



HAL
open science

Trouble de l'oralité alimentaire : création d'un livret de conseils pratiques à destination des parents consultant en PMI

Lucile Lacas

► To cite this version:

Lucile Lacas. Trouble de l'oralité alimentaire : création d'un livret de conseils pratiques à destination des parents consultant en PMI. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04082290

HAL Id: dumas-04082290

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04082290v1>

Submitted on 26 Apr 2023

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.



**Faculté de Médecine et de Pharmacie
Centre de Formation Université en Orthophonie**

MEMOIRE

En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

Présenté par :

LACAS Lucile

Vendredi 17 juin 2022

**Trouble de l'oralité alimentaire : Création d'un livret de conseils
pratiques à destination des parents consultant en PMI.**

Directrice de mémoire :

Marie PITRE, Orthophoniste

Président du jury :

Professeur Thierry MOM, Chirurgien ORL

Membres du jury :

**Amélie PETITJEAN, Orthophoniste
Anne-Cécile LEMIERE CHEN, Orthophoniste**

RESUME

L'alimentation de l'enfant est l'assise d'enjeux développementaux, sociaux et culturels. C'est pourquoi, lorsqu'un enfant présente un trouble de l'oralité alimentaire, il est important d'intervenir de manière précoce. En effet, ce trouble, d'origine génétique ou résultant de difficultés d'ordre organique, cognitive, sensorielle et/ou environnementale, peut avoir des conséquences néfastes sur le devenir de l'enfant. Aussi, les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), qui s'occupent des enfants de 0 à 6 ans, ont-ils un rôle important à jouer. En effet, ces structures départementales qui pilotent des projets de prévention, de dépistage et de diagnostic, sont constituées d'équipes pluridisciplinaires pouvant intervenir dans la prise en soin d'un trouble de l'oralité alimentaire. Guidées par des principes d'utilité clinique, nous nous sommes intéressées aux bienfaits que la création d'un livret de conseils pratiques, traduit en langue turque et arabe, pouvaient apporter aux professionnels ainsi qu'aux parents. Ce livret s'inscrit dans une démarche qui tend à soulager les praticiens, peu sensibilisés à ce trouble, en proposant aux parents un recueil de recommandations leur permettant d'agir par le biais de conseils et d'activités concrètes. Les résultats de notre étude montrent que ce livret de conseils pratiques s'avère bénéfique, tant pour les professionnels que pour les parents. C'est un outil thérapeutique au service de la médiation professionnels/parents. Enfin, si ce livret ne peut se substituer à une prise en soin spécifique, il permet néanmoins de soulager les professionnels de santé et d'endiguer le trouble avant qu'il ne se chronicise.

Mots clés : Oralité – Trouble – Professionnels de santé - Protection Maternelle et Infantile – Outil thérapeutique - Enfants (3-12 ans) - Jeunes enfants (0-3 ans)

ABSTRACT

Child feeding is at the core of developmental, social and cultural stakes. This is why, when a child displays an oral feeding disorder, it is important to intervene early. This disorder, that is of genetic origin or due to organic, cognitive, sensory and/or environmental difficulties, can have harmful consequences on the child's future. Therefore, the Maternal and Infant Protection Centers (PMI), which take care of children from 0 to 6 years old, have an important role to play. These departmental structures, which are in charge of all the projects related to prevention, screening and diagnosis, are made up of multidisciplinary teams that can intervene in the treatment of an oral feeding disorder. Guided by principles of clinical utility, we were interested in the benefits that the creation of a booklet of practical advice, translated into Turkish and Arabic, could bring to professionals and parents.

This booklet is part of an approach that aims at supporting practitioners, who are not very aware of this disorder, by offering parents recommendations to help them thanks to advice and step-by-step activities. The results of our study show that using this booklet of practical advice appears to be beneficial for both professionals and parents. It is a therapeutic tool for professional/parent mediation. Finally, even if this booklet is not meant to replace targeted care, it can nevertheless help health professionals and prevent the disorder to become chronic.

Keywords: Orality - Disorder - Health professionals - Mother and Child Protection - Therapeutic tool - Children (3-12 years) - Young children (0-3 years)

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Marie PITRE qui a dirigé ce travail. Je vous remercie pour votre aide, votre bienveillance et votre disponibilité tout au long de cette année. Merci pour vos conseils et vos encouragements qui m'ont permis de mener à bien ce projet.

Je remercie Anne-Cécile LEMIERE CHEN, orthophoniste, qui a accepté de faire partie du jury et ainsi de participer à l'évaluation de ce mémoire.

Je souhaite également remercier les orthophonistes Aude CAUSSE, Milène MOUSSAY, Émilie LE GALL et mon amie Justine FELIU pour avoir participé à la relecture de mon mémoire.

Un grand merci à tous les médecins, infirmières-puéricultrices et psychologues qui ont pris le temps de répondre à mes questionnaires. Merci à Charles et Agathe pour m'avoir autorisée à utiliser une photo de leur fille Arya pour la couverture de mon livret de conseils pratiques.

Je tiens à adresser mes remerciements à l'ensemble du corps professoral et administratif du CFUO de Clermont-Ferrand, pour la qualité de leur enseignement.

Je remercie l'ensemble de mes maîtres de stage pour avoir partagé leurs connaissances et savoir-faire afin de contribuer à ma formation.

Je remercie ma famille, plus particulièrement mon père, mon exemple, pour m'avoir encouragée à trouver ma voie, à croire en moi et pour avoir financé mes études. Merci également à mon frère, ma sœur et mes meilleures amies Bettyna et Justine de m'avoir toujours encouragée.

Merci à Florian, mon compagnon, d'avoir accepté la distance, de m'avoir toujours soutenue et d'avoir été si compréhensif tout au long de ces années de concours et d'études.

Enfin, merci à Camille, Elsa et Moea, sans qui, ces cinq années d'études, n'auraient pas eu la même saveur. Je suis heureuse et fière de vous compter parmi mes amies et futures consœurs.

A la mémoire de ma mère, Sylvie LACAS.

SOMMAIRE

TABLEAU DES ILLUSTRATIONS	4
INTRODUCTION	5
PARTIE THEORIQUE.....	6
I. GENERALITES SUR L'ORALITE.....	6
1. <i>L'oralité primaire, dépendante</i>	6
2. <i>L'oralité secondaire, autonome</i>	6
3. <i>L'oralité verbale</i>	8
4. <i>L'intégration sensorielle</i>	9
II. L'ALIMENTATION : UN ACTE SOCIAL ET CULTUREL	9
1. <i>L'oralité, fondatrice de l'individu et de l'attachement</i>	9
2. <i>La dimension sociale et culturelle de l'alimentation</i>	11
III. LE TROUBLE DE L'ORALITE ALIMENTAIRE	12
1. <i>Terminologie</i>	12
a. La néophobie alimentaire	12
b. Le trouble de l'oralité alimentaire ou troubles alimentaires pédiatriques	13
2. <i>Étiologies du trouble</i>	14
a. Les causes organiques	14
b. Les causes neurologiques	14
c. Les causes non-organiques	15
d. Facteurs de risque.....	15
IV. DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DU TROUBLE DE L'ORALITE.....	16
1. <i>Les signes d'alerte</i>	16
2. <i>La consultation</i>	17
V. LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LES ACTIONS DE LA PMI.....	18
1. <i>La Protection Maternelle et Infantile et ses missions</i>	18
2. <i>Les politiques publiques</i>	19
3. <i>La composante migratoire en PMI</i>	20
PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES	20
I. PROBLEMATIQUE	20
II. HYPOTHESES	21

MÉTHODOLOGIE.....	21
I. POPULATION D'ETUDE.....	21
II. PROTOCOLE POUR LA CREATION DU LIVRET	21
1. <i>Élaboration du premier questionnaire</i>	21
1.1. Mode d'administration.....	21
1.2. Période	22
1.3. Questionnaire	22
a. Types de question proposés	22
b. Organisation des questions	22
c. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	23
d. Présentation et analyse des questions destinées aux professionnels de santé en PMI.	23
2. <i>Élaboration du livret de conseils pratiques</i>	24
2.1. Description générale du livret	25
2.2. Organisation du livret.....	25
2.3. Format du livret.....	28
2.4. Traduction du livret.....	28
3. <i>Élaboration du second questionnaire</i>	29
3.1. <i>Mode d'administration</i>	29
3.1. Période	29
3.2. Questionnaire	29
a. Types de question proposés	29
b. Organisation des questions	29
c. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	29
d. Présentation et analyse des questions destinées aux professionnels de santé en PMI.	29
RESULTATS	32
I. RESULTATS AU PREMIER QUESTIONNAIRE	32
1. <i>Participants</i>	32
2. <i>Le codage des réponses</i>	32
3. <i>Analyse des réponses</i>	33
3.1. Identification des connaissances des professionnels de santé en PMI sur le trouble de l'oralité	33
3.2. Fréquence de ce trouble en PMI.....	34
3.3. Auto-évaluation des professionnels quant au trouble de l'oralité	35

3.4.	Fréquence de la survenue d'une barrière langagière	36
3.5.	Besoin des professionnels de santé en PMI	36
II.	RESULTATS AU SECOND QUESTIONNAIRE	37
1.	<i>Participants</i>	37
2.	<i>Le codage des réponses</i>	37
3.	<i>Analyse des réponses</i>	37
	DISCUSSION	39
I.	RAPPELS DE LA PROBLEMATIQUE ET DES HYPOTHESES.....	39
II.	INTERPRETATION DES RESULTATS ET VERIFICATION DES HYPOTHESES	40
III.	LIMITES DE L'ETUDE	42
IV.	PERSPECTIVES.....	43
	CONCLUSION	44
	BIBLIOGRAPHIE	45
	ANNEXES.....	49

