



HAL
open science

**Sensibilisation des professionnels de la petite enfance
aux troubles de l'oralité alimentaire du jeune enfant :
état des lieux de connaissances des professionnels de la
petite enfance des crèches du Beauvaisis et mise en place
d'une action de sensibilisation et d'informations**

Julie da Silva Dias

► **To cite this version:**

Julie da Silva Dias. Sensibilisation des professionnels de la petite enfance aux troubles de l'oralité alimentaire du jeune enfant : état des lieux de connaissances des professionnels de la petite enfance des crèches du Beauvaisis et mise en place d'une action de sensibilisation et d'informations. Sciences cognitives. 2018. dumas-02110297

HAL Id: dumas-02110297

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02110297v1>

Submitted on 25 Apr 2019

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

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



UFR de Médecine – Département d’orthophonie

**SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS DE LA
PETITE ENFANCE AUX TROUBLES DE
L’ORALITE ALIMENTAIRE DU JEUNE ENFANT**

*- Etat des lieux des connaissances des professionnels de la petite
enfance des crèches du Beauvaisis et mise en place d’une action
de sensibilisation et d’informations -*

Mémoire présenté pour l’obtention du Certificat de Capacité
d’Orthophoniste

Par

Julie DA SILVA DIAS

Sous la direction de :
Cécile HUET-POULTIER, Orthophoniste

Sous la co-direction de :
Audrey LECOUFLE, Orthophoniste

Soutenu le 20/06/2018



UFR de Médecine – Département d’orthophonie

**SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS DE LA
PETITE ENFANCE AUX TROUBLES DE
L’ORALITE ALIMENTAIRE DU JEUNE ENFANT**

*- Etat des lieux des connaissances des professionnels de la petite
enfance des crèches du Beauvaisis et mise en place d’une action
de sensibilisation et d’informations -*

Mémoire présenté pour l’obtention du Certificat de Capacité
d’Orthophoniste

Par

Julie DA SILVA DIAS

Sous la direction de :
Cécile HUET-POULTIER, Orthophoniste

Sous la co-direction de :
Audrey LECOUFLE, Orthophoniste

Soutenu le 20/06/2018

Académie d’AMIENS

Année universitaire : 2017/2018

REMERCIEMENTS

Je remercie tout particulièrement Cécile HUET-POULTIER, maître de stage et maître de mémoire, qui m'aura accompagnée tout au long de ces deux dernières années.

Ce fut une de mes plus belles rencontres orthophoniques. Consciencieuse, à l'écoute, pédagogue mais aussi généreuse et pleine de vie, elle inspire l'orthophoniste en devenir que je suis.

Je remercie Audrey LECOUFLE, co-directrice de ce mémoire qui m'impressionne par son savoir, sa rigueur et sa bienveillance. Je ne doute pas que j'apprendrai de cette expérience.

Un grand merci à tous les professionnels qui ont permis de faire de ce projet, une réalité. Petite pensée pour Juliette, pour qui les statistiques n'ont aucun secret.

Merci aux maîtres de stage qui m'ont accueillie et suivie tout au long de ce cursus, chacune à leur façon, elles m'auront fait découvrir l'orthophonie.

Une pensée toute particulière va à mon groupe de super orthos, Lily, Fanny, Justine, Sophie, Clémence et Vanille qui m'ont suivie ces 5 années... pour le meilleur... et pour le pire ! Merci pour tous ces moments et surtout, merci de me soutenir jour après jour.

Vanille, à nos moments de détente, à nos crafts, à nos thés et découvertes amiénoises... Ces années n'auraient clairement pas eu la même saveur sans toi.

Lison, petite bouffée d'oxygène, tu as su me (sup)porter ces dernières années. A toutes les deux, merci de m'avoir fait rire, sourire... Et merci d'avoir eu assez confiance en moi pour que je finisse par y croire un peu.

Je remercie également la team B, mes filleules et les cocci...survivor ! Je me rends compte de la chance que j'ai de vous avoir tous dans ma vie, d'être aussi bien entourée.

Merci à ma maman que j'admire par sa force et son courage.

Et enfin, merci à mes grands-parents qui ne cessent de prendre soin de moi.

Papa, d'ici, j'espère te rendre fier.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
PARTIE THÉORIQUE.....	7
1. L'ALIMENTATION DU JEUNE ENFANT	8
1.1. Le développement alimentaire.....	8
1.1.1. Nutrition fœtale.....	8
1.1.2. Allaitement.....	9
1.1.2.1. Type d'allaitement	9
1.1.2.2. Mode d'allaitement	10
1.1.3. Diversification alimentaire (DA)	10
1.1.4. Passage aux morceaux	11
1.1.5. Néophobie alimentaire.....	11
1.1.6. Intégration neuro-sensorielle	11
1.1.7. Construction du goût.....	12
1.1.8. Régulation alimentaire.....	12
1.2. Un enjeu majeur : l'alimentation-plaisir	12
2. L'ORALITÉ	13
2.1. Définition	13
2.2. Développement de la succion et de la déglutition	13
2.3. Des oralités.....	15
2.3.1. Oralité primaire (OP).....	16
2.3.2. Oralité secondaire (OS).....	16
2.4. Les enjeux de l'oralité.....	17
2.4.1. Construction psychique.....	17
2.4.2. Interactions précoces et attachement	18
3. LES TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE (TOA).....	18
3.1. Définir les troubles de l'oralité alimentaire	18
3.1.1. Causes possibles.....	19
3.1.2. Manifestations possibles.....	19
3.1.2.1. Difficultés oro-motrices.....	19
3.1.2.2. Hyper/Hypo-réactivité sensorielle	20
3.1.2.3. Une manifestation comportementale : le refus alimentaire	20
3.2. Diagnostic et prise en soin	20
3.2.1. Diagnostic	21
3.2.2. Prise en soin	21
PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSE	22
1. PROBLÉMATIQUE	23
2. HYPOTHESES DE RECHERCHE	23
MÉTHODOLOGIE	24
1. PRESENTATION DE LA POPULATION	25
1.1. Les différents professionnels de la petite enfance	25
1.1.1. La puéricultrice	25
1.1.2. L'auxiliaire de puéricultrice.....	26
1.1.3. L'éducateur de jeunes enfants.....	27
1.1.4. Les agents de crèche / Assistant d'accueil petite enfance.....	28
1.2. Les structures d'accueil de la petite enfance du Beauvaisis	30

1.2.1. Définir les structures d'accueil de la petite enfance	30
1.2.2. L'offre d'accueil du Beauvaisis	31
1.3. Recrutement	31
1.3.1. Démarche de recrutement	31
1.3.2. Chronologie	32
2. L'ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES	33
2.1. Forme	33
2.2. Contenu	34
2.3. Mode de diffusion	40
2.4. Méthode d'analyse	41
3. LES ACTIONS DE SENSIBILISATION ET D'INFORMATIONS	41
3.1. Forme et support	41
3.2. Contenu	42
3.3. Mode de diffusion	42
3.4. Méthode d'analyse	43
RÉSULTATS.....	44
1. NOMBRE ET PROFIL DES RÉPONDANTS.....	45
2. NOMBRE ET PROFIL DES PARTICIPANTS	46
3. ANALYSE GLOBALE.....	48
4. ANALYSE DES RÉPONSES	49
DISCUSSION	61
1. L'ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET PRATIQUES	62
1.1. Méthodes et matériels	62
1.2. Résultats	63
2. LES ACTIONS DE SENSIBILISATION.....	66
2.1. Méthodes et matériels	67
2.2. Résultats	68
CONCLUSION	70
REFERENCES.....	73
ANNEXES	78

INTRODUCTION

Motif fréquent de consultation pédiatrique, le trouble de l'oralité alimentaire (TOA) revêt des formes diverses (Ramsay, 2001) : sélectivité alimentaire, refus du passage aux morceaux, peu de prise de poids, absence de plaisir... Ce trouble, qui, dans les cas les plus extrêmes peut nécessiter le recours à une alimentation artificielle va venir perturber le développement global de l'enfant.

Pour autant, son diagnostic est souvent tardif et nombreux sont les témoignages de parents relatant les difficultés de compréhension et/ou d'acceptation rencontrées ensuite à la crèche ou à la cantine : « C'est un petit mangeur ! » ; « Du caprice, de la comédie ! » ; « Il ne se laissera pas mourir de faim... ». Autant d'idées reçues qui sont associées à tort aux TOA.

Cette étude part donc du postulat qu'apporter des informations aux professionnels de la petite enfance, grâce à des actions de sensibilisation, participerait à une meilleure compréhension et une meilleure prise en compte de ces troubles par les professionnels de la petite enfance.

Elle a pour particularité de proposer un espace de rencontre et d'échanges autour des TOA entre orthophonistes et professionnels de l'enfance. Une occasion rare de se rassembler, de s'enrichir des apports des uns et des autres et, pourquoi pas, d'instiller des réflexions communes...

Ainsi, après avoir présenté les bases théoriques récentes sur lesquelles s'appuient les recherches en oralité, remis en contexte développement de l'oralité et apprentissages alimentaires puis définit brièvement les TOA, nous avons :

- Elaboré un questionnaire en vue de réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels de la petite enfance,
- Créé un support d'intervention le plus adapté possible,
- Mené des actions de sensibilisation et d'informations au sein de structures de la petite enfance,
- Evalué l'impact à court terme de telles interventions.

PARTIE THÉORIQUE

1. L'ALIMENTATION DU JEUNE ENFANT

L'alimentation remplit plusieurs fonctions : elle permet de couvrir les besoins nutritionnels ; elle procure du plaisir via les stimulations sensorielles (Gordon-Pomares, 2004) ; elle contribue à la formation de l'identité individuelle (Golse, 2000) et elle est l'occasion de partage autour de moments conviviaux (Ramsay, 2005). Pour autant, l'acte d'alimenter, de s'alimenter, est un acte qui peut sembler sous bien des aspects anodin, voire quelconque. Sa fréquence et son automaticité participent en effet à le reléguer au rang du « commun », au rang de « banalité ».

Mais pour les parents et les professionnels de la petite enfance au contact de très jeunes enfants, cet acte prend une toute autre dimension (Le Heuzey, 2002). Il apparaît comme essentiel au bon développement de l'enfant et permet un moment d'intenses échanges propices aux découvertes ainsi qu'à la transmission de valeurs culturelles, sociales ou éducatives. L'adulte, en alimentant l'enfant, va le soutenir dans ses explorations sensorielles et va ainsi contribuer à l'investissement positif de sa sphère orale.

1.1. Le développement alimentaire

« L'enfance est caractérisée par des transitions importantes des modes d'apports alimentaires. L'alimentation se fait par voie ombilicale pendant la période fœtale, puis par voie orale, d'abord sous la forme d'un aliment unique : le lait puis, à partir de la diversification alimentaire sous la forme d'aliments variés et adaptés aux compétences orales de l'enfant » (Nicklaus, 2011).

1.1.1. Nutrition fœtale

De la fécondation à la nidation, l'œuf fécondé subvient lui-même à ses besoins. Puis, aux alentours du 8^e jour suivant la fécondation, le placenta se développe et permet un apport continu de nutriments grâce à une série d'échanges sanguins entre la mère et l'embryon (Evain-Brion, 2010). En parallèle, le nez et la bouche se développent et à partir de la 10^e semaine d'aménorrhée, les bourgeons du goût et de l'odorat se forment. Le fœtus est alors capable d'avalier puis de déglutir le liquide amniotique qui l'entoure, il expérimente ses premières expériences sensorielles (Couly, 1985).

1.1.2. Allaitement

La naissance est marquée par de grands changements pour l'enfant. Dépendant des adultes qui l'entourent, il passe d'une alimentation continue à une alimentation fractionnée. Il découvre ainsi la sensation de faim et avec elle, l'allaitement.

1.1.2.1. Type d'allaitement

L'alimentation lactéale, plus communément appelée « allaitement », est l'action d'alimenter par le lait.

- L'allaitement au lait maternel (LM) : contenant des protéines dont les qualités sont variées, des graisses, sucres, vitamines et oligoéléments adaptés aux besoins du bébé, le LM varie de composition au cours de la journée et au cours d'une même tétée (Vidailhet & Turck, 2012). Le LM est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) car parfaitement adapté aux besoins des nourrissons. Et ce, pour plusieurs raisons :
 - Le LM participe fortement à la construction de la dyade mère/enfant (Vidailhet & Turck, 2012).
 - Le LM contient de nombreuses enzymes et hormones importantes pour la maturation des systèmes digestif, nerveux et immunitaire du bébé (Vidailhet & Turck, 2012).
 - Le LM offre une multitude d'expériences sensorielles, sa composition gustative et olfactive variant en fonction des aliments consommés par la mère (Maier, Blossfield, & Leathwood, 2008).
 - L'allaitement favorise l'acquisition du goût pour la variété (Nicklaus, 2008).
 - La variation de composition du LM participe au processus interne et naturel de régulation alimentaire (Vidailhet & Turck, 2012).
- L'allaitement au lait artificiel (LA) : également appelé « préparation pour nourrissons (PPN) », le LA répond à des normes nutritives strictes (Evrard, 2008). On distingue les laits pour nourrissons et les laits de suite. Des laits plus spécifiques existent également : les PNN à base d'hydrolats (laits hypoallergéniques) et les PNN à base de protéines de soja.

Le LA est choisi en fonction de l'état nutritionnel du nouveau-né, de son niveau de maturité digestive et rénale ainsi que des éventuels antécédents familiaux d'allergies (Chouraqui, 2012).

1.1.2.2. Mode d'allaitement

Les capacités motrices et les réflexes de succion/déglutition présents chez l'enfant dès la naissance lui permettent de téter et justifient une alimentation lactéale. L'allaitement maternel est recommandé pour la physiologie de la succion au sein, différente de la succion au biberon (Neville, 1999 ; Thirion, 2004). Le tableau ci-dessous illustre les principales différences.

Tableau 1 : Différenciation succion au sein/succion au biberon selon Thirion (2004)

Succion au sein	Succion au biberon
<ul style="list-style-type: none"> • Les lèvres ensèrent le sein. • La langue s'étale et forme une gouttière au-dessus et en avant de sa gencive inférieure permettant des mouvements horizontaux de tétée. • Le voile du palais n'étant pas obstrué par la langue, le bébé peut respirer pendant les tétées. • Favorise les expériences sensorielles (toucher, olfaction...). • L'allaitement au sein influencerait positivement le développement maxillo-facial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les lèvres ensèrent la tétine qui est plus rigide que le mamelon, ce qui demande moins d'efforts. • La tétine est coincée entre les arcades gingivales, la langue est donc en arrière et les mouvements de tétée sont verticaux. • La langue, la base de langue et le voile du palais sont en contact afin de protéger les voies aériennes, le bébé ne peut donc pas respirer pendant les mouvements de succion.

1.1.3. Diversification alimentaire (DA)

Selon l'OMS, la DA se caractérise par l'introduction d'aliments autres que le lait dans la nourriture du tout-petit. C'est une période de transition tant sur le plan nutritionnel que sur le plan sensoriel ou psychologique (Turck, 2010). Elle débute par l'introduction d'aliments mélangés au lait jusqu'à ce que l'enfant adopte une alimentation proche de celle d'un adulte, aussi bien au niveau de la variété que des textures.

Certains arguments avancés comme l'immaturation des systèmes digestif et rénal ou la majoration des risques allergiques plaident contre une diversification précoce (avant six mois) (Turck, 2010).

Favorisée par la forte appétence à la découverte du nourrisson (Rigal, 2010), la DA est un moment d'intenses explorations (nouvelles textures, couleurs, goûts, nouvelle position...), elle coïncide avec le passage à la cuillère, nouvelle étape de socialisation pour l'enfant qui, au fur et à mesure, va prendre sa place à table.

Toutes ces nouveautés vont induire des ajustements proprioceptifs chez l'enfant, les conditions du sevrage de l'allaitement à la diversification sont donc importantes (Cascales, 2013). D'autant que le déroulement de cette transition influencera fortement le rapport futur du nourrisson à son alimentation.

1.1.4. Passage aux morceaux

Plus tardive, l'introduction des morceaux se fait aux alentours d'un an lorsque les capacités motrices et psychomotrices de l'enfant le permettent (Blanchet, Mondain, & Lathuillière, 2016). Il perçoit alors davantage d'aliments sous différentes formes et textures, et élargit en conséquence son répertoire alimentaire et sensoriel.

1.1.5. Néophobie alimentaire

Le terme néophobie vient du grec « neos », c'est à dire « nouveau » et de phobos, qui veut dire « peur ». Définie comme la peur des aliments nouveaux (Haurat, 2012), la néophobie alimentaire est une phase normale dans le développement de l'enfant (Boucher, 2008), elle toucherait environ 77% des enfants et coïnciderait avec une phase dite d'opposition (Rigal, 2004). Le phénomène décrit pour la première fois par Rozin (1976) concerne soit le refus d'aliments nouveaux, soit la restriction du registre alimentaire habituel par le refus d'aliments acceptés antérieurement.

Les phases de néophobie sont différentes selon les enfants, elles peuvent être plus marquées d'un enfant à l'autre, mais elles restent provisoires et évolutives.

1.1.6. Intégration neuro-sensorielle

Dès in utero, un « processus d'habituation » se met en place. Ce processus va permettre à l'enfant d'intégrer et de traiter les stimulus sensoriels qu'il perçoit au quotidien, qu'ils soient internes ou externes (Ayres, 1972). C'est ainsi que les stimulus sensoriels intégrés et coordonnés nous permettent de nous représenter les aliments (leur goût, le plaisir qu'ils procurent...) et de nous y adapter (Barbier, 2014).

1.1.7. Construction du goût

En ingérant le liquide amniotique pendant le dernier trimestre de gestation, le fœtus se familiarise progressivement avec les arômes des aliments consommés par la mère. Ces expériences participent à l'élaboration d'avant-goûts (Nicklaus, 2008) qui vont venir accorder les systèmes sensoriels de l'enfant et participer au développement de sa mémoire sensorielle (Jaen Guillaume, 2014). Des études ont d'ailleurs montré que le lait maternel, avec ses variations de composition, favorise l'acquisition du goût pour la variété (Nicklaus, 2008). Ces avant-goûts qui se construisent donc très tôt sont ensuite modulés par la répétition des expériences sensorielle et métabolique consécutives à l'ingestion des aliments.

D'autres études sur le comportement alimentaire ont également montré l'importance de l'éducation parentale (Savage, Fisher et Birch, 2007) et des facteurs socio-culturels (Schaal, 2009) dans la construction du goût. L'apprentissage des goûts repose ainsi sur des mécanismes biologiques et socioculturels et la familiarité avec un aliment en favorise l'acceptation future par l'enfant (Rigal, 2010).

1.1.8. Régulation alimentaire

L'hypothalamus est le centre de contrôle de l'appétit. Il reçoit des informations en provenance de différents organes périphériques et centraux et permet d'adapter parfaitement les quantités de nourriture ingérées aux besoins évolutifs quotidiens. Cette capacité de régulation est présente dès les premières semaines de vie du nourrisson (Fox, Devaney, Reidy, Razafindrakoto, & Ziegler, 2006).

Plus tard, ce seront les caractéristiques sensorielles (goût, texture, température, aspect visuel et auditif), préalablement encodées par le système hypothalamique via le phénomène d'intégration sensorielle, qui permettront à l'enfant, puis à l'adulte, de choisir ses aliments et leur consommation en fonction des besoins nutritionnels présents ou anticipés (Bellisle et al., 2010).

1.2. Un enjeu majeur : l'alimentation-plaisir

Manger ne se résume pas à mettre en bouche et déglutir, c'est une nécessité vitale mais aussi un plaisir sensoriel et convivial (Schaal, 2009). La fonction hédonique est d'ailleurs particulièrement exacerbée chez l'enfant, pour qui le plaisir à manger est

un pré-requis à la consommation d'un aliment (Nicklaus, 2011). Selon Gordon-Pomares (2004), « l'alimentation est fondamentalement une fonction de survie transitant toujours par la notion de plaisir » et pour Bullinger (2004), c'est l'ensemble des éléments sensori-moteurs constituant la chaîne alimentaire qui va permettre d'aboutir à un « état final de plaisir ». Pour prendre plaisir à manger, la totalité des sens vont donc être sollicités (Boudou & Lecoufle, 2015).

Chiva (2012) démontre que l'information gustative fait l'objet d'un traitement affectif dès la naissance ainsi, le goût des aliments, leur palatabilité, contribue au plaisir de manger et incite à commencer à manger (Bellisle et al., 2010). Il convient donc d'instaurer un cadre alimentaire rassurant et serein pour que les moments d'alimentation restent un plaisir pour l'enfant.

2. L'ORALITÉ

L'oralité est un domaine de recherche en plein développement, dont les connaissances ne cessent d'évoluer et de se multiplier.

2.1. Définition

L'oralité est une notion autour de laquelle s'articule l'ensemble du développement de l'enfant. Abadie (2004a), la définit comme étant « l'ensemble des fonctions dévolues à la sphère orale à savoir l'alimentation mais aussi la respiration, l'olfaction, la gustation et la communication ». Se développant in utero, pendant que les structures anatomiques de la bouche se construisent, l'oralité va nécessiter par la suite la mise en jeu de structures aussi bien sensorielles, que motrices, neurologiques, hormonales, psychiques affectives et cognitives (Couly, 2010).

2.2. Développement de la succion et de la déglutition

Le développement de la succion et de la déglutition est intimement lié au développement de l'oralité (Thibault, 2007). La mise en place du réflexe de succion fœtale, première séquence motrice à se manifester chez l'embryon, signe l'avènement de l'oralité. On peut identifier dès le 3^e mois gestationnel le réflexe de Hooker (la langue sort pour toucher la main qui touchait la bouche) (Haddad, 2007), qui va favoriser l'apparition des premiers mouvements antéro-postérieurs de succion entraînant par la suite des mouvements de déglutition. Cette succession d'activités sensori-motrices met en jeu de nombreux muscles et de nombreuses structures squelettiques qui

vont agir de manière coordonnée et synchrone. Elles requièrent l'intégralité de tous les noyaux moteurs du tronc cérébral (facial, hypoglosse, trijumeau, glossopharyngien et pneumogastrique).

La neuro-fonctionnalité du développement de l'oralité est essentielle au bon développement neuro-fonctionnel futur. Si l'oralité n'est pas fonctionnelle, c'est-à-dire si nous n'observons pas de succion fœtale, le futur nourrisson ne pourra pas se nourrir (Couly, 2010). On distingue deux types de succion qui sont présents chez le nouveau-né à terme (Thibault, 2007) :

- La succion non nutritive n'impliquant ni déglutition, ni fermeture laryngée et illustrée par des trains de succion rapides. Elle est essentielle pour l'enfant car elle a, pour lui, une fonction d'apaisement (Couly, 1985).
- La succion nutritive qui impose une parfaite coordination de la succion/déglutition/respiration.

La déglutition, ensemble de mécanismes volontaires et automatiques permettant le transport des aliments de la cavité buccale vers l'estomac, se décline en trois temps (Thibault, 2015) :

- Un temps buccal permettant la préhension (préparation du bolus), la mastication (mouvements rythmiques et coordonnés de la mandibule, de la langue et des joues) et la propulsion du bolus (la langue se creuse).
- Un temps pharyngé qui entraîne une fermeture vélo-pharyngée, une inhibition de la respiration, ainsi qu'une occlusion et une élévation pharyngée dans le but de propulser le bolus alimentaire.
- Un temps œsophagien involontaire non conscient et réflexe qui débute lorsque les aliments atteignent le sphincter supérieur de l'œsophage (SSO). Le SSO se resserre alors pour éviter les reflux.

Les particularités physiologiques de l'enfant à sa naissance lui permettent de déglutir et de respirer en même temps. Le larynx étant en position haute et placé pratiquement en arrière des fosses nasales, le voile du palais peut venir s'accoler à l'épiglotte durant la déglutition et constituer une barrière permettant la protection des

voies aériennes. Le tableau qui suit nous montre l'évolution de la déglutition en fonction du développement neuro-moteur de l'enfant.

Tableau 2 : Evolution de la déglutition en fonction du développement neuro-moteur (Puech et Vergeau, 2004)

Evolution / Développement

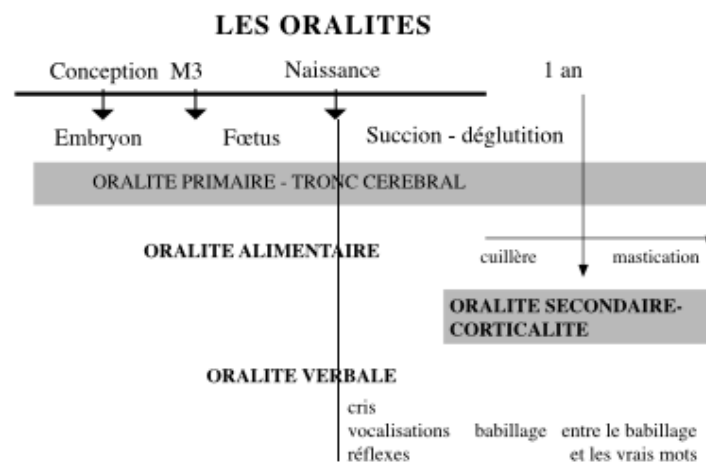
Réflexes archaïques \Rightarrow Actes volontaires \Rightarrow Automatismes
Cadre normal du développement de l'enfant de 0 à 2 ans

Âges Mois	Motricité Globale	Préhension	Temps de préparation	Temps de transport oral	Temps pharyngé	Progression
0-4	asym + flex tête médiane	Aspiration à la tétine : sein ou biberon		Suckling*	Succion-déglutition réflexe	Liquide
4-6	Tenu assis Contrôle de tête	Tétine+ débuts à la cuillère+ apprentissage de la boisson au verre	Malaxage	Suckling	Diminution du réflexe de succion-déglutition	Liquide + Semi-liquide
6-9	Rotation 4 pattes Débout	Tétine + cuillère + verre	Malaxage + début de mastication	Suckling** + début sucking	Début de dissociation entre succion et déglutition	Semi-liquide + Mixé
9-12	Marche de côté	Cuillère + verre	Malaxage > mastication	Suckling > sucking		Mixé + Solide mou
12-18	Marche + Différents stades Sensoriels Moteurs	Cuillère + verre	Malaxage < mastication	Suckling < sucking		Solide mou + Solide dur
18-24		Cuillère + verre	Mastication Suckling		Succion et déglutition indépendantes	Solide dur

2.3. Des oralités

Selon Thibault (2004), il existerait un continuum dans les apprentissages alimentaires. Sous la dépendance de son développement cérébral, le nourrisson passerait ainsi d'une oralité primaire à une oralité dite secondaire.

