



**HAL**  
open science

**Sensibilisation des professionnels de la restauration scolaire aux troubles de l'oralité alimentaire : état des lieux des connaissances des professionnels de cantines scolaires d'écoles maternelles et élémentaires sur les troubles de l'oralité alimentaire, mise en place d'une action de sensibilisation et d'informations et élaboration d'une plaquette informative**

Faustine Inclan

► **To cite this version:**

Faustine Inclan. Sensibilisation des professionnels de la restauration scolaire aux troubles de l'oralité alimentaire : état des lieux des connaissances des professionnels de cantines scolaires d'écoles maternelles et élémentaires sur les troubles de l'oralité alimentaire, mise en place d'une action de sensibilisation et d'informations et élaboration d'une plaquette informative. Sciences cognitives. 2020. dumas-03230335

**HAL Id: dumas-03230335**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03230335>**

Submitted on 19 May 2021

**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  
RESTAURATION SCOLAIRE AUX TROUBLES DE  
L’ORALITE ALIMENTAIRE**

*- État des lieux des connaissances des professionnels de cantines scolaires  
d’écoles maternelles et élémentaires sur les troubles de l’oralité alimentaire,  
mise en place d’une action de sensibilisation et d’informations et élaboration  
d’une plaquette informative -*

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

Par

Faustine INCLAN

Sous la direction de :

Antoinette LEJEUNE, Orthophoniste

Sous la co-direction de :

Cécile HUET-POULTIER, Orthophoniste

Soutenu le 16/06/2020



UFR de Médecine – Département d’orthophonie

**SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS DE LA  
RESTAURATION SCOLAIRE AUX TROUBLES DE  
L’ORALITE ALIMENTAIRE**

*- État des lieux des connaissances des professionnels de cantines scolaires  
d’écoles maternelles et élémentaires sur les troubles de l’oralité alimentaire,  
mise en place d’une action de sensibilisation et d’informations et élaboration  
d’une plaquette informative -*

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

Par

Faustine INCLAN

Sous la direction de :

Antoinette LEJEUNE, Orthophoniste

Sous la co-direction de :

Cécile HUET-POULTIER, Orthophoniste

Soutenu le 16/06/2020

Académie d’AMIENS

Année universitaire 2019/2020

## REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à mes directrices de mémoire, Madame Antoinette LEJEUNE et Madame Cécile HUET-POULTIER, pour leur encadrement, pour leur bienveillance, leur disponibilité, leurs conseils constructifs tout au long de ces deux ans et qui ont permis de rendre ce projet possible.

Je remercie chaleureusement tous les participants pour leur investissement et l'intérêt porté à cette étude. Ainsi que Mesdames Pascale ROUSSEAU, Marie CARLE, Manon BRASSET et de nouveau Antoinette LEJEUNE pour leur accompagnement dans chaque école et leur implication essentiels à la réalisation des réunions de sensibilisation.

Un grand merci à tous les maîtres de stage et intervenants rencontrés au cours de ces cinq années. Chacun d'entre eux, par leur enseignement, aura contribué à former ma future identité professionnelle. J'ai une pensée spéciale pour Madame Elsa VALLIET qui m'aura permis de réaliser un stage et une expérience inoubliable au Canada et Madame Fanny HOYER pour son aide dans ma recherche de population.

J'adresse un merci particulier à Monsieur Issyan TEKAYA pour son aide, sa disponibilité et ses précieux conseils pour mon analyse statistique.

À mes amis qui auront été présents pendant tout mon cursus, à nos rires, nos discussions, nos partages, merci pour votre écoute et votre soutien. Mentions spéciales à Annabelle, tes post-it, nos tisanes, nos raclettes, nos soirées jeux, vont me manquer. Perrine, merci pour tes talents de traductrice et nos appels réconfortants, même à distance tu as toujours été là. Xavier, à nos « happy », à nos fous rires et nos virées. Jeanne, pour nos moments de détente, ton optimisme.

À ma lignée des Indécises dont je suis fière d'être la matriarche, pour tous ces bons moments inter-promos et à qui je souhaite toute la réussite pour la suite !

Un immense merci à mon premier relecteur et partenaire de vie, Antoine. Pour tes talents d'infographiste, ton soutien inconditionnel au quotidien, pour ta présence à mes côtés tout simplement y compris dans les moments difficiles.

À mes parents, qui ont cru en mon changement de voie, qui m'ont permis de le réaliser et que j'espère rendre fière aujourd'hui. A ma maman qui a tant fait pour moi, qui a partagé mes joies et mes peines.

À mes grands-parents,

À Papily...

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
<b>PARTIE THÉORIQUE.....</b>	<b>7</b>
<b>1. L'ALIMENTATION DU JEUNE ENFANT .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Diversification alimentaire .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 Néophobie alimentaire .....</b>	<b>9</b>
<b>1.3 Intégration neurosensorielle.....</b>	<b>9</b>
<b>1.4 Les notions de plaisir et de socialisation liées à l'alimentation .....</b>	<b>9</b>
<b>2. L'ORALITÉ .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Définition de l'oralité .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Le développement de l'oralité.....</b>	<b>10</b>
2.2.1 Le développement de l'oralité in utero .....	10
2.2.2 L'oralité primaire .....	11
2.2.3 L'oralité secondaire.....	12
<b>2.3 L'oralité : une mise en jeu de tous les sens .....</b>	<b>12</b>
<b>2.4 Le rôle de l'oralité dans le développement psychoaffectif et de l'identité psychique</b>	<b>13</b>
2.4.1 La construction psychique.....	13
2.4.2 L'attachement.....	14
<b>3. LE TROUBLE DE L'ORALITÉ .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Qu'est-ce qu'un trouble de l'oralité alimentaire ? .....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Une classification difficile .....</b>	<b>16</b>
<b>3.3 Les étiologies du trouble de l'oralité.....</b>	<b>17</b>
<b>3.4 Les manifestations du trouble de l'oralité.....</b>	<b>18</b>
3.4.1 Difficultés oro-motrices .....	18
3.4.2 Hyper/hypo-réactivité sensorielle .....	18
3.4.3 Manifestations comportementales.....	19
<b>3.5 Les conséquences du trouble de l'oralité .....</b>	<b>19</b>
<b>3.6 L'évaluation et la prise en soin du trouble de l'oralité .....</b>	<b>20</b>
3.6.1 Diagnostic .....	20
3.6.2 Prise en soin .....	21
<b>3.7 Troubles de l'oralité et scolarisation .....</b>	<b>21</b>
3.7.1 Qu'est-ce qu'un PAI ?.....	21
3.7.2 PAI et restauration scolaire .....	22
<b>PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES .....</b>	<b>23</b>
<b>1. PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>24</b>
<b>2. OBJECTIFS .....</b>	<b>25</b>
<b>3. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE .....</b>	<b>25</b>
<b>MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>26</b>
<b>1. PRÉSENTATION DE LA POPULATION.....</b>	<b>27</b>

<b>1.1 Les professionnels de la restauration scolaire .....</b>	<b>27</b>
1.1.1. Les ASEM ou ATSEM .....	27
1.1.2. Les ATR et ATP .....	28
1.1.3. Les animateurs .....	29
1.1.4. Les coordinateurs du temps du midi et gérants de restaurant scolaire .....	29
1.1.5 Les AESH .....	30
<b>1.2. Les écoles primaires et les cantines scolaires .....</b>	<b>30</b>
1.2.1. La restauration scolaire des écoles primaires .....	30
1.2.2. Les écoles incluses dans notre étude .....	31
<b>1.3. Recrutement .....</b>	<b>32</b>
1.3.1. Démarche de recrutement .....	32
1.3.2. Chronologie.....	32
<b>2. L'ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES.....</b>	<b>33</b>
<b>2.1. Forme .....</b>	<b>33</b>
<b>2.2. Contenu.....</b>	<b>34</b>
<b>2.3. Mode de diffusion.....</b>	<b>38</b>
<b>2.4. Méthode d'analyse .....</b>	<b>38</b>
<b>3. LES ACTIONS DE SENSIBILISATION ET D'INFORMATIONS.....</b>	<b>39</b>
<b>3.1. Forme et support.....</b>	<b>39</b>
<b>3.2. Contenu.....</b>	<b>39</b>
<b>3.3. Mode de diffusion.....</b>	<b>40</b>
<b>3.4. Méthode d'analyse .....</b>	<b>40</b>
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>41</b>
<b>1. NOMBRE ET PROFIL DES RÉPONDANTS .....</b>	<b>42</b>
<b>2. NOMBRE ET PROFIL DES PARTICIPANTS.....</b>	<b>45</b>
<b>3. ANALYSE GLOBALE.....</b>	<b>46</b>
<b>4. ANALYSE DES RÉPONSES.....</b>	<b>47</b>
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>57</b>
<b>1. L'ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET PRATIQUES .....</b>	<b>58</b>
1.1. Méthodes et matériels .....	58
1.2. Résultats.....	59
<b>2. LES ACTIONS DE SENSIBILISATION .....</b>	<b>63</b>
2.1. Méthodes et matériels .....	63
2.2. Résultats.....	65
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>69</b>
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>80</b>

# INTRODUCTION

Le trouble de l'oralité alimentaire (TOA) désigne « 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 » (Leblanc, 2014). Ce trouble peut toucher jusqu'à 45 % des enfants au développement typique et jusqu'à 80 % des enfants porteurs de handicap ou avec une pathologie chronique, et impacte la courbe staturo-pondérale de l'enfant (Fernand, Saksena, Penrod, et Fryling, 2017). Un diagnostic et une prise en soin précoces sont donc nécessaires pour éviter que le trouble ne se chronicise ou n'empire (Chatoor et Begtrup, 2018). En considérant que, de la Petite Section à la Terminale, deux enfants sur trois en moyenne mangent à la cantine au moins une fois par semaine (Czernichow et Martin, 2001), il est légitime de s'interroger sur l'accompagnement des enfants porteurs d'un TOA lors de la pause méridienne.

À ce jour, les professionnels de la restauration scolaire ne semblent pas avoir de formation sur le TOA. Le manque d'informations sur ce trouble et ses manifestations peut entraîner ces professionnels à utiliser des conduites de forçage ou à stigmatiser l'enfant, majorant ainsi ses difficultés et l'expérience négative du repas. Ces enfants peuvent alors être considérés, à tort, comme « capricieux », « difficiles » ou « petits mangeurs ».

Dès lors, nous avons choisi de sensibiliser ces professionnels pour évaluer dans quelle mesure cela leur permettrait de leur apporter les connaissances nécessaires pour un meilleur accompagnement des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire. Après avoir réalisé un état des lieux des connaissances et pratiques, nous avons donc souhaité créer des rencontres entre ces professionnels et des orthophonistes afin de les sensibiliser au TOA et échanger autour de ce trouble méconnu. Nous avons supposé que, grâce à ces actions de sensibilisation, ils pourraient adapter leur accompagnement lors des repas mais également servir de relais pour informer les parents en cas de suspicion de trouble ou pour la mise en place d'adaptations telles que le PAI (Projet d'Accueil Individualisé).

Après avoir présenté nos assises théoriques sur le développement de l'alimentation du jeune enfant, l'oralité et le trouble de l'oralité, nous avons élaboré un questionnaire dans le but de réaliser un état des lieux des connaissances et pratiques des professionnels sur le TOA. Nous avons ensuite analysé les réponses pour proposer une sensibilisation adaptée puis mis en place des actions de sensibilisation dans 6 écoles d'Amiens afin de définir le TOA et les conduites à adopter le cas échéant. Ces rencontres se sont conclues par un deuxième questionnaire permettant d'évaluer l'impact de nos interventions, par la distribution d'une plaquette informative réalisée spécifiquement pour ce public et par une correction de ce questionnaire.



# PARTIE THÉORIQUE

## **1. L'ALIMENTATION DU JEUNE ENFANT**

L'enfance est rythmée par des changements de modes d'alimentation importants. D'abord effectuée par voie ombilicale pendant la période fœtale, l'alimentation devient orale via une alimentation purement lactéale puis, à partir de la diversification alimentaire, elle s'opère via la présentation d'aliments variés et correspondant aux compétences orales de l'enfant (Nicklaus, 2011).

Le comportement alimentaire de l'enfant se construit concomitamment avec son développement neurologique, sensorimoteur et psychoaffectif de la vie intra-utérine, dès la dixième semaine, jusqu'à l'âge de 6 ans. Il dépend de l'évolution organique, de la maturation psycho-affective ainsi que de la diversification alimentaire de l'enfant (cf. Annexe 1, p. 82) (Puech et Vergeau, 2004).

### **1.1 Diversification alimentaire**

La diversification alimentaire se définit comme « l'introduction de tout autre aliment que le lait dans le régime des nourrissons. Elle a des conséquences nutritionnelles, immunologiques, comportementales et psychologiques importantes » (Tounian, Javalet, et Sarrio, 2017). C'est une étape de découverte de nouveaux goûts et textures qui est décisive dans la formation des futures habitudes alimentaires (Bernad et al., 2018). En effet, au cours de cette période, de nombreuses transformations se jouent. Sur le plan comportemental, elle va permettre au nourrisson de découvrir de nouvelles saveurs et d'apprendre la mastication ainsi que la praxie de la cuillère. Sur le plan psychologique, elle représente une maturation de l'enfant pour les parents et une socialisation avec la venue à table de l'enfant. Le passage de cinq à quatre repas s'effectue également (Rigal, 2010 ; Tounian et al., 2017).

Lors de l'étude OPALINE (Nicklaus, 2015a), l'existence d'une fenêtre développementale précoce pour la diversification alimentaire a été démontrée. Il s'agit d'une période sensible pendant laquelle la variété d'aliments proposés et la répétition des expositions soutiendraient l'amplitude de l'éventail alimentaire accepté ultérieurement. En ce sens et pour minimiser les risques d'allergies selon l'OMS, il est recommandé de la réaliser entre 4 et 6 mois (Thibault, 2008).

## **1.2 Néophobie alimentaire**

La néophobie alimentaire désigne une peur suscitée par les aliments nouveaux. Elle peut se produire entre 2 et 10 ans et concerne 77 % des enfants. C'est donc une période normale du développement. L'enfant restreint volontairement son panel alimentaire dans une période où il cherche à être rassuré car plus d'autonomie lui est demandée (Rigal, 2004).

Pour éviter ou diminuer ce phénomène, il convient de familiariser en multipliant les expositions et les contacts avec les aliments, de préférence rassasiants, le tout dans un contexte agréable (Rigal, 2000).

## **1.3 Intégration neurosensorielle**

Ayres en 1972 a mis en évidence pour la première fois l'existence d'un « processus d'habituation » émergeant in utero et permettant à l'enfant l'intégration et le traitement des stimuli sensoriels perçus, qu'ils soient internes ou externes (olfactifs, gustatifs, visuels, etc). Stimuli que nous ressentons lors de l'alimentation et qui par leur perception, leur intégration, leur coordination et leur mémorisation vont nous permettre une représentation gustative et hédonique de l'aliment et de nous y adapter (Barbier, 2014). Pour Levavasseur (2017), « l'expérience est un préalable mais aussi l'étayage environnemental qui va aider l'enfant à trier les informations reçues ».

## **1.4 Les notions de plaisir et de socialisation liées à l'alimentation**

Le rôle du plaisir de manger est central et même nécessaire à l'acceptation des aliments (Nicklaus, 2011). En effet, les habitudes alimentaires établies au cours des premières années conditionnent le développement des habitudes alimentaires ultérieures (Nicklaus, 2015b).

Se nourrir est une nécessité vitale, de survie, mais aussi un acte convivial et de plaisir sensoriel (Schaal, 2009 ; Gordon-Pomares, 2004). Néanmoins, il faut considérer les différences interindividuelles dans l'apprentissage du plaisir de manger qui est lié au tempérament et à la sensibilité sensorielle (Nicklaus, 2015b). L'environnement du repas doit donc être propice et agréable pour maintenir une alimentation-plaisir.

Les différences sont également culturelles, l'alimentation n'a pas la même importance dans toutes les cultures. En effet, il existe un système culinaire-culturel dans lequel le sujet se situe par rapport à un groupe de référence, s'y intègre ou s'en différencie.

Les 6-12 mois du sevrage apportent la compréhension des structures sociales et des principes d'échange et de symbolisations qui s'organisent autour de l'alimentation (Schaal, Allam et Soussignan, 2008). Plus généralement, l'alimentation relève non seulement de l'éducation, de la culture, de la socialisation mais aussi de la santé (Thibault, 2004).

## **2. L'ORALITÉ**

### **2.1 Définition de l'oralité**

L'oralité est un terme issu du vocabulaire psychanalytique faisant référence à la phase orale dans l'évolution libidinale de l'enfant (Freud, 1905). Elle est désormais définie comme « l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche, à savoir l'alimentation, la respiration et la communication » (Abadie, 2004b). C'est à travers l'oralité que vont se construire et s'exprimer l'instinct de survie, la communication, l'alimentation, la ventilation, le cri, l'exploration tactile et gustative, les relations érogènes et le langage. L'oralité est impliquée dans les fonctions sensorimotrices fœtales, l'adaptation à la vie extra-utérine, la fondation du lien mère-enfant, la croissance, l'organisation psychosociale et la construction cognitive, relationnelle et culturelle (Abadie, 2004b). L'oralité implique donc des composantes du développement psychomoteur, sensoriel et affectif. Elle est primaire et secondaire, alimentaire et verbale (Leblanc, 2014).

### **2.2 Le développement de l'oralité**

Le développement de l'oralité s'opère selon la maturation neurologique et la sollicitation de différentes zones cérébrales, permettant ainsi le passage d'une oralité fœtale, primaire à secondaire (Thibault, 2004).

#### **2.2.1 Le développement de l'oralité in utero**

A la fin du premier trimestre de grossesse, le réflexe de Hooker apparaît (contact des mains vers la bouche entraînant une protraction linguale) et permet à l'embryon de devenir fœtus (Couly, 2017 ; Thibault, 2008). La succion est donc un réflexe inné qui apparaît avant la déglutition puisqu'elle est observée à 12 semaines d'aménorrhées (SA). Elle est la première séquence comportementale observée chez l'embryon puis coordonnée à la déglutition, elle fonde la personnalité orale du fœtus (Couly, 2017). La séquence succion-déglutition est ensuite entraînée par le fœtus de la 13<sup>ème</sup> SA à 40,5<sup>ème</sup> SA via la succion de ses doigts et orteils et en déglutissant le liquide amniotique afin que cette

séquence soit opérationnelle à la naissance (Haddad, 2017 ; Picaud, 2016) et permette la maturation des fonctions pulmonaires et rénales (Couly, 2017). Notons que « la succion-déglutition fœtale n'est pas une praxie, c'est une séquence automatique, réflexe, segmentaire, involontaire » (Mercier, 2004). Aussi, pour être mature, la succion nutritive nécessite une coordination correcte entre la succion, la déglutition et la ventilation, séquence observable dès 30-32 SA (Abadie, 2004 ; Picaud, 2016). Cette oralité fœtale sollicite les noyaux moteurs du tronc cérébral stimulés par les signaux sensitivo-sensoriels et qui déclenchent des séquences motrices de succion (Couly, 2017). Elle implique aussi des structures sous-corticales (Abadie, 2004b).

Il est important de noter que la sensorialité et la première motricité réflexe se mettent en place in utero (Levavasseur, 2017). En effet, les voies nerveuses du toucher se développent dès la 8<sup>ème</sup> SA, dès la 12<sup>ème</sup>, le fœtus ouvre et ferme la bouche de manière plus ou moins rythmée puis les bourgeons gustatifs apparaissent sur la langue et mûrissent jusqu'à la naissance, enfin à 22 SA, le fœtus est capable de goûter le liquide amniotique (Picaud, 2016). Par conséquent, « toute naissance avant terme est à risque de développer un trouble de l'oralité car au 3<sup>ème</sup> trimestre de gestation l'activité succionnelle fœtale est la plus intense » (Haddad, 2017).

### 2.2.2 L'oralité primaire

Elle débute dès le stade embryonnaire. L'équipement neurologique assurant la fonction de succion et de déglutition est mature dès la naissance (Thibault, 2008). C'est une phase orale succionnelle et dépendante de l'adulte à travers la tétée. « L'oralité alimentaire primaire de succion-déglutition est suscitée à partir de la naissance par la faim, dans le cycle faim satiété » (Couly, 1985). C'est une phase dite réflexe car comportant plusieurs réflexes qui vont permettre au nouveau-né de s'orienter pour assurer sa succion et son alimentation. On recense parmi eux, le réflexe de Hooker (Haddad, 2007), le réflexe de fouissement, le réflexe antagoniste d'ouverture et de fermeture de la bouche, le réflexe des points cardinaux, le réflexe de succion, le réflexe de morsure (ou de jaillissement ou de pression alternative) et le réflexe de protrusion et d'orientation de la langue (Senez, 2002). Avec la corticalisation, ces réflexes s'inhibent normalement à 3-4 mois (Gosselin et Amiel-Tison, 2007). Cependant, deux réflexes persistent lors de l'oralité secondaire : le réflexe de toux et le réflexe nauséux (Senez, 2002). De par leur origine dans le tronc cérébral et les nerfs crâniens, les réflexes sont un indice de maturité

neurologique (Couly, 2017). L'inhibition du réflexe de morsure est nécessaire pour le passage à la cuillère (Senez, 2002).

### 2.2.3 L'oralité secondaire

Elle débute entre 4 et 7 mois et marque le début d'une sensorialité nouvelle avec le passage à la cuillère, de l'apprentissage de l'autonomie et d'une praxie : la mastication, sous contrôle du cortex frontal moteur (Couly, 1985 ; Thibault, 2008). Ces évolutions sont permises grâce au développement des structures corticales et cognitives de l'enfant et à son implication volontaire dans l'alimentation. Entre 6 et 12 mois, deux types de mouvements linguaux ont lieu : le « suckling » (mouvements antéropostérieurs) et le « sucking » (mouvements du haut vers le bas) (Puech et Vergeau, 2004). Thibault (2007) considère le « sucking » comme la « vraie succion » réalisable quand la musculature de l'enfant est assez développée. Elle affirme néanmoins que les deux types de mouvements sont nécessaires pour manipuler et préparer le bol alimentaire.

La praxie de mastication est rendue possible grâce à l'éruption dentaire entre 6 et 36 mois (Couly, 2010). A 4 ans, la mastication et la déglutition sont matures en denture lactéale, elle devient mature réellement à 6 ans avec les mouvements rotatoires de mandibule (Thibault, 2008).

Cette stratégie alimentaire coexiste avec l'oralité succionnelle primitive dans un premier temps, entre 4 et 6 mois, il s'agit d'une période mixte ou de double stratégie alimentaire. L'enfant se nourrit par biberon et par cuillère au cours de cette période de transition entre le stade oral primaire et le stade oral secondaire ou de mastication (Thibault, 2007).

Levavasseur (2017) parle d'oralité tertiaire liée à la cognition. Il s'agirait de la « représentation faite et intégrée de l'alimentation à partir de 30-36 mois qui influencerait les décisions de prise alimentaire tout autant que la sensorialité ».

## 2.3 L'oralité : une mise en jeu de tous les sens

Lors de l'alimentation, la sensorialité est entièrement sollicitée pour procurer du plaisir :

- La vue des aliments donne l'envie ou non de les mettre en bouche, le « plaisir des yeux » est primordial avant l'ingestion.
- L'audition avec les bruits environnementaux qui créent des sensations et des souvenirs positifs ou négatifs qui donneront envie ou non de s'alimenter. Les bruits

internes, de mastication, constituent un feed-back auditif sur la mastication et l'aliment en bouche.

- Les compétences somesthésiques sont également requises : le toucher des aliments et des différentes textures pour se nourrir ou cuisiner, textures que l'on retrouve ensuite en bouche.
- L'olfaction entraîne la salivation et prépare à la digestion. Si l'odeur d'un aliment est déplaisante, elle nous empêche de l'ingérer.
- Le goût des aliments, lié à l'olfaction, vient ensuite avec les saveurs en bouche procurant du plaisir.
- Le sens vestibulaire permettant l'équilibre et le système proprioceptif renseignant sur la position de notre corps dans l'espace sont également sollicités. D'où l'importance d'une bonne installation lors de l'alimentation (Lecoufle et Lesecq-Lambre, 2016).

D'après Gordon-Pomares (2004), l'aliment transmet des messages sensoriels positifs ou négatifs, traduits par la sérotonine, avant même son absorption. Lors de l'ingestion, « nous sommes sensibles aux qualités des aliments : arôme, odeurs, saveurs, saveurs, couleurs, bruit sous la dent, sensations palatines » (Thibault, 2004).

La sensorialité peut être perturbée et peut dès lors entraîner des troubles de l'oralité alimentaire comme de l'oralité verbale (Kerlan, 2017). En effet, comme l'affirmait Leblanc (2014) « ce que mes yeux ne supportent pas de voir, ce que mes mains ne supportent pas de toucher, ce que mon nez ne supporte pas de sentir, alors il est certain que ma bouche ne le supportera pas non plus ».

## **2.4 Le rôle de l'oralité dans le développement psychoaffectif et de l'identité psychique**

« L'oralité est fondatrice de l'être ». Elle revêt une fonction de relation et d'expression (mimiques, phonation) (Thibault, 2008).

### **2.4.1 La construction psychique**

La bouche, avec la tétée, est le premier lieu du plaisir et c'est la première expression du Soi avec le cri. L'incorporation orale sert de modèle corporel aux processus d'introjection et d'identification (Golse et Guinot, 2004). À ce titre, « l'incorporation fonde l'identité » (Kerlan, 2017). Thibault (2007) et Kerlan (2017) distinguent 3 aspects :

- Métabolique : incorporer les aliments, c'est incorporer toute une partie de ses propriétés.
- Symbolique : l'aliment est porteur de sens, il nourrit le corps mais aussi l'imaginaire, il engage profondément notre affectivité.
- Culturel : l'aliment est la base de toute civilisation, il constitue une identité forte.

La fonction orale peut ainsi être vécue comme la première expérience de l'angoisse et du conflit à travers l'angoisse d'avaler ou encore l'angoisse pour la nouveauté alimentaire. L'enfant ayant un trouble de l'oralité présenterait l'angoisse de mettre en bouche (Thibault, 2004).

#### 2.4.2 L'attachement

La succion et le cri sont des modalités essentielles de l'attachement et de l'élaboration des relations et du rapport à autrui (Bowlby, 1999). « L'oralité ne se résume pas à la bouche », la bouche est impliquée dans l'ontogenèse de la personne (attachement, étayage des pulsions, sevrage, instauration du langage) (Golse et Guinot, 2004).

En outre, l'alimentation fonde le lien mère-enfant (Abadie, 2004b) à travers des allers-retours relationnels : l'enfant manifeste son manque, demande à satisfaire son besoin, sa faim ; la mère propose et satisfait cette pulsion via le don de son sein ou du biberon, don que l'enfant accueille ; vient enfin le plaisir/déplaisir partagé entre la mère et son enfant (Levavasseur, 2017). C'est donc via l'alimentation que l'enfant va affirmer son pouvoir sur le milieu extérieur et en particulier sur sa mère. Cela s'applique également pour l'oralité secondaire puisque l'enfant prend conscience « qu'il lui fait plaisir quand il mange bien et qu'à l'inverse, il la domine par le stress provoqué par ses refus de s'alimenter ». D'où le fait que les difficultés alimentaires précoces ont des répercussions psychiques sur les relations mère-enfant et sur la qualité de leur accordage affectif (Abadie, 2004b).



### **3. LE TROUBLE DE L'ORALITÉ**

Les difficultés d'alimentation sont des motifs récurrents de consultation chez le nourrisson et le jeune enfant qui concernent environ 25 à 50 % des enfants (Cascales, Olives, Bergeron, Chatagner et Raynaud, 2014). La prévalence des troubles de l'oralité est de 45 % chez l'enfant au développement typique et de 80 % chez l'enfant porteur de handicap ou avec problème médical chronique et grave (Fernand et al., 2017 ; Hvelplund, Hansen, Koch, Andersson, et Skovgaard, 2016). Ramsay (2001), Kerzner et al. (2015), Manikam et Perman (2000) quant à eux estiment qu'un enfant sur quatre sera touché à un moment dans son développement par des particularités alimentaires. Les simples difficultés alimentaires vont se pérenniser chez plus de 3 % des enfants tout-venant pour devenir des troubles alimentaires (Grevesse et Hermans, 2017).

#### **3.1 Qu'est-ce qu'un trouble de l'oralité alimentaire ?**

Pour Thibault (2007), le trouble de l'oralité alimentaire (TOA) se définit comme « l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale ». Leblanc (2014) précise « de manière adaptée et en quantité suffisante pour assurer un bon état nutritionnel et un bon développement psychomoteur ». Cela peut se caractériser par une absence de comportement spontané d'alimentation, un refus d'alimentation ou une alimentation très sélective. Chez certains enfants, cela s'accompagne d'autres difficultés concernant les domaines psychomoteur, sensoriel et relationnel (Thibault, 2008). De même, Goday et al. (2019) définissent ce trouble par une atteinte de la prise orale qui n'est pas appropriée à l'âge, due à une atteinte médicale, nutritionnelle, des capacités d'alimentation et/ou psychosociale (cf. Annexe 2, p.82). Ces définitions mettent en valeur l'aspect multifactoriel du trouble. Ce trouble de l'alimentation peut avoir des manifestations sensorielles ou non et apparaît à une étape de l'alimentation.

