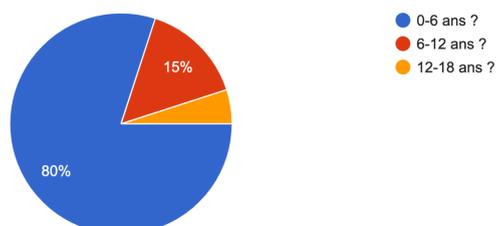


figure 3 : graphique représentant les réponses à la question 3

#### Question n°4

Parmi tous les départements français, les plus représentés sont les suivants :

- Nord / Isère / Hérault : 3 réponses (7,5%)
- Morbihan / Maine-et-Loire / Ille-et-Vilaine / Hauts-de-Seine / Paris / Seine-Maritime et Bas-Rhin : 2 réponses (5%)

Pour une meilleure lisibilité, les réponses détaillées sont à retrouver en annexe.

Dans quel département se trouve votre lieu d'exercice actuel ?

40 réponses

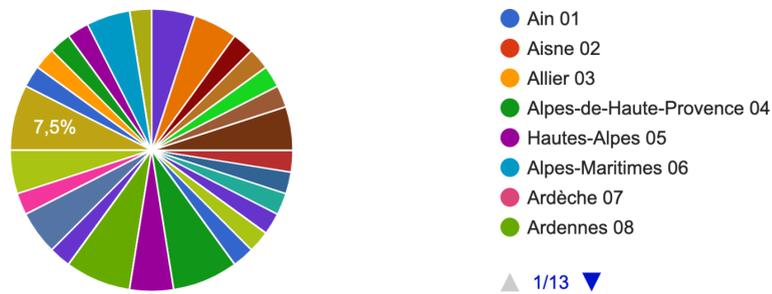


figure 4 : graphique représentant les réponses à la question 4

Réponses aux questions de la section n°2 du questionnaire : Connaissances des MK sur l'oralité.

#### Question n°5

Êtes-vous familier avec la notion d'oralité ?

40 réponses

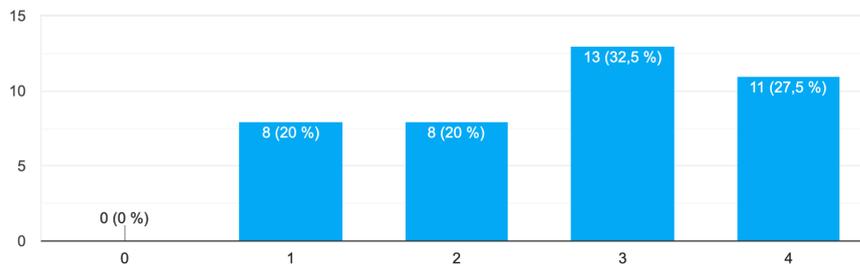


figure 5 : graphique représentant les réponses à la question 5

### Question n°6 :

Pensez-vous que le bilan et le traitement de troubles de l'oralité font partie des compétences du MK ?

39 réponses

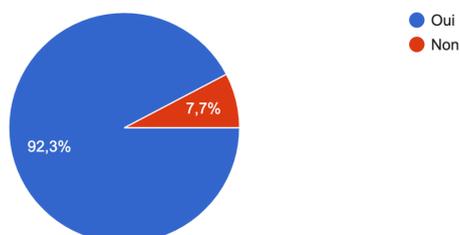


figure 6 : graphique représentant les réponses à la question 6.

### Question n°7

Pensez-vous que vos notions actuelles vous permettent de prendre pleinement en charge des enfants présentant des troubles de l'oralité ?

40 réponses

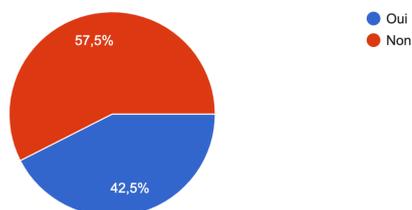


figure 7 : graphique représentant les réponses à la question 7.

### Question n°8

Des notions sur l'oralité vous ont-elles été dispensées au cours de votre formation initiale (en IFMK) ?

?

40 réponses

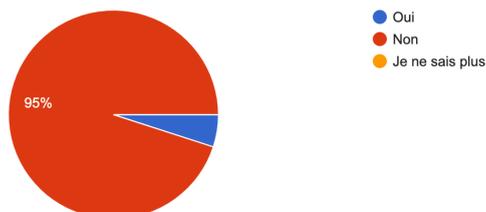


figure 8 : graphique représentant les réponses à la question 8.

### Question n°9

Avez-vous réalisé une formation continue sur l'oralité par un organisme certifié, après votre formation initiale ?

40 réponses

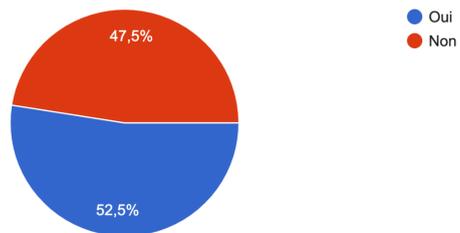


figure 9 : graphique représentant les réponses à la question 9

Réponses aux questions de la section n°3 du questionnaire : Questionnaire destiné spécialement aux MK n'ayant pas réalisé de formation continue sur l'oralité.

### Question 10A

Selon vous, l'oralité a-t-elle une réelle importance dans la prise en charge globale de l'enfant ?

19 réponses

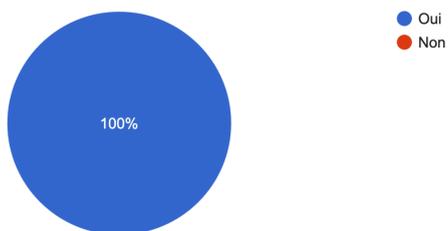


figure 10 : graphique représentant les réponses à la question 10A.

## Question 11A

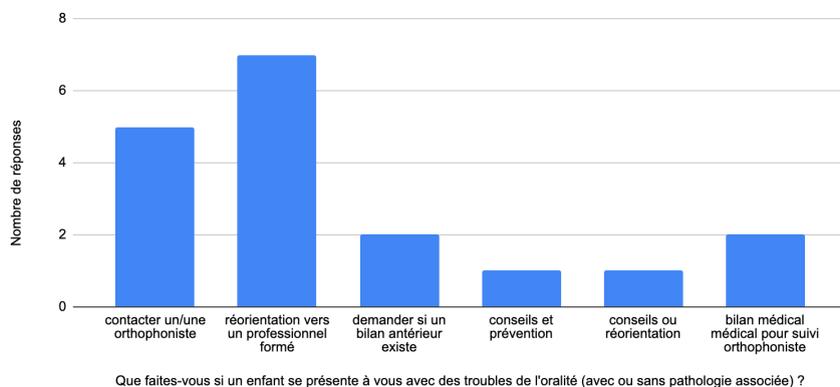


figure 11 : graphique représentant les réponses à la question 11A.

L'ensemble détaillé des réponses est disponible en annexe.

## Question 12A

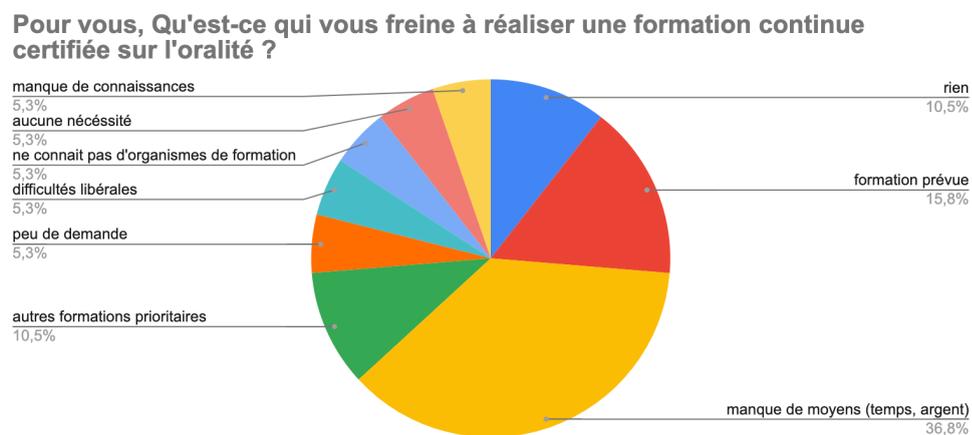


figure 12 : graphique représentant les réponses à la question 12A.

L'ensemble détaillé des réponses est disponible en annexe.