Schéma 1 : Développement des oralités selon Thibault (2004)



2.3.1. Oralité primaire (OP)

L'OP est dite « succionnelle », elle débute dès le stade embryonnaire. C'est une phase sensorielle et réflexe qui se matérialise par un certain nombre de réflexes oraux permettant au nouveau-né de chercher sa nourriture et d'orienter sa bouche et sa langue vers ce qu'il souhaite sucer :

- Réflexe de Hooker (Haddad, 2007)
- Réflexe de fouissement (Senez, 2002)
- Réflexe des points cardinaux (Dargassies, 1982)
- Réflexe de protrusion et d'orientation de la langue (Senez, 2002)
- Réflexe de contraction de l'orbiculaire des lèvres (Bleeckx, 2001)
- Réflexe antagoniste d'ouverture et de fermeture de la bouche (Senez, 2002)

Ces réflexes sont amenés à s'inhiber aux alentours de 3/4 mois grâce au processus de corticalisation (Gosselin & Amiel-Tison, 2007).

Cette phase d'oralité primaire coïncide avec une phase de grande dépendance pour l'enfant : il est dépendant des adultes qui l'entourent pour s'alimenter.

2.3.2. Oralité secondaire (OS)

Le développement des structures corticales et cognitives induit une participation active et volontaire de l'enfant dans l'alimentation. Ces évolutions permettent le passage à la cuillère. L'enfant va alors devoir s'adapter et mettre en place de nouveaux schèmes moteurs. Ainsi, entre 6 et 12 mois, deux types de mouvements peuvent s'observer dans la cavité buccale, le « suckling », désignant les mouvements antéro-postérieurs de la langue et le « sucking », caractérisé par des mouvements linguaux allant du haut vers le bas. Ce dernier est considéré par Thibault (2007) comme la « vraie succion » et ne peut s'observer que lorsque la musculature de l'enfant est assez développée : l'enfant doit être capable de se tenir assis pour permettre à la mandibule de se mouvoir plus efficacement lors de la prise alimentaire. L'auteur souligne l'importance de ces deux types de mouvements qui sont « une étape vers la manipulation et la préparation du bol alimentaire ».

On note donc la présence d'une phase mixte où co-existent oralité primaire et secondaire (Thibault, 2015). Cette phase coïncide avec l'étape où l'enfant s'entraîne, imite et apprend des séquences de gestes (= mise en place de praxies). Il va ainsi découvrir le monde qui l'entoure en explorant son environnement : les objets sont touchés, goûtés... L'enfant se construit et construit ses rapports au monde et à l'espace environnant (Couly, 2010).

Progressivement, l'enfant va diversifier son alimentation et plus tard, passer aux morceaux. C'est l'apparition de la denture lactéale entre 6 et 36 mois qui va rythmer l'apprentissage de la praxie de mastication (Couly, 2010). Le nourrisson apprend alors à faire passer les aliments d'un côté à l'autre de sa cavité buccale. La mastication proprement dite, avec section de l'aliment par les incisives, mouvements latéraux rotatoires de la mâchoire et utilisation des prémolaires, ne sera mature qu'à partir de 6 ans (Blanchet, Mondain, & Lathuillière, 2016).

Lorsque l'enfant passe d'une oralité primaire à une oralité secondaire, il complexifie progressivement son geste mandibulaire (Thibault, 2007) : il contrôle de mieux en mieux la présence des aliments dans sa bouche, les mobilise latéralement grâce aux mouvements de rotation de la langue et décide du moment où il déglutira.

2.4. Les enjeux de l'oralité

« L'oralité implique des notions aussi variées et fondamentales que les fonctions sensori-motrices fœtales, l'adaptation à la vie extra-utérine, la fondation du lien mère-enfant, l'adaptation de l'enfant à ses besoins nutritionnels ainsi que sa construction physique, psychique, relationnelle et socioculturelle » (Abadie, 2008).

2.4.1. Construction psychique

La vie du nourrisson est partagée entre un état de paix et de sommeil et des périodes de tension où il expérimente la faim, les sensations de froid ou de chaud... (David, 2013). L'alimentation pourra permettre l'apaisement de ces tensions et sera une des premières expériences positives de l'enfant. En effet, cette situation de nourrissage donne lieu à une succession de stimulations sensorielles qui, chaque fois coordonnées de la même façon, aboutissent à une sensation de réplétion à la fois physique et émotionnelle (Rigal, 2010).

Or, le nourrisson est incapable de s'apaiser seul, il est entièrement dépendant des personnes qui l'entourent pour s'alimenter. La permanence et la disponibilité de la mère, c'est-à-dire le fait qu'elle réponde toujours présent, vont ainsi participer à la construction psychique de l'enfant. Dans la construction du bébé, le fait d'être dans ce corps à corps avec sa mère est donc primordial (Haurat, 2012).

2.4.2. Interactions précoces et attachement

Schaal (2009) affirme que pour l'enfant, « l'aliment (et la satisfaction qu'il procure) est indissociable de la personne qui le dispense, de sorte qu'alimentation, cognition sociale et attachement sont étroitement liés ». Dès les premières heures de vie, une dyade mère/enfant va se créer et l'alimentation va jouer un rôle majeur dans l'instauration de cette dyade. En effet, l'alimentation en tant qu'acte essentiel à la survie du nourrisson est la base des premiers échanges, c'est à travers cette activité que parents et enfants interagissent le plus au départ (Le Heuzey, 2006).

Bowlby (1969) insiste sur le fait que le besoin d'attachement est aussi important que celui de boire ou de manger (en se référant entre autres aux observations faites par Spitz à l'issue de la guerre et à sa notion d'hospitalisme). Ainsi, c'est à travers les réponses des parents aux besoins de leur enfant, que l'enfant va se créer des attachements sécurisés ou insécurisés, modèles de ses attachements futurs, lui permettant d'explorer le monde, d'établir des relations et de se construire.

3. LES TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE (TOA)

« Les difficultés alimentaires touchent 24 % à 35 % des enfants au développement normal et 33 % à 80 % des enfants avec retard ou handicap développemental quel qu'il soit » (Leblanc, 2014).

3.1. Définir les troubles de l'oralité alimentaire

Leblanc (2014) définit les TOA comme étant « l'ensemble des difficultés à s'alimenter par voie orale de manière adaptée et en quantité suffisante pour assurer un bon état nutritionnel et un bon développement psychomoteur ». En réalité il est difficile de définir avec précision les TOA, tant leur(s) cause(s) et leur(s) manifestation(s) sont variées et parfois même imbriquées.

Ces troubles, lorsqu'ils s'immiscent dans la vie de l'enfant viennent perturber son bon développement global mais aussi plus largement sa sphère familiale. L'alimentation, en effet, est un élément central dans une vie de famille, elle est chargée affectivement et lorsqu'elle est troublée, elle peut générer anxiété, souffrance voire même culpabilité et dépréciation de la part des parents (Abadie, 2008).

3.1.1. Causes possibles

Certaines atteintes organiques (pathologies digestives, pulmonaires ou cardiaques, malformations congénitales, syndromes génétiques...) et neurologiques (encéphalopathie...) peuvent entraîner une altération de la mobilité oro-faciale, nécessaire à une bonne succion et/ou peuvent perturber les différents temps de la déglutition. Des perturbations sensorielles (trouble de l'intégration neuro-sensorielle) (Barbier, 2014) ou post-traumatiques (à la suite d'une intubation ou d'une nutrition artificielle) peuvent également participer à l'installation d'un trouble de l'oralité alimentaire (Jaen Guillaume, 2014).

3.1.2. Manifestations possibles

Les TOA se manifestent sous des formes variées et touchent tant la sphère orale et corporelle que la sphère sensorielle. Ils vont venir perturber le développement alimentaire de l'enfant.

3.1.2.1. Difficultés oro-motrices

Nous avons listé les principales difficultés oro-motrices observées (Thibault, 2007 ; Ramsay, 2001) :

- Une succion faible,
- Des difficultés à mastiquer / à mordre,
- Une toux,
- Des reflux par le nez,
- Des fausses-routes,
- Des fuites salivaires ou alimentaires,
- Une absence de réflexe de succion ou de mastication.

3.1.2.2. *Hyper/Hypo-réactivité sensorielle*

L'action de manger impliquant la totalité des sens, il est fréquent d'observer dans les troubles de l'oralité alimentaire, des anomalies de la sensibilité au niveau de la sphère oro-faciale et/ou au niveau tactile. Ces anomalies de la sensibilité viennent affecter le rapport de l'enfant à l'alimentation et ne lui permettent pas de prendre plaisir à manger.

Elles peuvent se manifester par (Boudou & Lecoufle, 2015 ; Jaen Guillaume, 2014) :

- Un rejet des textures,
- Un tri des aliments avant de les manger,
- Des défenses sensorielles de type réaction orale excessive avec mimiques de dégoût et attitudes tonico-posturales inadaptées,
- Un refus du brossage de dents,
- Des hauts-le-cœur,
- Peu d'explorations avec la bouche et les mains,
- Une mauvaise conscience des aliments dans la bouche avec accumulation des aliments.

3.1.2.3. *Une manifestation comportementale : le refus alimentaire*

Puech et Vergeau (2004) décrivent trois modes de refus possibles :

- Le désintérêt : l'enfant n'a pas d'appétit, ne manifeste pas de faim, n'a pas d'intérêt pour la nourriture.
- L'opposition active : l'enfant refuse tout contact avec la nourriture, il détourne la tête, se met en hyper-extension, se contorsionne... Le repas peut engendrer des crises de colère et de pleurs.
- L'opposition passive : l'enfant refuse catégoriquement d'ouvrir la bouche, son regard est fuyant et il peut se réfugier dans le sommeil. Les temps de repas sont anormalement longs et les quantités de nourriture ingérées sont faibles.

3.2. Diagnostic et prise en soin

Les difficultés alimentaires du jeune enfant sont des causes fréquentes de consultation médicale (Abadie, 2001).

3.2.1. Diagnostic

Lorsque le motif de consultation pédiatrique est lié à des difficultés d'ordre alimentaire, le médecin se retrouve face à des parents inquiets, désemparés et se sentant parfois diminués dans leur fonction parentale. L'approche diagnostique consiste alors à appréhender le trouble dans sa dimension organique et dans ses dimensions sensorielle, pratique, comportementale et relationnelle. Elle se décline en trois temps :

- Une anamnèse minutieuse et précise basée sur l'écoute et la bienveillance,
- Une observation attentive de l'enfant (comportant un temps de repas),
- Un examen clinique afin de préciser la sémiologie du trouble (évaluation morphologique, développementale...).

En fonction du contexte, des explorations complémentaires peuvent être proposées : la complexité des TOA appelle à une approche, un regard et une prise en charge pluridisciplinaire (Abadie, 2004b).

3.2.2. Prise en soin

L'alimentation plaisir et l'investissement positif de la sphère orale sont indissociables d'un investissement sensoriel et corporel harmonieux. La prise en soin des TOA passe donc par une prise en charge sensorielle et oro-motrice ainsi que par un travail d'appropriation progressif des aliments et textures. Les parents et l'entourage ont une place centrale dans cette prise en charge et le projet thérapeutique doit leur être clairement expliqué.

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

1. PROBLÉMATIQUE

Puisqu'ils accompagnent l'enfant sur de nombreux temps de repas et de collation, les professionnels de la petite enfance sont des acteurs privilégiés dans l'accompagnement de l'enfant vers une alimentation solide et diversifiée. Mais que se passe-t-il si l'enfant ne suit pas un cheminement habituel dans l'apprentissage alimentaire ? Quelles sont les connaissances à disposition des professionnels de la petite enfance qui pourraient leur permettre de repérer les enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire ou à risque d'en développer un ?

Et puisqu'il est établi que les difficultés alimentaires touchent 24% à 35% des enfants au développement normal et 33% à 80% des enfants avec retard ou handicap développemental quel qu'il soit (Leblanc, 2014), il nous paraît justifié de nous interroger : les professionnels de la petite enfance sont-ils assez sensibilisés et informés sur les troubles de l'oralité alimentaire ?

C'est en partant de ces différents questionnements qu'une problématique plus précise a émergé : **Dans quelle mesure la sensibilisation des professionnels de la petite enfance par des professionnels formés, tels des orthophonistes, serait-elle une étape primordiale au repérage et à l'accompagnement des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire ?**

Pour répondre à cette problématique, les interventions ont donc été menées par une étudiante en 5^e année d'orthophonie, supervisée par des orthophonistes formées dans ce domaine.

2. HYPOTHESES DE RECHERCHE

1 : Les professionnels de la petite enfance ne sont pas assez sensibilisés aux troubles de l'oralité alimentaire.

2 : En proposant des actions de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire aux professionnels de la petite enfance, ceux-ci pourront repérer, accueillir et accompagner de façon plus adaptée au quotidien les enfants présentant des difficultés dans l'apprentissage alimentaire.

3 : Ces actions leur permettront d'adapter leurs interventions auprès de ces enfants mais aussi et surtout, de servir de relais pour orienter les parents vers le pédiatre de leur enfant.

MÉTHODOLOGIE

1. PRESENTATION DE LA POPULATION

L'appellation « professionnels de la petite enfance » regroupe des professionnels divers aux connaissances et aux compétences variées. Ces différents corps de métier convergent cependant sur un point essentiel : le contact quotidien auprès de jeunes enfants.

C'est justement parce qu'ils sont au contact de jeunes enfants et qu'ils les accompagnent sur plusieurs temps de vie, dont des temps de repas, que cette population a retenu notre attention.

Conscients que nous ne pourrions pas sensibiliser tous les professionnels de la petite enfance du Beauvaisis, nous avons décidé de cibler les professionnels travaillant au sein d'établissements et de services d'accueil de la petite enfance.

Ainsi, afin de répondre à notre problématique, les critères d'inclusion suivants ont été retenus :

- Tout professionnel de la petite enfance (toutes formations confondues),
- Exerçant dans un établissement ou un service d'accueil du Beauvaisis ayant souhaité participer au projet.

1.1. Les différents professionnels de la petite enfance

Nos recherches nous ont permis de mieux cerner la population ciblée, de connaître les spécificités de chaque métier et d'obtenir des informations sur la formation initiale des différents professionnels concernés.

1.1.1. La puéricultrice

La puéricultrice est une infirmière spécialisée dans le développement de l'enfant. A l'aspect sanitaire du métier (promouvoir, maintenir et restaurer la santé de l'enfant) s'ajoute une mission d'accompagnement des parents.

Le tableau qui suit synthétise les connaissances et compétences de la puéricultrice qui sont en lien avec l'alimentation et le développement de l'enfant.

Tableau 3 : Tableau synthétique des connaissances et compétences en lien avec l'alimentation et le développement de l'enfant

Diplôme	Autorité et texte(s) de référence	Compétences	Connaissances
DE de Puéricultrice (Diplôme de niveau II) DE d'Infirmière + 1500 heures d'enseignement théorique et clinique en institut et en stage (790 heures de formation + 710 heures de stage clinique)	Ministère en charge de la santé Arrêté du 12 décembre 1990, relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice et au fonctionnement des écoles Arrêté du 15 mars 2010 modifiant l'arrêté 12 décembre 1990 Décret n°2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence	Evaluer l'état de santé et le développement des enfants et des adolescents. Concevoir et conduire un projet de soins et d'éducation adapté à l'enfant. Mettre en œuvre des soins adaptés aux enfants présentant des altérations de santé Accompagner et soutenir les familles dans le processus de parentalité. Concevoir et mettre en œuvre des activités de promotion de la santé de l'enfant et de protection de l'enfance. Organiser et coordonner les soins et les activités de développement et d'éveil pour des enfants et des adolescents.	L'enfant, de la vie intra-utérine à l'âge de 15 ans (150 heures) La maladie, à partir des connaissances acquises en école d'infirmières et la prévention médicale, médico-sociale et socio-éducative (150 heures) L'environnement familial et social (150 heures)

1.1.2. L'auxiliaire de puéricultrice

L'auxiliaire de puéricultrice est placée sous la responsabilité de la puéricultrice ou de l'infirmière. Elle dispense des soins et réalise des activités d'éveil et d'éducation pour préserver la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de l'enfant. Elle joue également un rôle majeur dans l'installation d'un climat de confiance avec la famille.

Le tableau qui suit synthétise les connaissances et compétences de l'auxiliaire de puéricultrice qui sont en lien avec l'alimentation et le développement de l'enfant.

Tableau 4 : Tableau synthétique des connaissances et compétences en lien avec l'alimentation et le développement de l'enfant

Diplôme	Autorité et texte(s) de référence	Compétences	Connaissances
DE d'Auxiliaire de Puériculture (Diplôme de niveau V) 1435 heures d'enseignement théorique et clinique en institut et en stage (595 heures de formation + 840 heures de stage clinique)	Ministère en charge de la santé	<u>Module 1 :</u> L'accompagnement de l'enfant dans les activités d'éveil et de la vie quotidienne (175 heures de formation + 210 heures de stage clinique)	<u>Savoirs théoriques :</u> développement de l'enfant <u>Savoirs pratiques :</u> suivi du développement de l'enfant, équilibre et hygiène alimentaire, activités d'éveil, soutien à la parentalité
	Décret n° 2007-1301 du 31 août 2007 relatif aux diplômes d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)	<u>Module 2 :</u> L'état clinique d'une personne à tout âge de la vie (70 heures de formation + 140 heures de stage)	<u>Savoirs théoriques :</u> anatomie et physiologie du corps humain, situations pathologiques et conséquences sur l'état clinique <u>Savoirs pratiques :</u> surveillance des signes cliniques
	Arrêté du 16 janvier 2006 modifié par l'arrêté du 28 septembre 2011, précisant la formation d'Auxiliaire de Puériculture	<u>Module 3 :</u> Les soins à l'enfant (140 heures de formation + 210 heures de stage clinique)	<u>Savoirs théoriques :</u> notions de physiopathologie et notions théoriques autour de la naissance <u>Savoirs pratiques :</u> adaptation des soins à l'enfant, installation en lien avec la pathologie, surveillance des régimes alimentaires

1.1.3. L'éducateur de jeunes enfants

L'éducateur de jeunes enfants est un travailleur social spécialiste de la petite enfance. Ses fonctions se situent à trois niveaux : éducation, prévention et coordination. Il s'attache à favoriser le développement global et harmonieux des enfants en stimulant leurs potentialités. En créant un environnement riche et motivant, il contribue notamment à leur éveil et à leur apprentissage de la vie sociale.

Le tableau qui suit synthétise les connaissances et compétences de l'éducateur de jeunes enfants qui sont en lien avec l'alimentation et le développement de l'enfant.

Tableau 5 : Tableau synthétique des connaissances et compétences en lien avec l'alimentation et le développement de l'enfant

Diplôme	Autorité et texte(s) de référence	Compétences	Connaissances
DE d'Edicateur de Jeunes Enfants (Diplôme de niveau III) 3600 heures d'enseignement théorique et clinique en institut et en stage (1500 heures d'enseignement théorique et 2100 heures de formation pratique)	Ministères en charge du travail, des relations sociales et de la santé Arrêté du 16 novembre 2005 relatif au diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants	<u>DF1</u> : accueil et accompagnement du jeune et de sa famille (400 heures d'enseignement théorique + 840 heures de stage clinique)	Connaissance du jeune enfant et accompagnement dans son développement Accompagnement et soutien de la fonction parentale (élaboration de projets d'accueil avec les familles)
		<u>DF2</u> : action éducative en direction du jeune enfant (600h d'enseignement théorique + 280 heures de stage clinique)	Connaissance et accompagnement du développement de l'enfant au plan physiologique, somatique, sensoriel, psychomoteur, affectif, social et cognitif Approche des handicaps et des déficiences Suivi et évolutions du projet d'accueil individualisé

1.1.4. Les agents de crèche / Assistant d'accueil petite enfance

Les agents de crèche ou d'éveil et/ou assistants d'accueil de la petite enfance sont des professionnels qualifiés et compétents pour l'accueil et la garde de jeunes enfants. En assurant l'accueil, l'hygiène corporelle, l'alimentation, le confort et la sécurité des enfants, ils contribuent également à leur développement ainsi qu'à leur éducation.

Le tableau qui suit synthétise les connaissances et compétences des agents de crèche qui sont en lien avec l'alimentation et le développement de l'enfant.

Tableau 6 : Tableau synthétique des connaissances et compétences en lien avec l'alimentation et le développement de l'enfant

Diplôme	Autorité et texte(s) de référence	Compétences	Connaissances
<p>CAP Petite Enfance (Diplôme de niveau V)</p> <p>Formation à temps plein en deux ans avec une période de formation en milieu professionnel de 12 semaines</p>	<p>Ministère de l'Education Nationale</p> <p>Arrêté du 25 février 2005 portant définition du CAP PE</p>	<p>C1 : S'informer : accueil et communication de l'enfant et des parents (écoute, transmission, dialogue)</p> <p>C3 : Réaliser : répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant (soins, prise alimentaire, installation) et accompagner l'enfant dans les actes de la vie quotidienne et dans son éducation</p>	<p><u>S1. Sciences médico-sociales</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besoins de l'enfant et facteurs de développement - Différents aspects du développement - Troubles et maladies courants de l'enfant - Maladies chroniques et handicaps <p><u>S2. Biologie générale et appliquée</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation générale du corps humain et de ses fonctions (fonctions de nutrition) <p><u>S3. Nutrition et alimentation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques de l'appareil digestif du nourrisson et du jeune enfant - L'alimentation de l'enfant de 0 à 6 ans (allaitement, diversification alimentaire) <ul style="list-style-type: none"> - Régimes alimentaires - Education alimentaire de l'enfant (perception sensorielle, apprentissage des saveurs et textures)
<p>BEP carrières sanitaires et sociales (Diplôme de niveau V)</p> <p>Formation à temps plein en deux ans</p>	<p>Ministère de l'Education Nationale</p> <p>Arrêté du 19 août 1993 modifiant l'arrêté du 19 août 1993 modifié portant création du brevet d'études professionnelles carrières sanitaires et sociales Arrêté du 15 juin 2001 abrogé et remplacé par le BEP Accompagnement, Soins et Services à la Personne : Arrêté du 18 Août 2011</p>	<p>Communication-relation : accueil, communication avec la personne, sa famille, son entourage</p> <p>Réalisation : réalisation d'activités liées à l'hygiène, au confort de la personne et à la sécurisation, préparation et distribution de collations, de repas équilibrés et aide à la prise des repas</p>	<p><u>Nutrition et alimentation</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sources nutritionnelles - Comportement et habitudes alimentaires - Produits alimentaires - Techniques de préparations de repas/de collations - Techniques de services des repas, des collations (prévention des fausses-routes, de la déshydratation, de la dénutrition) <p><u>Ergonomie – Soins</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Matériels d'aide aux repas <p><u>Sciences médico-sociales</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besoins et attentes de la personne aux différents âges de la vie - Développement de l'enfant (développement somatique, sensoriel et moteur) appareil digestif et spécificités chez l'enfant

1.2. Les structures d'accueil de la petite enfance du Beauvaisis

1.2.1. Définir les structures d'accueil de la petite enfance

Selon l'article R2324-17, modifié par le décret n°2010-613 du 7 juin 2010 art. 2, « les établissements et les services d'accueil non permanent d'enfants veillent à la santé, à la sécurité, au bien-être et au développement des enfants qui leur sont confiés », « dans le respect de l'autorité parentale, ils contribuent à leur éducation », « ils concourent à l'intégration des enfants présentant un handicap ou atteints d'une maladie chronique qu'ils accueillent » et « ils apportent leur aide aux parents pour favoriser la conciliation de leur vie professionnelle et de leur vie familiale ».

Il en existe plusieurs types :

- Les établissements d'accueil collectif appelés « crèches collectives » ou « haltes-garderies ».
- Les services assurant l'accueil familial d'enfants au domicile d'assistants maternels nommés « crèches familiales » ou « services d'accueil familial ».
- Les établissements d'accueil collectif gérés par une association de parents dits « crèches parentales ».
- Les établissements d'accueil collectif gérés par une entreprise et nommés « crèches d'entreprise ».
- Les établissements d'accueil collectif qui reçoivent exclusivement des enfants âgés de plus de deux ans non scolarisés ou scolarisés à temps partiel, appelés « jardins d'enfants ».
- Les établissements d'accueil collectif dont la capacité est limitée à dix places dits « micro-crèches ».
- Les établissements d'accueil collectif étiquetés « multi-accueil » qui combinent les différents types d'accueil énoncés ci-dessus.