Dans les classifications internationales, le terme « trouble de l'oralité alimentaire » n'est pas présent mais on retrouve les conséquences développementales dans leur définition. En effet, le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5<sup>e</sup> édition ; DSM 5 ; American Psychiatric Association, 2013) a pour critères diagnostic l'alimentation restreinte, le manque d'intérêt ou l'évitement des aliments basé sur leurs propriétés sensorielles ou par peur des conséquences pouvant résulter en l'ingérant, entraînant des carences nutritionnelles. On retrouve ici un aspect psycho-traumatique non précisé dans nos premières définitions. Dans la Classification Internationale des Maladies

(10<sup>e</sup> édition ; CIM-10 ; Organisation Mondiale de la Santé, 1993), les critères retenus sont le fait de ne pas s'alimenter correctement, l'incapacité à prendre du poids ou une perte de poids sur au moins un mois sans pathologie organique ou trouble mental pouvant l'expliquer (Hvelplund et al., 2016). Les causes organiques et psychologiques sont ici exclues.

### 3.2 Une classification difficile

Il n'y a pas de consensus quant à la terminologie des troubles de l'oralité alimentaire. On retrouve entre autres comme appellation : « troubles des fonctions alimentaires » (Bandelier, 2015), « dysoralité » (Puech et Vergeau, 2004), « syndrome de dysoralité sensorielle » (Senez, 2002) ou encore « *sensory food aversion* » (« aversion sensorielle alimentaire ») (Chatoor et Begtrup, 2018, chap. 6). Malgré ces différentes appellations, on retrouve ici la prédominance de l'aspect sensoriel du trouble. Nous utiliserons ici le terme de trouble de l'oralité alimentaire (TOA) qui comprend l'ensemble des tableaux cliniques pouvant être rencontrés et regroupant les aspects à la fois moteurs, sensoriels et développementaux de ce trouble.

Au niveau international, le trouble de l'oralité est retrouvé dans le DSM 5 sous le terme « *avoidant/restrictive food intake disorder* » (ARFID) (« trouble d'évitement restrictif de l'alimentation ») anciennement « *selective eating disorder* » (SED) (« trouble de l'alimentation sélective »). Il est ici comparé à l'anorexie en ce qui concerne l'alimentation restreinte mais s'en différencie sur le fait que les sujets n'ont pas de préoccupations obsessionnelles de leur apparence, ni un contrôle des apports ingérés. Dans la CIM-10 le terme « *feeding and eating disorder* » est employé et les troubles sont différenciés en fonction de leur apparition dans la petite enfance ou non, contrairement au DSM 5 où il n'y a pas de différenciation selon des sous-types développementaux. Le Diagnostic Classification Of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (5<sup>e</sup> édition ; DC :0-5 ; Zero to Three Organization, 2016) classifie les troubles alimentaires selon leurs causes organiques ou non organiques, selon 6 sous-catégories et comprend une étiologie plus large des troubles alimentaires (Hvelplund et al., 2016).

Au vu de ces différences de classification, Goday et al. (2019) proposent un terme diagnostique plus consensuel : « *Pediatric Feeding Disorder* » en se basant sur la

Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF ; Organisation Mondiale de la Santé, 2001).

### **3.3 Les étiologies du trouble de l'oralité**

Certaines populations sont plus à risque de développer un TOA. Parmi elles, les enfants nés prématurément, car la coordination motrice de la succion-déglutition n'a pas eu le temps de se mettre en place in utero (Arvedson et Brodsky, 2002 ; Corvaglia et Martini, 2015). On recense en outre, les enfants ayant un trouble développemental (Babbitt et al., 1994) ou présentant des troubles génétiques ou une paralysie cérébrale (Bandini et al., 2010). Les enfants avec des facteurs médicaux prédisposant tels que le reflux gastro-œsophagien (RGO), des atteintes digestives ou cardio-pulmonaires sont à risque accru de développer un trouble de l'alimentation (Linscheid, Budd et Rasnake, 1995), en raison des troubles de la maturation neuromotrice et neurosensorielle auxquels ces enfants sont confrontés (Puech et Vergeau, 2004 ; Kerlan, 2017). On peut retrouver un TOA dans certaines malformations congénitales et anomalies acquises de la déglutition (Lecoufle et Lesecq-Lambre, 2016).

Le TOA aurait aussi une origine sensorielle puisque 25 % des enfants à développement normal et 50 à 80 % des enfants polyhandicapés présentent une hyper-réactivité des organes du goût et de l'odorat (Senez, 2002), mais aussi dans le cadre d'un trouble de l'intégration neurosensorielle (Barbier, 2014). En outre, l'oralité est troublée par des facteurs post-traumatiques tels que la nutrition artificielle (Mercier, 2004) ou l'intubation. Pour Gordon-Pomares (2004), « un enfant dont la naissance a été traumatisante, ou qui, génétiquement, est fragile biochimiquement [...] est candidat potentiel pour les troubles de l'oralité alimentaire ». Enfin, pour Levavasseur (2017), il existerait deux boucles sensorielles : la première, primaire, s'inscrit autour d'une situation prédisposant à des difficultés alimentaires (difficultés sensorielles, motrices, digestives, respiratoires) qui nuisent au bon déroulement du repas. Quand l'enfant intègre à force de répétition ce schéma négatif, il intègre alors le rituel alimentaire de manière négative et va développer un comportement difficile. La deuxième boucle sensorielle dite secondaire, correspond aux « comportements-réponses » des parents pour favoriser la prise alimentaire, qui peuvent être inadaptés avec le forçage par exemple.

D'après Hvelplund et al. (2016), les facteurs prédisposant au TOA sont les complications à la naissance, les malformations congénitales, le sexe féminin, le tabagisme maternel pendant la grossesse, être premier-né ou né de parents immigrés.

Selon Morris, Knight, Bruni, Sayers, et Drayton (2017), les facteurs peuvent être anatomiques, comportementaux, développementaux ou médicaux (cf. Annexe 3, p.83).

### **3.4 Les manifestations du trouble de l'oralité**

Le TOA peut se manifester par des retards des acquisitions et des déficits, le refus de certaines textures, un dysfonctionnement oro-moteur et/ou des comportements perturbateurs (Berlin, Davies, Lobato, et Silverman, 2009 ; Kozlowski, Taylor, González et Girolami, 2015).

#### **3.4.1 Difficultés oro-motrices**

D'après Thibault (2007) et Ramsay (2001), on peut observer dans un TOA une succion faible, des difficultés à mastiquer / à mordre, une toux, du reflux par le nez, des fausses routes, des fuites salivaires ou alimentaires, une absence de réflexe de succion ou de mastication. On peut aussi constater des anomalies des praxies bucco-faciales, des mimiques, de l'articulation et/ou du langage (Lecoufle et Lesecq-Lambre, 2016).

#### **3.4.2 Hyper/hypo-réactivité sensorielle**

Selon Goday et al. (2019), on retrouve dans le TOA soit une hyposensibilité (sous-réponse à un stimulus), soit au contraire une hypersensibilité (réponse excessive à un stimulus). La première est caractérisée entre autres par un manque de conscience de la nourriture en bouche, une augmentation de la taille du bolus, un refus de certaines textures. La deuxième est généralement caractérisée par un réflexe nauséux avec des textures ou un bolus de taille spécifique, une mastication excessive (stocke la nourriture en bouche) et une hypersélectivité alimentaire. La sélectivité alimentaire peut aller jusqu'à une restriction par type d'aliment, texture, température, couleur ou même par marque (Fernand et al., 2017 ; Kozlowski et al., 2015). En outre, l'enfant ayant des manifestations sensorielles peut n'accepter que des textures lisses, refuser la cuillère et/ou les morceaux (Goday et al., 2019). On recense également des fréquents haut-le-cœur et vomissements lors des repas et en dehors, une absence d'exploration orale chez le tout-petit (0-24 mois) et au niveau non alimentaire une hypersensibilité / hyposensibilité de la sphère oro-faciale, une hypersensibilité des mains, des pieds, du corps (Lecoufle et Lesecq-Lambre, 2016).

Parmi les manifestations sensorielles, on retrouve comme évoqué précédemment le réflexe nauséux (ou « haut-le-cœur »). Il s'agit d'une réaction de protection « réflexe » qui se produit normalement chez tous les sujets lors d'une stimulation aux deux tiers du

palais dur, au niveau des piliers du voile du palais et de la base de langue. Chez le sujet hyposensible, il n'y a pas de réaction lors de cette stimulation alors que le sujet hypersensible peut déclencher un réflexe nauséux dès la stimulation des lèvres ou du palais. Senez (2004), qualifie cette dernière réaction « d'hypernauséux » qui est une réaction exacerbée à certaines odeurs ou certains aliments due à une hypersensibilité des organes du goût et de l'odorat et qui peut provoquer régurgitations et vomissements récurrents. Le sujet hypersensible peut aussi déclencher un réflexe de mordre à l'introduction du doigt ou de la cuillère dans la bouche (Crunelle, 2004).

### 3.4.3 Manifestations comportementales

La principale manifestation comportementale est le refus alimentaire. Il réfère aux enfants qui rejettent certains voire la plupart des aliments présentés (Field, Garland et Williams, 2003). Il peut aussi décrire les enfants qui consomment des aliments mais à des volumes inadéquats (Williams, Field et Seiverling, 2010). Le refus peut aller jusqu'au refus total ou la dépendance aux liquides et nécessiter la mise en place d'une nutrition entérale (Fernand et al., 2017). Le refus fait partie des comportements perturbateurs actifs (Goday et al., 2019 ; Puech et Vergeau, 2004) tout comme la fuite, le refus de contact, l'agressivité, la tête en hyperextension, les colères, les pleurs, les cris, l'agitation, les frissons, les grimaces, etc.

L'enfant peut aussi refuser d'ouvrir la bouche, avoir le regard fuyant, s'endormir, avoir un temps de repas anormalement long et des quantités ingérées minimales, refuser de se nourrir lui-même, nous sommes alors dans l'opposition passive (Goday et al., 2019 ; Puech et Vergeau, 2004).

Le désintérêt quant à lui se repère par la non manifestation de faim, l'absence d'appétit et d'intérêt pour la nourriture, une mise en bouche qui n'initie pas de succion ou de déglutition (Puech et Vergeau, 2004).

En outre, l'enfant ne prend aucun plaisir à s'alimenter et le repas devient un moment conflictuel et de perpétuelles négociations pour les parents. La stagnation ou la cassure de la courbe de croissance sans explication médicale alerte généralement les parents (Lecoufle et Leseq-Lambre, 2016).

## 3.5 Les conséquences du trouble de l'oralité

Le TOA va par conséquent impacter la courbe staturale-pondérale puisqu'il y a une diminution de l'apport nutritionnel (Fernand et al., 2017 ; Shore et Piazza, 1997). Le

trouble peut retentir sur le corps via une somatisation. Cela génère des conflits (Cascales et al., 2014) et de l'anxiété parentale, le lien affectif mère-enfant est affaibli avec un sentiment de culpabilité pour les parents qui n'arrivent pas à nourrir correctement leur enfant et peuvent le forcer (Abadie, 2004b). Le TOA peut également causer à terme des déficits cognitifs, des retards de développement, des problèmes de comportement, des difficultés sociales, scolaires et des interventions médicales (Morris et al., 2017).

Plus le trouble est identifié et traité précocement, plus il y a de chances de réussite de la prise en soin et de résolution du trouble. Si non traité, il peut y avoir à long-terme, des dommages physiques et émotionnels incluant le développement de troubles du sommeil, d'anxiété et les troubles peuvent persister à l'âge adulte (Chatoor et Begtrup, 2018, chap. 6). Pour Babbitt et al. (1994), les tout-petits non pris en charge ont un fort risque de voir leur trouble persister à l'enfance et l'adolescence, notamment si le trouble a débuté avant 12 mois. C'est pourquoi Ramsay (2001) parle de cascade dysfonctionnelle quand les troubles sont tardivement reconnus.

### **3.6 L'évaluation et la prise en soin du trouble de l'oralité**

#### **3.6.1 Diagnostic**

Le diagnostic est posé suite à une évaluation pluridisciplinaire (Abadie, 2004a), bien qu'en dehors du cadre d'exercice pluridisciplinaire et hospitalier, il est souvent posé par l'orthophoniste (Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste). L'évaluation vise à retracer l'histoire alimentaire et médicale de l'enfant, à comprendre quel stade du développement de l'oralité a été perturbé ou quelle étape n'a pas pu se mettre en place, quelle pathologie somatique a pu avoir un retentissement. Le bilan aborde le trouble dans sa dimension organique et dans ses dimensions sensorimotrice, praxique, comportementale et relationnelle (Abadie, 2004a). L'évaluation orthophonique comporte une anamnèse, un temps d'observation sur un repas et hors repas (Lecoufle et Lesecq-Lambre, 2016). Pour Bruns et Thompson (2012), l'évaluation doit être abordée sous différents aspects afin de déterminer si le jeune enfant présente des problèmes de traitement sensoriel et ceci via des questionnaires parentaux, l'établissement d'une journée alimentaire type, en interrogeant sur le comportement de l'enfant, le lieu du repas, etc. On a alors une approche de l'enfant dans sa globalité (développement général et environnement). Notons que

l'évaluation manque actuellement d'outils proposant des mesures objectives et normalisées (Grevesse et Hermans, 2017).

### 3.6.2 Prise en soin

La prise en soin est elle aussi pluridisciplinaire (Edwards et al., 2015 ; Leblanc, 2014). La prise en charge orthophonique en fait partie et doit être précoce. Elle est à la fois curative, si le bébé ou l'enfant a des difficultés, et préventive pour le bon développement de l'oralité et l'autonomie alimentaire, via des sollicitations sensorielles et une désensibilisation (Coquet, 2017 ; Haddad, 2017). L'accompagnement parental est un axe important de prise en charge et consiste à valoriser les comportements positifs, améliorer les interactions parent-enfant et augmenter les compétences parentales (Manikam, 2000 ; Levavasseur, 2017 ; Chatoor et Begtrup, 2018, chap. 6). La prise en soin de groupe peut se faire avec d'autres enfants.

Le principe fondamental de la prise en soin est « l'alimentation-plaisir ». Cela passe par l'investissement positif et équilibré de la sphère orale, du corps et des sens. Les aspects pratiques et sensoriels seront travaillés conjointement, toujours avec sécurité et plaisir (Lecoufle et Leseq-Lambre, 2016 ; Grevesse et Hermans, 2017). Selon d'autres approches (Fernand et al., 2017, Grevesse et Hermans, 2017), le comportement est aussi un axe thérapeutique.

Ces traitements manquent actuellement de soutien empirique (Morris et al., 2017). Cependant, les prises en soin montrent leur efficacité selon certaines études : le comportement alimentaire, l'apport nutritionnel, la prise orale se sont améliorés chez des enfants sous nutrition artificielle et le stress parental a été réduit (Celton et al., 2018 ; Sharp, Volkert, Scahill, McCracken et McElhanon, 2017). De même, pour Manikam (2000) l'intervention oro-motrice en orthophonie permet de résoudre ou d'atténuer les difficultés alimentaires de l'enfant.

## **3.7 Troubles de l'oralité et scolarisation**

### 3.7.1 Qu'est-ce qu'un PAI ?

Le PAI ou Projet d'Accueil Individualisé est un document écrit précisant les adaptations à apporter à la vie en collectivité de l'enfant ou de l'adolescent malade (Ministère de l'éducation nationale, 2019). Il peut être mis en place dans les établissements scolaires y compris pour les activités périscolaires comme la restauration scolaire. On parle de PAIP (Projet d'Accueil Individualisé Périscolaire) lorsque le PAI ne

concerne que les activités périscolaires. La demande de sa mise en place émane de la famille mais il est également possible que celle-ci soit faite par la direction de l'école avec l'accord et la participation de la famille de l'enfant. Il est issu de la réflexion entre le médecin scolaire et le médecin prescripteur ou selon les cas entre le médecin et l'infirmière de l'école. L'équipe éducative est impliquée également dans la décision de mise en place des différents aménagements nécessaires. Ces derniers sont choisis en fonction des possibilités de l'établissement et des besoins thérapeutiques de l'enfant, précisés dans l'ordonnance du médecin suivant l'enfant (Service Public : site officiel de l'administration française, 2017).

En ce qui concerne le contenu du PAI, il doit inclure les régimes alimentaires à appliquer, les conditions des prises de repas, les aménagements d'horaires, les dispenses de certaines activités incompatibles avec la santé de l'enfant, les activités de substitution proposées. Le PAI contient le protocole d'urgence utilisé lorsque la pathologie dont souffre l'enfant évolue par crises ou par accès. Chaque personne s'engageant à participer à l'application du PAI est invitée à le signer le PAI et se doit de respecter le secret professionnel concernant l'état de santé de l'enfant (Ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur et de la recherche, Bulletin officiel, 2003). Sa durée de validité peut varier. Il peut être reconduit d'une année sur l'autre et être revu et adapté en cas d'évolution de la pathologie ou de sortie scolaire.

### 3.7.2 PAI et restauration scolaire

Pour que l'enfant présentant un TOA puisse s'alimenter correctement en restauration scolaire, plusieurs solutions sont envisageables : soit la cantine peut fournir un repas adapté à l'enfant selon les modalités décrites dans le PAI, soit en cas d'impossibilité, l'enfant peut consommer un repas fourni par la famille avec les autres enfants dans le restaurant scolaire. Notons que l'application du protocole d'urgence peut nécessiter la formation des personnes de la collectivité. Il est donc indispensable que le personnel soit informé sur le TOA tant au niveau des signes d'appel qu'au niveau des adaptations du repas et des conduites à tenir.



# PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

## 1. PROBLEMATIQUE

Les professionnels de la restauration scolaire accompagnent sur la pause méridienne de nombreux enfants. En effet, de la Petite Section à la Terminale, deux enfants sur trois en moyenne, soit plus de 7 millions d'enfants, mangent à la cantine au moins une fois par semaine (Czernichow, S., et Martin, A., 2001). De plus, comme nous l'avons évoqué précédemment, le TOA peut concerner jusqu'à 45 % d'enfants au développement typique et 80 % d'enfants porteurs de handicap ou avec problème médical chronique et grave (Fernand et al., 2017).

Dans la réalité du terrain, il a été constaté que les enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire sont souvent livrés à eux-mêmes lors des repas à l'école. Ceci peut être dû au manque de formation des professionnels qui par conséquent, ne connaissent ni le TOA et ses manifestations, ni la façon la plus adaptée d'accompagner ces enfants, ce que notre étude tentera d'évaluer.

Notons également que les professionnels (animateurs BAFA, ATSEM) peuvent accompagner les enfants hors temps de repas dans des activités faisant appel à la sensorialité tactile, gustative, olfactive et/ou visuelle (découverte du monde, arts manuels, jardinage, cuisine, sport). Or, dans certains cas, « l'ensemble du corps de l'enfant » peut présenter « des défenses tactiles » dans ses manifestations du TOA. (Leblanc, V. et Ruffier-Bourdet, M., 2009) car comme nous l'avons vu, tous les sens sont liés à l'oralité.

Si les professionnels encadrant les repas manquent d'informations sur le TOA, cela peut entraîner des conduites de forçage mais aussi de la stigmatisation (remarques, dévalorisations etc) qui ne font qu'augmenter le vécu négatif des repas et majorent les troubles. Ces professionnels n'ont à ce jour pas de formation sur le TOA.

Par conséquent : **Dans quelle mesure la sensibilisation des professionnels encadrant les repas sur le temps scolaire permet-elle de leur apporter les connaissances nécessaires pour un meilleur accompagnement des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire ?**

Pour répondre à cette problématique, des réunions de sensibilisation et d'information ont donc été réalisées par moi-même sous la supervision d'orthophonistes formées dans ce domaine.

## **2. OBJECTIFS**

Tout d'abord, il s'agira de recueillir les connaissances des professionnels sur le TOA via un questionnaire pour faire un état des lieux de celles-ci. Puis dans un second temps, l'analyse de leurs réponses permettra de proposer une sensibilisation la plus adaptée possible. Ensuite, les actions de sensibilisation et d'information seront mises en place dans 6 écoles d'Amiens (80) afin de définir le TOA et les conduites à adopter le cas échéant. Une distribution de plaquettes informatives, ciblées pour ces professionnels, aura lieu à la fin de ces réunions. Enfin, un deuxième questionnaire évaluera leurs connaissances après cette sensibilisation. Dans celui-ci, deux mises en situation seront proposées afin d'envisager comment les professionnels réagiront face à un enfant possédant un TOA et s'ils savent désormais différencier un TOA d'un autre trouble.

En proposant des actions de sensibilisation au TOA aux professionnels accompagnant les repas sur le temps scolaire, ceux-ci pourront accueillir et accompagner plus sereinement au quotidien les enfants avec difficultés alimentaires. Ces actions leur permettront d'adapter leurs interventions auprès de ces enfants lors des temps de repas.

## **3. HYPOTHESES DE RECHERCHE**

Hypothèse 1 : Les professionnels de la restauration scolaire manquent de connaissances sur le trouble de l'oralité alimentaire.

Hypothèse 2 : Réaliser un acte de prévention et une plaquette informative permettra d'informer sur le TOA et donc de prévenir des conduites à risques (évaluées via un questionnaire en amont) et d'améliorer l'accompagnement de ces enfants.

# MÉTHODOLOGIE

## **1. PRESENTATION DE LA POPULATION**

### **1.1 Les professionnels de la restauration scolaire**

Il n'existe pas de corps spécialisé pour assurer l'accompagnement des repas au restaurant scolaire. De ce fait, la commune peut recruter des agents territoriaux d'animation, des agents spécialisés des écoles maternelles (ASEM/ATSEM), des aides éducateurs ou encore du personnel relevant du Ministère de l'Education Nationale. Dans ce dernier cas, les agents réalisent des services en parallèle de leurs fonctions initiales et sont rémunérés par la collectivité locale (décret n°82-979 du 19 décembre 1982 modifié).

Les employés peuvent avoir le statut de titulaire, c'est-à-dire d'employés de la collectivité locale, de vacataire en cas de remplacement d'un titulaire ou d'auxiliaire en cas d'emploi sur une période longue sans titularisation.

#### **1.1.1. Les ASEM ou ATSEM**

Les agents (territoriaux) spécialisés des écoles maternelles (ASEM ou ATSEM) ont pour missions principales l'entretien et le nettoyage des locaux, l'accompagnement et l'hygiène des enfants, la restauration et la participation à la communauté éducative. À ce titre, ils ont un rôle fondamental dans la vie quotidienne des élèves en leur servant de repère sur le plan affectif et social (cf. Annexe 4, p.83).

Les compétences des ATSEM ont été récemment redéfinies dans l'article 2 du décret n° 2018-152 du 1<sup>er</sup> mars 2018 (anciennement article 1 du décret n°92-850 du 28 août 1992). Il y est précisé que ces agents ont dans leurs missions « la surveillance des enfants des classes maternelles ou enfantines dans les lieux de restauration scolaire. Ils peuvent également assister les enseignants dans les classes ou établissements accueillant des enfants à besoins éducatifs particuliers ». Sur le temps du midi, l'accompagnement des enfants consiste en le service à table et l'apprentissage pour l'enfant de la prise des repas. Enfin, ils peuvent être amenés à accompagner les activités sur le temps périscolaire et à participer aux réunions qui impliquent la communauté éducative au sein de l'école, quand les sujets traités requièrent leur présence comme pour la mise en place d'un PAI sur le temps du repas par exemple (rapport du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale (CSFPT) sur les ATSEM, février 2017).

Le décret du 1<sup>er</sup> mars 2018 redéfinit le métier et leur ouvre un accès aux concours d'agents de maîtrise et d'animateurs territoriaux. Notons qu'il y a peu d'ATSEM qui possèdent le Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) « Accompagnement Educatif

Petite Enfance ».

Le métier tend à se spécialiser vers la participation à la communauté éducative. Ce que nous avons observé dans certaines écoles rencontrées dans notre étude où les ATSEM ne participent plus au temps du repas, ce sont les autres agents et animateurs qui en sont chargés.

L'arrêté du 8 octobre 2013 relatif aux règles sanitaires en restauration collective indique que le responsable du restaurant scolaire est tenu de donner une formation continue à l'hygiène alimentaire, adaptée aux besoins de chaque catégorie de personnel et aux contraintes spécifiques des installations. Pour cela, de nombreux participants de notre étude ont reçu une formation « Hazard Analysis Critical Control Point » (HACCP).

La participation des ATSEM à la fonction de restauration nécessite des compétences particulières, qui doivent être mises à jour tout au long de leur carrière. En effet, ils doivent suivre une formation de professionnalisation obligatoire au bout de 2 ans de carrière puis tous les 5 ans et une formation spécifique supplémentaire s'ils veulent accéder à un poste à responsabilité (rapport du CSFPT sur les ATSEM, février 2017). Notons que les ATSEM et les agents détenant un CAP « Accompagnement Educatif Petite Enfance » sont les seuls professionnels de la restauration scolaire qui ont une formation sur l'alimentation.

#### 1.1.2. Les ATR et ATP

Les agents techniques de restauration collective (ATR) participent aux missions de distribution, de service, d'accompagnement des enfants et d'entretien des locaux de la cantine (cf. Annexe 5, p.84). Leur recrutement est soit direct sans concours, soit en devenant statutaire après concours avec titularisation possible dans le cadre d'emplois des adjoints techniques territoriaux. Les ATR peuvent être aussi amenés à appliquer les consignes d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

Les agents techniques polyvalents (ATP) ont un statut particulier. En effet, ils cumulent deux postes, par exemple les fonctions d'ATR et d'ATSEM ou encore ATR et agent d'entretien (AE). En tant qu'employés polyvalents de la collectivité locale, ils peuvent être amenés à exercer diverses missions au sein de celle-ci.

### 1.1.3. Les animateurs

Le Brevet d'aptitude aux fonctions de directeur (BAFD) et le Brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur (BAFA), permettent à ceux qui souhaitent s'engager dans une action éducative, d'encadrer des enfants et des adolescents à titre non professionnel et de façon occasionnelle dans des accueils collectifs de mineurs. C'est donc une formation non professionnelle et il n'y a pas de contenu relatif aux difficultés alimentaires dans la formation de base. On retrouve pourtant dans le référentiel de formation l'objectif « animer des temps de vie quotidienne : réveil, repas, goûter » (cf. Annexe 6, p.85).

Les animateurs peuvent être des étudiants travaillant sur le temps du midi auprès des enfants. Ils peuvent être titulaires du BAFA ou non.

Sur le portail internet du Ministère de La Jeunesse dont dépendent les titulaires du BAFA, on retrouve des informations sur les troubles alimentaires (anorexie, boulimie) mais pas de mention du TOA.

Notons qu'il y a possibilité d'organiser des sessions de formation spécifiques sur l'accompagnement sur la pause méridienne, sur demande de la collectivité locale, d'associations ou d'établissements scolaires.

Certains animateurs ont un diplôme reconnu par l'Etat : Le Brevet d'Aptitude Professionnelle d'Assistant Animateur Technicien de la Jeunesse et des Sports (BAPAAT). La formation s'axe essentiellement sur les loisirs des jeunes. Il n'y a pas de contenu concernant l'alimentation ou l'accompagnement en restaurant scolaire car ce n'est pas la fonction de base de ces professionnels.

D'autres enfin possèdent le Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport ou BPJEPS qui est un diplôme de niveau IV. Cela leur permet ensuite de se spécialiser en animateur socioculturel et socioéducatif généraliste avec une fonction de directeur permanent en accueil collectif de mineurs (spécialité « Animateur », mention « Loisirs Tous Publics »).

### 1.1.4. Les coordinateurs du temps du midi et gérants de restaurant scolaire

Les coordinateurs du temps du midi sont des professionnels qui encadrent l'équipe d'animation accompagnant les enfants lors de la prise des repas à la cantine. Il est préférable d'être directeur adjoint d'un centre de loisirs pour être coordinateur mais cela n'est pas obligatoire ni systématique. Dans la plupart des cas, le BAFA ou le BAFD est nécessaire. Suivant le nombre de rationnaires, la coordination n'est pas assurée par le même professionnel (cf. Annexe 7, p.85).

Les gérants de restaurants scolaires dirigent l'équipe des agents du temps du midi (ATSEM, ATR, ATP). Ils sont souvent titulaires d'un CAP ou BEP cuisine, ils peuvent avoir une formation d'ATR. Leur recrutement est favorisé par l'expérience acquise au cours de leur carrière. Ce sont des employés de la Fonction Publique Territoriale.

