



HAL
open science

Dix ans après le premier état des lieux : connaissances, demandes et besoins des professionnels de santé confrontés aux troubles de l'oralité alimentaire

Pauline Latini

► To cite this version:

Pauline Latini. Dix ans après le premier état des lieux : connaissances, demandes et besoins des professionnels de santé confrontés aux troubles de l'oralité alimentaire. Sciences cognitives. 2021. dumas-03625804

HAL Id: dumas-03625804

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03625804v1>

Submitted on 31 Mar 2022

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

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



UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE

Université de Caen Normandie
Pôle des Formations et de Recherche en Santé
UFR Santé - Département d'Orthophonie de Caen

Mémoire présenté en vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste

**Dix ans après le premier état des lieux :
Connaissances, demandes et besoins
des professionnels de santé confrontés
aux troubles de l'oralité alimentaire**

Présenté par : **Pauline LATINI**

Née le 12 décembre 1996

Sous la direction de : **Fanny GELAS**, Orthophoniste à Saillans

Charlotte GOSSET, Orthophoniste à Bourguébus

Année universitaire 2020-2021

REMERCIEMENTS :

Je tiens tout d'abord à remercier mes deux maîtres de mémoire, **Fanny Gelas** et **Charlotte Gosset**, sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour. Merci pour votre attention, vos précieux conseils et votre réactivité durant ces deux années.

Je souhaite également dire un grand merci à mon binôme et amie, **Lucie Mouchel**, pour m'avoir soutenue, même dans les moments plus difficiles. Ce travail est le fruit de notre réflexion mutuelle à discuter pendant des heures sur le sujet.

Un énorme merci à tous les **professionnels de santé** qui ont répondu à notre questionnaire et à ceux qui nous ont aidées à le diffuser. Sans vous, ce mémoire n'aurait pas pu exister. Merci d'avoir pris du temps pour notre travail.

Je remercie également tous les **maîtres de stage** que j'ai pu avoir ces dernières années pour leur disponibilité, leur bienveillance et leurs conseils si importants. Merci particulièrement à **Clotilde Charles**, **Marine Chesnais** et **Stéphanie Pillon** qui m'ont accueillie pendant cette dernière année et qui m'ont aidée à devenir l'orthophoniste que je serai d'ici peu.

Je souhaite aussi remercier **ma famille**, mes parents, mon frère, mes grands-parents, mes cousines qui m'ont épaulée sur ces cinq années et qui m'ont toujours soutenue dans mes choix. Sans eux, je n'aurais pas géré cette année comme j'ai pu le faire.

Merci également à **mes amis** de mon village, de mon enfance et de l'école d'orthophonie. Merci pour votre soutien, merci pour votre écoute, merci pour tous ces bons moments partagés ensemble qui ont été des échappatoires, merci pour tous ces fous rires qui font du bien.

Merci aux **membres du jury** d'être présents lors de cette soutenance et d'évaluer mon travail.

Dans quelques semaines, je réaliserai enfin ce rêve, l'aboutissement de plusieurs années de travail : celui d'exercer le plus beau métier, si riche et diversifié.

SOMMAIRE :

ABRÉVIATIONS :	
INTRODUCTION :	1
CHAPITRE 1 :CONTEXTE THÉORIQUE :	2
1.1 - L'ORALITÉ	2
1.1.1 - Définition de l'oralité :.....	2
1.1.2 - Le développement de l'oralité alimentaire :.....	2
1.1.2.a - <i>L'oralité primaire</i>	2
1.1.2.b - <i>L'oralité secondaire</i> :.....	2
1.2 - LES TROUBLES DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE :	3
1.2.1 - Définition :.....	3
1.2.2 - Fréquence :.....	3
1.2.3 - Causes :.....	3
1.2.4 - Symptomatologie :.....	4
1.2.5 - Conséquences :.....	4
1.3 - LA PRISE EN SOIN INTERDISCIPLINAIRE	4
1.3.1 - Côté médical :.....	4
1.3.2 - Côté paramédical :.....	5
1.3.2.a - <i>Orthophonistes</i> :.....	5
1.3.2.b - <i>Ergothérapeutes</i> :.....	5
1.3.2.c - <i>Psychomotriciens</i> :.....	6
1.3.2.d - <i>Psychologues</i> :.....	6
1.3.2.e - <i>Kinésithérapeutes</i> :.....	6
1.3.2.f - <i>Diététiciens</i> :.....	6
1.3.3 - Côté familial : les parents.....	6
1.3.4 - La prise en charge selon les difficultés rencontrées :.....	6
1.3.4.a - <i>Difficultés d'ordre gnoso-praxique ou oro-moteur</i> :.....	7
1.3.4.b - <i>Difficultés d'ordre sensoriel</i> :.....	7
1.3.4.c - <i>Difficultés d'ordre comportemental</i> :.....	8
1.4 - LA FORMATION, L'INFORMATION ET LES DEMANDES À L'HEURE ACTUELLE :	8
1.4.1 - Les études paramédicales :.....	8
1.4.2 - Les études médicales :.....	9
CHAPITRE 2 :PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES :	10
2.1 - HYPOTHÈSES :	10
CHAPITRE 3 :MÉTHODOLOGIE EXPÉRIMENTALE :	11
3.1 - POPULATION :	11
3.2 - MATÉRIEL :	11
3.3 - PROCÉDURE :	12
3.4 - MODE DE TRAITEMENT DES DONNÉES RECUEILLIES :	13
CHAPITRE 4 :RÉSULTATS	15
4.1 - HYPOTHÈSE 1 :	15
4.1.1 - Comparaison variable « Temps » :.....	15
4.1.2 - Comparaison variable « Obtention du diplôme » :.....	16
4.1.3 - Apports qualitatifs supplémentaires.....	17
4.1.3.a - <i>Concernant l'information des professionnels</i> :.....	17

4.1.3.b - <i>Concernant la formation des professionnels</i> :	20
4.2 - HYPOTHÈSE 2 :	21
4.2.1 - Concernant l'intérêt des professionnels de santé pour ce trouble :	21
4.2.2 - Concernant la capacité des professionnels médicaux à orienter :	21
4.2.3 - Concernant la capacité des professionnels paramédicaux à recevoir :	22
4.2.4 - Apports qualitatifs supplémentaires :	23
4.2.4.a - <i>Concernant la capacité à orienter des professionnels médicaux</i> :	23
4.2.4.b - <i>Concernant la capacité à recevoir des professionnels paramédicaux</i> :	23
4.3 - HYPOTHÈSE 3 :	24
4.3.1 - Concernant les demandes de prise en soin d'un TOA :	24
4.3.2 - Apports qualitatifs supplémentaires :	24
CHAPITRE 5 :DISCUSSION	24
5.1 - INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	25
5.1.1 - Hypothèse 1 :	25
5.1.1.a - <i>Concernant l'information</i> :	25
5.1.1.b - <i>Concernant la formation</i> :	27
5.1.2 - Hypothèse 2 :	29
5.1.2.a - <i>Concernant l'intérêt</i> :	29
5.1.2.b - <i>Concernant la capacité des professionnels médicaux à orienter</i> :	29
5.1.2.c - <i>Concernant la capacité des professionnels paramédicaux à recevoir</i> :	30
5.1.3 - Hypothèse 3 :	32
5.2 - LIMITES DE L'ÉTUDE	33
5.2.1 - Limites de la population d'étude.....	33
5.2.2 - Limites de notre questionnaire.....	36
5.2.3 - Limites du site internet.....	36
5.3 - INTÉRÊT DE L'ÉTUDE ET PERSPECTIVES	36
5.3.1 - Intérêt de l'étude :	36
5.3.2 - Perspectives :	37
CHAPITRE 6 :CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE :.....	39
ANNEXES:	41

ABRÉVIATIONS :

- AMO : Acte Médical Orthophonique
- CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
- CM : Cours Magistral
- CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
- CMPR : Centre de Médecine Physique et de Réadaptation
- DIU : Diplôme Intra-Universitaire
- DOM-TOM : Département d'Outre-Mer et Territoire d'Outre-Mer
- DU : Diplôme Universitaire
- DUT : Diplôme Universitaire de Technologie
- IEM : Institut d'Education Motrice
- IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie
- IFE : Institut de Formation en Ergothérapie
- IFP : Institut de Formation en Psychomotricité
- IME : Institut Médico-Educatif
- IUT : Institut Universitaire de Technologie
- ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
- ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- QCM : Questionnaire à Choix Multiple
- RGO : Reflux Gastro-Œsophagien
- SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
- TD : Travaux dirigés
- TOA : Trouble de l'Oralité Alimentaire
- TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme
- URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

INTRODUCTION :

Les troubles de l'oralité alimentaire (TOA) rassemblent toutes les difficultés d'alimentation par voie orale qu'il s'agisse d'une absence de comportement spontané d'alimentation ou d'un refus d'alimentation (Thibault, 2017). Ils concernent entre 20 et 50% des enfants tout-venants selon la littérature et jusqu'à 80% des enfants porteurs de handicap (Bandelier, 2015). Ce trouble relativement fréquent est un motif régulier de consultation pédiatrique (Abadie, 2004).

La prise en soin des TOA est complexe (Bandelier, 2015) puisque les étiologies et la symptomatologie sont variées (Abadie, 2004) et que ces troubles ont des répercussions à la fois sur l'enfant mais aussi sur toute sa famille (Bandelier, 2015).

De nombreuses professions sont concernées par les TOA : médecin, pédiatre, psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien, psychologue... (Leblanc *et al.*, 2012). De ce fait, le bilan et la prise en charge demeurent interdisciplinaires (Bandelier, 2015).

Cependant, aujourd'hui encore, les professionnels médicaux de première ligne rencontrent des difficultés pour repérer ces troubles. Les prises en charge commencent alors plus tardivement que ce qui est recommandé. En effet, nous savons qu'une prise en soin précoce, entre 0 et 3 ans, serait bénéfique et donc à privilégier (Levavasseur, 2017).

Ces dernières années, nous pouvons souligner l'importante progression quant à la compréhension, le diagnostic ainsi que la prise en charge de ces troubles (Thibault, 2017). Par conséquent, on peut s'attendre à ce que les connaissances, les besoins et les demandes des différents acteurs dans cette prise en soin aient évolué.

Un premier état des lieux à ce sujet a été réalisé il y a dix ans par C. Gosset. Elle a montré que la plupart des professionnels de santé ne se sentaient pas assez informés (64,65%) ni formés (78,17%) et que 68,42% d'entre eux avaient déjà eu une demande concernant un TOA (Gosset, 2010).

Dix ans après, nous aimerions démontrer que les connaissances sur les TOA des professionnels de santé concernés par ces troubles se sont enrichies et que leurs besoins et leurs demandes ont évolué depuis.

Nous émettons les hypothèses que les professionnels de santé se sentent mieux informés et formés, qu'ils déclarent aujourd'hui être en mesure de recevoir et/ou orienter ces enfants et enfin qu'ils ont plus de demandes qu'il y a dix ans concernant les TOA.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE THÉORIQUE :

1.1 - L'ORALITÉ

1.1.1 - Définition de l'oralité :

Selon, Abadie (2004), l'oralité est « un terme issu du vocabulaire psychanalytique qui signifie l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche à savoir l'alimentation, la respiration, la perception, la gustation et bien sûr la communication ». L'oralité est un domaine vaste qui ne se réduit pas uniquement à l'acte de manger (Mercier, 2004). Par conséquent, plusieurs dimensions entrent en jeu ; à la fois organique, fonctionnelle, oro-motrice, sensori-motrice, psycho-affective, sociale, culturelle et éducative (Lesecq-Lambre, 2019).

Il existe ainsi une oralité verbale et une oralité alimentaire qui se mettent en place parallèlement (Don *et al.*, 2015 et Thibault 2015). Des troubles du langage peuvent alors être associés à des troubles alimentaires. Dans ce mémoire, nous nous pencherons uniquement sur l'oralité alimentaire.

1.1.2 - Le développement de l'oralité alimentaire :

1.1.2.a - L'oralité primaire

L'oralité se développe très tôt (Don *et al.*, 2015), dès la phase embryonnaire (Thibault, 2017). L'oralité primaire est dite réflexe puisqu'elle est contrôlée par le tronc cérébral (Veyssière, 2019). Entre la phase embryonnaire et la phase fœtale, de nombreuses étapes ont lieu. A la 7^{ème} semaine in utéro, la langue s'abaisse (Veyssière, 2019). Dès la 10^{ème} semaine in-utéro, on peut observer les premiers mouvements antéro-postérieurs de succion puis entre la 11^{ème} et 17^{ème} semaine in-utéro, la déglutition se met en place (Ruffier-Bourdet, 2018). Mature à partir de la 34^{ème} semaine in-utéro, la succion nutritive est coordonnée à la déglutition et à la respiration (Thibault, 2017). À la naissance, le réflexe de succion-déglutition est donc présent (Thibault, 2017) et se perfectionne pendant quelques mois (Ruffier-Bourdet, 2018).

1.1.2.b - L'oralité secondaire :

L'oralité secondaire prend le relais vers le 4^{ème} mois (Thibault, 2017) et la succion devient volontaire (Ruffier-Bourdet, 2018). À ce stade, des réseaux cérébraux corticaux permettent le passage à la cuillère au moment de la diversification alimentaire (Bandelier, 2015 ; Thibault, 2017). Cette stratégie coexiste avec l'oralité primaire de succion pendant un à deux ans ; on parle alors de double stratégie (Thibault, 2017). La praxie de mastication ne se développe qu'à partir de la deuxième année avec l'apparition des dents. Cela nécessite

Tableau 1 : Les différentes origines d'un TOA (selon Ruffier-Bourdet, 2018 ; Thibault, 2017)

<p style="text-align: center;">Fonctionnelle</p> <p style="text-align: center;"><i>« Il ne sait pas comment faire »</i></p> <p>Trouble du développement (ex. dyspraxie), trouble des praxies oro-faciales, trouble de la déglutition, prématurité, RGO (Reflux Gastro-Oesophagien), régurgitations, hypotonie....</p>	<p style="text-align: center;">Organique</p> <p style="text-align: center;"><i>« Il ne peut pas faire »</i></p> <p>Pathologie/malformation digestive, cardiaque, neurologique, ORL (Oto-Rhino-Laryngologique), anomalie congénitale ou acquise de la déglutition, pathologie de la sphère bucco-dentaire, syndrome génétique...</p>
<p style="text-align: center;">Sensorielle</p> <p style="text-align: center;"><i>« Il ne peut appréhender son environnement sensoriellement »</i></p> <p>Trouble de l'intégration sensorielle, hyper ou hyposensibilité tactile et/ou oro-faciale, TSA (Trouble du Spectre de l'Autisme), hypernauséux...</p>	<p style="text-align: center;">Comportementale</p> <p style="text-align: center;"><i>« Il ne veut pas »</i></p> <p>Difficultés relationnelle ou affective, trouble des conduites alimentaires, anorexie, phobie alimentaire, opposition, psychose...</p>

un apprentissage qui durera entre 4 et 6 ans afin de maîtriser le geste hélicoïdal (Thibault, 2017). L'oralité dentée permet la destruction des aliments et l'exploration de ceux-ci dans toutes leurs dimensions : saveurs, couleurs, odeurs, textures, préférences (Thibault, 2017).

1.2 - LES TROUBLES DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE :

1.2.1 - Définition :

Les TOA concernent 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). Ils peuvent s'exprimer par une absence de comportement spontané d'alimentation (« je ne sais pas »), un refus d'alimentation (« je ne veux pas ») ou une alimentation très sélective (« je ne peux pas ») (Leblanc, 2014 et Thibault, 2015). De plus, on peut également rencontrer des troubles psychomoteurs, sensoriels et relationnels (Leblanc, 2014).

Les troubles apparaissent le plus souvent lors d'une phase de transition dans le développement alimentaire de l'enfant (ex. lors du passage à la cuillère ou aux morceaux). On remarque donc une « cassure » lors ce développement (Leseq-Lambre, 2019).

1.2.2 - Fréquence :

Les TOA sont fréquents et peuvent toucher 20 à 50% des enfants tout-venants selon Bandelier (2015) ou 13 à 50% d'entre eux selon Ruffier-Bourdet (2018) et jusqu'à 80% des enfants présentant un handicap ou un trouble du développement (Bandelier, 2015 et Ruffier-Bourdet, 2018).

Cependant, la fréquence ainsi que le retentissement de ces troubles sont encore sous-estimés (Thibault, 2017).

1.2.3 - Causes :

Les TOA peuvent avoir de multiples origines qui peuvent être intriquées entre elles (Abadie, 2004). Il est donc parfois difficile d'en déterminer l'origine exacte (Barbier, 2014). On peut également ajouter que plus le trouble est ancien et plus il est difficile d'en comprendre sa mise en place (Levavasseur, 2017).

On retrouve des causes fonctionnelles, organiques, sensorielles et comportementales (Bourdet, 2018). Ces origines sont détaillées dans le Tableau 1.

Tableau 2 : Les différentes manifestations d'un TOA (Selon Bandelier, 2015 et Lecoufle citée par Lesecq-Lambre, 2019)

<p style="text-align: center;">Signes médicaux</p> <p>Allergies / intolérances alimentaires, RGO, œsophagite, pathologies ou malformations (neurologiques, cardiaques, digestives, métaboliques), nutrition artificielle, régurgitations, vomissements, infections bronchiques/ORL, amygdales hypertrophiques</p>	<p style="text-align: center;">Signes gnoso-praxiques ou oro-moteurs</p> <p>Difficultés de succion, difficulté lors du passage à la cuillère, fausse-route, toux à l'alimentation, difficulté d'acquisition de la mastication, bavage, hypo ou hypertonie oro-faciale, temps de tétée/repas allongé (>30min), difficultés lors des transitions, articulation imprécise, langue peu mobile sur sollicitation, fatigabilité</p>
<p style="text-align: center;">Signes sensoriels</p> <p>Hypersensibilité tactile, hypersensibilité oro-faciale, hyper-nauséux, hyposensibilité oro-faciale, porte peu les objets en bouche, évite le contact main-bouche, met tout à la bouche, mordille beaucoup, a des nausées si on approche de sa bouche, ne supporte pas qu'on lui lave le visage, n'aime pas marcher pieds nus, refuse certains aliments en fonction de leur odeur, goût, texture, ne mastique pas, avale tout rond</p>	<p style="text-align: center;">Signes psycho-comportementaux</p> <p>Refus de la nouveauté, problèmes de comportements au moment des repas, peur d'avaler, de s'étouffer, désarroi des parents, anxiété au moment des repas, sélectivité alimentaire, désintérêt pour l'alimentation, absence d'appétence orale, aversion ou phobie alimentaire, refus de manger, évitement des repas (détourne la tête, refuse d'ouvrir la bouche), forçage alimentaire, stratégies</p>

Il existe aussi des facteurs de risque pouvant mener à des TOA. On note par exemple que les enfants prématurés ainsi que ceux qui ont bénéficié d'une nutrition artificielle sont plus à risque de développer ces troubles (Leblanc, 2014).

1.2.4 - Symptomatologie :

Un TOA peut se manifester par divers symptômes (Guillerme, 2014). On repère principalement 4 catégories de signes : médicaux, gnoso-praxiques ou oro-moteurs, sensoriels et psycho-comportementaux (Bandelier, 2015 et Lecoufle citée par Lesecq-Lambre, 2019). Les différentes manifestations sont détaillées dans le Tableau 2.