TABLEAU DES ILLUSTRATIONS

TABLEAU 1 : SYNTHÈSE DE LA RÉPARTITION DES SIGNES D'ALERTE CONCERNANT LES TROUBLES DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE	17
TABLEAU 2 : SYNTHÈSE DES RÉPONSES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN PMI OBTENUES LORS DU SECOND QUESTIONNAIRE AU SUJET DU LIVRET DE CONSEILS PRATIQUES.....	38
FIGURE 1 : ÉVALUATION DU NOMBRE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN PMI AYANT ÉTÉ FORMÉS AU TROUBLE DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE DURANT LEUR CURSUS UNIVERSITAIRE.....	33
FIGURE 2 : POURCENTAGE MOYEN DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN PMI AYANT SUIVI UNE FORMATION COMPLÉMENTAIRE SUR LE TROUBLE DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE AU COURS DE LEUR EXERCICE.	34
FIGURE 3 : FRÉQUENCE À LAQUELLE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN PMI SONT CONFRONTÉS AU TROUBLE DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE.....	34
FIGURE 4 : AUTO-EVALUATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN PMI CONCERNANT LEURS CONNAISSANCES SUR LE TROUBLE DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE.	35
FIGURE 5 : AISANCE AVEC LAQUELLE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN PMI PRODIGENT DES CONSEILS AUX PARENTS D'ENFANTS AYANT UN TROUBLE DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE SELON LEUR AUTO-EVALUATION.....	35
FIGURE 6 : ÉVALUATION DE LA FRÉQUENCE AVEC LAQUELLE LA BARRIÈRE LANGAGIÈRE INTERFÈRE DANS LA TRANSMISSION DE CONSEILS PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN PMI AU COURS D'UNE CONSULTATION POUR UN TROUBLE DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE.	36
FIGURE 7 : RÉPARTITION SELON QUATRE CATEGORIES DES DEMANDES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN PMI CONCERNANT LE TROUBLE DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE.	36
FIGURE 8 : FRÉQUENCE D'UTILISATION DU LIVRET DE CONSEILS PRATIQUES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN PMI.	38
FIGURE 9 : REPRÉSENTATION DES LANGUES ÉTRANGÈRES POUR LESQUELLES LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN PMI SOUHAITERAIENT UNE TRADUCTION DU LIVRET DE CONSEILS PRATIQUES.	39

INTRODUCTION

Les premiers mois et années de vie d'un enfant sont déterminants dans son développement neurologique, physique et psychique. Parmi les facteurs qui contribuent à ces modifications, l'oralité alimentaire joue un rôle clé. Définie par le professeur Véronique Abadie comme « l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche », l'oralité alimentaire implique des composantes du développement psychomoteur, sensoriel et affectif (Leblanc, 2014). Présente dès la vie intra-utérine, elle se poursuit jusqu'à la mise en place de toutes les fonctions matures. Au-delà de son aspect développemental, elle permet au jeune enfant de se construire sur les plans personnel, social et culturel.

Cependant, si la bouche apparaît comme le lieu des premiers plaisirs, elle peut toutefois être synonyme d'expériences négatives. En effet, il arrive que cette oralité soit altérée par une cause organique, psychologique ou sensorielle voire par des contraintes cognitives et/ou environnementales. Ces causes, qu'elles soient isolées ou simultanées, entraînent un trouble de l'oralité alimentaire (TOA), appelé aussi dysoralité. D'après les études scientifiques menées sur le sujet, 25 à 50% des enfants présentant un développement normal et plus de 70% des enfants ayant un retard ou un trouble développemental associé seraient concernés (Levy et al., 2009; Yang, 2017). Or, si l'alimentation constitue une source de préoccupation majeure chez les parents, le TOA n'est souvent peu, voire pas, diagnostiqué et les conséquences souvent sous-estimées. Car, en plus de constituer un obstacle dans l'alimentation de l'enfant, il s'avère également délétère à la dyade parent-enfant (Couly, 2010).

C'est pourquoi, en 2020, le Ministère des solidarités et de la santé a ainsi établi un rapport définissant une période critique, celle des 1 000 premiers jours. L'attention donnée à cette période permet le déclenchement d'interventions précoces et ce, tant pour le dépistage que pour le diagnostic de pathologies dont le TOA. En effet, durant ces 1 000 premiers jours, des facteurs nutritionnels essentiels se mettent en place afin d'assurer la croissance de l'enfant (Ministère des solidarités et de la santé, 2020). Parmi les services sollicités pour ce projet, les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) semblent constituer les interlocuteurs clés pour mener à bien cet objectif de santé publique. En effet, leurs actions ciblent la santé des mères et de leurs enfants, de la grossesse jusqu'à leurs 6 ans. Les PMI apparaissent ainsi indispensables dans l'accompagnement des familles, notamment lorsque le parcours est long et décourageant, comme cela peut être le cas pour un TOA (Saïas et al., 2018).

Ce mémoire débutera par un état des lieux des connaissances actuelles sur l'oralité alimentaire. L'objectif étant d'identifier les connaissances des professionnels de santé au sein des services de PMI et d'analyser leurs capacités à détecter et fournir des conseils aux parents. Enfin, les résultats seront analysés et étudiés au regard des hypothèses afin d'élaborer un livret de conseils pratiques, traduit en différentes langues, à destination des parents, d'origine française ou étrangère, consultant en PMI.

PARTIE THEORIQUE

I. Généralités sur l'oralité

« Le comportement alimentaire est un processus sensori-moteur complexe qui évolue avec le temps et qui est lié à l'appétit chez l'enfant, il est décisif dans la croissance neurologique » (Ramsay, 2001), en témoignent les plus de 50 muscles bilatéraux oro-faciaux et cervicaux mobilisés pour le seul acte de l'alimentation (Couly, 2017).

1. L'oralité primaire, dépendante

L'oralité primaire est caractérisée par le réflexe de succion-déglutition et apparaît dès la vie intra-utérine. C'est un stade d'alimentation automatique et réflexe, contrôlé et synchronisé par le tronc cérébral en réponse à une stimulation sensitivo-sensorielle.

Il en existe deux types : l'oralité primaire embryo-fœtale et l'oralité primaire post-natale. La première a pour objectif d'entraîner l'activité de succion-déglutition via l'ingestion du liquide amniotique quand la seconde a pour finalité la nutrition du nouveau-né (Couly, 2010, 2017).

La succion, qui précède la déglutition, est déclenchée par des stimulations sensibles, par l'activation des effecteurs sensoriels de l'oralité, opérants dès le second trimestre de grossesse, et par la sensation de faim (Coquet, 2019).

Le couplage de la succion et de la déglutition est le résultat d'événements bien orchestrés et son efficacité dépend de la coordination de la ventilation et des réflexes protecteurs des voies respiratoires que sont la toux et le réflexe nauséux.

La mise en œuvre de la succion-déglutition ne saurait être efficiente sans la maturation du tronc cérébral qui contient les nerfs moteurs de la sphère orale. Il est également à l'origine de l'ensemble de réflexes archaïques, tels que les réflexes de Hooker, de fouissement, des points cardinaux et d'autres encore nécessaires à l'alimentation (Couly, 2017).

Ainsi, le jour de sa naissance, le nouveau-né est équipé de nombreux mécanismes réflexes rendant possible la nutrition.

2. L'oralité secondaire, autonome

L'oralité secondaire correspond au passage des mouvements réflexes en mouvements volontaires ainsi qu'à la mise en œuvre des mouvements masticatoires. Elle apparaît entre 4 et 6 mois, période pendant laquelle débute la diversification alimentaire. Toutefois, l'alimentation succionnelle ne disparaît pas

pour autant : elle est désormais intentionnelle et non plus réflexe. En effet, ces deux oralités coexistent pendant une certaine période (entre 6 mois et 5 ans) pour assurer une transition sans heurt vers une alimentation adulte (Coquet, 2019; Couly, 2010).

Processus moteur complexe, la mastication résulte du fonctionnement du cortex pariéto-frontal et du faisceau géniculé, responsables des activités sensitivo-motrices et de la coordination des fonctions de la sphère orale. La mastication est donc l'expression de la maturation neurologique de l'enfant (Coquet, 2019).

L'éruption dentaire, qui intervient entre le 6^{ème} et 36^{ème} mois, vient renforcer la croissance oro-faciale en permettant le développement progressif de la mastication. En effet, entre le 9^{ème} et 18^{ème} mois, le contrôle et la coordination mandibulaire sont inefficaces et seuls sont présents des mouvements latéraux. C'est entre 24 et 36 mois que sont acquises la stabilité dans le déplacement latéral de la mâchoire et une meilleure coordination permettant ainsi une mastication efficace (Almotairy et al., 2018).

Aussi, avant l'âge de 12 mois et l'introduction des morceaux consistants, le développement neurologique ne permettra-t-il pas à l'enfant de mastiquer. À ce stade, l'enfant mâchonne ou malaxe les aliments mais ne peut les sectionner ou les broyer : il ne possède en effet, ni les dents, ni les capacités pour le faire.

Néanmoins, si la mastication ne doit pas être trop anticipée, il ne faut pas pour autant maintenir l'enfant dans le mode unique d'alimentation succionnelle, au risque d'entraîner un retard, voire un déficit de l'activité masticatoire. Le type de morceaux est donc à adapter à l'âge, aux compétences motrices et oro-motrices de l'enfant. Dès lors que l'enfant pourra se tenir assis, et qu'il aura eu suffisamment d'explorations orales, des morceaux tendres et fondants pourront lui être proposés comme cela est conseillé dans la diversification alimentaire menée par l'enfant (DME). De plus, d'un point de vue langagier, la persistance de la succion peut favoriser l'apparition de troubles oro-myo-fonctionnel et articulaire (Coquet, 2017).

À tous ces paramètres s'ajoute l'hygiène dentaire. Il s'agit d'un facteur non négligeable car la présence de caries peut altérer la mastication et ainsi provoquer un mauvais développement des muscles de la face et des difficultés d'alimentation (Collado et al., 2017).

Il est à noter que la mise en œuvre de l'oralité secondaire n'est pas dépendante de l'efficacité de l'oralité primaire. En effet, ces deux oralités ont deux origines distinctes. Ainsi, un enfant ayant eu des difficultés au cours de son oralité primaire pourra développer une oralité secondaire avec néanmoins, une mise en place plus lente.

3. L'oralité verbale

L'oralité verbale et l'oralité alimentaire sont indissociables. En effet, ces oralités se développent de manière simultanée car elles font, en partie, appel aux mêmes circuits neuronaux.