#### 1.1.5 Les AESH

Nous avons également rencontré des Accompagnants d'Elèves en Situation de Handicap (AESH). Ils sont susceptibles d'intervenir sur les temps de repas et leur rôle est de permettre à l'élève d'acquérir et de renforcer son autonomie dans les apprentissages à l'école. Ces professionnels sont contractuels et recrutés par le Ministère de l'Education Nationale, tout en dépendant du Ministère de la Fonction Publique.

Pour être AESH, il faut être titulaire du bac ou diplôme équivalent, ou d'un diplôme professionnel dans le domaine de l'aide à la personne (diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social) ou bien encore justifier de neuf mois d'expérience professionnelle dans l'aide à l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap ou accompagnement des étudiants en situation de handicap.

Les AESH bénéficient d'une formation globale de 60 heures et dans celle-ci d'une formation obligatoire sur l'aide à la prise des repas (module « Accompagnement du développement de l'autonomie et actes de la vie quotidienne »). Ils servent de « lien indispensable entre accompagnement et PAI pour tout ce qui a trait aux médicaments et aux actes spécifiques » (Circulaire n° 2017-084 du 3/5/2017 relative aux missions et activités des personnels chargés de l'accompagnement des élèves en situation de handicap). Ils ont en outre dans leurs compétences : « Observer et transmettre les signes révélateurs d'un problème de santé. S'assurer que les conditions de sécurité et de confort soient remplies. Stimuler l'activité sensorielle, motrice et intellectuelle du jeune en fonction de son handicap, de ses possibilités et de ses compétences ».

## **1.2. Les écoles primaires et les cantines scolaires**

### 1.2.1. La restauration scolaire en école primaire

La commune n'est pas obligée de mettre en place la restauration scolaire dans les écoles primaires. Lorsqu'elle existe, l'inscription à la cantine des écoles primaires est un droit pour tous les enfants scolarisés même si la commune en précise les conditions d'accès. Elle doit garantir aux élèves un temps de repas d'au moins 30 minutes, une variété dans les menus et des portions adaptées à leur âge selon la Circulaire n°2011-118 du 25



juin 2001 relative à la restauration scolaire. Il est également précisé dans ce texte les modalités et enjeux des repas sur le temps scolaire, comme les besoins nutritionnels des enfants et adolescents, l'éducation au goût, la sécurité alimentaire, l'hygiène, etc.

Le repas servi en cantine scolaire comporte un plat principal, une garniture, un produit laitier et une entrée et/ou un dessert. L'eau et le pain sont à volonté. Le sel et les sauces sont servis en fonction des plats et ne sont pas librement accessibles. La composition des menus est de la responsabilité de la commune, ces derniers sont consultables sur leur site internet le plus souvent. Les repas sont soit préparés sur place, en cuisine centrale ou par une entreprise de restauration collective selon les collectivités locales. Notons que la collation matinale à l'école n'est ni systématique, ni obligatoire.

Dans la Circulaire n°2003-135 du 8 Septembre 2003 relative à l'accueil et l'intégration des enfants atteints de troubles de santé, il est mentionné que le PAI peut être mis en place pour « permettre aux enfants et adolescents concernés de suivre leur scolarité ou d'être accueillis en collectivité tout en bénéficiant de leur traitement, de leur régime alimentaire, d'assurer leur sécurité et de compenser les inconvénients liés à leur état de santé » mais aussi que « la population concernée par ces dispositions est constituée des enfants ou adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur de longues périodes (à l'exclusion des maladies aiguës) pour lesquels des mesures particulières doivent être prises dans les collectivités qui les accueillent ». Par conséquent, le TOA en fait partie et peut nécessiter des aménagements et la mise en place d'un PAI avec adaptations des menus ou paniers-repas fournis par la famille. Il est important de noter que le PAI est un dispositif interne et qu'à ce titre, le chef d'établissement est responsable de sa rédaction et de son application, il peut pour cela solliciter l'équipe pédagogique et éducative (dont les ATSEM font partie). Le PAI est communiqué aux membres de la communauté scolaire et aux partenaires concernés par la scolarité de l'élève et donc aux professionnels de la restauration scolaire.

#### 1.2.2. Les écoles incluses dans notre étude

Parmi les 6 écoles participantes, 2 sont des écoles primaires (maternelle et élémentaire) et 4 maternelles uniquement. Celles-ci sont situées à Amiens (Nord, Centre et Sud), ainsi tous les secteurs de la ville ont reçu nos interventions. Pour deux écoles primaires, il n'a pas été possible d'inclure le personnel de l'école élémentaire car les horaires étaient différents et il n'était pas aisé de réunir toute l'équipe sur un même temps. Sur nos 6 écoles, 1 est privée sous contrat et les 5 autres sont publiques.

### 1.3. Recrutement

#### 1.3.1. Démarche de recrutement

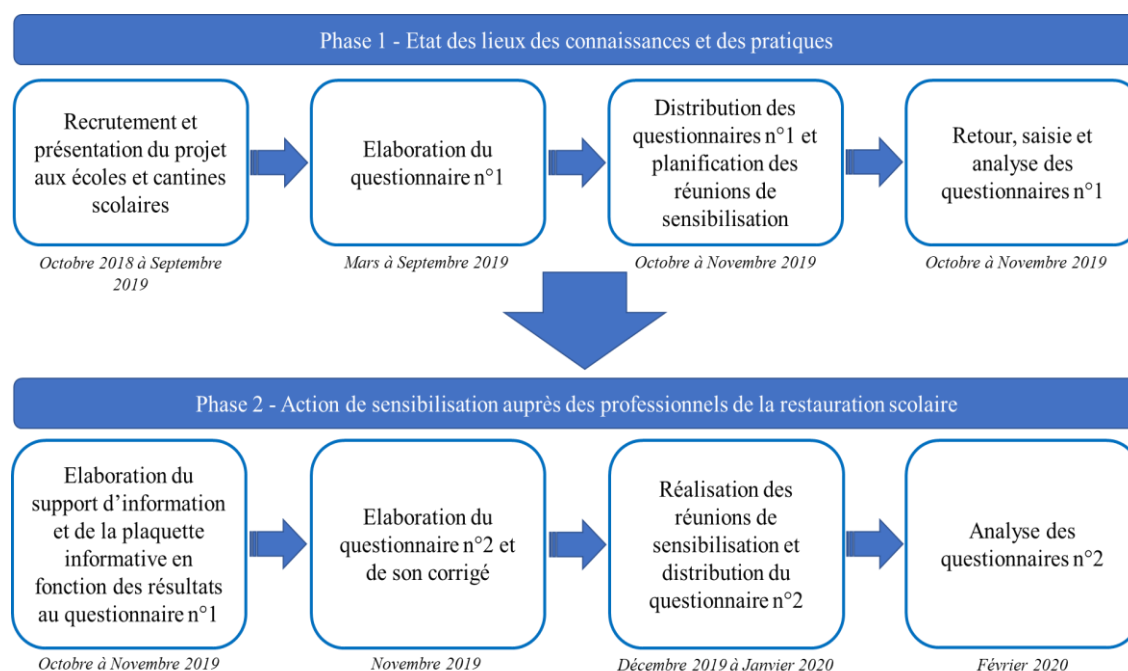
Afin de recruter un maximum de participants, nous avons échangé par courriel et appels téléphoniques avec les responsables des mairies de secteur d'Amiens ainsi que Saint-Quentin et Beauvais. La mairie de Saint-Quentin n'a pas autorisé les interventions. Une école primaire de Beauvais était volontaire mais, ayant obtenu une population suffisante et les modalités de réunion étant difficiles, nous avons écarté cette piste.

Sur les 18 écoles amiénoises contactées, 6 ont accepté de participer et 12 n'ont pas répondu ou n'ont pas donné suite. 2 écoles privées saint-quentinoises ne dépendant pas de la municipalité ont été contactées. L'une a répondu favorablement mais trop tardivement et n'a donc pas été incluse dans l'étude, l'autre n'a pas répondu.

Notons que pour chaque intervention nous étions accompagnés d'une orthophoniste formée aux TOA. Sur 8 orthophonistes contactées, 6 ont répondu favorablement et 4 ont finalement pu se rendre disponibles.

#### 1.3.2. Chronologie

La Figure 1 ci-dessous récapitule les différentes étapes du projet.



**Figure 1 : Déroulement opérationnel du projet**

## 2. L'ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES

Comme nous l'avons vu précédemment, il n'y a pas de formation spécifique sur les difficultés alimentaires (aucune sur le TOA n'est recensée). Cela conforte notre hypothèse n°1 puisque les professionnels semblent ne pas être formés spécifiquement à la prise en charge du TOA. En effet, les accompagnateurs des enfants ne sont pas forcément titulaires d'un diplôme spécifique ou de formation sur l'alimentation. Aucune formation n'est spécifique pour encadrer le temps du repas et celle-ci n'est pas toujours exigée. Mais dans les faits, ces professionnels manquent-ils de connaissances pour accompagner les enfants présentant un TOA ?

Le TOA et plus largement le concept d'oralité semblent méconnus alors que ces professionnels peuvent y être confrontés. En rapport avec notre première hypothèse, nous avons cherché à recenser les connaissances et les pratiques des professionnels de la restauration scolaire en écoles primaires au sujet du TOA.

### 2.1. Forme

Pour ce faire, nous avons choisi la forme d'un questionnaire sur une page A4 recto-verso afin de motiver les répondants par une administration rapide, d'autant plus que les professionnels ont peu de temps disponible pour y répondre. Les répondants ont tous été rencontrés et le retour des questionnaires s'est réalisé juste après la passation ou une semaine après. Le questionnaire a été proposé sous forme auto-administrée afin de permettre aux répondants de prendre le temps nécessaire de réflexion pour répondre tout en ne se sentant pas jugé puisque les questionnaires ont été anonymisés.

Nous avons proposé essentiellement des questions fermées pour faciliter le remplissage du questionnaire par le répondant, en limitant le temps de passation à 5 à 7 minutes, tout en offrant une variété de questions (questions à réponses multiples / QRM, questions à réponse unique / QRU, échelles d'opinion) et pour réduire le temps d'analyse a posteriori. 8 sous-questions ont été posées sous forme de questions ouvertes (« si oui » / « si non » / « autres : précisez ») afin de juger qualitativement des réponses et préciser les réponses. La question finale étant ouverte pour laisser les professionnels s'exprimer sur leurs attentes et nous permettre d'adapter au mieux nos sensibilisations.

Les sections du questionnaire (cf. Annexe 11, p. 92-93) sont les suivantes :

- Renseignements généraux / Formation : il s'agit de connaître notre population.
- Difficultés rencontrées lors des repas / Conditions des repas : ici, nous cherchons à préciser les modalités de l'accompagnement des repas ainsi que les manifestations

de difficultés alimentaires déjà rencontrées.

- Information / Formation TOA : les questions portent sur la connaissance du TOA et les éventuelles formations ou informations reçues à ce sujet.
- Attitude lors des repas : les questions visent à évaluer les conduites de forçage et l'éventuel désengagement des professionnels devant des situations difficiles.
- Adaptations : il s'agit ici d'interroger les professionnels sur leurs connaissances des adaptations possibles en cas de TOA et de juger des échanges avec les parents / référent de l'enfant en cas de difficultés.
- Remarques : il a enfin été demandé aux répondants quelles étaient leurs attentes quant à la réunion de sensibilisation, leur intérêt pour celle-ci ainsi que leur motivation à vouloir faire évoluer leurs pratiques professionnelles dans le sens d'un meilleur accompagnement des enfants porteurs de TOA.

## **2.2. Contenu**

Le contenu du questionnaire a été déterminé au regard de notre partie théorique et de nos connaissances sur le TOA. Il a été précisé que TOA signifiait « Trouble de l'Oralité Alimentaire » et PAI « Projet d'Accueil Individualisé ».

### **• Renseignements généraux / Formation**

- Âge et initiales : le questionnaire étant redistribué après notre réunion de sensibilisation et anonymisé, il était nécessaire d'avoir ces données pour les appairer et comparer les réponses avant et après la réunion. De plus, l'âge était requis pour analyser les réponses en fonction de cette donnée.
- Profession : comme nous l'avons vu précédemment, il y a de nombreuses professions intervenant sur le temps du repas, c'est pourquoi nous avons besoin de la connaître mais également pour permettre une analyse des réponses en fonction de celle-ci.
- Dernier niveau d'études : le suivi ou non d'études supérieures peut expliquer le manque ou non de formation au niveau des difficultés alimentaires. Nous avons choisi cette formulation plutôt que « nombre d'années d'études » pour éviter un taux important de non réponses car souvent nos répondants ont arrêté leurs études au collège ou lycée.
- Formation suivie : les formations suivies diffèrent parfois pour une même profession et peuvent influencer les connaissances sur l'alimentation en général. De plus, il était possible de rencontrer des personnes en reconversion, cela

pouvant influencer également les connaissances sur l'alimentation et sur le TOA.

- Année diplôme : la récence ou non des études peut expliquer certaines réponses.
- QRU 1 : « Avez-vous reçu dans le cadre de votre formation initiale, un enseignement sur les troubles de l'oralité alimentaire ? ».
- QRU 2 : « Avez-vous suivi des formations complémentaires sur l'alimentation des enfants ? » ; 2 bis : « Si oui, lesquelles ? ».

Ces deux questions nous permettaient de jauger le niveau de formation sur le TOA et plus généralement sur l'alimentation puisque des formations continues sont régulièrement proposées au personnel de restauration scolaire.

- **Difficultés rencontrées lors des repas / Conditions des repas**

- QRU 3 : « Nombre approximatif d'élèves par repas à suivre par vous-même ».
- QRU 4 : « De quel(s) niveau(x) vous occupez vous ? ».
- QRU 5 : « Jugeriez-vous l'environnement de la cantine propice au repas pour l'enfant (temps, bruit, matériel adapté...) ? » ; 5 Bis : « Si non, pourquoi ? ».

Ces trois questions nous renseignaient sur les conditions d'accompagnement des repas des enfants au quotidien. En effet, un enfant porteur de TOA a besoin de plus d'accompagnement et d'un environnement calme du fait de ses possibles particularités sensorielles, d'un matériel adapté s'il présente des difficultés oro-motrices et d'un temps de repas adéquat puisqu'il peut présenter une durée de repas très augmentée.

- QRM 6 : « Parmi les enfants ayant des difficultés d'alimentation, avez-vous déjà observé ces signes »

Ces signes, comme nous l'avons vu précédemment, sont des manifestations très fréquentes du TOA.

- **Information / Formation TOA**

- QRU 7 : « Avez-vous déjà entendu parler du TOA ? » ; 7 Bis : « Si oui, comment ou par qui ? »

Il s'agissait ici de savoir si les répondants avaient déjà eu connaissance de ce terme et par quel moyen.

- QRM 8 : « Comment définiriez-vous le TOA ? »

Nous cherchions à savoir ce qu'évoque le terme TOA et avec quoi il peut être confondu. Cela nous a permis, au vu des réponses, d'insister davantage sur le diagnostic différentiel lors de notre sensibilisation.

- QRM 9 : « Parmi ces propositions, lesquelles vous évoquent un TOA ».

Ici, il s'agissait d'interroger la connaissance des manifestations possibles du TOA. L'analyse des résultats nous a permis d'appuyer sur certaines manifestations omises.

- QRU 10 : « Comment jugeriez-vous votre niveau de connaissances sur les TOA pour faire face aux enfants en présentant un ? ».

Cette question invitait les professionnels à juger de leur propre niveau de connaissances sur le TOA leur permettant d'accompagner un enfant en présentant un.

- **Attitude lors des repas**

- QRU 11 : « Face à un enfant qui refuse de s'alimenter, je sais comment réagir ».
- QRU 12 : « Je perds parfois patience face à un enfant qui refuse de s'alimenter ».
- QRU 13 : « J'insiste pour que l'enfant goûte ce que je lui demande ».
- QRU 14 : « Je me sens démuni(e) face à un enfant qui refuse de s'alimenter ».

Dans ces quatre questions, nous souhaitions évaluer les éventuelles conduites de forçage qui sont particulièrement néfastes en cas de TOA, ainsi que la gestion des refus puisque cela fait partie des manifestations fréquentes du TOA.

- QRM 15 : « Selon vous quand un enfant a des haut-le-cœur, c'est parce que ».

Le haut-le-cœur ou réflexe nauséeux étant une manifestation sensorielle courante du TOA, nous désirions savoir comment cela était interprété par les professionnels.

- QRM 16 : « Quand un enfant refuse de s'alimenter ».

Nous évaluons ici les stratégies employées face au refus et les conduites de forçage.

- **Adaptations**

- QRU 17 : « Saviez-vous qu'il est possible de mettre en place un PAI (adaptations des repas) en cas de TOA ? ».

Le PAI est une adaptation indispensable au bon déroulement du repas en cas de TOA, par conséquent nous cherchions à voir si le personnel en avait connaissance.

- QRU 18 : « Êtes-vous confronté à des enfants bénéficiant d'un PAI pour des difficultés d'alimentation ? » ; 18 Bis : « Si oui, trouvez-vous que cela aide l'enfant ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ? » ; 18 Ter : « Si oui, trouvez-vous que le PAI vous aide dans votre pratique et votre compréhension du trouble ? »

Nous voulions savoir si les répondants étaient fréquemment confrontés aux

adaptations pour des difficultés alimentaires et si cela aide l'enfant ainsi que les professionnels dans leur accompagnement.

- QRU 19 : « Quand un enfant a des difficultés lors du repas, j'en parle aux parents / au référent ».

Il est important de communiquer avec les proches dès que des difficultés alimentaires sont constatées. Les professionnels de cantine sont des interlocuteurs privilégiés puisqu'ils suivent l'enfant chaque jour sur le temps du repas, ils peuvent constater des troubles. Ainsi, il était ici demandé la fréquence de ces interactions.

- QRU 20 : « S'il vous est arrivé d'être en contact avec des parents : cela a-t-il permis de mettre en place des adaptations ? » ; 20 Bis : « Si oui, lesquelles ? ».
- 20 Ter : « Trouvez-vous que cela améliore les conditions de prise de repas de l'enfant ? » ; 20 Quater : « Si oui, trouvez-vous que : l'enfant mange plus ; a moins d'appréhensions ; a moins de réactions (pleurs, haut-le-cœur...) ? ».

Ces questions nous informaient sur la pertinence des échanges avec les parents / référent quant aux adaptations proposées.

- **Remarques**

- QRU 21 : « Seriez-vous prêt à changer vos habitudes pour améliorer les repas (adaptations du service, des plats, de l'encadrement...) ? »

Cela nous renseignait sur la volonté de changement des pratiques dans l'intérêt d'un meilleur accompagnement de l'enfant ayant un TOA.

- QRU 22 : « Seriez-vous intéressé par une réunion d'information sur le TOA ? »
- « Attentes sur la réunion de présentation / remarques »

Ces deux ultimes questions nous ont permis de cerner l'intérêt porté à une réunion de sensibilisation sur le TOA ainsi que les interrogations et attentes de cette réunion.

Pour la deuxième diffusion, nous avons conservé les renseignements généraux pour apparier les résultats et uniquement les questions 4, 8, 9, 16, 17, 19, 21 pour éviter des redondances avec le premier questionnaire et évaluer l'évolution des connaissances sur le TOA. Les questions ont été formulées au futur pour interroger les conduites à l'avenir. Pour juger de la satisfaction et de l'impact de notre réunion, les questions dans la partie « Remarques » ont été remplacées par :

- « Trouvez-vous que cette présentation vous a apporté les connaissances nécessaires

pour comprendre le TOA ? ».

- « Trouvez-vous que cette présentation vous a apporté des outils pour vous adapter face à un enfant porteur de TOA ? ».
- « Pensez-vous mettre en application les conseils donnés aujourd'hui ? »
- « Pensez-vous que les professionnels de la restauration devraient recevoir une formation sur les TOA ? ».
- « Cette sensibilisation a-t-elle répondu à vos attentes ? ».
- « Avez-vous des remarques ? Si oui, quelles sont-elles ? ».

Nous avons dans le même objectif d'évaluation des futures conduites, proposé deux cas pratiques puisque la passation du questionnaire n°2 n'a pu, du fait de contraintes temporelles et matérielles, se réaliser plusieurs mois après la réunion mais le jour même.

- **Cas N°1** : « Julie a 4 ans. Avant elle mangeait de tout, désormais elle ne veut plus manger que des féculents, elle refuse de goûter tout nouvel aliment »
- **Cas N°2** : « Léo pleure, a des haut-le-cœur ou refuse de finir son assiette à chaque repas. Il grimace parfois et détourne la tête »

Grâce à cela, nous avons pu aussi juger de la compréhension du TOA, sa différenciation de la néophobie et des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie), si l'importance du relai avec l'équipe et les parents a bien été comprise, etc.

### **2.3. Mode de diffusion**

Nous avons choisi de déposer directement les questionnaires papiers dans les écoles afin d'expliquer à nouveau notre projet, pouvoir répondre aux éventuelles interrogations et rencontrer les professionnels pour cerner leur intérêt et leur motivation. Cela a eu lieu entre le 15 octobre et le 28 novembre 2019.

Chaque questionnaire diffusé était accompagné d'un formulaire de consentement en double exemplaire (cf. Annexe 8, pp. 85-86). Une notice (cf. Annexe 10, p. 90) était également laissée au sein de la cantine scolaire.

Nous avons récupéré directement les questionnaires après leur passation, excepté pour deux écoles où nous sommes retournés une à deux fois pour nous assurer d'avoir tous les questionnaires et éviter les pertes ou les non-réponses.

### **2.4. Méthode d'analyse**

Notre correction a été élaborée au regard de notre partie théorique. Nous avons ensuite procédé à une analyse descriptive quantitative et qualitative des données



recueillies avec Excel ainsi qu'à un test exact de Fisher (effectif théorique < 5).

### **3. LES ACTIONS DE SENSIBILISATION ET D'INFORMATIONS**

Suite à l'état des lieux des connaissances, nous avons proposé des réunions d'information afin de sensibiliser les professionnels de cantine au TOA.

#### **3.1. Forme et support**

Afin de favoriser les échanges et capter l'attention de l'auditoire, nous avons opté pour une présentation orale accompagnée d'un support visuel dynamique : Prezi. Ce support présente également l'avantage d'être moins scolaire que le PowerPoint, plus visuel, attrayant et plus logique dans l'enchaînement du plan en permettant d'organiser les données en cartes mentales.

Notre objectif était de sensibiliser un maximum de professionnels mais nous devons pour cela prendre en compte les contraintes organisationnelles et temporelles liées à leur exercice. En effet, les professionnels de cantine ont peu de temps disponible avant et après le repas et comme plusieurs professions avec différents horaires sont concernées, il pouvait être difficile de réunir tout le monde sur un même créneau horaire.

Nous avons donc choisi de mener une présentation la plus synthétique possible en 30 minutes. Il était ensuite laissé un temps libre d'échange et de questions. Dans les faits, les réunions ont eu une durée totale entre 45 minutes et 1h30 en considérant les nombreux échanges pendant et après la présentation.

Afin de pouvoir garder une synthèse du contenu de la réunion sous un format simple et concis, nous avons réalisé une plaquette informative (cf. Annexe 15, p. 109-110) reprenant les principaux points abordés. Nous avons préféré la réaliser nous-mêmes car il n'existe à ce jour aucun support destiné à ces professionnels de manière ciblée et adaptée. De plus, cela a permis la diffusion de l'information sur le TOA puisque la plaquette a été, sur demande des participants, affichée à l'entrée du restaurant scolaire, diffusée aux enseignants, aux parents ou encore au cours de réunions avec les coordinateurs de la pause méridienne des autres écoles non participantes.

#### **3.2. Contenu**

Après recherches bibliographiques et analyse des questionnaires n°1 pour mieux cibler le contenu, nous avons réalisé le support de présentation. Les interventions se sont articulées autour de trois axes majeurs :

- L'oralité : définition du concept, rappel du développement alimentaire normal, point sur la néophobie alimentaire et les enjeux de l'oralité.
- Le trouble de l'oralité : définition et prévalence, causes, manifestations, conséquences, diagnostic et prise en charge.
- Que faire ? : conduites à tenir pour les professionnels à savoir les signes à observer et repérer, l'importance du dialogue et de l'alerte, les adaptations à mener, la proscription du forçage et les propositions possibles pour l'enfant. Nous avons étayé cette partie de témoignages de parents d'enfants porteurs de TOA ayant mis en place un PAI et pour qui cela a été très bénéfique.

Le support est consultable en annexe (cf. Annexe 12, pp 94-105) ou en ligne en suivant ce lien : [https://prezi.com/p/edit/\\_pycle34mj9r/trouble-de-loralite-et-cantines/](https://prezi.com/p/edit/_pycle34mj9r/trouble-de-loralite-et-cantines/)

### **3.3. Mode de diffusion**

Les réunions de sensibilisation ont eu lieu directement dans les écoles ou au sein du restaurant scolaire afin de faciliter l'organisation et la présence des participants. Celles-ci ont été menées entre le 5 décembre 2019 et le 24 janvier 2020.

Le questionnaire n°2 (cf. Annexe 13, p. 106-107) a été diffusé à l'issue de notre présentation afin d'évaluer l'impact de nos interventions. Toujours dans un souci de gain de temps, un corrigé (cf. Annexe 14 p. 108) de celui-ci a été distribué en toute fin de réunion.

Enfin, une plaquette informative a été donnée à chaque participant en fin de réunion et des exemplaires supplémentaires ont été demandés par le personnel de cantine.

### **3.4. Méthode d'analyse**

La diffusion du questionnaire n°2 nous a permis d'évaluer l'impact de nos interventions grâce à la comparaison des réponses pré et post-intervention. Pour cela, les données nouvellement recueillies ont été saisies sous Excel puis analysées selon une analyse statistique descriptive quantitative et qualitative ainsi qu'avec le test de McNemar – Bowker.

# RÉSULTATS

## 1. NOMBRE ET PROFIL DES RÉPONDANTS

Ici, « D1 » fait référence à la première diffusion du questionnaire, « D2 » à la deuxième (post-sensibilisation) et « Q » désigne la question posée.

L'échantillon nous ayant permis de réaliser l'état des lieux était constitué de 56 personnes (n=56) comme illustré ci-dessous par la Figure 2.

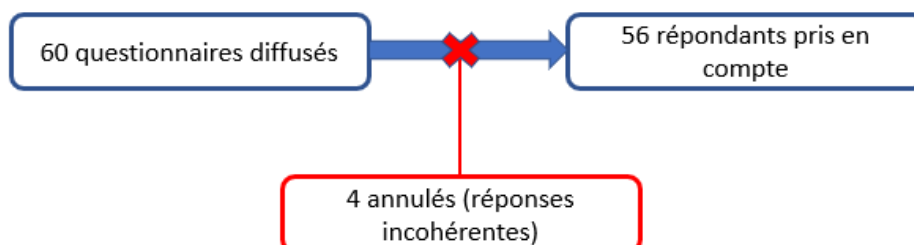


Figure 2 : Nombre de répondants en D1

La Figure 3 résume le profil des répondants en D1.

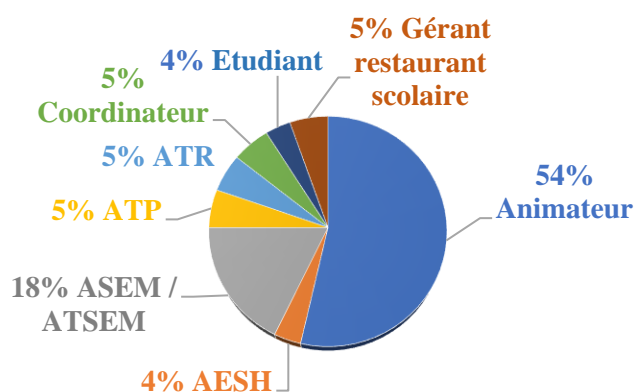


Figure 3 : Profil des répondants en D1

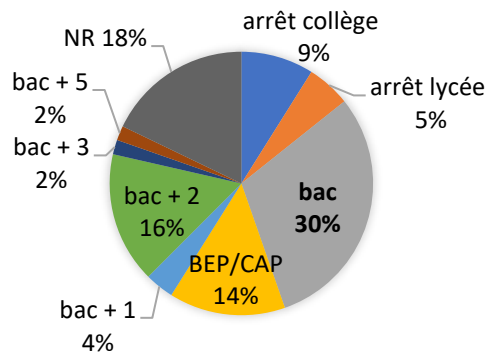
Les deux professions les plus représentées étaient les animateurs BAFA avec leurs coordinateurs (n =33) et les ASEM/ATSEM (n = 10). Notons que les coordinateurs ici étaient des directeurs adjoints en accueil de loisirs et qu'ils sont aussi animateurs puisqu'ils ont le BAFA et/ou le BAFD.

Le Tableau 1 suivant nous renseigne quant à la récence du diplôme des répondants. 16 participants ont obtenu leur diplôme il y a moins de 10 ans.