### Question 13A

Vous a-t-on déjà conseillé de vous former dans ce domaine auprès d'un organisme certifié ?  
19 réponses

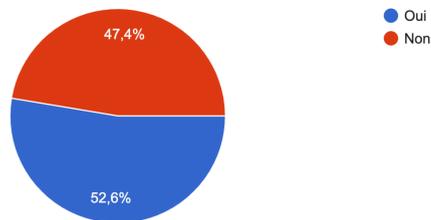


figure 13 : graphique représentant les réponses à la question 13A.

### Question 14A

Les variations dans les réponses correspondent uniquement au choix de l'orthographe utilisée.

On considère donc que 90% des réponses sont "Luciole" et 10% des réponses sont "Luciole ou DU".

Si oui, pouvez-vous citer l'organisme de formation que l'on vous a recommandé ?  
10 réponses

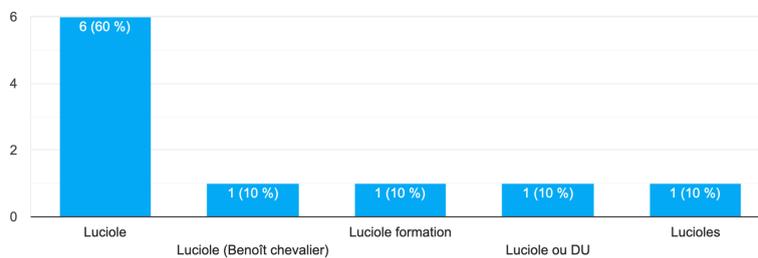


figure 14 : graphique représentant les réponses à la question 14A.

### Question 15A

Travaillez-vous en pluridisciplinarité avec d'autres professionnels de l'oralité ? (pédiatres ORL, orthophonistes, psychomotriciens...)  
19 réponses

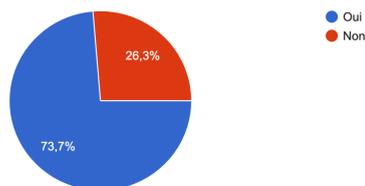


figure 15 : graphique représentant les réponses à la question 15A.

### Question 16A

Enfin, avez-vous l'intention de vous former sur l'oralité auprès d'un organisme certifié dans un futur proche (maximum 2 ans) ?

19 réponses

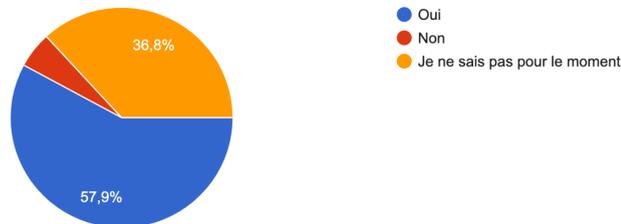


figure 16 : graphique représentant les réponses à la question 16A.

Réponses aux questions de la section n°4 du questionnaire : Questionnaire destiné spécialement aux MK ayant réalisé une formation continue sur l'oralité.

### Question 10B

À quand remonte votre dernière formation continue sur l'oralité ?

21 réponses

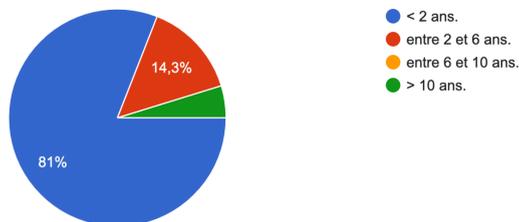


figure 17 : graphique représentant les réponses à la question 10B.

### Question 11B

Certaines réponses étant similaires mais avec des orthographe différentes, les nouveaux pourcentages sont les suivants :

- Luciole : 11 Réponses (52,4%)
- MIAM Formation : 3 Réponses (14%)
- DIU TOA : 1 réponse (4,8%)
- MEEX Formation : 1 réponse (4,8%)
- AOD Formation/Catherine SENEZ : 1 réponse (4,8%)
- DIU Pédiatrie et complexe oro-facial : 1 réponse (4,8%)
- DU Troubles de l'oralité et journée oralité NECKER : 1 réponse (4,8%)

- Université Bretagne occidentale : 1 réponse (4,8%)
- Réseau Périnatalité d'Occitanie : 1 réponse (4,8%)

Pouvez-vous citer l'organisme qui vous a dispensé cette formation ?

21 réponses

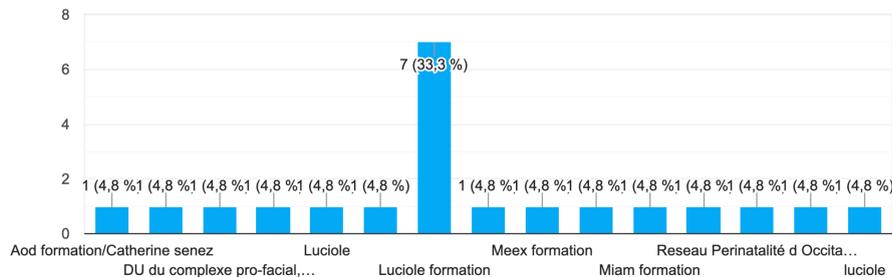


figure 18 : graphique représentant les réponses à la question 11B.

### Question 12B

Quel était le format de votre dernière formation continue sur l'oralité ?

21 réponses

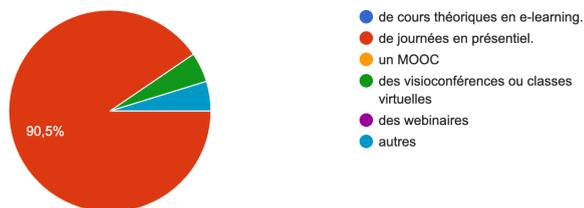


figure 19 : graphique représentant les réponses à la question 12B.

### Question 13B

Cette formation vous a-t-elle aidé à réaliser de meilleurs bilans et traitements pour les enfants atteints de troubles de l'oralité ?

21 réponses

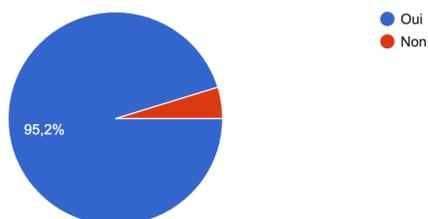


figure 20 : graphique représentant les réponses à la question 13B.

## Question 14B

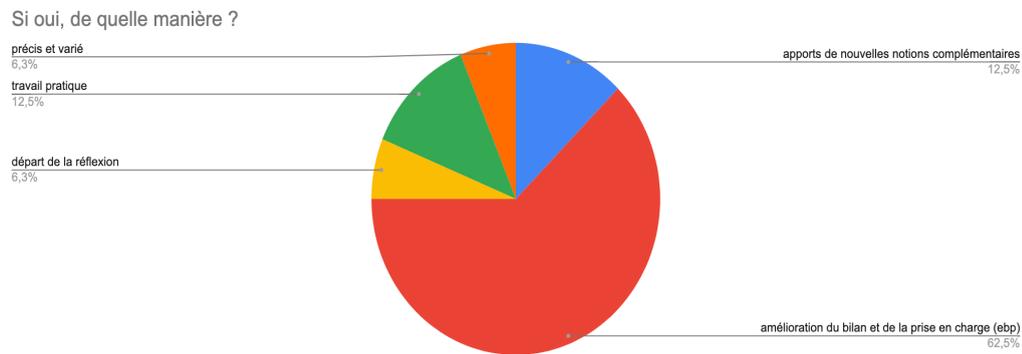


figure 21 : graphique représentant les réponses à la question 14B.

L'ensemble détaillé des réponses se trouve en annexe.

## Question 15B

Travaillez-vous en pluridisciplinarité avec d'autres professionnels de l'oralité ? (pédiatres ORL, orthophonistes, psychomotriciens...)

21 réponses

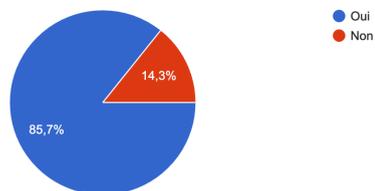


figure 22 : graphique représentant les réponses à la question 15B.

## Question 16B

Enfin, conseillerez-vous à un confrère masseur-kinésithérapeute exerçant en pédiatrie de réaliser une formation continue sur l'oralité ?

21 réponses

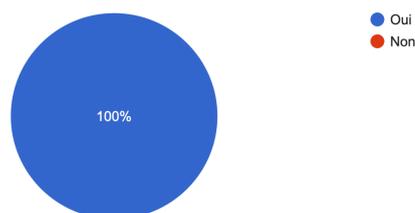


figure 23 : graphique représentant les réponses à la question 16B.