Face à la pluri-symptomatologie possible dans un TOA, une prise en charge interdisciplinaire montre bien son intérêt afin que les professionnels puissent croiser leurs regards et permettre ainsi une prise en soin adaptée et efficace (Guillerme, 2014).

1.2.5 - Conséquences :

Les conséquences d'un TOA sont multiples. Si un enfant rencontre des difficultés alimentaires, c'est alors « toute la sphère de la personne et de son entourage qui est touchée » (Ruffier-Bourdet, 2018). On peut observer des retentissements sur la croissance, le développement sensori-moteur, l'état de santé général, la vie familiale et sociale (Levavasseur, 2017), mais aussi sur le développement langagier, psycho-affectif par exemple (Lesecq-Lambre, 2019).

Face à un enfant présentant un TOA, les parents se sentent « démunis » et « coupables » (Guillerme, 2014), ne pouvant remplir leur rôle de « nourriciers » (Levavasseur, 2017). Ils angoissent et culpabilisent lorsque leur enfant refuse de manger (Thibault, 2017).

1.3 - LA PRISE EN SOIN INTERDISCIPLINAIRE

Face à toutes les difficultés engendrées par un TOA, au niveau alimentaire, social, développemental et relationnel, il est urgent de prendre en charge ces enfants de manière précoce en lien avec les autres professionnels médicaux et paramédicaux susceptibles d'intervenir (Lesecq-Lambre, 2019). Chaque professionnel met en place une prise en soin spécifique afin de réinvestir cet espace buccal (Daresse-Lapendery *et al.*, 2018). Un partenariat entre tous ces professionnels montre donc un réel intérêt (Thibault, 2017).

1.3.1 - Côté médical :

Afin que la prise en charge soit précoce et la meilleure possible, il est important que les

enfants soient orientés le plus tôt possible (Lesecq-Lambre, 2019). Il en découle que les médecins généralistes et les pédiatres ont un rôle crucial dans le repérage de ces troubles. Ils doivent, par conséquent, connaître les signes d'alerte (Daresse-Lapendery *et al.*, 2018).

Le médecin ou le pédiatre doit pouvoir écarter une pathologie organique, évaluer les conséquences nutritionnelles, respiratoires et psychiques, repérer les antécédents éventuels et la phase du développement qui a été perturbée (Abadie, 2004).

Cependant, les prescripteurs (médecins et pédiatres) sont encore souvent peu formés et informés face à ces troubles (Lesecq-Lambre, 2019). Pourtant, une prise en charge précoce est nécessaire (Lesecq-Lambre, 2019).

1.3.2 - Côté paramédical :

Face à la diversité des causes, des symptômes et des conséquences pour l'enfant, de nombreux professionnels paramédicaux peuvent intervenir dans le cadre d'un TOA en coordonnant leurs savoirs : orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, kinésithérapeutes, diététiciens (Levasseur, 2017).

1.3.2.a - Orthophonistes :

Depuis une quinzaine d'années, les TOA sont de plus en plus reconnus et les orthophonistes davantage sollicités (Lesecq-Lambre, 2019 et Levasseur, 2017). L'orthophoniste est un acteur primordial dans la prévention et la prise en soin précoce de ce trouble (Bandelier, 2015). Dans la majorité des cas, c'est vers ce professionnel qu'un enfant présentant un TOA est orienté (Ruffier-Bourdet, 2018).

Il est important d'expliquer aux parents le lien entre l'oralité verbale et l'oralité alimentaire afin de réduire les risques de développer des difficultés langagières (Thibault, 2012). En effet, il est fréquent qu'un trouble du langage oral soit précédé d'un trouble de l'oralité alimentaire (Thibault, 2015).

1.3.2.b - Ergothérapeutes :

Se nourrir est une activité quotidienne essentielle à la vie, c'est pourquoi, les ergothérapeutes ont un rôle incontournable auprès des enfants ayant un TOA (Ruffier-Bourdet, 2019). L'ergothérapeute intervient dans cette prise en charge notamment pour ses compétences en intégration sensorielle, en ergonomie (ex. choix des ustensiles adaptés) et en aménagement de l'environnement (ex. posture pour manger) (Ruffier-Bourdet, 2018).

1.3.2.c - Psychomotriciens :

Le psychomotricien aide l'enfant à investir son corps dans sa globalité pour pouvoir investir sa sphère orale. Il intervient notamment pour la posture, le tonus, la stabilité lors de l'installation, le lien main-bouche, la motricité fine et l'intégration sensorielle (Veyssière, 2019).

1.3.2.d - Psychologues :

Le psychologue observe et écoute activement (ex. les non-dits, les réactions de l'enfant) (Abadie, 2004). Il prend en charge le côté psychologique associé aux troubles : anxiété lors des repas, troubles du comportement, par exemple (Daresse-Lapendery *et al.*, 2018). Le psychologue permet d'aider à traverser cette étape difficile en donnant à chacun un espace de parole (Bandelier, 2015).

1.3.2.e - Kinésithérapeutes :

Le kinésithérapeute va travailler sur la posture pendant le repas, désensibiliser la sphère orale et renforcer les capacités motrices bucco-faciales. (Daresse-Lapendery *et al.*, 2018).

1.3.2.f - Diététiciens :

Le diététicien joue également un rôle important dans cette prise en charge. Il contrôle les apports alimentaires (en terme de quantité et de qualité), donne des conseils pour l'adaptation des repas (épaississements, alimentation artificielle par exemple) et déculpabilise les parents (Bandelier, 2015 et Daresse-Lapendery *et al.*, 2018).

1.3.3 - Côté familial : les parents

Parce qu'un TOA chez un enfant touche également les parents et la fratrie, la famille doit donc être intégrée à la prise en soin (Daresse-Lapendery *et al.*, 2018). Les parents sont les partenaires de cette prise en charge qui ne peut se réaliser sans leur contribution (prise en compte des conseils, généralisation à la maison). L'acte alimentaire est pluriquotidien et familial (Lesecq-Lambre, 2019). Une guidance parentale pourra alors aider les parents à contenir leurs craintes (Daresse-Lapendery *et al.*, 2018).

1.3.4 - La prise en charge selon les difficultés rencontrées :

Tout d'abord, il est important que l'enfant soit acteur dans son alimentation. Il faut donc l'accompagner et lui proposer des expériences positives afin de réinvestir cette sphère orale

et retrouver le plaisir, le confort et la sécurité, tout en veillant à ne pas dépasser son seuil de tolérance. L'investissement des parents est également primordial (Bandelier, 2015). Ils doivent impliquer leur enfant au maximum dans les différentes étapes de l'alimentation (ex. faire les courses, participer à la préparation, sentir les préparations...). Stimuler l'intégralité des sens paraît essentiel (Bandelier, 2015).

1 . 3 . 4 . a - Difficultés d'ordre gnoso-praxique ou oro-moteur :

Concernant ces difficultés, il peut être intéressant pour l'orthophoniste de travailler en collaboration avec un kinésithérapeute ou un ergothérapeute dans le but de favoriser une bonne installation afin d'assurer un confort et une sécurité. Il est également important d'aider l'enfant à explorer sa bouche pour l'intégrer dans son schéma corporel. Différents outils peuvent être proposés : anneaux, hochets, brosse à dents 1^{er} âge. Pour cela, un psychomotricien ou un kinésithérapeute peut intervenir. Jusqu'à 4-5 mois, il est fondamental de stimuler la succion par le biais de stimulations olfactives et orales ainsi que par des gestes aidant celle-ci si nécessaire. Quand l'enfant rencontre des problèmes au moment du passage à la cuillère, nous pouvons travailler sur la mise en bouche (nécessitant un appui ferme sur la langue), mais également la fermeture buccale, le tonus et la motricité des joues et des lèvres. Afin de travailler la mastication, des outils de mastication peuvent être proposés mais également des aliments croustillants pour recevoir un feed-back auditif. Il est important de travailler aussi les mouvements latéraux de la langue et le tonus de la langue. De plus, lorsque l'enfant présente une hypotonie oro-faciale, l'orthophoniste peut stimuler la bouche en favorisant l'exploration buccale (utiliser des vibrations, mouiller le visage) et renforcer le tonus (grâce à la méthode du tapping ou de jeux buccaux) afin d'éviter le bavage. Dans le but de prévenir les fausses-routes, il est utile de montrer la bonne posture, mais aussi d'adapter les ustensiles voire les textures (épaississements avec l'intervention d'un diététicien) (Bandelier, 2015).

1 . 3 . 4 . b - Difficultés d'ordre sensoriel :

Une prise en charge conjointe avec un ergothérapeute et/ou un psychomotricien paraît intéressante dans le cadre de difficultés d'ordre sensoriel. Tous les sens peuvent être touchés. Par conséquent, il est important de suivre une certaine progression des sens sollicités mais aussi des zones sollicitées ; on parle d'approche micro-graduée (Ruffier-Bourdet, 2018). Dans le cadre d'une hypersensibilité corporelle tactile, l'enfant doit explorer différentes matières alimentaires et non alimentaires (franches, sèches, fluides, mouillées, collantes

Tableau 3 : Les différentes textures et matières non alimentaires et alimentaires (selon Leblanc *et al*, 2012)

Textures et matières non alimentaires	Textures et matières alimentaires
<p>Franches sèches : Jouets de bébé en plastique, balles plastiques dures, brosse sensorielle, dînette, tube de mastication, brosses buccales pour bébé...</p>	<p>Franches sèches : Gâteaux secs salés/sucrés, pâtes crues, fruits secs, légumes crus, sucette, chocolat en carrés...</p>
<p>Fluides : Balle pompon, plumes, coton, balle araignée, balle multicolore...</p>	<p>Fluides : Semoule, riz cru, sucre, farine, sucre glace, chocolat en poudre...</p>
<p>Mouillées : Peintures...</p>	<p>Mouillées : Ketchup, yaourt, compote, mousse au chocolat...</p>
<p>Collantes : Pâte à modeler....</p>	<p>Collantes : Pâtes et riz cuits, semoule cuite, fruits/légumes cuits, miel...</p>

reprises dans le Tableau 3) dans des activités de transvasement ou des ateliers « patouille ». Pour une hypersensibilité oro-faciale, nous devons désensibiliser cette zone à l'aide de massages (ex. comptine, protocole de désensibilisation C.Senez issu de Senez, 2015) et/ou de vibrations (ex. jouet vibrant). Lorsque l'enfant a une hyposensibilité oro-faciale, il s'agit alors de faire exister sa bouche (comme lors d'une hypotonie oro-faciale) et d'utiliser des aliments avec un goût tranché, une texture qui croustille, une température qui n'est pas neutre (aliments chauds ou très froids) et des boissons froides et/ou pétillantes (Bandelier, 2015).

1.3.4.c - Difficultés d'ordre comportemental :

La prise en charge des difficultés comportementales doit se faire en partenariat avec un psychologue afin d'aider l'enfant à retrouver une confiance en lui. Pour cela, nous pouvons aider l'enfant à faire semblant de préparer à manger, de donner à manger, de manger. L'accompagnement parental paraît essentiel à la prise en soin des TOA. Il s'agit de valoriser et renforcer les compétences des parents tout en coopérant avec eux mais aussi de les aider à déculpabiliser (Bandelier, 2015). On s'aperçoit ici que le psychologue a un rôle important dans l'accompagnement des parents (Barbier, 2014).

1.4 - LA FORMATION, L'INFORMATION ET LES DEMANDES À L'HEURE ACTUELLE :

Depuis quelques années, ces troubles sont significativement mieux pris en compte et mieux compris notamment grâce à l'interdisciplinarité (Don *et al.*, 2015). C'est pourquoi, les TOA sont aujourd'hui plus fréquents en consultation pédiatrique. On s'attend donc à ce que les demandes auprès des professionnels de santé soient plus nombreuses aujourd'hui concernant ces troubles. Enfin, les formations initiales ont aussi évolué ces dernières années.

1.4.1 - Les études paramédicales :

Depuis 2013, les études en orthophonie ont changé. Un module en formation initiale est consacré aux TOA (35 heures de CM, 60 heures de TD) (Lesecq-Lambre, 2019). La création en 2018, de l'AMO 13,5 correspondant à la « rééducation des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » montre également l'intérêt porté à ces troubles (Lesecq-Lambre, 2019). De plus, depuis quelques années, des bilans et des protocoles de rééducation orthophonique ont montré leurs bénéfices (Barbier, 2014).

Nous avons interrogé les instituts de formation en ergothérapie (IFE), en psychomotricité (IFP), en masso-kinésithérapie (IFMK), les IUT proposant un DUT « génie biologique option diététique » ainsi que les facultés de psychologie en France métropolitaine

(soit 121 écoles). Parmi les réponses que nous avons reçues, 75% des IFE, 100% des IFP, 80% des IFMK et 50% des IUT ont répondu que des cours sur les TOA étaient enseignés au sein de leur institut depuis moins de 10 ans. En revanche, la plupart des facultés de psychologie déclarent ne pas donner de cours spécifique concernant les TOA qui sont davantage abordés lors de stages en pédiatrie et lors de formations complémentaires.

On observe donc que la formation des paramédicaux concernés par les TOA a pour la plupart évolué. En effet, depuis 10 ans, nous avons pu constater qu'un certain nombre d'établissements supérieurs ont ajouté un enseignement sur ce sujet en formation initiale. De plus, de nombreuses formations continues ont vu le jour : création d'un DIU « *Troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant* » en 2013, d'un DU « *Troubles de l'oralité et de la déglutition chez l'enfant et l'adolescent* » en 2015, de formations professionnelles sur quelques jours avec différents intervenants (Levavasseur.E, Groupe Miam-Miam, Veyssière.J, Guillon.F, Lecoufle.A, Senez.C...). On s'attend donc à ce que les professionnels paramédicaux soient davantage informés et formés concernant les TOA, qu'ils y portent un réel intérêt et qu'ils doivent donc se sentir en capacité de recevoir et/ou orienter ces enfants vers d'autres professionnels selon la symptomatologie.

1.4.2 - Les études médicales :

Nous avons également contacté les 35 facultés de médecine en France métropolitaine. Les réponses sont aussi peu nombreuses. La plupart d'entre elles n'assurent pas de cours spécifiques en tronc commun (médecine générale) et les TOA sont peu abordés en spécialité pédiatrique.

Les retours des universités de médecine ne nous permettent pas de tirer la même conclusion que pour les paramédicaux. Or, les médecins généralistes et les pédiatres sont confrontés régulièrement à ces troubles puisqu'ils sont très fréquents en consultation pédiatrique (Leseq-Lambre, 2019). En effet, les difficultés alimentaires représentent 25 à 45% des motifs de consultation chez l'enfant de moins de 3 ans (Bandelier, 2015). Face à ces chiffres, les médecins et les pédiatres se sont donc informés et formés à ce sujet afin de pouvoir orienter leurs patients vers le professionnel adapté.

On s'attend donc à ce que les jeunes diplômés (depuis moins de 10 ans) se sentent mieux informés, formés et en capacité de recevoir et/ou orienter les patients présentant un TOA.

CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES :

2.1 - HYPOTHÈSES :

L'objectif du mémoire est de montrer que les connaissances sur les TOA des professionnels de santé concernés par ces troubles se sont enrichies en dix ans, que leurs besoins ont changé et leurs demandes ont également évolué. Suite à nos lectures personnelles ainsi que nos échanges avec les professionnels et les centres de formation, nous avons émis 3 hypothèses principales :

Hypothèse 1 : Les professionnels de santé concernés par les TOA sont aujourd'hui mieux informés et formés sur ces troubles qu'il y a 10 ans.

→ *Hypothèses opérationnelles* : Aux questions concernant l'information et la formation des professionnels :

- Le pourcentage de réponse positive est significativement plus élevé aujourd'hui qu'il y a 10 ans.
- Le pourcentage de réponse positive est significativement plus élevé chez les jeunes diplômés (entre 2010 et 2020) que chez les anciens diplômés (avant 2010).

Hypothèse 2 : Les professionnels de santé diplômés entre 2010 et 2020 (jeunes diplômés) se sentent davantage concernés par les TOA et déclarent donc être en mesure de recevoir et/ou orienter les patients présentant ce trouble.

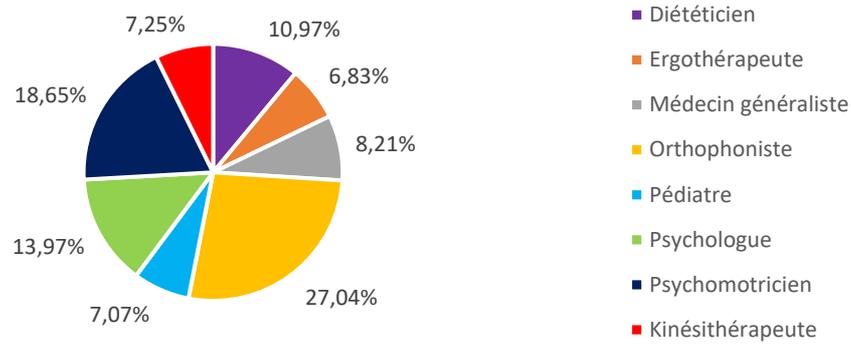
→ *Hypothèse opérationnelle* : Aux questions concernant l'intérêt des professionnels pour ce trouble et leur capacité à recevoir et/ou orienter ces patients :

- Le pourcentage de réponse positive est significativement plus élevé chez les jeunes diplômés que chez les anciens diplômés.

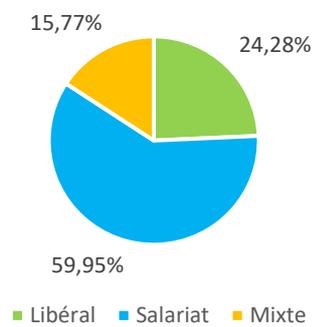
Hypothèse 3 : Les professionnels de santé rencontrent aujourd'hui plus de demandes concernant les TOA qu'il y a 10 ans.

→ *Hypothèse opérationnelle* : À la question portant sur les demandes de prise en soin concernant les TOA

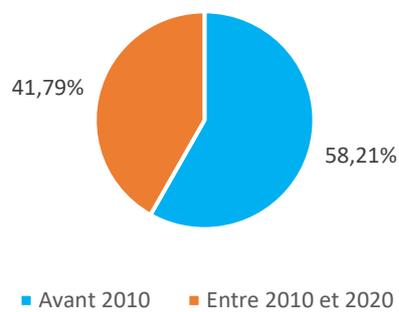
- Les professionnels de santé ont significativement plus de demandes aujourd'hui qu'il y a 10 ans.