À la naissance, le nourrisson n'a ni les compétences ni le tonus pour actionner les centaines de muscles nécessaires à la parole. De plus, pour permettre la respiration pendant la déglutition, le larynx est encore en position horizontale et la langue est proéminente par rapport à la taille de la cavité buccale. Ainsi, à ce stade, seuls les cris et quelques vocalisations sont possibles (Thibault, 2015, 2017).

C'est aux alentours de 6 mois qu'ont lieu la verticalisation, l'oralité secondaire et le début de la phonation. En effet, la verticalisation, permettant la diversification alimentaire, est à l'origine de deux changements anatomiques majeurs. Le premier est l'augmentation du volume pulmonaire et le second le redressement du larynx permettant l'augmentation de la cavité de résonance.

Parallèlement à ces modifications, se développent les capacités gnoso-praxiques. Elles permettent la réalisation des schèmes perceptivo-moteurs et comprennent l'ensemble des habiletés motrices, spatio-temporelles et affectives de l'enfant. Leur efficacité dépend du développement psychomoteur et de la maturation neurologique. En effet, les praxies oro-faciales que sont entre autres la déglutition, la mastication et l'articulation, empruntent les mêmes réseaux neuronaux (Senez-Saut, 2020; Thibault, 2015).

L'ensemble de cette réorganisation anatomo-fonctionnelle permet d'aboutir à la production de syllabes de type consonne/voyelle : c'est ce qu'on appelle le babillage canonique (Coquet, 2019; Thibault, 2015).

Enfin, vers 24 mois, lorsque la mastication est stabilisée et que les mouvements bucco-faciaux sont mieux coordonnés, l'enfant développe un langage plus élaboré. C'est ce qu'Élisa Levavasseur, orthophoniste et formatrice sur les troubles de l'oralité, qualifie d'oralité tertiaire (Coquet, 2019; Levavasseur, 2017). La bouche est ainsi le témoin des premières séquences motrices du langage et de l'oralité, dont la coordination œil-main-bouche, qui est à la base du développement des gnoso-praxies orales et linguales (Senez-Saut, 2020).

Cependant, s'il est vrai que nous sommes génétiquement équipés pour nous nourrir et parler, ce sont les sollicitations de notre environnement et nos interactions qui permettent à l'enfant de prendre conscience de son corps, de développer ses capacités langagières et de s'autonomiser vis-à-vis de la relation mère-enfant (Thibault, 2015).

4. L'intégration sensorielle

« L'intégration neurosensorielle consiste à coordonner toutes les informations sensorielles d'un événement pour adapter ensuite son comportement en fonction des stimuli reçus de l'environnement. » (Coquet, 2019).

En ce sens, les expériences sensorielles sont propres à chaque enfant et dépendent de son développement neurologique et de ses capacités d'apprentissage. En effet, pour analyser les stimuli environnementaux, l'enfant devra être capable de trier les informations reçues, de comprendre les modulations sensorielles et d'être en mesure de les discriminer.

La diversification alimentaire a ceci d'intéressant qu'elle sollicite tous les sens. En mangeant, l'enfant doit prendre en compte les informations liées à son environnement ainsi que ses propres sensations. Les caractéristiques sensorielles des aliments (aspect visuel de la nourriture, température, odeur et goût) s'additionnent aux perceptions internes de l'enfant (sensation de faim/satiété, température corporelle, équilibre, proprioception). Ces éléments, à travers la répétition d'expériences, vont être assimilés pour permettre à l'enfant de s'alimenter sereinement (Barbier, 2014).

Cependant, dans le cadre d'un TOA, l'intégration sensorielle est souvent impactée par une hyper- ou hypo-sensibilité. Or, l'alimentation implique le traitement et la réponse à des stimuli multi-sensoriels. Ainsi, l'enfant présentant un TOA est incapable d'organiser les informations qu'il reçoit, donnant alors naissance à des comportements inadaptés au cours des repas. La bouche, qui fait normalement l'objet de multiples expériences pour faciliter l'introduction d'aliments, est peu ou trop investie.

Ainsi, l'enfant pourra présenter des réactions excessives vis-à-vis de stimuli pourtant traités de manière anodine chez la plupart des individus (Yi et al., 2015).

II. L'alimentation : un acte social et culturel

1. L'oralité, fondatrice de l'individu et de l'attachement

« Dans la symbolique, l'aliment est porteur de sens, il nourrit le corps mais aussi l'imaginaire, il engage profondément notre affectivité. » (Thibault, 2007)

La naissance est le premier pas vers l'autonomie du nouveau-né, le clampage du cordon ombilical mettant un terme définitif à l'union physique de la mère et son enfant. À travers la relation nutritionnelle, le nourrisson échange, explore et agit sur son environnement afin de construire son autonomie. L'oralité est ainsi fondamentale dans le lien d'attachement.

Lors de la lactation, la mère satisfait les besoins nutritifs de son enfant tout comme ses besoins sensoriels et affectifs. Ce moment privilégié, appelé dyade, permet à l'enfant d'être en symbiose avec sa mère et d'exprimer ses affects. La qualité des interactions pendant ce moment intime est avant tout un facteur de protection dans le développement psychique de l'enfant mais elle constitue également la base d'un lien d'attachement sécure. En effet, si l'environnement est suffisamment stable et que les parents sont ajustés à leur enfant, celui-ci pourra croire qu'il est l'auteur de son bien-être et ainsi évoluer sereinement.

De plus, en apprenant à gérer progressivement les épisodes de faim et satiété, l'enfant élabore un rythme s'organisant autour de la bouche. Cela va lui permettre non seulement de construire sa temporalité mais également ses représentations. Ensemble, ces éléments vont participer à l'élaboration de sa personnalité, ainsi qu'à renforcer la dyade mère-enfant (Coquet, 2019).

Ainsi, l'alimentation reflète la curiosité de l'enfant pour le monde qui l'entoure et la bouche joue un rôle de médiation entre l'extérieur et l'intérieur de son corps. En effet, à travers diverses expériences alimentaires, l'enfant intègre tout, ou une partie des caractéristiques de l'aliment, et construit ainsi son identité. Selon Gérard Couly, la diversification alimentaire permet à l'enfant de construire son « moi alimentaire » par le biais de stimulations pluri-sensorielles.

Néanmoins, si la sphère orale est décrite par Freud comme le lieu des premiers plaisirs en raison du sentiment de satisfaction et de satiété qu'elle procure à l'enfant, elle peut toutefois être à l'origine des premières expériences négatives et des premiers conflits. En effet, l'ingestion d'aliments peut être source d'angoisse. Celle-ci sera exacerbée chez l'enfant présentant un TOA, constituant un frein à la mise en bouche. Le refus représente, pour l'enfant, son seul moyen d'exprimer son désaccord vis-à-vis du parent ou de la société. Car, faire le choix d'avalier un aliment, c'est s'octroyer le droit de garder le contrôle sur soi et sur ce que l'on est (Bordet et al., 2011; Guillaume, 2014).

C'est pourquoi, le rapport que les parents entretiennent à l'alimentation est un facteur important à considérer. En effet, les parents transmettent à l'enfant le rythme alimentaire ainsi que les conduites qui conviennent d'être suivies à table. Ils sont également garants du plaisir que procure le partage d'un repas (Bordet et al., 2011; Harada et al., 2019).

Par exemple, la présence d'un trouble alimentaire chez un parent peut impacter la qualité des interactions. Le parent qui éprouve des difficultés face à l'alimentation pourra potentiellement transmettre son anxiété. Aussi, les parents doivent-ils se montrer encourageants et adapter leur comportement afin que le repas se déroule dans les meilleures conditions possibles pour l'enfant (Bordet et al., 2011; Harada et al., 2019; Manikam & Perman, 2000).

2. La dimension sociale et culturelle de l'alimentation

« Manger c'est ingérer du monde extérieur comestible dans notre corps qui le transforme « en nous-même » (...) Manger c'est transformer le monde et ainsi s'approprier la puissance et la force de celui-ci » (Couly, 2010).

En France, pays de la gastronomie, l'alimentation est au cœur de notre société. Autrefois besoin primaire, elle est aujourd'hui le reflet d'une manière de vivre, d'une société, d'une culture ou encore d'une religion.

Le repas est un moment de plaisir et d'échange que nous partageons avec notre famille, nos amis ou nos collaborateurs. D'un point de vue social et culturel, manger permet de se construire en tant qu'individu propre mais également en tant qu'individu au sein d'un groupe. En effet, de par sa convivialité, il participe à l'intégration sociale. Pour Gérard Apfeldorfer, psychothérapeute spécialiste du comportement alimentaire, « refuser le partage c'est rejeter l'autre » (Bordet et al., 2011).

En 2008, Dovey et son équipe définissent l'alimentation comme un facilitateur social. Selon les chercheurs, la quantité de nourriture consommée par un individu augmenterait en fonction du nombre de personnes présentes au repas. Les enfants, entourés de plusieurs personnes, seraient notamment plus enclins à essayer un nouvel aliment par mimétisme.

Par ailleurs, la culture joue également un rôle dans notre alimentation. La diversité des aliments, le mode et la fréquence sont autant de facteurs qui fluctuent d'un pays à l'autre. Certains pays privilégieront, par exemple, l'autonomie alimentaire de l'enfant, quand d'autres préféreront les interactions sociales (Perez, 2014).

Néanmoins, l'alimentation est également le témoin des inégalités sociales. En effet, la qualité et la diversité des produits consommés sont fortement dépendantes du statut socio-économique des parents de l'enfant. Malgré les politiques de santé publique sur le « bien manger », il est parfois difficile pour les populations les plus vulnérables d'avoir une alimentation saine. Or, dans notre société, les difficultés alimentaires sont encore très mal perçues et sont souvent à l'origine d'un isolement social (Barou, 2006).