Au niveau de l'encadrement, l'article R. 2324-42, modifié par le décret n°2010-613 du 7 juin 2010 art. 19, nous dit que dans ces différentes structures d'accueil, « le personnel chargé de l'encadrement des enfants est constitué :

- Pour 40% au moins de l'effectif, des puéricultrices diplômées d'Etat, des éducateurs de jeunes enfants diplômés d'Etat, des auxiliaires de puériculture diplômés d'Etat, des infirmiers diplômés d'Etat ou des psychomotriciens diplômés d'Etat ;

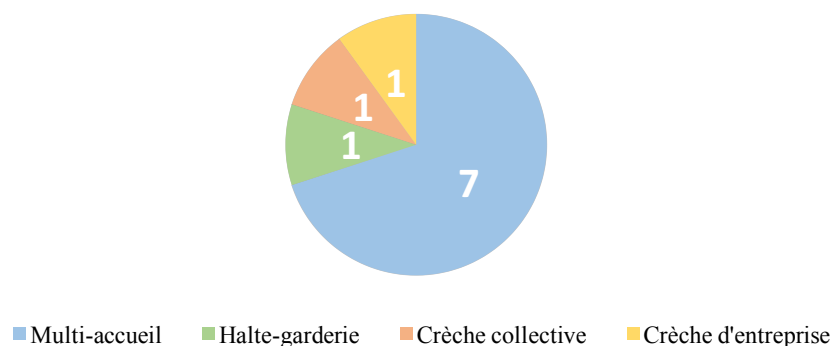
- Pour 60% au plus de l'effectif, des titulaires ayant une qualification définie par l'arrêté du ministre chargé de la famille, qui doivent justifier d'une expérience ou bénéficier d'un accompagnement définis par le même arrêté. »

1.2.2. L'offre d'accueil du Beauvaisis

Dix structures d'accueil sont actuellement implantées dans le Beauvaisis. Le graphique suivant précise les différents types de structures représentées.

Graphique 1 : Répartition des différents types de structures d'accueil du Beauvaisis

Structures d'accueil du Beauvaisis

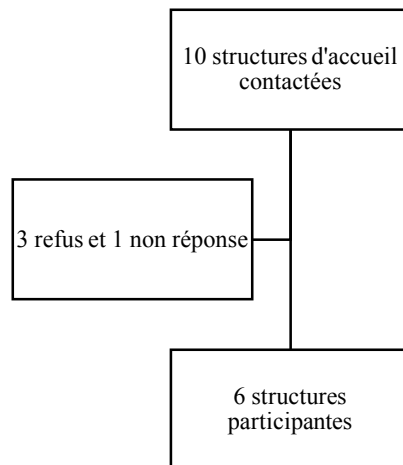


1.3. Recrutement

1.3.1. Démarche de recrutement

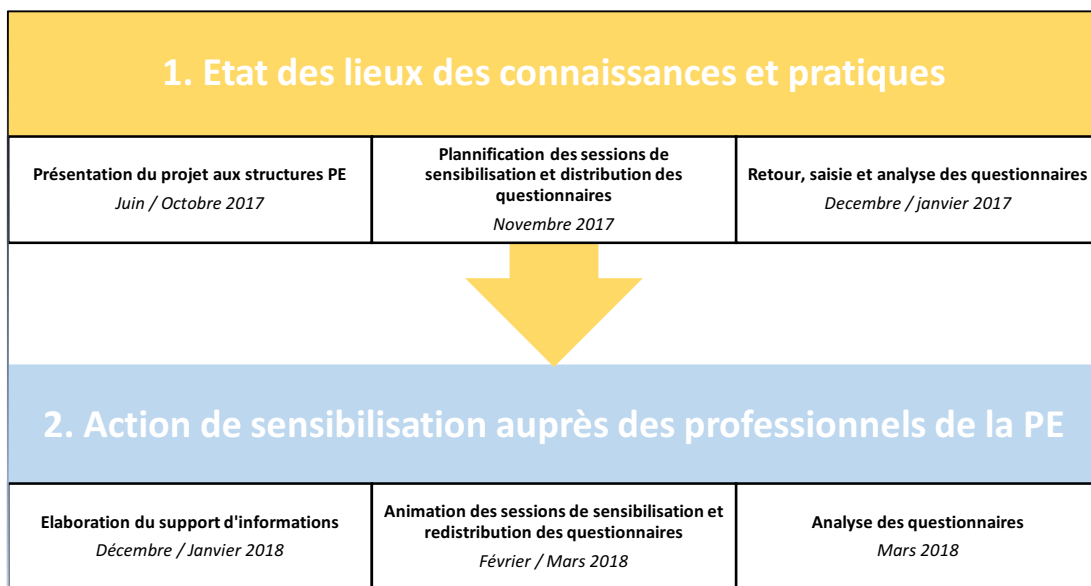
Afin de toucher un maximum de professionnels, l'ensemble des structures du Beauvaisis ont été contactées. Une lettre présentant le projet (cf. Annexe n°1, p.79) et adressée aux différents représentants de lieux d'accueil a été déposée en mains propres. Nous avons ainsi pu rencontrer certains professionnels, avoir un premier échange autour du sujet et évaluer leur intérêt pour le projet. Le schéma ci-dessous illustre les retours qui nous ont été faits. Ainsi, sur les 10 structures d'accueil contactées, 6 ont accepté de participer au projet.

Schéma 2 : Prise de contact et retour des structures



1.3.2. Chronologie

Schéma 3 : Déroulement opérationnel du projet



Le schéma précédent récapitule les différentes étapes du projet. Celles-ci ont été présentées à chacune des directions.

2. L'ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES

Les professionnels de la petite enfance ont acquis, grâce à leur formation initiale et à leur pratique professionnelle, des connaissances sur le développement alimentaire du jeune enfant. Mais ces connaissances sont-elles suffisantes pour accompagner au mieux des enfants dont le développement alimentaire est entravé ?

Le concept d'oralité paraît assez méconnu et les professionnels semblent avoir peu de connaissances sur les troubles de l'oralité alimentaire, alors qu'ils peuvent y être confrontés dans leur pratique. Ainsi, en lien avec notre première hypothèse nous avons souhaité recueillir les connaissances des professionnels à ce sujet.

2.1. Forme

Afin de recueillir les connaissances des professionnels, nous avons choisi de leur diffuser un questionnaire. Le questionnaire se présente sous la forme d'un recto/verso format A4. Nous tenions à respecter ce format car nous voulions qu'un maximum de professionnels répondent au questionnaire. Il nous a semblé qu'un questionnaire sous forme de feuillet contenant plusieurs pages aurait pu en décourager certains. Nous avons également privilégié ce format car nous voulions que les professionnels puissent le compléter rapidement, sans que cela ne leur demande trop de temps.

N'ayant pu rencontrer et exposer le projet à tous les participants, quelques phrases introductives précèdent le questionnaire qui se compose de 5 parties :

- Renseignements administratifs : cette partie nous permet de mieux cerner notre population.
- L'alimentation du jeune enfant : les questions concernent le développement alimentaire du jeune enfant.
- L'oralité alimentaire et ses troubles : ici nous cherchons à estimer les connaissances des professionnels sur l'oralité alimentaire et ses troubles.
- Zoom sur la pratique : cette partie interroge leur pratique et leur expérience professionnelle.
- Remarques : les questions posées dans cette partie nous permettent de sonder ce que les professionnels attendent de cette intervention mais aussi de prendre connaissance des notions qu'ils souhaiteraient aborder et auxquelles nous n'aurions pas pensé.

Nous avons choisi de proposer uniquement des questions fermées. En effet, cette modalité possède des avantages non négligeables, elle rend la collecte de réponse plus simple en limitant l'effort de recherche du répondant, elle offre une variabilité des formes de question (question à réponse unique, question à choix multiples, items à relier...) et elle permet de simplifier l'analyse des réponses.

Enfin, nous avons préféré proposer le questionnaire sous forme auto-administrée afin d'en faciliter sa diffusion et d'éviter que les professionnels puissent se sentir jugés dans leur pratique.

2.2. Contenu

Le contenu a été élaboré en lien avec les recherches effectuées dans la partie théorique. Voici le détail du questionnaire, partie par partie :

- **Renseignements administratifs**

- Initiales du nom et prénom : le questionnaire étant anonyme et redistribué en 2^e intention, nous avons souhaité connaître les initiales de chaque répondant dans le but d'apparier et de comparer les réponses avant et après sensibilisation.
- Quel est votre lieu d'exercice : afin d'apparier plus facilement les réponses nous avons également besoin de savoir quel était le lieu d'exercice de chaque professionnel. De plus, comme vu précédemment, le fonctionnement des établissements dans lesquels nous intervenons diffère selon le type, nous voulions en tenir compte.
- Quelle est votre profession : la formation des professionnels de la petite enfance n'étant pas la même selon le métier, il nous paraissait essentiel de connaître la profession de chacun des répondants.
- Parcours (diplôme et année d'obtention) : l'expérience contribue à la connaissance, c'est pourquoi nous voulions avoir des informations sur le parcours des différents participants. De plus, le domaine de la petite enfance a fait face à de nombreuses réformes des études, l'organisation et le contenu de celles-ci ont été modifiés.

- Avez-vous participé à des formations complémentaires en lien avec l'alimentation du nourrisson ? Si oui, lesquelles ? certains établissements proposent à leurs salariés de continuer à se former tout au long de leur parcours professionnel. Aussi, des formations en lien avec l'alimentation peuvent avoir été proposées ou organisées au sein des structures.

- **L'alimentation du jeune enfant**

- QRM1 : Selon vous, quel(s) sens sont sollicités lors de l'acte alimentaire ?

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gustation | <input type="checkbox"/> Olfaction | <input type="checkbox"/> Toucher |
| <input type="checkbox"/> Vision | <input type="checkbox"/> Audition | <input type="checkbox"/> Proprioception |

Nous cherchions ici à savoir si les professionnels avaient conscience des différents aspects sensoriels mis en jeu lors de l'acte alimentaire.

- QRM2 : Le développement alimentaire est ordonné par une série d'étapes, pourriez-vous relier les différentes étapes aux âges conseillés ?

- | | | |
|---------------------------------|---|-------------------|
| Diversification alimentaire | • | • 0-4 mois |
| Introduction de morceaux | • | • 4-6 mois |
| Passage à la cuillère | • | • à partir d'1 an |
| Alimentation lactéale exclusive | • | |

Nous souhaitons ici savoir si nous avons les mêmes références en termes d'âges-repères pour les grandes étapes alimentaires. Cela nous a également permis d'observer si la réalité du terrain corrobore les écrits scientifiques.

- QRU3 : Avez-vous connaissance du terme de « période sensible » ?

- oui non

Cette question nous a permis d'obtenir des informations sur les termes et les notions abordés dans la formation de chacun des professionnels.

- QRM4 : La diversification alimentaire... :

- Se définit par l'introduction d'aliments en morceaux dans l'alimentation du jeune enfant
- Se met en place conjointement au passage à la cuillère
- Doit débiter aux alentours de 4-6 mois

La diversification alimentaire se définit par l'introduction d'aliments autres que le lait dans la nourriture du tout-petit. Elle se met en place conjointement au passage à la cuillère et débute aux alentours de 4-6 mois. Le passage aux morceaux est quant à lui possible lorsque les premières dents commencent à pousser et que les capacités oro-motrices de l'enfant le permettent, il débute aux alentours d'1 an. Cette question nous a permis de déterminer le besoin de définir ou non la notion de diversification alimentaire.

- QRU5 : Le développement alimentaire débute in utero, mais à partir de quel âge est-il « mature » ?

- 2 ans 4 ans 6 ans 8 ans

La littérature détermine que le développement alimentaire est mature vers l'âge de 6 ans. Qu'en était-il des professionnels ?

- QRM6 : Quels sont les enjeux de l'alimentation ?

- Couvrir les besoins vitaux
- Procurer du plaisir
- Contribuer à la construction psychique de l'enfant

Ici, nous cherchions surtout à savoir si les professionnels considéraient le plaisir comme un enjeu alimentaire.

• **L'oralité alimentaire et ses troubles**

- QRU7 : Connaissez-vous le terme « d'oralité » ou de « trouble de l'oralité alimentaire » (TOA) ?

- oui non

Cette question nous a permis d'estimer la connaissance du terme de « période sensible ».

- QRU8 : Définir l'oralité comme étant « l'ensemble des fonctions dévolues à la sphère orale à savoir l'alimentation, mais aussi la respiration, l'olfaction, la gustation et la communication » vous semble-t-il approprié ?

oui

non

Nous cherchions à savoir si nous avions une définition commune des concepts abordés.

- QRU9 : Selon vous, environ quelle proportion d'enfants au développement normal est touchée par des TOA :

15%

20%

30%

45%

Cette question nous a permis d'avoir des informations quant à l'estimation de la prévalence des TOA par les professionnels.

- QRM10 : Parmi ces propositions, lesquelles vous évoquent un TOA ?

Peu d'explorations orales (ne met pas d'objets à la bouche...)

Diversification alimentaire difficile

Peu de plaisir à manger (pleurs, cris, détourne la tête...)

Temps de repas anormalement long

Réticence à toucher certaines textures alimentaires et non alimentaires

Gêne quand les mains ou les pieds sont sales

Cette question invitait les professionnels à une réflexion sur les manifestations possibles des TOA. Toutes les propositions pouvant convenir, les résultats nous ont permis d'insister sur les propositions les plus souvent omises.

- QRM11 : Les TOA peuvent se manifester par :

Des anomalies de la déglutition

Des anomalies de la sensibilité

Des anomalies comportementales

Une néophobie alimentaire

Les TOA peuvent se manifester par des difficultés oro-motrices ainsi que par des particularités comportementales et/ou sensorielles. La néophobie alimentaire ne fait pas partie des manifestations possibles d'un TOA. Elle est une étape normale dans le développement de l'enfant. Selon les réponses, le terme de néophobie alimentaire pouvait être défini ou non lors des interventions.

- QRM12 : Quelles peuvent être les causes d'un TOA ?
 - Causes organiques (malformation, syndrome...)
 - Causes neurologiques (encéphalopathie...)
 - Causes post-traumatiques (intubation, alimentation par sonde...)
 - Causes sensorielles (hyper/hypo-sensibilité...)

Toutes les propositions peuvent ici être cochées. L'analyse des réponses nous a permis de savoir s'il fallait insister sur certaines causes.

- QRM13 : Quels sont les professionnels prenant en charge ces troubles ?

<input type="checkbox"/> Pédiatre, gastro-pédiatre	<input type="checkbox"/> Ostéopathe
<input type="checkbox"/> Orthophoniste	<input type="checkbox"/> Psychomotricien
<input type="checkbox"/> Orthoptiste	<input type="checkbox"/> Psychologue

- QRU14 : Selon vous, quel est le rôle de l'orthophoniste dans cette prise en charge ?
 - Proposer un accompagnement parental et prendre en charge uniquement les troubles de la succion-déglutition
 - Proposer un accompagnement parental, un travail d'appropriation des aliments ainsi qu'une prise en charge sensorielle et pratique
 - Proposer un accompagnement parental et prévenir les troubles du langage

Ces deux dernières questions interrogent les professionnels sur leur connaissance de la prise en charge des TOA, elles nous ont donné des informations sur la nécessité ou non d'expliquer brièvement qui sont les professionnels accompagnant ces enfants ainsi que leur rôle.

- **Zoom sur la pratique**

- QRM15 : Que faites-vous quand un enfant refuse régulièrement de manger (détourne la tête, pleure, grimace...) ?

- Vous l'obligez à goûter au minimum le plat puis vous le laissez tranquille
- Vous n'insistez pas
- Vous lui proposez autre chose à manger
- Vous lui proposez le repas à un autre moment
- Vous détournez son attention par une chanson (ou autre) et tentez de le faire manger un minimum
- Vous le laissez à table jusqu'à ce qu'il goûte son plat

Certains comportements sont à proscrire lorsqu'on se retrouve face à un enfant porteur de TOA. Nous avons cherché à savoir si ces comportements faisaient ou non partie des comportements habituels des professionnels.

- QRM16 : Lorsqu'un parent se plaint des difficultés alimentaires de son enfant, que lui conseillez-vous ?

- De s'adresser à un pédiatre qui les dirigera alors vers un orthophoniste
- D'adapter les quantités, les textures, l'environnement
- De ne pas paniquer et vous le rassurez : « un enfant ne se laisse jamais mourir de faim »

Les professionnels de la petite enfance accompagnent les familles dans leur parentalité et peuvent parfois être confrontés à des familles se retrouvant en difficulté avec l'alimentation de leur enfant. Il nous semblait intéressant de pouvoir avoir un regard sur les conseils dispensés par les professionnels.

- QRU17 : Avez-vous connaissance de couverts et tétines adaptés (cuillères flexibles, tétine de différentes formes, matières...) ?

oui

non

Divers couverts et tétines adaptés existent, nous souhaitons ici savoir si les professionnels avaient connaissance de ces outils.

- QRU18 : Proposez-vous des jeux d'éveil à la sensorialité (ateliers cuisine, loto des odeurs, manipulations...)?

oui

non

La proposition de jeux d'éveil à la sensorialité est intéressante en crèche, et notamment pour les enfants porteurs de TOA. Nous cherchions donc à savoir si des activités de la sorte étaient couramment pratiquées.

- **Remarques**

- Qu'attendez-vous de cette sensibilisation ?

Définition et explication du concept d'oralité

Repérer les signes évocateurs d'un trouble de l'oralité alimentaire

Conseils et conduite à tenir face à un enfant présentant des difficultés liées à l'alimentation

- Avez-vous des remarques ? Aimeriez-vous aborder d'autres notions liées au développement, à l'oralité ou à l'alimentation du jeune enfant ? Si oui, merci de préciser.

oui

non

Ces deux questions laissaient la possibilité aux professionnels de s'exprimer et de choisir les points sur lesquels ils souhaitaient axer la présentation.

2.3. Mode de diffusion

Nous avons choisi d'aller déposer directement les questionnaires dans les structures. Ce mode de diffusion nous a parfois permis d'expliquer une nouvelle fois le projet aux professionnels. Nous avons aussi pu jauger de leur intérêt et de leur motivation d'y participer.

Chaque questionnaire (cf. Annexe n°2, p.80) diffusé était accompagné d'un formulaire de consentement (cf. Annexe n°3, p.82). Une notice (cf. Annexe n°4, p.84) était également laissée au sein de la structure.

Nous avons ensuite laissé un temps de réponse d'un mois et sommes retournés les chercher ; ceci a permis aux professionnels de choisir le moment et le temps qu'ils souhaitaient pour répondre. En allant les récupérer, nous avons également évité tout retard ou perte de questionnaire.

2.4. Méthode d'analyse

Afin d'établir une correction du questionnaire (cf. Annexe n°5, p.85) et ainsi, de pouvoir estimer les connaissances des professionnels de la petite enfance, nous avons également informatisé et diffusé le questionnaire à une population témoin via ce lien : <https://docs.google.com/forms/d/1HKrwyOF7hUuLr8AdFQxMh11TRyPwJj-RrQaiD9EX5d4/edit>.

Cette population était composée de 10 professionnels jugés « experts » car ayant suivi une formation en oralité. Les réponses les plus majoritairement cochées (>80 %) par les professionnels formés ont été retenues pour la correction.

Nous avons ensuite procédé à une analyse descriptive quantitative et qualitative des données recueillies et saisies sous Excel.

3. LES ACTIONS DE SENSIBILISATION ET D'INFORMATIONS

En lien avec l'état des lieux, des sessions d'informations ont été proposées dans le but de sensibiliser les différents professionnels aux troubles de l'oralité alimentaire.

3.1. Forme et support

Nous avons préféré une présentation orale accompagnée d'un visuel, ce format étant plus facilement adaptable et propice aux échanges.

Afin de toucher un maximum de professionnels nous devons prendre en compte les contraintes liées à leur exercice : contraintes organisationnelles le plus souvent. Il fallait que les professionnels puissent se libérer sur leur temps de travail, sans que cela ne perturbe l'organisation interne de la structure. Ainsi, nous avons choisi de proposer des interventions d'une durée d'1 heure :

- 45 minutes de présentation,
- 15 minutes de questions.

Pour le support visuel, notre choix s'est porté vers le PREZI : puisque cette intervention s'adresse à des professionnels, il nous a semblé que le format PowerPoint aurait fait davantage scolaire. A l'instar des cartes heuristiques (ou cartes mentales) le choix de ce type de support nous a permis d'organiser de façon plus logique et signifiante les informations transmises. De plus, le PREZI présente l'avantage d'être plus personnalisable, plus visuel et plus dynamique.

3.2. Contenu

Afin de préparer nos interventions, nous nous sommes appuyés sur nos recherches et lectures ainsi que sur l'état des lieux des connaissances réalisé en première partie.

Le contenu de ces interventions s'articule autour de trois axes majeurs :

- L'oralité : définition du concept, remise en contexte avec le développement alimentaire et mise en lien avec les connaissances des professionnels.
- Les troubles de l'oralité : définition, manifestations, causes, diagnostic et prise en charge.
- Conduites à tenir : signes à repérer, conseils pratiques et présentation de livrets, dont celui s'intitulant « Boîte à idées pour oralité malmenée ».

Le contenu du support reste consultable en ligne : <https://prezi.com/p/wvfmq6tjuwei/> ou en annexe (cf. Annexe n°6, p.87).

3.3. Mode de diffusion

Les actions se sont déroulées du 26 janvier au 19 mars 2018. Dans un souci d'organisation et afin de faciliter la mise en place des interventions, nous sommes intervenues directement dans les structures.

A la fin de chaque session, le questionnaire était une nouvelle fois diffusé. Ceci nous a permis d'évaluer l'impact de nos interventions.

Le questionnaire étant rediffusé, il nous était impossible de le corriger avec les professionnels. C'est pourquoi nous avons décidé de laisser un exemplaire corrigé dans chaque structure (cf. Annexe n°7, p.99).

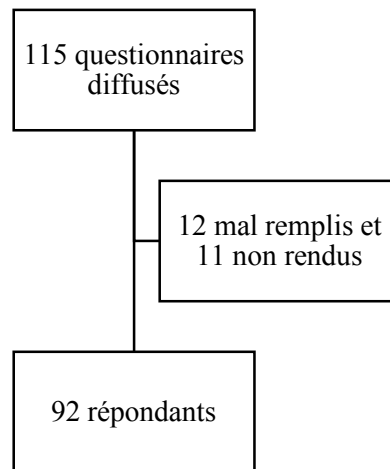
3.4. Méthode d'analyse

La rediffusion du questionnaire (cf. Annexe n°7, p.99) nous a permis d'évaluer l'impact de nos interventions grâce à la comparaison des réponses avant et après intervention. Pour cela, les données nouvellement recueillies ont été saisies sous Excel puis analysées selon une analyse statistique descriptive quantitative et qualitative.

RÉSULTATS

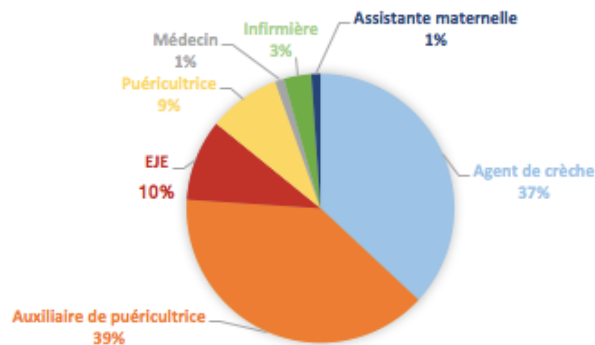
1. NOMBRE ET PROFIL DES RÉPONDANTS

Schéma 4 : Nombre de répondants



L'échantillon qui nous a permis d'établir l'état des lieux des connaissances était constitué de 92 professionnels (n=92).

Graphique 2 : Profil des répondants en D1



Les deux professions les plus représentées étaient les auxiliaires de puéricultrices (n=36) et les agents de crèche (n=34).

Tableau 7 : Année d'obtention des répondants

<i>Année d'obtention du diplôme</i>	<i>Nombre de répondants</i>
2017-2007	33
2007-1997	11
1997-1987	9
1987-1977	6
NR	33

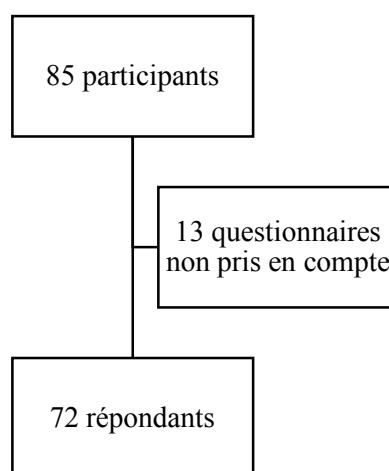
Le tableau qui précède précise l'année d'obtention du diplôme des répondants, il nous apporte des informations quant à leur expérience. Trente-trois participants ont obtenu leur diplôme il y a moins de 10 ans.