## 5.4 Analyse des Résultats

En ce qui concerne l'analyse des résultats, il est important de noter que le nombre de réponses n'est pas satisfaisant afin de permettre une analyse statistique extrapolable à l'ensemble de la population étudiée mais les résultats fournis par Google Form® sont quand même analysés pour voir ce qu'il en ressort.

Pour l'analyse des réponses aux questions, le logiciel DATAVIV® de Sphinx® est utilisé.

Ils permettent une analyse statistique des réponses aux questions, aussi bien pour les réponses aux questions fermées que les réponses aux questions ouvertes.

L'analyse des résultats va donc s'effectuer par section.

### 5.4.1 Epidémiologie

Les réponses à ces questions nous permettent de mettre en évidence qu'une très large majorité des MKDE ayant répondu au questionnaire sont des femmes et que 0% d'Hommes sont représentés par le questionnaire.

On peut déjà émettre des questionnements sur la place du MKDE de genre masculin dans ce type de prise en charge.

De plus, elles exercent majoritairement dans le secteur libéral (80%) et auprès de patients âgés de 0-6 ans, qui est la tranche d'âge qui nous intéresse le plus pour les TDO (mécanique et/ou alimentaire).

Les départements sont divers mais ne permettent pas de représenter les MKDE exerçant en pédiatrie sur l'entièreté du territoire français (population étudiée), ce qui constitue un des biais de notre étude.

Il n'y a pas de relation statistique significative entre ces questions donc aucun lien n'a été fait entre elles.

### 5.4.2 Connaissances des MK sur l'oralité :

Plus de 60% des MKDE ayant répondu estiment avoir de bonnes ou de très bonnes notions sur l'oralité (question 5) mais 57,5% estiment que leurs notions actuelles ne leur permettent pas de prendre pleinement en charge les patients (question 7).

Une analyse croisée des résultats des deux questions nous permet d'émettre l'hypothèse qu'un MKDE estimant avoir de fortes notions sur l'oralité se sent plus légitime dans la prise en charge des TDO de son patient.

Tableau n°5 : croisement entre la question 5 et la question 7

Croisement : Êtes-vous familier avec la notion d'oralité ? / Pensez-vous que vos notions actuelles vous permettent de prendre pleinement en charge des enfants présentant des troubles de l'oralité ?

ÊTES-VOUS FAMILIER AVEC LA NOTION D'ORALITÉ ?	PENSEZ-VOUS QUE VOS NOTIONS ACTUELLES VOUS PERMETTENT DE PRENDRE PLEINEMENT EN CHARGE DES ENFANTS PRÉSENTANT DES TROUBLES DE L'ORALITÉ ?		
	OUI	NON	TOTAL
Moyenne	3,5	2,0	2,7

■ Éléments significativement inférieurs à la moyenne ■ Éléments significativement supérieurs à la moyenne

La relation est très significative. p-value = < 0,01 ; Fisher = 32,6.  
Variance inter = 21,6. Variance intra = 0,7.

Plus de 92% des répondants pensent que le bilan et le traitement des TDO font partie des compétences du MKDE. Ce chiffre est important mais il correspond à la réponse d'individus issus d'une population précise, il aurait été intéressant de le comparer avec d'autres individus issus d'une population différente pour voir la différence.

95% des MKDE n'ont jamais entendu parler de l'oralité au cours de leur formation initiale.

Aucune question n'a été posée sur l'année d'obtention du diplôme mais il est clair que très peu d'IFMK dispensent des notions sur cette thématique depuis le changement sur les programmes en 2015 notamment.

A la suite de delà, nous apprenons que 52,5% des MKDE ayant répondu ont suivi une formation continue sur l'oralité.

#### 5.4.3 Questions destinées aux MK n'ayant pas réalisé de formation continue sur l'oralité :

Alors que 100% des MKDE ayant répondu à cette section estiment que l'oralité a une réelle importance dans la prise en charge globale des enfants, ils ne se sentent pas légitimes dans la prise en charge et le suivi de ce type de troubles.

Face à celà, une analyse en nuages de points de la question 11A nous montre que beaucoup préfèrent réorienter vers des orthophonistes ou des confrères / professionnels formés sur l'oralité.

Que faites-vous si un enfant se présente à vous avec des troubles de l'oralité (avec ou sans pathologie associée) ?



figure 24 : nuages de mot représentant les réponses de la question 11A.

Alors qu'ils estiment que la prise en charge des TDO est fondamentale d'un point de vue global pour l'enfant, les résultats de la question 12A poussent les MKDE non formés à rediriger leurs patients :

- pour plus d'1/3 des répondants (36,8%), ils n'ont pas les moyens de réaliser la formation (temps et argent principalement)
- Pour 15,8% des répondants la formation est prévue et n'a pas encore été réalisée.
- 10,5% des MKDE estiment que d'autres formations sont prioritaires et ne sont pas aptes à prendre en charge les TDO ce fait
- 10,5% estiment que rien ne les empêche de réaliser la formation.
- pour les autres, le manque de reconnaissance, le manque de demande dans ce domaine précis, le manque de sensibilisation sur la thématique ou les difficultés libérales sont un frein à la prise en charge des TDO.

56,2% des MKDE ont été conseillés par des confrères vis-à-vis de la réalisation d'une formation sur l'oralité pour la bonne prise en charge des enfants dans leur globalité.

L'organisme le plus recommandé est Luciole Formation à hauteur de 90% ou la réalisation d'un diplôme universitaire.

73,7% des MKDE travaillent en pluridisciplinarité avec des professionnels de l'oralité et 57,9% vont se former sur l'oralité dans un futur proche (< 2 ans) alors que 36,8% des répondant ne savent pas encore s'ils vont se former sur l'oralité d'ici 2 ans.

#### 5.4.4 Questions destinées aux MK ayant réalisé une formation continue sur l'oralité :

81% des MKDE se sont formés sur les TDO il y a moins de 2 ans et ont donc profité de ressources récentes sur ce domaine. Pour 14,3%, leur dernière formation remonte entre 2 et 6 ans.

Comme le montre le résultat brut de la question 11B, la majorité des MKDE ont cité les organismes Luciole Formation et Miam Formation qui sont des références sur la thématique.

D'autres ont fait mention de nombreux D.U comme le D.U troubles de l'oralité ou le D.U du complexe pro-facial qui ont été mentionnés.

À 90,5%, les formations se présentent sous forme de journées présentielle avec des ateliers pratiques mais aussi théoriques afin de permettre aux MKDE d'obtenir de nouvelles clés sur le bilan et le traitement des TDO (ou de compléter leurs acquis avec de nouvelles ressources).

4,8% étaient sous la forme de classes virtuelles ou visioconférences.

95,2% des MKDE formés estiment que la formation leur a apporté des éléments clés pour la bonne prise en charge des patients atteints de TDO, que ce soit pour le bilan, le traitement ou l'accompagnement des parents.

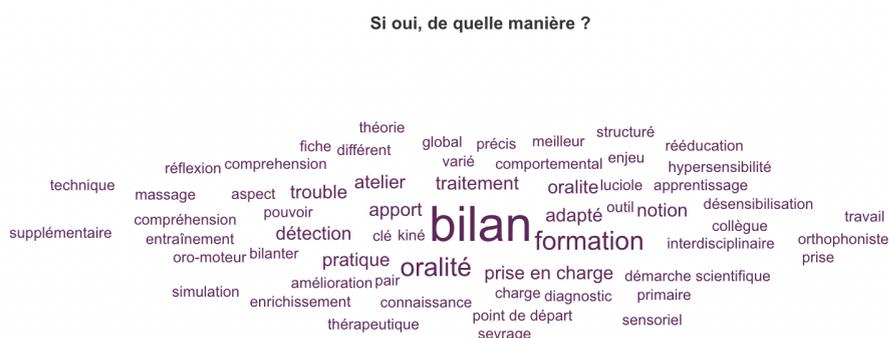


figure 25 : nuages de mot représentant les réponses de la question 14B.

L'analyse du nuage de mots de la question 14B met en avant que ces formations leur ont apporté au niveau du bilan, de la pratique, du traitement et de la prise en charge globale des troubles de l'oralité.

Un des points qui ressort de la question ouverte est également le côté "evidence-based practice" (EBP) de ces formations qui en font donc toutes leurs qualités (elles utilisent des ressources validées dans la littérature).

85,7% des MKDE travaillent en pluridisciplinarité avec d'autres experts de l'oralité et 100% recommandent à leurs confrères de se former sur l'oralité et la prise en charge des TDO.

## 5.5 Biais du questionnaire.

Le questionnaire est un très bon outil pour obtenir un maximum de réponses rapidement mais il ne permet pas souvent d'étudier le fond du problème et est soumis à de très nombreux biais.