C'est pourquoi, la détection d'un TOA chez un enfant peut provoquer une détresse morale chez les parents, dans la mesure où ce sujet est encore méconnu du grand public. Les repas sont une source d'angoisse et impactent la vie sociale de toute la famille. En effet, les parents relatent les difficultés qu'ils éprouvent à voyager ou à assister à des événements sociaux lorsqu'ils n'ont pas la possibilité de proposer à leur enfant les aliments qu'il aime (Dahlsgaard & Bodie, 2019). Considérés comme trop permissifs, les parents sont souvent malmenés par leurs pairs et le corps médical. Ils peinent à trouver une écoute face à leurs difficultés et se sentent démunis. Nombreux sont ceux qui ont fait l'objet de

remarques acerbes et qui ont été culpabilisés dans leur rôle de parents. Se sentant responsables du trouble de leur enfant, ils ont suivi les conseils contre-productifs qui leur ont été donnés. Et, si d'aucuns affirment « qu'un enfant ne se laisse pas mourir de faim », cela témoigne simplement du manque de connaissance qu'ils peuvent avoir sur ce trouble.

III. Le trouble de l'oralité alimentaire

1. Terminologie

La néophobie, les difficultés alimentaires, l'hypersélectivité, l'anorexie mentale du nourrisson, les troubles alimentaires pédiatriques et le trouble de l'oralité alimentaire sont autant de terminologies retrouvées dans la littérature pour définir des difficultés d'alimentation chez le tout-petit. Pour les parents, comme pour les professionnels de santé, il est parfois complexe de s'y retrouver.

Afin de clarifier la situation, deux termes régulièrement confondus et qui regroupent l'ensemble de ces qualificatifs, seront abordés et définis, à savoir la néophobie alimentaire et le trouble de l'oralité alimentaire.

Et, si le terme d'anorexie mentale du nourrisson est fréquemment utilisé pour évoquer un trouble de l'oralité alimentaire, il faut savoir que ce terme n'a rien de semblable avec l'anorexie mentale de l'adulte. Il exprime uniquement le fait que l'enfant refuse l'alimentation par voie orale. En aucun cas, il ne sous-tend un trouble psychiatrique.

a. La néophobie alimentaire

La néophobie alimentaire est définie comme le rejet d'aliments nouveaux ou inconnus par l'enfant. C'est une étape normale dans son développement et apparaît aux alentours des 18-24 mois lorsque l'alimentation est déjà installée (Briatte & Barreau-Drouin, 2021; Dovey et al., 2008).

Cette période d'opposition aux nouveaux aliments se produit principalement lorsque l'aliment entre dans le champ visuel de l'enfant et non lors de son ingestion. Aussi, les aliments jugés comme mauvais par l'enfant seront-ils rejetés par rapport à leur aspect comme cela peut être le cas pour les légumes verts (Dovey et al., 2008).

De plus, cette étape est également liée au développement de la motricité. En effet, il existe deux étapes pouvant participer à l'apparition d'une néophobie alimentaire. La première, qui est la capacité de l'enfant à manger seul avec la petite cuillère suscite des angoisses d'incorporation. La seconde, qui est l'acquisition de la marche, rend possible la découverte de l'environnement et donc l'ingestion

potentielle de produits toxiques. En ce sens, la néophobie alimentaire serait un système de protection développé par l'enfant pour éviter de faire l'objet d'expériences négatives (Rigal et al., 2016).

Toutefois, si cette phase atteint son apogée aux environs de 3 ans, elle n'est que transitoire et diminue progressivement jusqu'à se stabiliser à l'âge adulte. D'ailleurs, selon une étude française, 77% des enfants de 2 à 10 ans passeraient par cette phase (Rigal et al., 2016). Et, bien qu'elle puisse avoir un impact négatif sur la volonté d'essayer des aliments, une expérience positive peut diminuer ce type de comportement.

Il est à noter que, si la néophobie peut être présente dans un trouble de l'oralité alimentaire, la réciproque n'est pas systématique.

b. Le trouble de l'oralité alimentaire ou troubles alimentaires pédiatriques

Appelées TOA en France, les altérations de la prise alimentaire sont désormais regroupées sous le terme de troubles alimentaires pédiatriques (TAP) par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ces appellations définissent un trouble développemental d'origine organique, motrice, sensorielle ou comportementale. Il est caractérisé par l'incapacité de consommer oralement un régime alimentaire adapté à l'âge de l'enfant et ce, durant au moins deux semaines en l'absence d'un trouble du comportement alimentaire psychopathologique, de manque de nourriture ou de pratiques culturelles inadaptées. Il est majoré en présence d'un trouble du système gastro-intestinal, cardio-respiratoire, neurologique ou d'une affection neurocomportementale (Cécile Chapuis-Vandenbogaerde & Peggy Gatignol, 2021; Kovacic et al., 2021).

Le TOA peut apparaître dès les premières tétées/premiers biberons ou alors de manière plus tardive, lors de la diversification alimentaire avec le passage à la cuillère ou aux morceaux. Si le TOA est d'origine organique, un traitement peut améliorer les difficultés d'alimentation. Néanmoins, lorsque l'enfant a intégré, d'un point de vue cognitif, que l'alimentation était une expérience négative, il maintiendra son comportement vis-à-vis de la nourriture.

Ainsi, les enfants atteints d'un TOA vont consommer une plus faible variété d'aliments, qu'ils soient familiers ou non, contrairement aux enfants souffrant de néophobie alimentaire. Ils vont également être plus sensibles à la texture, au goût et aux sensations que procurent les aliments (van der Horst et al., 2016).

En effet, ces enfants présentent une sensibilité tactile et/ou olfactive exacerbée qui provoque des difficultés à toucher, ou être touché, par des personnes ou des choses, ainsi qu'à sentir des odeurs normalement perçues comme inoffensives ou anodines. La sphère orale, hypersensible, se mue alors en source de rejet des aliments présentant des caractéristiques trop singulières pour l'enfant.

C'est pourquoi, chez les enfants présentant un TOA, certains nutriments, dits essentiels, tels que les protéines, les vitamines, les fibres ou les folates contenus dans les fruits, légumes, viandes et poissons viennent à manquer. Or, ces aliments jouent un rôle primordial dans le développement cérébral de l'enfant. Ce à quoi vient s'ajouter l'impact social et relationnel lié à la présence d'un TOA (Briatte & Barreau-Drouin, 2021; Dovey et al., 2008; Kovacic et al., 2021).

2. Étiologies du trouble

Les TOA sont classés de niveau léger à sévère, selon le degré de handicap ou d'incapacité physiologique à s'alimenter. Les causes responsables du TOA sont généralement regroupées en trois catégories, et peuvent se manifester de façon concomitante. Voici une liste non exhaustive des causes les plus fréquemment recensées dans la littérature scientifique (Briatte & Barreau-Drouin, 2021; Garg et al., 2015; Harada et al., 2019; Kerzner, 2009; Levy et al., 2009; Yang, 2017).

a. Les causes organiques

Si les pathologies organiques peuvent entraîner un TOA, elles ne sont toutefois pas toujours à l'origine du trouble. Elles surviennent lorsqu'une malformation d'un organe de la sphère ORL est observée.

- Les pathologies digestives : le reflux gastro-œsophagien, les maladies cœliaques, l'intolérance aux protéines de lait animal, les coliques fonctionnelles, les dyskinésies oro-œsophagiennes du nourrisson, la dysphagie et les anomalies congénitales et structurelles
- Les pathologies extra-digestives : les syndromes inflammatoires et infectieux, les intolérances alimentaires d'origine métabolique, les maladies cardiaques et respiratoires ainsi que les troubles de l'homéostasie et les troubles de la déglutition
- Les causes organiques acquises : ingestion de produits toxiques entraînant des brûlures au niveau oropharyngé ou des infections aiguës des voies aériennes supérieures
- Les fentes labio-palatines

b. Les causes neurologiques

Elles comprennent toutes les causes qui entraînent une inflammation de l'encéphale et qui débouchent sur un TOA.

- Les encéphalopathies congénitales : la toxoplasmose, la rubéole, certaines anoxies cérébrales, certaines myopathies et dystrophies musculaires
- Les paralysies cérébrales

- Les pathologies neurologiques acquises : les tumeurs, les accidents vasculaires cérébraux, les encéphalites
- Les dysfonctionnements néonataux du tronc cérébral tel que dans le syndrome de Pierre Robin
- Les syndromes génétiques : le syndrome de Prader Willis, de CHARGE, les microdélétions du chromosome 22, le syndrome de Rett, le syndrome de Noonan, de Cornelia Delange, le syndrome de Down et le syndrome de Williams

c. Les causes non-organiques

Les causes non-organiques regroupent l'ensemble des causes liées à des dysfonctionnements sensoriels et/ou moteurs, à une alimentation artificielle, à des représentations cognitives altérées et/ou à un cadre environnemental inadapté.

- Les dysfonctionnements de l'intégration sensorielle
- La présence de freins de langue, de joues et/ou de lèvres, restrictifs
- Les difficultés d'ordre cognitive : les représentations de l'alimentation sont altérées par des expériences négatives répétitives vis-à-vis de la prise alimentaire
- Les privations d'expériences orales ou sensorielles par manque de stimulations ou par la perturbation du cycle de faim-satiété
- Les causes liées à l'enfant : le manque d'appétit, l'absence de sensation de faim, le manque d'interactions sociales et affectives pendant le repas
- Les causes liées à des conduites non adaptées des parents : l'alimentation nocturne, l'alimentation de persécution (tentatives répétées d'alimentation infructueuses), l'alimentation forcée, l'utilisation de distracteur ou la prolongation des repas
- Les causes post-traumatiques : elles regroupent l'ensemble des expériences traumatisantes en lien avec la sphère orale telles les douleurs post-RGO, post-intubation, post-sonde nasogastrique, post-aspiration ou l'étouffement

d. Facteurs de risque

Sont considérés comme facteurs de risque tous les éléments augmentant le risque de survenue d'un trouble de l'oralité alimentaire (*Troubles du neurodéveloppement Repérage et orientation des enfants à risque*, 2020).

- La présence d'une très grande prématurité < 32 semaines d'aménorrhées (SA) ou une moyenne à grande prématurité < 37 SA avec retard de croissance intra-utérin (RCIU) ou petit poids pour

l'âge gestationnel (PAG) < 3e percentile ou < - 2 DS pour l'AG et le sexe selon les courbes de références nationales.