Tableau 1:Année de diplôme des répondants

Année d'obtention du diplôme	Nombre de répondants
1979-1989	4
1989-1999	2
1999-2009	7
<b>2009-2019</b>	<b>16</b>
<b>NR</b>	<b>27</b>

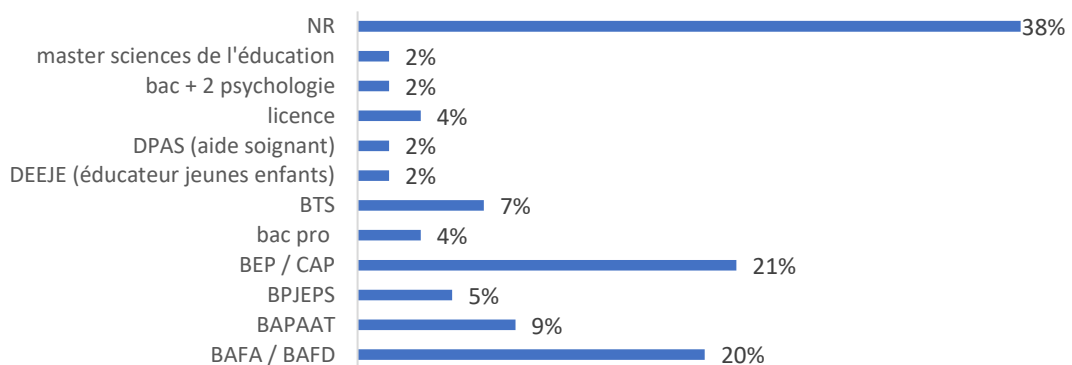
La Figure 4 présente le dernier niveau d'études des répondants.



**Figure 4 : Niveau d'études des répondants**

Les répondants ont majoritairement arrêté leurs études au niveau bac (n=17) ou au niveau BEP / CAP (n=8).

La Figure 5 représente la répartition des formations suivies par nos répondants.



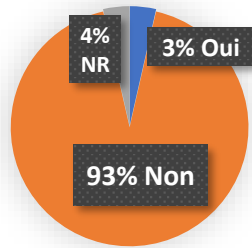
**Figure 5 : Répartition des formations suivies**

Les formations recouvrent des domaines très variés. Toutefois, 21% des répondants (n=12) ont obtenu un CAP (Accompagnement Educatif Petite Enfance ou Employé Technique de Collectivité pour la plupart) ou un BEP (Sanitaire et Social). Les diplômes de l'animation sont aussi bien représentés avec 14% des répondants (hors BAFA/BAFD que nous considérons comme formation complémentaire).

Concernant les formations complémentaires, 20% des répondants possèdent le BAFA ou BAFD. 11% ont suivi des formations complémentaires (hors BAFA/BAFD), 30% si nous incluons le BAFA/BAFD. Notons que 3 répondants ont plusieurs diplômes.

3 répondants ont reçu une formation complémentaire sur l'alimentation : 2 avec la diététicienne et un sur les troubles alimentaires dans le cadre de sa formation Educateur de Jeunes Enfants. 1 personne a reçu une formation sur l'accompagnement lors de la pause méridienne et sur l'environnement sonore. 95% des répondants n'ont donc pas suivi de formation complémentaire sur l'alimentation.

La Figure 6 met en lumière l'enseignement reçu ou non sur le TOA dans la formation initiale.



**Figure 6 : Enseignement reçu sur le TOA en formation initiale (Q1/D1)**

93% des répondants n'ont pas reçu d'enseignement sur le TOA lors de leur formation initiale (n=52). Pour les 3% l'ayant reçu, il s'agit d'un enseignement sur les difficultés alimentaires plus généralement.

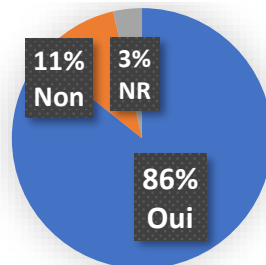
Le Tableau 2 synthétise le nombre d'enfants à charge par repas.

*Tableau 2: Nombre d'enfants à charge par repas*

<i>Nombre d'enfants par repas</i>	<i>Nombre de répondants</i>
Moins de 5	2
5 à 10	3
10 à 15	3
<b>Plus de 15</b>	<b>46</b>
NR	2

La majorité (n=46) a plus de 15 enfants à charge par personne et par repas.

La Figure 7 résume l'intérêt ou non pour une réunion de sensibilisation au TOA.



**Figure 7 : Intérêt pour une réunion de sensibilisation au TOA**

La majorité des répondants (n=48) était intéressée.

38% des répondants ont formulé des attentes. Celles-ci étaient :

- Connaître l'âge d'apparition du TOA
- Les causes, conséquences et manifestations du TOA
- Obtenir des conseils, la conduite à tenir pour une prise en charge plus adaptée

## 2. NOMBRE ET PROFIL DES PARTICIPANTS

La Figure 8 représente nos participants aux réunions et répondants en D2.

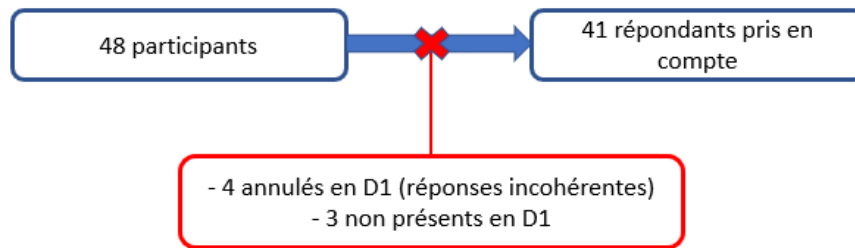


Figure 8 : Nombre de participants et répondants en D2

Les 60 répondants en D1 n'ont pas tous pu assister à notre réunion. 48 personnes y étaient présentes mais parmi elles, 3 n'étaient pas présentes en D1 et 4 questionnaires ont été annulés comme en D1 pour réponses incohérentes. Dans le but d'apparier nos réponses et évaluer l'impact des réunions, nous avons donc pris en compte 41 répondants.

La Figure 9 illustre la répartition des professions des participants en D2.

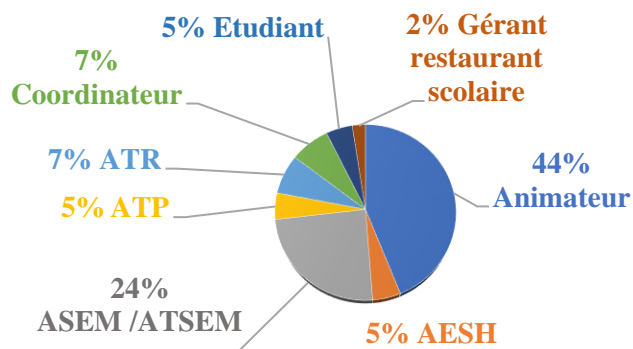


Figure 9 : Répartition des professions des participants en D2

Les participants les plus représentés étaient, comme pour le premier questionnaire, les animateurs BAFA et coordinateurs (n=21) et les ATSEM / ASEM (n=10).

La Figure 10 montre la répartition par classes d'âge des répondants en D1 et D2.

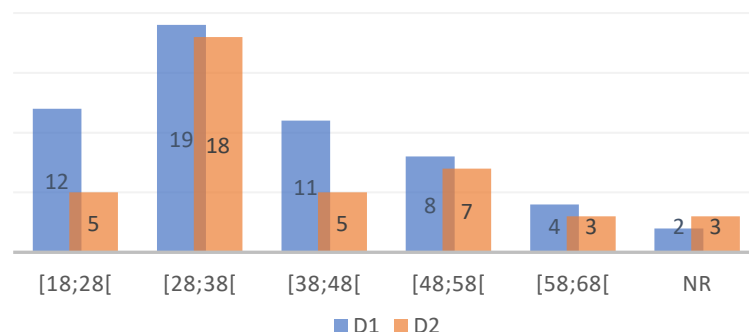


Figure 10 : Répartition par classes de l'âge des répondants en D1/D2

Les répondants étaient âgés de 18 à 61 ans. On notera que les participants en D2 étaient presque deux fois moins nombreux chez les 18-28 ans et les 38-48 ans.

Les niveaux pris en charge par les professionnels lors des deux diffusions sont représentés par la Figure 11.

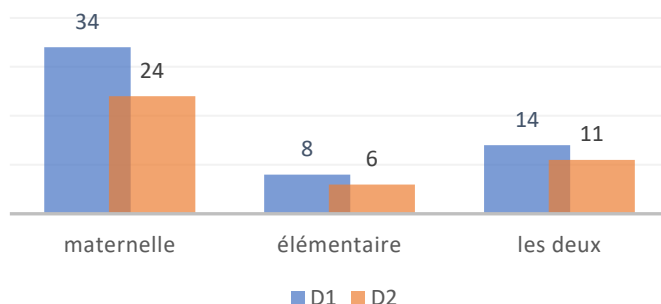


Figure 11: Niveaux pris en charge par les professionnels en D1/D2

Lors des deux diffusions, la majorité des répondants avaient à prendre en charge les élèves d'école maternelle.

### 3. ANALYSE GLOBALE

Le Tableau 3 synthétise nos résultats globaux lors des deux diffusions en termes de taux de réponse, taux de réponses correctes et taux d'évolution entre D1 et D2.

Tableau 3 : Analyse globale des questionnaires en D1/D2 et en pourcentages

	Taux de réponse		Taux de réponse correcte		Taux d'évolution
	D1	D2	D1	D2	
<b>Difficultés rencontrées lors des repas / conditions des repas</b>					
Q3	96	*	**	**	***
Q4	100	100	**	**	***
Q5	93	*	**	**	***
Q5b	85,2	*	**	**	***
Q6	98	*	**	**	***
<b>Information / formation TOA</b>					
Q7	100	*	**	**	***
Q7b	73,3	*	**	**	***
Q8	98,2	100	59	90	+53%
Q9	95	99	2	34	+1600%
Q10	93	*	**	**	***
<b>Sous-total</b>	<b>96,6</b>	<b>99,5</b>	<b>30,5</b>	<b>62</b>	<b>+103%</b>
<b>Attitude lors des repas</b>					
Q11	95	*	**	**	***
Q12	93	*	**	**	***
Q13	98	*	**	**	***
Q14	100	*	**	**	***
Q15	100	100	71	88	+24%



<b>Q16</b>	98	100	**	**	***
<b>Sous-total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>71</b>	<b>88</b>	<b>+24%</b>
<b>Adaptations</b>					
<b>Q17</b>	93	98	44	95	+116%
<b>Q18</b>	98	*	**	**	***
<b>Q18b</b>	89	*	**	**	***
<b>Q18t</b>	95	*	**	**	***
<b>Q19</b>	98	98	**	**	***
<b>Q20</b>	92	*	**	**	***
<b>Q20b</b>	75	*	**	**	***
<b>Q20t</b>	100	*	**	**	***
<b>Q20q</b>	83	*	**	**	***
<b>Q21/ Q6</b>	95	88	**	**	***
<b>Q22</b>	97	*	**	**	***
<b>Q23</b>	37	*	**	**	***
<b>Sous-total</b>	<b>93</b>	<b>98</b>	<b>44</b>	<b>95</b>	<b>+116%</b>
<b>Cas pratiques</b>					
<b>Cas 1</b>	*	100	*	44	***
<b>Cas 2</b>	*	100	*	32	***
<b>Total</b>	<b>96,5</b>	<b>99,2</b>	<b>48,5</b>	<b>82</b>	<b>+69%</b>

\*question non posée en D2 (deuxième diffusion) ; \*question non posée en D1 ; \*\* pas de réponse correcte attendue, état des lieux des pratiques ; \*\*\* pas de taux d'évolution calculable ; Q20b = question 20 bis ; Q20t = question 20 ter ; Q20q = question 20 quater

On remarque une augmentation significative de réponses correctes aux questions 8, 9, 15 et 17, soit toutes les questions posées ayant permis de calculer un taux d'évolution des réponses justes à donner en D1 et D2. Ces questions portaient respectivement sur la définition du TOA, les signes évocateurs, le haut-le-cœur et la mise en place du PAI en cas de TOA. Les domaines ayant connu la plus forte progression sont « adaptations » et « information / formation TOA ».

De manière générale, les taux de réponse ont augmenté entre les deux diffusions ainsi que les taux de réponses correctes (+69 %).

#### 4. ANALYSE DES RÉPONSES

La Figure 12 illustre les réponses sur l'environnement des repas. Les raisons invoquées en cas d'environnement non propice sont visibles sur la Figure 13.

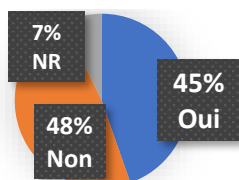


Figure 12 : Environnement propice au repas (temps, matériel, bruit...) Q5/D1 (%)

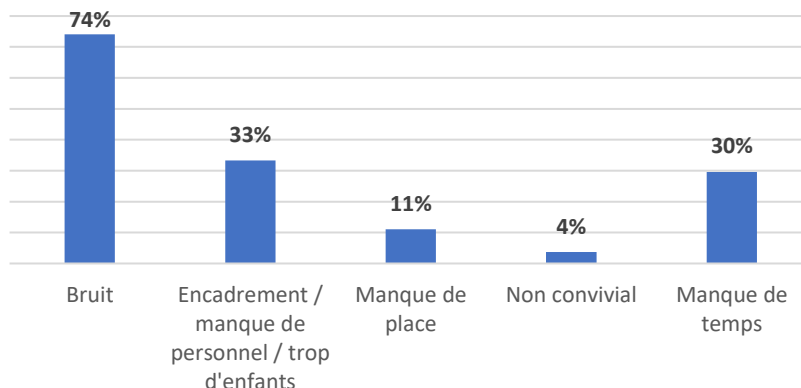


Figure 13 : Raisons invoquées pour l'environnement non propice Q5bis/D1 (%)

Sur les 27 personnes ayant répondu que l'environnement des repas n'était pas propice, 74% ont invoqué le bruit comme raison, 33% l'encadrement difficile du fait d'avoir beaucoup d'enfants à charge pour peu de personnel et 30% le manque de temps.

Les manifestations observées lors des repas sont synthétisées Figure 14.

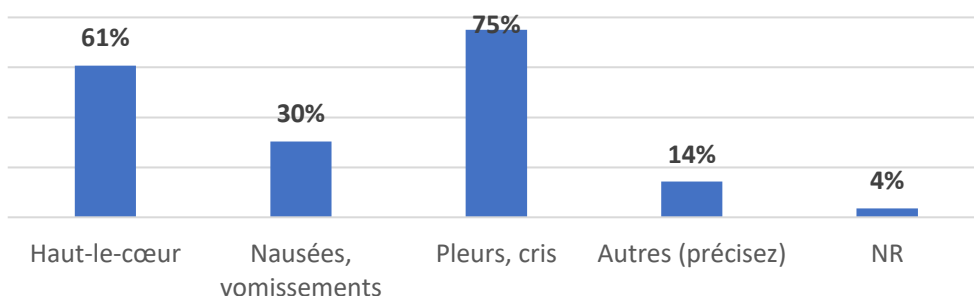


Figure 14 : Manifestations observées lors des repas Q6/D1 (%)

75% des professionnels interrogés ont déjà observé des pleurs et/ou des cris lors des repas, 61% des haut-le-cœur et 30% des nausées et vomissements. Dans les répondants ayant évoqué d'autres manifestations (14% soit 8 répondants), 75% ont rencontré un refus de goûter, 13% un mutisme et 13% n'ont jamais observé les manifestations proposées en choix de réponse.

La connaissance ou non du terme TOA est illustrée Figure 15.

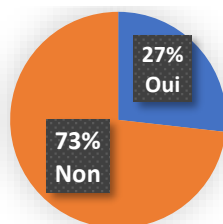


Figure 15 : Connaissance du terme "TOA" Q7/D1 (%)

73% des répondants ne connaissaient pas le terme « TOA » en D1. Dans les 15% le connaissant, le terme a été connu via une orthophoniste, internet, des proches ou collègues ou encore par la connaissance d'un enfant porteur de ce trouble.

D'après le test exact de Fisher, la possession du BAFA ou non n'a pas d'influence sur la connaissance du terme « TOA » ( $p = 1$ ).

Idem pour l'âge qui n'a pas d'influence ( $p = 0,67$ ), les réponses sont réparties uniformément en fonction de l'âge. Néanmoins, on remarque que la classe modale pour les personnes connaissant le terme TOA est 28-38 ans, de même pour les personnes ne le connaissant pas comme nous l'indique la Figure 16.

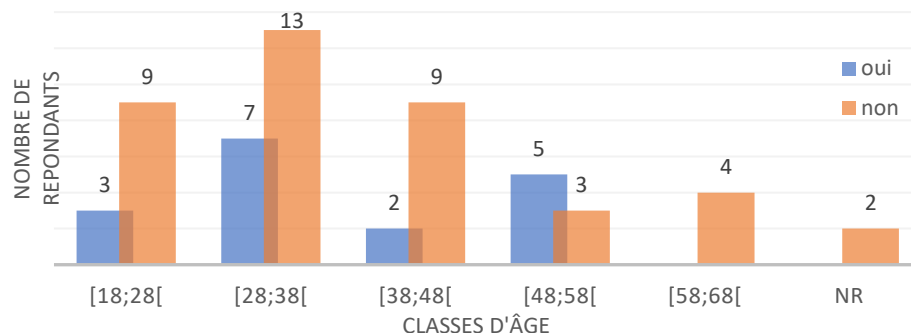


Figure 16 : Influence de l'âge sur la connaissance du terme « TOA » (Q7/D1)

La Figure 17 rend compte des définitions du TOA donnée par les répondants.

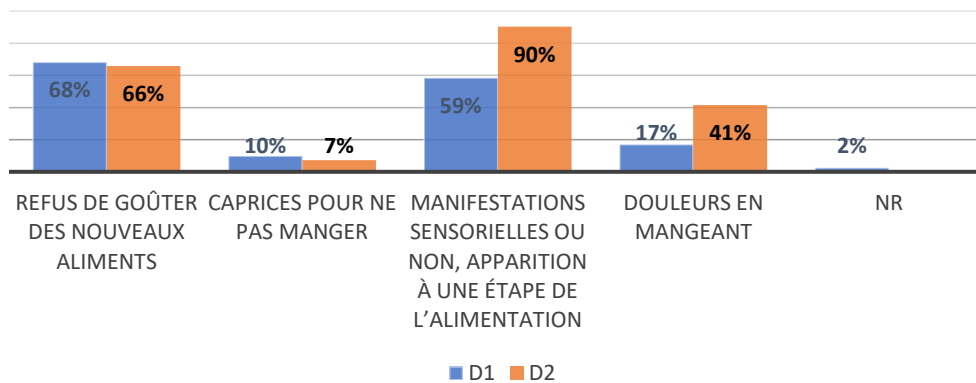


Figure 17 : Définition du TOA Q8/D1 (%)

En D1, 59% avaient la définition exacte du TOA contre 90% en D2 soit une augmentation de 53% de réponse correcte. 68% (D1) puis 66% (D2) pensent qu'il s'agit d'un refus de goûter des nouveaux aliments. 17% (D1) puis 41% (D2) pensent que cela occasionne des douleurs. En D1, 10% pensent que ce sont des enfants qui font des caprices pour ne pas manger et encore 7% en D2.

Les répondants pensent en D1 et D2 que les signes évocateurs d'un TOA sont ceux illustrés par la Figure 18 ci-dessous.

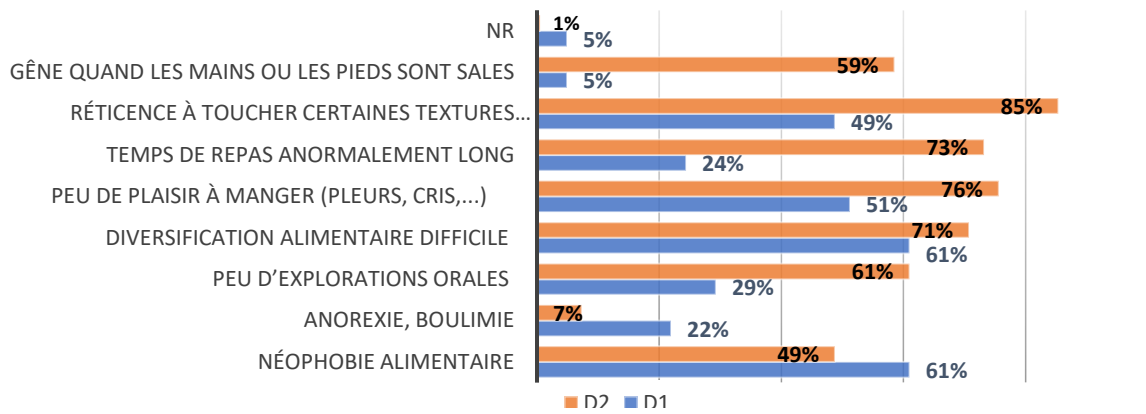


Figure 18: Signes évocateurs du TOA Q9/D1 (%)

Pour la majorité en D1, les enfants ayant un TOA sont difficiles ou ont une néophobie alimentaire. Peu de lien est effectué avec l'oralité, la sensorialité et les aspects non alimentaires du trouble alors qu'en D2 la réponse à ces items augmente significativement. En effet, on remarque une augmentation de 1080% pour l'item « gêne quand les mains ou les pieds sont sales », de 73% pour « réticence à toucher certaines textures alimentaires et non alimentaires » et de 110% pour « peu d'explorations orales ». Les réponses sur le temps de repas allongé et le peu de plaisir à s'alimenter ont aussi été davantage cochées avec une hausse de respectivement 204% et 49%. L'item concernant le « trouble du comportement alimentaire » (anorexie, boulimie) a connu une baisse de 68% de réponse et celui portant sur la néophobie alimentaire une baisse de 20% de réponse. Au total, on recense une hausse de 1600% de bonnes réponses entre les deux diffusions.

En attribuant un score sur 6 pour toutes les propositions correctes cochées, nous avons calculé la moyenne en D1 et D2 ainsi que le coefficient de variation (en %) afin de connaître la dispersion des valeurs autour de la moyenne (cf. Tableau 4). On remarque que la moyenne des bonnes réponses est plus élevée en D2 avec une augmentation de 82% entre la première et deuxième diffusion et la dispersion est moindre autour de la moyenne ce qui signifie que les réponses correctes ont été majoritairement données en D2 ce qui n'était pas le cas en D1.

Tableau 4 : Moyennes de réponses correctes et coefficients de variation Q9/D1

	D1	D2
Moyenne (réponses correctes)	2,4	4,4
Coefficient de variation par rapport à la moyenne	42%	32%

Le niveau de connaissance sur le TOA en D1 est illustré Figure 19. La Figure 20 montre les réponses sur l'apport de la sensibilisation sur leurs connaissances.

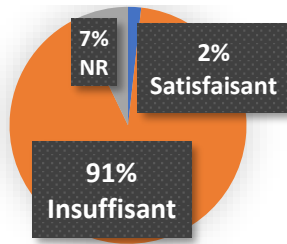


Figure 19 : Niveau de connaissance sur le TOA Q10/D1 (%)



Figure 20 : « Trouvez-vous que cette présentation vous a apporté les connaissances nécessaires pour comprendre le TOA ? » Q7/D2 (%)

En D1, 91% des répondants jugeaient leur niveau de connaissance sur le TOA insuffisant. En D2, 100% des répondants ont trouvé que la sensibilisation leur a apporté les connaissances nécessaires.

Les Figures 21 et 22 synthétisent les attitudes des répondants face à un refus.

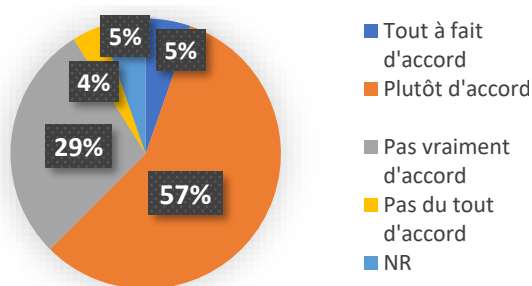


Figure 21 : « Face à un enfant qui refuse de s'alimenter, je sais comment réagir » Q11/D1 (%)

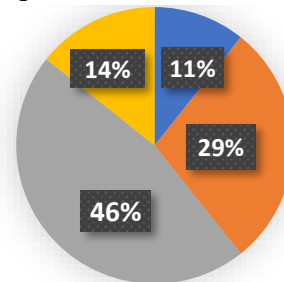


Figure 22 : « Je me sens démuni(e) face à un enfant qui refuse de s'alimenter » Q14/D1 (%)

57% des répondants sont « plutôt d'accord » et 29% « pas vraiment d'accord » avec le fait qu'ils savent réagir face à un enfant qui refuse de s'alimenter. Cependant, à la question 14, on remarque que 46% ne se sentent « pas vraiment » démunis face à un enfant qui refuse de s'alimenter et 29% « plutôt » démunis.

Les Figures 23 et 24 résument les conduites notamment de forçage face à un refus.

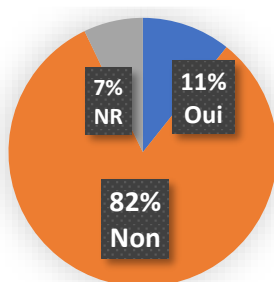


Figure 23 : « Je perds parfois patience face à un enfant qui refuse de s'alimenter » Q12/D1 (%)

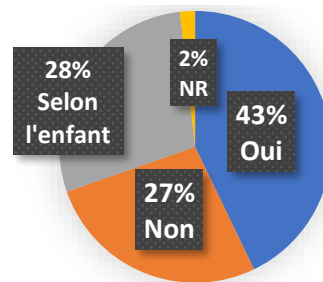


Figure 24 : « J'insiste pour que l'enfant goûte ce que je lui demande » Q13/D1 (%)

La majorité des répondants jugent ne pas perdre patience devant un enfant refusant de s'alimenter. Cependant, à la question suivante, 43% disent insister pour que l'enfant goûte sur leur demande et 28% disent le faire « selon l'enfant ».

La Figure 25 illustre les conduites lors d'un refus.

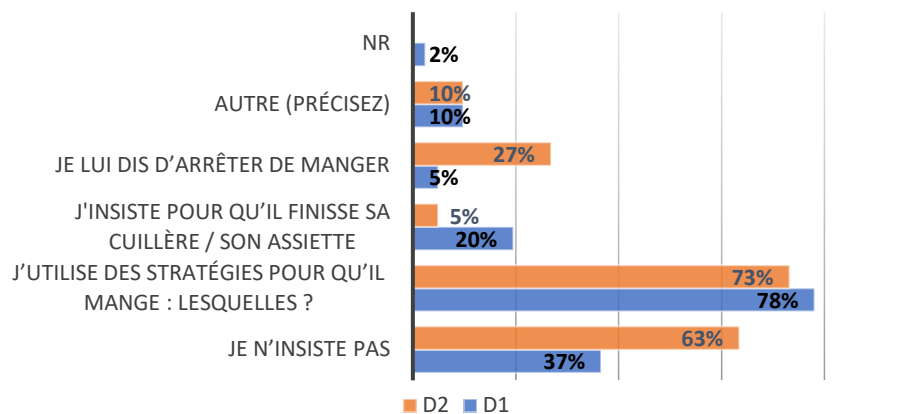


Figure 25 : « Quand un enfant refuse de s'alimenter » Q16 en D1/D2 (%)

En D1 comme en D2, la majorité utilise des stratégies lorsqu'un enfant refuse de manger. Néanmoins, en analysant qualitativement celles-ci, il apparaît des différences quant aux réponses données (cf. Tableau 5). En effet, sur les réponses attendues, nous avons obtenu une augmentation de 60%.

Tableau 5 : Synthèse des stratégies utilisées lorsqu'un enfant refuse de s'alimenter en D1/D2 (%)

Stratégies utilisées	D1	D2	Stratégies nouvelles en D2
Jeux, présentation ludique	25%	32%	Déramatiser, comptines, imitation
Négociation / récompense	16%	8%	
Goûter une petite quantité	19%	19%	Choix de l'aliment, sans forcer
Proposer de goûter sans forcer	16%		
Dialoguer, dire qu'en mangeant il deviendra « grand et fort »	19%	15%	Parler doucement
Nommer, manipuler, sentir, toucher l'aliment	9%		Changer les couverts ou manger avec les doigts
Proposer autre chose	3%		

On remarque une augmentation de 41% de réponse à l'item « je n'insiste pas », de 81% à « je lui dis d'arrêter de manger » et une baisse de 75% de réponse à « j'insiste pour qu'il finisse sa cuillère / son assiette » ce qui met en évidence que notre point sur la proscription du forçage a été bénéfique. Dans les raisons « autres » évoquées, nous avons recensé en D1 « faire goûter » et « en parler aux parents », « laisser l'enfant arrêter de lui-même » et en D2 « je lui proposerai l'aliment une autre fois », « laisser manipuler à son rythme » et « toucher les aliments, familiariser avec les textures ». Notons que les éléments évoqués ici en D2 ont été évoqués lors de notre réunion.