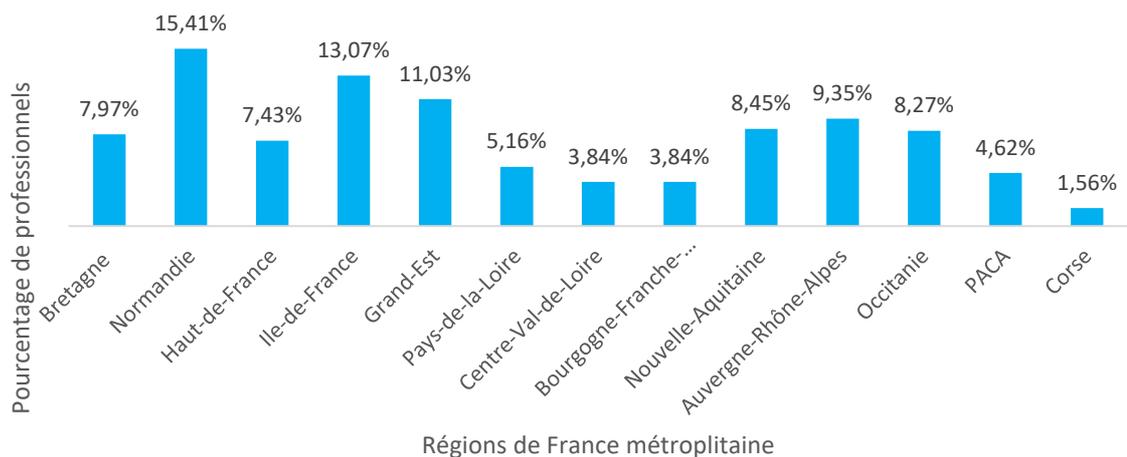
Graphique 1 : Répartition des différentes professions de l'échantillon



Graphique 2 : Répartition des professionnels selon leur type d'exercice



Graphique 3 : Répartition des professionnels selon leur année d'obtention du diplôme



Graphique 4 : Répartition des professionnels selon leur région d'exercice

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE EXPÉRIMENTALE :

3.1 - POPULATION :

L'étude s'intéresse aux professionnels médicaux et paramédicaux pouvant intervenir dans le cadre de TOA, exerçant en France métropolitaine, peu importe leur type d'exercice (libéral, salariat ou mixte). Cinq professions déjà incluses en 2010 par C.Gosset ont été à nouveau réinterrogées : pédiatres, orthophonistes, psychologues, psychomotriciens et diététiciens. De nouvelles professions ont été introduites, ayant aussi un rôle dans cette prise en soin : médecins généralistes, ergothérapeutes et kinésithérapeutes.

Il y a 10 ans, C.Gosset avait interrogé 212 professionnels de santé. Aujourd'hui, nous avons pu obtenir 1668 réponses de professionnels de santé. La répartition des différentes professions de cet échantillon est représentée dans le *Graphique 1* ; la répartition de leur type d'exercice dans le *Graphique 2*. Nous comparerons les professionnels diplômés avant 2010 (anciens diplômés) avec ceux diplômés entre 2010 et 2020 (jeunes diplômés). Leur répartition est représentée dans le *Graphique 3*. Enfin, ils doivent à ce jour exercer en France métropolitaine. Nous avons donc interrogé des professionnels exerçant dans les différentes régions de France métropolitaine qui sont représentées dans le *Graphique 4*.

3.2 - MATÉRIEL :

Afin d'interroger les différents professionnels de santé pouvant intervenir dans la prise en soin des enfants avec un TOA, nous avons créé un nouveau questionnaire (*Annexe I*). Celui-ci reprend les items du mémoire réalisé il y a dix ans par C.Gosset afin de pouvoir comparer les réponses de manière quantitative et observer une éventuelle évolution. De plus, des questions qualitatives ont été ajoutées à ce nouveau questionnaire afin d'apporter plus d'explications aux réponses fournies par les professionnels. Ce questionnaire comporte 27 questions au total. Au maximum, les professionnels paramédicaux peuvent répondre à 24 questions et les professionnels médicaux à 21 questions, cela va dépendre des réponses qu'ils apportent aux diverses questions.

Le questionnaire comporte 5 parties. Une première (« Généralités ») qui consiste à recueillir les informations concernant la profession, le type d'exercice, l'année d'obtention du diplôme et le lieu d'exercice. La seconde partie aborde l'information, la formation et l'intérêt des professionnels concernant ces troubles. La troisième partie questionne la capacité à recevoir ces patients et/ou réorienter vers d'autres professionnels. La quatrième partie évoque les demandes et l'évolution de celles-ci depuis 10 ans. Enfin, la dernière partie

concerne les remarques éventuelles et le souhait d'avoir plus d'informations à ce sujet. Les questions diffèrent selon la profession : médicale (Médecin Généraliste et Pédiatre) ou paramédicale (Diététicien, Ergothérapeute, Kinésithérapeute, Orthophoniste, Psychologue et Psychomotricien).

La majorité des questions est fermée et propose un choix binaire ou multiples selon les besoins. Nous avons le plus souvent laissé la possibilité de répondre « Autre » afin de laisser aux professionnels la possibilité d'apporter une réponse qui n'était pas parmi les propositions ou « Je ne sais pas » pour qu'ils ne sentent pas obligés de choisir parmi les propositions données. De plus, nous retrouvons 2 questions ouvertes afin d'apporter plus de précisions aux questions quantitatives. Il s'agit des questions : « Selon vous, quels sont les professionnels de santé pouvant prendre en charge ces troubles ? » intervenant en milieu de questionnaire ainsi que « Avez-vous d'autres remarques ? » clôturant le questionnaire.

3.3 - PROCÉDURE :

Notre questionnaire, anonyme, d'une durée de 6 minutes environ, a été diffusé sur la plateforme sécurisée LimeSurvey. Il a été actif du 15 octobre 2020 au 28 décembre 2020 afin de recevoir le plus de réponses possible et être ainsi représentatif de la population française. Notre objectif était d'obtenir un minimum de 100 réponses par profession. Le questionnaire a donc été clôturé dès l'objectif atteint.

Afin de le diffuser à un maximum de professionnels, nous avons commencé par contacter nos connaissances personnelles ou professionnelles. Puis, nous avons également contacté de nombreux groupes Facebook privés de professionnels (ex. « Orthophonistes France », « Psychomotriciens/Psychomotriciennes » ...), ainsi que les différents organismes de professionnels de santé : Syndicats, URPS (Unions Régionales des Professionnels de Santé), Réseau Périnatalité, PMI (Protection Maternelle et Infantile) mais également les différentes structures de toute la France : CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique), IEM (Institut d'Éducation Motrice), IME (Institut Médico-Éducatif), ITEP (Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique), CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce), SESSAD (Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile) et CMPR (Centre de Médecine Physique et de Réadaptation). Nous avons donc abordé un large public venant d'horizons différentes.

Tableau 4 : Présentation de l'échantillon de l'Hypothèse 1 en fonction des différentes hypothèses opérationnelles et selon l'information et la formation

<u>Hypothèse 1</u> « Les professionnels de santé concernés par les TOA sont aujourd'hui mieux informés et formés sur ces troubles qu'il y a 10 ans »	
<p>Hypothèse opérationnelle 1 : <i>« Aux questions concernant l'information et la formation des professionnels, le pourcentage de réponse positive est significativement plus élevé aujourd'hui qu'il y a 10 ans »</i></p>	<p>Concernant l'information :</p> <p><i>Question utilisée : « Trouvez-vous que vous êtes suffisamment informé concernant les TOA ? »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 212 professionnels de santé il y a 10 ans (C.Gosset) - 1296 professionnels de santé aujourd'hui (en excluant les médecins généralistes, les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes qui n'étaient pas présents il y a 10 ans)
	<p>Concernant la formation :</p> <p><i>Question utilisée : « Vous sentez-vous suffisamment formé sur les troubles de l'oralité alimentaire ? »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 212 professionnels de santé il y a 10 ans (C.Gosset) - 1296 professionnels de santé aujourd'hui (en excluant les médecins généralistes, les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes qui n'étaient pas présents il y a 10 ans)
<p>Hypothèse opérationnelle 2 : <i>« Aux questions concernant l'information et la formation des professionnels, le pourcentage de réponse positive est significativement plus élevé chez les jeunes diplômés que chez les anciens diplômés »</i></p>	<p>Concernant l'information (parmi les 1668 professionnels interrogés aujourd'hui :</p> <p><i>Question utilisée : « Trouvez-vous que vous êtes suffisamment informé concernant les TOA ? »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 971 anciens diplômés (avant 2010) - 697 jeunes diplômés (entre 2010 et 2020)
	<p>Concernant la formation (parmi les 1668 professionnels interrogés aujourd'hui) :</p> <p><i>Question utilisée : « Vous sentez-vous suffisamment formé sur les troubles de l'oralité alimentaire ? »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 971 anciens diplômés (avant 2010) - 697 jeunes diplômés (entre 2010 et 2020)

3.4 - MODE DE TRAITEMENT DES DONNÉES RECUEILLIES :

L'objectif de notre étude est de pouvoir montrer que les connaissances, les besoins et les demandes des professionnels de santé concernés par les TOA ont évolué depuis 10 ans. Pour cela, nous comparons les réponses issues de notre questionnaire aux réponses obtenues il y a dix ans par C.Gosset pour les 5 professions déjà incluses : pédiatres, orthophonistes, psychologues, psychomotriciens et diététiciens. Afin de pouvoir également inclure les 3 nouvelles professions (médecins généralistes, ergothérapeutes et kinésithérapeutes), nous avons trouvé une nouvelle variable allant dans le même sens, il s'agit de l'année d'obtention du diplôme. Nous avons donc séparé l'échantillon des 1668 professionnels en deux groupes : les jeunes diplômés (entre 2010 et 2020) et les anciens diplômés (avant 2010).

Nous allons reprendre l'échantillon concerné pour chaque hypothèse opérationnelle.

Hypothèse 1 (Les professionnels de santé concernés par les TOA sont aujourd'hui mieux informés et formés sur ces troubles qu'il y a 10 ans) :

- *Hypothèse opérationnelle 1* : aux questions concernant l'information et la formation des professionnels, le pourcentage de réponse positive est significativement plus élevé aujourd'hui qu'il y a 10 ans

Il s'agit ici de comparer l'échantillon d'il y a 10 ans de C.Gosset (212 professionnels) et les professionnels interrogés aujourd'hui mais uniquement ceux qui appartiennent aux professions interrogées il y a 10 ans (1296 professionnels).

- *Hypothèse opérationnelle 2* : aux questions concernant l'information et la formation des professionnels, le pourcentage de réponse positive est significativement plus élevé chez les jeunes diplômés que chez les anciens diplômés

Il s'agit alors de comparer dans l'échantillon d'aujourd'hui (1668 professionnels), les jeunes diplômés (697 professionnels) et les anciens diplômés (971 professionnels) en utilisant les mêmes questions.

Le Tableau 4 reprend les échantillons de l'hypothèse 1 de manière synthétique ainsi que les questions utilisées.

Tableau 5 : Présentation de l'échantillon de l'Hypothèse 2 selon l'intérêt et la capacité à orienter et recevoir des professionnels de santé

Hypothèse 2 « Les professionnels de santé diplômés depuis moins de 10 ans se sentent davantage concernés par les TOA et déclarent donc aujourd'hui, être en mesure de recevoir et/ou orienter les patients présentant ce trouble »	
Hypothèse opérationnelle : <i>« Aux questions concernant l'intérêt des professionnels pour ce trouble et leur capacité à recevoir et/ou orienter ces patients, le pourcentage de réponse positive est significativement plus élevé chez les jeunes diplômés que chez les anciens diplômés »</i>	<p>Concernant l'intérêt des professionnels de santé (parmi les 1668 professionnels interrogés aujourd'hui) :</p> <p><i>Question utilisée : « Pensez-vous que vous êtes concerné par ce type de prise en charge ? »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 971 anciens diplômés (avant 2010) - 697 jeunes diplômés (entre 2010 et 2020)
	<p>Concernant la capacité des professionnels médicaux à orienter les patients présentant un TOA (parmi les 255 professionnels médicaux interrogés aujourd'hui) :</p> <p><i>Question utilisée : « Savez-vous vers qui orienter un patient présentant les signes d'un TOA ? ».</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 180 anciens diplômés (avant 2010) - 75 jeunes diplômés (entre 2010 et 2020)
	<p>Concernant la capacité des professionnels paramédicaux à recevoir les patients présentant un TOA (parmi les 1413 professionnels paramédicaux interrogés aujourd'hui) :</p> <p><i>Question utilisée : « Prenez-vous ou vous sentez-vous capable de prendre en charge ce type de pathologie ? ».</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 791 anciens diplômés (avant 2010) - 622 jeunes diplômés (entre 2010 et 2020)

Hypothèse 2 (Les professionnels de santé diplômés entre 2010 et 2020 (jeunes diplômés) se sentent davantage concernés par les TOA et déclarent donc être en mesure de recevoir et/ou orienter les patients présentant ce trouble) :

- *Hypothèse opérationnelle* : aux questions concernant l'intérêt des professionnels pour ce trouble et leur capacité à recevoir et/ou orienter ces patients, le pourcentage de réponse positive est significativement plus élevé chez les jeunes diplômés que chez les anciens diplômés

Ici, il s'agit d'abord de comparer les anciens (971 professionnels) et les jeunes diplômés (697 professionnels) de l'échantillon actuel (1668 professionnels) à propos de leur intérêt concernant les TOA. Ensuite, nous comparons les professionnels médicaux parmi les 1668 interrogés selon leur année d'obtention du diplôme (180 anciens diplômés et 75 jeunes diplômés) sur leur capacité à orienter. Pour finir, nous comparons les professionnels paramédicaux parmi les 1668 professionnels selon leur année d'obtention également (791 anciens diplômés et 622 jeunes diplômés) sur leur capacité à recevoir les patients avec un TOA.

Le Tableau 5 reprend alors les différents échantillons selon les différentes informations recherchées dans l'hypothèse opérationnelle ainsi que les questions utilisées.

Hypothèse 3 (Les professionnels de santé rencontrent aujourd'hui plus de demandes concernant les TOA qu'il y a 10 ans) :

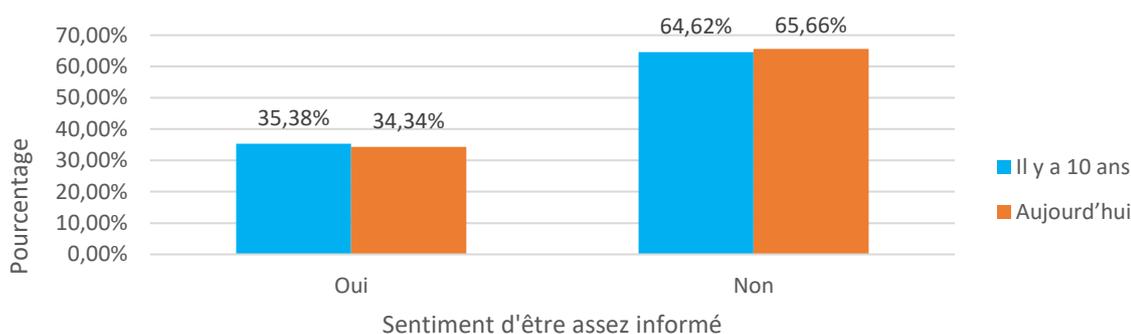
- *Hypothèse opérationnelle* : aux questions portant sur les demandes de prise en soin concernant les TOA, les professionnels de santé ont significativement plus de demandes aujourd'hui qu'il y a 10 ans

Nous comparons, dans ce cas, l'évolution des demandes concernant les TOA entre l'échantillon de C.Gosset il y a 10 ans (212 professionnels) avec les 1296 professionnels interrogés aujourd'hui (échantillon qui exclut les 3 nouvelles professions ajoutées).

Le Tableau 6 sur la page suivante reprend l'échantillon utilisé lors de l'hypothèse 3 ainsi que la question utilisée.

Tableau 6 : Présentation de l'échantillon de l'Hypothèse 3 selon les demandes

Hypothèse 3 « Les professionnels de santé rencontrent aujourd'hui plus de demandes concernant les TOA qu'il y a 10 ans »	
<p>Hypothèse opérationnelle :</p> <p><i>« Aux questions portant sur les demandes de prise en soin concernant les TOA, les professionnels de santé ont significativement plus de demandes aujourd'hui qu'il y a 10 ans »</i></p>	<p>Concernant les demandes :</p> <p><i>Question utilisée : « Avez-vous déjà eu des demandes concernant des TOA ? »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 212 professionnels de santé il y a 10 ans (C.Gosset) - 1296 professionnels de santé aujourd'hui (en excluant les médecins généralistes, les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes qui n'étaient pas présents il y a 10 ans)



Graphique 5 : Sentiment des professionnels de santé d'être suffisamment informé sur les TOA selon le temps (p = 0,77 ; non significatif)

En somme, nous avons donc utilisé des statistiques descriptives mais aussi inférentielles afin de vérifier si l'année d'obtention du diplôme ainsi que le facteur temps, c'est-à-dire, 10 ans plus tard, avaient un impact sur les connaissances, les besoins ainsi que les demandes chez les professionnels de santé concernant les TOA. Nous avons extrait deux variables qualitatives :

- **Variable 1** : Obtention du diplôme = Avant 2010 (anciens diplômés : 971 professionnels) / Entre 2010 et 2020 (jeunes diplômés : 697 professionnels)
- **Variable 2** : Temps = Il y a 10 ans (212 professionnels) / Aujourd'hui (1668 professionnels)

En ce qui concerne notre analyse descriptive sur le logiciel Excel, nous avons comparé des répartitions c'est-à-dire, des pourcentages puis au niveau inférentiel, nous avons utilisé, sur le logiciel Biostatgv, le test non paramétrique du Khi 2 qui permet de tester l'indépendance entre deux variables qualitatives. On considère que le résultat est significatif lorsque $p \leq 0,05$ et cela veut dire que les deux variables sont dépendantes l'une de l'autre. Dans le cas contraire, si $p > 0,05$, cela n'est pas significatif et donc aucun lien de dépendance entre les variables n'est prouvé.

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

4.1 - HYPOTHÈSE 1 :

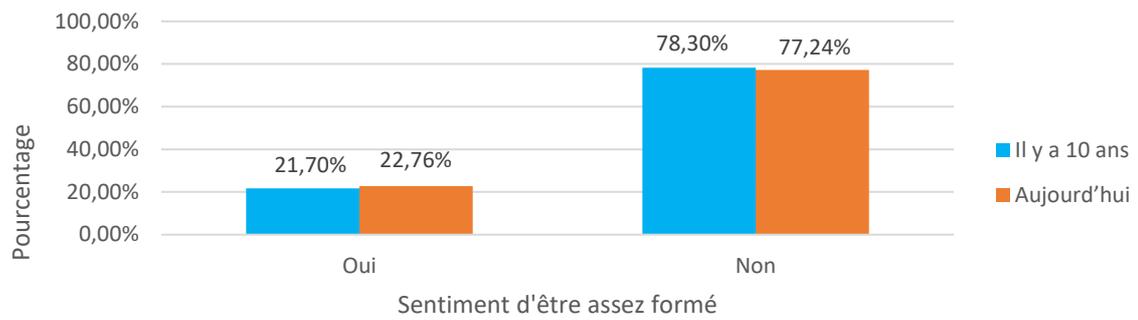
Les professionnels de santé concernés par les TOA sont aujourd'hui mieux informés et formés sur ces troubles qu'il y a 10 ans.

4.1.1 - Comparaison variable « Temps » :

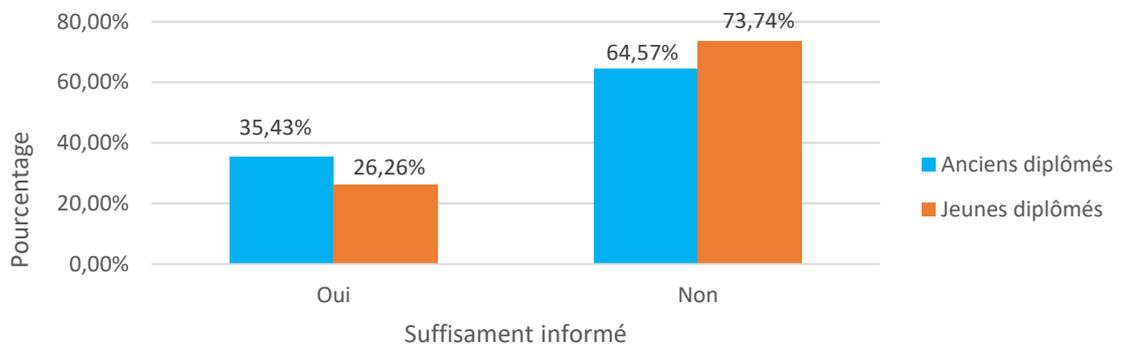
Nous émettons l'hypothèse que : « *Le pourcentage de réponse positive est significativement plus élevé aujourd'hui qu'il y a 10 ans* ».