- La présence d'un trouble du spectre autistique (TSA)
- Une exposition prénatale à une substance toxique (antiépileptiques, alcool, médicaments psychotropes ou produits illicites).
- La présence d'une vulnérabilité psycho-affective.
- La présence d'une vulnérabilité socio-économique.
- La présence d'antécédents familiaux de trouble du comportement alimentaire.
- La présence de réactions parentales négatives vis-à-vis des difficultés d'alimentation.

IV. Dépistage et diagnostic du trouble de l'oralité

Le dépistage ou le diagnostic d'un TOA s'avère parfois complexe pour les professionnels de santé qui n'ont pas eu la possibilité de suivre une formation à ce sujet. Ainsi, il n'est pas rare qu'un patient présentant un TOA se voie initialement attribuer un diagnostic erroné et que le véritable diagnostic ne soit posé que plus tardivement. Pourtant, lorsqu'un TOA apparaît, il a bien souvent été précédé de signes. C'est pourquoi, il est important de connaître les signaux d'alarme (Levy et al., 2009).

Détecter un trouble de l'oralité alimentaire nécessite l'exploration de trois grands domaines : le type de difficultés d'alimentation que présente l'enfant, la réaction des parents face au refus et enfin l'environnement dans lequel l'enfant est alimenté (Levy et al., 2009).

1. Les signes d'alerte

Les signes d'alerte correspondent, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), à une déviation importante de la trajectoire développementale et nécessitent une orientation rapide à visée diagnostique (*Troubles du neurodéveloppement Repérage et orientation des enfants à risque*, 2020).

En ce qui concerne les troubles de l'oralité alimentaire, les signes d'alerte sont classés en quatre catégories : les signes médicaux, les signes sensoriels, les signes oro-moteurs et les signes comportementaux. Les professionnels de santé de PMI devront s'y référer en cas de suspicion. Le tableau ci-dessous propose une synthèse des signaux recensés à travers la littérature scientifique (Bandelier, 2015; Ramsay et al., 2011; Senez-Saut, 2020; Yang, 2017).

Tableau 1: Synthèse de la répartition des signes d'alerte concernant les troubles de l'oralité alimentaire

Signes médicaux	Signes sensoriels	Signes oro-moteurs	Signes comportementaux
<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'une nutrition artificielle : sonde oro ou nasogastrique, gastrostomie ou voie parentérale - Présence d'un retard de croissance Présence d'une cassure dans la courbe pondérale - Infections bronchiques et ORL - Présence d'amygdales hypertrophiées - Présence d'un temps oral trop long - Nausées ou vomissements pendant le repas 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'exploration de la sphère orale chez les tout-petits (avant 24 mois) - Recherche de stimulations excessives - Présence d'une aversion pour certains aliments, certaines textures, températures ou odeurs - Hypo- ou hyper-sensibilité de la sphère oro-faciale, des mains ou tout autre partie du corps - Présence d'un réflexe nauséux plus sensible que la moyenne - Présence de grimaces et/ou frissons lorsque l'enfant est confronté à un certain aliment, une certaine texture, température ou odeur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de succion : temps supérieur à 15 min avec des pauses ou des endormissements - Présence d'une voix mouillée ou de fausses routes : risque majeur, nécessité de consulter un spécialiste - Bavage très fréquent - Présence d'anomalies au niveau des praxies oro-faciales : hypo- ou hypertonie, peu de babillage - La mastication ne se développe pas ou peu - L'enfant stocke des aliments dans les joues et peine à avaler. - Présence d'une fatigabilité importante 	<ul style="list-style-type: none"> - Présence de conduites d'évitement ou de refus face à l'alimentation - Temps du repas anormalement long = supérieur à 30 min - L'enfant ne prend aucun plaisir à se nourrir - Le repas est source d'anxiété et de conflit - La relation parent-enfant est perturbée - L'introduction des premiers aliments est difficile et persiste au-delà de 8 mois - Le répertoire alimentaire du jeune enfant est restreint, moins de 20 aliments à 18 mois. - Présence d'une phagophobie qui correspond à la peur de déglutir. Elle est souvent liée à un événement traumatique tel qu'un étouffement ou une fausse route

2. La consultation

La consultation est un moment essentiel dans le dépistage du TOA. L'anamnèse va permettre de cibler les difficultés du jeune enfant et de recueillir les informations nécessaires. Pour cela, il est important de reprendre la plainte avec les parents en leur demandant de préciser les difficultés relatives à l'alimentation, ainsi que les autres problèmes de santé éventuels.

Dans un premier temps, il faudra retracer l'historique du trouble depuis la naissance jusqu'à l'âge actuel de l'enfant. Les différentes étapes de l'oralité devront être évoquées afin de cibler le moment déclencheur et l'évolution du trouble.

Dans un second temps, un inventaire rapide des aliments consommés par l'enfant devra être demandé aux parents, de même que les quantités acceptées et le contexte dans lequel les repas se déroulent. Les stratégies mises en place par les parents devront également être abordées.

S'ensuivra l'examen clinique de la motricité de la sphère oro-faciale qui viendra compléter les mesures de poids, de taille, et l'indice de masse corporelle (IMC). Les réflexes et les aspects sensoriels devront également faire l'objet d'une observation chez les nourrissons. Pour les plus grands, il faudra prêter une attention particulière aux mouvements oro-moteurs.

Enfin, au terme de la consultation, le professionnel de santé compétent pourra suspecter ou écarter un TOA. Dans l'éventualité où un TOA serait dépisté, une prise en soin précoce est recommandée par la Haute Autorité de Santé. Le médecin devra donc, d'une part, orienter le patient auprès d'un orthophoniste, kinésithérapeute, psychomotricien ou encore d'un ergothérapeute en fonction des signes cliniques décelés ; et d'autre part, mettre en place un accompagnement parental efficace et adapté.

Toutefois, il n'existe, pour le moment, pas d'outil universel destiné au dépistage d'un TOA. Chaque structure, chaque professionnel habilité à dépister et/ou diagnostiquer un TOA, peut choisir celui qui lui convient le mieux dans sa pratique. Les résultats peuvent donc différer d'un professionnel à un autre. Pour aider les praticiens de santé dans cette démarche, le site *déclic-oralité* a été élaboré par des étudiantes en médecine dans le but de faciliter la prise en soin des patients souffrant de TOA (Fort & Rebouilleau, 2021).

V. Les politiques publiques et les actions de la PMI

1. La Protection Maternelle et Infantile et ses missions

La Protection Maternelle et Infantile est un service public départemental, destiné aux femmes enceintes et à leurs enfants jusqu'à l'âge de six ans. Il s'adresse à toutes les familles et notamment aux plus vulnérables. Créée par l'ordonnance du 2 novembre 1945, la PMI avait, dans un premier temps, pour mission de lutter contre la mortalité infantile et de favoriser le renouvellement démographique (Delour, 2013).

Aujourd'hui, ses missions se sont élargies en incluant notamment la prévention et la promotion de la santé, le dépistage des troubles neuro-développementaux et handicaps ainsi que la surveillance et l'accompagnement des familles. Composés d'équipes pluridisciplinaires, ces services proposent désormais un suivi médico-psycho-social dans le but de favoriser le parcours de soins et d'abaisser les barrières administratives, financières et organisationnelles.

Ainsi, non seulement les familles dont la parentalité a été bousculée par une prématurité, un trouble neuro-développemental, ou encore un handicap chez leur enfant, peuvent être soutenues, mais peuvent également être amenées à bénéficier d'une aide lorsqu'elles sont confrontées à une dépression périnatale, des violences ou une grande précarité (Saïas et al., 2018).

Enfin, grâce à la gratuité des prestations et la diversité des professionnels, les familles les plus fragiles peuvent bénéficier de soins adaptés. En cela, la PMI constitue un outil dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

2. Les politiques publiques

La santé des enfants est un sujet de préoccupation majeur au sein de la population. C'est pourquoi, de nombreuses mesures sont prises par le Ministère des solidarités et de la santé afin de la préserver. Dans le but de protéger les plus vulnérables, des politiques publiques telles que le programme national nutrition santé (PNNS), le programme périnatalité et petite enfance ou le rapport des 1000 premiers jours ont été élaborées. Ces projets ont pour objectif d'améliorer les pratiques alimentaires et de réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles tout en accompagnant les familles.

Pour mettre en œuvre ces actions, le gouvernement sollicite les différents acteurs présents sur le territoire. Les services départementaux et les PMI appliquent les politiques territoriales de santé et interviennent au plus près des réalités locales en partenariat avec l'ensemble des acteurs médicaux et sociaux concernés par les enfants et les familles (Delour, 2013).

Parmi les politiques publiques menées par le gouvernement, le rapport des 1000 premiers jours, établi en novembre 2020 par le Ministère des solidarités et de la santé, nous intéresse particulièrement. Dans cette commission, des spécialistes de l'enfance et de la santé se sont penchés sur les 1000 premiers jours et notamment sur leur impact sur le développement physiologique et psychique de l'enfant en cas de négligence.

Démarrant au 4^{ème} mois de grossesse et allant jusqu'au 24 mois de l'enfant, cette période a été considérée comme critique pour le jeune enfant car elle correspond à un stade où se mêlent opportunités et vulnérabilités nutritionnelles. L'alimentation des plus jeunes représente un réel enjeu de santé publique car les aliments qui ne seront pas intégrés durant l'enfance, en particulier les fruits et légumes, seront rejetés à l'âge adulte. Notons que, selon une étude OpinionWay, 93% des parents rencontreraient des difficultés pour alimenter leur enfant (Ministère des solidarités et de la santé, 2020). En effet, d'après l'étude menée par le Docteur Michaël Rochoy, les parents introduiraient trop tardivement les céréales, les protéines ou encore les œufs lors de la diversification alimentaire ce qui pourrait engendrer des difficultés alimentaires par la suite. Aussi, les professionnels de santé en PMI doivent-ils être informés des pratiques quant à ce sujet afin de prévenir l'apparition d'un TOA (Rochoy et al., 2021).

Ainsi, si aucune intervention n'est mise en place, les adultes de demain souffriront de diverses carences en nutriments et seront plus exposés aux risques de maladies. C'est pourquoi, le dépistage et la prise en soin des TOA sont indispensables (Dovey et al., 2008).