La réponse attendue en Q15 (réaction sensorielle) a été donnée préférentiellement en D1 et D2 avec une augmentation de 24% en D2 (cf. Figure 26). Beaucoup de répondants encore en D2 ont coché « il n'aime pas ce qui lui est présenté » et « il ne veut pas manger ». Cependant, on constate une baisse de 71% de réponse pour l'item « il fait

la comédie pour ne pas manger » montrant ainsi que la cause des haut-le-cœur a été mieux comprise.

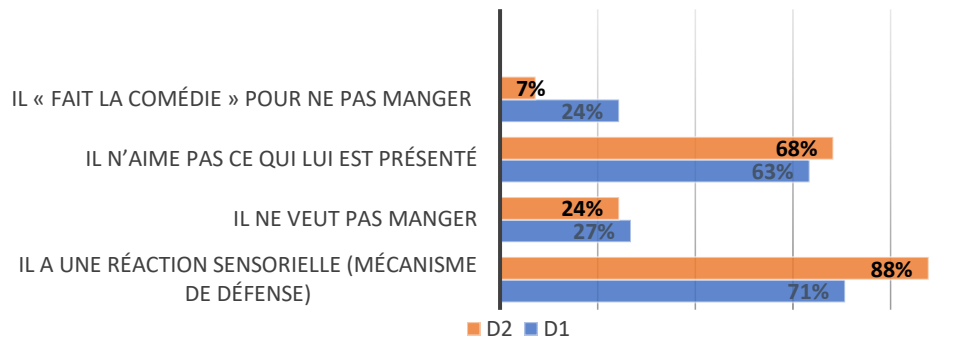


Figure 26 : « Selon vous quand un enfant a des haut-le-cœur, c'est parce que » Q15 en D1/D2 (%)

Figure 27, on remarque qu'en D1, 44% des répondants affirmaient connaître l'existence du PAI en cas de TOA contre 95% en D2 soit une hausse de 116%.

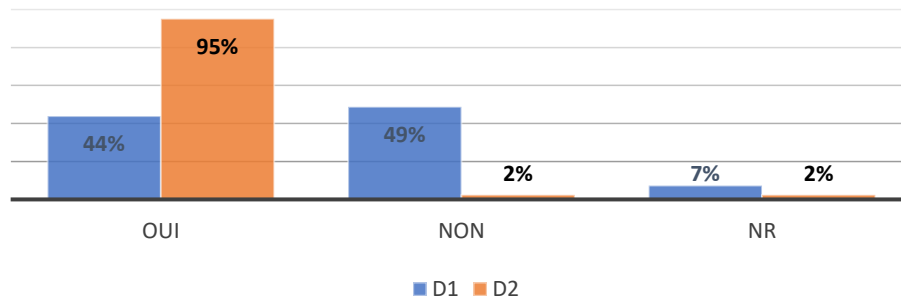


Figure 27 : Connaissance de la possibilité de mettre en place un PAI en cas de TOA en D1/D2 (%)

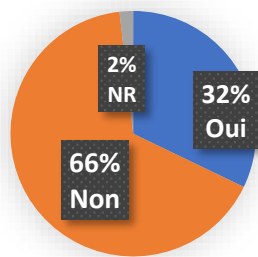


Figure 28 : « Êtes-vous confronté à des enfants bénéficiant d'un PAI pour des difficultés d'alimentation ? » Q18/D1 (%)

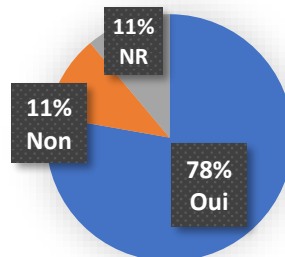


Figure 29 : « Si oui, trouvez-vous que cela aide l'enfant ? » Q18bis/D1 (%)

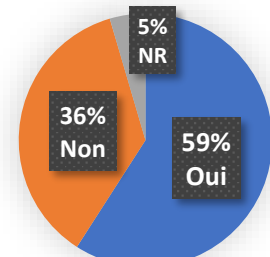


Figure 30 : « Si oui, trouvez-vous que le PAI vous aide dans votre pratique et votre compréhension du trouble ? » Q18ter/D1 (%)

Parmi les 32% de répondants étant confrontés à des enfants bénéficiant d'un PAI pour difficultés d'alimentation (cf. Figure 28), 78% trouvent que cela aide l'enfant (cf. Figure 29) et 59% estiment que cela les aide dans leur pratique et leur compréhension du trouble (cf. Figure 30).

La Figure 31 représente la fréquence des rencontres entre les proches de l'enfant et les professionnels.

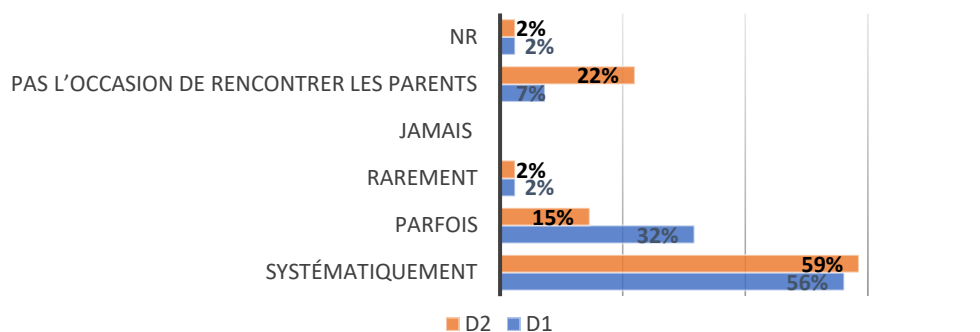


Figure 31: « Quand un enfant a des difficultés lors du repas, j'en parle aux parents / au référent » en D1/D2 (%)

Le pourcentage de personnes rencontrant systématiquement les parents lors de difficultés lors du repas a sensiblement peu évolué entre les deux diffusions. Cependant, on remarque une augmentation significative de réponse pour « pas l'occasion de rencontrer les parents » alors que l'échantillon est identique en D1 et D2. Plusieurs répondants ont précisé sur le questionnaire et lors des réunions qu'ils transmettraient à l'avenir les informations à l'enseignant pour transmission ensuite aux parents.

Pour 67% des répondants, le contact avec les parents n'a pas permis de mettre en place des adaptations (cf Figure 32). Cependant pour 25% cela a été utile, notamment pour mettre en place un PAI, adapter les repas avec les aliments tolérés par l'enfant ou encore les parents leur ont donné des conseils. Parmi eux, 100% estiment que cela améliore les conditions des repas : 50% que l'enfant mange plus, 75% trouvent que l'enfant a moins d'appréhensions et 92% que l'enfant a moins de réactions (pleurs, haut-le-cœur...).

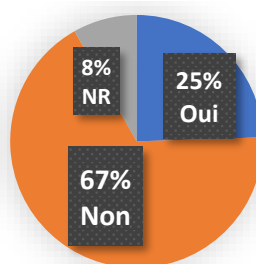


Figure 32 : « S'il vous est arrivé d'être en contact avec des parents : cela a-t-il permis de mettre en place des adaptations ? » Q20/D1 (%)

En D1, 93% des répondants affirmaient qu'ils seraient prêts à changer leurs habitudes (cf. Figure 33). Après, la réunion de sensibilisation 61% vont finalement changer leurs habitudes pour améliorer les repas (cf. Figure 34). On remarque que le taux de non-réponse a plus que doublé en D2.

Parmi les personnes souhaitant changer leurs habitudes, voici les réponses les plus citées à la question « si oui, comment ? » : prendre plus le temps, être plus à l'écoute,



adapter les couverts et la présentation, rendre le moment du repas ludique, veiller au calme et à la luminosité, faire fournir un repas par les parents, recruter un AESH pour l'enfant ayant un TOA, ne pas ordonner, faire goûter mais sans forcer, dialoguer avec l'enfant, les parents et avec l'équipe. On retrouve ici les points évoqués lors de notre réunion.

Parmi les personnes ayant coché « non », celles-ci ont précisé que certaines adaptations n'étaient pas envisageables à leur niveau et que les décisions sont prises plus haut dans la hiérarchie.

Le test exact de McNemar-Bowker a mis en évidence une différence significative entre D1 et D2 pour les réponses « oui » / « non » ( $p=0,003$ ). Il n'y a en revanche pas de différence significative pour les réponses « oui » et NR entre D1 et D2 ( $p=0,375$ ).

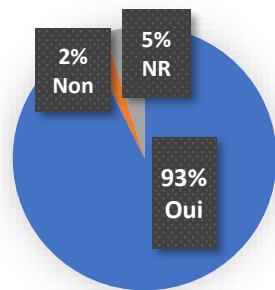


Figure 33 : « Seriez-vous prêt à changer à changer vos habitudes pour améliorer les repas (adaptations du service, des plats, de l'encadrement...) ? » Q21/D1 (%)

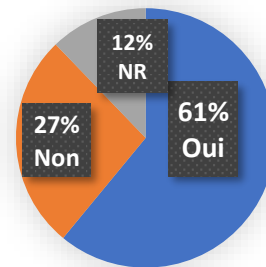


Figure 34 : « Allez-vous changer vos habitudes pour améliorer les repas ? » Q6/D2 (%)

Concernant les retours sur notre réunion de sensibilisation en D2, 98% des répondants ont trouvé que la présentation leur avait apporté des outils pour s'adapter face à un enfant porteur de TOA. 98% (soit  $n=40$ , 1 non-réponse) également pensent mettre en application les conseils donnés lors de cette réunion. 95% jugent que les professionnels de la restauration scolaire devraient recevoir une formation sur le TOA. Enfin, 98% (soit  $n=40$ , 1 non-réponse) ont affirmé que la présentation avait répondu à leurs attentes.

Afin de juger des futures pratiques des professionnels, nous avons proposé 2 cas pratiques dont voici les résultats Figure 35 et Figure 36.

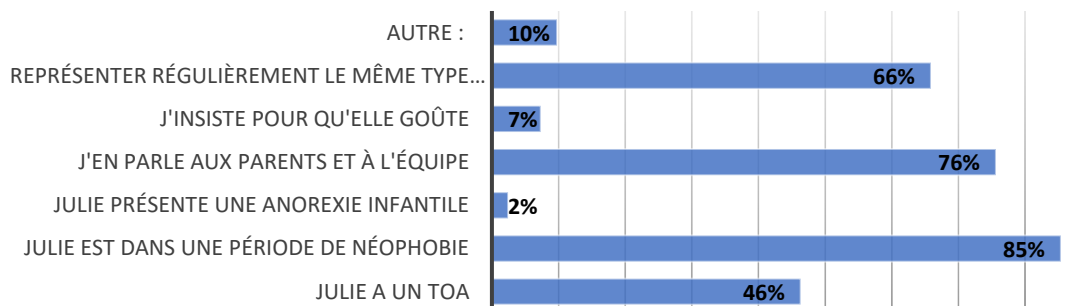


Figure 35 : Cas n°1 Julie néophobie alimentaire D2 (%)

Ici, le mode (réponse la plus donnée) correspond à une réponse correcte attendue (néophobie alimentaire). Les autres réponses les plus représentées sont également celles attendues : « représenter le même type d'aliments sans forcément demander d'y goûter » et « j'en parle aux parents et à l'équipe ». 44% des répondants ont donné les 3 réponses correctes attendues (réponse « autre » facultative).

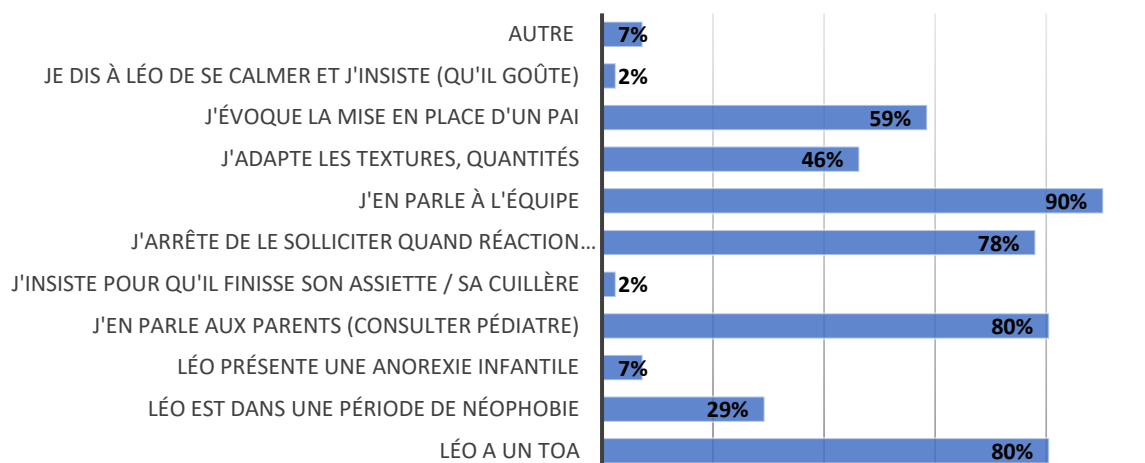


Figure 36 : Cas n°2 Léo TOA D2 (%)

Ici, le mode est également une réponse correcte attendue (« j'en parle à l'équipe ») ainsi que les réponses correctes « Léo a un TOA », « j'en parle aux parents / au référent (consulter un pédiatre) », « j'arrête de le solliciter quand il a une réaction sensorielle », « j'évoque la mise en place d'un PAI » et « j'adapte les textures et les quantités ». Cette dernière réponse est moins représentée. 32% ont donné les 6 réponses correctes attendues (réponse « autre » facultative) mais notons que 63% ont eu au moins 5 réponses correctes sur les 6.

En considérant 3 la meilleure note au cas n°1 et 6 la meilleure note au cas n°2, nous avons obtenu les résultats suivants :

Tableau 6 : Moyennes de réponses correctes et coefficients de variation aux cas pratiques

	Cas n°1	Cas n°2
Moyenne (réponses correctes)	2,3/3	4,5/6
Coefficient de variation par rapport à la moyenne	31%	33%

On remarque que pour les deux cas, les moyennes sont proches de la note maximale et que les valeurs sont peu dispersées autour de celles-ci (cf. Tableau 6).

# DISCUSSION

## **1. L'ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET PRATIQUES**

L'objectif était de recueillir les connaissances et les pratiques sur le TOA via un questionnaire afin d'établir un état des lieux de celles-ci.

### **1.1. Méthodes et matériels**

Pour obtenir notre population, nous avons effectué de nombreux déplacements dans les écoles et mairies, réalisé de nombreuses démarches afin d'avoir les autorisations de chaque mairie de secteur pour intervenir dans les restaurants scolaires. Avec les non-retours, les annulations de réunions avec les coordinateurs des restaurants scolaires, les écoles non joignables, il n'a pas été aisé de trouver les 6 écoles constituant notre population.

Nous avons ensuite élaboré les items du questionnaire dans un objectif de clarté de formulation des questions et des propositions de réponses. Dans cette optique, les sigles et termes complexes ont été explicités. La mise en page du questionnaire s'est voulue attractive et sur une page recto-verso afin d'inciter à un maximum de participation. Il y a eu pourtant des documents incomplets ou non remplis (formulaires de consentement, questionnaires) malgré la notice fournie et les explications. Cela a nécessité des retours dans les cantines.

Les modes de diffusion et de passation auto-administrée du questionnaire avec un retour directement après la passation ont permis d'obtenir un nombre satisfaisant de répondants (n=60) et de retours puisque tous les questionnaires ont finalement été restitués et remplis. Cela a permis de répondre directement aux questions des répondants. Néanmoins, cela n'a pas empêché des incompréhensions puisque 4 questionnaires ont été mal remplis avec des réponses incohérentes et donc non pris en compte.

Sachant que les professionnels disposaient de peu de temps à nous consacrer, nous avons opté pour des questions fermées majoritairement. Cependant, ce n'est pas sans limite : cela ne laisse pas transparaître toutes les réponses possibles et oriente les réponses. C'est pour cette raison que certaines réponses ont parfois été annotées par les répondants, des cases ajoutées voire plusieurs cases cochées lorsqu'une seule réponse était attendue. Les échelles d'opinion proposées peuvent elles aussi entraîner un biais puisqu'elles font appel à davantage de subjectivité, le répondant peut vouloir bien répondre par peur du jugement, même si ce n'est pas ce qu'il pratique dans les faits.

Quelques réponses ouvertes ont été tout de même proposées pour préciser ou justifier les réponses librement. En revanche, il a été difficile d'analyser et de regrouper

les réponses lors de l'analyse statistique. En effet, certaines réponses ouvertes peuvent être soumises à interprétation.

La numérotation avec les sous-questions a pu déstabiliser certains répondants qui ont répondu à ces sous-questions (notamment Q20 bis, 20 ter et 20 quater) alors qu'ils avaient répondu « non » à la question précédente et ne devaient donc pas y répondre. C'est pourquoi la Q20 ter aurait dû être formulée avec « si oui » car beaucoup de professionnels y ont répondu de manière générale.

Après notre première passation, il est apparu que certaines questions et réponses devaient être reformulées. Initialement, nous demandions « années d'études » et cet item n'était pas clair. En considérant que de nombreux répondants n'ont pas effectué d'études post-bac ou peuvent avoir suivi plusieurs formations professionnelles, nous l'avons reformulé en « dernier niveau d'études ». De même, à la Q13 « J'insiste pour que l'enfant goûte ce que je lui demande », nous avons ajouté la proposition de réponse « selon l'enfant » car de nombreux répondants avaient annoté leur questionnaire ou coché « oui » et « non ». Cela s'est avéré utile puisque 28% ont choisi cette réponse. Enfin, nous avons choisi de supprimer l'item « moyen » à la Q10 sur le niveau de connaissances car les répondants l'ayant coché avaient affirmé qu'ils ne connaissaient pas le TOA à la Q7. En dialoguant avec ces derniers, ils pensaient pouvoir réussir à gérer cette situation même sans connaître le trouble et les adaptations à mener mais que leur niveau de connaissances était insuffisant. Nous avons donc laissé deux choix afin d'avoir des réponses tranchées : « satisfaisant » ou « insuffisant ».

La Q3 portant sur le nombre d'élèves à charge lors du repas aurait nécessité une modification. En effet, la majorité a coché « plus de 15 » par personne. Plusieurs répondants nous ont fait part après la passation que cela pouvait être supérieur à 20, voire 25 élèves, et donc que l'échelle de réponse aurait dû être élargie.

**Par la diffusion de ce premier questionnaire, nous avons ainsi réalisé un état des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels de la restauration scolaire.**

## **1.2. Résultats**

- Profil des répondants

Nous pouvons affirmer que notre population rend compte de la diversité des professionnels rencontrés sur le terrain en restauration scolaire. Les répondants sont

majoritairement des animateurs BAFA qui désormais sont très présents sur le temps du repas comme nous l'avons vu dans notre partie méthodologique (cf. Paragraphe 1.1.3).

La plupart des répondants ont obtenu leur diplôme il y a moins de 10 ans. Nous pourrions donc nous attendre à avoir des professionnels ayant moins d'expérience mais aussi ayant plus de connaissances sur le TOA puisque la médiatisation de ce trouble est récente.

On constate un grand nombre de non-réponses (NR) aux questions portant sur les études car de nombreux répondants ont arrêté leur scolarité au collège, lycée ou au niveau bac et n'étaient donc pas concernés par ces questions.

Les formations initiales suivies par nos répondants sont très diverses. Pour celles majoritairement rencontrées et présentées dans notre partie population, aucune formation sur le TOA n'est dispensée. Il en est de même pour les animateurs BAFA qui constituent la majeure partie de notre échantillon et pour lesquels certains affirmaient être formés à l'animation mais pas sur l'alimentation et n'avoir « jamais entendu parler du TOA ». Seulement 2 répondants ont suivi une formation complémentaire sur les difficultés alimentaires. **Cela va donc en faveur de notre première hypothèse.**

- Analyse globale

Nous avons pu déterminer le niveau de connaissances des professionnels par cette analyse globale. **Le faible taux de réponses correctes indique que les professionnels de la restauration scolaire manquent de connaissances sur le TOA et que ces derniers peuvent avoir des conduites à risque telles que le forçage. Cela valide donc notre première hypothèse.**

L'analyse des réponses nous a ensuite permis de détailler les connaissances sur ce trouble, explorer les pratiques et les conditions des repas ainsi que les attentes de professionnels afin de cibler les points à aborder lors de notre sensibilisation.

- Synthèse de l'analyse des réponses

- Difficultés rencontrées lors des repas / conditions des repas :

L'environnement n'est pas jugé propice au repas notamment à cause du manque de temps et de personnel pour la pause méridienne, de l'environnement bruyant et du nombre conséquent d'enfants à gérer.

Des pleurs, cris et haut-le-cœur sont très fréquemment observés lors des repas. Des nausées et vomissements sont parfois constatés. Ces signes constituent des manifestations possibles d'un TOA.

- Information / formation TOA :

Le terme « TOA » n'est pas connu pour la plupart. La possession du BAFA ou l'âge n'a pas d'influence même si aucun répondant de plus de 58 ans ne connaît ce terme.

Que les répondants connaissent ou non le terme TOA, ils donnent la définition exacte mais pas toutes les manifestations de ce trouble. Ils affirment surtout qu'il s'agit d'un refus des goûts nouveaux. Des confusions ont lieu avec la néophobie alimentaire et le TCA (trouble du comportement alimentaire : anorexie, boulimie). Peu de lien est effectué avec l'oralité, la sensorialité et les aspects non alimentaires du trouble.

Ils jugent toutefois « insuffisant » leur niveau de connaissance sur le TOA.

- Attitude lors des repas :

33% des répondants affirment qu'ils ne savent pas réagir et 40% se sentent démunis lors d'un refus. 43% disent insister pour que l'enfant goûte sur leur demande et 28% disent le faire « selon l'enfant » c'est-à-dire si l'enfant est conciliant et accepte de manger en insistant. Les professionnels utilisent des stratégies (récompense, négociation, manger une petite quantité, approche ludique, etc) ou n'insistent pas. 20% réalisent du forçage en insistant pour que l'enfant finisse de manger. Le pourcentage de NR peut s'expliquer par une peur du jugement à ces questions qui laissent place à plus de subjectivité.

Les professionnels ont connaissance que le haut-le-cœur est une réaction sensorielle mais beaucoup pensent également que l'enfant ne veut pas manger, fait « la comédie » pour ne pas manger ou n'aime pas ce qui lui est présenté.

- Adaptations :

Le PAI dans le cadre d'un TOA n'est pas connu pour la moitié des professionnels. Notons que de nombreux répondants ont affirmé connaître la mise en place d'un PAI dans le cadre du TOA alors qu'ils ne connaissaient pas le terme « TOA ». Ces derniers connaissaient le PAI pour des difficultés alimentaires en général (dont allergies) ce qui signifie que le pourcentage de personnes ne connaissant pas sa mise en place pour un TOA est en réalité beaucoup plus élevé. Les questions 18, 18 bis et 18 ter ont mis en évidence l'utilité du PAI dans l'accompagnement de l'enfant présentant des difficultés alimentaires, pour la compréhension du trouble et dans la pratique professionnelle. Les NR à ces questions peuvent s'expliquer par la non connaissance du TOA. Notons que pour une même école, certains professionnels connaissaient le PAI et ses conditions

d'applications et d'autres non. C'est pourquoi il était nécessaire d'aborder la communication au sein de l'équipe lors de notre sensibilisation.

À propos des échanges avec les parents, au sein d'une même école, là aussi nous avons constaté une variabilité des réponses. Certains rencontrent systématiquement les parents et d'autres n'en ont jamais l'occasion. Cela peut s'expliquer par le statut du professionnel (titulaire, vacataire, étudiant) et par les horaires variables qui ne sont pas forcément sur le temps où les parents sont présents. Ces rencontres ont surtout lieu « systématiquement » ou « parfois » mais ne permettent pas de mettre en place des adaptations pour la plupart. Alors que la majorité des répondants sont prêts à changer leurs habitudes dans le but d'un meilleur accompagnement de l'enfant.

Si peu d'adaptations sont mises en place, nous pouvons en déduire que les professionnels manquent de moyens notamment pour communiquer au sein de l'équipe et avec les parents. Cependant, quand des échanges ont lieu avec les parents, ils s'avèrent très efficaces puisqu'ils améliorent les conditions des repas de l'enfant qui a moins d'appréhensions, moins de réactions (pleurs, haut-le-cœur) et mange davantage.

Nous avons donc cherché à proposer une réunion de sensibilisation pour répondre aux attentes formulées (définition du trouble, manifestations, conduites à tenir). Après analyse de ces réponses, il nous a paru essentiel d'insister sur ces points :

- L'environnement du repas (bruit, luminosité), matériel utilisé,
- Les conduites à tenir lors de manifestations sensorielles, comportementales ou oro-motrices,
- Les signes évocateurs et la prévalence du TOA,
- La différenciation avec le TCA, avec la néophobie alimentaire (comment la reconnaître et s'y adapter), d'un simple refus, de « caprices » pour ne pas manger,
- Définir l'oralité, l'implication de tous les sens, les manifestations sensorielles alimentaires (insister sur le haut-le-cœur) et non alimentaires,
- L'importance de proscrire le forçage, que faire en cas de refus ou difficulté alimentaire,
- Les adaptations possibles et le PAI ainsi que l'importance des échanges avec l'équipe et les parents.

- Remarques qualitatives

Beaucoup de professionnels font part de leur « frustration » de ne pas pouvoir consacrer plus de temps pour les repas, particulièrement aux enfants en difficultés. En



effet, ils sont soumis à des contraintes de temps et de nombre d'enfants à gérer (une vingtaine d'enfants par personne). Ils rencontrent également des contraintes matérielles : peu de personnel, peu d'espace ce qui nécessite de scinder en deux services mais diminue le temps de repas des enfants (30 à 45 min) et favorise le bruit. Au regard de l'importance de l'environnement pour les conditions de repas des enfants ayant un TOA et le fait que leur temps de repas est allongé, ces points importants sont à prendre en compte.

Le personnel affirme avoir beaucoup de responsabilités car les parents comptent sur eux et en attendent beaucoup : faire goûter des choses que l'enfant ne mange pas à la maison par exemple. Cela peut induire des conduites de forçage.

Enfin, après les questions posées, dans chaque école les répondants ont retrouvé des enfants ayant des manifestations citées mais tous ne bénéficiaient pas d'un diagnostic de TOA et/ou d'un PAI. Il est donc primordial de sensibiliser le personnel pour qu'il incite les parents à consulter des professionnels formés au TOA pour poser un diagnostic et mettre en place des adaptations. En effet, de nombreux enfants ont des difficultés qui peuvent être un TOA mais ceux-ci ne sont pas diagnostiqués par manque d'informations. Il peut alors être interprété à tort, qu'ils sont difficiles ou font des « caprices ».

## **2. LES ACTIONS DE SENSIBILISATION**

Les objectifs ici étaient de sensibiliser les professionnels de la restauration scolaire au TOA afin de leur apporter les connaissances nécessaires sur ce trouble et leur permettre d'adapter leurs pratiques pour un meilleur accompagnement et servir de relai si des difficultés sont constatées. Cela nous a également permis de juger de l'intérêt de réunions de sensibilisation menées par des orthophonistes formés au TOA auprès de ce public.

### **2.1. Méthodes et matériels**

Il fut difficile de trouver un créneau horaire pour notre réunion puisque de nombreuses professions intervenant sur des temps différents étaient concernées. Nous avons donc perdu 12 participants qui n'ont pas pu se rendre disponibles. De plus, même si cela était le plus pratique pour tous les professionnels, l'intervention au sein du restaurant scolaire n'a pas toujours été aisée puisque les enfants déjeunaient avant ou après celle-ci. Nous avons donc parfois été confrontés à des limites temporelles.

Conscients de cette contrainte, nous avons cherché à proposer une présentation la plus claire et la plus synthétique possible. Notre objectif étant de définir l'oralité, le TOA et donner des conseils et conduites à tenir en 30 minutes. Nous ne pouvions retenir les

professionnels davantage. Par conséquent, nous avons choisi de créer une plaquette informative afin de laisser une synthèse écrite de cette présentation à garder en mémoire, proposer des liens utiles sur un support pratique et pouvant éventuellement être transmis aux parents ou collègues non présents. Dans la même optique, nous avons fourni un corrigé du deuxième questionnaire.

De plus, nous devions nous adapter à notre population. Les connaissances de nos professionnels étaient variables puisqu'ils ont suivi des formations très diverses, exerçaient des métiers différents et avaient des attentes variables. Dans ce but, nous avons pu orienter notre contenu et adapter notre présentation grâce à l'état des lieux réalisé.

Le support de présentation Prezi a permis de capter l'attention des participants, a apporté de la clarté à nos propos et a été propice aux échanges. En effet, les professionnels sont régulièrement intervenus au cours des présentations.

La présentation a fait émerger de nombreuses questions, ce qui a donné lieu à des discussions enrichissantes. La co-animation (étudiante et orthophoniste) a permis de répondre à leurs interrogations. De plus, dans chaque école, les participants ont reconnu des enfants de leur restaurant scolaire à travers les manifestations évoquées. Du fait de ces interruptions, la contrainte temporelle de 30 minutes a donc été difficilement respectée mais cela n'a jamais occasionné de gêne pour les professionnels.