Nous allons donc dans un premier temps comparer le sentiment d'être suffisamment informé chez les professionnels de santé aujourd'hui par rapport à il y a 10 ans. Les deux échantillons concernés sont les 212 professionnels interrogés il y a 10 ans et les 1296 d'aujourd'hui (excluant les professionnels de notre population non interrogés il y a 10 ans).

Il y a dix ans, les professionnels de santé estimaient être suffisamment informés pour 35,38% (75) d'entre eux et 64,62% (137) pensaient manquer d'informations. Aujourd'hui, les professionnels de santé estiment être suffisamment informés pour 34,34% (445) d'entre eux contre 65,66% (851) qui pensent manquer d'informations. Ces résultats sont repris dans le Graphique 5. Nous avons donc utilisé le test du Khi 2 afin de voir si la différence entre les deux résultats était significative. Le résultat ($p = 0,77$) est non significatif ce qui signifie



Graphique 6 : Sentiment des professionnels de santé d'être suffisamment formé sur les TOA selon le temps ($p = 0,73$; non significatif)



Graphique 7 : Sentiment des professionnels de santé d'être suffisamment informé sur les TOA selon l'année d'obtention du diplôme ($p = 7,06^{-5*}$; significatif)

que **les professionnels de santé ne se sentent pas mieux informés aujourd'hui qu'il y a 10 ans** toute profession confondue.

Dans un second temps, nous allons comparer le sentiment d'être suffisamment formé chez les professionnels de santé aujourd'hui par rapport à il y a 10 ans. Il s'agit donc du même échantillon.

Il y a 10 ans, les professionnels de santé estimaient dans 21,70% (46) des cas être suffisamment formés et dans 78,30% (166) ne pas être suffisamment formés. Aujourd'hui, 22,76% (295) estiment être suffisamment formés et 77,24% (1001) pensent ne pas être suffisamment formés. Ces résultats sont représentés dans le *Graphique 6*.

Nous avons également utilisé le test du Khi 2 afin de voir si la différence entre les deux résultats était significative. Le résultat ($p = 0,73$) est non significatif ce qui signifie que **les professionnels de santé ne se sentent pas mieux formés aujourd'hui qu'il y a 10 ans** toute profession confondue.

4.1.2 - Comparaison variable « Obtention du diplôme » :

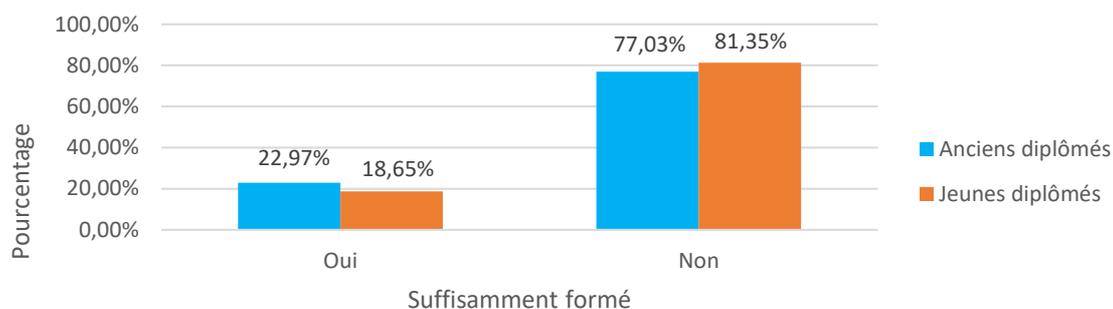
Nous avons émis l'hypothèse : « *Le pourcentage de réponse positive est plus élevé chez les jeunes diplômés que chez les anciens diplômés* ».

Nous allons donc comparer, dans un premier temps, le sentiment d'être suffisamment informé chez les jeunes diplômés (entre 2010 et 2020) et chez les anciens diplômés (avant 2010). Les deux échantillons concernés sont les 697 jeunes diplômés et les 971 anciens diplômés. Il ne s'agit que de professionnels interrogés aujourd'hui (parmi les 1668).

Les anciens diplômés se sentent suffisamment informés dans 35,43% (344) des cas et non suffisamment informés chez 64,57% (627) d'entre eux. Quant aux jeunes diplômés, ils se sentent suffisamment informés pour 26,26% (183) d'entre eux et non suffisamment informés pour 73,74% (514) d'entre eux. Ces résultats sont repris dans le *Graphique 7*.

Nous avons aussi utilisé le test du Khi 2 afin de voir si la différence entre les deux résultats était significative. Le résultat ($p = 7,06^{-5*}$) est significatif ce qui signifie que **les anciens diplômés se sentent significativement mieux informés que les jeunes diplômés** toute profession confondue.

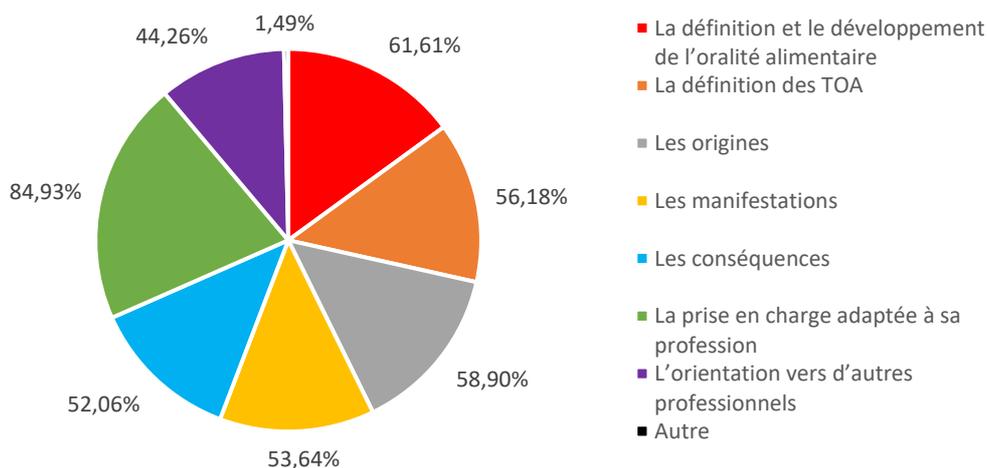
Nous allons maintenant comparer le sentiment d'être suffisamment formé chez les jeunes diplômés et chez les anciens diplômés. Il s'agit donc du même échantillon.



Graphique 8 : Sentiment des professionnels de santé d’être suffisamment formé sur les TOA selon l’année d’obtention du diplôme ($p = 0,03^*$; significatif)

Tableau 7 : Répartition des résultats concernant le sentiment d’être suffisamment formé selon l’année d’obtention du diplôme chez les orthophonistes (incluant le résultat au test du Khi 2)

	Jeunes diplômés	Anciens diplômés	Khi 2
Orthophonistes	Oui : 45,81% (82) Non : 54,19% (97)	Oui : 35,29% (96) Non : 64,71% (176)	$p = 0,03^*$



Graphique 9 : Domaines dans lesquels les professionnels de santé estiment manquer d’informations

Les anciens diplômés estiment dans 22,97% (223) des cas être suffisamment formés sur les TOA et dans 77,03% (748) ne pas être suffisamment formés. Les jeunes diplômés, eux, pensent être suffisamment formés chez 18,65% (130) d'entre eux et ne pas être suffisamment formés dans 81,35% (567) des cas. Ces résultats sont visibles dans le Graphique 8.

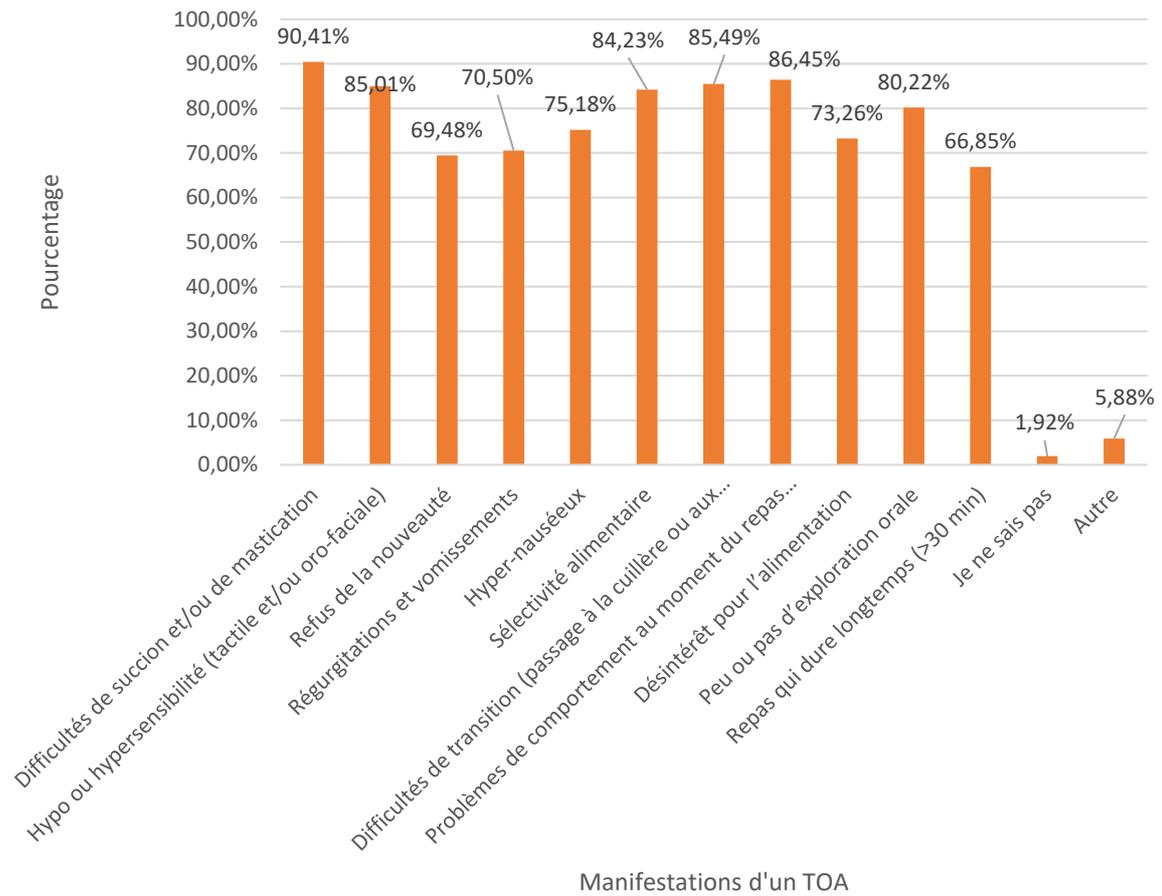
Nous donc également utilisé le test du Khi 2. Le résultat ($p = 0,03^*$) est significatif ce qui signifie que **les anciens diplômés se sentent significativement mieux formés que les jeunes diplômés** toute profession confondue. Cependant, nous pouvons observer que les orthophonistes diplômés entre 2010 et 2020 donc considérés comme jeunes diplômés se sentent significativement mieux formés sur les TOA. Le Tableau 7 reprend ces résultats obtenus pour les orthophonistes avec le test du Khi 2. Chez les autres professionnels de santé, on ne retrouve pas de différence significative en faveur des jeunes diplômés concernant le sentiment d'être suffisamment formé par rapport aux anciens diplômés c'est-à-dire avant 2010.

4.1.3 - Apports qualitatifs supplémentaires

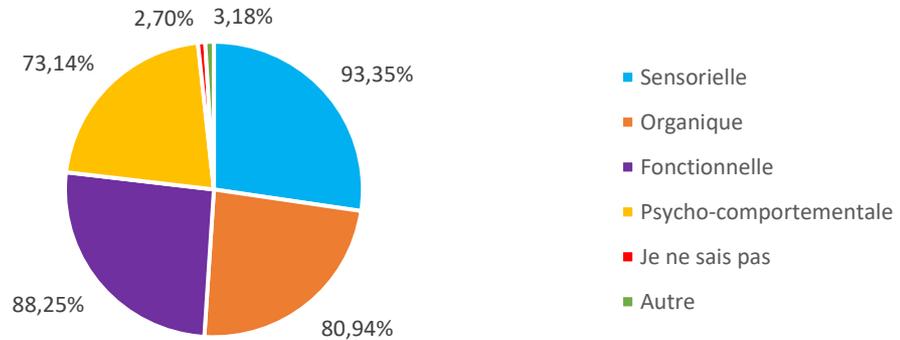
4.1.3.a - Concernant l'information des professionnels :

La plupart des professionnels de santé toute profession confondue et peu importe leur année d'obtention du diplôme ne se sentent pas suffisamment informés. Nous les avons donc interrogés afin de mieux cerner leurs manques : 84,93% des professionnels estiment manquer d'informations sur la prise en charge adaptée à leur profession, 61,61% sur la définition et le développement de l'oralité alimentaire, 58,90% sur les origines, 56,18% sur la définition des TOA, 53,64% sur les manifestations, 52,06% sur les conséquences et 44,26% sur l'orientation vers d'autres professionnels. Enfin, une proposition ouverte « Autre » a été choisie par 1,49% des professionnels. Parmi leurs réponses, on retrouve le manque d'informations sur les prises en charge conjointes, sur les prises en charge des autres professionnels par exemple. Ces résultats sont repris dans le Graphique 9.

Nous avons également voulu savoir selon eux, la définition qu'ils donneraient aux TOA. Nous avons proposés plusieurs manifestations qui semblent être connues des professionnels puisque : 90,41% ont choisi des difficultés de succion et/ou de mastication, 86,45% des problèmes de comportement au moment des repas (anxiété, pleurs, colère...), 85,49% des difficultés de transition (passage à la cuillère ou aux morceaux), 85,01% une hypo ou hypersensibilité (tactile et/ou oro-faciale), 84,23% une sélectivité alimentaire, 80,22% peu ou pas d'exploration orale (enfant qui ne porte pas les objets à sa bouche),



Graphique 10 : Manifestations possibles d'un TOA selon les professionnels de santé

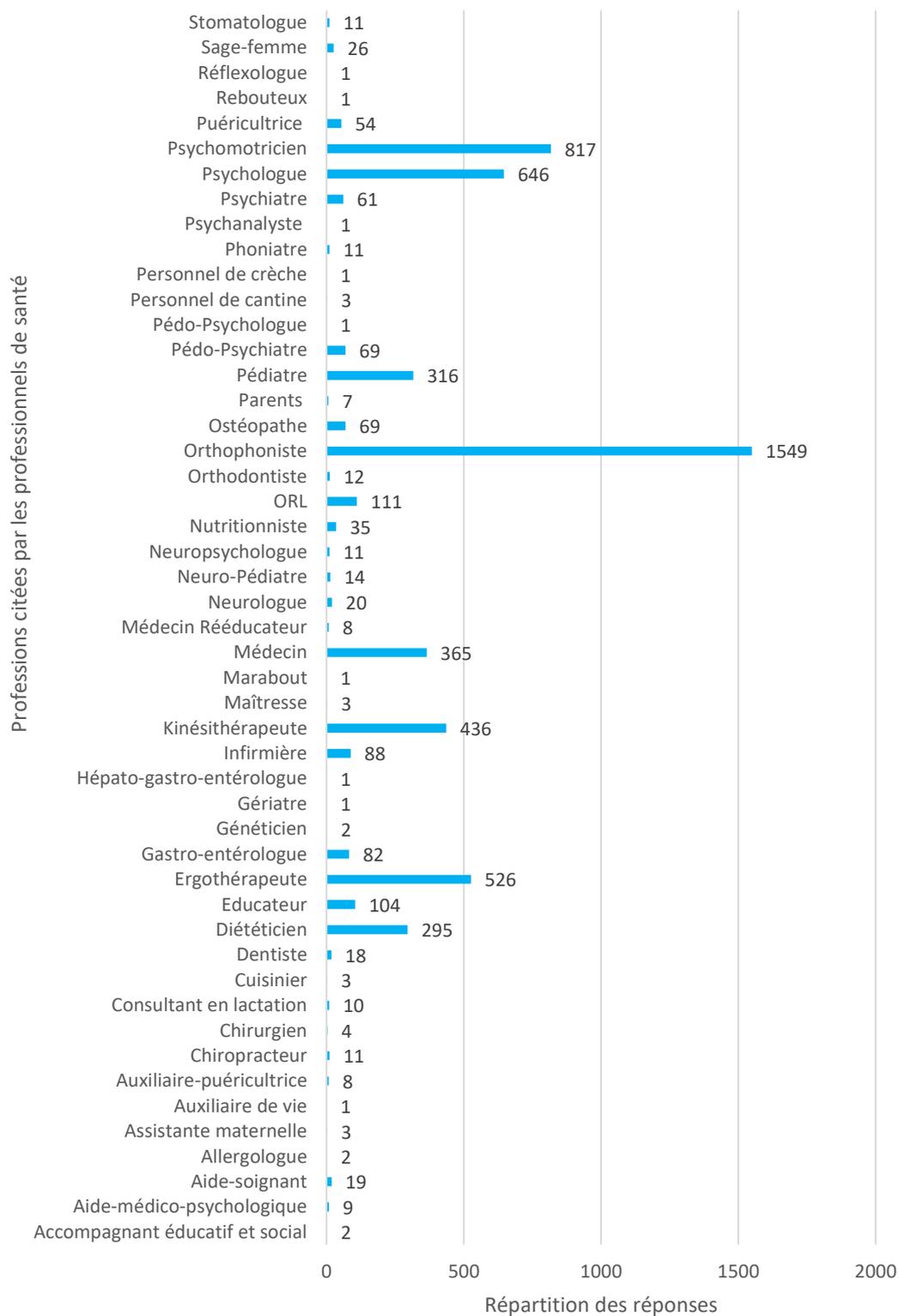


Graphique 11 : Origines possibles pour un TOA selon les professionnels de santé

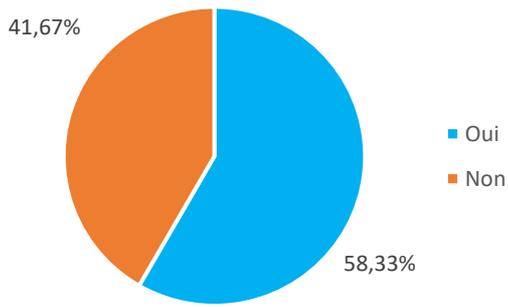
75,18% un hyper-nauséux, 70,50% des régurgitations et vomissements, 69,48% un refus de la nouveauté et 66,85% un repas qui dure longtemps (>30 minutes). De plus, 1,92% des professionnels ont choisi « Je ne sais pas » et 5,88% « Autre ». Parmi leurs propositions, on retrouve d'autres signes gnoso-praxiques ou oro-moteurs (ex. trouble de la déglutition, toux, fausses-routes), sensoriels (ex. refus de certaines textures ou températures, touche tous les objets), psycho-comportementaux (ex. besoin d'être distrait, absence d'appétit ou de plaisir) et médicaux (ex. RGO, courbe de poids trop basse). On retrouve ces résultats dans le Graphique 10.