3. La composante migratoire en PMI

La composante migratoire en PMI est non négligeable. En 2009, 76,6% des mères qui consultaient en PMI étaient nées à l'étranger. En effet, la gratuité des soins et l'absence de demande de justificatifs permettent aux mères issues de l'immigration de bénéficier de soins et ce, même lorsque leur situation est irrégulière. Cependant, cette composante engendre deux freins principaux à la prise en charge de ces mères et de leurs enfants.

Le premier est constitué par la barrière langagière. En effet, si la plupart de la population migrante est francophone, il reste une part non négligeable ne maîtrisant pas ou peu la langue française. Dans ce cas, la communication et la transmission d'informations ne peuvent être qu'altérées. Malgré le recours à diverses stratégies tels que la communication en langue anglaise, les gestes, les mimes, le dessin, voire à un interprétariat quand les capacités de la structure le permettent, les difficultés de communication persistent (Farnarier, 2009; Ponthieux, 2017).

Le deuxième frein est représenté en la résistance de certaines mères vis-à-vis des conseils prodigués par les professionnels de santé de PMI. Il est question ici de facteurs psychologiques et comportementaux ralentissant la mise en place ou le déroulement du processus thérapeutique. En effet, les conseils exposés par le corps médical concernant les TOA peuvent être en inadéquation avec la culture et/ou au statut socio-économique des mères. De ce fait, elles sont dans l'incapacité de les mettre en place (Farnarier, 2009; Ponthieux, 2017).

Ainsi, malgré la volonté des professionnels de santé en PMI d'être au plus proche des réalités quotidiennes auxquelles sont confrontées les mères issues de l'immigration, il arrive parfois que cela soit insuffisant face aux difficultés langagières, sociales et économiques de ces familles.

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

I. Problématique

À ce jour, les professionnels de santé en PMI sont régulièrement sollicités pour des consultations concernant le trouble de l'oralité alimentaire. Cependant, leurs connaissances actuelles à ce sujet ne leur permettent pas toujours de conseiller les parents de manière efficiente pour qu'ils puissent mettre en place des stratégies en attendant une prise en soin spécifique, notamment chez un orthophoniste. Or, l'attente chez ces professionnels de santé, formés à ce type de trouble est relativement longue et ne permet pas de répondre à la demande croissante des parents. La conception d'un livret de conseils

pratiques à destination des parents pourrait pallier les éventuelles lacunes des professionnels de santé en PMI sur ce sujet.

II. Hypothèses

- **Hypothèse 1 :** Les professionnels de santé en PMI ne sont pas assez sensibilisés au trouble de l'oralité alimentaire pour prodiguer des conseils pertinents aux parents.
- **Hypothèse 2 :** La barrière langagière constitue un frein potentiel à la transmission d'informations aux parents.
- **Hypothèse 3 :** Le livret de conseils pratiques, traduit en arabe et en turc, permettrait d'informer et de conseiller les parents d'origine étrangère, ou maîtrisant peu la langue française, dans l'attente d'une prise en soin orthophonique.

MÉTHODOLOGIE

I. Population d'étude

Ce livret de conseils pratiques s'adresse aux parents d'enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire qui consultent en PMI. L'objectif est de soulager les professionnels de santé qui ne sont pas sensibilisés sur le sujet pour qu'ils puissent, malgré tout, transmettre des recommandations visant à la « non chronicisation » du trouble.

II. Protocole pour la création du livret

1. Élaboration du premier questionnaire

1.1. Mode d'administration

Afin de concevoir le livret de conseils pratiques, il nous paraissait important de faire un état des lieux des connaissances des professionnels de santé en PMI sur le trouble de l'oralité alimentaire pour connaître leurs limites mais également leurs attentes.

Pour ce faire, nous avons choisi d'élaborer un premier questionnaire sur Google Forms qui nous permettrait de le diffuser plus facilement et d'accéder aux résultats en temps réel sous la forme d'un tableur (Google Sheet). Les professionnels de santé de PMI étant particulièrement sollicités, il nous a

paru indispensable de proposer un questionnaire court, auquel il était possible de répondre en moins de cinq minutes. Ce questionnaire a été diffusé par courriel auprès des médecins de PMI afin qu'ils puissent le transmettre à leur équipe et également par l'intermédiaire du groupe Facebook « médecins de PMI, d'ici et là » ; « Puéricultrices et infirmières de PMI » ; « Sages-femmes de PMI/Cpef De France ».

Ces modalités avaient ceci d'avantageux qu'elles permettaient une grande liberté dans les réponses, un confort logistique et une visée d'un plus large public. Ainsi, les personnes interrogées pouvaient choisir le moment qui leurs convenait le mieux pour répondre au questionnaire et sans se sentir jugées. Enfin, le protocole sanitaire relatif à la Covid-19, rendait plus qu'ardue la collecte des réponses des professionnels de santé de PMI en présentiel.

1.2. Période

Le premier questionnaire à destination des professionnels de santé de PMI a été diffusé du 5 juillet 2021 au 31 décembre 2021.

1.3. Questionnaire

a. Types de question proposés

Le questionnaire était constitué en quasi-totalité de questions fermées. Les personnes interrogées étaient donc amenées à choisir parmi des réponses pré établies, et ce, dans le but que les professionnels de santé puissent répondre rapidement à notre requête.

Soucieuses de proposer un espace d'expression libre, nous avons toutefois opté pour une dernière question ouverte afin que les soignants le désirant puissent exprimer leur avis librement.

b. Organisation des questions

Le questionnaire était constitué de douze questions allant de la plus générale, c'est-à-dire la profession, à la plus spécifique c'est-à-dire l'avis personnel du professionnel quant au sujet. Les premières questions permettaient de faire un état des lieux des connaissances théoriques des professionnels de santé sur le trouble de l'oralité alimentaire ; les suivantes abordaient des aspects plus factuels de la consultation clinique et de la prise en soin.

c. Critères d'inclusion et d'exclusion

Seules les réponses des professionnels de santé exerçant en PMI (médecins, sages-femmes, psychomotriciens, infirmières, puéricultrices) ont été retenues. Les questionnaires partiellement remplis n'ont, quant à eux, pas été pris en compte.

d. Présentation et analyse des questions destinées aux professionnels de santé en PMI

Les réponses au questionnaire ci-dessous ont été recueillies de manière anonyme.

Question 1 : Quelle est votre profession au sein de la PMI ?

Cette question nous permettait de savoir quels professionnels avaient répondu et s'il y avait une différence de formation selon le type de profession.

Question 2 : Savez-vous ce qu'est un trouble de l'oralité alimentaire ?

Le trouble de l'oralité alimentaire n'étant abordé par la communauté scientifique et soignante que depuis une vingtaine d'années, il demeure à ce jour un domaine assez méconnu. Il nous a paru essentiel de recenser les connaissances des professionnels de santé en PMI à ce sujet.

Question 3 : Avez-vous été formé sur le TOA au cours de votre cursus ?

A travers cette question, nous cherchions à savoir si les professionnels interrogés avaient bénéficié d'une formation initiale leur permettant d'acquérir des connaissances sur le trouble de l'oralité alimentaire.

Question 4 : Avez-vous dû suivre une formation complémentaire afin de vous former aux TOA ?

Le personnel soignant interrogé a-t-il pu bénéficier d'une formation complémentaire durant son exercice, soit parce qu'il n'en avait pas eu au cours de sa formation universitaire soit par volonté de parfaire ses connaissances sur le sujet.

Question 5 : Connaissez-vous les différentes étiologies des TOA ?

Par le biais de cette question, nous étions désireuses de savoir si les notions de base, quant aux origines possibles du trouble de l'oralité alimentaire, étaient maîtrisées par les professionnels de santé exerçant en PMI.

Question 6 : À quelle fréquence êtes-vous confrontés à des difficultés alimentaires chez les enfants que vous voyez en consultation ?

Cette question nous permettait d'estimer la fréquence des TOA au sein des consultations de PMI.

Question 7 : Comment évalueriez-vous vos connaissances quant aux TOA ?

A travers cette question, nous cherchions à savoir si les professionnels se sentaient suffisamment formés sur ce trouble ou s'ils se sentaient en difficulté.

Question 8 : Vous sentez-vous à l'aise avec le dépistage d'un TOA ?

Cette question nous permettait de savoir si les professionnels de santé de PMI s'estimaient en capacité de détecter un trouble de l'oralité alimentaire au cours de leur consultation.

Question 9 : Face à un TOA, êtes-vous à l'aise pour donner des conseils aux parents ?

Les connaissances des membres des équipes soignantes des PMI sur le trouble l'oralité sont-elles suffisantes pour qu'ils se sentent à l'aise à l'idée de prodiguer des conseils aux parents ayant un enfant souffrant de ce trouble.

Question 10 : Si non ou moyennement, est-ce lié à une barrière langagière ?

Cette question nous permettait de savoir si la barrière langagière pouvait constituer un frein à la délivrance de conseils auprès des parents.

Question 11 : Pensez-vous qu'une plaquette d'informations sur les TOA vous soit utile ?

Un rappel concernant les troubles de l'oralité alimentaire, afin d'en faciliter le dépistage, serait-il jugé pertinent par le personnel interrogé ?

Question 12 : Si oui, qu'aimeriez-vous trouver comme informations qui pourraient faciliter votre pratique clinique ?

Volontairement ouvert, cet item visait à cibler les besoins des professionnels de santé lorsqu'ils sont amenés à faire face à un enfant présentant un trouble de l'oralité alimentaire.

2. Élaboration du livret de conseils pratiques

Ce livret fait partie intégrante de la méthodologie. En effet, les professionnels de santé de PMI interrogés dans le cadre de ce mémoire ont eu accès au livret en même temps que le second

questionnaire. Ils avaient la possibilité de l'utiliser pour soutenir et étayer leurs propos lors du dépistage/suspicion d'un trouble de l'oralité alimentaire. Ce livret de conseils pratiques, également disponible en version arabe et turque, a été créé d'une part pour soulager les professionnels de santé ne maîtrisant pas le sujet de l'oralité et d'autre part pour aider les parents de manière concrète. La traduction se voulait être une aide supplémentaire pour réduire les barrières langagières lorsqu'elles se présentaient.