On retrouve évidemment **le biais de sélection** : le questionnaire étant diffusé sur des canaux comme Facebook® ou Instagram®, les résultats seront forcément biaisés.

De plus, la participation au questionnaire étant volontaire un MK sensibilisé sur l'oralité aura beaucoup plus de chances de répondre au questionnaire par rapport à un MK non formé qui ne sentira pas forcément légitime de répondre.

On aura aussi un **biais de cadrage** qui est incontournable dans un questionnaire : la formulation des questions, l'ordre des questions et les différentes réponses proposées ainsi que leurs alternatives peuvent suggérer des propositions différentes.

Certaines questions étant facultatives dans les sections 3 et 4, on retrouve un **biais d'interprétation des résultats** : l'absence de réponses peut être issue d'une incompréhension, d'une absence de pratique, une volonté de ne pas répondre par le MK ou bien le manque de temps pour répondre à toutes les questions.

## Partie 6 : Discussion

### 6.1 Observation des tendances du questionnaire :

On note dans un premier temps que la population ayant répondu au questionnaire constitue une grande majorité de femmes.

On se questionne donc sur la grande représentation de ce genre au sein de la population étudiée : est-ce que cela vient d'une sensibilité naturellement plus portée sur l'enfant ou bien est-ce un manquement de la part des IFMK qui ne sensibilisent pas assez les étudiants à s'orienter de manière générale vers la pédiatrie ?

Il faut également tenir compte de la difficulté de l'exercice libéral en kinésithérapie dont la pénibilité augmente selon la patientèle et la qualité de l'exercice du kinésithérapeute.

De nombreux choix socio-professionnels influent sur la pratique du MKDE, sur son choix de patientèle et sur son type d'exercice.

Ce questionnement est intéressant mais n'étant pas le sujet premier de ce mémoire, il reste ouvert à la discussion.

Il est important de souligner que pour la très grande majorité des MKDE ayant répondu au questionnaire, aucune notion concernant l'oralité n'a été abordée au cours de leur cursus initial, alors qu'ils estiment que la prise en charge et le bilan des TDO font partie intégrante du champ de compétences des MKDE.

Cette différence provient très certainement d'un manque de sensibilisation des étudiants au cours de leur cursus initial vis-à-vis des TDO.

C'est au cours de diverses expériences professionnelles (en stage ou post-diplôme) qu'ils vont s'intéresser à ce domaine précis de la prise en charge kinésithérapique du jeune enfant.

Mais pourquoi, alors que tous s'accordent sur les bienfaits de la formation continue sur la prise en charge des TDO du jeune enfant, ces formations continues semblent si peu représentées et sont si peu connues dans notre milieu professionnel ?

D'une part, le nombre d'organismes qui proposent des formations autour de l'oralité est très faible.

Comme très peu de kinésithérapeutes sont sensibilisés sur le domaine, il n'y a pas d'avantages financiers pour les organismes de formation à mettre en place des séminaires avec des intervenants reconnus et d'en proposer plusieurs à l'année.

C'est une des raisons qui font que ce sont souvent les mêmes noms de formation qui ressortent auprès des MKDE (tant sur les formations recommandées que sur celles réalisées).

Il y a aussi des problématiques propres au MKDE lui-même comme le manque de temps, de moyens pour se former alors que c'est un devoir dans notre profession de nous maintenir à jour sur les dernières données de la science.

Ces problématiques sont en lien étroit avec des thématiques actuelles qui font débat au sein de notre profession, notamment sur le niveau de reconnaissance de notre profession (dont les débats sur la majoration des actes).

Les MKDE ayant répondu au questionnaire nous rapportent l'étendue des bienfaits des formations continues sur l'oralité par rapport à leur prise en charge : ils sont en mesure de réaliser de meilleurs bilans, de meilleurs traitements, de mieux accompagner les parents et deviennent de véritables acteurs dans la prévention des TDO pour les enfants qui n'en sont pas encore atteints.

Et alors qu'on pourrait s'attendre à ce que les MKDE formés sur l'oralité se concentrent dans ce domaine afin de faire valoir leurs compétences et leurs spécialités, on se rend compte qu'ils travaillent encore plus en pluridisciplinarité avec d'autres professionnels de l'oralité notamment les orthophonistes et il faudrait se poser la question du pourquoi. Celà vient-il d'une meilleure compréhension des enjeux de la prise en charge en pluridisciplinarité ? Ou au contraire connaissent-ils les limites de leur prise en charge ?

Ces formations sont donc une véritable ouverture sur un domaine peu connu de la prise en charge pédiatrique.

Elles offrent aux MKDE les clés pour prendre en charge au mieux leurs patients ou pour réorienter vers les bons professionnels en fonction du bilan réalisé ou de l'évolution du TDO.

## 6.2 Limites de la discussion

Dans un premier temps, il est important de noter que la thématique choisie est très spécifique et précise.

Le questionnaire est orienté vers une population de MKDE spécialisés dans un certain domaine ce qui crée un **biais d'auto-sélection**.

Je m'attendais donc à avoir un nombre de résultats restreints, c'est pourquoi j'ai dû changer ma population cible : mon choix initial se portait sur les MKDE d'Occitanie mais j'ai rapidement pris conscience que limiter la population à notre région allait impacter la rapidité de la diffusion et le nombre de réponses.

Au final, choisir comme population les MKDE spécialisés en pédiatrie en France a facilité mon accès à certains canaux de diffusions notamment avec des groupes plus généraux sur les réseaux sociaux.

Pour autant, la rapidité de diffusion de mon questionnaire et le nombre de réponses au questionnaire ont mis plus de temps que prévu afin d'atteindre un seuil statistique un minimum satisfaisant ( $n \geq 30$ ).

Malheureusement, mon échantillon de réponses est clairement trop faible pour extrapoler ces résultats à la population cible.

On peut donc observer des "tendances" selon les résultats obtenus mais on ne peut pas faire de lien statistique entre les deux.

Ensuite, il est important de noter que la thématique est au croisement de plusieurs champs de compétences professionnels : il est donc difficile pour certains MKDE potentiellement concernés par ce questionnaire de s'y retrouver, ne se sentant pas concernés par la thématique.

Il y a clairement une limite dans la sensibilisation des MKDE (exerçant en pédiatrie ou non) sur cette thématique qu'est l'oralité.

Selon les IFMK, la formation initiale ne prend presque pas le temps d'aborder ces notions comme en témoignent certaines réponses du questionnaire.

Les personnes formées ont donc dû être sensibilisées au cours d'un stage, en situation de soin, lors d'une expérience professionnelle, lors de discussions professionnelles, de congrès, lors d'une formation continue ou, de plus en plus, par des posts spécialisés sur les réseaux sociaux.

C'est cette sensibilisation aux TDO qui va amener le MKDE à se renseigner sur la thématique et l'amener à réaliser une formation continue afin d'approfondir bilans et prises en charge.

Ce manque de sensibilisation est un véritable frein à notre pratique professionnelle au profit des autres professions partageant ce champ de compétence, même lorsque la prise en charge est partagée et pluridisciplinaire.

### 6.3 Axes d'amélioration de la pratique

Une des limites rencontrées a été le manque de littérature professionnelle propre à la kinésithérapie sur cette thématique et cela constitue donc le premier axe d'amélioration de notre pratique.

En effet, j'ai éprouvé quelques difficultés à trouver des articles rédigés par des MKDE sur leur pratique autour de l'oralité : très souvent les articles sont rédigés en collaboration avec des orthophonistes, des psychomotriciens ou des médecins ce qui a tendance à

nuancer le propos vers un article scientifique “médical” sur l’oralité au lieu d’un article propre à la prise en charge en kinésithérapie.

Il y a également un manque de preuves indéniable en kinésithérapie dans ce domaine. Nous savons que nous pouvons prendre en charge les TDO, en réaliser le bilan et accompagner au mieux les parents mais comme il n’y a jamais eu de réelles études comparatives entre plusieurs méthodes, il n’y a pas de “protocole” précis et prouvé qui en ressort comme on peut en trouver dans certaines prises en charges.

Ensuite, notre prise en charge en tant que MKDE se veut bio-psycho-sociale en prenant en compte la globalité de notre patient.

Prendre en charge les TDO d’un enfant (qu’il y ait une pathologie associée ou non) fait partie de notre champ de compétences.

Comme les débats actuels tournent également sur l’accès direct en kinésithérapie, il faut qu’il y ait une ouverture sur l’oralité dans notre profession avec une augmentation de la sensibilisation dès la formation initiale.

C’est en montrant notre compétence et notre savoir-faire dans tous les domaines possibles que nous allons faire valoir nos qualités en tant que soignant.