Nous avons aussi interrogé les professionnels sur leurs connaissances quant aux origines possibles d'un TOA. 93,35% des professionnels de santé estiment qu'un TOA peut avoir une origine sensorielle, 88,25% une origine fonctionnelle, 80,94% une origine organique, 73,14% une origine psycho-comportementale, 2,70% ne savent pas et 3,18% ont proposé une autre réponse mais qui pouvaient être classées parmi ces 4 origines. Ces résultats sont représentés dans le Graphique 11.

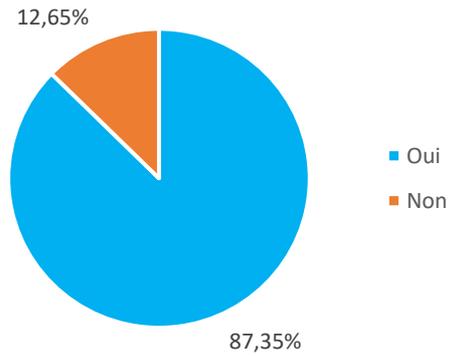
Ensuite, nous avons aussi questionné les professionnels de santé, sous forme d'une question ouverte dans le but de n'exclure aucune profession, afin de savoir selon eux, quelles étaient les différentes professions pouvant prendre en charge les TOA. Nous avons donc analysé les 1668 réponses. De nombreuses professions ont été citées : orthophoniste (1549x), psychomotricien (817x), psychologue (646x), ergothérapeute (526x), kinésithérapeute (436x), médecin (365x), pédiatre (316x), diététicien (295x), ORL (111x), éducateur (104x), infirmière (88x), gastro-entérologue (82x), ostéopathe (69x), pédo-psychiatre (69x), psychiatre (61x), puéricultrice (54x), nutritionniste (35x), sage-femme (26x), neurologue (20x), aide-soignant (19x), dentiste (18x), neuro-pédiatre (14x), orthodontiste (12x), chiropracteur (11x), neuropsychologue (11x), phoniatre (11x), stomatologue (11x), consultant en lactation (10x), aide-médico-psychologique (9x), auxiliaire-puéricultrice (8x), médecin rééducateur (8x), parents (7x), chirurgien (4x), assistante maternelle (3x), cuisinier (3x), maîtresse (3x), personnel de cantine (3x), accompagnant éducatif et social (2x), allergologue (2x), généticien (2x), auxiliaire de vie (1x), gériatre (1x), hépato-gastro-entérologue (1x), marabout (1x), pédo-psychologue (1x), personnel de crèche (1x), psychanalyste (1x), rebouteux (1x) et réflexologue (1x). Ces résultats sont représentés dans le Graphique 12 sur la page suivante.



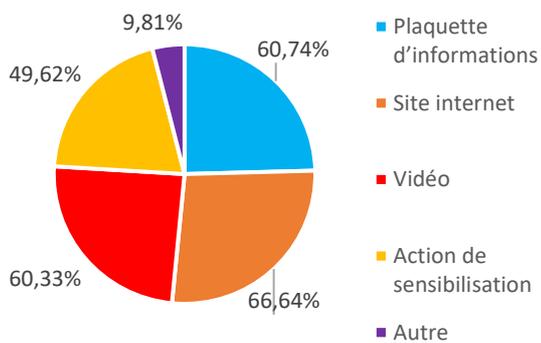
Graphique 12 : Répartition des professions concernées par les TOA selon les professionnels de santé



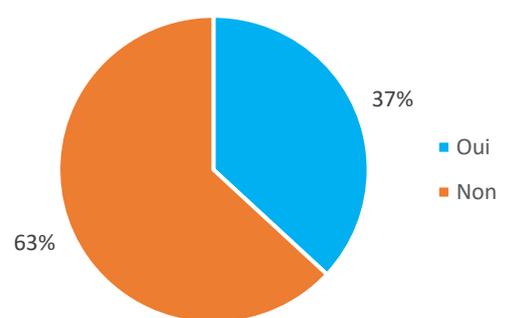
Graphique 13 : Sentiment de connaître le rôle des différents professionnels de santé intervenant dans le cadre d'un TOA



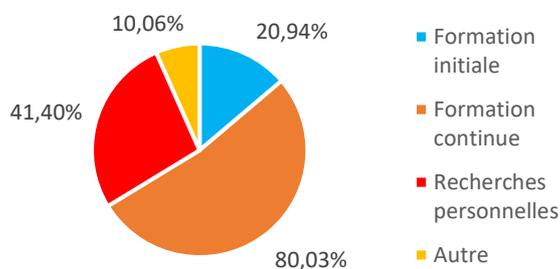
Graphique 14 : Souhait d'avoir davantage d'informations sur les TOA



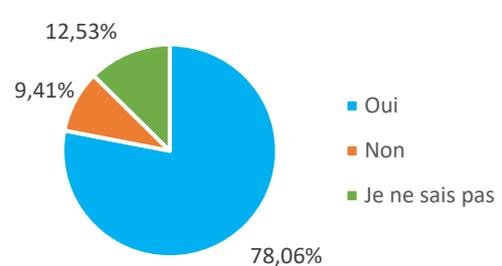
Graphique 15 : Choix du support d'informations selon les professionnels de santé



Graphique 16 : Professionnels de santé ayant déjà bénéficié d'une formation sur les TOA



Graphique 17 : Cadre de la formation reçue pour les professionnels ayant déjà bénéficié d'une formation sur les TOA



Graphique 18 : Professionnels souhaitant une formation sur les TOA

Puis, nous leur avons demandé s'il avait le sentiment de connaître le rôle des différents professionnels pouvant intervenir dans le cadre d'un TOA. 58,33% d'entre eux ont répondu favorablement contre 41,67% négativement. Ces résultats sont retrouvés sur le Graphique 13.

Enfin, nous les avons questionnés sur leur souhait d'avoir davantage d'informations concernant les TOA. On remarque que 87,35% des professionnels de santé interrogés souhaiteraient avoir plus d'informations à ce sujet et 12,65% des professionnels de santé ne sont pas intéressés. Ces résultats sont représentés sur le Graphique 14.

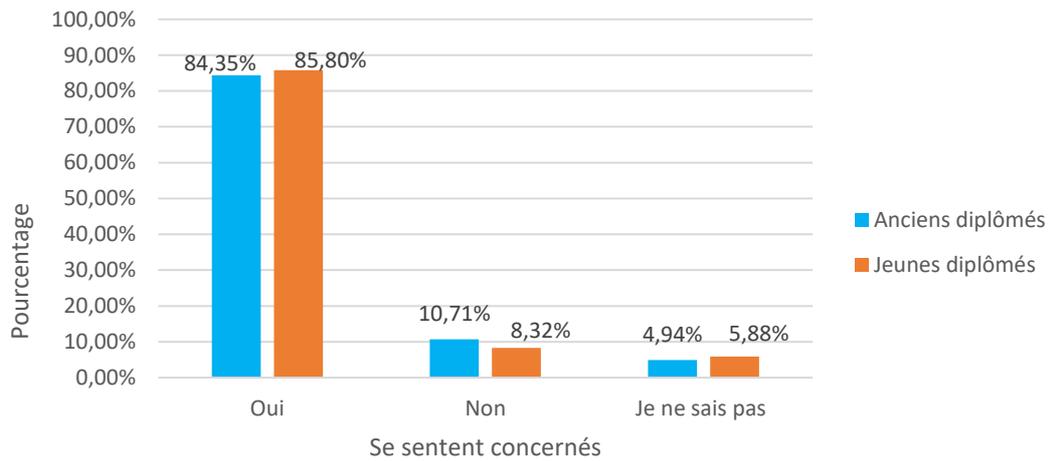
Pour finir, nous leur avons laissé le choix du support d'informations. Parmi les réponses, 66,64% des professionnels ont voté pour un site internet, 60,74% pour une plaquette d'informations, 60,33% pour une vidéo et 49,62% pour une action de sensibilisation. 9,81% ont coché la proposition ouverte « Autre » en proposant une formation, une intervention, un temps d'échange, un podcast, des rencontres pluridisciplinaires, des écrits scientifiques, des conférences/congrès... On retrouve ces résultats sur le Graphique 15. Au vu des réponses, nous avons choisi d'élaborer un site internet ayant pour but de pallier le manque d'informations.

4.1.3.b - Concernant la formation des professionnels :

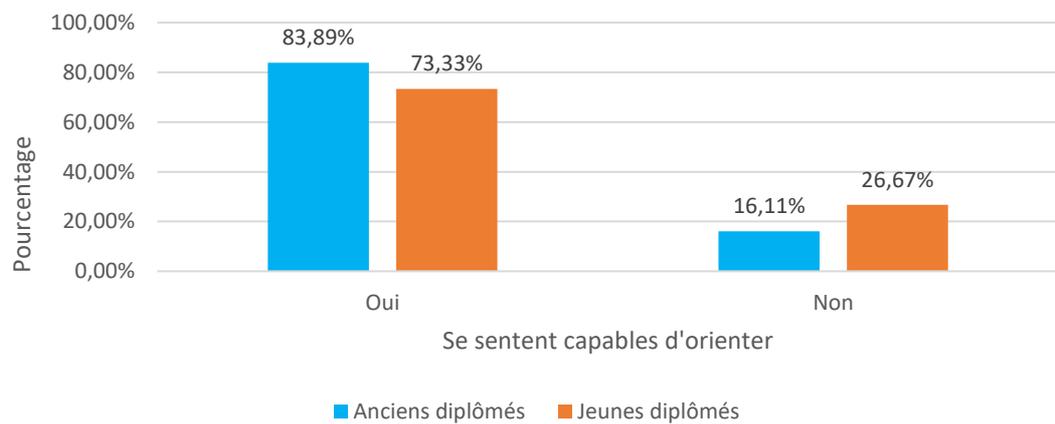
Nous avons demandé aux professionnels de santé s'ils avaient déjà bénéficié d'une formation sur les TOA. 36,93% des professionnels ont répondu favorablement et 63,07% négativement. Les résultats sont représentés sur le Graphique 16.

Parmi ceux ayant déjà bénéficié d'une formation, 80,03% ont été informés pendant une formation continue, 41,40% lors de recherches personnelles, 20,94% lors de leur formation initiale et 10,06% ont proposé une autre réponse (ex. sensibilisation par un autre professionnel). Ces résultats figurent sur le Graphique 17.

Enfin, nous avons questionné tous les professionnels de santé afin de savoir s'ils étaient intéressés par une formation portant sur les TOA. 78,06% des professionnels aimeraient en avoir une, 9,41% ne souhaitent pas de formation et 12,53% ne savent pas. Ces résultats sont reportés sur le Graphique 18.



Graphique 19 : Sentiment des professionnels de santé de se sentir concernés pas les TOA
($p = 0,21$; non significatif)



Graphique 20 : Capacité des professions médicaux à orienter les patients avec un TOA
($p = 0,051$; non significatif)

4.2 - HYPOTHÈSE 2 :

Les professionnels de santé diplômés entre 2010 et 2020 (jeunes diplômés) se sentent davantage concernés par les TOA et déclarent donc être en mesure de recevoir et/ou orienter les patients présentant ce trouble.

4.2.1 - Concernant l'intérêt des professionnels de santé pour ce trouble :

Nous avons émis l'hypothèse : « *Le pourcentage de réponse positive est significativement plus élevé chez les jeunes diplômés que chez les anciens diplômés* ».

Nous allons donc comparer deux échantillons : les anciens diplômés (971 professionnels) et les jeunes diplômés (697 professionnels) sur leur intérêt aujourd'hui concernant les TOA.

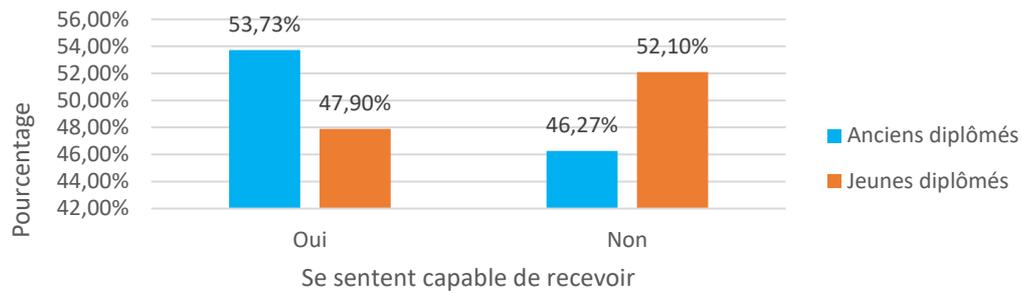
84,35% (819) des anciens diplômés déclarent être concernés par les TOA, 10,71% (104) déclarent ne pas se sentir concernés et 4,94% (48) ont répondu « Je ne sais pas ». En ce qui concerne les jeunes diplômés, 85,80% (598) se sentent concernés, 8,32% (58) ne se sentent pas concernés et 5,88% (41) ne savent pas. Ces résultats sont repris dans le Graphique 19.

Nous avons donc utilisé le test du Khi 2 afin de voir si la différence entre les deux résultats était significative. Le résultat ($p = 0,21$) est non significatif ce qui signifie que **les jeunes diplômés ne se sentent pas davantage concernés que les anciens diplômés** toute profession confondue. On note cependant, que toute profession confondue et peu importe l'année d'obtention du diplôme, tous les professionnels de santé interrogés se sentent très concernés par les TOA.

4.2.2 - Concernant la capacité des professionnels médicaux à orienter :

Nous avons émis l'hypothèse : « *Le pourcentage de réponse positive est significativement plus élevé chez les jeunes diplômés que chez les anciens diplômés* ».

Nous avons ici interrogé les médecins généralistes et les pédiatres et nous allons comparer les deux échantillons suivants : les anciens diplômés (180 professionnels) et les jeunes diplômés (75 professionnels) sur leur capacité à orienter les patients présentant un TOA. Parmi les anciens diplômés, 83,89% (151) des professionnels médicaux se sentent capables d'orienter les patients présentant un TOA contre 16,11% (29) qui ne s'en sentent pas capable. Chez les jeunes diplômés, ce sont 73,33% (55) qui se sentent capables d'orienter et 26,67% (20) qui s'en sentent incapables. Ces résultats sont représentés dans le Graphique 20.



Graphique 21 : Capacité des professionnels paramédicaux à recevoir les patients présentant un TOA ($p = 0,03^*$; significatif)

Tableau 8 : Répartition des résultats concernant la capacité à recevoir des patients avec un TOA selon l'année d'obtention du diplôme chez les orthophonistes (incluant le résultat au test du Khi 2)

	Jeunes diplômés	Anciens diplômés	Khi 2
Orthophonistes	Oui : 73,74% (132) Non : 26,26% (47)	Oui : 63,60% (173) Non : 36,40% (99)	$p = 0,02^*$

Nous avons également utilisé le test du Khi 2. Le résultat ($p = 0,051$) est non significatif ce qui signifie que **les professionnels médicaux** (médecins généralistes et pédiatres) **jeunes diplômés ne se sentent pas davantage capables d'orienter les enfants présentant un TOA que les professionnels médicaux anciens diplômés**. On observe cependant que les professionnels médicaux interrogés se sentent dans la plupart des cas capables d'orienter et ce, peu importe l'année d'obtention du diplôme.

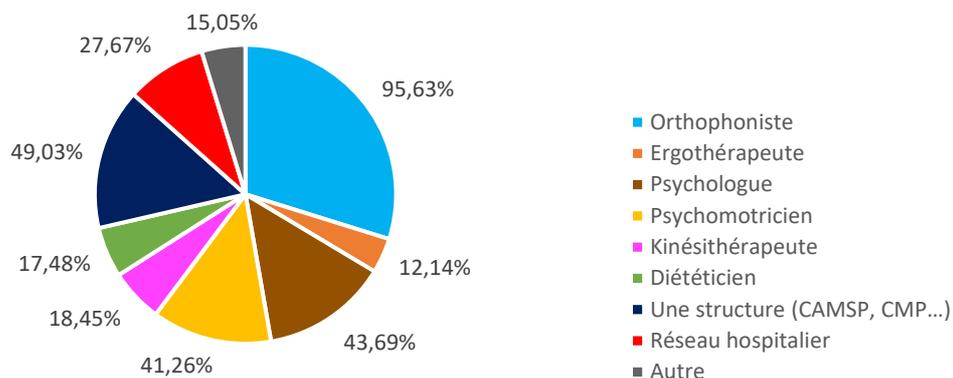
4.2.3 - Concernant la capacité des professionnels paramédicaux à recevoir :

Nous avons émis l'hypothèse : « *Le pourcentage de réponse positive est significativement plus élevé chez les jeunes diplômés que chez les anciens diplômés* ».

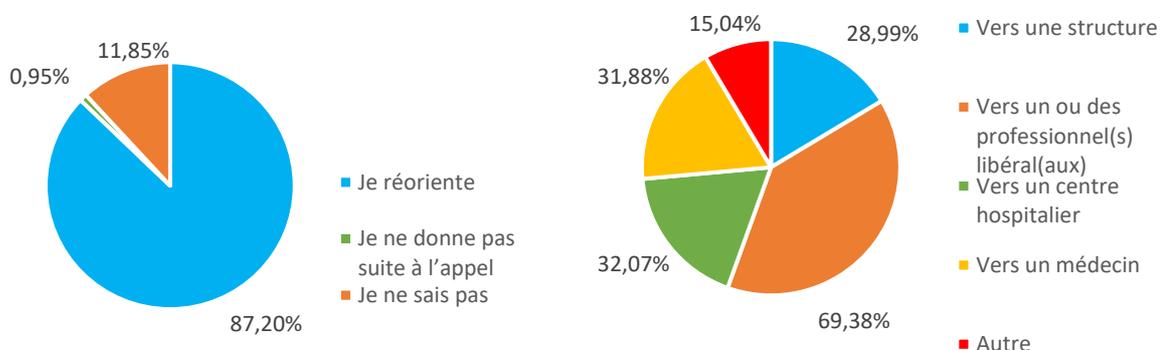
Dans ce cas, nous avons interrogé tous les professionnels paramédicaux (diététiciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues et psychomotriciens). Nous comparerons l'échantillon des professionnels paramédicaux considérés comme anciens diplômés (791 professionnels) avec l'échantillon des professionnels paramédicaux jeunes diplômés (622 professionnels) sur leur capacité à recevoir un patient avec un TOA. Parmi les anciens diplômés, 53,73% (425) des professionnels paramédicaux se sentent capables de recevoir un patient avec un TOA contre 46,27% (366) qui ne se sentent pas capables. En ce qui concerne les jeunes diplômés, 47,90% (298) se sentent capables de recevoir et 52,10% (324) ne s'en sentent pas capables. Ces résultats sont imagés sur le Graphique 21.

Le test du Khi 2 a été utilisé. Le résultat ($p = 0,03^*$) est significatif ce qui signifie ici que **les professionnels paramédicaux anciens diplômés se sentent davantage capables de recevoir les patients présentant un TOA que les professionnels paramédicaux jeunes diplômés**.

En revanche, lorsque nous regardons chaque profession paramédicale individuellement, nous pouvons observer que chez les orthophonistes, les professionnels diplômés entre 2010 et 2020 (jeunes diplômés) se sentent significativement plus capables de recevoir les patients présentant un TOA par rapport aux orthophonistes diplômés avant 2010 (anciens diplômés). Ces résultats sont repris dans le Tableau 8. En ce qui concerne les autres professions, il n'y a pas de différence significative.