2.1. Description générale du livret

Ce livret a été pensé pour les parents d'enfants ayant un trouble de l'oralité. Il balaye les différentes étapes de l'alimentation de la naissance au 36 mois de l'enfant, âge où les repas ressemblent à ceux de l'adulte excepté en quantité.

Il est composé de sept parties : les deux premières concernent l'oralité et ses dysfonctionnements, s'ensuivent quatre parties consacrées à des tranches d'âge spécifiques et enfin une dernière dédiée à des adresses où les parents peuvent trouver des sources sûres d'informations.

Les tranches d'âge ont été sélectionnées en fonction de l'évolution de l'alimentation à savoir : le stade de l'alimentation exclusivement lactéale de 0 à 4 mois, le stade des prémices de la diversification alimentaire aux alentours de 4-6 mois, le stade d'introduction des morceaux vers 6-12 mois et enfin, le stade de transition vers une alimentation progressivement similaire à l'adulte entre 12 et 36 mois.

Des conseils et activités simples à réaliser sont soumis aux parents afin de les aider au quotidien en attendant une prise en soin orthophonique spécifique.

2.2. Organisation du livret

Avant toute transmission d'informations et autres conseils, il nous est apparu primordiale de consacrer la première page de notre livret à la déculpabilisation des parents. En effet, ces derniers s'accablent très régulièrement, pensant qu'ils ont commis des erreurs. Cette remise en question de l'intégralité de leur compétence parentale doit être déconstruite.

▪ 1^{ère} partie : L'oralité : Qu'est-ce que c'est ?

Cette première partie permet d'expliquer aux parents ce que les professionnels de santé entendent par « oralité ». Notre objectif ici, est de renseigner le parent sur ce qu'est l'oralité, leur donner des indicateurs de développement d'un enfant tout-venant, et enfin de donner des conseils facilitant l'hygiène buccale et nasale.

Elle est composée d'une définition et de trois sous-parties.

La première sous-partie est constituée d'un tableau récapitulatif du développement de l'enfant dans les domaines de la motricité, du langage et de l'alimentation (Ramsay, 2001; Thibault, 2007).

La seconde représente une image synthétisant les âges d'apparition des dents chez les bébés.

Enfin, une dernière sous-partie est consacrée à l'hygiène buccale et nasale. Effectivement, un mauvais brossage de dents ou une absence de mouchage pouvant entraîner des dysfonctions oro-myo-faciales et/ou des infections ORL, il nous paraissait important de souligner ces étapes qui peuvent être abandonnées lorsqu'un enfant présente un trouble de l'oralité alimentaire. C'est pourquoi, des astuces ont également été fournies pour faciliter ces deux actes de la vie quotidienne.

Ainsi, l'ensemble de cette partie avait pour objectif de renseigner les parents sur ce qu'est l'oralité, de leur donner des indicateurs de développement d'un enfant tout-venant et de donner des conseils pour faciliter l'hygiène buccale et nasale.

▪ **2^{ème} partie : Le trouble de l'oralité alimentaire**

La seconde partie du livret permet de définir ce qu'est un trouble de l'oralité alimentaire en reprenant les différentes étiologies. Un paragraphe détaille le rôle des parents, pendant et en dehors des repas, afin qu'ils puissent ajuster leur posture si cela se révèle nécessaire. Des conseils sur l'environnement des repas, leur déroulement et les positions à adopter face aux difficultés de leur enfant sont proposés ainsi que des idées d'activités non nutritives à réaliser pour stimuler leur enfant.

Notre objectif est double. D'une part, expliquer aux parents l'origine du trouble de leur enfant, et d'autre part, proposer des conseils concrets à mettre en œuvre au quotidien pour que les repas se déroulent dans de meilleures conditions.

▪ **3^{ème} partie : Bébé de 0 à 4 mois**

Cette partie est dédiée aux parents d'enfants ayant une alimentation exclusivement lactéale.

Notre but est à la fois théorique et pratique. Il s'agit en effet de donner des clés aux parents afin qu'ils puissent tenter d'améliorer la succion de leur enfant mais également de leur proposer des idées d'activités sensorielles à mettre en place à cet âge-là.

Pour se faire, nous avons choisi de réaliser un premier paragraphe répertoriant les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés notamment en ce qui concerne l'allaitement ou la prise du biberon. Un court rappel a été fait sur le fait que l'allaitement n'était pas une obligation afin que les mères qui ne peuvent ou ne désirent pas allaiter ne se sentent pas jugées. Ensuite, des conseils ont été proposés pour stimuler la succion nutritive et pour inciter les parents à prendre en compte les signaux de

faim/satiété de leur bébé. Enfin, des idées d'activités peu onéreuses et faciles à réaliser en dehors des repas ont été photographiées afin d'étayer nos propos.

L'objectif de cette partie était de donner des clés aux parents pour qu'ils puissent essayer d'améliorer la succion de leur enfant et de leur donner des idées d'activités sensorielles à mettre en place à cet âge-là.

▪ **4^{ème} partie : Bébé de 4 à 6 mois**

Cette partie concerne les enfants aux prémices de la diversification alimentaire. A l'instar des précédentes parties, nous avons décrit des situations qui pouvaient poser problème et avons donné aux parents des astuces à mettre en place pendant et en dehors des repas. Nous leur avons proposé d'utiliser certains matériels et des activités que nous avons ensuite photographiés.

Cette partie avait pour vocation de donner des conseils aux parents en abordant notamment des noms de matériels adaptés tels que les cuillères plates/texturées ou les grignoteurs en silicone afin qu'ils puissent expérimenter de nouvelles approches avec leur enfant.

▪ **5^{ème} partie : Bébé de 6 à 12 mois**

Cette partie aborde la diversification alimentaire menée par l'enfant (DME) lorsque celui-ci est en capacité motrice de le faire. Là encore, des situations pouvant poser problème ont été décrites. En effet, cette période reflétant l'autonomisation de l'enfant dans son alimentation, elle peut être anxiogène pour les parents. Durant cette période, l'enfant est amené à tester ses limites, notamment son réflexe nauséux, c'est pourquoi il nous semblait important de rassurer les parents et de leur donner des astuces quant à la présentation des aliments à l'enfant pour que celui-ci puisse explorer sa bouche en toute sécurité. Ainsi, une photographie proposant des découpes d'aliments a été insérée de même que des photographies d'activités stimulant les sens et la motricité.

Nous avons élaboré cette partie dans l'optique de transmettre aux parents l'idée qu'il fallait laisser l'occasion à leur enfant d'explorer par lui-même et ce, en lui fournissant les occasions de le faire.

▪ **6^{ème} partie : Bébé de 12 à 36 mois**

Cette partie est consacrée au passage à l'alimentation adulte. De nouveau, des situations problématiques ont été décrites afin que les parents puissent identifier celles de leur enfant. Des conseils à mettre en place pendant les repas ont été prodigués. Parallèlement, des idées d'activités permettant la découverte de l'alimentation par le biais d'autres sens comme la vue ou le toucher ont été proposées et photographiées.

Mettre en avant tous les sens qui entrent en jeu lors de l'alimentation et proposer aux parents des activités permettant leur éveil et leur stimulation, voilà le fil conducteur à l'origine de cette partie de notre livret.

▪ 7^{ème} partie : Où s'informer

Cette dernière partie regroupe des adresses de sites internet, groupes Facebook et de pages Instagram auxquelles les parents peuvent se référer pour trouver des conseils de sources fiables. Un lien vers une vidéo concernant les gestes de premiers secours en cas d'étouffement a également été ajouté afin d'informer les parents sur la façon d'agir si la situation venait à se présenter.

2.3. Format du livret

Le livret de conseils pratiques se présente sous la forme d'un livret A5 en couleurs, contenant 35 pages de texte et d'images. La mise en page a été effectuée à l'aide de l'application CreateBooklet 2.

Afin que les professionnels de santé puissent imprimer le livret dans la langue souhaitée, les différentes versions ont été envoyées en format PDF. Nous avons sélectionné les informations qui nous semblaient les plus pertinentes et avons agrémenté de photos pour cela soit plus concret pour les parents.

Le livret a été conçu comme un document sur lequel les professionnels de santé de PMI pouvaient se référer s'ils avaient besoin d'aide dans la transmission de conseils et pour donner aux parents quelques astuces à mettre en place en attendant une prise en soin plus spécifique.

Le livret est disponible dans les annexes.

2.4. Traduction du livret

Le livret a fait l'objet de deux traductions professionnelles payantes réalisées par le site de traduction ProTranslate. Elles avaient pour objectifs de pallier les barrières langagières et de permettre aux familles d'avoir accès au livret dans leur langue maternelle. Ainsi, deux langues étrangères ont été choisies à savoir : l'arabe et le turc.

La langue arabe a été sélectionnée car, selon l'INSEE, la majorité des personnes immigrées sont originaires des pays du Maghreb. La langue turque a, quant à elle, été choisie en réponse à une demande formulée par certains professionnels de santé.

3. Élaboration du second questionnaire

3.1. Mode d'administration

Afin d'évaluer la pertinence du livret de conseils pratiques, nous avons élaboré un second questionnaire à destination des professionnels de santé en PMI. Pour ce faire, nous avons utilisé le même procédé que pour le premier à savoir la création du questionnaire via Google Forms et la diffusion par courriel et groupes Facebook (« Médecins de PMI d'ici et là » ; « Puéricultrices et infirmières de PMI » ; « Sages-femmes de PMI/Cpef De France »).

Ce second questionnaire a été envoyé simultanément aux livrets (versions française, arabe et turque).

3.1. Période

Le livret de conseils pratiques et le second questionnaire à destination des professionnels de santé de PMI ont été diffusés en même temps sur la période du 11 février 2022 au 20 mars 2022.