L’idée serait donc d’intégrer un court programme sur les TDO dans la formation initiale pour tous les IFMK et pourquoi pas des formations plus courtes et moins onéreuses pour les MKDE avec l’objectif d’aider les kinésithérapeutes intéressés à prendre en charge ces patients plus sereinement.

Et même si nous ne sommes pas en mesure de faire le bilan ou de traiter les TDO, réorienter vers un professionnel qui est en mesure de le faire c’est assurer le bon suivi du patient et c’est avoir une attitude professionnelle rigoureuse.

## Conclusion

L'oralité est au croisement de nombreuses professions médicales et paramédicales et nécessite la participation coordonnée de nombreux professionnels experts. Cette dernière étant au centre du développement bio-psycho-social de l'individu, mon intérêt pour l'oralité et sa prise en charge en masso-kinésithérapie n'a fait que croître tout au long de mon premier stage en pédiatrie mais aussi lors de la réalisation de ce mémoire de recherche.

Le kinésithérapeute joue un rôle important dans la pluridisciplinarité de la prise en charge des patients atteints de TDO, qu'il se sente limité dans ses compétences sur le domaine en question ou non.

Même s'il peut se spécialiser dans l'oralité, nous avons tous la capacité de déceler des TDO et de conseiller les patients ou les parents vis-à-vis de cela.

Le plus important étant évidemment de réorienter le patient vers les bons professionnels de santé si nous ne sommes pas en mesure de le prendre en charge.

Même si j'avais déjà pu constater sur le terrain les inégalités de formation sur l'oralité entre les soignants et les différences dans les réflexions vis-à-vis des patients, je reste persuadé que les masseur-kinésithérapeutes ont beaucoup à apporter dans la prise en charge des TDO, dans le diagnostic, le bilan, dans la prévention des troubles et dans l'accompagnement des parents.

La littérature scientifique ne présente pas d'études fondées sur l'efficacité propre de la kinésithérapie dans ces prises en charges mais il est sûr que ce sont les MKDE qui agissent les plus précocement avec leurs patients (à domicile ou non) et qui sont donc les plus aptes à déceler, réaliser le bilan, prendre en charge le TDO et accompagner les parents sur le long terme.

Enfin, ce mémoire m'a permis de découvrir l'envergure de la prise en charge pluridisciplinaire des enfants dont des TDO que ce soit par les kinésithérapeutes, les médecins, les psychomotriciens mais aussi par les orthophonistes. Cela a beaucoup influencé ma pratique notamment dans la réorientation du patient (tout type de patients confondus), dans la qualité de ma prise en charge (communication avec les patients et les proches) et dans mes relations pluridisciplinaires (communication et relations pluriprofessionnelles).

## Bibliographie

- Abadie, V. (1999). “Examen de l’enfant atteint de troubles de la déglutition”  
in *Journal de pédiatrie et de puériculture*, vol.5 (1999). 268-275
- Abadie, V. (2004). “L’approche diagnostique face à un trouble de l’oralité”  
in *Archives de pédiatrie*, vol.11 (2004). 603-605.  
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2004.03.040>
- Abadie, V. (2004) “Troubles de l’oralité du jeune enfant”  
in *Rééducation orthophonique*, n°220 (2004). 55-58  
<https://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1MWJVHQB8-W01MMW-1H2/Trouble%20oralite%20alimentaire.pdf>
- Abadie, V. (2008). “Troubles de l’oralité isolée : “isolé ne veut pas dire psy”.”  
[https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(08\)71932-8](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(08)71932-8)
- Abadie, V. & Couly, G. (2013). “Congenital feeding and swallowing disorders”  
in *Handbook of clinical neurology*, vol.113, *Pediatric Neurology Part III* (2013).  
1539-1549  
[https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(08\)71932-8](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(08)71932-8)
- Bassano, D. (2000). “La constitution du lexique : le développement lexical précoce”  
in Kail, M. & Fayol, M. *L’acquisition du langage*, vol.1, Paris, Puf (2000).  
137-168  
<https://doi.org/10.3917/puf.fayol.2000.01.0137>
- Binet G. (2006). “Les troubles de l’oralité chez le nouveau-né”  
in *Soins pédiatriques-Puériculture*, vol.232 (2006). 38-39

Brusset, B. (2001). “Oralité et attachement”

in *Revue française de psychanalyse*, vol.65, n°5 (2001). 1447-1462.

<http://dx.doi.org/10.3917/rfp.655.1447>

Charron, L. & Macleod, A. (2010). “La dyspraxie verbale chez l’enfant : identification, évaluation et intervention.”

in *Glossa*, n°109, (2010). 42–54.

<https://adaptationscolaireefb.files.wordpress.com/2012/09/dyspraxie-verbale.pdf>

Chevalier , B. (2019). “L’oralité alimentaire”

in *Le développement du nourrisson de la naissance à 1 an*. Elsevier. (2019).

219-234

<https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76484-4.00014-7>

Chevalier, B., & Jeanjean, C. (2016). “P6 - Collaboration kinésithérapeute pédiatrique et orthophoniste dans les troubles de l’oralité alimentaire.”

in *Kinésithérapie, la Revue*, vol.16, issue 170. (2016). p34

<https://doi.org/10.1016/j.kine.2015.11.047>

Golse, B. & Guinot, M. (2004). “La bouche et l’oralité”

in *Rééducation orthophonique*, n°220, (2004). 23-30

<https://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1MWJVHQB8-W01MMW-1H2/Trouble%20oralité%20alimentaire.pdf>

Humphrey, T. (1970). "The development of human fetal activity and its relation to postnatal behavior."

in *Advances in Child Development and Behavior*, vol.5 (1970). 1-57 .

[https://doi.org/10.1016/s0065-2407\(08\)60464-4](https://doi.org/10.1016/s0065-2407(08)60464-4)

Jouannic-Honnet, A. (2004) "Prise en charge de l'oralité alimentaire et de l'oralité verbale."

in *Rééducation orthophonique*, n°220, (2004). 179-186

<https://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1MWJVHQB8-W01MMW-1H2/Trouble%20oralite%20alimentaire.pdf>

Leblanc, V., & Ruffier-Bourdet, M. (2009). "Trouble de l'oralité : Tous les sens à l'appel."

in *Spirale*, 51(3), (2009). 47-54.

<https://doi.org/10.3917/spi.051.0047>

Leroy-Malherbe, V. (2004). "Consultation autour des troubles de la déglutition de l'enfant : de l'analyse physiopathologique au diagnostic."

in *Rééducation orthophonique*, n°220, (2004). 69-82

<https://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1MWJVHQB8-W01MMW-1H2/Trouble%20oralite%20alimentaire.pdf>

Senez, C. (2004). “Les troubles de l’oralité alimentaire chez l’enfant.”

in *Rééducation orthophonique*, n°220, (2004). 91-101

<https://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1MWJVHQB8-W01MMW-1H2/Trouble%20oralité%20alimentaire.pdf>

Schwartz, C. ; Chabanet, C. ; Lange, C. ; Issanchous, S. ; Nicklaus, S. (2011). “The role of taste on food acceptance at weaning”

in *Physiology and Behaviour*, n°104, (2011). 646-652

<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.04.061>

Thibault, C. & Vernel-Bonneau, F. (1999). “Les fentes faciales, embryologie, rééducation, accompagnement parental.”

in *Collection orthophonie*, Masson, (1999). 1-116

Thibault, C. (2004). “Editorial”

in *Rééducation orthophonique*, n°220, (2004). 5-9

<https://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1MWJVHQB8-W01MMW-1H2/Trouble%20oralité%20alimentaire.pdf>

Thibault, C. & Mellul, N. (2004). “L’éducation orale précoce”

in *Rééducation orthophonique*, n°220, (2004). 113-121

<https://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1MWJVHQB8-W01MMW-1H2/Trouble%20oralité%20alimentaire.pdf>

Thibault, C. (2010). "L'accompagnement orthophonique à l'aube de la vie. Du lien entre oralité alimentaire et oralité verbale"

in *Rééducation orthophonique*, vol.244, (2010). 63-75.

Thibault, C. (2015). "L'oralité positive"

in *Dialogue*, n°209 (2015). 35-48

<https://doi.org/10.3917/dia.209.0035>

Thibault, C. (2015). "L'éducation gnoso-praxique orale précoce au sein de l'accompagnement orthophonique chez le jeune enfant né prématuré."

in *Contraste*, vol.41 (2015). 253-270.