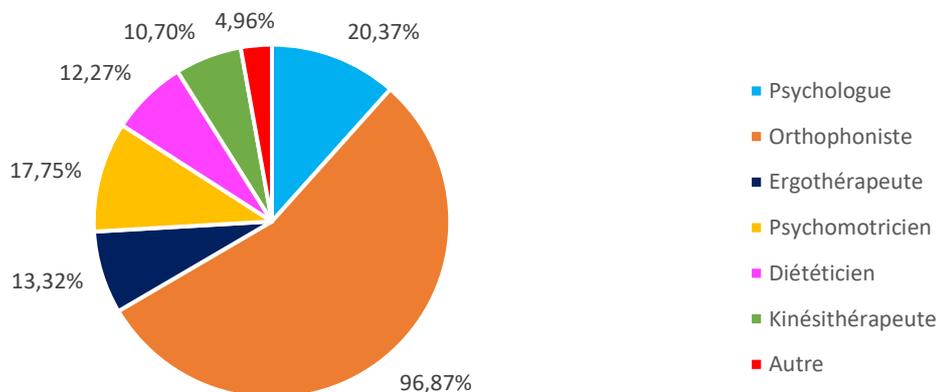


Graphique 22 : Orientation des professionnels médicaux lorsqu'ils reçoivent un patient présentant un TOA



Graphique 23 : Action effectuée par un professionnel paramédical lorsqu'il ne se sent pas capable de recevoir

Graphique 24 : Réorientation des professionnels paramédicaux quand ils se sentent pas capables de recevoir



Graphique 25 : Réorientation des professionnels paramédicaux vers d'autres professionnels libéraux lorsqu'ils ne se sentent pas capables de recevoir

4.2.4 - Apports qualitatifs supplémentaires :

4.2.4.a - Concernant la capacité à orienter des professionnels médicaux :

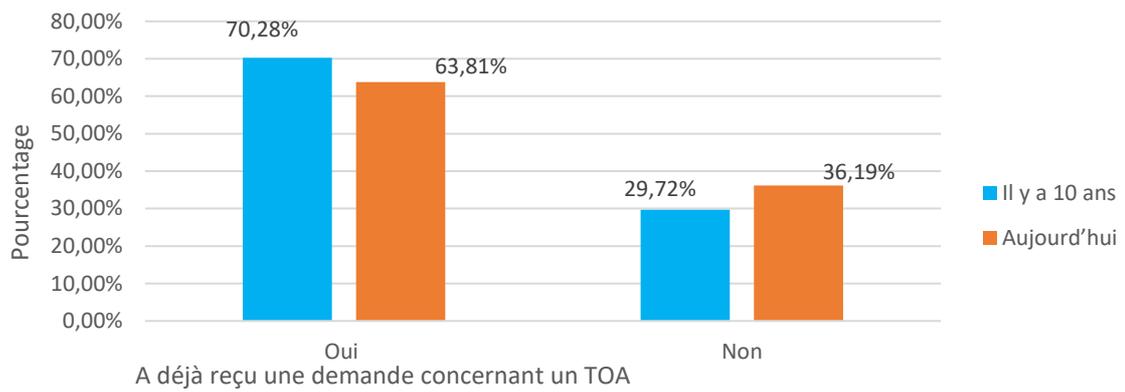
La plupart des professionnels médicaux se sentent capables d'orienter les patients présentant un TOA (80,78%), 70,80% pour les médecins généralistes et 92,37% pour les pédiatres. Afin d'en savoir davantage, nous leur avons demandé vers quels professionnels ces médecins généralistes ou pédiatres orientent les enfants avec un TOA. Parmi leurs réponses, nous observons que la plupart des professionnels médicaux orientent vers un orthophoniste (95,63%), mais également beaucoup vers un psychologue (43,69%), un psychomotricien (41,26%) ou une structure (CAMSP, CMP...) (49,03%). Ils orientent un peu moins vers un réseau hospitalier (27,67%) et encore moins vers un kinésithérapeute (18,45%), un diététicien (17,48%) ou un ergothérapeute (12,14%). De plus, 15,05% des professionnels médicaux ont choisi la proposition « Autre » et ont évoqué un ORL, un gastro-pédiatre, un professionnel formé proche au niveau géographique... Ces résultats sont représentés dans la Graphique 22.

4.2.4.b - Concernant la capacité à recevoir des professionnels paramédicaux :

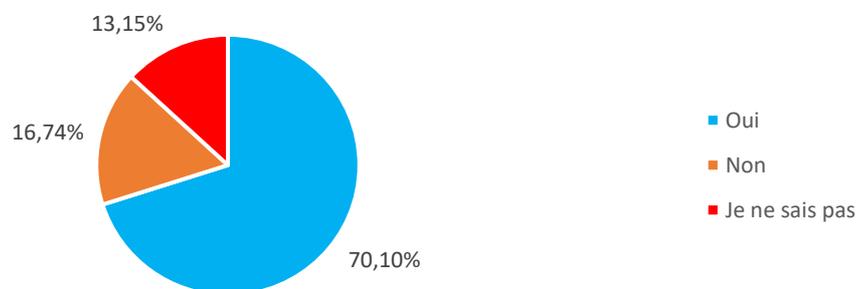
La moitié des professionnels paramédicaux ne se sentent pas capables de recevoir un patient avec un TOA (51,01%). Nous avons donc voulu savoir ce que ces professionnels font lorsqu'ils reçoivent une demande : 87,20% réorientent, 0,95% ne donnent pas suite à l'appel et 11,85% ne savent pas. On observe donc que la plupart des professionnels qui ne se sentent pas capables de recevoir un patient avec un TOA peuvent réorienter vers d'autres professionnels. Nous retrouvons ces résultats dans le Graphique 23.

Parmi les réorientations lorsqu'un professionnel paramédical ne se sent pas capable de recevoir un patient présentant un TOA, on observe que 69,38% d'entre eux réorientent vers un ou des professionnel(s) libéral(aux), 32,07% vers un centre hospitalier, 31,88% vers un médecin, 28,99% vers une structure et 15,04% ont répondu « Autre » (en proposant un collègue formé par exemple). Ces résultats sont représentés sur le Graphique 24.

Lorsque les professionnels réorientent vers un autre professionnel libéral, 96,87% d'entre eux réorientent vers un orthophoniste, 20,37% vers un psychologue, 17,75% vers un psychomotricien, 13,32% vers un ergothérapeute, 12,27% vers un diététicien, 10,70% vers un kinésithérapeute et 4,96% ont répondu « Autre » en proposant par exemple un ostéopathe. Nous pouvons retrouver ces résultats sur le Graphique 25.



Graphique 26 : Professionnels de santé ayant déjà reçu une demande pour un TOA
($p = 0,07$; non significatif)



Graphique 27 : Augmentation des demandes constatée par les professionnels lors de ces 10 dernières années

4.3 - HYPOTHÈSE 3 :

Les professionnels de santé rencontrent aujourd'hui plus de demandes concernant les TOA qu'il y a 10 ans

4.3.1 - Concernant les demandes de prise en soin d'un TOA :

Nous avons émis l'hypothèse : « *Les professionnels de santé ont significativement plus de demandes aujourd'hui qu'il y a 10 ans* ».

Nous allons comparer les échantillons : professionnels interrogés il y a 10 ans (212 professionnels) avec ceux interrogés aujourd'hui (1296, excluant les ergothérapeutes, les médecins généralistes et les kinésithérapeutes qui n'y étaient pas il y a 10 ans) sur les demandes qu'ils ont eues concernant une prise en soin d'un TOA.

Il y a 10 ans, 70,28% (149) des professionnels avaient déjà eu une demande concernant un TOA et 29,72% (63) n'en avaient jamais eu. Aujourd'hui, 63,81% (827) des professionnels interrogés ont déjà eu une demande alors que 36,19% (469) n'en ont jamais eu. Ces résultats sont représentés sur le Graphique 26.

Nous avons utilisé le test du Khi 2 afin de comparer ces deux résultats. Le résultat ($p = 0,07$) n'est pas significatif ce qui signifie que **les professionnels de santé n'ont pas eu plus de demandes aujourd'hui concernant un TOA par rapport à il y a 10 ans**.

4.3.2 - Apports qualitatifs supplémentaires :

Nous avons interrogé les professionnels de santé diplômés depuis plus de 10 ans (669 professionnels) afin de savoir s'ils avaient constaté une augmentation des demandes de prise en charge concernant un TOA. 70,10% d'entre eux constatent, en effet, une augmentation au cours de ces 10 dernières années, 16,74% ne constatent pas cette augmentation et 13,15% ne savent pas. Ces résultats ont été reportés sur le Graphique 27.

CHAPITRE 5 : DISCUSSION

Notre objectif principal était de réaliser un état des lieux des connaissances, des demandes et des besoins des professionnels de santé pouvant intervenir dans le cadre des TOA, 10 ans après celui de C.Gosset. L'idée était donc de montrer l'évolution de l'information et de la formation des professionnels de santé, de l'intérêt qu'ils portent à ces troubles, de la capacité à orienter ou recevoir ces patients (selon la profession) ainsi que l'évolution des demandes en 10 ans.

Nous allons reprendre les résultats hypothèse par hypothèse en les interprétant. Puis, nous nous pencherons sur les limites de notre étude ainsi que les perspectives pour la suite.

5.1 - INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

5.1.1 - Hypothèse 1 :

5.1.1.a - Concernant l'information :

Selon Don *et al* (2015), les TOA sont depuis quelques années mieux pris en compte et mieux reconnus. Or, de manière générale, nous pouvons observer que **les professionnels de santé estiment manquer d'informations concernant les TOA**. Aujourd'hui, 68,41% des professionnels ne se sentent pas assez informés. Il y a dix ans, C.Gosset avait un pourcentage équivalent (64,62%). La comparaison entre les deux échantillons à l'aide du test du Khi 2 ($p = 0,77$) nous montre que **les professionnels de santé ne se sentent pas mieux informés qu'il y a 10 ans**.

Il est cependant possible d'évoquer quelques biais à ces résultats. En effet, l'échantillon de C.Gosset d'il y a 10 ans ne comprenait que 212 professionnels de santé contre 1296 aujourd'hui. De plus, C.Gosset avait interrogé de nombreux professionnels travaillant dans des lieux spécialisés en pédiatrie donc potentiellement informés sur les TOA. On peut donc supposer que notre échantillon actuel est davantage représentatif de la population française dans son entièreté car il s'agit de professionnels ayant tout type d'exercice (libéral, salariat ou mixte) et pas forcément spécialisés en pédiatrie. Il y a 10 ans, une population comparable à la nôtre aurait peut-être changé le pourcentage de professionnels se sentant assez informés et donc la comparaison entre les deux échantillons.

Lorsque nous comparons les anciens et les jeunes diplômés, nous nous apercevons que **les anciens diplômés (35,43%) se sentent significativement mieux informés que les jeunes diplômés (26,26%)** concernant les TOA ($p = 7,06^{-5*}$) et ce quelle que soit la profession. On peut penser que cet écart est une conséquence de la pratique professionnelle. En effet, les anciens diplômés exercent depuis 10 ans ou plus. Les TOA étant fréquents, de 20 à 80% des enfants, ils ont donc certainement déjà rencontré des patients souffrant de ce trouble (Bandelier, 2015). Ils ont pu acquérir des connaissances de par leur expérience. Suite à ces rencontres, les anciens diplômés ont eu la possibilité d'approfondir leurs connaissances par le biais de formations continues alors que les jeunes diplômés, si les TOA n'ont pas été abordé pendant leurs cursus, n'ont peut-être pas eu le temps encore de s'informer à ce sujet.

Lors des questions qualitatives, nous avons interrogé les professionnels de santé sur les manifestations et les origines possibles d'un TOA. Nous avons pu noter que la plupart avait choisi les bonnes réponses. Au niveau des manifestations, on peut observer que les professio-

-nnels ont souvent coché les 10 réponses attendues répertoriées dans les 4 catégories retrouvées dans la littérature : signes médicaux, gnoso-praxiques ou oro-moteurs, sensoriels et psycho-comportementaux (Bandelier 2015). En ce qui concerne les origines, ils semblent également connaître les 4 causes issues de la littérature : fonctionnelle, organique, sensorielle et comportementale (Ruffier-Bourdet, 2018) même si nous savons qu'elles sont la plupart du temps intriquées entre elles (Abadie, 2004) et qu'il est difficile de connaître l'origine exacte d'un TOA (Barbier, 2014). Dans le but d'analyser plus rapidement ces résultats, nous avons laissé ces questions sous forme de QCM (Questionnaire à Choix Multiples). Les professionnels n'ont donc pas pu évoquer leurs pensées et cela a pu impacter leurs réponses.

Enfin, à la question « *Selon vous, quels sont les professionnels de santé pouvant prendre en charge ces troubles ?* », on constate, que les professions les plus citées (>100 personnes) sont : orthophonistes (1549), psychomotriciens (817), psychologues (646), ergothérapeutes (526), kinésithérapeutes (436), médecins (365), pédiatres (316), diététiciens (295), ORL (111) et éducateur (104). Nous pouvons imaginer que les professionnels de santé connaissent donc de manière globale les professions concernées lorsqu'un enfant présente un TOA. Cela est intéressant car nous savons combien la prise en charge interdisciplinaire est importante dans le cadre d'un TOA (Bandelier, 2015).

En revanche, un biais existe aussi ici. En effet, dans l'introduction de notre questionnaire, nous avons cité les 8 professions incluses dans notre échantillon ; et également repris lors de la première question : « *Quelle est votre profession ?* » sous forme de choix multiple. Les 8 professions les plus citées concernant la prise en charge représentent celles de notre échantillon. Nous pouvons nous demander s'il n'aurait pas été plus judicieux de laisser la question sur leur profession ouverte afin de ne pas influencer les professionnels en éliminant ensuite ceux ne faisant pas partie de notre étude. On constate également que beaucoup d'autres professions ont été citées à plusieurs reprises et qu'elles ont également un rôle dans la prise en charge des enfants avec un TOA (ex. dentiste, gastro-entérologue, infirmière, ostéopathe, pédopsychiatre, psychiatre, puéricultrice, sage-femme...). De même, 58,33% d'entre eux, soit plus de la moitié, connaissent également le rôle de chacun des professionnels concernés et cela peut leur permettre de réorienter les patients selon leurs symptômes. En effet, selon Daresse-Lapendery (2018), chaque professionnel apporte un regard particulier avec une prise en soin spécifique à sa profession.

Tableau 9 : Présentation des rubriques du site internet

Rubrique 1 : Oralité alimentaire	<ul style="list-style-type: none">- Définition de l'oralité primaire- Définition de l'oralité secondaire
Rubrique 2 : TOA	<ul style="list-style-type: none">- Origines et facteurs de risque- Manifestations- Conséquences
Rubrique 3 : Professionnels concernés	<ul style="list-style-type: none">- Rôle des professionnels médicaux- Rôle des professionnels paramédicaux
Rubrique 4 : Prise en charge	<ul style="list-style-type: none">- Déroulé général d'une prise en charge (+ idées pour les professionnels)
Rubrique 5 : Ressources	<ul style="list-style-type: none">- Bibliographie- Liens vers des sites, plaquettes- Formations

Tableau 10 : Présentation du site internet



En somme, malgré l'évolution de la compréhension de ces troubles (Thibault, 2017), **les TOA semblent encore méconnus par de nombreux professionnels de santé**. Lorsque nous les questionnons sur leurs besoins, nous pouvons observer qu'ils ne se sentent pas assez informés de manière globale. Nous avons pu nous rendre compte que la plupart des professionnels de santé étaient en demande d'informations (87,35%). Nous ne souhaitons pas imposer la forme du support d'informations alors nous leur avons laissé le choix et c'est le site internet qui a été le plus plébiscité (66,64%). Sur la base de leurs besoins et de leurs demandes, nous avons donc créé un site internet dont voici le lien : <https://troubles-oralite-alimentaire.hubside.fr>.

Nous avons choisi la plateforme Hubside car l'utilisation est simple et permet une certaine souplesse. Sur ce site, nous avons créé 5 rubriques et 1 page d'accueil menant à chacune de ces rubriques qui sont détaillées dans le *Tableau 9*. De même, nous avons inséré une capture d'écran de la page d'accueil du site sur le *Tableau 10*.

5.1.1.b - Concernant la formation :

Globalement, **les professionnels de santé ne se sentent pas assez formés**. Aujourd'hui, seul 22,76% d'entre eux s'estiment assez formés. Il y a 10 ans, le pourcentage était de 21,70%. Lors de la comparaison des deux pourcentages avec le test du Khi 2 ($p = 0,73$), nous pouvons observer que **les professionnels de santé ne se sentent pas mieux formés aujourd'hui qu'il y a 10 ans**.

Ici encore, nous pouvons nous interroger concernant la représentativité de l'échantillon d'il y a 10 ans. Comme dit précédemment, de nombreux professionnels inclus dans l'étude exerçaient dans une structure spécialisée en pédiatrie. On peut donc penser qu'ils étaient formés aux TOA. De même, la différence en terme de population pose question. Aujourd'hui 1296 professionnels venant d'horizons très différentes ont répondu à notre questionnaire alors qu'il y a 10 ans, seulement 212 professionnels avaient été inclus. Cette nette différence de population a pu jouer sur les résultats.

Lorsque nous comparons les anciens et les jeunes diplômés, nous pouvons constater que **les anciens diplômés (22,97%) se sentent significativement mieux formés que les jeunes diplômés (18,65%)** toute profession confondue car le test du Khi 2 est égal à 0,03*. Cette différence peut être due comme pour l'information sur les TOA à l'expérience acquise au fur et à mesure des années de travail des anciens diplômés. Ces professionnels exerçant depuis minimum 10 ans ont également pu participer à des formations continues. Ces résultats

semblent rejoindre les observations de Daresse-Lapendery (2018) sur le fait que « seulement quelques professionnels disent avoir rencontré ces notions au cours de leurs formation initiales » et la plupart d'entre eux ont donc dû se former par la suite.

Cependant, un résultat semble important à retenir : **les jeunes orthophonistes diplômés (45,81%) se sentent au contraire significativement mieux formés que les anciens diplômés (35,29%)** avec $p = 0,03^*$ lors du test du Khi 2. Ce résultat va de pair avec l'entrée dans les centres de formation en orthophonie de France depuis 2013 d'un module consacré aux TOA avec 35 heures de CM et 60 heures de TD entre la 2^{ème} et 4^{ème} année (Leseq-Lambre, 2019). On peut donc penser que les jeunes orthophonistes diplômés se sentent mieux formés grâce à l'entrée dans leurs cursus de cette pathologie.

Au final, dans l'ensemble **les professionnels de santé semblent manquer de formation**. On remarque que peu d'entre eux ont bénéficié d'une formation (36,93%) et que dans la plupart des cas, ceux qui ont pu en avoir une, n'en ont pas reçu lors de leur formation initiale (20,94%) mais plutôt lors d'une formation continue (80,03%) ou lors de recherches personnelles (41,40%). Cette tendance est retrouvée dans la littérature et selon Daresse-Lapendery (2018), cela explique que peu de professionnels soient spécialisés.

Ces chiffres montrent que de manière générale, hormis pour les jeunes orthophonistes, de nombreux professionnels de santé n'ont pas pu bénéficier de cours spécifiques concernant les TOA car ces troubles semblent encore peu étudiés dans les filières médicales et paramédicales. 78,06% des professionnels seraient intéressés par une formation portant sur ce thème et cela montre que les professionnels se sentent vraiment concernés par les TOA et sont en demande. Nous pensons qu'il serait utile d'intégrer au sein de notre site, une liste reprenant les différentes formations continues ainsi que les professionnels concernés afin que chaque professionnel sache celles auxquelles il peut participer.