Initialement, nous souhaitions diffuser notre deuxième questionnaire quelques semaines voire quelques mois après la réunion de sensibilisation afin de poser exactement les mêmes questions et interroger les nouvelles pratiques sur le terrain au quotidien. Or, compte-tenu du fait que le personnel est très mobile et des délais impartis, il nous a paru difficile de réaliser cela sans une perte conséquente de participants. Nous avons donc opté pour un questionnaire le jour même de la réunion afin d'avoir exactement les mêmes répondants, en reformulant des questions au futur et en proposant des cas pratiques. Cela peut constituer un biais puisque les répondants sont interrogés immédiatement après la réunion et bénéficient donc d'un effet de récence quant aux informations transmises. De plus, rien ne garantit que ce qui a été répondu sera effectivement appliqué par la suite.

Pour notre corrigé, nous avons choisi de définir le TOA comme « trouble de l'alimentation qui peut avoir des manifestations sensorielles ou non dont l'apparition a lieu à une étape de l'alimentation » et « trouble dans lequel l'enfant refuse de goûter de nouveaux aliments » en précisant que cette dernière définition peut aussi s'appliquer à de la néophobie alimentaire. En effet, comme nous l'avons vu, l'inclusion ou non de cette définition dépend des auteurs. Sans consensus quant à la définition du TOA, il n'était pas

aisé d'en trouver une unique, acceptable pour tous. Cependant, dans le calcul du taux de réponse correcte, nous avons seulement considéré la première définition comme correcte.

À la question concernant la définition du haut-le-cœur, nous regrettons d'avoir induit les participants en erreur en notant « plusieurs réponses possibles » puisque la réponse attendue était uniquement « il a une réaction sensorielle (mécanisme de défense) ». En considérant cela et le fort taux de réponse à « il n'aime pas ce qui lui est présenté » qui n'est pas en soi une réponse fautive, nous aurions dû également cocher cette dernière dans notre corrigé.

## 2.2. Résultats

Certains répondants en D1 n'étaient pas présents à la réunion de sensibilisation et donc en D2. De même, des répondants en D2 n'étaient pas présents en D1. Enfin, les questionnaires en D1 où il était noté que le répondant ne connaissait pas le terme TOA mais que son niveau de connaissance était satisfaisant ont été annulés car jugés incohérents. C'est pour cela que notre population en D2 et pour appariement des réponses était de 41 personnes et non 60 (nombre total de questionnaires diffusés en D1).

- Analyse globale

Notons que pour le calcul des taux de réponse et taux de réponse correcte, des totaux et sous-totaux, nous n'avons tenu compte que des questions appariées nécessitant une ou des réponse(s) correcte(s) pour obtenir un taux d'évolution le plus fiable possible au regard du taux de réponse et une comparaison pré et post sensibilisation. Le taux de réponse proche de 100% en D2 nous conforte sur la fiabilité de nos résultats.

Les domaines ayant pu être appariés ont connu une forte progression, en particulier « adaptations » et « information / formation TOA », ce qui signifie que **les connaissances sur ce trouble et sur les moyens de s'y adapter ont été améliorées.**

- Synthèse de l'analyse des réponses

- Information / formation TOA :

La définition correcte du TOA a été davantage donnée et correspond au mode (réponse la plus donnée). Le fort taux de réponse pour l'item « refus » peut s'expliquer par le fait que les répondants sont fréquemment confrontés au refus et qu'ils différencient encore difficilement le TOA de la néophobie. L'item « douleurs en mangeant » a été davantage coché car selon eux, les difficultés oro-motrices peuvent engendrer des douleurs physiques, certains ont précisé qu'ils pensaient à des douleurs

d'origine psychique telles que la somatisation ce qui n'est en soi, pas incorrect. Notons que les participants ont été surpris de la prévalence importante du TOA.

Concernant les signes évocateurs, l'augmentation significative aux items concernant les gênes et réticences non alimentaires montre que les participants ont compris l'implication sensorielle dans le TOA. Les manifestations « temps de repas allongé » et « peu de plaisir à manger » ont été également davantage cochées. Le manque d'explorations orales ainsi que les enjeux de l'oralité ont été mieux cernés. La différence entre TOA et TCA a été comprise (baisse de 68% de réponse). Au cas pratique n°1, seulement 2% ont coché « anorexie infantile », 7% pour le cas n°2.

Au vu des résultats en D1 et D2 sur les items concernant la néophobie alimentaire, la formulation de « néophobie alimentaire (enfant sélectif, ne mange que certains aliments) » a pu être ambiguë puisque l'hypersélectivité est une manifestation du TOA. La différence n'a donc pas été bien comprise : 49% pensent que la néophobie est un signe évocateur du TOA et 66% définissent le TOA comme un « refus des goûts nouveaux » en D2. Idem pour les cas pratiques puisque 46% pensent qu'il s'agit d'un TOA pour le cas n°1, alors qu'il s'agit d'une néophobie et 29% pensent qu'il s'agit d'une néophobie pour le cas n°2, alors qu'il s'agit d'un TOA.

**La totalité des répondants a jugé que cette sensibilisation leur avait apporté les connaissances nécessaires pour comprendre le TOA.**

- Attitude lors des repas :

La définition exacte du haut-le-cœur a été davantage donnée même si de nombreux répondants pensent encore que l'enfant « n'aime pas ce qui lui est présenté ».

« Quand un enfant refusera de s'alimenter », les répondants auront moins recours au forçage et proposeront des stratégies ludiques, d'écoute et de dialogue avec l'enfant, en allant à son rythme et en adaptant les couverts et l'environnement.

Nous avons déconstruit l'idée répandue qu'un « enfant ne se laissera jamais mourir de faim » et il s'est avéré que la majorité des participants pensaient que cela pouvait être le cas et l'ont parfois appris de leur pédiatre/médecin de famille. Ceci peut s'expliquer par la récence des recherches et découvertes sur le TOA et le manque de connaissances de beaucoup de professionnels sur ce trouble.

- Adaptations :

La possibilité de mettre en place un PAI a été très bien comprise. À ce sujet, les participants ont évoqué dans une école que l'option où le parent fournit le repas pouvait

être difficilement mise en place vis-à-vis du respect des normes d'hygiène, de contrôle de température des aliments et l'engagement de la responsabilité du restaurant scolaire en cas de problème. De même, que certaines familles n'auraient pas forcément les moyens financiers ou le temps pour s'autoriser cela.

Le contact avec les parents ne permettait pas dans la plupart des cas, de mettre en place des adaptations en D1. Grâce à notre intervention, la quasi-totalité des répondants a coché « j'en parle aux parents / à l'équipe » aux cas pratiques, ce qui prouve qu'ils ont noté l'importance des transmissions à l'équipe et aux parents. Les répondants ont davantage coché « pas l'occasion de rencontrer les parents/référent » en précisant qu'ils informeraient l'enseignant s'ils repéraient des difficultés. Certains ont indiqué préférer cela car selon eux, les enseignants sont davantage écoutés et rencontrent plus souvent les parents. Il a été stipulé que la demande d'AESH était compliquée administrativement car un dossier à la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) est nécessaire. S'est donc soulevée la question de savoir si le TOA y était éligible.

On note une différence de réponses entre « seriez-vous prêt à changer vos habitudes ? » (D1) et « allez-vous changer vos habitudes ? » (D2) : 93% en D1 contre 61% en D2, ce que le test de McNemar-Bowker confirme. Ceci s'explique par le fait que certaines recommandations évoquées lors de la réunion sont déjà appliquées ou alors pas forcément applicables à leur niveau et nécessiteraient des aménagements plus importants décidés en amont par la municipalité. En outre, en D2 la question était complétée par une sous-question qui demandait une justification (« si oui, comment ? »). Néanmoins, 98% pensent mettre en application les conseils donnés lors de cette réunion et affirment changer leurs habitudes dans le sens des recommandations données, ce qui est donc très positif.

- Cas pratiques :

Pour les deux cas pratiques, les réponses les plus données étaient les réponses attendues, ce qui montre de nouveau que notre sensibilisation a été bénéfique.

Pour le cas n°1, les répondants ont bien répondu quant au trouble dont il s'agissait et quant aux conduites à tenir en cas de néophobie alimentaire.

Pour le cas n°2, « j'adapte les textures et les quantités » était moins représenté car cela n'est pas forcément possible, les restaurants ne disposent pas tous de mixeurs par exemple et la cuisine centrale fournit les plats. Beaucoup de réponses étaient attendues ici, cela peut expliquer le taux de réponse correcte moins élevé. Cependant, les analyses

statistiques montrent que les réponses sont proches de la note maximale. Seulement 2% ont répondu « je dis à Léo de se calmer et j'insiste pour qu'il goûte » ou « j'insiste pour qu'il finisse son assiette / sa cuillère » ce qui montre une intention de ne pas forcer.

10% des répondants ont formulé des remarques : la majorité a exprimé des remerciements, que la présentation était claire, instructive et intéressante. Certains ont précisé qu'ils avaient apprécié les conseils quant aux conduites à tenir, la différence entre TOA et néophobie, le point sur l'hyper et l'hyposensibilité. Il a également été mentionné que la formation sur le TOA était nécessaire.

- Remarques qualitatives :

Pour les participants, cette étude aura été une véritable découverte d'une compétence de l'orthophonie qui était méconnue, au même titre que le TOA.

Dans chaque école, des enfants ont été reconnus dans les signes exposés. Cela a donné lieu à des échanges et l'intérêt des participants a été présent. Ces derniers ont demandé des plaquettes informatives supplémentaires pour leurs collègues non présents, pour leur hiérarchie ou pour affichage dans l'école. De même, il nous a été demandé des contacts de réseaux de professionnels formés au TOA pour animer des réunions pour tous les coordinateurs et jeunes animateurs à plus grande échelle. Les participants sont désireux de changer leurs pratiques dans l'intérêt de l'enfant.

**Au vu de l'augmentation générale du taux de réponses correctes en D2, nous pouvons affirmer que notre réunion de sensibilisation a eu un impact sur les connaissances des professionnels de la restauration scolaire ainsi que sur la prévention des conduites à risque telles que le forçage. Notre deuxième hypothèse est donc également validée.**

Un précédent mémoire en orthophonie concernant les connaissances des professionnels de la restauration scolaire sur le TOA et sur l'intérêt de les sensibiliser a déjà été menée et corréle les résultats que nous avons obtenus (Queste, 2019). Notre étude est originale car aucune sensibilisation n'avait, à ce jour, été effectuée. Ces résultats montrent qu'il y a tout intérêt à réaliser des interventions de ce type auprès de ce public. De plus, aucune plaquette informative n'avait été réalisée spécifiquement pour ces professionnels.

# CONCLUSION

Les développements des comportements alimentaires et de l'oralité se construisent dès la vie fœtale et tout au long de l'évolution de l'enfant au travers des interactions avec son environnement et des expériences sensorielles qu'il va réaliser. Lorsque cette harmonie sensorielle est perturbée et occasionne des difficultés à s'alimenter, on parle alors de trouble de l'oralité alimentaire. L'alimentation n'est donc plus un moment de plaisir, de partage et de découvertes et peut avoir des conséquences sur tout le développement s'il n'est pas diagnostiqué et pris en soin précocement. Les personnes accompagnant le repas de l'enfant peuvent alors, sans le savoir et par méconnaissance du trouble, avoir des comportements inappropriés en réponse aux réactions de celui-ci, ce qui peut majorer les difficultés.

Notre étude a mis en évidence que les professionnels de la restauration scolaire n'ont pas les connaissances suffisantes pour accompagner les enfants porteurs de TOA et peuvent parfois avoir recours à des pratiques inadaptées telles que le forçage.

Grâce à nos réunions de sensibilisation, les professionnels ont acquis les savoirs nécessaires pour encadrer les enfants présentant un TOA sur le temps de repas. Ils ont davantage connaissance des adaptations à proposer et ont perçu l'importance de leur rôle pour transmettre les difficultés aux parents et les orienter vers un professionnel de santé. Ces actions ont été riches d'échanges et ont suscité un vif intérêt des participants qui sont demandeurs d'interventions similaires à une plus large échelle (via des formations complémentaires voire dans leur formation initiale). Cela se justifie d'autant plus que de nombreux participants ont fait du lien entre le profil de certains enfants dont ils s'occupent et les éléments cliniques détaillés dans notre présentation.

Notre étude rentre ainsi dans le cadre de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 de l'Etat avec « le repérage et la prise en charge précoce des troubles sensoriels, des troubles du langage et des troubles du comportement et autres troubles du neuro-développement ».

Il pourrait être envisageable de mener une étude similaire sur une plus large population et éventuellement, de diffuser un questionnaire sur les pratiques plusieurs semaines après les réunions pour mieux jauger l'impact des interventions. De même, il serait intéressant d'inclure ces réunions dans les formations initiales des encadrants de la restauration scolaire et d'en évaluer les répercussions sur l'accompagnement des enfants présentant un TOA. Ces possibilités peuvent aussi être confrontées au ressenti des parents sur l'évolution de leur enfant depuis que celui-ci est accompagné sur sa pause déjeuner par un professionnel ayant connaissance du TOA par exemple.



# RÉFÉRENCES

- 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.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arvedson, J. C. et Brodsky, L. (2002). *Pediatric swallowing and feeding: Assessment and management* (2<sup>e</sup> éd.). San Diego, CA : Singular Publishing.
- Ayres, A. J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles : Western Psychological Services.
- Babbitt, R., Hoch, T., Coe, D., Cataldo, M., Kelly, K., Stackhouse, C.,... Jay A. (1994). Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 278–291. Récupéré de [http://journals.lww.com/jrnldb/Abstract/1994/08000/Behavioral\\_Assessment\\_and\\_Treatment\\_of\\_Pediatric.11.aspx](http://journals.lww.com/jrnldb/Abstract/1994/08000/Behavioral_Assessment_and_Treatment_of_Pediatric.11.aspx).
- Bandelier, E. (2015). *Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant : piste de prise en charge*. Isbergues : OrthoEdition
- Bandini, L., Anderson, S., Curtin, C., Cermak, S., Evans, E.W., Scampini, R.,... Must, A. (2010). Food Selectivity in Children with Autism Spectrum Disorders and Typically Developing Children, *The Journal of Pediatrics*, 157(2), 259-264.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.02.013>.
- Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*, 39(1), 143-149. <https://doi.org/10.3917/cont.039.0143>
- Berlin, K. S., Davies, W. H., Lobato, D. J. et Silverman, A. H. (2009). A Biopsychosocial Model of Normative and Problematic Pediatric Feeding. *Children's Health Care*, 38(4), 263-282. <https://doi.org/10.1080/02739610903235984>

- Bernad, C., Delort, C., Dupuy, A., Schwartz, C., Nicklaus, S. et Tournier, C. (2018). Diversification alimentaire du jeune enfant : Étude qualitative des freins et motivations liés aux pratiques parentales. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 32(4), 317. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2018.09.180>
- Bowlby, J. (1999). *Attachment and loss* (2<sup>e</sup> éd.). New York : Basic Books.
- Bruns, D. A. et Thompson, S. D. (2012). *Feeding Challenges in Young Children : Strategies and specialized interventions for success*. Baltimore, Maryland : Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
- Cascales, T., Olives, J.-P., Bergeron, M., Chatagner, A. et Raynaud, J.-P. (2014). Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson : Classification, sémiologie et diagnostic. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172(9), 700-707. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.08.013>
- Celton, G., Flurin, V., Renesme, L., Lamireau, T., Enaud, R. et Clouzeau, H. (2018). Devenir des enfants suivis pour trouble de l'oralité : Aspects comportementaux et nutritionnels. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 32(4), 315.  
<https://doi.org/10.1016/j.nupar.2018.09.176>
- Chatoor, I., et Begtrup, R. (2018). Evolution From Feeding Disorders to Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. Dans D. Driver, S. S. Thomas (dir.), *Complex Disorders in Pediatric Psychiatry* (chap. 6, p. 63-76).  
<https://doi.org/10.1016/B978-0-323-51147-6.00006-5>
- Coquet, F. (2017). Retard et trouble du langage oral... Si on en parlait en termes d'oralité(s) ? *Rééducation orthophonique : Les oralités*, 271, 67-91.
- Corvaglia, L. et Martini, S. (2015). Feeding difficulties during the neonatal period. *Italian Journal of Pediatrics*, 41. <https://doi.org/10.1186/1824-7288-41-S2-A21>
- 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.

- Couly, G. (2017). L'oralité fœtale, fondement du langage. *Rééducation orthophonique : Les oralités*, 271, 13-27.
- Crunelle, D. (2004). Les troubles de déglutition et d'alimentation de l'enfant cérébrolésé. *Rééducation orthophonique : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*, 220, 85-92.
- Czernichow, S., et Martin, A. (2001). *Nutrition et restauration scolaire, de la maternelle au lycée : état des lieux* (Rapport Afssa juin 2001). Repéré à <https://www.anses.fr/fr/system/files/PASER-Ra-Restoscolaire2000.pdf>
- Edwards, S., Davis, A.M., Ernst, L., Sitzmann, B., Bruce, A., Keeler, D.,...Hyman, P. (2015). Interdisciplinary Strategies for Treating Oral Aversions in Children. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 39, 899-909. <https://doi.org/10.1177/0148607115609311>
- Field, D., Garland, M. et Williams, K. (2003). Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 39, 299–304. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2003.00151.x>
- Fernand, J. K., Saksena, K., Penrod, B. et Fryling, M.J. (2017). Feeding Disorders. Dans J. L. Matson (dir.), *Handbook of Childhood Psychopathology and Developmental Disabilities Treatment* (p. 367-391). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-71210-9\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-319-71210-9_21)
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Gallimard.
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman. A., Lukens C.T., Dodrill, P., Cohen, S.S,... Phalen, J.A. (2019). Pediatric Feeding Disorder : Consensus Definition and Conceptual Framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(1), 124-129. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
- Golse, B. et Guinot, M. (2004). La bouche et l'oralité. *Rééducation orthophonique : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*, 220, 25-32.

- Gordon-Pomares, C. (2004). La neurobiologie du trouble de l'oralité alimentaire. *Rééducation orthophonique : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*, 220, 17-24.
- Gosselin, J. et Amiel-Tison, C. (2007). *Évaluation neurologique de la naissance à 6 ans* (2<sup>e</sup> édition). Montréal : Editions du CHU Sainte-Justine.
- Grevesse, P. et Hermans, D. (2017). Évaluation de la sensorialité orale et des conduites alimentaires du jeune enfant. *Rééducation orthophonique : les oralités*, 271, 125-149.
- Haddad, M. (2017). Oralité et Prématurité. *Rééducation orthophonique : Les oralités*, 271, 107-124.
- Haddad, M. (2007). La prise en charge orthophonique du bébé prématuré en néonatalogie, *Ortho-magazine*, 68, 33-37.
- Hvelplund, C., Hansen, B. M., Koch, S.V., Andersson, M. et Skovgaard, A.M. (2016). Perinatal Risk Factors for Feeding and Eating Disorders in Children Aged 0 to 3 Years. *PEDIATRICS*, 137(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2575>
- Kerlan. (2017). Éthique et oralité : On ne parle pas la bouche pleine ! *Rééducation orthophonique : Les oralités*, 271, 93-105.
- Kerzner, B., Milano, K., MacLean, W.C., Berall, G., Stuart, S. et Chatoor, I. (2015). A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *PEDIATRICS*, 135(2), 344-353. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
- Kozlowski, A. M., Taylor, T., González, M. L. et Girolami, P.A. (2015). Feeding Disorders. Dans J. L. Matson et M. L. Matson (dir.), *Comorbid Conditions in Individuals with Intellectual Disabilities* (p. 109-143). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-15437-4\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-319-15437-4_5)
- Leblanc, V. (2014). Évaluation des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, 21(5), 32. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(14\)71448-4](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(14)71448-4)

- Leblanc, V. et Ruffier-Bourdet, M. (2009). Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel. *Spirale*, 51(3), 47-54. <https://doi.org/10.3917/spi.051.0047>
- Lecoufle, A. et Lesecq-Lambre, E. (2016). Les troubles de l'oralité alimentaire et l'orthophonie. *L'Orthophoniste*, 364, 19-26.
- Levavasseur, E. (2017). Prise en charge précoce des difficultés alimentaires chez l'enfant dit « tout-venant » ou « vulnérable ». *Rééducation orthophonique : Les oralités*, 271, 151-169.
- Linscheid, T. R., Budd, K. S. et Rasnake, L. K. (1995). Pediatric feeding disorders. Dans M. C. Roberts (dir.), *Handbook of pediatric psychology* (p. 501–515). New York: Guilford.
- Manikam, R. et Perman, J. A. (2000). Pediatric feeding disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 30(1), 34-46. <https://doi.org/10.1097/00004836-200001000-00007>
- Mercier, A. (2004). La nutrition entérale ou l'oralité troublée. *Rééducation orthophonique : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*, 220, 33-45.
- Ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2003). *Bulletin officiel 2003 : enfants et adolescents atteints de troubles de la santé* (encart n°34 du 18 septembre 2003). Repéré à <http://www.education.gouv.fr/bo/2003/34/MENE0300417C.htm>
- Ministère de la Santé. (2002). *Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste*. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000413069>
- Ministère de la Santé. (2017). *Stratégie nationale de santé 2018-2022* (p. 39). Repéré à <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

- Morris, N., Knight, R. M., Bruni, T., Sayers, L. et Drayton, A. (2017). Feeding Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 571-586. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.02.011>
- Nicklaus, S. (2011). Mise en place du comportement alimentaire dans les premières années de vie. *L'Education au goût des jeunes*, 3.
- Nicklaus, S. (2015a). *Quand et comment se forment les préférences alimentaires chez l'enfant ? : Résultats de l'étude OPALINE*, 39.
- Nicklaus, S. (2015b). The role of food experiences during early childhood in food pleasure learning. *Appetite*, 104, 3-9. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.08.022>
- Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *Classification Internationale des Maladies, des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement* (10<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Masson.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Picaud J.-C. (2016). Troubles de l'oralité. Dans P.H., Jarreau, O., Baud, C., Casper, (dir.), *Réanimation et Soins Intensifs en Néonatalogie* (chap. 59, p. 365-369). <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-73997-2.00059-6>
- Puech, M. et Vergeau, D. (2004). Dysoralité du refus à l'envie. *Rééducation orthophonique : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*, 220, 123-137.
- Queste, M. (2019). *Évaluation de la gêne occasionnée lors des repas à la cantine pour les enfants ayant des troubles de l'oralité alimentaire* (mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste non publié). Université de Lille, France.
- Ramsay, M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. *Devenir*, 13(2), 11-28.

- Rigal, N. (2004). La construction du goût chez l'enfant. *Rééducation orthophonique : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*, 220, 11-15.
- Rigal, N. (2010). Diversification alimentaire et construction du goût. *Archives de Pédiatrie*, 17. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(10\)70929-5](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(10)70929-5)
- Rigal, N. (2000). *La naissance du goût : Comment donner aux enfants le plaisir de manger*. Agnès Vienot Editions.
- Schaal, B. (2009). L'enfant face aux aliments : D'avant-goûts en préférences en programmations. *Archives de pédiatrie* 16(6), 535-536.
- Schaal, B., Allam, M. D.-E. et Soussignan, R. (2008). Emprises maternelles sur les goûts et les dégoûts de l'enfant : Mécanismes et paradoxes. *Enfance*, 60(3), 219-230.
- Senez, C. (2002). Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition. Dans *Les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Marseille : Solal.
- Senez, C. (2004). Hyper nauséux et troubles de l'oralité chez l'enfant. *Rééducation orthophonique : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*, 220, 93-105.
- Service Public : site officiel de l'administration française (2017). *Qu'est-ce qu'un projet d'accueil individualisé (PAI) ?* Repéré à <https://www.servicepublic.fr/particuliers/vosdroits/F21392>
- Sharp, W, Volkert, V., Scahill, L., McCracken, C. et McElhanon, B. (2017). A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders : How Standard Is the Standard of Care ? *The Journal of Pediatrics*, 181, 116 - 124.
- Shore, B. et Piazza, C. (1997). Pediatric feeding disorders. Dans E. Konarski et J. Favell (dir.), *Manual for the assessment and treatment of the behavior disorder of people with mental retardation* (p. 65–89). New York: The Guilford Press.
- Thibault, C. (2004). Editorial. *Rééducation orthophonique : Les oralités*, 220, 5-9.



- Thibault, C. (2007). *Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Thibault, C. (2008). Les enjeux de l'oralité. *Rééducation orthophonique : Les désordres phono-articulatoires chez l'enfant et l'adulte*, 233, 61-64.
- Tounian, P., Javalet, M. et Sarrio, F. (2017). Diversification de l'alimentation. Dans P. Tounian, M. Javalet, et F. Sarrio (dir.), *Alimentation de L'enfant de 0 à 3 Ans* (3<sup>e</sup> éd.) (p. 43-68). <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74853-0.00003-X>
- Williams, K. E., Field, D. G. et Seiverling, L. (2010). Food refusal in children: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 625–633. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.01.001>
- Zero to Three Organization. (2016). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood* (5<sup>e</sup> éd.).

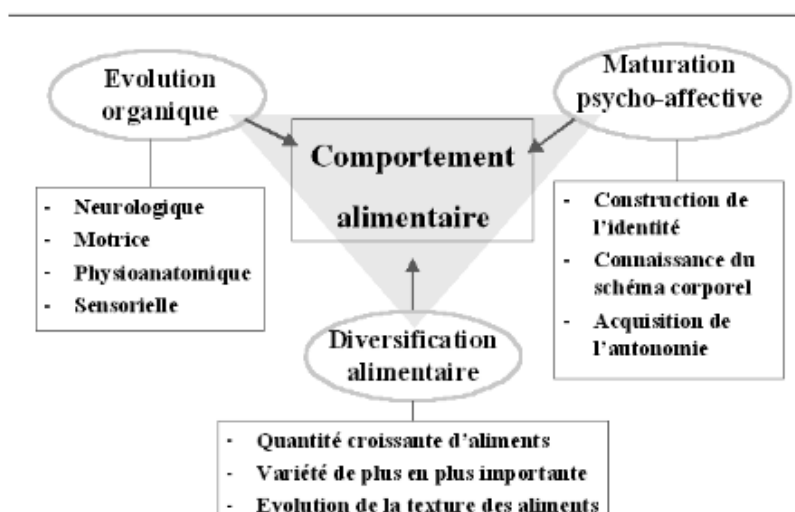
# ANNEXES

# SOMMAIRE DES ANNEXES

<u>Annexe n°1</u> : Le comportement alimentaire (Puech et Vergeau, 2004).....	82
<u>Annexe n°2</u> : Critères diagnostic pour le « Pediatric Feeding Disorder » (Goday et al., 2019)...	82
<u>Annexe n°3</u> : Facteurs influençant le développement d'un TOA (Morris et al. 2017).....	83
<u>Annexe n°4</u> : Tableau synthétique du référentiel de formation des ATSEM ou ASEM.....	83
<u>Annexe n°5</u> : Tableau synthétique du référentiel de formation des ATR.....	84
<u>Annexe n°6</u> : Tableau synthétique du référentiel de formation des animateurs BAFA/BAFD...	85
<u>Annexe n°7</u> : Tableau synthétique du statut du coordinateur en fonction du nombre de rationnaires.....	85
<u>Annexe n°8</u> : Formulaire d'information et de consentement.....	86
<u>Annexe n°9</u> : Convention pour recueil de données.....	88
<u>Annexe n°10</u> : Notice.....	91
<u>Annexe n°11</u> : Questionnaire 1.....	92
<u>Annexe n°12</u> : Présentation PREZI.....	94
<u>Annexe n°13</u> : Questionnaire 2.....	106
<u>Annexe n°14</u> : Corrigé du questionnaire 2.....	108
<u>Annexe n°15</u> : Plaquette.....	109

**Annexe n°1 : Le comportement alimentaire (Puech et Vergeau, 2004)**

**LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE**



**Annexe n°2 : Critères diagnostic pour le « Pediatric Feeding Disorder » (Goday et al., 2019)**

**TABLE 1. Proposed diagnostic criteria for pediatric feeding disorder**

- A. A disturbance in oral intake of nutrients, inappropriate for age, lasting at least 2 weeks and associated with 1 or more of the following:
1. Medical dysfunction, as evidenced by any of the following\*:
    - a. Cardiorespiratory compromise during oral feeding
    - b. Aspiration or recurrent aspiration pneumonitis
  2. Nutritional dysfunction, as evidenced by any of the following†:
    - a. Malnutrition
    - b. Specific nutrient deficiency or significantly restricted intake of one or more nutrients resulting from decreased dietary diversity
    - c. Reliance on enteral feeds or oral supplements to sustain nutrition and/or hydration
  3. Feeding skill dysfunction, as evidenced by any of the following‡:
    - a. Need for texture modification of liquid or food
    - b. Use of modified feeding position or equipment
    - c. Use of modified feeding strategies
  4. Psychosocial dysfunction, as evidenced by any of the following§:
    - a. Active or passive avoidance behaviors by child when feeding or being fed
    - b. Inappropriate caregiver management of child's feeding and/or nutrition needs
    - c. Disruption of social functioning within a feeding context
    - d. Disruption of caregiver-child relationship associated with feeding
- B. Absence of the cognitive processes consistent with eating disorders and pattern of oral intake is not due to a lack of food or congruent with cultural norms.