<https://doi.org/10.3917/cont.041.0253>

## Annexes

Sommaire des Annexes.....	p.65
Annexe I : résultats complets des questions ouvertes.....	p.66
Annexe II: Anatomie de la déglutition.....	p.70
Annexe III : Environnement et composition anatomique du Larynx.....	p.72
Annexe IV : Physiologie de la déglutition.....	p.73
Annexe V : Innervation de la déglutition.....	p.74
Annexe VI : Décomposition du mouvement de Déglutition.....	p.75
Annexe VII : Attestation de lecture du mémoire de recherche.....	p.77
Annexe VIII : Abstract .....	p.79

## Annexe I : résultats complets des questions ouvertes

### Question 4

1	Dans quel département se trouve votre lieu d'exercice actuel ?
2	Bas-Rhin 67
3	Paris 75
4	Hautes-Pyrénées 65
5	Ariège 09
6	Aveyron 12
7	Doubs 25
8	Seine-et-Marne 77
9	Hérault 34
10	Tarn-et-Garonne 82
11	Meurthe-et-Moselle 54
12	Hérault 34
13	Calvados 14
14	Loire-Atlantique 44
15	Haute-Savoie 74
16	Seine-Maritime 76
17	Paris 75
18	Pyrénées-Atlantiques 64
19	Vienne 86
20	Nord 59
21	Maine-et-Loire 49
22	Isère 38
23	Seine-Maritime 76
24	Aube 10
25	Hauts-de-Seine 92
26	Pyrénées-Orientales 66
27	Hérault 34
28	Isère 38
29	Pas-de-Calais 62
30	Nord 59
31	Haute-Garonne 31
32	Nord 59
33	Bas-Rhin 67
34	Ille-et-Vilaine 35
35	Hauts-de-Seine 92
36	Ille-et-Vilaine 35
37	Morbihan 56
38	Var 83
39	Maine-et-Loire 49
40	Isère 38
41	Morbihan 56

## Question 11A

1	Que faites-vous si un enfant se présente à vous avec des troubles de l'oralité (avec ou sans pathologie associée) ?
2	
3	Je cherche à savoir s'il suit des séances d'orthophonie, et si oui je contacte le ou la praticienne pour m'intéresser à son trouble et comment je peux aider dans ma rééducation
4	
5	
6	
7	
8	Appel une orthophoniste
9	
10	
11	
12	Orientation vers un professionnel de santé formé
13	Je ré-orienter vers mes collègues formées
14	
15	Je l'adresse aux orthophonistes formées sur le secteur
16	
17	Demande si consultation orthophonique - bilan de déglutition - orthodontie ?
18	
19	Demander pour l'historique clinique et bilan oralité
20	Je renvoie vers des pro formés
21	Je l'orienter vers un kiné formé à l'oralité
22	
23	Je réorienter
24	J'adresse à un confrère en complément de ma prise en charge
25	
26	
27	J'explique aux parents qu'il y a un potentiel troubles de l'oralité et je donne quelques conseils pour les habituer à être en contact avec différentes textures.
28	
29	Pour l'instant je réorienter
30	
31	
32	Je donne des qq conseils si le trouble est léger ; Si cela est plus important commence la croisade pour trouver une orthophoniste qualifiée et disponible. Très compliqué ds l'oralité du tout petit. Peu de professionnels formés et de trop longs délais d'attente
33	Je redirige
34	
35	En parler au pédiatre/médecin traitant lors de la prochaine consultation
36	
37	Bilan médecin pour suivi orthophoniste
38	Je réfère à une orthophoniste
39	
40	Je l'adresse aux orthophonistes formées
41	

## Question 12A

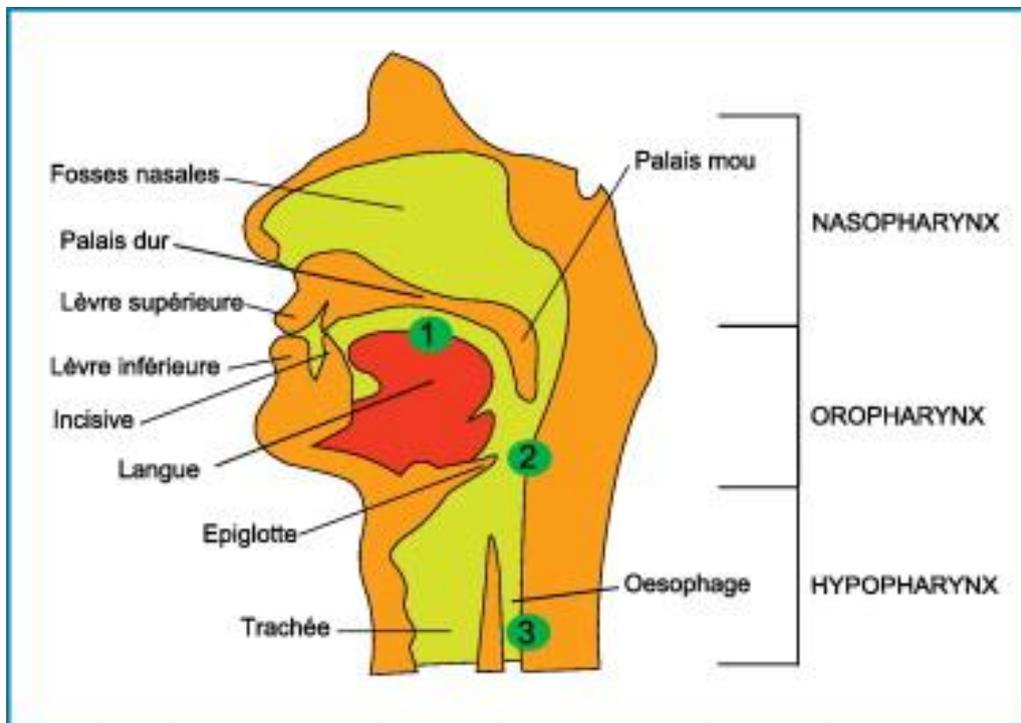
1	Pour vous, Qu'est-ce qui vous freine à réaliser une formation continue certifiée sur l'oralité ?
2	
3	Rien
4	
5	
6	
7	
8	Rien
9	
10	
11	
12	Rien, c'est prévu
13	Les moyens de mon service
14	
15	Rien c'est prévu en novembre 2023
16	
17	Le temps - l'argent - la non reconnaissance dans le médico-social de nos compétences dans ce domaine et qui plus est en absence d'orthophoniste
18	
19	La priorité des autres formations avant
20	Pour l'instant je me forme en neuro pédiatrie
21	Peu de demande
22	
23	Je le prévois en 2023
24	Le prix des formations compte tenu du manque de revalorisation de nos actes
25	
26	
27	Complicé à mettre en place au sein d'un cabinet libéral
28	
29	Pas encore eu le temps
30	
31	
32	Trouver l'organisme certifié de formation. Je ne sais pas si cela fait partie de nos actes conventionnés
33	Pas encore eu le temps
34	
35	Au point actuel de ma « carrière », ce n'est pas la formation dont j'ai besoin aujourd'hui.
36	
37	Manque de temps
38	Je ne connais que très peu le rôle du kiné dans ce domaine
39	
40	Le temps
41	