Validation de l'Hypothèse 1 ?

Les professionnels de santé concernés par les TOA sont aujourd'hui mieux informés et formés qu'il y a 10 ans.

On peut donc conclure que **l'Hypothèse 1 n'est pas validée**. Les professionnels de santé interrogés ne se sentent pas mieux informés ni formés qu'il y a 10 ans. Seuls les orthophonistes se sentent mieux formés aujourd'hui ce qui pourrait, en partie, s'expliquer

par l'intégration des TOA dans leurs études depuis 2013 (Lesecq-Lambre, 2019). Pour les autres professions, seulement certains instituts de formation consacrent quelques heures à ces troubles. On remarque, dans la littérature, que les professionnels médicaux éprouvent encore des difficultés à repérer les TOA (Levavasseur, 2017). Or, il est nécessaire d'orienter le plus tôt possible ces enfants car une prise en charge précoce est recommandée (Lesecq-Lambre, 2019). Il semble donc aujourd'hui encore nécessaire d'informer et de former les différents professionnels pouvant intervenir dans le cadre d'un TOA.

On peut aussi conclure ; que de manière générale, chaque personne est toujours dans le besoin de s'informer et de se former dans le but d'approfondir davantage à chaque fois ses compétences et cela peut impacter les résultats.

5.1.2 - Hypothèse 2 :

5.1.2.a - Concernant l'intérêt :

Globalement, les professionnels de santé se sentent tous très concernés par les TOA (84,95%). **Les jeunes diplômés (85,80%) ne se sentent en revanche pas plus concernés que les anciens diplômés (84,35%) à propos de ces troubles** ($p = 0,21$). Nous nous attendions à ce qu'ils portent plus d'intérêt aux TOA car nous pensions que les jeunes diplômés étaient davantage formés grâce à leur cursus initial.

Au final, ces chiffres montrent que tous les professionnels de santé, peu importe leur profession et peu importe leur année d'obtention du diplôme se sentent concernés par les TOA et donc que ces troubles, malgré leur complexité (Bandelier, 2015) sont mieux reconnus qu'auparavant comme le dit Lesecq-Lambre en 2019 et cela est positif.

5.1.2.b - Concernant la capacité des professionnels médicaux à orienter :

Les professionnels médicaux (médecins généralistes et pédiatres) se sentent majoritairement capables d'orienter les patients présentant un TOA (80,78%). **Il n'y a pas de différence significative entre les anciens diplômés (83,89%) et les jeunes diplômés (73,33%)** avec un $p = 0,051$. On peut tout de même nuancer ces propos car le résultat au test du Khi 2 est très proche de la significativité en faveur des anciens diplômés. Nous avons en amont interrogé les facultés de médecine afin de savoir si des cours sur les TOA étaient enseignés dans leur cursus. Pour la plupart d'entre elles, aucun enseignement n'a lieu en tronc commun (médecine générale) et les TOA sont parfois abordés en spécialité pédiatrique. On peut donc penser que les anciens diplômés se sentent davantage capables d'orienter les patients présentant un TOA car ceux-ci ont acquis de l'expérience au fur et à mesure de leurs années d'exercice, depuis au minimum 10 ans, en rencontrant ce type de

patients qui représentent un motif régulier de consultation en pédiatrie (Abadie, 2004).

De plus, lorsque nous regardons les résultats de plus près, nous pouvons voir que les pédiatres se sentent davantage capables d'orienter les enfants avec un TOA (92,37%) par rapport aux médecins généralistes (70,80%). Cette écart entre les deux professions peut être la conséquence de la spécialisation infantile des pédiatres qui est également retrouvée dans la littérature. Daresse-Lapendery en 2018 évoque que les médecins généralistes semblent méconnaître ces troubles.

On peut aussi observer que les professionnels médicaux orientent majoritairement les patients présentant un TOA vers un orthophoniste (95,63%) et Bourdet en 2018 évoque aussi l'expertise orthophonique dans ce domaine. Ce chiffre semble intéressant car cela signifie que les médecins généralistes et les pédiatres savent que l'orthophoniste joue un rôle important dans la prise en soin de ces patients et que notre profession est davantage reconnue dans le domaine de l'oralité alimentaire (Leseq-Lambre, 2019).

En revanche, un biais fondamental peut subsister. En effet, ce mémoire est une étude réalisée par des orthophonistes et cela a pu orienter les professionnels dans leurs choix. Néanmoins, pour répondre à cette question, les professionnels médicaux ont d'abord dû expliciter le fait qu'ils savaient vers qui orienter leurs patients avant de pouvoir choisir réellement vers quels professionnels ils se tournaient sous forme de QCM.

Les médecins généralistes et pédiatres orientent également vers un psychologue, un psychomotricien ou une structure dans presque la moitié des cas (43,69%, 41,26% et 49,03%). On peut penser que cette orientation dépend des origines et des manifestations du TOA. Selon Daresse-Lapendery (2018), la prise en charge globale en structure permet d'accueillir des enfants présentant une pathologie complexe comme un handicap mental.

En somme, les anciens diplômés se sentent un peu plus capables d'orienter les patients présentant un TOA tout comme les jeunes diplômés dans la majorité des cas.

5.1.2.c - Concernant la capacité des professionnels paramédicaux à recevoir :

De manière générale, seulement la moitié des professionnels paramédicaux prennent en charge ou se sentent capables de recevoir un patient présentant un TOA (51,01%). Lorsque nous comparons les professionnels selon leur année d'obtention du diplôme, on observe une différence significative ($p = 0,03^*$). En effet, les anciens diplômés (53,73%) **se sentent**

significativement plus en mesure de recevoir ces patients que les jeunes diplômés (47,90%). On peut supposer que cette différence est toujours due au fait que les anciens diplômés ont acquis des compétences grâce à leurs années d'exercice, en rencontrant ces patients, qui représentent une part importante des consultations (Abadie, 2004) ou lors de formations continues ou de recherches personnelles (Daresse-Lapendery, 2018).

Un autre résultat nous interpelle. **Les jeunes orthophonistes (73,74%), quant à eux, se sentent significativement plus capables de recevoir un patient présentant un TOA que les anciens diplômés en orthophonie (63,60%)** avec $p = 0,02^*$. Cette nette différence est donc probablement la conséquence de l'entrée du module concernant les TOA dans les études d'orthophonie depuis 2013 (Lesecq-Lambre, 2019). De même, les TOA sont davantage reconnus par les orthophonistes depuis la création d'un acte spécifique dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des Orthophonistes depuis le 1^{er} avril 2018 (Lesecq-Lambre, 2019) avec l'AMO 13,5 « Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité ». Aujourd'hui, les orthophonistes ont donc à la fois la formation mais aussi la reconnaissance nécessaire à la bonne prise en soin de ces patients.

Il était aussi important pour nous de savoir ce que les professionnels paramédicaux font lorsqu'ils ne se sentent pas capables de recevoir un patient présentant un TOA (51,01%). On observe alors que la plupart d'entre eux réorientent (87,20%) et cela est positif car les familles ne restent pas sans réponse. En effet, nous savons qu'un TOA touche toute la sphère familiale (Bandelier, 2015). Dans la majorité des cas, ils réorientent vers d'autres professionnels libéraux (69,38%) et notamment vers un orthophoniste dans 96,87% des cas. On peut supposer que la majorité savent que l'orthophonie est indiquée dans le cadre de difficultés d'oralité alimentaire mais aussi que l'orthophonie est accessible et remboursée intégralement ce qui facilitera l'adhésion de la famille. Lorsqu'ils n'orientent pas vers un autre professionnel paramédical, on peut observer qu'ils se tournent vers un centre hospitalier dans 32,07% des cas, vers un médecin dans 31,88% des cas ou vers une structure dans 28,99%. On peut penser que les professionnels paramédicaux doivent orienter les enfants vers des professionnels spécialisés notamment lorsque le TOA a une origine organique comme lors d'une pathologie ou malformation, une anomalie congénitale ou acquise de la déglutition, une pathologie de la sphère bucco-dentaire, un syndrome génétique (Ruffier-Bourdet 2018 ; Thibault, 2017) ou lorsque le TOA provoque de nombreuses manifestations qui nécessitent une prise en soin dans un service spécialisé avec une forte pluridisciplinarité.

Enfin, une dernière donnée nous interpelle. Nous avons noté que la moitié des professionnels paramédicaux reçoivent des patients présentant un TOA (48,99%). Nous pouvons alors nous demander s'il s'agit de professionnels recevant plus d'enfants que d'adultes donc plus ou moins « spécialisés en pédiatrie ». Il aurait été intéressant dans notre questionnaire de demander s'ils recevaient des enfants et si oui dans quelles proportions.

Validation de l'Hypothèse 2 ?

Les professionnels de santé diplômés entre 2010 et 2020 se sentent davantage concernés par les TOA et déclarent donc être en mesure de recevoir et/ou orienter les patients présentant ce trouble.

Pour conclure, **l'Hypothèse 2 n'est pas validée**. En effet, les jeunes comme les anciens diplômés se sentent tous très concernés par les TOA, toute profession confondue (84,95%), il n'y a pas de différence significative selon l'année d'obtention du diplôme. Les professionnels médicaux se sentent dans la majorité des cas capables d'orienter ces patients (80,78%), on ne note pas non plus de différence significative entre les deux groupes. Les professionnels paramédicaux se sentent capables de recevoir un patient présentant un TOA que dans 48,99% des cas et les anciens diplômés se sentent davantage capables de recevoir ces patients. Il semble donc important de continuer à former les professionnels prenant en charge ces troubles. Pour finir, au niveau des orthophonistes, ce sont les jeunes diplômés qui se sentent significativement plus en mesure de recevoir ces patients, ce qui met en avant l'évolution de notre profession dans le cadre des TOA.

5.1.3 - Hypothèse 3 :

De manière générale, les professionnels de santé semblent avoir déjà eu une demande concernant un TOA. Aujourd'hui, cela représente 63,81% des professionnels interrogés. Il y a 10 ans, cela représentait 70,28% de la population étudiée. On peut donc dire que **les professionnels de santé ne reçoivent pas plus de demande qu'il y a 10 ans** ($p = 0,07$). Ce chiffre semble néanmoins proche de la significativité et on peut alors penser qu'il y avait plus de demandes il y a 10 ans.

Le même biais que lors de l'hypothèse 1 est toujours présent. En effet, la population de C.Gosset ne semble pas être suffisamment représentative des professionnels de santé en général. Ayant interrogé plusieurs structures spécialisées, les professionnels avaient dans la plupart des cas déjà eu une demande pour une prise en soin concernant un TOA. Hors notre

population est beaucoup plus étendue à l'ensemble des professionnels exerçant dans tout type de structure ou en libéral. Ces résultats sont donc à nuancer d'autant plus que lorsque nous interrogeons aujourd'hui, les professionnels diplômés depuis plus de 10 ans (anciens diplômés), ils ont pour 70,10% d'entre eux constaté une augmentation des demandes sur ces 10 dernières années. Ce pourcentage montre donc que les professionnels ont ressenti cette augmentation et cela irait plutôt dans le sens de notre hypothèse.

Validation de l'Hypothèse 3 ?

Les professionnels de santé rencontrent aujourd'hui plus de demandes concernant les TOA qu'il y a 10 ans.

En conclusion, on peut dire que **l'Hypothèse 3 est partiellement validée**. En effet, lorsque nous comparons statistiquement notre échantillon à celui de C.Gosset, on ne peut pas constater d'augmentation des demandes en 10 ans. Mais il faut prendre en compte le biais que comporte sa population d'étude. De plus, lorsque nous interrogeons qualitativement les anciens diplômés qui ont pu estimer l'évolution des demandes en 10 ans, on constate que dans la majorité des cas (70,10%), ils ont ressenti cette augmentation depuis 2010. Cela pourrait donc être lié au fait que les professionnels médicaux ont su repérer et orienter au fur et à mesure les patients présentant un TOA. Ces troubles semblent de plus en plus reconnus et évoqués (Don *et al*, 2015), y compris lors de reportages télévisés. Les parents doivent donc davantage consulter et se sentir écoutés lorsqu'on les oriente vers un professionnel paramédical adapté à leurs demandes et leurs besoins (Daresse-Lapendery, 2018). Une prise en charge précoce est réellement nécessaire, il faut veiller à orienter les patients le plus tôt possible (Leseq-Lambre, 2019) tout en n'oubliant pas d'accompagner les parents (Bandelier, 2015) car nous le savons, l'acte alimentaire est pluriquotidien et familial (Leseq-Lambre, 2019).

5.2 - LIMITES DE L'ÉTUDE

Ces deux dernières années, avec l'avancement de notre mémoire, nous nous sommes aperçues de certaines limites que pouvait comporter notre étude.

5.2.1 - Limites de la population d'étude

Premièrement, nous n'avons sélectionné que 8 professions pour notre population. Nous avons choisi celles qui revenaient le plus dans la littérature : médecins généralistes et pédiatres pour les professions médicales puis orthophonistes, ergothérapeutes,

psychomotriciens, psychologues, kinésithérapeutes et diététiciens pour les professions paramédicales (Leblanc *et al*, 2012). Comme nous souhaitons un minimum de 100 réponses par profession, afin d'être le plus représentatif possible de l'ensemble de la population française, nous nous étions limitées dans le nombre de professions. Aujourd'hui, nous pensons que certaines professions auraient pu être rajoutées et de nombreux professionnels nous ont fait la remarque concernant : les pédopsychiatres, les psychiatres, les ostéopathes, les infirmières, les éducateurs, les sages-femmes, les puéricultrices, les neuro-pédiatres, les ORL et les conseillers en lactation notamment, car ils jouent également un rôle dans la prise en soin des patients souffrant d'un TOA.

De même, nous avons limité la possibilité de participer à notre questionnaire aux professionnels exerçant en France métropolitaine. Les professionnels devaient cocher dans quelle région ils exercent dès la 4^{ème} question. Ce choix avait été fait dans le but de pouvoir régulièrement regarder si la répartition des participants était bien représentative de la France. Certains professionnels, pourtant inclus dans les 8 professions, nous ont fait part de leur envie de participer. Cependant, exerçant dans les DOM-TOM (Département d'Outre-Mer et Territoire d'Outre-Mer), ils ne pouvaient pas. Après réflexion, il aurait été également intéressant de les inclure car certains d'entre eux ont pu faire leurs études en France métropolitaine. Mais il aurait été néanmoins important en amont d'interroger les différents instituts de formation se situant dans les DOM-TOM concernant le temps consacré aux TOA.

Nous avons réussi à inclure 1668 professionnels ce qui est assez représentatif de la population car nous avons obtenu au minimum 100 réponses par profession. En revanche, nous sommes encore loin de la totalité des professionnels de santé exerçant en France aujourd'hui. De même, certaines professions se sont davantage mobilisées : les orthophonistes avec 451 professionnels (27,04%), les psychomotriciens avec 311 professionnels (18,65%) et les psychologues avec 233 professionnels (13,97%). Il aurait été intéressant d'avoir les autres professions dans les mêmes proportions. Etant un mémoire en orthophonie, nous avons logiquement rencontré moins de difficultés pour faire participer cette profession à notre étude.

Enfin, nous pouvons observer que dans notre échantillon, nous retrouvons plus d'anciens diplômés (971, 58,21%) que de jeunes diplômés (697, 41,79%) et plus de salariés (1000, 59,95%) que de libéraux (405, 24,28%) ou de professions mixtes (263, 15,77%). Notre échantillon ne semble pas suffisamment homogène.

5.2.2 - Limites de notre questionnaire

Notre questionnaire contient également certaines limites. Nous avons choisi d'élaborer un questionnaire en ligne via une plateforme sécurisée par le biais de l'université (Limesurvey). Cette plateforme est simple d'utilisation. Nous avons pu, comme nous le souhaitions, faire apparaître certaines questions en fonction des réponses des professionnels ainsi que de leur profession (médicale ou paramédicale). De plus, le questionnaire était rapide (environ 6 minutes) et accessible depuis un téléphone portable ce qui a sans doute aidé à la participation de la part des professionnels. Il était ensuite possible d'extraire les résultats sous un document Excel, selon différentes variables : selon chaque question, mais aussi selon les professions, selon l'année d'obtention du diplôme... nous avons en réalité un large choix possible pour relever nos données et pouvoir les traiter par la suite selon nos hypothèses et nos besoins. En revanche, le fait d'avoir utilisé un questionnaire à distance par Internet peut avoir eu un impact sur les résultats. En effet, nous ne pouvons pas savoir si les professionnels ont répondu seul et sans aide selon ce qu'ils pensaient et ressentaient.

La plupart de nos questions étaient fermées mais pour deux d'entre elles, il nous a semblé important de les laisser ouvertes. Il s'agissait de « *Selon vous, quels sont les professionnels pouvant prendre en charge ces troubles ?* » ainsi que de la dernière question « *Avez-vous des remarques ?* ». Nous avons donc dû analyser 1668 réponses ce qui a été long mais les réponses ont été très enrichissantes. En effet, cela a permis une analyse plus fine du ressenti des professionnels ainsi que de leurs demandes et besoins notamment lors de la dernière question. Nous pensons donc que les questions ouvertes sont bien plus intéressantes mais beaucoup plus complexes et subjectives pour les analyser statistiquement. Nous avons donc eu recours à des questions fermées pour répondre à nos hypothèses.

En ce qui concerne le questionnaire en lui-même, nous pouvons observer certaines limites. En effet, lors de quelques questions, les réponses des professionnels ont pu être induites notamment par l'annonce des objectifs lors de l'introduction du questionnaire mais également des professionnels concernés par cette étude.

De même, nous avons de nombreuses questions fermées de type « Oui / Non » dans notre questionnaire. Un certain nombre de professionnels nous ont fait remarquer qu'ils auraient souhaité avoir un entre-deux car ils estimaient, par exemple, ne pas se sentir vraiment assez informés ou formés mais pas non plus sans aucune information ou formation.

Nous avons également utilisé beaucoup de QCM. L'avantage de ce type de questions est la rapidité pour analyser les réponses mais l'inconvénient est que les professionnels savent qu'ils peuvent choisir plusieurs réponses et cela a pu induire leur décision. De plus, ils ont pu cocher des réponses auxquelles ils n'auraient pas pensé si les questions avaient été ouvertes. Enfin, lorsqu'ils pouvaient cocher la réponse « Autre » et écrire librement, nous nous retrouvions souvent avec des réponses que nous pouvions classer parmi les propositions que nous avons faites.

5.2.3 - [Limites du site internet](#)

Les professionnels de santé nous ont fait part pour la majorité d'entre eux (87,35%) de leur intérêt pour obtenir davantage d'informations afin de pallier leurs manques dans le domaine des TOA. Nous avons donc, suite à leurs retours, créé le site internet reprenant les différents éléments énumérés plus tôt. Pour rappel, les 4 rubriques sont : Oralité alimentaire, TOA, Professionnels concernés et Prise en charge. Nous pouvons penser que le site internet a été choisi en majorité pour sa facilité d'accès. En effet, il est possible de consulter un site internet à tout moment de la journée et de l'année (sans possibilité de le perdre), de transférer le lien à d'autres professionnels voire à des familles qui pourraient être concernés.