L'analyse de la question portant sur la formation continue révèle que 20% des répondants (n=18) avaient participé à une formation en lien avec l'alimentation. Les formations étaient les suivantes :

- L'allaitement maternel
- L'alimentation du jeune enfant
- La diversification alimentaire
- L'oralité du prématuré
- L'organisation des repas / la préparation des biberons

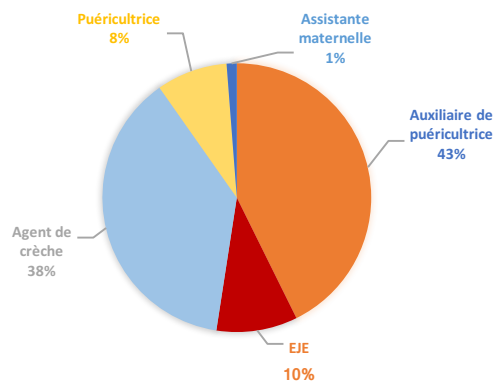
2. NOMBRE ET PROFIL DES PARTICIPANTS

Schéma 5 : Nombre des participants et répondants



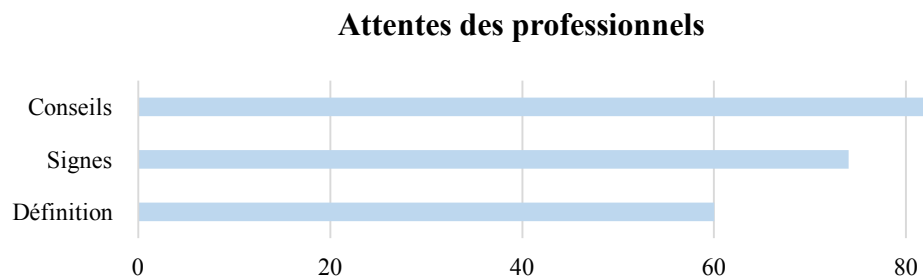
Les professionnels ayant répondu à la première diffusion du questionnaire n'ont pas tous assisté aux actions de sensibilisation, 85 professionnels y ont participé. Plusieurs participants n'avaient pas répondu à la première diffusion du questionnaire, cela explique que sur les 85 questionnaires recueillis en 2^e intention, 72 ont été pris en compte afin d'apparier les réponses et d'évaluer l'impact de nos interventions.

Graphique 3 : Profil des répondants en D2



Comme lors de notre première diffusion, notre population de répondants était composée majoritairement d'agents de crèche et d'auxiliaires de puéricultrice.

Graphique 4 : Attentes des professionnels (%)



Les trois items proposés (définition et explication du concept d'oralité – repérer les signes évocateurs de TOA – conseils et conduites à tenir face à un enfant présentant un TOA) avaient majoritairement été cochés par les professionnels. Nous avons donc essayé de répondre à leurs attentes.

3. ANALYSE GLOBALE

Tableau 8 : Analyse globale du questionnaire en pourcentages

	Taux de réponse		Taux de RC		Taux d'évolution
	D1	D2	D1	D2	
L'alimentation du jeune enfant					
Q1	97,8	100	12,2	74,4	+ 517 %
Q2	95,7	97,6	67	85	+ 27 %
Q3	89	98,8	38	95,1	+ 150 %
Q4	98,9	100	51,6	54,9	+ 6 %
Q5	76,1	84,1	14	39	+ 179 %
Q6	97,2	100	54,4	76,8	+ 41 %
Sous-totaux	92,5	96,8	39,5	70,9	+ 80 %
L'oralité alimentaire et ses troubles					
Q7	95	97,6	46	96	+ 109 %
Q8	85	97,6	80	98	+ 23 %
Q9	85	97,6	25	75	+ 200 %
Q10	95,7	100	17	61	+ 259 %
Q11	89,1	100	2,4	13,4	+ 550 %
Q12	85,9	100	39,2	59,8	+ 51 %
Q13	94,6	100	3,4	36,6	+ 1100 %
Q14	93,5	98,8	29,1	51,9	+ 76 %
Sous-totaux	90,5	99	30,3	61,5	+ 103 %
Zoom sur la pratique					
Q15	95,7	100	19,3	46,3	+ 142 %
Q16	94,6	100	10,3	47,6	+ 370 %
Q17*	97,8	NR	90	NR	NR
Q18	95,7	96,3	86	96	+ 12 %
Sous-totaux**	95,3	98,8	38,5	63,3	+ 64 %
Totaux	92	98,1	35	65,1	+ 86 %

*La question 17 n'a pas été ré-insérée lors de la deuxième diffusion.

** Non prise en compte de la Q17.

Le tableau ci-dessus permet une analyse globale des réponses obtenues. Afin d'en faciliter sa lecture, nous proposons de définir les termes qui ont été utilisés :

- Le taux de réponse fait référence au taux de professionnels ayant répondu à la question.
- Le taux de réponse correcte (RC) fait référence au taux de professionnels ayant répondu correctement à la question.
- Le taux d'évolution permet de visualiser l'évolution des taux de RC entre la première (D1) et la deuxième (D2) diffusion du questionnaire.

Une variation du taux de réponse a pu être observée selon les questions. Par exemple, en D1, on observe un taux de réponse de 98,9% pour la Q3 et un taux de réponse de 76,1% pour la Q5. Entre les deux diffusions, une augmentation significative de ce taux a été observée pour les questions 3, 5 8, 9 11 et 12.

La lecture du tableau met en évidence un taux de RC faible en D1 (=35%). On note que le domaine qui a mis le plus en difficulté les professionnels est celui sur l'oralité alimentaire et ses troubles.

Le taux d'évolution permet de voir que le taux de RC augmente pour toutes les questions en D2, et parfois même très fortement (par exemple, pour la Q1 le taux d'évolution est de 517%, ce qui veut dire que le taux a sextuplé), ce qui sous-entend que le choix de réponses des professionnels a fortement évolué.

4. ANALYSE DES RÉPONSES

Afin d'adapter au mieux nos futures interventions, nous avons choisi d'analyser plus finement les réponses obtenues.

Dans le but de faciliter la lecture des graphiques présentés, les réponses cochées à 80% par notre population-témoin ont été rappelées par un astérisque.

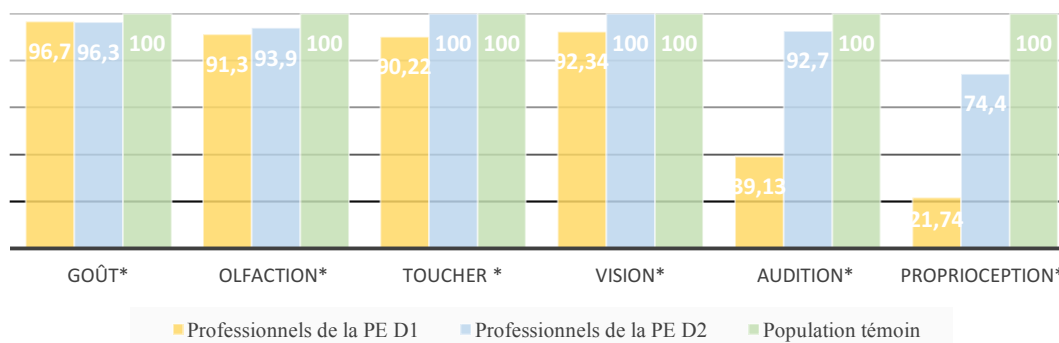
- **L'alimentation du jeune enfant**

- **QRM1 :**

	Taux de réponse		Taux de RC	
	D1	D2	D1	D2
Q1 : Selon vous, quel(s) sens sont sollicités lors de l'acte alimentaire ?	97,8%	100%	12,2%	74,4%

Graphique 5 : Synthèse Q1 en D1/D2 (%).

Nature des sens sollicités lors de l'acte alimentaire



Nb sens sollicités	D1	D2
1	2,2%	0%
2	2,2%	1,2%
3	6,7%	2,4%
4	42,2%	8,5%
5	34,4%	13,4%
6	12,2%	74,4%

En D1, seulement 12,2% des professionnels considéraient que la totalité des sens étaient sollicités lors de l'acte alimentaire. Le détail des réponses précise que la majorité des professionnels estimaient que 4 sens seulement étaient sollicités. L'audition et la proprioception avaient été le plus souvent omis.

- **QRM2 :**

	Taux de réponse		Taux de RC	
	D1	D2	D1	D2
Q2 : Le développement alimentaire est ordonné par une série d'étapes, pourriez-vous relier les différentes étapes aux âges conseillés ?	95,7%	97,6%	67%	85%

Le tableau suivant illustre en pourcentage les âges des grandes étapes alimentaires donnés pour référence par les professionnels sensibilisés (D2) et non sensibilisés (D1). Ce sont sensiblement les mêmes que ceux retrouvés dans la littérature.

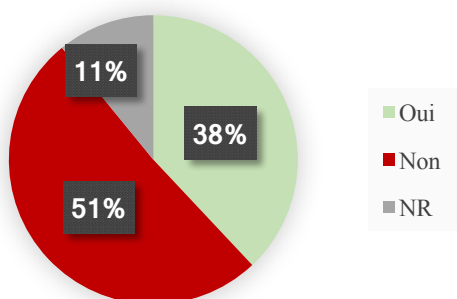
Tableau 9 : Ages-références des grandes étapes alimentaires en D1/D2 (%)

	Diversification alimentaire		Introduction de morceaux		Passage à la cuillère		Alimentation lactéale exclusive	
	PE D1	PE D2	PE D1	PE D2	PE D1	PE D2	PE D1	PE D2
0-4 mois	5,4	3,7	0	0	0	1,2	94,6*	97,6*
4-6 mois	87*	91,5*	6,5	6,1	78,8*	92,7*	0	0
1 an	3,3	2,4	91,3*	90,2*	18,2	4,9	2,2	0
NR	4,3	2,4	2,2	3,7	3	1,2	3,2	2,4

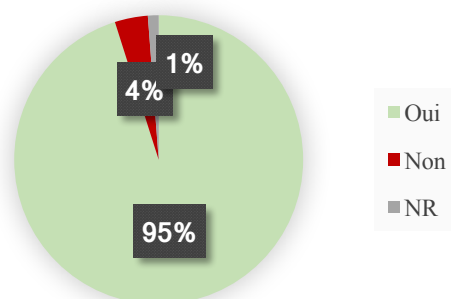
➤ QRU 3 :

Graphiques 6 et 6 bis : Synthèse Q3 en D1/D2 (%)

Connaissance du terme de période sensible en D1



Connaissance du terme de période sensible en D2



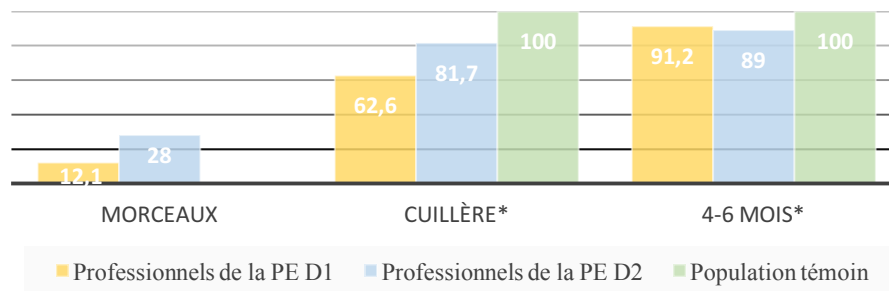
La majorité des professionnels sondés n'avaient pas connaissance du terme de « période sensible » en D1. L'intervention leur a donné connaissance de ce terme.

➤ QRM4 :

	Taux de réponse		Taux de RC	
	D1	D2	D1	D2
Q4 : La diversification alimentaire...	98,9%	100%	51,6%	54,9%

Graphique 7 : Synthèse Q4 en D1/D2 (%)

La diversification alimentaire

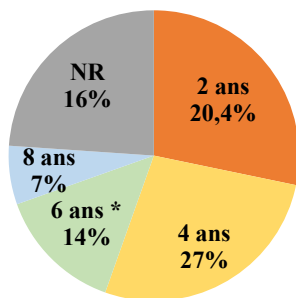


Les actions proposées n'ont pas réellement permis une définition claire de la diversification alimentaire car pour 12,1% des professionnels en D1, et 28% des professionnels en D2, elle se définit par l'introduction d'aliments en morceaux dans l'alimentation du jeune enfant.

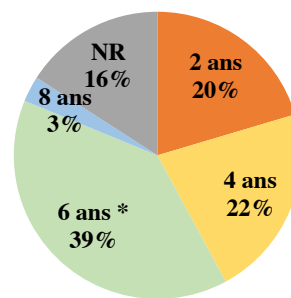
➤ QRU 5 :

Graphique 8 et 8 bis : Synthèse Q5 en D1/D2 (%)

Maturation du développement alimentaire (D1)



Maturation du développement alimentaire (D2)

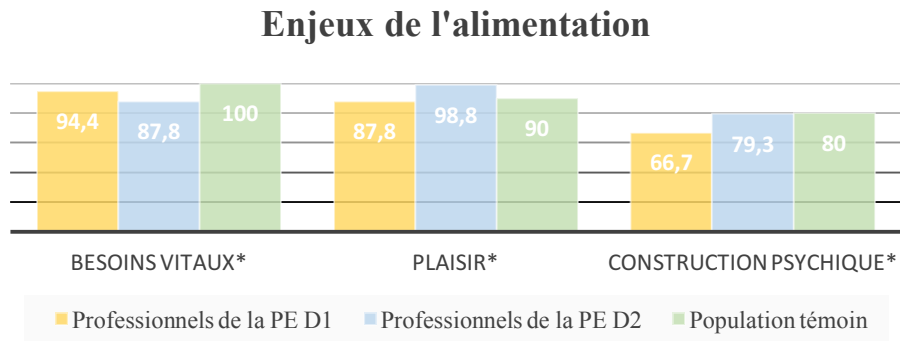


Avant les actions, la majorité des professionnels de la petite enfance présumaient que la maturité du développement alimentaire se situait aux alentours de 2 ans, voire 4 ans.

➤ QRM6 :

	Taux de réponse		Taux de RC	
	D1	D2	D1	D2
Q6 : Quels sont les enjeux de l'alimentation ?	97,2%	100%	54,4%	76,8%

Graphique 9 : Synthèse Q6 en D1/D2 (%)

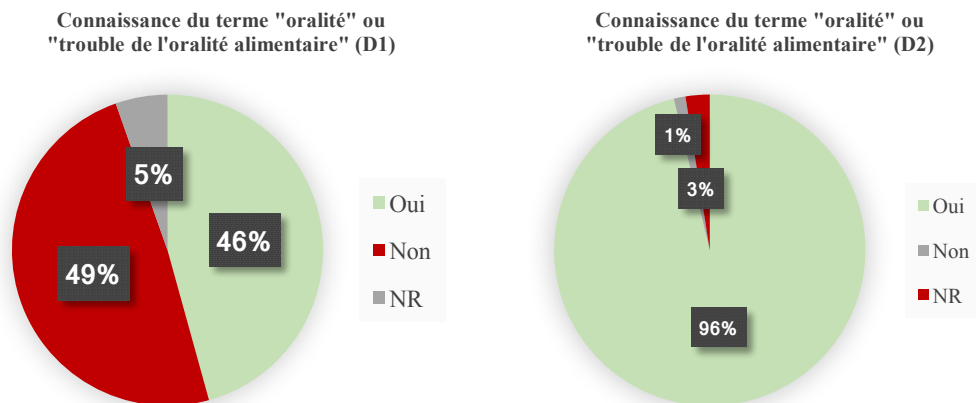


Le graphique ci-dessus nous montre que les trois items proposés ont majoritairement été cochés lors des deux diffusions. En revanche, on note l'augmentation du taux de réponse de l'item 2 (= plaisir) en D2.

• **L'oralité alimentaire et ses troubles**

➤ QRU 7 :

Graphique 10 et 10 bis : Synthèse Q7 en D1/D2 (%)



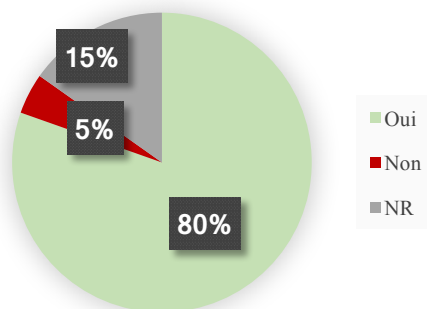
Les actions menées ont permis de faire connaître les termes d'« oralité » et de « trouble de l'oralité alimentaire ».

➤ QRU 8 :

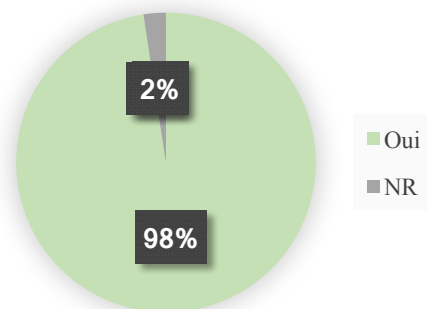
En première, comme en deuxième intention, un nombre important de professionnels étaient en accord avec la définition proposée.

Graphique 11 et 11 bis : Synthèse Q8 en D1/D2 (%)

Professionnels en accord avec la définition de V. Leblanc (D1)



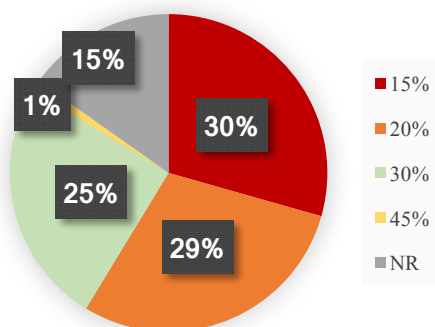
Professionnels en accord avec la définition de V. Leblanc (D2)



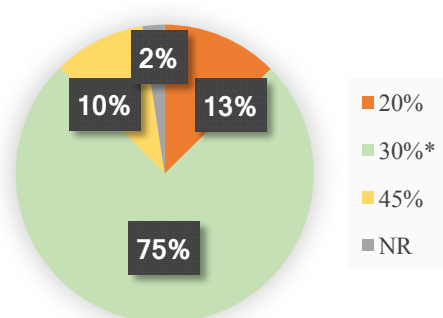
QRU 9 :

Graphique 12 et 12 bis : Synthèse Q9 en D1/D2 (%)

Prévalence du TOA (D1) :



Prévalence du TOA (D2) :



Les professionnels avaient tendance à sous-estimer la prévalence du TOA. Après sensibilisation, ils estiment majoritairement que les TOA touchent environ 30% des enfants au développement « normal ».

➤ QRM10 :

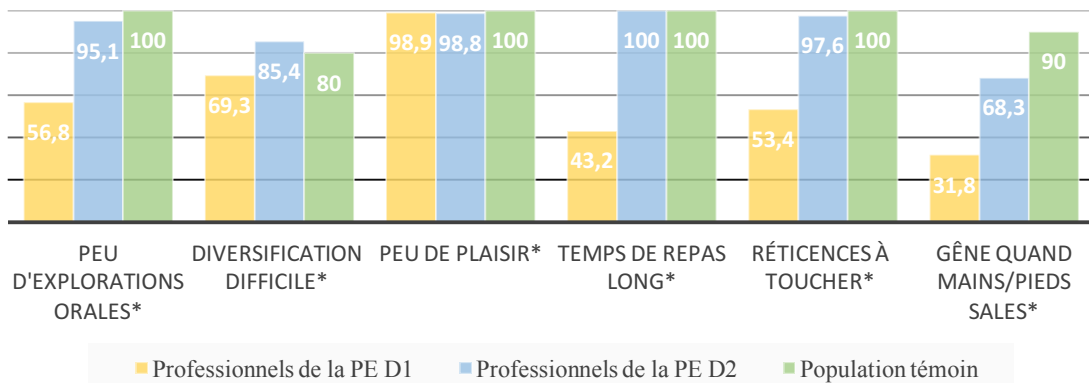
	Taux de réponse		Taux de RC	
	D1	D2	D1	D2
Q10 : Parmi ces propositions, lesquelles vous évoquent un TOA ?	95,7%	100%	17%	61%

Nb de propositions cochées	D1	D2
	1	6,8%
2	23,9%	0%
3	21,6%	1,2%
4	21,6%	13,4%
5	9,1%	24,4%
6	17%	61%

On observe qu'en D1 les professionnels ont souvent coché 2 propositions sur les 6 items corrects proposés. Le graphique nous permet de remarquer une prévalence comparativement moindre des items 4 et 6 en D1, signes sensoriel et comportemental du TOA.

Graphique 13 : Synthèse Q10 en D1/D2 (%)

Signes évocateurs d'un TOA

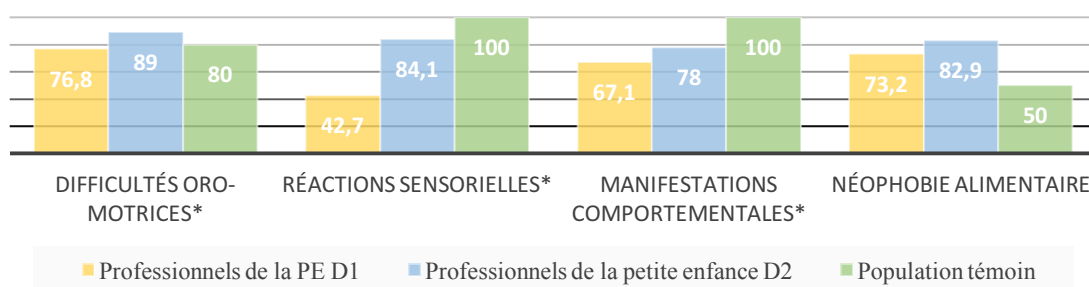


➤ QRM11 :

	Taux de réponse		Taux de RC	
	D1	D2	D1	D2
Q11 : Les TOA peuvent se manifester par :	89,1%	100%	2,4%	13,4%

Graphique 14 : Synthèse Q11 en D1/D2 (%)

Manifestations du TOA



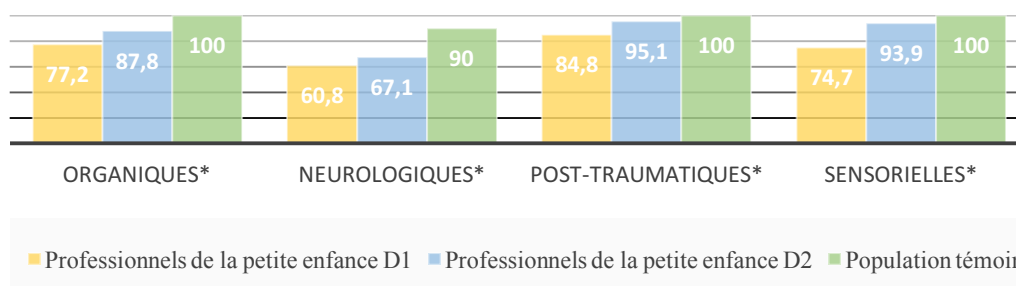
Nous observons qu'en D1 les professionnels de la petite enfance estimaient que les TOA se manifestaient davantage par des difficultés oro-motrices et/ou des manifestations comportementales que par des réactions sensorielles. Les interventions ont permis de mettre en avant ces difficultés d'ordre sensoriel fréquemment rencontrées en cas de TOA. Nous notons cependant une forte prévalence de l'item 6 (= néophobie alimentaire) en D1 comme en D2, cause du faible taux de RC observé.

➤ QRM12 :

	Taux de réponse		Taux de RC	
	D1	D2	D1	D2
Q12 : Quelles peuvent être les causes d'un TOA ?	85,9%	100%	39,2%	59,8%

Graphique 15 : Synthèse Q12 en D1/D2 (%)

Causes du TOA



Nb propositions cochées	D1	D2
1	6,4%	3,7%
2	29,1%	8,5%
3	25,3%	28%
4	39,2%	59,8%

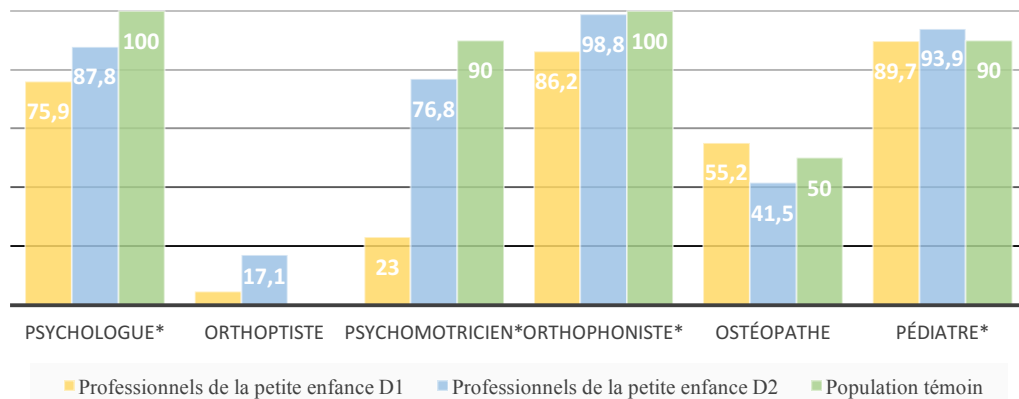
On remarque une prise de conscience de la pluralité des causes du TOA. Les actions proposées ont pu souligner la place importante de la sensorialité dans l'acte alimentaire et, par conséquent, le fait que sa perturbation puisse être une cause de TOA.