## Question 14B

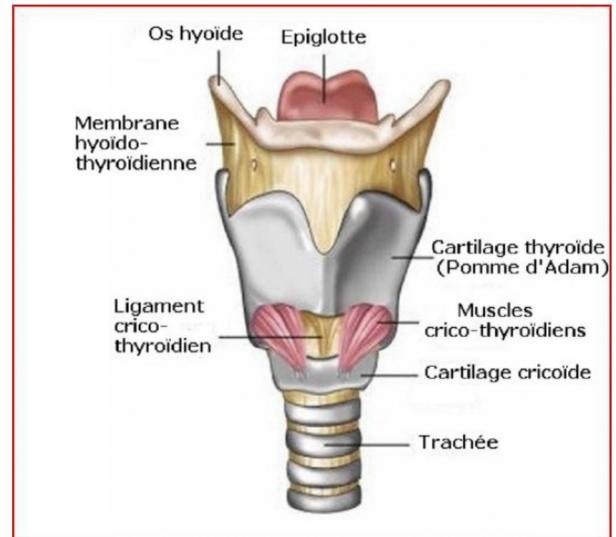
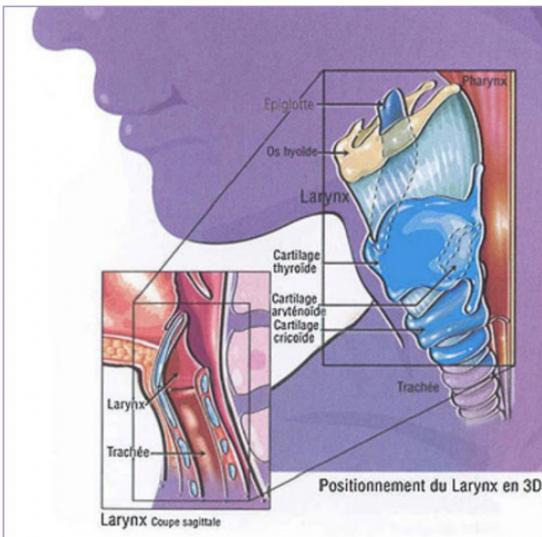
1	Si oui, de quelle manière ?
2	Bilan d'orthophoniste , ergo pour appréhender des notions pas vu en formation luciole
3	
4	Ebp pratique fiche bilan
5	Apport de connaissances, amélioration de bilan, enrichissement de mes techniques
6	
7	Bilan et prise en charge oralite primaire
8	
9	Théories et ateliers pratiques
10	Elle a été le point de départ de la réflexion dans cette rééducation
11	bilan structuré et meilleure compréhension des enjeux
12	
13	
14	Pouvoir bilanter les différents aspects de l'oralité ( sensoriel, oro-moteur, comportemental ...)
15	
16	Apport d'un outil supplémentaire (massage désensibilisation et sevrage NE)
17	
18	Je ne savais pas faire un bilan d oralite ni faire de prise en charge du tout
19	
20	
21	
22	Cette formation montre le bilan a réalisé et par une démarche scientifique a en trouver le diagnostic kiné et le traitement a faire
23	
24	
25	Un bilan, une prise en charge plus adaptée et un travail interdisciplinaire avec ma collègue ortho qui s'est formée aussi
26	Formation très pratique
27	
28	Apprentissage des notions clés à recueillir lors du bilan et mise en place des traitements adaptés.
29	
30	Détection de troubles de l'oralité, compréhension d'hypersensibilité globale par détection de trouble oralité
31	Entraînement entre pairs, simulations ++, atelier cuisine thérapeutique...
32	
33	
34	Plus précis et plus varié
35	
36	
37	
38	
39	EBO
40	
41	

## Annexe II : Anatomie de la déglutition

- **La voûte palatine** : pour les  $\frac{3}{4}$  antérieur c'est le palais dur, pour le  $\frac{1}{4}$  postérieur c'est le palais mou. Il permet de fermer les fosses nasales lors de la déglutition et évite le reflux du bol alimentaire.
- **La langue** : c'est une somme de plusieurs muscles qui permettent la mastication, la phonation et la déglutition en poussant le bol alimentaire. C'est aussi l'organe sensoriel du goût.
- **Le Pharynx** : avec ses 3 subdivisions correspond au carrefour de la déglutition. Le laryngopharynx et l'oropharynx correspondent aux voies de passages communes du système respiratoire et digestif. C'est une zone anatomique tampon très importante pour ces deux systèmes.
- **L'os Hyoïde** : c'est le socle de la glotte qui permet l'ouverture ou la fermeture de la colonne laryngée. C'est le seul os mobile non rattaché au squelette qui permet à la fois la déglutition (migration postérieure), la ventilation (relâchement et retour antérieur) et la phonation.
- **Le Larynx** : organe creux musculo-cartilagineux, composé de cartilages articulés entre eux. C'est l'organe principal de la voix et l'embouchure des voies aériennes inférieures (extrémité supérieure de la Trachée).
- **L'épiglotte** : c'est un cartilage fondamental pour la déglutition car son extrémité supérieure se trouve au niveau du carrefour aéro-digestif. Lors de l'ascension du Larynx, l'épiglotte ferme son orifice supérieur. Le larynx se place à la racine de la langue et l'épiglotte se replie vers l'arrière. La déglutition peut s'effectuer.