L'avantage mais aussi l'inconvénient d'un site internet, c'est qu'il peut être mis à jour en continu au fur et à mesure de l'avancée scientifique. Il serait donc important de continuer à l'alimenter régulièrement sur les prochaines années afin d'être toujours à jour et à la page de ce qui se fait à l'instant. De même, il existe un deuxième inconvénient : il faut détenir le lien du site pour le trouver car nous n'avons pas acheté de serveur d'hébergement permettant d'être répertorié dans les moteurs de recherche. Nous allons, dans un premier temps, envoyer le lien à tous les professionnels de santé qui ont répondu à notre enquête et qui nous l'ont demandé. Puis nous étendrons petit à petit à d'autres professionnels.

5.3 - INTÉRÊT DE L'ÉTUDE ET PERSPECTIVES

5.3.1 - [Intérêt de l'étude :](#)

Notre étude a permis de montrer qu'aujourd'hui encore, les professionnels médicaux et paramédicaux, ne se sentent pas assez informés et formés au sujet des TOA mais qu'ils estiment vraiment être concernés. Ils sont donc en demande d'informations et de formation pour pouvoir prendre en charge ces enfants correctement. Nous espérons que notre site internet pourra répondre en partie à leurs demandes et les aider à trouver des formations continues adaptées à leur profession. Il paraît important de continuer à former et informer

les nombreux professionnels pouvant intervenir dans le cadre d'un TOA (Leblanc *et al.*, 2012) afin de travailler conjointement dans un réel partenariat bénéfique (Thibault, 2017).

Nous avons également pu mettre en avant l'évolution de la profession d'orthophoniste dans le domaine des TOA. Ces troubles sont entrés dans les études d'orthophonie en 2013 et dans la nomenclature en 2018 (Leseq-Lambre, 2019). Cela explique que les jeunes orthophonistes (diplômés entre 2010 et 2020) se sentent mieux formés et davantage capables de prendre en charge ces enfants.

5.3.2 - Perspectives :

Afin d'aller plus loin dans notre recherche, il serait intéressant de réévaluer le sentiment de manque d'informations chez les professionnels de santé après avoir consulté le site internet, notamment à l'aide d'un questionnaire de satisfaction. Cette étude pourrait permettre de mesurer l'éventuel bénéfice qu'aura apporté notre support ainsi que sa pertinence. De même, il nous paraît important de poursuivre l'alimentation du site internet. Afin d'être au plus près des besoins des professionnels, il conviendrait de le compléter en s'adaptant aux manques qui persistent après la réévaluation. A court et plus long terme, il faudrait le diffuser plus largement.

Nous pensons également qu'il serait intéressant de refaire un nouvel état des lieux en ajoutant les professions non incluses ici et qui jouent aussi un rôle dans cette prise en charge : les pédopsychiatres, les psychiatres, les ostéopathes, les infirmières, les éducateurs, les sages-femmes, les puéricultrices, les neuro-pédiatres, les ORL et les conseillers en lactation. Ces professions pourraient également être ajoutées au site internet. Ne l'oublions pas, il s'agit bien d'un travail d'équipe, d'une transdisciplinarité (Leblanc, 2014), où chacun apporte un regard dans le champ de ses compétences. Il est donc important que tous les professionnels soient sensibilisés et même formés pour être en capacité de recevoir ces patients précocement, entre 0 et 3 ans (Levasseur, 2017).

CHAPITRE 6 : CONCLUSION

L'oralité alimentaire est **en plein essor**. Les TOA, appelés troubles alimentaires pédiatriques depuis peu, sont **fréquents**, touchant de 15 à 50% des enfants tout-venants à 80% de ceux porteurs d'un handicap (Bandelier 2015). Ils ont des **origines variées** souvent intriquées entre elles et présentent de **multiples manifestations** (Abadie, 2004). Face aux retentissements causés dans la vie personnelle et familiale de ces enfants, une **prise en charge pluridisciplinaire** est nécessaire (Jean Guillaume, 2014).

Notre objectif était de réaliser un état des lieux auprès des professionnels de santé concernés par les TOA afin de mesurer, 10 ans après celui réalisé par C.Gosset, l'évolution des connaissances, demandes et besoins de ces professionnels à propos de ces troubles.

Pour réaliser cette étude, nous avons élaboré un questionnaire à destination de ces professionnels : médecins généralistes, pédiatres, orthophonistes, ergothérapeutes, psychologues, psychomotriciens, kinésithérapeutes et diététiciens (Levavasseur, 2017). Il serait intéressant de réaliser un nouvel état des lieux en incluant d'autres professions (pédopsychiatres, psychiatres, ostéopathes, infirmières, éducateurs, sages-femmes, puéricultrices, neuro- pédiatres, ORL, conseiller en lactation...).

Nous avons montré que la plupart des professionnels estiment encore manquer d'informations et de formation et **ne se sentent pas mieux informés ni formés qu'il y a 10 ans**. Pour pallier leurs manques globaux, nous avons créé un site internet. De manière générale, **les anciens diplômés se sentent davantage informés et formés**. Toutefois, de nombreux professionnels sont en demande de formation. Nous avons également observé que **l'ensemble des professionnels de santé portent un grand intérêt à ces troubles**. De même, **les professionnels médicaux se sentent dans la majorité des cas capables d'orienter** ces enfants. En revanche, **seulement la moitié des professionnels paramédicaux se sent capable de les recevoir**. Enfin, **les demandes de prise en soin pour un TOA ont augmenté depuis 10 ans** selon les anciens professionnels.

Notre étude a permis de mettre en avant l'évolution de notre profession puisque **seuls les jeunes orthophonistes se sentent davantage formés et capables de recevoir ces patients**. Cela semble être dû à l'évolution de la formation initiale avec l'entrée dans les études d'orthophonie d'un module consacré aux TOA depuis 2013 (Lesecq-Lambre, 2019).

Pour conclure, cette recherche nous aura permis d'approfondir nos connaissances dans le domaine des TOA de manière globale à la fois du point de vue orthophonique mais aussi avec un regard transdisciplinaire, tant de notions à intégrer dans notre future pratique.

BIBLIOGRAPHIE :

Abadie, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant. *Rééducation orthophonique* (220), 55-70.

Bandelier, E. (2015). Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant. Isbergues, France : Ortho Edition.

Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste* (39), 143-159. <https://doi.org/10.3917/cont.039.0143>

Daresse-Lapendery, M., Rochedy, A., Charles, R., Rousselon, V. et Pillard, M. (2018). Mon enfant pinaille devant son assiette ! Comment aborder la dysoralité en médecine générale. *Médecine*, 14 (8), 353-358.

Don, J., Gaquière, M., Lecoufle, A., Vanmalleghem, A., Vouters, J. et Leblanc, V. (2015). *Amuse-bouche pour difficultés alimentaires de l'enfant*. Nutricia.

Gosset, C. (2010). Troubles de l'oralité alimentaire : *Enquêtes auprès des professionnels de santé : demandes, besoins, pratique orthophonique* (Mémoire d'Orthophonie). Université de Tours, Tours, France.

Guillaume, C. J. (2014). L'oralité troublée : regard orthophonique. *Spirale*, 72 (4), 25-38 <https://doi.org/10.3917/spi.072.0025>

Leblanc, V., Bourgeois, C., Hardy, E., Lecoufle, A. et Ruffier-Bourdet, M. (2012). *Boîte à idées pour oralité malmenée du jeune enfant*. Nutricia. Saint Ouen.

Leblanc, V. (2014). *Evaluation des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant*. Archives de pédiatrie. Elsevier Masson. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(14\)71448-4](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(14)71448-4)

Lesecq-Lambre, E. (2019). Sensibilisation des professionnels de santé aux troubles de l'oralité alimentaire. *Rééducation orthophonique* (277), 105-119.

Levavasseur, E. (2017). Prise en charge précoce des difficultés alimentaires chez l'enfant dit « tout-venant » ou « vulnérable ». *Rééducation Orthophonique* (271), 151-167.

Mercier, A. (2004). La nutrition entérale ou l'oralité troublée. Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant. *Rééducation orthophonique* (220), 33-46.

Ruffier-Bourdet, M. (2018). Les troubles de l'oralité alimentaire : une dimension sensorielle, mais pas seulement. *Ergothérapies* (69), 27-36

Ruffier-Bourdet, M (2019). Ergothérapie et troubles de l'alimentation en pédiatrie. Dans M.H Izard (dir.), *Expériences en ergothérapie* (32^e ed., p. 355-357). Montpellier : Sauramps médical

Senez, C. (2015). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition*. De Boeck Supérieur.

Thibault, C. (2012). Les enjeux de l'oralité. *Les entretiens de Bichat*, 115-136

Thibault, C. (2015). L'oralité positive. *Dialogue* (209), 35-48.
<https://doi.org/10.3917/dia.209.0035>

Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité. La sphère oro-faciale de l'enfant* (2^e édition). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Veyssière, J. (2019, novembre). *Les troubles de l'oralité : de la théorie à la pratique libérale* [Formation]. Communication présentée en formation continue sur ortho-lab.

ANNEXES :

Annexe 1 : Questionnaire à destination des professionnels de santé

Message d'accueil :

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux étudiantes en 5ème année d'orthophonie à Caen. Nous réalisons notre mémoire dans le but de valider notre diplôme du Certificat de Capacité en Orthophonie.

Ce mémoire concerne les troubles de l'oralité alimentaire. Son but est de montrer que les connaissances des professionnels de santé concernés par ces troubles se sont enrichies et que les besoins et les demandes ont évolué depuis 10 ans.

Ce questionnaire est anonyme et adressé aux médecins généralistes, pédiatres, orthophonistes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, psychologues et diététiciens exerçant en France métropolitaine, quel que soit leur type d'exercice (libéral, salariat ou mixte).

Votre participation nous sera précieuse afin d'obtenir des résultats représentatifs de la population.

Pour répondre à ce questionnaire, vous aurez besoin d'environ 6 minutes.

Suite aux résultats obtenus, si besoin est, nous élaborerons un support d'information reprenant les éléments dont les professionnels estiment manquer.

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire à l'adresse suivante : _____

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Pauline LATINI et Lucie MOUCHEL M2 Orthophonie, Caen

Questionnaire :

I. Généralités

Question 1 : « *Quelle est votre profession ?* »

- Diététicien
- Ergothérapeute
- Médecin Généraliste
- Orthophoniste
- Pédiatre
- Psychologue

Question 2 : « *Quel est votre type d'exercice ?* »

- Libéral
- Salarial
- Mixte : répartition libérale (en %) / salariale (en %) :

Question 3 : « *En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?* »

- Entre 2010 et 2020
- Avant 2010

Question 4 : « *Quel est votre lieu d'exercice ?* »

- Bretagne
- Normandie
- Haut-de-France
- Ile-de-France
- Grand-Est
- Pays-de-la-Loire
- Centre-Val-de-Loire
- Bourgogne-Franche-Comté
- Nouvelle-Aquitaine
- Auvergne-Rhône-Alpes
- Occitanie
- Provence-Alpes-Côte-D'Azur
- Corse

II. Information, formation et intérêt

Question 5 : « *Selon vous quel(s) est(sont) le(s) signe(s) pouvant évoquer un trouble de l'oralité alimentaire ?* »

- Difficultés de succion et/ou de mastication
- Hypo ou hypersensibilité (tactile et/ou oro-faciale)
- Refus de la nouveauté
- Régurgitations et vomissements
- Hyper-nauséux
- Sélectivité alimentaire
- Difficultés de transition (passage à la cuillère ou aux morceaux)
- Problèmes de comportement au moment des repas (anxiété, pleurs, colère...)
- Désintérêt pour l'alimentation
- Peu ou pas d'exploration orale (enfant qui ne porte pas les objets à sa bouche)
- Repas qui dure longtemps (> 30 minutes)
- Je ne sais pas
- Autre :

Question 6 : « *Selon vous, quelle(s) origine(s) pourrait(aient) avoir un TOA ?* »

- Sensorielle (ex. troubles du spectre autistique, trouble de l'intégration sensorielle, hypernauséux, hypo ou hypersensibilité tactile et/ou oro-faciale qui peut se manifester par un enfant qui porte peu les objets en bouche ou qui n'aime pas marcher pieds nus...)
- Organique (ex. pathologies ou malformations cardiaques, neurologiques, digestives, respiratoires, génétiques, pathologies syndromiques, anomalies congénitales, fentes...)
- Fonctionnelle (= trouble sans lésion organique ex. reflux gastro-oesophagien, régurgitations, difficultés pour effectuer les praxies oro-faciales pouvant se manifester par une langue peu mobile, difficultés de succion dans le cadre d'une prématurité...)
- Psycho-comportementale (ex. problèmes de comportement au moment des repas qui peuvent se manifester par des évitements ou de la colère, désintérêt pour l'alimentation...)
- Je ne sais pas
- Autre :

Question 7 : « *Pensez-vous que vous êtes concerné par ce type de prise en charge ?* »

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Question 8 : « *Trouvez-vous que vous êtes suffisamment informé concernant les TOA ?* »

- Oui
- Non

Question 9 : « *Pensez-vous que vous manquez d'informations sur :* »

- La définition et le développement de l'oralité alimentaire
- La définition des troubles de l'oralité alimentaire
- Les origines
- Les manifestations
- Les conséquences
- La prise en charge adaptée à votre profession
- L'orientation vers d'autres professionnels
- Autre :

Question 10 : « *Vous sentez-vous suffisamment formé sur les troubles de l'oralité alimentaire ?* »

- Oui
- Non

Question 11 : « *Avez-vous déjà bénéficié d'une formation sur les troubles de l'oralité alimentaire ?* »

- Oui
- Non

Question 12 : « *Dans le cadre de :* » (s'affiche si répondu « oui » à la question 11)

- Formation initiale
- Formation continue
- Recherches personnelles

Question 13 : « *Seriez-vous intéressé par une formation portant sur ce thème ?* »

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Question 14 : « *Selon vous, quels sont les professionnels de santé pouvant prendre en charge ces troubles ?* »

.....

Question 15 : « *Connaissez-vous leur rôle dans le parcours de soin des patients avec un TOA ?* »

- Oui
- Non

III. Capacité de recevoir et/ou réorienter

Question 16 : « *Prenez-vous ou vous sentez-vous capable de prendre en charge ce type de pathologie ?* » (s'affiche que pour les professionnels paramédicaux)

- Oui
- Non

Question 17 : « *Que faites-vous si vous avez une demande concernant un trouble d'oralité alimentaire ?* » (s'affiche que si le professionnel paramédical a répondu « non » à la question 16)

- Je réoriente
- Je ne donne pas suite à l'appel
- Je ne sais pas

Question 18 : « *Vers qui réorientez-vous ?* » (s'affiche que si le professionnel paramédical a répondu « Je réoriente » à la question 17)

- Vers une structure (CMP, CAMSP, CMPP)
- Vers un ou des professionnel(s) libéral(aux)
- Vers un centre hospitalier (ORL, gastro-entérologue...)
- Vers un médecin (généraliste ou pédiatre)
- Autre :

Question 19 : « *Vers quel(s) professionnel(s) libéral(aux) réorientez-vous ?* » (s'affiche que si le professionnel paramédical a répondu « Vers un ou des professionnel(s) libéral(aux) » à la question 18)

- Psychologue
- Orthophoniste
- Ergothérapeute
- Psychomotricien
- Diététicien
- Kinésithérapeute
- Autre :

Question 20 : « *Savez-vous vers qui orienter un patient présentant les signes d'un trouble de l'oralité alimentaire ?* » (s'affiche que pour les professionnels médicaux)

- Oui
- Non

Question 21 : « *Vers quels professionnels orientez-vous le patient avec des signes d'un trouble de l'oralité alimentaire ?* » (s'affiche que si le professionnel médical a répondu « oui » à la question 20)

- Orthophoniste
- Ergothérapeute
- Psychologue
- Psychomotricien
- Kinésithérapeute
- Diététicien
- Une structure (CAMSP, CMP...)
- Réseau hospitalier
- Autre :

IV. Demandes

Question 22 : « *Avez-vous déjà eu des demandes concernant des troubles de l'oralité alimentaire ?* »

- Oui
- Non

Question 23 : « *Avez-vous constaté une augmentation de ces demandes au cours des 10 dernières années ?* »

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Question 24 : « *Qui vous a orienté les patients avec suspicion de trouble de l'oralité alimentaire ?* » (s'affiche que pour les professionnels paramédicaux)

- Médecin généraliste
- Pédiatre
- Médecin spécialiste (ORL, gastro-entérologue...)
- Professionnel paramédical (orthophoniste, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychomotricien, psychologue, diététicien)
- Autre :

V. Remarques

Question 25 : « *Souhaiteriez-vous avoir davantage d'informations à ce sujet ?* »

- Oui
- Non

Question 26 : « *Sous quelle forme ?* » (s'affiche que si le professionnel a répondu « Oui » à la question 25)

- Plaquette d'informations
- Site internet
- Vidéo
- Action de sensibilisation
- Autre :

Question 27 : « *Avez-vous d'autres remarques ?* »

.....

Afin de préserver votre anonymat, merci de ne pas laisser de commentaire permettant de vous identifier.

Je, soussigné(e)Gelas Fanny.....(Nom, prénom)

Directeur (trice) du mémoire de l'étudiant.....Latini Pauline.....(Nom, prénom)

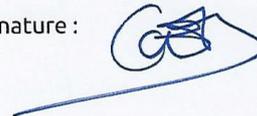
autorise celui-ci à déposer pour évaluation et soutenance son document intitulé :

Dix ans après le premier état des lieux : connaissances, demandes et besoins des professionnels de

santé confrontés aux troubles de l'oralité alimentaire (titre du mémoire).

Fait à Saillans, le 17 mai 2021

Signature :



Fanny GELAS
ORTHOPHONISTE
269301149
Centre de soins « Le Solaire »
1840, avenue Georges Coupois
26340 SAILLANS
04 26 58 87 47
fgelasortho@gmail.com

Je, soussigné(e)Gosset Charlotte.....(Nom, prénom)

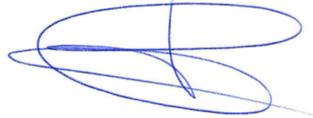
Directeur (trice) du mémoire de l'étudiant.....Latini Pauline.....(Nom, prénom)

autorise celui-ci à déposer pour évaluation et soutenance son document intitulé :

Dix ans après le premier état des lieux : connaissances, demandes et besoins des professionnels de santé confrontés aux troubles de l'oralité alimentaire (titre du mémoire).

Fait à Caen, le 17/05/2021

Signature :



Pauline LATINI

Dix ans après le premier état des lieux : Connaissances, demandes et besoins des professionnels de santé confrontés aux troubles de l'oralité alimentaire

Ten years after the first inventory: Knowledge, demands and needs of health professionals confronted with feeding disorders

Mémoire d'orthophonie, Caen 2021,
40 pages.

Résumé :

Les troubles de l'oralité alimentaire (TOA) sont davantage étudiés et reconnus. On les retrouve fréquemment en consultations pédiatriques. Les TOA sont complexes et requièrent une prise en soin transdisciplinaire car ils peuvent avoir plusieurs origines, manifestations et conséquences.

Ce mémoire a pour objectif de mesurer l'évolution depuis 2010 des connaissances, demandes et besoins des professionnels de santé intervenant dans ce cadre. Nous avons créé un questionnaire qui a montré que les professionnels se sentent tous concernés mais manquent d'informations et formation sur les TOA, parallèlement, les anciens diplômés (avant 2010) constatent une augmentation des demandes. Cela nous a mené à créer un site internet.

Mots-Clés : oralité alimentaire – trouble de l'oralité alimentaire – pluridisciplinarité – orthophonique – enfant

Key Words : dietary orality – feeding disorders – multidisciplinary – speech and language therapy – children