The following International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) categories apply to each of the criteria above and can be used to describe the functional profile of affected patients.

\*Medical dysfunction: impaired functions of the cardiovascular and respiratory systems.

†Nutritional dysfunction: any impaired body functions and structures, environmental factors (products and substances for personal consumption).

‡Feeding skill dysfunction: limitations in activities/participation related to eating.

§Psychosocial dysfunction: limitations in activities/participation related to interpersonal interactions and relationships.

### Annexe n°3 : Facteurs influençant le développement d'un TOA (Morris et al. 2017)

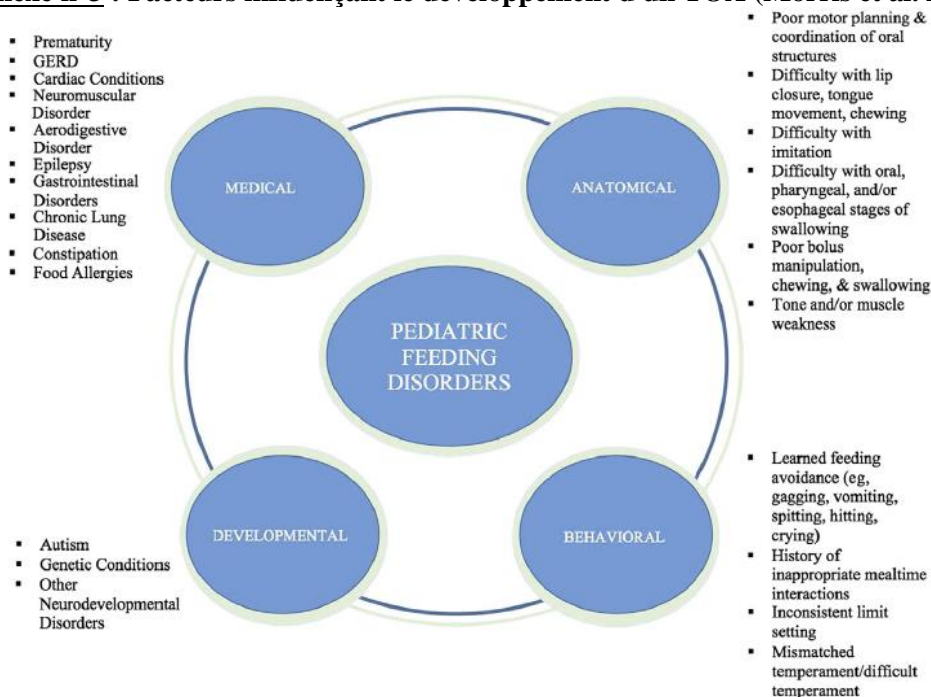


Fig. 1. Factors influencing the development of pediatric feeding disorders. GERD, gastro-esophageal reflux disease.

### Annexe n°4 : Tableau synthétique du référentiel de formation des ATSEM ou ASEM

Diplôme	Autorité et texte(s) de référence	Compétences	Connaissances
<p>CAP Accompagnement Educatif Petite Enfance <u>ou</u> Diplôme équivalent <u>ou</u> expérience préalable</p> <p><u>Puis</u> concours de la Fonction Publique (externe, interne, troisième concours)</p> <p>+ Formation HACCP</p>	<p>Ministère de la Fonction Publique</p> <p>Décret n° 2018-152 du 1er mars 2018 portant diverses dispositions statutaires relatives aux agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles modifiant le décret n°92-850 du 28 août 1992</p>	<p>Accueil des enfants et des parents</p> <p>Accompagnement des activités sous la responsabilité de l'enseignant</p> <p>Nettoyage des locaux, des lieux communs, des sanitaires</p> <p>Gestion des stocks et contrôle des livraisons</p> <p>Mise en chauffe (réchauffage des repas)</p> <p>Service à table</p> <p>Entretien de l'office et salle à manger</p> <p>Change et habillage de l'enfant</p>	<p>Les collectivités locales / le service public</p> <p>Les règles d'hygiène, de sécurité</p> <p>La vie de l'enfant</p> <p>Les différentes cultures</p>

**Annexe n°5 : Tableau synthétique du référentiel de formation des ATR**

Diplôme	Autorité et texte(s) de référence	Compétences /Connaissances
<p align="center">CAP / Brevet d'Etudes Professionnelles (BEP) Cuisine, Employé Technique de Collectivité (ETC) ou Agent Polyvalent de Restauration (APR) ou équivalent  +  Formation HACCP</p>	<p align="center">Ministère de la Fonction Publique  Arrêté du 11 avril 2016 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2003 modifié relatif au titre professionnel d'agent de restauration  Arrêté du 22 juillet 1999 portant sur la création du certificat d'aptitude professionnelle d'agent polyvalent de restauration</p>	<p align="center">Aider à la réalisation des techniques culinaires de base dans le respect des règles d'hygiène  Assurer le service des repas dans le respect des règles d'hygiène  Appliquer les procédures d'entretien du plan de nettoyage et de désinfection  Avoir une attitude d'accompagnement auprès des convives  Connaître les gestes de première urgence  Appliquer les consignes du projet d'accueil individualisé</p>

**Annexe n°6 : Tableau synthétique du référentiel de formation des animateurs BAFA/BAFD**

Diplôme	Autorité et texte(s) de référence	Compétences /Connaissances
<p>Brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur (BAFA) ou Brevet d'aptitude aux fonctions de directeur (BAFD)</p> <p>Session de formation générale pour acquérir les notions de bases pour assurer les fonctions d'animation (8 jours minimum)</p> <p>Stage pratique pour mettre en œuvre des acquis et l'expérimentation (14 jours minimum)</p> <p>Session d'approfondissement (6 jours minimum) ou de qualification (8 jours minimum) pour approfondir, compléter, analyser les acquis et besoins de formation.</p> <p>+ Qualification complémentaire si besoin</p>	<p>Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse et Ministère de la Fonction Publique (employés des collectivités territoriales)</p> <p>Décret n° 2015-872 du 15 juillet 2015 relatif aux brevets d'aptitude aux fonctions d'animateur et de directeur en accueils collectifs de mineurs</p> <p>Arrêté du 15 juillet 2015 relatif aux brevets d'aptitude aux fonctions d'animateur et de directeur en accueils collectifs de mineurs</p> <p>Arrêté du 9 février 2007 fixant les titres et diplômes permettant d'exercer les fonctions d'animation et de direction en séjours de vacances, en accueils sans hébergement et en accueils de scoutisme</p>	<p>Assurer la sécurité physique et morale des mineurs</p> <p>Participer à l'accueil, à la communication et au développement des relations entre les différents acteurs</p> <p>Participer, au sein d'une équipe, à la mise en œuvre d'un projet pédagogique en cohérence avec le projet éducatif dans le respect du cadre réglementaire des accueils collectifs de mineurs</p> <p>Encadrer et animer la vie quotidienne et les activités</p> <p>Accompagner les mineurs dans la réalisation de leurs projets</p> <p>Modules possibles en formation continue pour les organisateurs d'accueil collectif de mineurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaître la réglementation en accueils de loisirs,</li> <li>- Conduire un projet pédagogique,</li> <li>- Gérer une équipe,</li> <li>- Animer la petite enfance,</li> <li>- Animer l'accueil périscolaire,</li> <li>- Animer les temps de repas,</li> <li>- Animer et mener des activités,</li> <li>- Gérer l'agressivité et le stress,</li> <li>- Développer des relations de qualité avec les enfants, etc..</li> </ul>

**Annexe n°7 : Tableau synthétique du statut du coordinateur en fonction du nombre de rationnaires**

Statut du coordinateur	Nombre de rationnaires
<u>Directeur adjoint</u> du centre de loisir ou <u>directeur</u>	<u>En priorité</u> pour tous les satellites et pour les satellites de 80 rationnaires et +
Animateur en formation BAFA	40 à 80
Animateur BAFA	Moins de 40

## Annexe n°8 : Formulaire d'information et de consentement



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



**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... ? (Cacher la bonne réponse)

- OUI  NON

Acceptez-vous que vos photographies ou enregistrements destinés aux professionnels de santé soient diffusés par supports multimédia (DVD) et accessibles sur les sites du DUEFO et de l'UPJV ? (Cacher 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...). (Cacher 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 à ..... le.....

(En 2 exemplaires)

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

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

## Annexe n°9 : Convention pour recueil de données



Convention pour recueil de données dans le cadre du mémoire de recherche  
Année scolaire : 201.../201...  
Lieu : entreprise (privée ou publique) ou association ou établissement public –  
Sur le territoire français

Une convention est passée entre

L'organisme d'accueil

**Nom** : .....

**Adresse** : .....

**CP** : ..... **Ville** : .....

**Tél** : ..... **Fax** : .....

**Email** : .....@.....

**Représenté par (nom du signataire de la convention)** : .....

**Qualité du représentant** : .....

Désigné ci-après par « L'organisme d'accueil ».

De première part,

ET

Le Président de l'Université de Picardie Jules Verne à Amiens

De deuxième part,

*Article 1 : Objet de la convention*

La présente convention précise les engagements et les responsabilités respectives de l'établissement d'enseignement supérieur, de l'organisme d'accueil et de l'étudiant(e) lors de la tâche effectuée par l'étudiant(e) dans l'organisme d'accueil.

*Article 2 : Objectifs*

Cette convention a pour objectif de permettre le recueil de données dans le cadre de l'élaboration du mémoire de recherche de 5ème année dirigé par un directeur de mémoire. Le ou les responsables de l'établissement d'accueil acceptent que l'étudiant examine et évalue les sujets ou patients concernés par son travail de recherche.

Le recueil de données ne peut s'effectuer qu'après lecture du formulaire d'informations et de l'obtention du consentement écrit de la ou des personnes concernées et de leur représentant légal pour les personnes mineures.

**Article 2 : Identification**

Titre du mémoire de recherche :.....  
.....  
.....

**Etudiant 1**

**Nom** : ..... **Prénom** : .....

**Né(e) le** : ...../...../.....

**Adresse** : .....

**CP** : ..... **Ville** : .....

**Tél** : ...../...../...../.....

**Email** : .....@.....

Diplôme préparé : Certificat de capacité d'orthophoniste – Etudiant(e) en .... Année

**Etudiant 2 (barrer si nécessaire)**

**Nom** : ..... **Prénom** : .....

**Né(e) le** : ...../...../.....

**Adresse** : .....

**Tél** : ...../...../...../.....

**Email** : .....@.....

Diplôme préparé : Certificat de capacité d'orthophoniste – Etudiant(e) en .... Année

Lieu : UFR De Médecine - Département d'Orthophonie

3 rue des Louvels, 80036 Amiens Cedex

Tél : 03 22 82 54 69 Fax. 03 22 82 54 70

**Directeur(s) de mémoire :**

**Nom, Prénom** : .....

**Nom, Prénom** : .....

**Article 3 : Dates et Durée du recueil des données**

Le recueil se déroulera du ...../...../..... au ...../...../.....

**Article 4 : Statut de l'étudiant(e) – Suivi et encadrement**

Le suivi de la tâche pendant toute sa durée, est assuré par:

Le responsable pédagogique de la formation :

Corinne ADAMKIEWICZ, [corinne.adamkiewicz@u-picardie.fr](mailto:corinne.adamkiewicz@u-picardie.fr), d'une part

Et par le ou les directeur(s) de mémoire (nom, prénom, adresse mail), d'autre part:

.....  
.....  
.....  
Le responsable pédagogique sera la personne de référence à contacter par le stagiaire et/ou le chef d'établissement en cas de problème rencontré. Toute difficulté devra être portée à la connaissance de tous les intéressés afin d'être résolue au plus vite.

**Article 5: Responsabilité civile et assurances**

L'organisme d'accueil et l'étudiant déclarent être garantis au titre de la responsabilité civile.

Compagnie d'assurance du stagiaire : ..... N° .....

Quelle que soit la nature du stage, le stagiaire s'engage à se couvrir par un contrat d'assurance individuel accident.

**Article 6 : Règlement intérieur**

Au sein de l'établissement, l'étudiant(e) est soumis au règlement intérieur (qui doit être porté à la connaissance de l'étudiant(e) de l'organisme d'accueil, notamment en ce qui concerne les horaires, et les règles d'hygiène et de sécurité en vigueur dans l'organisme d'accueil.

Toute sanction disciplinaire ne peut être décidée que par l'établissement d'enseignement supérieur.

**Article 7 : Devoir de réserve et confidentialité**

Le devoir de réserve est de rigueur. L'étudiant(e) s'engage à ne pas utiliser ou divulguer les informations recueillies sans accord préalable de l'organisme d'accueil. Cet engagement vaut non seulement pendant la durée du recueil de données mais également après son expiration.

**Article 8 : Résiliation**

En cas de manquement aux obligations de la présente convention, les parties se concerteront afin de trouver une solution de règlement amiable. En cas de désaccord persistant, la partie lésée dénoncera la convention par lettre recommandée avec avis de réception au moins 48 heures à l'avance.

**Article 9 : Propriété intellectuelle**

Conformément au code de la propriété intellectuelle, si le travail de l'étudiant(e) donne lieu à la création d'une œuvre protégée par le droit d'auteur ou la propriété industrielle (y compris un logiciel), si l'organisme d'accueil souhaite l'utiliser et que l'étudiant(e) est d'accord, un contrat devra être signé entre l'étudiant(e) (auteur) et l'organisme d'accueil.

Devront notamment être précisés l'étendue des droits cédés, l'éventuelle exclusivité, la destination, les supports utilisés et la durée de la cession, ainsi que, le cas échéant, le montant de la rémunération due à l'étudiant(e) au titre de la cession.

**Article 10 : Durée de la convention**

La présente convention est conclue pour une durée de 1 an.

Fait à ....., le .....

(En 3 exemplaires, 1 pour chaque partie)

Le représentant de l'organisme d'accueil	Le responsable pédagogique  Corinne ADAMKIEWICZ	Le président de l'UPJV  Mohamed BENLAHSEN
--	---	---

## Annexe n°10 : Notice

### **NOTICE**

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire en orthophonie sur les troubles de l'oralité alimentaire, j'aurais besoin de votre coopération.

Afin d'adapter ma présentation ultérieure, il s'agirait de répondre à un rapide questionnaire anonyme que vous trouverez ci-joint. Temps estimé 5 à 10 minutes.

- Vous trouverez également ci-joint un formulaire de consentement à signer.
- Pour chaque question, une réponse est attendue, sauf quand cela est précisé par « plusieurs réponses possibles » où vous pouvez répondre une ou plusieurs réponses.
- Ce questionnaire est à restituer au plus tard pour dans une semaine.
- Vos initiales ne sont nécessaires que pour établir une comparaison avec le deuxième questionnaire qui vous sera administré après mon intervention (entre décembre 2019 et février 2020).
- Nous ne nous attendons pas à ce que vous ayez la bonne réponse. Répondez simplement de la manière qui vous semble la plus juste.
- Vous ne serez pas jugé selon vos réponses.

Je vous remercie pour votre participation et pour l'attention que vous porterez à ce projet.

## Annexe n°11 : Questionnaire 1

### QUESTIONNAIRE

*Je suis Faustine Inclin étudiante en 5<sup>e</sup> année d'orthophonie à Amiens, je souhaite réaliser cette enquête afin de recueillir vos connaissances sur le trouble de l'oralité alimentaire pour adapter ma présentation ultérieure et partager avec vous sur ce trouble encore trop méconnu.*

*Vous remerciant par avance pour votre participation.*

N° anonymat :

#### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX / FORMATION

Âge : .....  
Initiales : .....  
Profession : .....  
Dernier niveau d'études : .....  
Formation suivie : .....  
Année diplôme : .....

Avez-vous reçu dans le cadre de votre formation initiale, un enseignement sur les troubles de l'oralité alimentaire ?

Oui  Non

Avez-vous suivi des formations complémentaires sur l'alimentation des enfants ? Si oui, lesquelles ? .....

#### DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DES REPAS / CONDITIONS DES REPAS

Nombre approximatif d'élèves par repas à suivre par vous-même :

- Moins de 5  
 5 à 10  
 10 à 15  
 + de 15

De quel(s) niveau(x) vous occupez vous ?

Maternelle  Élémentaire  Les deux

Jugeriez-vous l'environnement de la cantine propice au repas pour l'enfant (temps pour manger, bruit, matériel adapté...) ?

Oui  Non

Si non, pourquoi ? .....

Parmi les enfants ayant des difficultés d'alimentation, avez-vous déjà observé ces signes (plusieurs réponses possibles) :

- Haut-le-cœur  
 Nausées, vomissements  
 Pleurs, cris  
 Autres (précisez) : .....

#### INFORMATION / FORMATION TOA\*

\*TOA = trouble de l'oralité alimentaire

Avez-vous déjà entendu parler du TOA ?

Oui  Non

Si oui, comment ou par qui ? .....

Comment définiriez-vous le TOA ? Qu'est-ce que cela signifie pour vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Trouble dans lequel l'enfant refuse de goûter des nouveaux aliments  
 Trouble dans lequel l'enfant fait des caprices pour ne pas manger  
 Trouble de l'alimentation qui peut avoir des manifestations sensorielles ou non dont l'apparition a lieu à une étape de l'alimentation  
 Trouble dans lequel l'enfant a des douleurs en mangeant

Parmi ces propositions, lesquelles vous évoquent un TOA (plusieurs réponses possibles) :

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

Comment jugeriez-vous votre niveau de connaissances sur les TOA pour faire face aux enfants en présentant un ?

Satisfaisant  Insuffisant

## ATTITUDE LORS DES REPAS

Pour les questions suivantes vous diriez :

« Face à un enfant qui refuse de s'alimenter, je sais comment réagir » :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Pas vraiment d'accord
- Pas du tout d'accord

« Je perds parfois patience face à un enfant qui refuse de s'alimenter » :

- Oui
- Non

« J'insiste pour que l'enfant goûte ce que je lui demande » :

- Oui
- Non
- Selon l'enfant

« Je me sens démun(e) face à un enfant qui refuse de s'alimenter » :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Pas vraiment d'accord
- Pas du tout d'accord

Selon vous quand un enfant a des haut-le-cœur, c'est parce que (plusieurs réponses possibles) :

- Il a une réaction sensorielle (mécanisme de défense)
- Il ne veut pas manger
- Il n'aime pas ce qui lui est présenté
- Il « fait la comédie » pour ne pas manger

Quand un enfant refuse de s'alimenter (plusieurs réponses possibles) :

- Je n'insiste pas
- J'utilise des stratégies pour qu'il mange : lesquelles ? .....
- J'insiste pour qu'il finisse sa cuillère / son assiette
- Je lui dis d'arrêter de manger
- Autre : .....

## ADAPTATIONS

*\*PAI : projet d'accueil individualisé*

Saviez-vous qu'il est possible de mettre en place un PAI\* (adaptations des repas) en cas de TOA ?

- Oui
- Non

Êtes-vous confronté à des enfants bénéficiant d'un PAI pour des difficultés d'alimentation ?

- Oui
- Non

Si oui, trouvez-vous que cela aide l'enfant ?

- Oui Pourquoi ? .....
- Non Pourquoi ? .....

Si oui, trouvez-vous que le PAI vous aide dans votre pratique et votre compréhension du trouble ?

- Oui
- Non

Quand un enfant a des difficultés lors du repas, j'en parle aux parents / au référent :

- Systématiquement
- Parfois
- Rarement
- Jamais
- Je n'ai pas l'occasion de rencontrer les parents

S'il vous est arrivé d'être en contact avec des parents : cela a-t-il permis de mettre en place des adaptations ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles : .....

Trouvez-vous que cela améliore les conditions de prise de repas de l'enfant ?

- Oui
- Non

Si oui, trouvez-vous que (plusieurs réponses possibles) :

- L'enfant mange +
- L'enfant a moins d'appréhensions
- L'enfant a moins de réactions (pleurs, haut-le-cœur...)

Seriez-vous prêt à changer vos habitudes pour améliorer les repas (adaptations du service, des plats, de l'encadrement...) ?

- Oui
- Non

Seriez-vous intéressé par une réunion d'information sur les TOA ?

- Oui
- Non

Attentes sur la réunion de présentation / remarques :

.....



## Annexe n°12 : Présentation PREZI

# L'oralité alimentaire...

L'oralité, qu'est-ce que c'est ?

Le trouble de l'oralité alimentaire

Que faire ?

Auteur : Faustine INCLAN ©  
Présentation réalisée dans le cadre de son mémoire de fin d'études en Orthophonie à Amiens

## L'oralité, qu'est-ce que c'est ?

Qu'est-ce que cela vous évoque ?

- ⇒ Ensemble des fonctions dévolues à la bouche, à savoir l'alimentation, la respiration, la perception (olfaction, gustation) et la communication
- ⇒ Implique tous les sens : olfaction, gustation, ouïe, vue, toucher, vestibulaire, proprioception...

ORALITÉ ALIMENTAIRE / VERBALE

ORALITÉ PRIMAIRE / SECONDAIRE

ETAPES ALIMENTAIRES

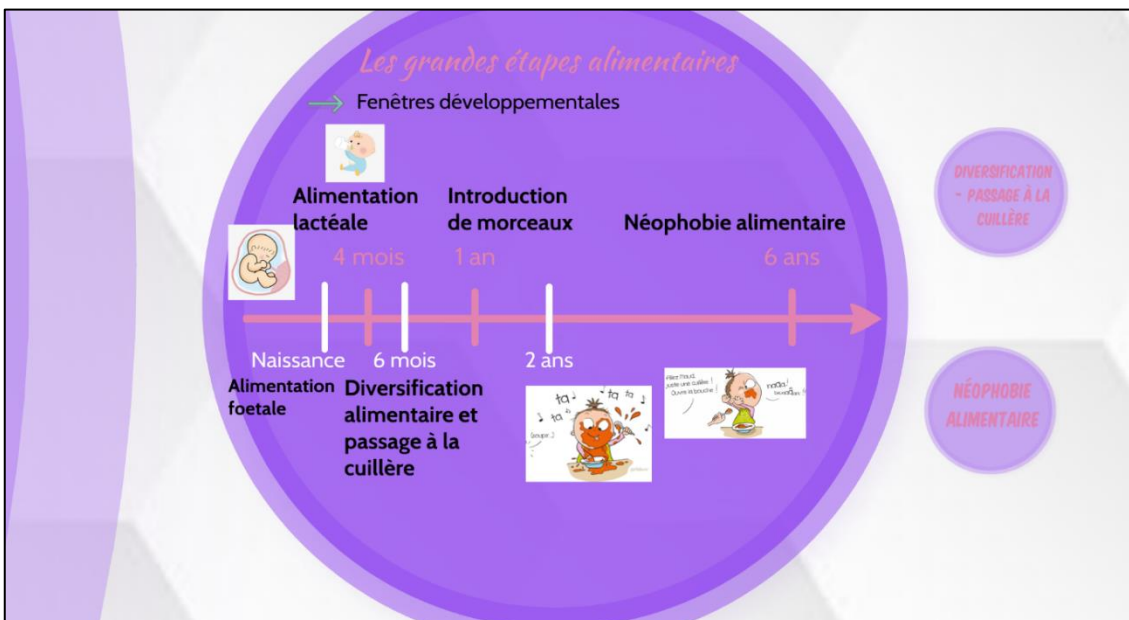
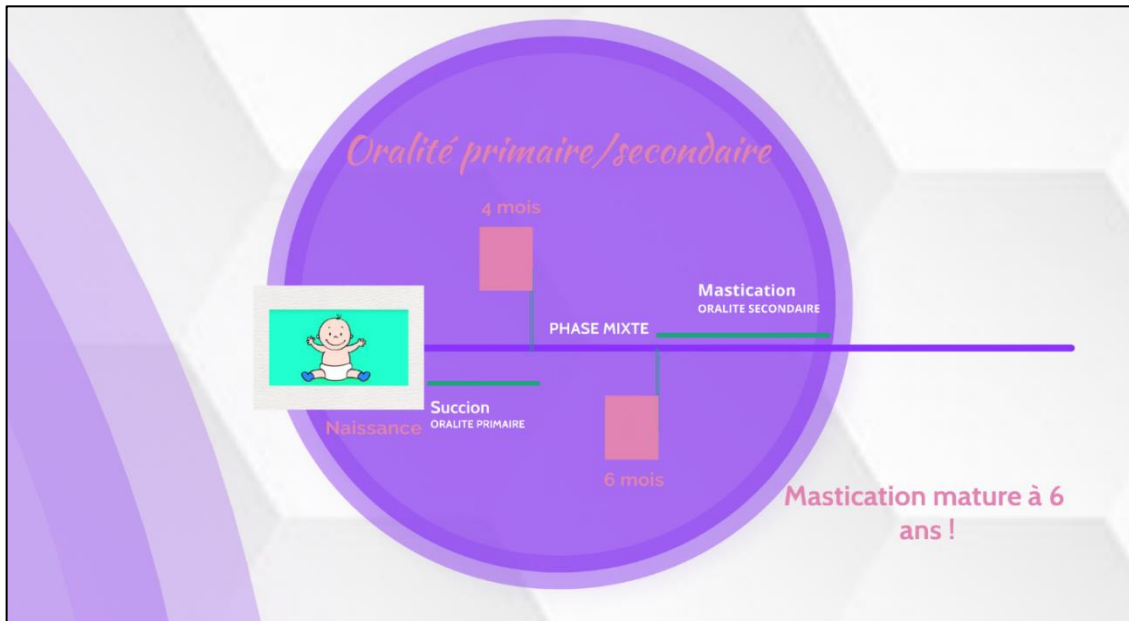
ENJEUX DE L'ORALITÉ

### Oralité alimentaire / Oralité verbale

- Développement alimentation et développement de la parole en même temps.
- Mêmes structures utilisées.







- ### La diversification alimentaire et le passage à la cuillère
- 
- Entre 4 et 6 mois
  - Introduction de tout autre aliment que le lait dans le régime des nourrissons
  - Découverte de nouveaux goûts et textures pour les enfants
  - Période clé de formation des habitudes alimentaires

## La néophobie alimentaire

- Peur des aliments nouveaux
- Phénomène banal et universel.
- Restriction du panel alimentaire et/ou refus de goûter des nouveaux aliments

- ➔ NE PAS FORCER
- ➔ FAMILIARISER
- ➔ RÔLE DES PAIRS (IMITATION...)

77% DES ENFANTS

ÉTAPE NORMALE  
DU  
DÉVELOPPEMENT

DE QUELQUES SEMAINES  
À QUELQUES ANNÉES

APPARAÎT EN GÉNÉRAL  
VERS 2 ANS. DURE  
JUSQUE 10 ANS PARFOIS

=/= DU TOA

## Les enjeux de l'oralité alimentaire

- ➔ Se nourrir, se restaurer
- ➔ Explorer et découvrir son environnement
- ➔ Se rassurer, s'attacher
- ➔ Partager, se réunir, se rassembler
- ➔ Procurer du plaisir



## L'oralité alimentaire...

L'oralité,  
qu'est-ce  
que c'est ?  
—

Le trouble de  
l'oralité  
alimentaire  
—


Que faire ?  
—

Auteur : Faustine INCLAN ©  
Présentation réalisée dans le cadre de son mémoire de fin  
d'études en Orthophonie à Amiens



### CAUSES POSSIBLES


- Pathologies : digestives, respiratoires, cardiaques
- Malformations
- Syndromes génétiques
- Nutrition artificielle
- "Remontées acides" (RGO)
- Pré maturité
- Hypo-réactivité ou **hyper-réactivité sensorielle**



**≠ Anorexie, boulimie...**  
**≠ caprices : ce n'est pas qu'il ne VEUT pas manger, mais qu'il ne PEUT pas manger**

IMPLICATION DE TOUS LES SENS DANS L'ACTE ALIMENTAIRE

*Ce que mes yeux ne supportent pas de voir, ce que mes mains ne supportent pas de toucher, ce que mon nez ne supporte pas de sentir, alors il est certain que ma bouche ne le supportera pas non plus.*



*Leblanc (2014)*



**DIFFICULTÉS ORO-MOTRICES** 

Fuites salivaires      Bavage

Difficultés de mastication / pour mordre

Difficultés de déglutition

Difficultés de succion      Reflux par le nez

Fausses-routes

Toux

Trouble d'articulation, langage, parole

Vomissements

Régurgitations      Refus de goûter

**HYPER/HYPO-RÉACTIVITÉ SENSORIELLE**

Ne supporte pas de marcher pieds-nus dans l'herbe, sable...

Garde longtemps en bouche      Met beaucoup en bouche

Rejet des textures      Tri des aliments

Sélectivité selon catégorie, couleur, température, marque...

Refus : toucher des textures, brossage de dents, crème corps / visage, contact de l'eau...