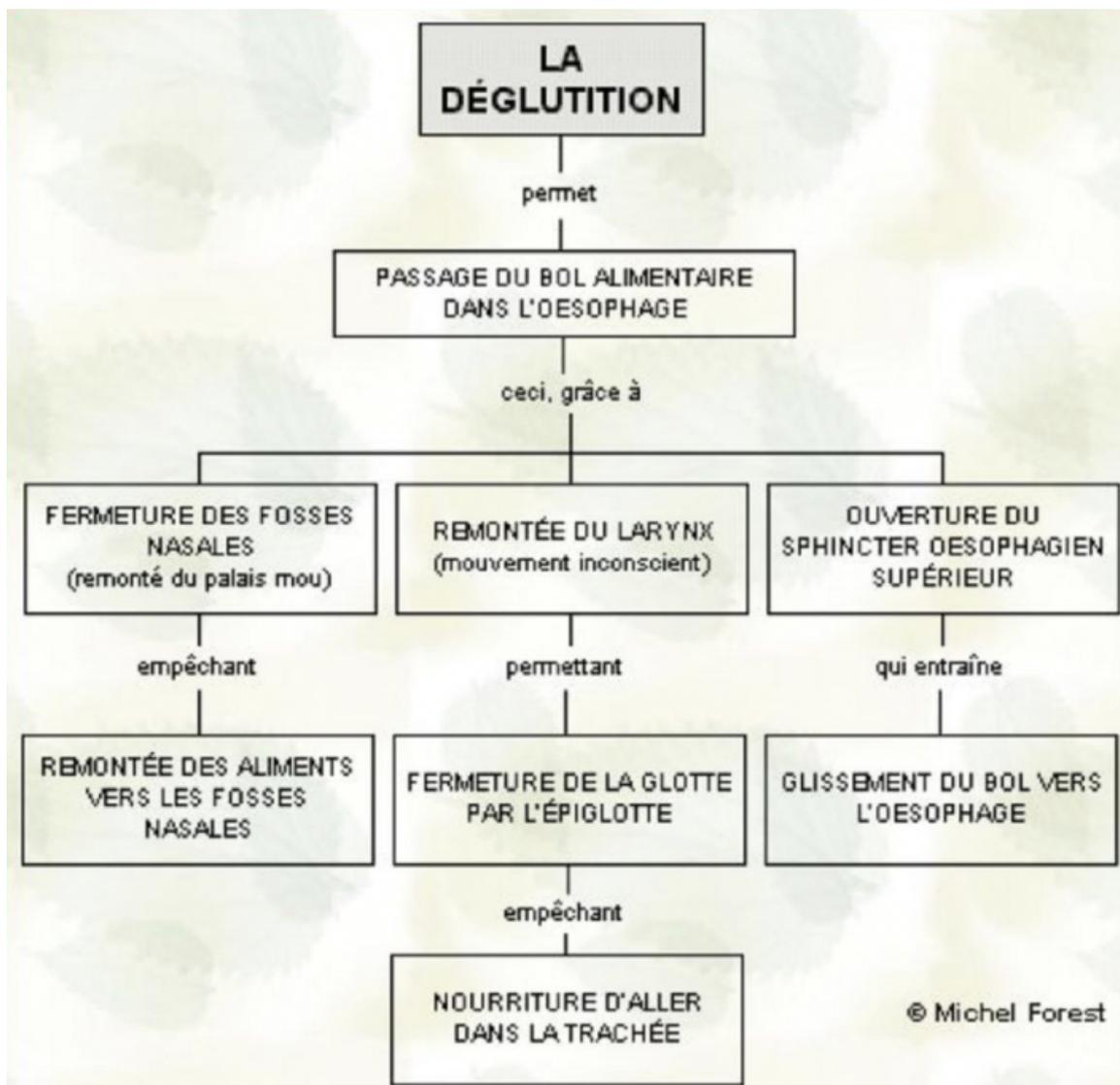


Annexe III : Environnement et composition anatomique du Larynx

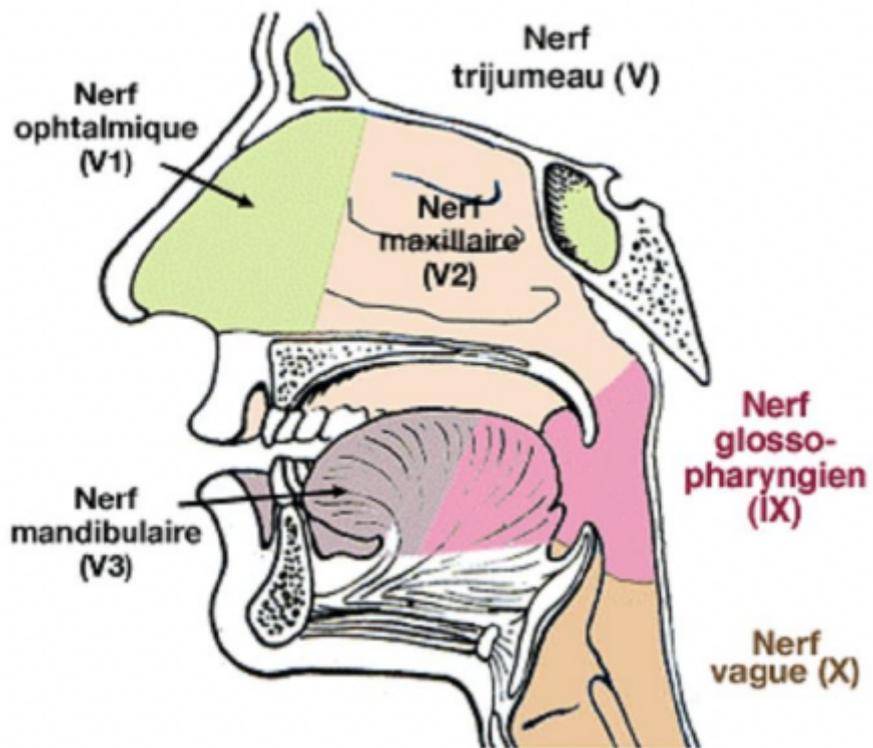


*Environnement et composition anatomiques du larynx*

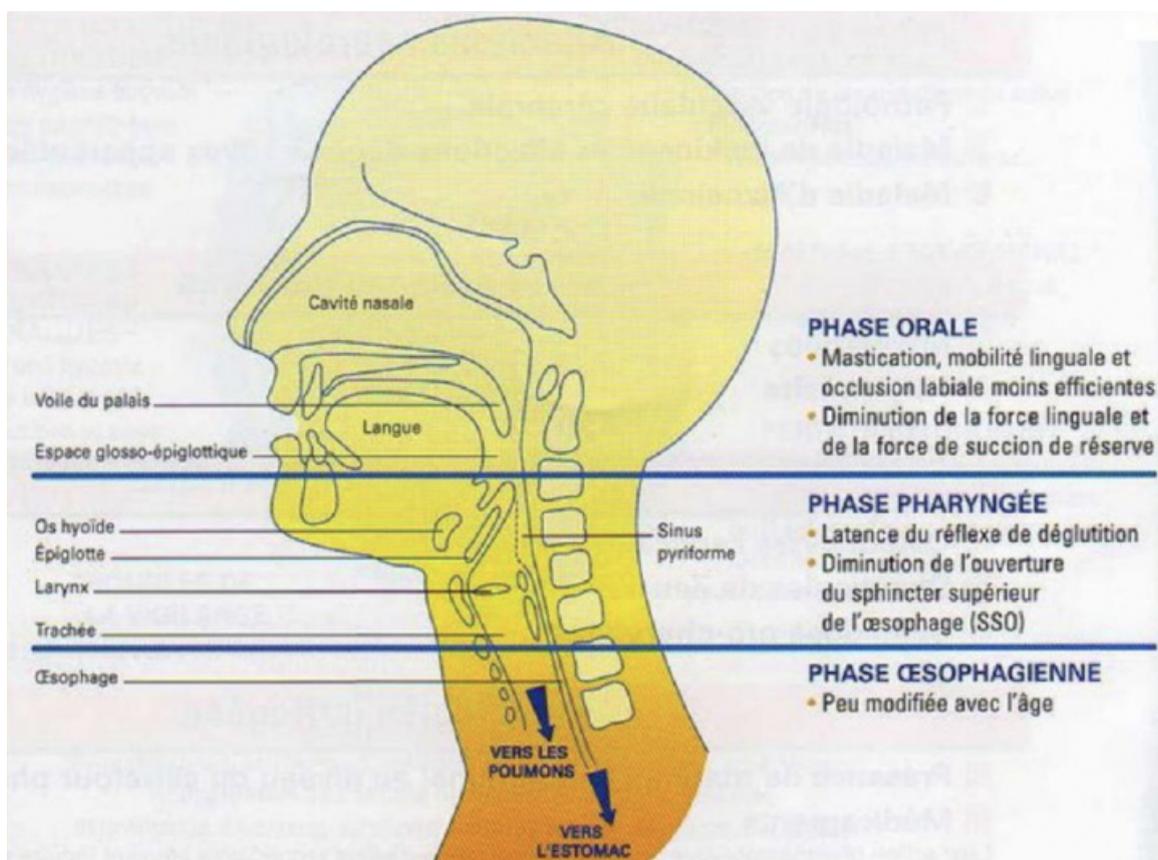
Annexe IV : Physiologie de la déglutition



Annexe V : Innervation de la déglutition



## Annexe VI : décomposition du mouvement de la déglutition



Annexe VII : Attestation de lecture du mémoire de recherche



**ATTESTATIONS DE LECTURE\***

**IFMK DE TOULOUSE**

**- ATTESTATION DE LECTURE DU TRAVAIL ÉCRIT PAR LE DIRECTEUR DE MÉMOIRE -**

Année universitaire : 2022 / 2023

**- Fiche à remettre avec l'exemplaire imprimé -**

Prénom Nom de l'étudiant :

Thomas TEQUY

Titre du mémoire :

La place de la formation continue sur l'oralité dans la prise en charge des enfants en kinésithérapie  
Une analyse des pratiques professionnelles.

Prénom Nom du Directeur de mémoire :

Marie GAUBERT-NOIROT

Je soussigné avoir reçu la version définitive du travail écrit cité ci-dessus et valide son contenu

J'autorise l'étudiant à y faire figurer mon nom

J'autorise l'étudiant à soutenir son Mémoire

Date : 22...1...03...1 2023

**Marie GAUBERT-NOIROT E.I.**  
26 - MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE  
2, rue Jean Sureau - 31000 TOULOUSE  
31 7 81030 7 1 0 30 1

\*Les étudiants auront l'amabilité de fournir au directeur de mémoire un document pré-rempli

## Annexe VIII : Abstract

## **La place de la formation continue sur l'oralité dans la prise en charge des enfants en Kinésithérapie.**

Une analyse des pratiques professionnelles.

Résumé :

**Etat des lieux** : l'oralité se trouve au carrefour de l'alimentation, de la communication, de la respiration et la prise en charge de ces troubles, bien que se voulant pluridisciplinaire, est de moins en moins réalisée ou confiée aux kinésithérapeutes. **Objectif** : Analyser si la formation continue sur l'oralité est la meilleure alternative afin de réintégrer au mieux le kinésithérapeute au cœur de la prise en charge. **Méthode** : nous avons réalisé un questionnaire divisé en 4 sections, dirigé aux kinésithérapeutes exerçant uniquement en pédiatrie en France. **Résultats** : Alors que 52,5% des répondants sont formés sur l'oralité, tous s'accordent sur l'importance de l'oralité dans l'approche bio-psycho-sociale. Les kinésithérapeutes formés ont bien meilleurs outils pour la prise en charge des troubles, le bilan et l'accompagnement de l'enfant ainsi que ses parents. On remarque qu'une fois formé, ils sont également plus nombreux à intégrer le parcours de soin pluridisciplinaire. **Conclusion** : Après avoir réalisé une formation continue sur l'oralité, le kinésithérapeute a plus d'atouts afin de réaliser le bilan, le traitement et le suivi de l'enfant pour ses troubles de l'oralité. Les formations permettent d'intégrer le kinésithérapeute dans le parcours de soins spécialisés de ces enfants, et d'en faire un acteur majeur de la prise en charge.

**Mots-clés** : oralité, formation continue, masso-kinésithérapie, troubles alimentaires.

### **The place of continuing education on orality in physiotherapy's children care.**

An analysis of professional practices.

Abstract :

**Backgrounds** : orality is at the junction between feeding, communication, breathing and taking care of these disorders, although intended to be multidisciplinary, is less and less performed or entrusted to physiotherapists. **Objective** : to analyze if continuing education on orality is the best alternative in order to reintegrate the physiotherapist at the core of the management. **Method** : we carried out a questionnaire divided into 4 sections, directed to physiotherapists practicing only in pediatrics in France. **Results** : while 52.5% of the respondents are trained in orality, all agree on the importance of orality in the bio-psycho-social approach. Trained physiotherapists have much better tools for the management of disorders, assessment and support of the child and his parents. We notice that once trained, they are also more likely to integrate the multidisciplinary care pathway. **Conclusion** : After having completed a continuous training on orality, the physiotherapist has more assets to carry out the assessment, the treatment and the follow-up of the child for his or her orality disorders. The trainings allow the integration of the physiotherapist in the specialized care of these children, and they make him a major actor of the care.

**Keywords** : orality, continuing education, physiotherapy, eating disorders.