➤ QRM13 :

	Taux de réponse		Taux de RC	
	D1	D2	D1	D2
Q13 : Quels sont les professionnels prenant en charge ces troubles ?	94,6%	100%	3,4%	36,6%

Graphique 16 : Synthèse Q13 en D1/D2 (%)

Professionnels prenant en charge ces troubles

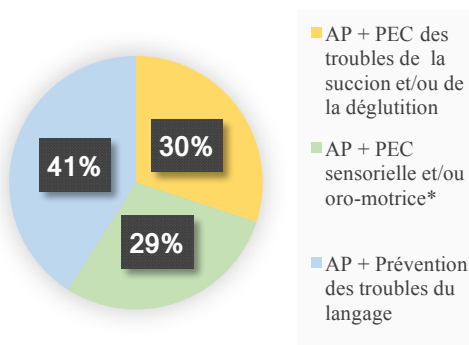


En D1, les professionnels n'estimaient pas que les psychomotriciens avaient un rôle à jouer dans la prise en charge de ces troubles. Nos interventions ont fait évoluer cette pensée.

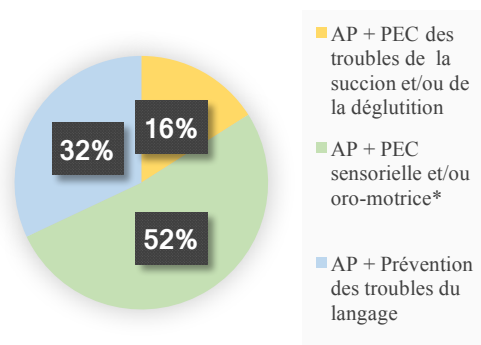
➤ QRU 14 :

Graphique 17 et 17 bis : Synthèse Q14 en D1/D2 (%)

Rôle de l'orthophoniste (D1)



Rôle de l'orthophoniste (D2)



Le premier graphique met en évidence le fait que 41% des professionnels de la petite enfance pensaient que le rôle de l'orthophoniste dans cette prise en charge était de proposer un accompagnement parental et de prévenir l'apparition de troubles du langage. Nos interventions auront pu leur faire découvrir un nouvel aspect du métier d'orthophoniste.

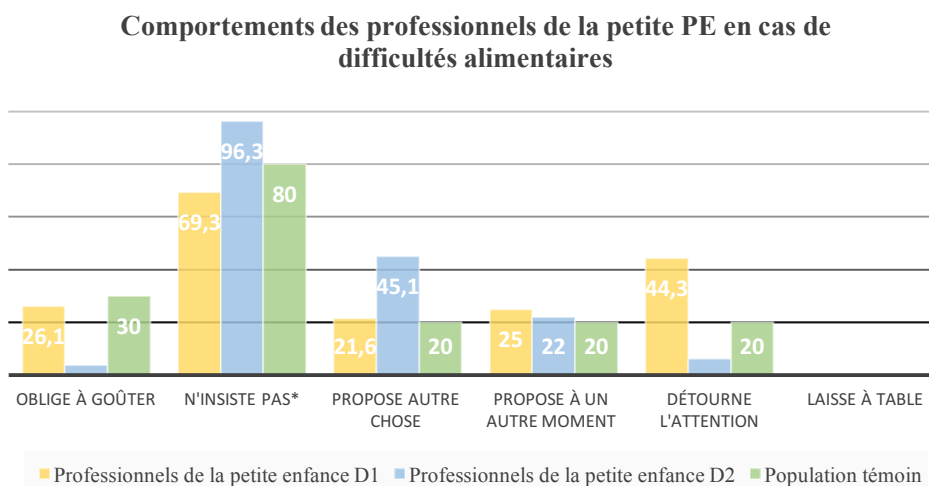
- **Zoom sur la pratique :**

➤ QRM15 :

	Taux de réponse		Taux de RC	
	D1	D2	D1	D2
Q15 : Que faites-vous quand un enfant refuse régulièrement de manger ?	95,7%	100%	19,3%	46,3%

On remarque la grande occurrence de l'item « n'insiste pas » en D1, comme en D2. Néanmoins, les professionnels ont le plus souvent coché plusieurs autres items, dont les items suivants : « détourne l'attention », « oblige à goûter », « propose à un autre moment », « propose autre chose ».

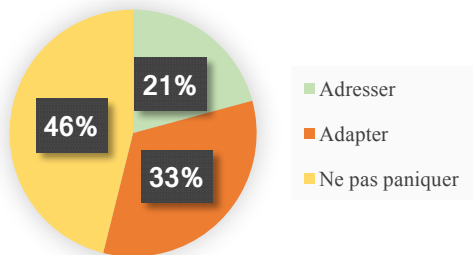
Graphique 18 : Synthèse Q15 en D1/D2 (%)



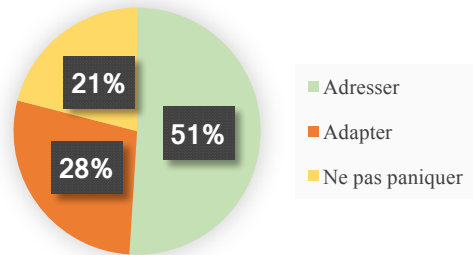
➤ QRU 16 :

Graphique 19 et 19 bis : Synthèse Q16 en D1/D2 (%)

**Conseils donnés aux parents
(D1)**



**Conseils donnés aux parents
(D2)**

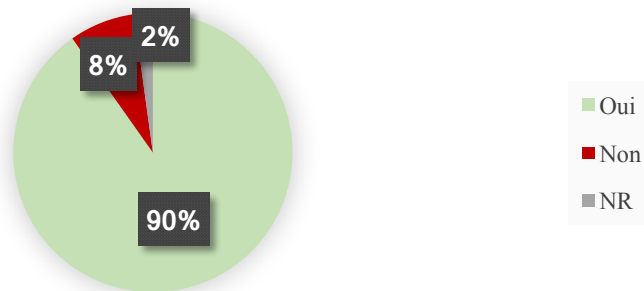


Lorsqu'un parent se plaignait des difficultés alimentaires de son enfant, 46% des professionnels leur conseillaient de ne pas paniquer. Après sensibilisation, 51% des professionnels leur conseilleraient davantage de s'adresser à un pédiatre.

➤ QRU 17 :

Graphique 20 : Synthèse Q17 en D1/D2 (%)

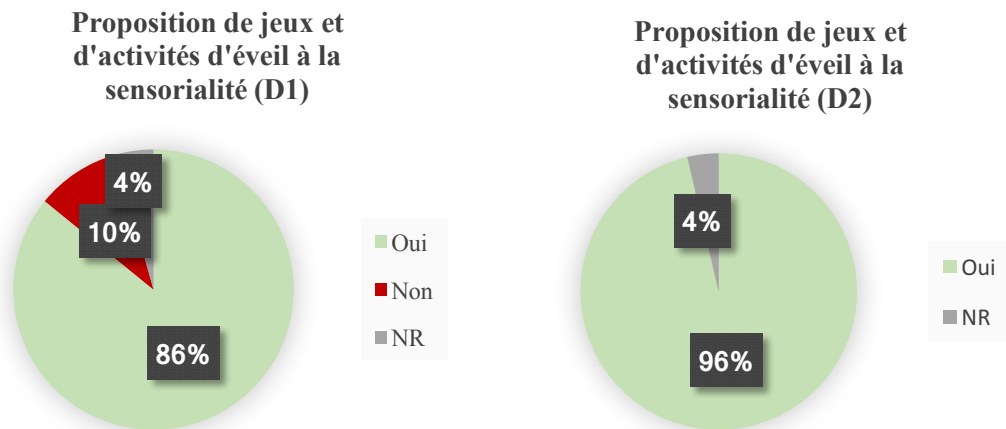
Connaissance des couverts et tétines adaptés



90% des répondants avaient connaissance de couverts et tétines adaptés. Jugeant que nous ne pouvions pas leur apporter de connaissances sur ces outils, nous avons décidé de ne pas revenir sur ce point lors de nos interventions. C'est la raison pour laquelle cette question a été retirée du questionnaire en D2.

➤ QRU 18 :

Graphique 21 et 21 bis : Synthèse Q18 en D1/D2 (%)



Un nombre important de professionnels proposaient déjà des jeux et activités d'éveil à la sensorialité. On remarque néanmoins que les actions de sensibilisation qui ont été menées ont permis d'augmenter ce nombre.

➤ QRU19 (D2) :

Q19 : Cette sensibilisation a-t-elle répondu à vos attentes ?

100% des répondants estiment que la présentation proposée a répondu à leurs attentes.

DISCUSSION

1. L'ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET PRATIQUES

L'objectif était de recueillir les connaissances et les pratiques des professionnels de la petite enfance sur l'alimentation du jeune enfant ainsi que sur les troubles de l'oralité alimentaire afin d'en réaliser un état des lieux.

1.1. Méthodes et matériels

Le questionnaire fut le fruit d'un travail de réflexion alliant sélection d'informations, pertinence des questions, agencement d'idées et imagination. Il a fallu réfléchir préalablement aux connaissances que nous voulions interroger chez les professionnels, remettre en lien les questions proposées avec notre problématique et mettre en forme le questionnaire.

L'élaboration des questions et des réponses nous a demandé un travail d'adaptation. En effet, nous devons prendre en compte que la spécificité de certains termes utilisés en oralité en rendait l'utilisation impossible dans le questionnaire car destiné à des personnes encore non sensibilisées à ce domaine. Mais même en prenant conscience de cette spécificité, le choix des termes a altéré la compréhension de certaines questions et/ou de certains items (ex : Q1 « proprioception » ; Q5 « mature » ; Q12 « encéphalopathie » et Q14 « praxique »). Ceci explique d'ailleurs en partie la variabilité des taux de réponse observés.

De plus, le choix de formulation des questions et des réponses laisse place à une part importante de subjectivité. C'est pourquoi la décision de ne proposer que des questions de type fermées, avec un choix de réponses créées et agencées par nous-même, peut largement être discutée. Nous supposons aisément que le choix de réponses proposées n'ait pu convenir à chacun ou, que l'agencement et la formulation des propositions aient pu inciter à cocher certaines réponses (ex : Q13 et Q8). Ceci s'est d'ailleurs vérifié lors de l'analyse des questionnaires par l'annotation de plusieurs questions par les professionnels.

Les modes de diffusion et d'administration du questionnaire nous ont permis d'obtenir un nombre de réponses satisfaisant (n=92). Néanmoins, ils ne nous ont pas

permis d'expliquer de vive voix les consignes aux différents professionnels et nous nous sommes retrouvés en difficulté lorsque nous avons constaté que les professionnels d'une crèche avaient été chercher les réponses sur internet. La totalité des réponses recueillies dans cette crèche n'ont donc pas été prises en compte (n=12). Toutefois, il était intéressant d'observer que les recherches effectuées sur internet ne leur avaient pas permis de répondre correctement aux questions. Ce constat soulève la difficulté à se documenter sur ce sujet de façon fiable mais peut s'expliquer par deux raisons :

- L'oralité alimentaire est un domaine de recherche en plein développement, dont les connaissances ne cessent d'évoluer et de se multiplier.
- A cette mouvance, s'ajoute une pluralité des approches.

La diffusion du questionnaire à notre population-témoin confirme d'ailleurs que, même chez les professionnels sensibilisés, formés et dont la prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire entre dans le champ de compétences, les connaissances et les approches sont nuancées. Ce sont aussi les raisons pour lesquelles nous avons choisi de ne prendre en compte que les réponses qui avaient été cochées à 80% par notre population d'experts afin d'établir notre correction.

1.2. Résultats

➤ Nombre et profil des répondants :

Au vu de l'article R.2322-42 cité dans notre partie « population » (p.30), nous pouvons affirmer que la répartition et la diversité de profils des répondants rend compte de la réalité du terrain (ici 58% de puéricultrices diplômées d'Etat, d'éducateurs de jeunes enfants diplômés d'Etat et d'auxiliaires de puériculture diplômés d'Etat pour 38% de titulaires ayant une qualification définie par l'arrêté du ministre chargé de la famille). Cependant, notre échantillon était composé d'une part importante de jeunes diplômés (n=33) bénéficiant donc de moins d'expérience mais qui grâce aux réformes des études auraient pu davantage être sensibilisés aux TOA durant leur formation.

Initialement, nous avons inséré une question portant sur le lieu d'exercice des professionnels afin de faciliter l'appariement entre la D1 et la D2 puis d'analyser les pratiques entre établissements. Leur fonctionnement pouvant différer nous nous sommes demandés si le type d'établissements pouvait interférer dans les pratiques des

professionnels. Nous avons décidé de ne pas faire cette analyse, jugeant cela trop éloigné de notre problématique. De plus, il aurait fallu obtenir et analyser les projets éducatif et social de chaque structure.

Lors de l'analyse, nous nous sommes interrogées sur la pertinence de comparer les résultats des professionnels de la petite enfance à ceux de notre population-témoin. Pour rappel, celle-ci était composée de 10 orthophonistes sensibilisé(e)s et formé(e)s en oralité. Il nous semble qu'il aurait été plus intéressant qu'elle soit composée de différents professionnels, dont des professionnels de la petite enfance ayant les mêmes champs de compétence. Mais nous nous heurtons à la récence du domaine et à l'absence de sensibilisation au cours des formations initiales.

Grâce à la diffusion du questionnaire, nous avons pu établir un état des lieux des connaissances et pratiques des professionnels de la petite enfance.

➤ Analyse globale

L'analyse globale des questionnaires nous a permis de déterminer le niveau de connaissance des professionnels. Le faible taux de RC global met en avant le manque de connaissances des professionnels de la petite enfance sur les troubles de l'oralité alimentaire.

L'analyse des réponses nous a donné une idée plus précise de la représentation de ces troubles par les professionnels.

➤ Analyse des réponses

L'analyse des réponses nous a permis :

- De préparer et d'adapter le support utilisé lors des actions de sensibilisation (insister sur certains points, en préciser d'autres, se renseigner sur des questions spécifiques...),
- D'évaluer la demande et les attentes des professionnels.

En voici la synthèse :

- **L'alimentation du jeune enfant**

- Les professionnels n'ont pas conscience de tous les aspects sensoriels mis en jeu lors de l'acte alimentaire. Ils ont tendance à négliger les aspects auditifs et proprioceptifs (Q1).
- Ils ont connaissance des grandes étapes du développement alimentaire ainsi que des âges conseillés. Cependant, certains termes liés au développement de l'enfant ne semblent pas être assimilés (Q3).

- **L'oralité alimentaire et ses troubles**

Nous avons pu mettre en avant :

- La méconnaissance des termes « d'oralité » et/ou de « trouble de l'oralité alimentaire ».
- La minimisation de la proportion d'enfants touchés par ces troubles.
- Le manque d'informations global sur les TOA : les causes, les manifestations possibles et les signes évocateurs ne sont pas connus des professionnels. Nous soulignons la négligence de l'aspect sensoriel lié à cette pathologie et l'amalgame fréquent avec la néophobie alimentaire.
- L'ignorance du parcours de soin et des intervenants en lien avec cette pathologie.
- La vision restreinte du rôle et du champ de compétences des orthophonistes.

- **Zoom sur la pratique**

- Les professionnels ont connaissance des couverts et tétines adaptés.
- La proposition de jeux d'éveil à la sensorialité, très intéressante en cas de TOA, fait déjà partie de leur pratique professionnelle.
- Les comportements face aux refus et les conseils donnés aux parents en cas de difficultés alimentaires ne sont pas toujours adaptés dans le cas d'enfants porteurs de TOA. Cependant, ce constat est à nuancer : nous pouvons supposer qu'il est conséquence du manque de connaissance en ce domaine.

- **Remarques**

Les professionnels étaient demandeurs d'actions de sensibilisation. Ils attendaient de ces interventions :

- Une définition et une explication du concept d'oralité,
- Des informations leur permettant de repérer les signes potentiellement évocateurs de TOA,
- Des conseils et des conduites à tenir face à des enfants porteurs de TOA.

Les remarques formulées par les professionnels portaient beaucoup sur le différentiel entre TOA / enfant(s) sélectif(s) / trouble du comportement alimentaire (TCA). Il semble que les professionnels assimilent ces troubles au domaine psychique. D'autres remarques faisaient référence à des cas cliniques, des situations couramment vécues dans leur pratique professionnelle ou des questionnements plus personnels.

Nous notons que beaucoup de professionnels ont trouvé le questionnaire difficile, ce ressenti se corrèle au manque de connaissance observé. Nous avons donc insisté sur ces différents points lors de nos interventions :

- La sensorialité de l'acte alimentaire,
- La néophobie alimentaire,
- La prévalence des TOA,
- La distinction TOA/TCA,
- Le forcing alimentaire.

2. LES ACTIONS DE SENSIBILISATION

Les objectifs étaient les suivants :

- Sensibiliser les professionnels de la petite enfance aux troubles de l'oralité alimentaire dans le but :
 - 1) D'adapter leurs pratiques afin qu'ils puissent accueillir de façon plus adaptée ces enfants en difficulté avec l'alimentation.
 - 2) De prendre conscience du rôle essentiel qu'ils ont à jouer en matière de repérage des signes, d'information et d'accompagnement auprès des enfants et de leur famille.
- D'évaluer l'impact de la proposition de telles interventions par des orthophonistes et/ou des étudiants en orthophonie supervisés par des professionnels formés dans ce domaine.

2.1. Méthodes et matériels

Comment présenter ces troubles complexes en une durée aussi courte ? Quelles informations sont les plus pertinentes à leur présenter ? Que voulons-nous qu'ils retiennent ? Comment faire le lien avec leur pratique ?

L'élaboration du contenu des interventions nous a beaucoup questionné et nous a demandé un réel effort de synthèse. L'enjeu était majeur : réussir à sensibiliser les professionnels de la petite enfance aux TOA. Car ces troubles, aux manifestations souvent incomprises et parfois associées à tort à des caprices, sont encore trop méconnus des professionnels de l'enfance.

La difficulté était de s'adapter à l'hétérogénéité de la population : tous n'exerçaient pas le même métier, n'avaient pas suivi les mêmes formations, n'avaient pas les mêmes compétences et connaissances, ni les mêmes demandes. C'est l'état des lieux réalisé en amont, qui nous a permis d'orienter, d'ajuster et d'adapter le contenu.

L'utilisation du PREZI a favorisé la mise en lumière des TOA. Grâce à ce support, nous avons pu clarifier notre présentation, attirer l'attention des professionnels et insister sur certaines notions. Nous regrettons toutefois le manque d'illustrations de type vidéo. En effet, l'utilisation de ce support aurait été intéressante pour expliquer plus clairement les manifestations du TOA, malheureusement faute d'autorisations parentales, nous n'avons pas pu en insérer dans notre présentation.

La réalisation des actions sous cette forme (présentation d'1h au sein de la structure) nous aura permis de nombreux échanges avec les professionnels. Ce format nous a semblé très adapté car nous pouvions ajuster voire préciser directement certaines notions afin d'en faciliter la compréhension.

Nous avons pu remarquer que ces actions ont suscité beaucoup de questionnements chez les professionnels, et le fait d'animer l'intervention à deux (étudiante + orthophoniste) a permis de répondre à bon nombre de leurs questionnements. Nous nous sommes rendu compte que la plupart des professionnels avaient déjà été confrontés à des enfants en difficulté avec l'alimentation et donc possiblement porteurs de TOA.

Au vu de ces riches échanges, la contrainte de temps a parfois été difficile à respecter.

2.2. Résultats

La forte participation des professionnels a permis de sensibiliser 85 personnes, ce qui est très satisfaisant. Nous notons tout de même que les professionnels ayant répondu à la première diffusion du questionnaire n'ont pas tous assisté aux actions de sensibilisation. A l'inverse, plusieurs professionnels ayant assisté à ces sessions n'avaient pas répondu à la première diffusion, cela explique que nous n'ayons donc utilisé que 72 questionnaires parmi les 85 reçus pour évaluer l'impact de nos actions.

L'augmentation du taux global de RC nous permet d'affirmer que nos interventions auront impacté les connaissances des professionnels.

Initialement, nous avons réalisé un taux de RC par professions et avons remarqué qu'il existait une différence significative du taux de RC entre les différentes professions. Nous avons donc corrélé ce constat à l'analyse des diplômes effectuée dans la partie « population ». Certaines formations sont plus ou moins spécifiques à l'enfant, de plus, les connaissances transmises par rapport à l'alimentation, au développement et aux pathologies de l'enfant ne sont pas comparables en termes d'heures et de contenus. Nous aurions donc pu nous questionner quant à la proposition d'actions de sensibilisation plus spécifiques pour certaines professions. Néanmoins, nous avons fait le choix de ne pas approfondir ce questionnement, jugeant qu'il n'apportait pas de réponse à notre problématique.

L'analyse globale du questionnaire nous a montré que les questions qui avaient mis en difficulté les professionnels en D1, étaient mieux réussies en D2. La forte augmentation observée dans le domaine lié à l'oralité alimentaire et ses troubles nous confirme que le contenu de la sensibilisation était adapté. Le détail des réponses a quant à lui permis de montrer les apports de nos actions.

Les professionnels étaient satisfaits des actions proposées. Suite à celles-ci, 22% des participants avaient des remarques à nous partager. Nous les exposons ici :

- Pour beaucoup, les interventions ont été une réelle découverte du sujet : ceci illustre encore une fois le manque de sensibilisation des professionnels de la petite enfance aux TOA.

- Certains professionnels auraient souhaité recevoir plus de pistes pratiques. Nous aurions pu présenter des études de cas ou participer à la mise en place « d'ateliers sensoriels », mais il nous semble que cela ne serait plus rentré dans un cadre de sensibilisation.
- Nous avons été ravis de constater que ces actions pouvaient amorcer l'idée de changements chez les professionnels : « observation accentuée des enfants » ; « nouveau regard sur l'alimentation ».
- En revanche, plusieurs professionnels pointaient le manque de sensibilisation des autres professions (pédiatres), étaient en demande de contacts ou d'un réseau de professionnels formés vers qui diriger parents et enfant et incitaient la multiplication de ce type d'interventions.
- La découverte d'une des facettes du métier d'orthophoniste a beaucoup été citée.
- Enfin, nous avons reçu un nombre important d'encouragements, de remerciements et de compliments. Tous mettant en avant la qualité de l'intervention (présentation, support, clarté des explications).

CONCLUSION

Le développement de l'oralité, sous-tendu par les expériences in utero, conditionne les futurs apprentissages alimentaires. Lorsque l'oralité est malmenée, l'enfant peut avoir des difficultés à s'alimenter et à profiter pleinement des repas, moments privilégiés d'échanges et de découvertes. L'acte alimentaire pourra alors devenir anxiogène pour lui, et source d'incompréhension pour les adultes qui l'entourent. Dans ces situations, les réponses apportées par l'environnement à l'enfant peuvent parfois venir entretenir voire aggraver ses difficultés. Les troubles de l'oralité alimentaire nécessitent donc des adaptations et appellent à un changement de regard sur l'alimentation.

Les données recueillies dans ce mémoire ont mis en évidence la méconnaissance des TOA par les professionnels. Les actions que nous avons proposées par la suite ont ainsi permis de les rendre plus sensibles à ces difficultés. S'il s'agissait d'une découverte de ces troubles pour certains, pour d'autres ce fut l'occasion de croiser les regards, de partager et d'échanger sur le sujet.

Grâce à la meilleure prise en compte des aspects sensoriels mis en jeu lors de l'acte alimentaire, à l'apport d'informations et de connaissances en lien avec l'oralité, à la présentation des manifestations les plus courantes de ces troubles et aux pistes pratiques qui ont été relayées, nous espérons avoir écarté les idées reçues le plus souvent associées aux TOA. Mais plus encore, nous espérons qu'avec ces nouvelles connaissances, les professionnels de la petite enfance puissent participer et initier le dépistage de ces enfants, afin de favoriser une prise en charge plus précoce, notamment chez les orthophonistes.

Enfin, en allant à la rencontre de ces professionnels, nous espérons tisser les prémices d'un partenariat entre orthophonistes et professionnels de la petite enfance car, ces spécialistes de l'enfance sont des acteurs majeurs dans l'accompagnement au quotidien de ces enfants et de leurs familles. Cette démarche globale contribue à la mise en place de projets thérapeutiques fonctionnels et cohérents, avec des objectifs communs.

Ce mémoire rentre dans un contexte plus large quand on sait que la stratégie nationale de santé dévoilée par l'Etat pour 2018-2020 a comme axe l'investissement

prioritaire dans « la prévention, le repérage et la prise en charge précoce des troubles sensoriels, des troubles du langage, des troubles du comportement et autres troubles du neuro-développement » (Stratégie nationale de santé, 2018 ; p73).

La mise en avant du manque de sensibilisation des professionnels à ces troubles, nous amène à nous poser la question plus large du contenu de la formation des professionnels de la petite enfance. Car même si, dans la plupart des cas, les apprentissages alimentaires se développent sans embûches, les retours des professionnels montrent qu'il est fréquent dans leur pratique, d'observer des enfants en difficultés avec l'alimentation. Pour pallier ce constat, ce projet pourrait être reconductible dans d'autres villes, dans d'autres structures ou auprès d'autres professionnels de la petite enfance, type assistantes-maternelles.

Enfin, devant le succès de ces interventions, il nous paraîtrait intéressant, dans un futur mémoire, de pouvoir évaluer leur impact à long terme sur les pratiques des différents professionnels.