Peu d'explorations orales

Haut-le-cœur



 **REACTIVITE SENSORIELLE !**



## "HYPERNAUSÉUX, RÉFLEXE NAUSÉUX, HAUT-LE-COEUR...."

Tout le monde en a **MAIS** :

- Réaction sensorielle d'hyper-réactivité à un stimulus (déclenchement dès contact des lèvres ou palais) = **hyper-réactivité**
- Pas de réaction au stimulus = **hypo-réactivité**

👉 **Ne pas forcer** au risque de majorer la réaction, le vécu négatif du repas et d'augmenter le refus. **Ne pas solliciter** l'enfant.



## MANIFESTATIONS COMPORTEMENTALES

Opposition active / passive

Colère    Hyper-extension

Temps de repas anormalement long

Refus    Agitation    Pleurs

Désintérêt    Pas de plaisir

Evitement du regard

Endormissement



## CONSÉQUENCES

Anxiété parentale

Rupture lien affectif mère-enfant

Capacité conflits

Courbe staturo-pondérale

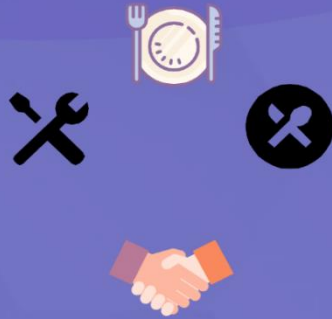
Déficit cognitif, retard de développement

Carence nutritionnelle

→ **Importance d'une PEC précoce !!!**

## DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE

Diagnostic posé par le  
médecin et/ou  
l'orthophoniste



PLURIDISCIPLINAIRE

AXES  
THÉRAPEUTIQUES

### Collaboration professionnels formés

Pédiatre

Orthophoniste

Psychomotricien

Kinésithérapeute

Psychologue, diététicien,  
ergothérapeute

### AXES THÉRAPEUTIQUES

Accompagnement parental

Apprivoisement des aliments

Prise en charge sensorielle (désensibilisation) et oro-  
motrice

Investissement positif de la sphère orale

Coordinations motrices

Groupe

Stimulations sensori-motrices

Plaisir

Sécurité

# L'oralité alimentaire...

Le trouble de  
l'oralité  
alimentaire  
—

L'oralité,  
qu'est-ce  
que c'est ?  
—

Que faire ?  
—

Auteur : Faustine INCLAN ©  
Présentation réalisée dans le cadre de son mémoire de fin  
d'études en Orthophonie à Amiens

## Que faire ?

OBSERVER  
ET REPÉRER  
—

DIALOGUER  
—

S'ADAPTER  
—

PROSCRIRE  
LE FORÇAGE  
—

PROPOSER  
—



## CONSTATEZ-VOUS ?



Des haut-le-cœur, nausée, vomissement ?

Pleurs, cris, opposition ?

Toux, fausses-routes ? Sélectivité ?

Temps de repas très long ? Beaucoup d'aliments en bouche ?

Refus de s'alimenter ?

Refus des morceaux ou certaines textures ?

Pas de plaisir ?

Difficultés à mastiquer ou déglutir ?



## DIALOGUER



- Avec les parents, le référent...
- Orienter vers le pédiatre, l'orthophoniste...
- Avec l'équipe
- Avec l'enfant : ce qu'il aime/ n'aime pas, doucement, comptines

### Un outil : le carnet de liaison

- avec l'équipe
- avec les parents : ce que l'enfant a aimé ou pas, touché, goûté...

**ALERTER** au moindre doute / dès que vous constatez des manifestations !



## ADAPTATIONS

- Réconforter l'enfant
- Ne pas être intrusif
- Patience, respect, tolérance
- Prendre le temps ++ avec l'enfant qui a un TOA
- Rassurer et féliciter les efforts accomplis



INSTALLATION

PORTIONS

COUVERTS, PRÉSENTATION

ENVIRONNEMENT

AIDES

## INSTALLATION

### De l'enfant :

- chaise, table
- posture : pieds au sol, appui du dos, hauteur de table adaptée, coudes maintenus.

**De vous-même :** face à l'enfant, à sa hauteur ou légèrement + bas.

**SECURITE !**



## PORTIONS



**Adapter les textures et les quantités** : faire des petites portions, textures et aliments tolérés par l'enfant.

Taille, texture et consistance des **morceaux**.

**Eviter les présentations d'un bloc** : couper les aliments, écraser ou mixer (dans la mesure du possible).

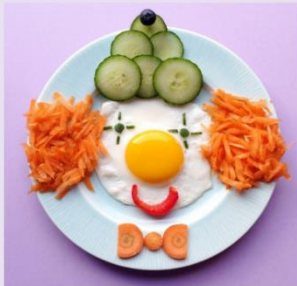
**Faire attention** :

- à ce que l'enfant ne mette pas trop en bouche
- aux textures friables (semoule, miettes...) ➡ risque de fausses-routes.

## COUVERTS, PRÉSENTATION

Présentation ludique avec l'enfant en difficulté  
Faire un bonhomme, un volcan... **Plaisir des yeux !**

Laisser l'enfant manipuler et se salir !



Cf brochure "liens utiles"

**Favoriser la prise alimentaire** :  
cuillère, bol, assiette creuse  
(matériel ramené par l'enfant si non disponible)



Si nouveau, en parler si possible à l'enseignant ou parent :  
jeu autour du repas (dînette, poupée) pour apprendre à utiliser  
ses ustensiles à la cantine.

## ENVIRONNEMENT

Privilégier un endroit calme, agréable (éviter bruit, lumière forte), parler doucement

**Astuces** : échelles de bruit (avec récompense pour tout le groupe), musique douce...

Serviette en papier ou bol à disposition si l'enfant veut recracher ce qu'il a dans la bouche ➡ droit de goûter et de cracher s'il n'aime pas



## PAI : PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Rendre l'alimentation possible à la cantine

1° Cantine fournit un repas adapté selon les modalités décrites dans le PAI

2° Si impossible : la famille fournit un repas pour l'enfant

Secret professionnel

## Mais aussi...

Animateur BAFA (ou AVS, AESH) sur temps du midi dédié à un enfant avec trouble (demande auprès de la mairie, centre de loisir, direction)

## PROSCRIRE LE FORÇAGE

Qu'est-ce que c'est selon vous ?

- Ne pas surprendre l'enfant (avec la cuillère, le gronder, le toucher...)
- Prendre le temps
- Laisser l'initiative à l'enfant
- Encourager la bienveillance
- Proposer sans ordonner



VRAI/FAUX :

"Un enfant ne se laisse pas mourir de faim"

"Forcez-le ce sont des caprices"

**FAUX !**

**Ne jamais forcer l'enfant verbalement ou en proposant la cuillère à sa place**

**Ne pas stigmatiser** (ex : isoler l'enfant pour le faire manger) **ni négocier une petite quantité ou une récompense, etc**

## PROPOSER

### A la cantine :

- Découverte des aliments avec d'autres enfants (imitation), ateliers du goût.
- Goûter mais sans insister
- "Aliments copains".
- Proposer si possible, de temps en temps des aliments ludiques (confettis en sucre, en chocolat, pâte d'amande, gelée).

### En classe :

- Arts manuels
- Recettes avec les enfants (sentir, toucher, regarder)
- Faire manipuler des textures variées (alimentaires ou non)
- Comptines, jeu symbolique (dînette, poupée)
- Loto des odeurs, etc.

→ Développer la sensorialité et sans forcer !



# L'oralité alimentaire...

Le trouble de  
l'oralité  
alimentaire  
—

L'oralité,  
qu'est-ce  
que c'est ?  
—

Que faire ?  
—

Auteur : Faustine INCLAN ©  
Présentation réalisée dans le cadre de son mémoire de fin  
d'études en Orthophonie à Amiens

**MERCI POUR VOTRE  
ATTENTION !**



## Annexe n°13 : Questionnaire 2

### QUESTIONNAIRE 2

*Je vous remercie pour votre participation qui aura contribué à l'élaboration de ce projet. J'espère que cette sensibilisation aura permis de répondre à vos questions et vos attentes. Pour conclure mon étude, je vous propose de répondre de nouveau à un rapide questionnaire similaire au premier. Merci encore pour votre collaboration et votre investissement.*

N° anonymat :

#### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX / FORMATION

Âge : .....

Initiales : .....

Profession : .....

De quel(s) niveau(x) vous occupez vous ?

Maternelle  Elémentaire  Les deux

#### ATTITUDE LORS DES REPAS

Selon vous quand un enfant a des haut-le-cœur, c'est parce que (plusieurs réponses possibles) :

Il a une réaction sensorielle (mécanisme de défense)

Il ne veut pas manger

Il n'aime pas ce qui lui est présenté

Il « fait la comédie » pour ne pas manger

Quand un enfant refusera de s'alimenter (plusieurs réponses possibles) :

Je n'insisterai pas

J'utiliserai des stratégies pour qu'il mange : lesquelles ?

.....

J'insisterai pour qu'il finisse sa cuillère / son assiette

Je lui dirai d'arrêter de manger

Autre : .....

#### ADAPTATIONS

\*PAI : projet d'accueil individualisé

\*\* TOA : trouble de l'oralité alimentaire

Est-il possible de mettre en place un PAI\* (adaptations des repas) en cas de TOA\*\* ?

Oui

Non

Quand un enfant a des difficultés lors du repas, j'en parlerai aux parents / au référent :

Systématiquement

Parfois

Rarement

Jamais

Je n'ai pas l'occasion de rencontrer les parents

Allez-vous changer vos habitudes pour améliorer les repas (adaptations du service, des plats, de l'encadrement...) ?  Oui  Non

Si oui, comment ? .....

#### REMARQUES

Trouvez-vous que cette présentation vous a apporté les connaissances nécessaires sur les TOA ?

Oui  Non

Trouvez-vous que cette présentation vous a apporté des outils pour vous adapter face à un enfant porteur de TOA ?  Oui  Non

Pensez-vous mettre en application les conseils donnés aujourd'hui ?  Oui  Non

Pensez-vous que les professionnels de la restauration devraient recevoir une formation sur les TOA ?

Oui  Non

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

Oui

Non

Avez-vous des remarques ?  Oui  Non

Si oui, quelles sont-elles ?

.....  
.....

Comment définiriez-vous le TOA ? Qu'est-ce que cela signifie pour vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Trouble dans lequel l'enfant refuse de goûter des nouveaux aliments
- Trouble dans lequel l'enfant fait des caprices pour ne pas manger
- Trouble de l'alimentation qui peut avoir des manifestations sensorielles ou non dont l'apparition a lieu à une étape de l'alimentation
- Trouble dans lequel l'enfant a des douleurs en mangeant

Parmi ces propositions, lesquelles vous évoquent un TOA (plusieurs réponses possibles) :

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

Pour les questions suivantes, il s'agit de mises en situation. Merci de cocher **les réponses** qui vous semblent les plus justes.

#### CAS N°1

Julie a 4 ans. Avant elle mangeait de tout, désormais elle ne veut plus manger que des féculents, elle refuse de goûter tout nouvel aliment :

- Julie a un trouble de l'oralité alimentaire
- Julie est dans une période de néophobie alimentaire
- Julie présente une anorexie infantile
- J'en parle aux parents et à l'équipe
- J'insiste pour qu'elle goûte
- Je représente régulièrement le même type d'aliments sans forcément demander d'y goûter
- Autre : .....

#### CAS N°2

Léo pleure, a des haut-le-cœur ou refuse de finir son assiette à chaque repas. Il grimace parfois et détourne la tête :

- Léo a un trouble de l'oralité alimentaire
- Léo est dans une période de néophobie alimentaire
- Léo présente une anorexie infantile
- J'en parle aux parents / référent (pour consulter un pédiatre)
- J'insiste pour qu'il finisse son assiette / sa cuillère
- J'arrête de le solliciter quand il a une réaction sensorielle (haut-le-cœur, vomissement, grimace...)
- 
- J'en parle à l'équipe
- J'adapte les textures qui lui conviennent et les quantités
- J'évoque la mise en place d'un PAI
- Je dis à Léo de se calmer et j'insiste pour qu'il goûte
- Autre : .....



## Annexe n°14 : Corrigé du questionnaire 2

### CORRECTION

\*PAI : projet d'accueil individualisé

\*\* TOA : trouble de l'oralité alimentaire

Selon vous quand un enfant a des haut-le-cœur, c'est parce que (plusieurs réponses possibles) :

- Il a une réaction sensorielle (mécanisme de défense)
- Il ne veut pas manger
- Il n'aime pas ce qui lui est présenté
- Il « fait la comédie » pour ne pas manger

Comment définiriez-vous le TOA ? Qu'est-ce que cela signifie pour vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Trouble dans lequel l'enfant refuse de goûter des nouveaux aliments (*mais peut aussi être de la néophobie alimentaire*)
- Trouble dans lequel l'enfant fait des caprices pour ne pas manger
- Trouble de l'alimentation qui peut avoir des manifestations sensorielles ou non dont l'apparition a lieu à une étape de l'alimentation
- Trouble dans lequel l'enfant a des douleurs en mangeant

Parmi ces propositions, lesquelles vous évoquent un TOA (plusieurs réponses possibles) :

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

Est-il possible de mettre en place un PAI\* (adaptations des repas) en cas de TOA\*\* ?

- Oui
- Non

#### CAS N°1

Julie a 4 ans. Avant elle mangeait de tout, désormais elle ne veut plus manger que des féculents, elle refuse de goûter tout nouvel aliment :

- Julie a un trouble de l'oralité alimentaire
- Julie est dans une période de néophobie alimentaire
- Julie présente une anorexie infantile
- J'en parle aux parents et à l'équipe
- J'insiste pour qu'elle goûte
- Je représente régulièrement le même type d'aliments sans forcément demander d'y goûter
- Autre : *je ne force pas*

#### CAS N°2

Léo pleure, a des haut-le-cœur ou refuse de finir son assiette à chaque repas. Il grimace parfois et détourne la tête :

- Léo a un trouble de l'oralité alimentaire
- Léo est dans une période de néophobie alimentaire
- Léo présente une anorexie infantile
- J'en parle aux parents / référent (pour consulter un pédiatre)
- J'insister pour qu'il finisse son assiette / sa cuillère
- J'arrête de le solliciter quand il a une réaction sensorielle (haut-le-cœur, vomissement, grimace)
- J'en parle à l'équipe
- J'adapte les textures qui lui conviennent et les quantités
- J'évoque la mise en place d'un PAI
- Je dis à Léo de se calmer et j'insiste pour qu'il goûte
- Autre : *rassurer, activités sensorielles, environnement calme, installation...*

*Merci encore pour votre participation, j'espère que vous en savez désormais plus sur le TOA et sur comment s'y adapter !*

*Faustine INCLAN 5<sup>e</sup> Orthophonie Amiens*

## Que faire ?

- Ne pas forcer ! Verbalement ou avec la cuillère. Laisser l'initiative à l'enfant. Parler doucement, sans ordonner.
- Prévoir bol et serviette pour que l'enfant recrache.
- Bonne installation de l'enfant et de vous-même, éviter un environnement bruyant et une lumière forte.
- Couverts adaptés (cuillère, bol/assiette creuse), présentation ludique faite avec lui.
- Laisser manger avec les doigts si l'enfant le désire.
- Adapter les textures et les quantités.
- Carnet de liaison avec l'équipe et les parents.
- Laisser l'enfant manipuler et se salir.
- Proposer de toucher un aliment si l'enfant est d'accord, toujours sans forcer. Si et seulement si l'enfant veut goûter, proposez-lui l'aliment.
- Arrêter toute sollicitation dès l'apparition d'un haut-le-cœur ou vomissement.
- Ne pas le surprendre en le touchant ou en le grondant. Prendre le temps.
- Ne pas isoler l'enfant, négocier une quantité ou une récompense, ni le qualifier de « bébé » ...
- Le maître mot : alimentation-plaisir !

## Quand en parler aux parents / au référent de l'enfant ?

Dès que possible ! Dès que vous repérez des manifestations, en parler à l'équipe et aux parents !

Un PAI (projet d'accueil individualisé) ou des adaptations pourront être mis en place. Un animateur peut être dédié à l'enfant (demande à la mairie).

Orientez les parents vers un médecin qui posera le diagnostic et rédigera une ordonnance pour un éventuel PAI. De nombreux professionnels pourront ensuite, prendre en soin l'enfant (orthophoniste, psychomotricien,...).

## Liens utiles



Activités alimentaires ludiques et simples : [www.cutefoodforkids.com/](http://www.cutefoodforkids.com/)

Couverts et ustensiles : [www.hoptoys.fr](http://www.hoptoys.fr)

Trouvables aussi dans le commerce ou pharmacies

Pour accompagner l'enfant en chantant autour de l'alimentation : [www.comptine-enfants.com](http://www.comptine-enfants.com)

Pour retrouver des livrets avec informations, conseils, astuces à utiliser : [www.fimatho.fr/cracmo/ressources-utiles/pour-les-patients](http://www.fimatho.fr/cracmo/ressources-utiles/pour-les-patients)

[www.op17.fr/livrets-oralite-a-destination-des-parents](http://www.op17.fr/livrets-oralite-a-destination-des-parents)

« Boîte à idées pour oralité malmenée » [livret-oralite.blogspot.fr](http://livret-oralite.blogspot.fr)

[www.groupe-miam-miam.fr](http://www.groupe-miam-miam.fr)

[naitreetgrandir.com](http://naitreetgrandir.com)

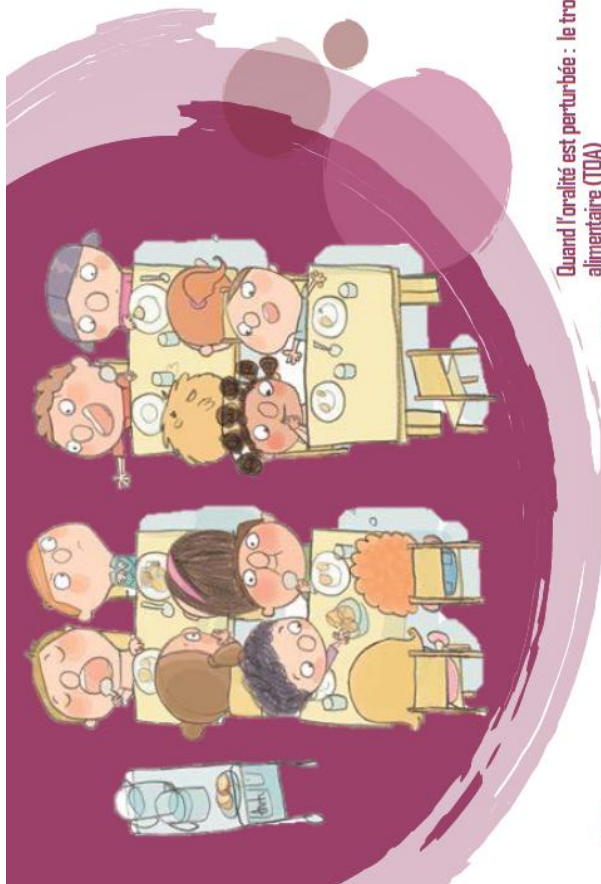
[oralite.net](http://oralite.net)

Brochure réalisée par Foustine INCLAN dans le cadre de son mémoire de fin d'études à l'école d'Orthophonie d'Amiens.



## Le trouble de l'oralité alimentaire

A l'attention des professionnels accompagnant les repas sur le temps scolaire



### Qu'est-ce que l'oralité ?

L'oralité désigne toutes les fonctions dévolues à la bouche. Elle est alimentaire et verbale. En effet les mêmes organes sont sollicités dans l'alimentation et le langage. Elle est d'abord **primaire** (suction - tétée) puis **secondaire** (mastication - cuillère).

Elle implique tous les sens : olfaction, vision, gustation, ouïe, proprioception (position dans l'espace), sens vestibulaire (perception du mouvement).

L'oralité participe ainsi à la construction d'une **intégration sensorielle** équilibrée.



### Quand l'oralité est perturbée : le trouble de l'oralité alimentaire (TOA)

Le TOA désigne 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. 24 % à 35 % des enfants au développement normal et 33% à 80 % des enfants avec retard ou handicap développemental quel qu'il soit sont concernés. (Leblanc, 2014)

#### Par quoi est-il causé ?

Les causes d'un TOA sont **diverses** : nutrition artificielle, pathologies neurologiques, génétiques, pulmonaires ou digestives, conséquence d'un traumatisme dans la sphère orale, trouble de l'intégration sensorielle (hyper/hypo-réactivité)... La **prématurité** et le **RGO** (« remontées acides ») sont des causes très fréquemment rencontrées.

#### ⚠ Le TOA n'est pas...

- Une **néophobie alimentaire** : étape normale du développement de l'enfant, entre 2 et 10 ans, qui restreint son panel alimentaire et refuse de goûter de nouveaux aliments.
- Un **Trouble du Comportement Alimentaire** : anorexie, boulimie, etc (origine psychologique).

### A quoi reconnaît-on un TOA ?

- Il a des hauts-le-cœur voire des vomissements
- Il refuse les morceaux
- Il est très sélectif (marque, température, texture, couleur et/ou type d'aliments)
- Il toussse, fait des fausses-routes...
- Il ne supporte pas le brossage des dents
- Le temps de repas est très long
- Il ne supporte pas de marcher pieds nus, d'être au contact de certaines matières...
- Il met beaucoup d'aliments en bouche
- Il refuse de goûter
- Il ne manifeste pas sa faim ou ne s'intéresse pas à la nourriture
- Il n'éprouve pas de plaisir à s'alimenter
- Il a des difficultés de succion ou déglutition



## TABLE DES ILLUSTRATIONS

- **Index des figures :**

Figure 1 : Déroulement opérationnel du projet.....	32
Figure 2 : Nombre de répondants en D1 .....	42
Figure 3 : Profil des répondants en D1 .....	42
Figure 4 : Niveau d'études des répondants.....	43
Figure 5 : Répartition des formations suivies .....	43
Figure 6 : Enseignement reçu sur le TOA en formation initiale (Q1/D1) .....	44
Figure 7 : Intérêt pour une réunion de sensibilisation au TOA .....	44
Figure 8 : Nombre de participants et répondants en D2 .....	45
Figure 9 : Répartition des professions des participants en D2.....	45
Figure 10 : Répartition par classes de l'âge des répondants en D1/D2.....	45
Figure 11: Niveaux pris en charge par les professionnels en D1/D2.....	46
Figure 12 : Environnement propice au repas (temps, matériel, bruit...) Q5/D1 (%) .....	48
Figure 13 : Raisons invoquées pour l'environnement non propice Q5bis/D1 (%) .....	48
Figure 14 : Manifestations observées lors des repas Q6/D1 (%).....	48
Figure 15 : Connaissance du terme "TOA" Q7/D1 (%) .....	48
Figure 16 : Influence de l'âge sur la connaissance du terme « TOA » (Q7/D1).....	49
Figure 17 : Définition du TOA Q8/D1 (%) .....	49
Figure 18: Signes évocateurs du TOA Q9/D1 (%).....	50
Figure 19 : Niveau de connaissance sur le TOA Q10/D1 (%).....	51
Figure 20 : « Trouvez-vous que cette présentation vous a apporté les connaissances nécessaires pour comprendre le TOA ? » Q7/D2 (%) .....	51
Figure 21 : « Face à un enfant qui refuse de s'alimenter, je sais comment réagir » Q11/D1 (%).....	51
Figure 22 : « Je me sens démun(e) face à un enfant qui refuse de s'alimenter » Q14/D1 (%) .....	51
Figure 23 : « Je perds parfois patience face à un enfant qui refuse de s'alimenter » Q12/D1 (%).....	51
Figure 24 : : « J'insiste pour que l'enfant goûte ce que je lui demande » Q13/D1 (%) .	51
Figure 25 : « Quand un enfant refuse de s'alimenter » Q16 en D1/D2 (%) .....	52
Figure 26 : « Selon vous quand un enfant a des haut-le-cœur, c'est parce que » Q15 en D1/D2 (%).....	53
Figure 27 : Connaissance de la possibilité de mettre en place un PAI en cas de TOA en D1/D2 (%).....	53
Figure 28 : « Êtes-vous confronté à des enfants bénéficiant d'un PAI pour des difficultés d'alimentation ? » Q18/D1 (%) .....	53
Figure 29 : « Si oui, trouvez-vous que cela aide l'enfant ? » Q18bis/D1 (%).....	53
Figure 30 : « Si oui, trouvez-vous que le PAI vous aide dans votre pratique et votre compréhension du trouble ? » Q18ter/D1 (%).....	53
Figure 31: « Quand un enfant a des difficultés lors du repas, j'en parle aux parents / au référent » en D1/D2 (%) .....	54
Figure 32 : « S'il vous est arrivé d'être en contact avec des parents : cela a-t-il permis de mettre en place des adaptations ? » Q20/D1 (%).....	54

Figure 33 : « Seriez-vous prêt à changer à changer vos habitudes pour améliorer les repas (adaptations du service, des plats, de l'encadrement...) ? » Q21/D1 (%).....	55
Figure 34 : « Allez-vous changer vos habitudes pour améliorer les repas ? » Q6/D2 (%) .....	55
Figure 35 : Cas n°1 Julie néophobie alimentaire D2 (%) .....	55
Figure 36 : Cas n°2 Léo TOA D2 (%) .....	56

- **Index des tableaux :**

Tableau 1:Année de diplôme des répondants .....	42
Tableau 2: Nombre d'enfants à charge par repas .....	44
Tableau 3 : Analyse globale des questionnaires en D1/D2 et en pourcentages.....	46
Tableau 4 : Moyennes de réponses correctes et coefficients de variation Q9/D1 .....	50
Tableau 5 : Synthèse des stratégies utilisées lorsqu'un enfant refuse de s'alimenter en D1/D2 (%).....	52
Tableau 6 : Moyennes de réponses correctes et coefficients de variation aux cas pratiques.....	56

## **RÉSUMÉ**

### **Titre : SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS DE LA RESTAURATION SCOLAIRE AUX TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE**

*- État des lieux des connaissances des professionnels de cantines scolaires d'écoles maternelles et élémentaires sur les troubles de l'oralité alimentaire, mise en place d'une action de sensibilisation et d'informations et élaboration d'une plaquette informative -*

Les troubles de l'oralité alimentaire (TOA) peuvent toucher jusqu'à 45% des enfants tout-venant et 80% des enfants avec pathologie chronique ou handicap développemental (Fernand, Saksena, Penrod, et Fryling, 2017). L'alimentation étant cruciale dans l'évolution de l'enfant, il est nécessaire de mener des adaptations quand celle-ci n'est plus un plaisir et ne permet pas un développement correct. Les professionnels de la restauration scolaire accompagnent quotidiennement des enfants porteurs de TOA sur le repas du midi et semblaient pourtant manquer de connaissances sur ce trouble. Il nous a donc paru essentiel de les sensibiliser à l'aide d'une réunion et d'une plaquette informative, après avoir réalisé un état des lieux de leurs connaissances et pratiques via un questionnaire. Cette étude a ainsi montré que ces professionnels manquaient de connaissances sur le TOA et sur les adaptations possibles à proposer pendant les temps de repas à la cantine. Un deuxième questionnaire post-sensibilisation a permis de conclure que les interventions proposées ont été bénéfiques en apportant les informations nécessaires à la future pratique des professionnels de cantine auprès de ces enfants. Étant des partenaires majeurs des parents dans le développement de l'alimentation de leur enfant, il est indispensable que ces professionnels soient formés au TOA pour relayer les difficultés aux parents et les orienter vers un professionnel de santé.

**Mots-clés :** Trouble de l'oralité alimentaire - Sensibilisation – Alimentation - Restauration scolaire - Plaquette informative.

## **ABSTRACT**

### **Titre : AWARENESS OF SCHOOL CATERING PROFESSIONALS TO FEEDING DISORDERS**

*- State of professionals in school canteens of infant and elementary schools' knowledge on feeding disorders, implementation of an awareness and information campaign and development of an information brochure -*

Feeding disorders can affect up to 45% of all children and 80% of children with chronic pathology or developmental disabilities (Fernand, Saksena, Penrod, & Fryling, 2017). Since nutrition is crucial in the child's evolution, it is necessary to carry out adaptations when it is no longer a pleasure and does not allow a correct development. School catering professionals accompany children carrying feeding disorders every day for lunch, yet they seemed to lack knowledge about this disorder. Therefore, it seemed essential to us to raise their awareness with a meeting and an informative brochure, after having carried out a state of their knowledge and practices through a questionnaire. This study showed that these professionals lacked knowledge about feeding disorders and on the possible adaptations to propose during meal times in the canteen. A second post-awareness questionnaire concluded that the proposed interventions were beneficial by providing the necessary information for the future practice of canteen professionals with these children. As parents' major partners in the development of their child's diet, it is essential that these professionals be trained in feeding disorders to relay the difficulties to parents and refer them to a health professional.

**Key words:** Feeding disorders - Awareness - Feeding - School catering - Informative brochure.

**Nombre de pages du mémoire : 112**

**Nombre de références bibliographiques : 74**