REFERENCES

- Abadie, V. (2001). Trouble du comportement alimentaire du nourrisson : aspects somatiques et psychiques. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 7, 399-401. [https://doi.org/10.1016/S0987-7983\(01\)80112-2](https://doi.org/10.1016/S0987-7983(01)80112-2)
- Abadie, V. (2004a). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de Pédiatrie*, 11(6), 603–605. <http://doi.org/10.1016/j.arcped.2004.03.040>.
- Abadie, V. (2004b). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*, 220, 57-70.
- Abadie, V. (2008). Troubles de l'oralité d'allure isolée : Isolé ne veut pas dire psy. *Archives de Pédiatrie*, 15(5), 837–839. [http://doi.org/10.1016/S0929-693X\(08\)71932-8](http://doi.org/10.1016/S0929-693X(08)71932-8).
- Ayres, A. J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles : Western Psychological Services.
- Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*, 39(1), 143. <http://doi.org/10.3917/cont.039.0143>.
- Bleeckx, D. (2001). Dysphagie : évaluation et rééducation des troubles de la déglutition, (145) Bruxelles : De Boeck.
- Bellisile, F., Cardon, P., Chandon, P., Etilé, F., Fromentin, G., Gojard, S., Tichit, C. (2010). Déterminants des comportements alimentaires. *Comportements Alimentaires*, 73–178.
- Blanchet, C., Mondain, M., Lathuillière M. (2016). Quand les morceaux ne passent pas : quel bilan chez l'enfant ?, *Médecine et Enfance*, 323–325.
- Boucher, B. (2008). L'apprentissage harmonieux de l'alimentation chez l'enfant. *Journal de Pédiatrie et de Puericulture*, 21(8), 334–338. <http://doi.org/10.1016/j.jpp.2008.09.005>.
- Boudou M., Lecoufle A. (2015). Les troubles de l'oralité alimentaire : quand les sens s'en mêlent !. *Les entretiens de Bichat 2015*, 88-95.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and loss : Vol. 1. Loss*. New York : Basic Books.
- Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche*. Toulouse : Erès.

- Cascales, T. (2013). Le sevrage : un temps organisateur de l'oralité. *Cliniques*, 6(2), 125. <http://doi.org/10.3917/clini.006.0124>.
- Chiva, M. (2012). Aspects psychologiques et socioculturels des pratiques alimentaires Dans COCHAT P. *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique. 2ème édition*. Rueil-Malmaison : Doin Editeurs, 25-34.
- Chouraqui, J-P. (2012). Préparations pour nourrissons, de suite et pour enfants en bas âge. Dans O. Goulet, M. Vidailhet, D. Turck, *Alimentation de l'enfant en situation normale et pathologique. 2° édition*, Paris : Doin Editeurs, 137-149.
- Couly, G. (1985). La succion, indice qualitatif de maturation néo-natale, *Archives Françaises de Pédiatrie*, 42, 743-745.
- Couly, G. (2010). Les oralités humaines : Avaler et crier : le geste et son sens. Rueil-Malmaison : Doin Editeurs.
- Dargassies, S. (1982). Le développement neuromoteur et psycho-affectif du nourrisson. Paris : Masson.
- David, M. (2013). Le nouveau-né durant les premières semaines. In M. David, *L'enfant de 0 à 2 ans : Vie affective et problèmes familiaux*, 3-8, Paris : Dunod.
- Evain-Brion, D. (2010). Le placenta, lieu des échanges entre la mère et le fœtus. In *Le placenta humain*. Chapitre 4, Paris : Tec & Doc, Lavoisier, 49-53.
- Evrard, F. (2008). L'alimentation du nouveau-né. *Cahiers de la puéricultrice*, 219, 33-36.
- Fox M.K., Devaney B., Reidy K., Razafindrakoto C., Ziegler P. (2006). Relationship between portion size and energy intake among infants and toddlers: Evidence of self-regulation. *Journal of the American Dietetic Association* 106(1), 77-83.
- Golse, B. (2000). Oralité et nourrissage : d'une bouche à l'autre. *L'Autre*, 1,(1), 31-43. <http://doi:10.3917/lautr.001.0031>.
- Gordon-Pomares, C. (2004). La neurobiologie du trouble de l'oralité alimentaire. *Rééducation orthophonique*, 220, 15-22.
- Gosselin, J., Amiel-Tison, C. (2007). *Evaluation neurologique de la naissance à 6 ans*, 2° édition, Montréal : Editions du CHU Sainte-Justine.
- Haddad, M. (2007). La prise en charge orthophonique du bébé prématuré en néonatalogie, *Ortho-magazine*, 68, 33-37.

- Haurat, L. (2012). *C'est l'enfer à table ! Quand les repas sont difficiles*, Paris : Eyrolles.
- Jaen Guillaume, C. (2014). « L'oralité troublée : regard orthophonique », *Spirale* 72, 25-38. <http://doi.org/10.3917/spi.072.0025>.
- Le Heuzey, M-F (2002). L'alimentation au cœur de la relation mère-enfant. *Journal de pédiatrie et de puéricultrice*, 6, 349-350.
- Le Heuzey, M-F. (2006). Alimentation du jeune enfant d'un à trois ans. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 19, 223–226. <http://doi.org/10.1016/j.jpp.2006.07.005>.
- Leblanc, V. (2014). Évaluation des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, 21, 32. [http://doi.org/10.1016/S0929-693X\(14\)71448-4](http://doi.org/10.1016/S0929-693X(14)71448-4).
- Maier, A. S., Blossfeld, I., & Leathwood, P. D. (2008). L'expérience précoce de la variété sensorielle et ses conséquences sur l'alimentation future. *Enfance*, 60(3), 231–240. <http://doi.org/10.3917/enf.603.0231>
- Ministère des Solidarités et de la Santé : Stratégie nationale de santé 2018-2022 (p. 73).
- Neville, M.C. (1999). Physiology of lactation, *Clin. Perinatal*, 26 (2) 251-279.
- Nicklaus, S. (2008). Le développement du comportement alimentaire dans les deux premières années de vie : Quelques premiers résultats de l'étude Opaline. *Lettre Scientifique de l'Institut Français Pour La Nutrition*.
- Nicklaus, S. (2011). Mise en place du comportement alimentaire dans les premières années de vie. *L'Éducation au goût des jeunes*, 3.
- Puech, M., Vergeau, D. (2004). Dysoralité : du refus à l'envie. *Rééducation orthophonique*, 220, 123-137.
- Ramsay, M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. *Devenir*, 13(2), 11–28. <http://doi.org/10.3917/dev.012.0011>.
- Ramsay, M. (2005). Capacité à s'alimenter, appétit et comportements alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants et impacts sur leur croissance ainsi que sur leur développement psycho-social. *Encyclopédie Sur Le Développement Des Jeunes Enfants*, 7–13.
- Rigal, N. (2004). La construction du goût chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 11-15.
- Rigal, N. (2010). Diversification alimentaire et construction du goût. *Archives de Pédiatrie*, 17, 208–212. [http://doi.org/10.1016/S0929-693X\(10\)70929-5](http://doi.org/10.1016/S0929-693X(10)70929-5).

- Rozin, P. (1976). The selection of foods by rats, humans, and other animals. Dans J. S. Rosenblatt, R. A. Hinde, E. Shaw & C. Beer, *Advances in the study of behavior*, 21-76. New-York : Academic Press.
- Savage J.S., Fisher J.O., Birch L.L. (2007). Parental influence on eating behavior: Conception to adolescence. *Journal of Law Medicine & Ethics* 35(1), 22-34.
- Schaal, B. (2009). L'enfant face aux aliments : d'avant-goûts en préférences en programmations. *Archives de Pédiatrie*, 16(6), 535-536. [http://doi.org/10.1016/S0929-693X\(09\)74057-6](http://doi.org/10.1016/S0929-693X(09)74057-6).
- Senez, C. (2002). Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition. In *les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Marseille : Solal.
- Thibault, C. (2004). Editorial. *Rééducation orthophonique*, 220, 5-9.
- Thibault, C. (2007). *Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Thibault, C. (2015). L'oralité positive. *Dialogue*, 209,(3), 35-48. <http://doi.org/10.3917/dia.209.0035>.
- Thirion, M. (2004). L'allaitement. *Bibliothèque de la famille*, Paris : Albin Michel.
- Turck, D. (2010). Historique de la diversification alimentaire. *Archives de Pédiatrie*, 17, 191-194. [http://doi.org/10.1016/S0929-693X\(10\)70925-8](http://doi.org/10.1016/S0929-693X(10)70925-8).
- Vidailhet, C., Turck, D. (2012). Troubles du comportement alimentaire, *Alimentation de l'enfant en situation normale et pathologique*, 2e édition, 337-347, Paris : Doin Editeurs.

ANNEXES

Annexe 1 :

DA SILVA DIAS Julie

xx, xxx Xxxx Xxxx

XX.XXX Xxxxx

XX.XX.XX.XX.XX

Mme X,
Directrice Y.

Madame,

Etudiante en dernière année au centre de formation en orthophonie d'Amiens, je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Il a pour objet l'état des lieux des connaissances des professionnels de la petite enfance exerçant dans le Beauvaisis sur les troubles de l'oralité alimentaire du jeune enfant. Il débouchera à terme sur la mise en place d'une action de sensibilisation et d'informations, sous la direction de Cécile Huet- Poultier, orthophoniste exerçant en libéral et au sein du CAMSP de l'hôpital de Beauvais.

L'alimentation est primordiale au bon développement du jeune enfant. Lorsque ce moment n'est pas ou n'est plus un plaisir pour l'enfant, cela peut entraver le bon développement de sa sphère orale et peut alors nécessiter des adaptations à mettre en place par les adultes qui entourent cet enfant.

Puisqu'ils accompagnent les jeunes enfants sur de nombreux temps de repas et de collation, les professionnels de la petite enfance sont des acteurs privilégiés dans l'accompagnement vers une alimentation solide et diversifiée. Nous nous questionnerons ici sur les connaissances et les outils qui sont à la disposition des professionnels et qui pourraient leur permettre de repérer les enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire ou à risque d'en développer un. Cette étude nous permettra de définir dans quelle mesure la sensibilisation des professionnels de la petite enfance par des orthophonistes, dont c'est le domaine de compétence, est une étape nécessaire au repérage et à l'accompagnement des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire accueillis dans les crèches du Beauvaisis.

Afin de réaliser mon mémoire, j'aimerais diffuser mon questionnaire et proposer ces actions de sensibilisation dans des lieux de garde de la petite enfance (crèches) de Beauvais. Je m'adresse à vous pour vous demander l'autorisation de mener à bien mon projet au sein de votre structure et d'aller ainsi à la rencontre des professionnels qui y travaillent. Je suis tout à fait disposée à venir à votre rencontre pour vous exposer de vive voix mon projet et mes motivations.

Je me tiens à votre entière disposition pour toute question relative à ma démarche.

Je vous prie d'agréer mes respectueuses salutations.

Julie Da Silva Dias

Annexe 2 :

- Les troubles de l'oralité alimentaire du jeune enfant - Questionnaire à l'attention des professionnels de la petite enfance

Etudiante en 5^e année d'orthophonie, j'ai choisi de mener mon projet de fin d'études sur les troubles de l'oralité alimentaire du jeune enfant. Afin d'adapter mon intervention j'ai besoin de recueillir vos connaissances dans ce domaine. Le but est de croiser les regards de chacun et de partager sur un sujet encore trop méconnu. En vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à ce projet.

Renseignements administratifs

Initiales du nom et prénom :

Quel est votre lieu d'exercice ?

.....

Quelle est votre profession ?

Parcours (diplôme et année d'obtention) :

.....

Avez-vous participé à des formations complémentaires en lien avec l'alimentation du nourrisson ? Si oui, lesquelles ?

.....

L'alimentation du jeune enfant

Selon vous, quel(s) sens sont sollicités lors de l'acte alimentaire ?

<input type="checkbox"/> Gustation	<input type="checkbox"/> Olfaction
<input type="checkbox"/> Toucher	<input type="checkbox"/> Vision
<input type="checkbox"/> Audition	<input type="checkbox"/> Proprioception

Le développement alimentaire est ordonné par une série d'étapes, pourriez-vous relier les différentes étapes aux âges conseillés ?

Diversification alimentaire	•	• 0-4 mois
Introduction de morceaux	•	• 4-6 mois
Passage à la cuillère	•	• à partir d'1 an
Alimentation lactéale exclusive	•	

Avez-vous connaissance du terme de « période sensible » ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
------------------------------	------------------------------

La diversification alimentaire... :

<input type="checkbox"/> Se définit par l'introduction d'aliments en morceaux dans l'alimentation du jeune enfant
<input type="checkbox"/> Se met en place conjointement au passage à la cuillère
<input type="checkbox"/> Doit débiter aux alentours de 4-6 mois

Le développement alimentaire débute in utero, mais à partir de quel âge est-il « mature » ?

<input type="checkbox"/> 2 ans	<input type="checkbox"/> 4 ans
<input type="checkbox"/> 6 ans	<input type="checkbox"/> 8 ans

Quels sont les enjeux de l'alimentation ?

<input type="checkbox"/> Couvrir les besoins vitaux
<input type="checkbox"/> Procurer du plaisir
<input type="checkbox"/> Contribuer à la construction psychique de l'enfant

L'oralité alimentaire et ses troubles

Connaissez-vous le terme « d'oralité » ou de « trouble de l'oralité alimentaire » (TOA) ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
------------------------------	------------------------------

Définir l'oralité comme étant « l'ensemble des fonctions dévolues à la sphère orale à savoir l'alimentation, mais aussi la respiration, l'olfaction, la gustation et la communication » vous semble-t-il approprié ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
------------------------------	------------------------------

Selon vous, environ quelle proportion d'enfants au développement normal est touchée par des TOA :

<input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/> 20%
<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 45%

Annexe 2 (suite) :

<p>Parmi ces propositions, lesquelles vous évoquent un TOA ?</p> <p><input type="checkbox"/> Peu d'explorations orales (ne met pas d'objets à la bouche...)</p> <p><input type="checkbox"/> Diversification alimentaire difficile</p> <p><input type="checkbox"/> Peu de plaisir à manger (pleurs, cris, détourne la tête)</p> <p><input type="checkbox"/> Temps de repas anormalement long</p> <p><input type="checkbox"/> Réticence à toucher certaines textures alimentaires et non alimentaires</p> <p><input type="checkbox"/> Gêne quand les mains ou les pieds sont sales</p> <p>Les TOA peuvent se manifester par :</p> <p><input type="checkbox"/> Des anomalies de la déglutition</p> <p><input type="checkbox"/> Des anomalies de la sensibilité</p> <p><input type="checkbox"/> Des anomalies comportementales</p> <p><input type="checkbox"/> Une néophobie alimentaire</p> <p>Quelles peuvent être les causes d'un TOA ?</p> <p><input type="checkbox"/> Causes organiques (malformation, syndrome...)</p> <p><input type="checkbox"/> Causes neurologiques (encéphalopathie...),</p> <p><input type="checkbox"/> Causes post-traumatiques (intubation, alimentation par sonde...)</p> <p><input type="checkbox"/> Causes sensorielles (hyper/hypo-sensibilité...)</p> <p>Quels sont les professionnels prenant en charge ces troubles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Pédiatre, gastro-pédiatre <input type="checkbox"/> Ostéopathe</p> <p><input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Psychomotricien</p> <p><input type="checkbox"/> Orthoptiste <input type="checkbox"/> Psychologue</p> <p>Selon vous, quel est le rôle de l'orthophoniste dans cette prise en charge ?</p> <p><input type="checkbox"/> Proposer un accompagnement parental et prendre en charge uniquement les troubles de la succion-déglutition</p> <p><input type="checkbox"/> Proposer un accompagnement parental, un travail d'appropriation des aliments ainsi qu'une prise en charge sensorielle et praxique</p> <p><input type="checkbox"/> Proposer un accompagnement parental et prévenir les troubles du langage</p>	<p>Zoom sur la pratique</p> <p>Que faites-vous quand un enfant refuse régulièrement de manger (détourne la tête, pleure, grimace ...) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Vous l'obligez à goûter au minimum le plat puis vous le laissez tranquille</p> <p><input type="checkbox"/> Vous n'insistez pas</p> <p><input type="checkbox"/> Vous lui proposez autre chose à manger</p> <p><input type="checkbox"/> Vous lui proposez le repas à un autre moment</p> <p><input type="checkbox"/> Vous détournez son attention par une chanson (ou autre) et tentez de le faire manger un minimum</p> <p><input type="checkbox"/> Vous le laissez à table jusqu'à ce qu'il goûte son plat</p> <p>Lorsqu'un parent se plaint des difficultés alimentaires de son enfant, que lui conseillez-vous ?</p> <p><input type="checkbox"/> De s'adresser à un pédiatre qui les dirigera alors vers un orthophoniste</p> <p><input type="checkbox"/> D'adapter, les quantités, les textures, l'environnement.</p> <p><input type="checkbox"/> De ne pas paniquer et vous le rassurez : « un enfant ne se laisse jamais mourir de faim ».</p> <p>Avez-vous connaissance de couverts et tétines adaptés (cuillères flexibles, tétine de différentes formes, matières...) ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Proposez-vous des jeux d'éveil à la sensorialité (ateliers cuisine, loto sonore, loto des odeurs, manipulations,...) ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Remarques</p> <p>Qu'attendez-vous de cette sensibilisation ?</p> <p><input type="checkbox"/> Définition et explication du concept d'oralité</p> <p><input type="checkbox"/> Repérer les signes évocateurs d'un trouble de l'oralité alimentaire</p> <p><input type="checkbox"/> Conseils et conduite à tenir face à un enfant présentant des difficultés liées à l'alimentation</p> <p>Avez-vous des remarques ? Aimerez-vous aborder d'autres notions liées au développement, à l'oralité ou à l'alimentation du jeune enfant ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, merci de préciser :</p> <p>.....</p>
--	---

Annexe 3 :



DOSSIER N° :
INITIALES DU PARTICIPANT :
MOIS ET ANNEE DE NAISSANCE :
EXAMINATEUR
.....

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
(Participant majeur)**

Article 1. IDENTIFICATION

Titre du mémoire à orientation professionnelle* de recherche* :

.....

Etudiant(e)s :

Nom, Prénom :

Email :@.....

Nom, Prénom :

Email :@.....

Directeur(s) de mémoire :

Nom, Prénom :

Nom, Prénom :

Université :

UPJV - UFR de Médecine
Département d'Orthophonie
3 rue des Louvels
80036 Amiens Cédex 01
Tél : 03 22 82 54 69

Article 2. OBJECTIFS

Vous êtes invité(e) à prendre part à ce projet visant à.....

.....
.....
.....

Article 3. TÂCHES DEMANDEES – DATES – DUREE – LIEU - FREQUENCE

Votre participation consiste à.....

.....
.....
.....

Article 4. AVANTAGES - INCONVENIENTS ET RISQUES

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances scientifiques et vous permettra, si vous le souhaitez, d'être informé des résultats de la recherche. **Dans ce cas précis, merci de cocher la case**

Votre participation à la recherche ne devrait comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps.

* Cocher la case correspondante

Annexe 3 (suite) :

Article 5. DROIT DE RETRAIT SANS PREJUDICE DE LA PARTICIPATION

Votre participation à ce projet étant basé sur le volontariat, vous restez libre, à tout moment d'y mettre fin. Aucune justification ne vous sera demandée et aucune conséquence n'en découlera.

Article 6. COMPENSATIONS FINANCIERES

Votre participation ne fera l'objet d'aucune rémunération

Article 7. ETUDES ULTERIEURES – DROIT D'OPPOSITION

Les résultats obtenus à la suite de cette étude peuvent donner lieu à une autre recherche. **Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à :**

- Utiliser ces résultats pour d'autres recherches OUI NON
- A vous contacter à nouveau si besoin OUI NON

Article 8. CONFIDENTIALITE, PARTAGE, SURVEILLANCE ET PUBLICATION

Toutes les données recueillies seront anonymisées et utilisées à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs du mémoire (cf. Article 2).

Les données du projet de recherche pourront être publiées ou partagées dans le cadre de manifestations internes et externes (congrès, forum, cours...). Dans tous les cas, votre anonymat sera préservé.

Article 9. ENREGISTREMENT VIDEO ET/OU PRISE DE PHOTOGRAPHIE (A barrer si non concerné)

Les séances pourront être enregistrées sur support audio et/ou vidéo. Des photographies pourront être également prises. Nous aimerions que vous nous autorisiez la reproduction, l'utilisation et la diffusion des enregistrements et photographies dans un cadre pédagogique et/ou scientifique. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction de ces images vidéo ne devront pas porter atteinte à votre vie privée.

Nous autorisez-vous à utiliser vos photographies ou enregistrements à des fins de formations, de présentations scientifiques, de création de matériel orthophonique... ? (Cocher la bonne réponse)

- OUI NON

Acceptez-vous que vos photographies ou enregistrements destinés aux professionnels de santé soient diffusées par supports multimédia (DVD) et accessibles sur les sites du DUEFO et de l'UPJV ? (Cocher la bonne réponse)

- OUI NON

Nous autorisez-vous à utiliser vos photographies ou enregistrements sur grand écran dans le cadre de manifestations internes et externes (congrès, forums, cours...). (Cocher la bonne réponse)

- OUI NON

Cette autorisation, valable sans limitation de durée, à dater de la présente, ne concerne que les utilisations dites de formation, de promotion et de communication interne et externe.

La présente autorisation est personnelle, incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Article 10. CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le ou les étudiant(e)s a (ont) répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer le ou les étudiant(e)s.

Fait àle.....

(En 2 exemplaires)

Signature
Le(s) étudiant(e)s (NOM, PRENOM)

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)
Participant (NOM, PRENOM)

NOTICE

Vous trouverez ci-joint le questionnaire que je vous propose afin d'adapter au mieux mon action de sensibilisation qui aura lieu dans vos locaux en février 2018. Celui-ci n'est pas une évaluation de vos connaissances et aucun jugement ne sera porté.

Dans l'attente de vous rencontrer tous et toutes, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce projet.

- Chaque questionnaire est accompagné d'un formulaire de consentement à compléter.
- Le questionnaire est composé de questions à réponse unique (oui/non) et de questions à choix multiples, ainsi, pour certaines questions plusieurs réponses sont à cocher.
- Afin que le projet se réalise au mieux, nous souhaiterions récupérer l'ensemble des documents au plus tard la semaine du 15 décembre 2017.

- Les troubles de l'oralité alimentaire du jeune enfant - Questionnaire à l'attention des professionnels de la petite enfance

Veillez trouver ci-joint la version corrigée du questionnaire.

L'alimentation du jeune enfant

Selon vous, quel(s) sens sont sollicités lors de l'acte alimentaire ?

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Gustation | <input checked="" type="checkbox"/> Olfaction |
| <input checked="" type="checkbox"/> Toucher | <input checked="" type="checkbox"/> Vision |
| <input checked="" type="checkbox"/> Audition | <input checked="" type="checkbox"/> Proprioception |

Le développement alimentaire est ordonné par une série d'étapes, pourriez-vous relier les différentes étapes aux âges conseillés ?

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| Diversification alimentaire | 0-4 mois |
| Introduction de morceaux | 4-6 mois |
| Passage à la cuillère | à partir d'1 an |
| Alimentation lactéale exclusive | |

La diversification alimentaire... :

- Se définit par l'introduction d'aliments en morceaux dans l'alimentation du jeune enfant
- Se met en place conjointement au passage à la cuillère
- Doit débiter aux alentours de 4-6 mois

Le développement alimentaire débute in utero, mais à partir de quel âge est-il « mature » ?

- 2 ans 4 ans
- 6 ans 8 ans

Quels sont les enjeux de l'alimentation ?

- Couvrir les besoins vitaux
- Procurer du plaisir
- Contribuer à la construction psychique de l'enfant

L'oralité alimentaire et ses troubles

Définir l'oralité comme étant « l'ensemble des fonctions dévolues à la sphère orale à savoir l'alimentation, mais aussi la respiration, l'olfaction, la gustation et la communication » vous semble-t-il approprié ?

- oui non

Selon vous, environ quelle proportion d'enfants au développement normal est touchée par des TOA :

- 15% 20%
- 30% 45%

Parmi ces propositions, lesquelles vous évoquent un TOA ?

- Peu d'explorations orales (ne met pas d'objets à la bouche...)
- Diversification alimentaire difficile
- Peu de plaisir à manger (pleurs, cris, détourne la tête)
- Temps de repas anormalement long
- Réticence à toucher certaines textures alimentaires et non alimentaires
- Gêne quand les mains ou les pieds sont sales

Les TOA peuvent se manifester par :

- Des anomalies de la déglutition
- Des anomalies de la sensibilité
- Des anomalies comportementales
- Une néophobie alimentaire

Annexe 5 (suite) :

Quelles peuvent être les causes d'un TOA ?

- Causes organiques (malformation, syndrome...)
- Causes neurologiques (encéphalopathie...),
- Causes post-traumatiques (intubation, alimentation par sonde...)
- Causes sensorielles (hyper/hypo-sensibilité...)

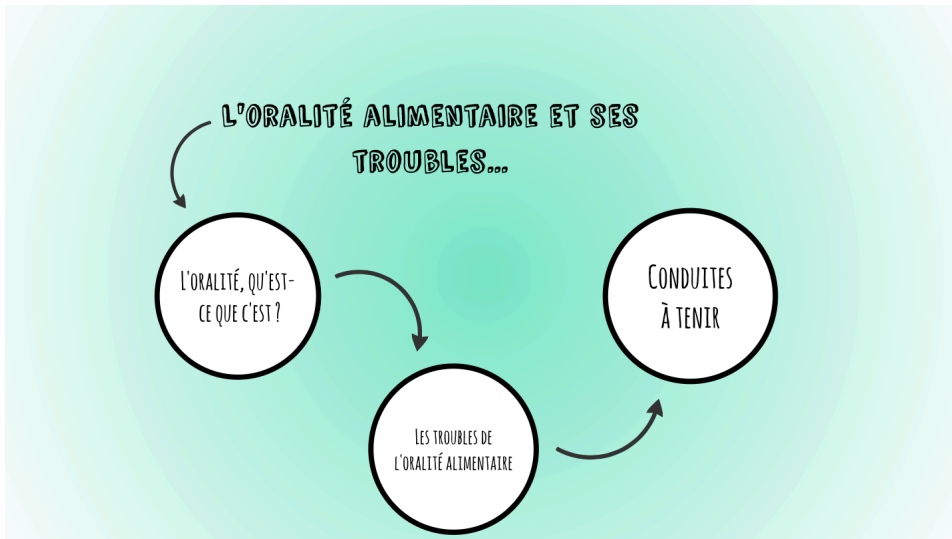
Quels sont les professionnels prenant en charge ces troubles ?

- Pédiatre, gastro-pédiatre Ostéopathe
- Orthophoniste Psychomotricien
- Orthoptiste Psychologue

Selon vous, quel est le rôle de l'orthophoniste dans cette prise en charge ?

- Proposer un accompagnement parental et prendre en charge uniquement les troubles de la succion-déglutition
- Proposer un accompagnement parental, un travail d'approvisionnement des aliments ainsi qu'une prise en charge sensorielle et praxique
- Proposer un accompagnement parental et prévenir les troubles du langage

Annexe 6 :



LES TROUBLES DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE

Leblanc (2014) : « Ensemble des difficultés à s'alimenter par voie orale de manière adaptée et en quantité suffisante pour assurer un bon état nutritionnel et un bon développement psychomoteur ».

25 À 35% DES ENFANTS AU DÉVELOPPEMENT NORMAL ET 33 À 80% DES ENFANTS AVEC RETARD OU HANDICAP DÉVELOPPEMENTAL QUEL QU'IL SOIT

MANIFESTATIONS

CAUSES

DIAGNOSTIC

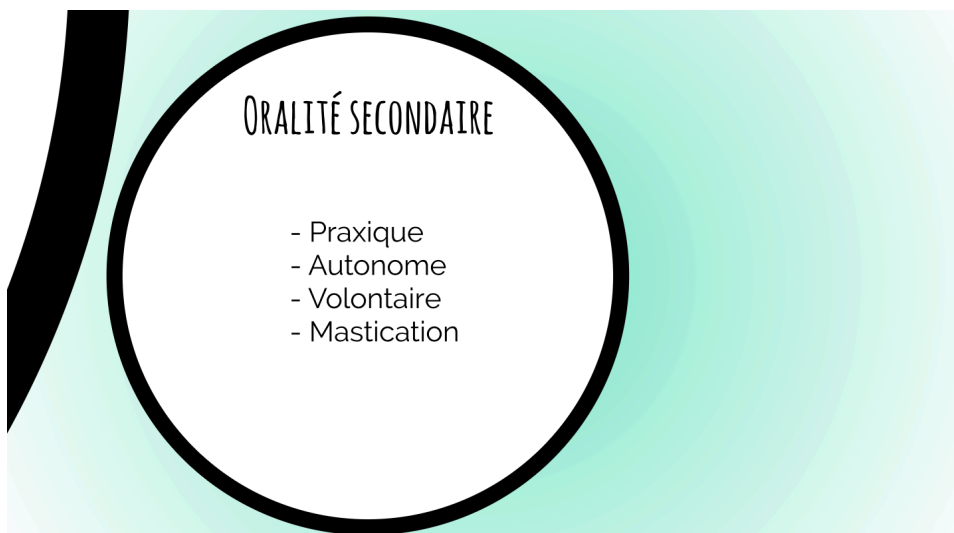
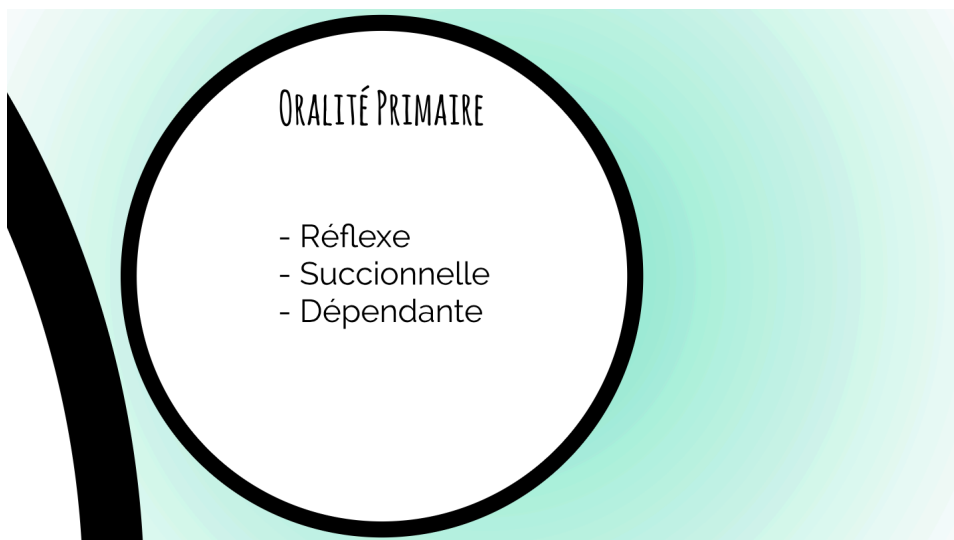
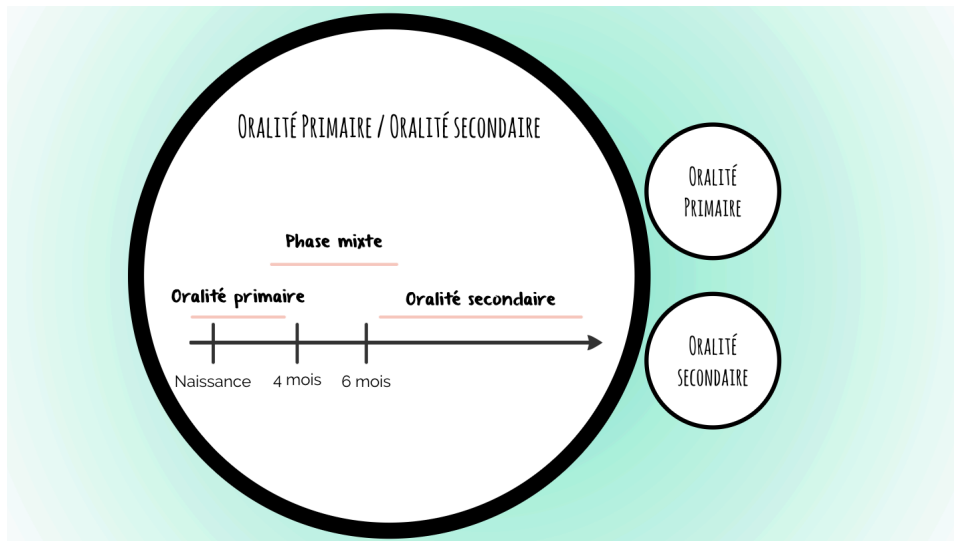
PRISE EN CHARGE

ORALITÉ ALIMENTAIRE / ORALITÉ VERBALE

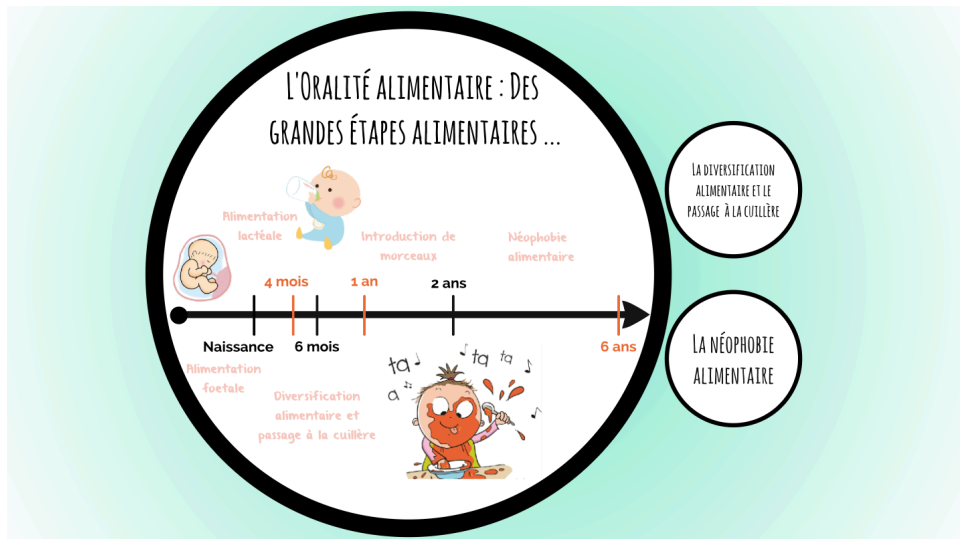
Oralité :

Notion complexe qui regroupe **l'oralité verbale** (= développement de la parole et de la communication), **l'oralité alimentaire** (= développement alimentaire) et le développement sensori-moteur.

Annexe 6 (suite) :



Annexe 6 (suite) :



LA DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE ET LE PASSAGE À LA CUILLÈRE

Définition : introduction d'aliments autres que le lait dans la nourriture du tout-petit.

Découvertes
Socialisation
Adaptations
Evolution
Transition

LA NÉOPHOBIE ALIMENTAIRE

77%

QUE FAIRE ?

- NE PAS FORCER
- FAMILIARISER

> RÔLE DES PAIRS ++

Annexe 6 (suite) :

QUI NÉCESSITENT UN DÉVELOPPEMENT GLOBAL DE L'ENFANT!

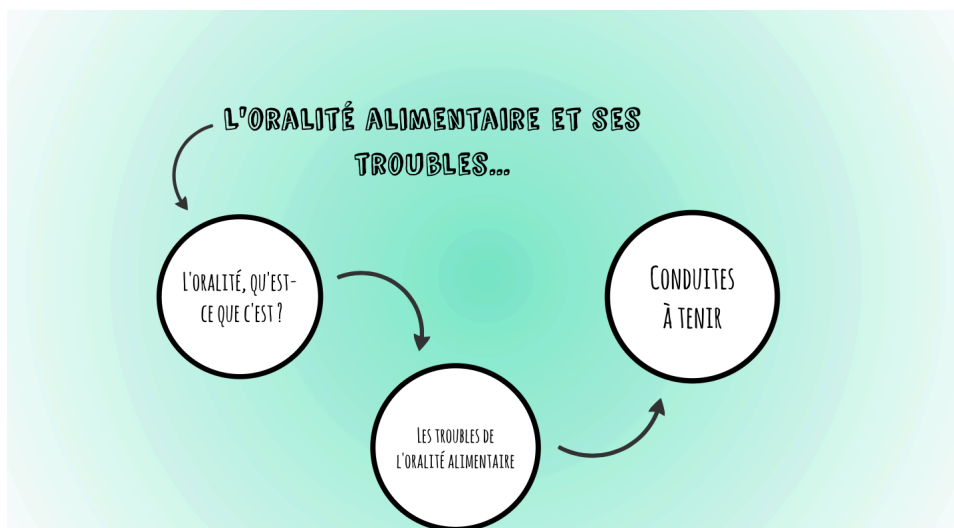
Âges / mois	Matricité globale	Préhension	Préparation du bolus alimentaire et déglutition	Texture alimentaire
0-4		Aspiration à la tétine : sein ou biberon	Succions-déglutition réflexe	Liquide
4-6	Tonus axiaux Contrôle de la tête	Témoie + débits à la cuillère + apprentissage de la boisson au verre	Diminution du réflexe de succions-déglutition + mélange	Liquide + Semi-liquide
6-9	Rotation 4 points Tient debout	Témoie + cuillère + verre	Mélange + début de la mastication Dissociation entre succion et déglutition	Semi-liquide + Mixé
9-12	Marche de côté	Cuillère + verre		Mixé + Solide mou
12-18	Marche Acquisitions sensori-motrices	Cuillère + verre		Solide mou + Solide dur
18-24		Cuillère + verre	Succions et déglutition indépendantes	Solide dur

Evolution de la déglutition en fonction du développement neuro-moteur (inspiré de PUECH et VERGEAU, 2004)

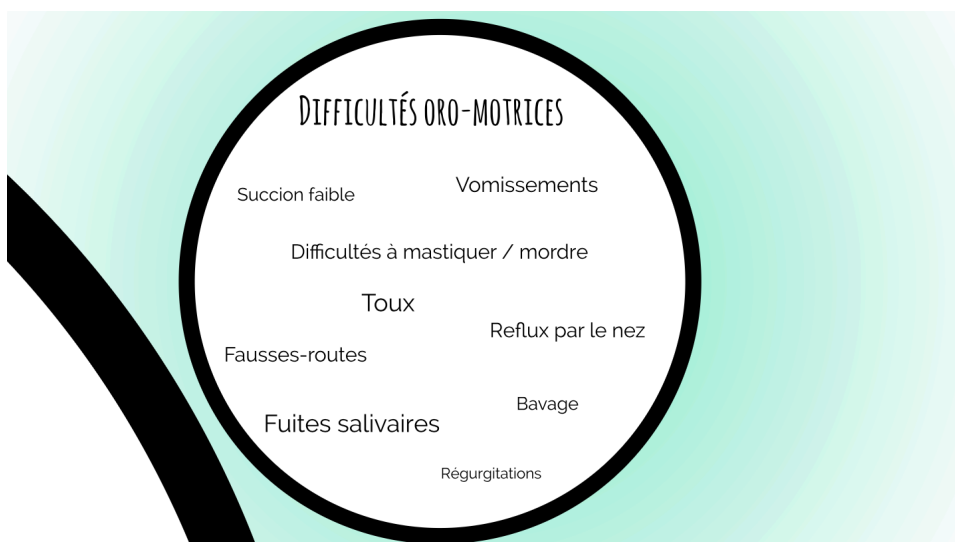
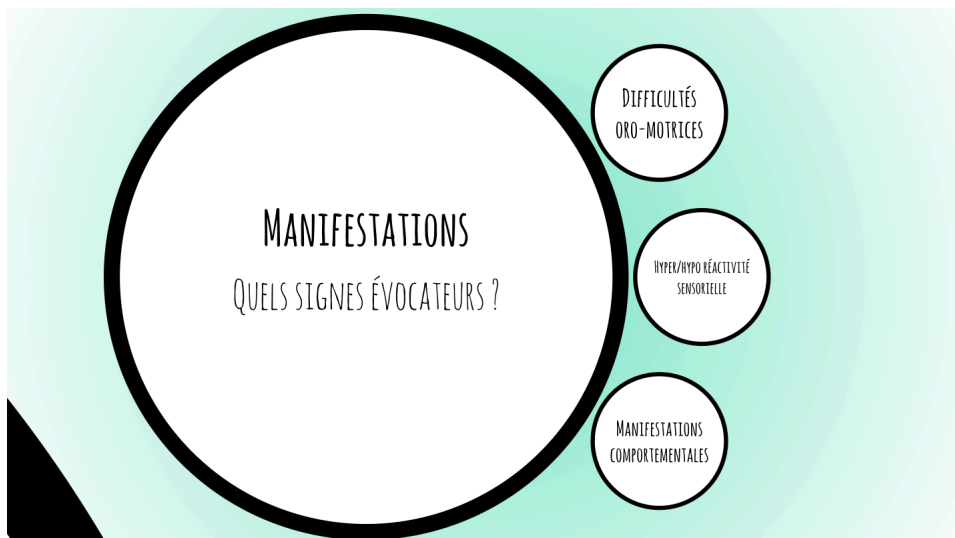
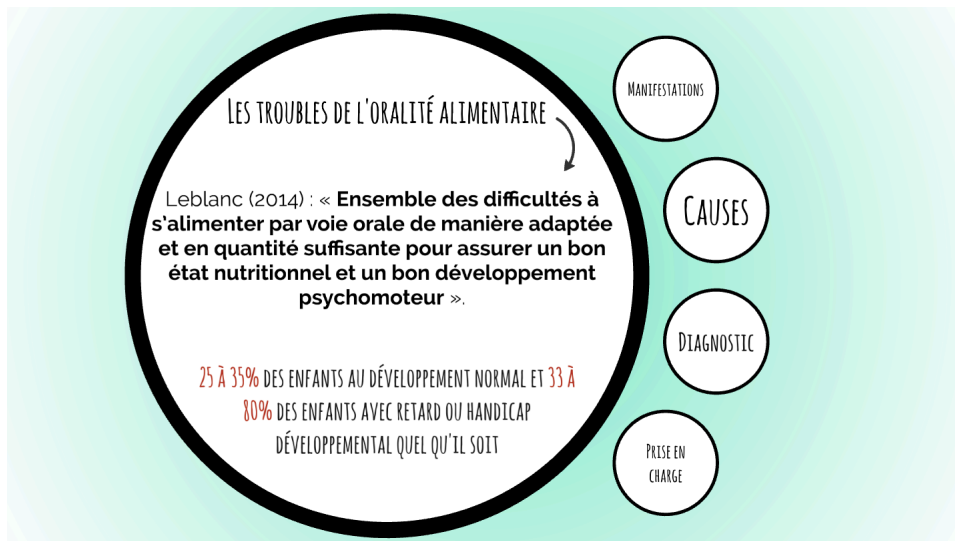
> Période sensible

LES ENJEUX DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE

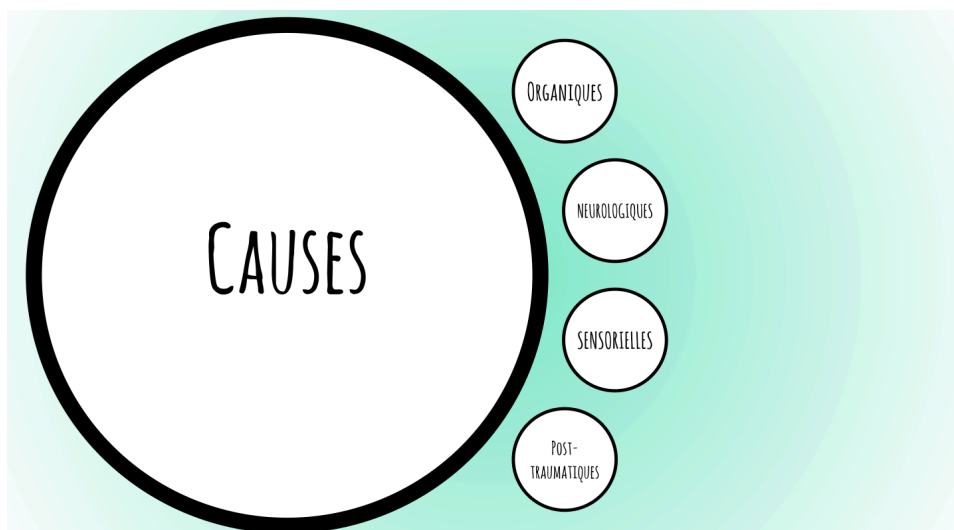
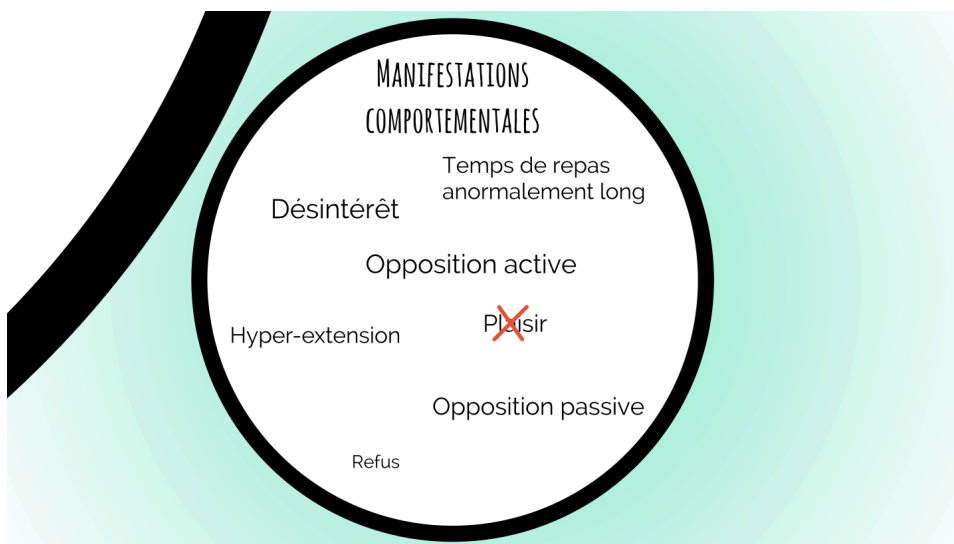
- Se nourrir, se restaurer
- Se rassurer
- Se réunir, se rassembler
- Explorer et découvrir son environnement
- Procurer du **plaisir**

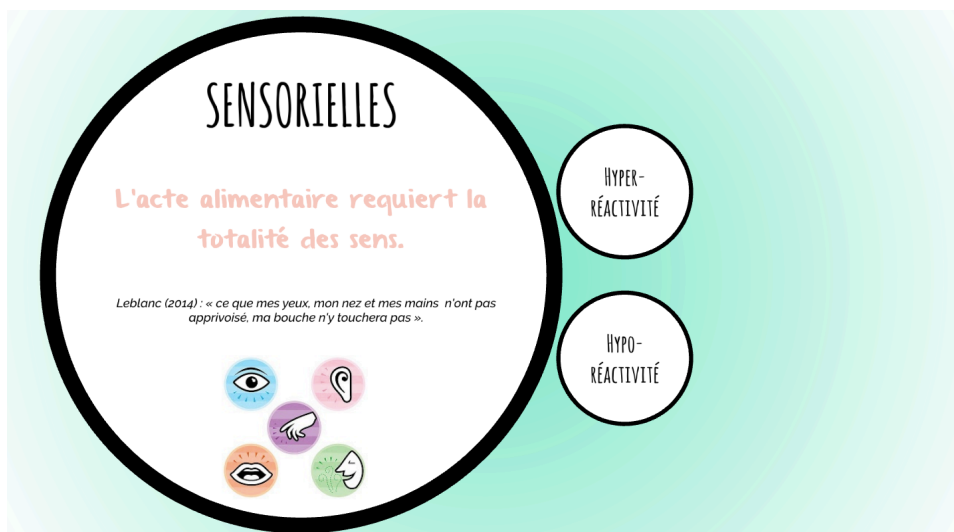
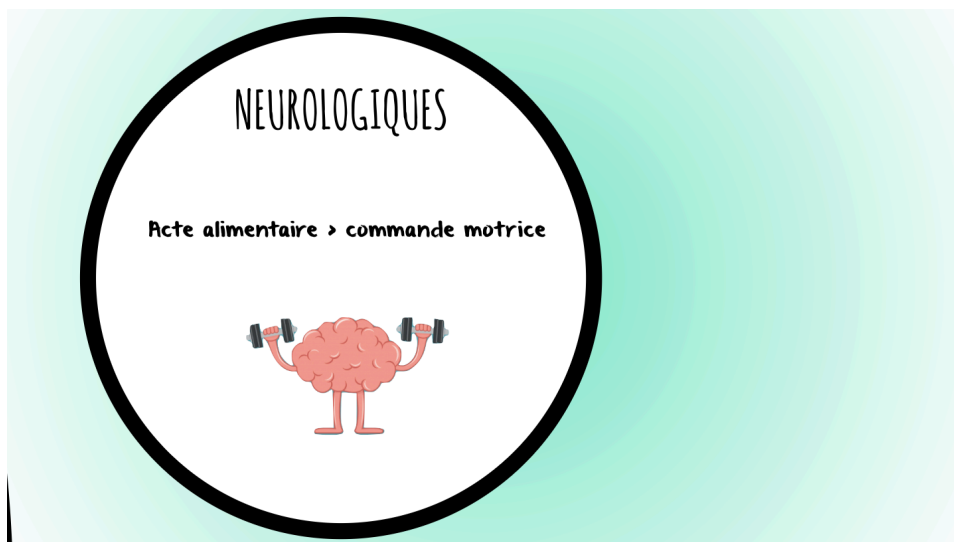
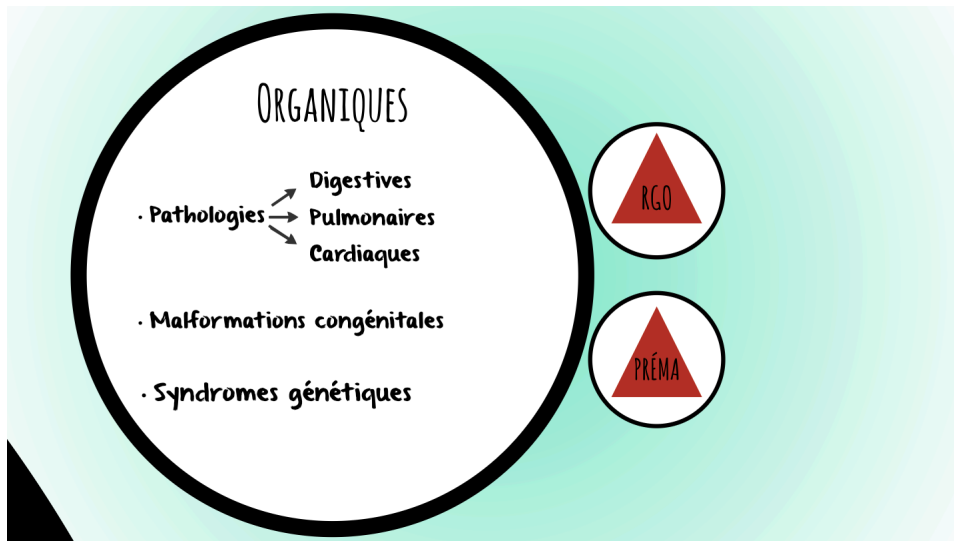
Annexe 6 (suite) :



Annexe 6 (suite) :



Annexe 6 (suite) :



Annexe 6 (suite) :

HYPER-RÉACTIVITÉ

Les stimuli sensoriels sont
perçus plus intensément.

HYPO-RÉACTIVITÉ

Les stimuli sensoriels sont
perçus moins intensément.

POST-TRAUMATIQUES

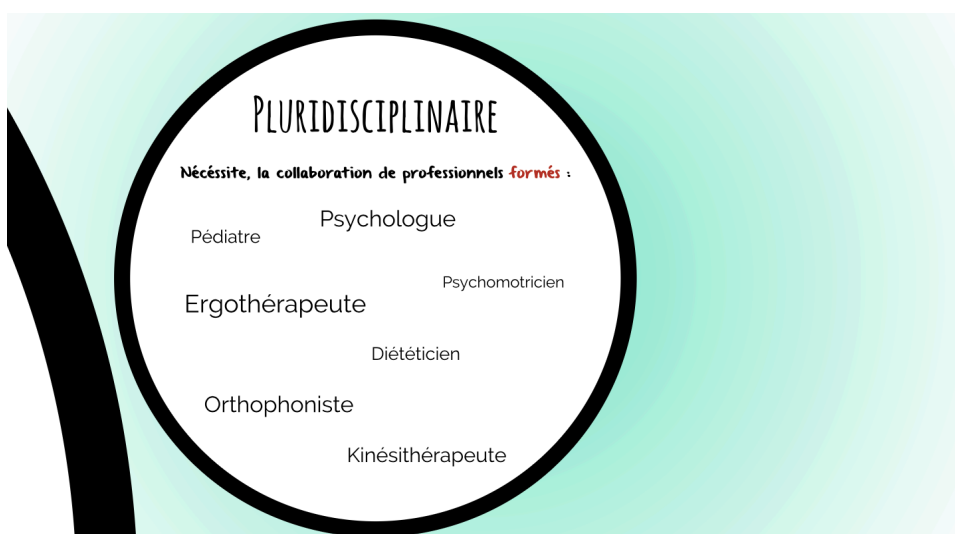
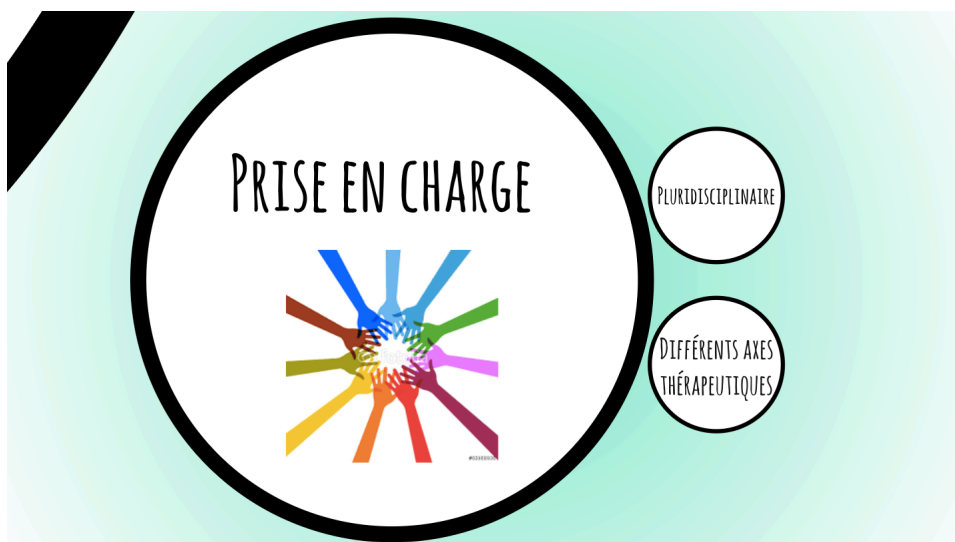
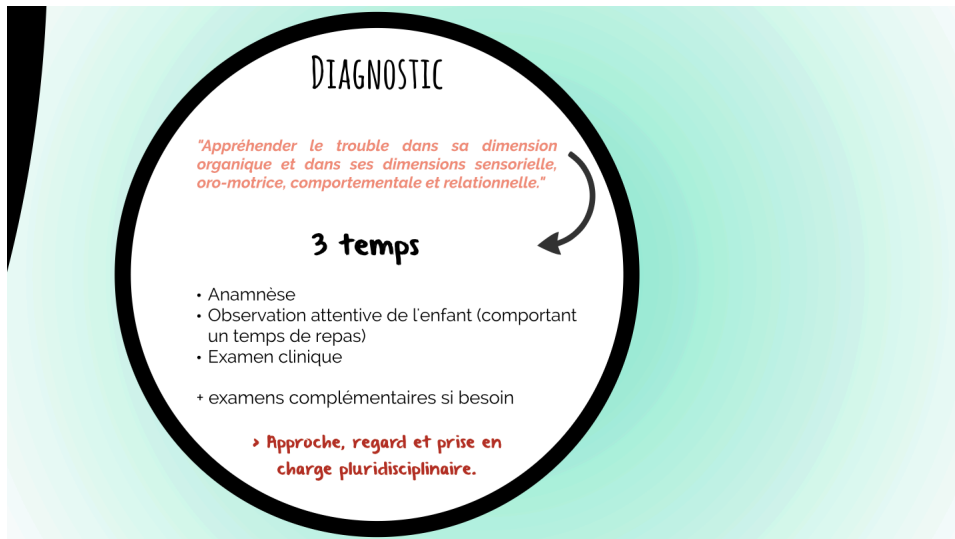
- Intubation (sonde...)
- Nutrition artificielle



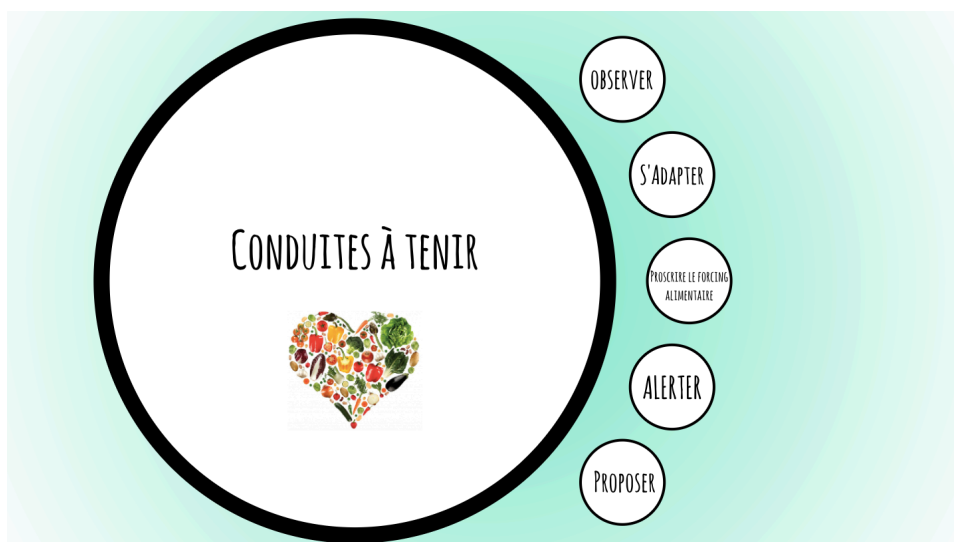
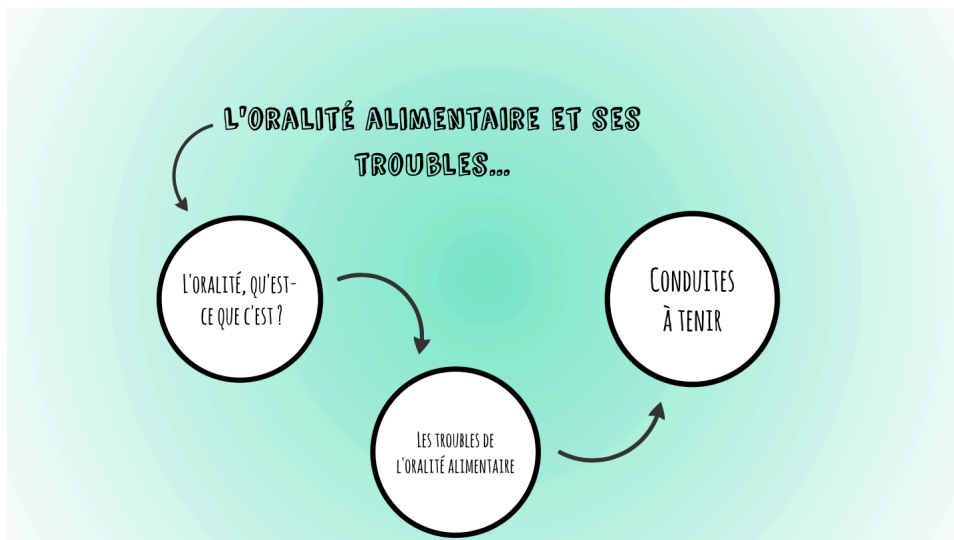
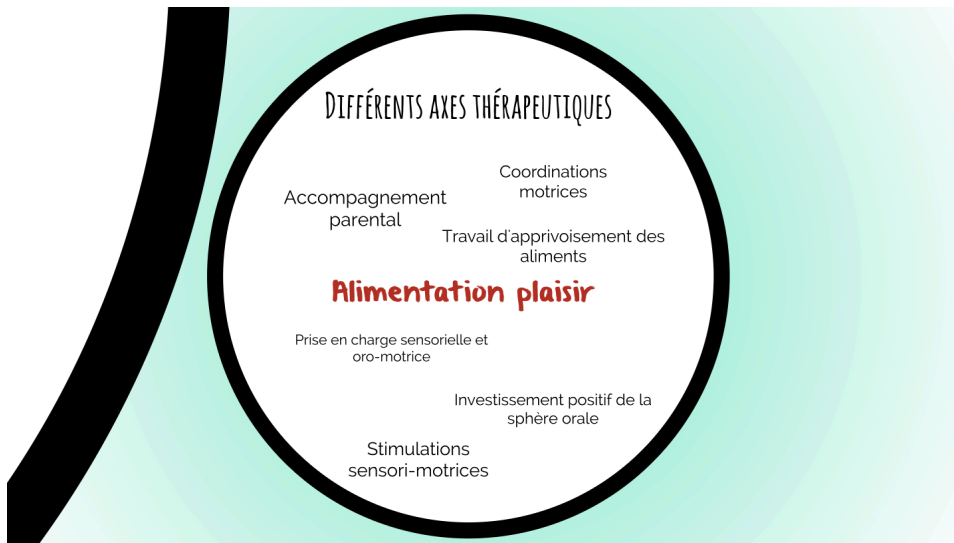
≠

TCA (causes
psychogènes)

Annexe 6 (suite) :



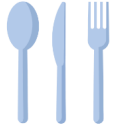
Annexe 6 (suite) :



Annexe 6 (suite) :

ÊTRE ATTENTIF ET
OBSERVER 

- Explorations ?
- Posture ?
- Difficultés oro-motrices ?
- Manifestations sensorielles ?
- Manifestations comportementales ?
- Pister le RGO !

S'ADAPTER À
CHAQUE ENFANT 

- Installation
- Couverts
- Portions
- Taille, texture et consistance des morceaux

PROSCRIRE LE FORCING
ALIMENTAIRE

Le forcing alimentaire qu'est-ce que c'est ?

- Ne pas surprendre l'enfant
- Prendre le temps 

Annexe 6 (suite) :

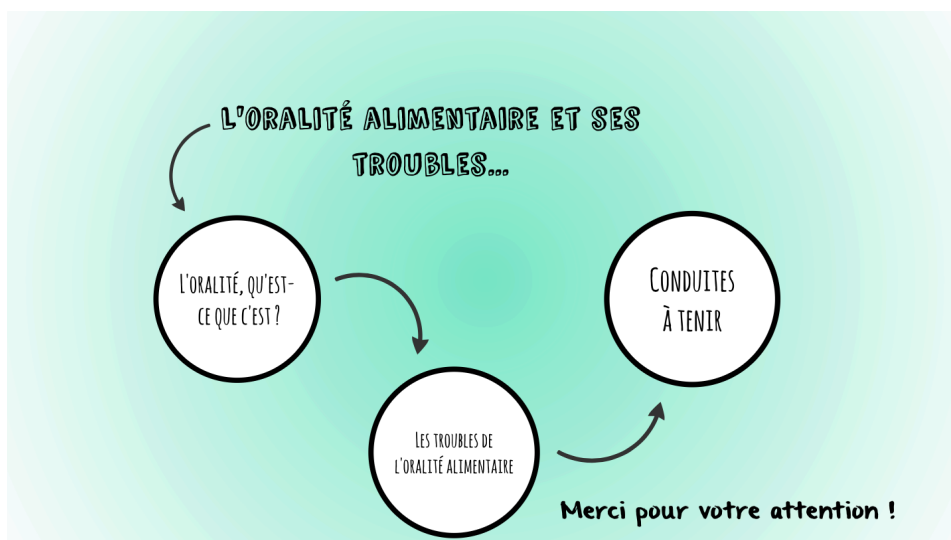
ALERTER

Ne pas hésiter à alerter les parents et à les diriger vers un pédiatre.



PROPOSER DES ACTIVITÉS SENSORIELLES

Pour aller plus loin...



Annexe 7 :

**- Les troubles de l'oralité alimentaire du jeune enfant -
Questionnaire à l'attention des professionnels de la petite
enfance**

Grâce au sondage de vos connaissances et à votre présence aujourd'hui vous avez grandement participé à l'élaboration de ce projet. Je vous en remercie et j'espère que cette sensibilisation aura levé certaines de vos interrogations. Je me permets de vous re-diffuser le questionnaire proposé en amont de l'intervention dans le but d'évaluer l'impact de celle-ci. Merci de bien vouloir y répondre et surtout, merci encore d'avoir fait de ce projet une réalité.

Renseignements administratifs

Initiales du nom et prénom :

Quel est votre lieu d'exercice ?

.....

Quelle est votre profession ?

L'alimentation du jeune enfant

Selon vous, quel(s) sens sont sollicités lors de l'acte alimentaire ?

Gustation Olfaction

Toucher Vision

Audition Proprioception

Le développement alimentaire est ordonné par une série d'étapes, pourriez-vous relier les différentes étapes aux âges conseillés ?

Diversification alimentaire • • 0-4 mois

Introduction de morceaux • • 4-6 mois

Passage à la cuillère • • à partir d'1 an

Alimentation lactéale exclusive •

Avez-vous connaissance du terme de « période sensible » ?

oui non

La diversification alimentaire... :

Se définit par l'introduction d'aliments en morceaux dans l'alimentation du jeune enfant

Se met en place conjointement au passage à la cuillère

Doit débiter aux alentours de 4-6 mois

Le développement alimentaire débute in utero, mais à partir de quel âge est-il « mature » ?

2 ans 4 ans

6 ans 8 ans

Quels sont les enjeux de l'alimentation ?

Couvrir les besoins vitaux

Procurer du plaisir

Contribuer à la construction psychique de l'enfant

L'oralité alimentaire et ses troubles

Connaissez-vous le terme « d'oralité » ou de « trouble de l'oralité alimentaire » (TOA) ?

oui non

Définir l'oralité comme étant « l'ensemble des fonctions dévolues à la sphère orale à savoir l'alimentation, mais aussi la respiration, l'olfaction, la gustation et la communication » vous semble-t-il approprié ?

oui non

Selon vous, environ quelle proportion d'enfants au développement normal est touchée par des TOA :

15% 20%

30% 45%

Annexe 7 (suite) :

<p>Parmi ces propositions, lesquelles vous évoquent un TOA ?</p> <p><input type="checkbox"/> Peu d'explorations orales (ne met pas d'objets à la bouche...)</p> <p><input type="checkbox"/> Diversification alimentaire difficile</p> <p><input type="checkbox"/> Peu de plaisir à manger (pleurs, cris, détourne la tête)</p> <p><input type="checkbox"/> Temps de repas anormalement long</p> <p><input type="checkbox"/> Réticence à toucher certaines textures alimentaires et non alimentaires</p> <p><input type="checkbox"/> Gêné quand les mains ou les pieds sont sales</p> <p>Les TOA peuvent se manifester par :</p> <p><input type="checkbox"/> Des anomalies de la déglutition</p> <p><input type="checkbox"/> Des anomalies de la sensibilité</p> <p><input type="checkbox"/> Des anomalies comportementales</p> <p><input type="checkbox"/> Une néophobie alimentaire</p> <p>Quelles peuvent être les causes d'un TOA ?</p> <p><input type="checkbox"/> Causes organiques (malformation, syndrome...)</p> <p><input type="checkbox"/> Causes neurologiques (encéphalopathie...),</p> <p><input type="checkbox"/> Causes post-traumatiques (intubation, alimentation par sonde...)</p> <p><input type="checkbox"/> Causes sensorielles (hyper/hypo-sensibilité...)</p> <p>Quels sont les professionnels prenant en charge ces troubles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Pédiatre, gastro-pédiatre <input type="checkbox"/> Ostéopathe</p> <p><input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Psychomotricien</p> <p><input type="checkbox"/> Orthoptiste <input type="checkbox"/> Psychologue</p> <p>Selon vous, quel est le rôle de l'orthophoniste dans cette prise en charge ?</p> <p><input type="checkbox"/> Proposer un accompagnement parental et prendre en charge uniquement les troubles de la succion-déglutition</p> <p><input type="checkbox"/> Proposer un accompagnement parental, un travail d'appropriation des aliments ainsi qu'une prise en charge sensorielle et praxique</p> <p><input type="checkbox"/> Proposer un accompagnement parental et prévenir les troubles du langage</p>	<p>Zoom sur la pratique</p> <p>A l'issue de cette intervention que feriez-vous quand un enfant refuse régulièrement de manger (détourne la tête, pleure, grimace ...) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Vous l'obligez à goûter au minimum le plat puis vous le laissez tranquille</p> <p><input type="checkbox"/> Vous n'insistez pas</p> <p><input type="checkbox"/> Vous lui proposez autre chose à manger</p> <p><input type="checkbox"/> Vous lui proposez le repas à un autre moment</p> <p><input type="checkbox"/> Vous détournez son attention par une chanson (ou autre) et tentez de le faire manger un minimum</p> <p><input type="checkbox"/> Vous le laissez à table jusqu'à ce qu'il goûte son plat</p> <p>Lorsqu'un parent se plaint des difficultés alimentaires de son enfant, que lui conseillerez-vous ?</p> <p><input type="checkbox"/> De s'adresser à un pédiatre qui les dirigera alors vers un orthophoniste</p> <p><input type="checkbox"/> D'adapter, les quantités, les textures, l'environnement.</p> <p><input type="checkbox"/> De ne pas paniquer et vous le rassurez : « un enfant ne se laisse jamais mourir de faim ».</p> <p>Proposeriez-vous davantage de jeux/d'activités d'éveil à la sensorialité ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Remarques</p> <p>Cette sensibilisation a-t-elle répondu à vos attentes ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Avez-vous des remarques ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, merci de préciser :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---

TABLE DES ILLUSTRATIONS

• Tableaux :

Tableau 1 : Différenciation succion au sein/succion au biberon selon Thirion (2014) ..	10
Tableau 2 : Evolution de la déglutition en fonction du développement neuro-moteur (Puech & Vergeau, 2004)	15
Tableau 3 : Tableau synthétique des connaissances et compétences en lien avec l'alimentation et le développement de l'enfant.....	26
Tableau 4 : Tableau synthétique des connaissances et compétences en lien avec l'alimentation et le développement de l'enfant.....	27
Tableau 5 : Tableau synthétique des connaissances et compétences en lien avec l'alimentation et le développement de l'enfant.....	28
Tableau 6 : Tableau synthétique des connaissances et compétences en lien avec l'alimentation et le développement de l'enfant.....	29
Tableau 7 : Année d'obtention des répondants	46
Tableau 8 : Analyse globale du questionnaire en pourcentages	48
Tableau 10 : Ages-références des grandes étapes alimentaires en D1/D2 (%).....	51

• Schémas :

Schéma 1 : Développement des oralités selon C. Thibault (2004)	15
Schéma 2 : Prise de contact et retour des structures	32
Schéma 3 : Déroulement opérationnel du projet.....	32
Schéma 4 : Nombre de répondants	45
Schéma 5 : Nombre des participants et répondants	46

• Graphiques :

Graphique 1 : Répartition des différents types de structures d'accueil du Beauvaisis ...	31
Graphique 2 : Profil des répondants en D1	45
Graphique 3 : Profil des répondants en D2.....	47
Graphique 4 : Attentes des professionnels en pourcentages.....	47
Graphique 5 : Synthèse Q1 en D1/D2 (%).	50
Graphiques 6 et 6 bis : Synthèse Q3 en D1/D2 (%)	51
Graphique 7 : Synthèse Q4 en D1/D2 (%)	52
Graphique 8 et 8 bis : Synthèse Q5 en D1/D2 (%).....	52
Graphique 9 : Synthèse Q6 en D1/D2 (%)	53
Graphique 10 et 10 bis : Synthèse Q7 en D1/D2 (%).....	53
Graphique 11 et 11 bis : Synthèse Q8 en D1/D2 (%).....	54
Graphique 12 et 12 bis : Synthèse Q9 en D1/D2 (%).....	54
Graphique 13 : Synthèse Q10 en D1/D2 (%)	55
Graphique 14 : Synthèse Q11 en D1/D2 (%)	56
Graphique 15 : Synthèse Q12 en D1/D2 (%)	56
Graphique 16 : Synthèse Q13 en D1/D2 (%)	57
Graphique 17 et 17 bis : Synthèse Q14 en D1/D2 (%).....	57
Graphique 18 : Synthèse Q15 en D1/D2 (%)	58
Graphique 19 et 19 bis : Synthèse Q16 en D1/D2 (%).....	59
Graphique 20 : Synthèse Q17 en D1/D2 (%)	59
Graphique 21 et 21 bis : Synthèse Q18 en D1/D2 (%).....	60

RÉSUMÉ

Titre :

SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS DE LA PETITE ENFANCE AUX TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE DU JEUNE ENFANT

- Etat des lieux des connaissances des professionnels de la petite enfance des crèches du Beauvaisis et mise en place d'une action de sensibilisation et d'informations -

L'alimentation est essentielle au développement du jeune enfant et les temps de repas sont des moments privilégiés d'échanges et de découvertes pour lui. Lorsque ce moment n'est pas ou n'est plus un plaisir pour l'enfant, son développement se retrouve entravé et des adaptations sont alors nécessaires.

Au regard de leur contact quotidien auprès de jeunes enfants, il nous paraissait intéressant d'établir un état des lieux connaissances et des pratiques des professionnels de la petite enfance dans ce domaine.

Cet état des lieux a mis en avant le manque de sensibilisation actuel de ces professionnels sur les troubles de l'oralité alimentaire. Des actions de sensibilisation et d'informations leur ont ainsi été proposées en vue de les informer sur ces troubles.

Parce qu'ils peuvent être de vrais partenaires pour les professionnels prenant en charge ces enfants, il est déterminant que les professionnels de la petite enfance puissent participer au repérage précoce de ces troubles complexes aux manifestations diverses et accompagner ces enfants et leurs familles pour qui les repas sont de véritables combats.

Mots-clés : troubles de l'oralité alimentaire, sensibilisation, alimentation, petite enfance

ABSTRACT

Title:

RAISING EARLY CHILDHOOD PROFESSIONALS' AWARENESS OF THE YOUNG CHILD'S FEEDINGS DISORDERS

- State of early childhood professionals' knowledge in the nurseries of Beauvaisis and implementation of an awareness and information campaign -

Eating is essential to the development of young children and meal times are privileged moments of exchange and discovery for them. When these moments are not, or no longer, a pleasure for the child, his or her development is hindered and adaptations become necessary. Given that early childhood professionals have daily contacts

with young children, it seemed interesting to establish an inventory of their knowledge and practices in this area. This inventory has highlighted the current lack of awareness of these professionals regarding feedings disorders. Awareness-raising and information measures have been proposed in order to inform them on to these disorders. Since they can be true partners for professionals caring for these children, it is crucial that early childhood professionals be able to participate to the early identification of these complex disorders having diverse manifestations and to accompany these children and their families for whom meals are real struggles.

Key Words : feedings disorders, awareness, early childhood, feedings

Nombre de pages du mémoire : 100

Nombre de références bibliographiques : 52