3.2. Questionnaire

a. Types de question proposés

Le second questionnaire a été constitué de la même manière que le premier. Les personnes interrogées étaient donc amenées à choisir parmi des réponses déjà formulées à l'avance et seule la dernière question était une question ouverte.

b. Organisation des questions

Le questionnaire était constitué de deux parties. La première partie se composait de quatre questions communes à toutes les personnes interrogées. La dernière question du tronc commun permettait de scinder les personnes en deux groupes : celles qui avaient pu utiliser un ou plusieurs des livrets et celles qui n'en avaient pas eu l'occasion.

c. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été les mêmes que ceux du premier questionnaire.

d. Présentation et analyse des questions destinées aux professionnels de santé en PMI

Les réponses au questionnaire ci-dessous ont été recueillies de manière anonyme.

- **Première partie des questions posées à toutes les personnes interrogées**

Question 1 : Quelle est votre profession au sein de la PMI ?

Cette question nous permettait de savoir quels professionnels avaient répondu et s'il y avait une utilisation plus importante du livret selon la profession exercée.

Question 2 : Avez-vous répondu à mon précédent questionnaire concernant un état des lieux des connaissances des professionnels de santé en PMI sur le trouble de l'oralité alimentaire ?

Cette question nous permettait de savoir si les professionnels contactés lors du premier questionnaire étaient les mêmes qui répondaient au second ou si d'autres professionnels en avait pris connaissances.

Question 3 : Avant d'avoir ce livret, aviez-vous des difficultés pour prodiguer des conseils aux parents d'un enfant TOA ?

Cette question nous permettait de connaître l'aisance avec laquelle les professionnels de santé prodiguaient des conseils sur le trouble de l'oralité avant d'avoir eu l'aide du livret.

Question 4 : Avez-vous utilisé le livret ?

Cette question nous permettait de savoir si les professionnels de santé avaient utilisé le livret.

À la suite de cette question, les professionnels de santé étaient dirigés vers un questionnaire différent selon s'ils l'avaient utilisé ou non.

Les deux questionnaires étaient sensiblement similaires hormis les questions 5, 6 et 9.

- **Suite des questions spécifiques à ceux qui avaient utilisé le livret**

Question 5 : Pensez-vous que ce livret vous ait aidé à donner des conseils aux parents d'un enfant TOA ?

Cette question permettait d'évaluer les bénéfices que pouvait apporter la création du livret.

Question 6 : Cela vous rassure-t-il de pouvoir vous appuyer sur le livret pour donner des conseils aux parents ayant un enfant TOA ?

Cette question permettait de savoir si le livret soulageait les professionnels de santé en PMI dans la transmission de conseils aux parents.

Question 9 : À quel livret avez-vous eu recours ?

Cette question permettait de savoir si la traduction était utile et à quelle fréquence les différentes versions du livret étaient utilisées.

▪ **Suite des questions spécifiques à ceux qui n'ont pas eu l'occasion d'utiliser le livret**

Question 5 : Pensez-vous que ce livret puisse vous aider à donner des conseils aux parents d'un enfant TOA ?

Cette question permettait de savoir si les professionnels de santé considéraient ce livret comme une aide.

Question 6 : Cela vous rassure-t-il d'avoir à disposition un livret sur lequel vous pouvez vous appuyer pour donner des conseils aux parents ?

Cette question permettait de savoir si le fait d'avoir ce livret à disposition pouvait rassurer les professionnels de santé en PMI.

▪ **Questions communes dans les deux questionnaires**

Question 7 : Pensez-vous qu'un tel livret puisse répondre aux attentes des parents ?

Cette question permettait de savoir si le livret pouvait fournir une aide concrète aux parents et de ce fait répondre à leurs attentes.

Question 8 : Pensez-vous que la traduction puisse faciliter la compréhension des familles ayant un enfant TOA ?

Cette question permettait de savoir si la traduction était une aide supplémentaire à la compréhension des parents lorsque les conseils étaient donnés dans leur langue maternelle.

Question 10 : Auriez-vous choisi une autre langue que le turc ou l'arabe ? Si oui, précisez laquelle dans "Autre"

Cette question nous permettait d'évaluer la pertinence des langues sélectionnées mais également d'approfondir la demande quant à une nouvelle traduction.

Dernière question du questionnaire : Avez-vous des remarques ?

Cette question permettait aux professionnels de santé en PMI d'exprimer leur avis sur le livret tant sur le contenu que sur la forme ainsi que de suggérer d'éventuelles modifications.

RESULTATS

I. Résultats au premier questionnaire

1. Participants

Le total des réponses recueillies par l'intermédiaire du premier questionnaire transmis aux professionnels de santé de PMI s'élevait à 55 réponses : 21 questionnaires ont été complétés par des médecins, 32 par des infirmières-puéricultrices et 2 par des psychologues cliniciens.

Au total, parmi les professionnels de santé de PMI correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion, 42 professionnels ont répondu à l'enquête.

2. Le codage des réponses

Les données recueillies dans le questionnaire ont été entrées dans un tableau via le logiciel tableur Excel de Microsoft. Nous avons choisi de coder « *I* » lorsque l'item était choisi par la personne interrogée et « *0* » pour les autres items non sélectionnés.

La dernière réponse a été codée par un mot clé selon le thème abordé dans le commentaire. Ainsi, quatre mots clés ont été définis :

- ***Conseils*** : cela regroupait tous les commentaires concernant la demande de conseils à donner aux parents, de conseils sur l'accompagnement parental, sur les adresses de site à donner ou encore sur des idées d'activités à proposer.
- ***Techniques*** : cela regroupait tous les commentaires concernant les étiologies, le dépistage, la durée de prise en soin, les signes d'alerte ou les facteurs de risque.
- ***C+T*** : cela regroupait les commentaires qui concernaient à la fois la catégorie conseil et à la fois la catégorie technique citées ci-dessus.
- ***Autre*** : ce mot clé a été attribué lorsque les professionnels de santé demandaient des noms d'orthophonistes prenant en soin les enfants ayant un trouble de l'oralité alimentaire.

3. Analyse des réponses

3.1. Identification des connaissances des professionnels de santé en PMI sur le trouble de l'oralité

Question 2 : Savez-vous ce qu'est un trouble de l'oralité alimentaire : Parmi les 42 professionnels de santé exerçant en PMI, 21% ont répondu « oui, évidemment » ; 71% ont répondu « oui, mais je veux bien un rappel » ; 7% ont répondu « non, même si j'ai une petite idée » ; et aucun n'a répondu « pas du tout ».

Question 3 : Avez-vous été formé sur le TOA au cours de votre cursus ?

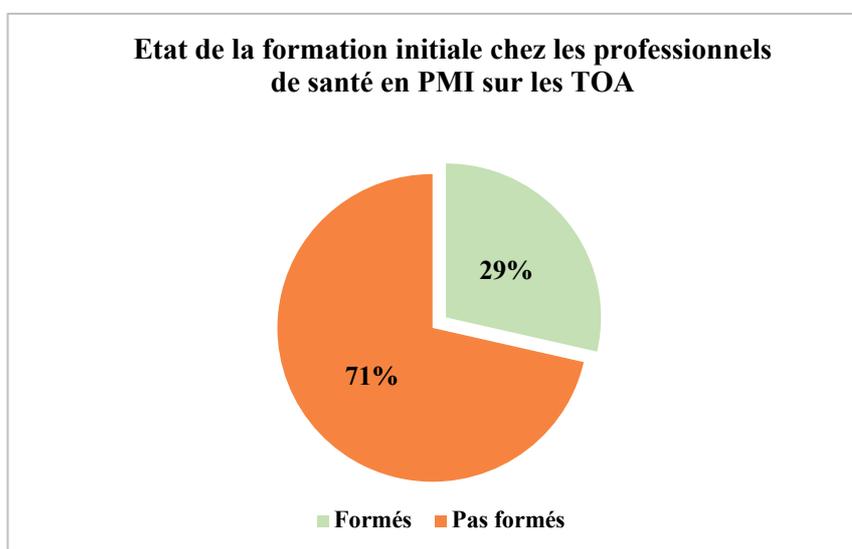


Figure 1: Évaluation du nombre de professionnels de santé en PMI ayant été formés au trouble de l'oralité alimentaire durant leur cursus universitaire.

Question 4 : Avez-vous dû suivre une formation complémentaire afin de vous former aux TOA ?

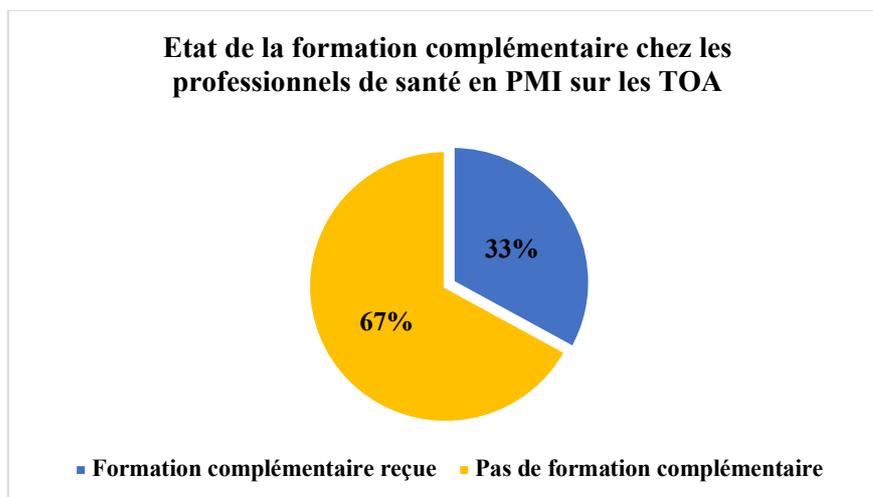


Figure 2: Pourcentage moyen des professionnels de santé en PMI ayant suivi une formation complémentaire sur le trouble de l'oralité alimentaire au cours de leur exercice.

Question 5 : Connaissez-vous les différentes étiologies des TOA : Parmi les 42 professionnels ayant répondu, 2% ont répondu qu'ils les connaissaient toutes, 81% ont répondu qu'ils en connaissaient certaines mais pas toutes et 17% ont répondu qu'ils n'en avaient pas connaissances.

3.2. Fréquence de ce trouble en PMI

Question 6 : À quelle fréquence êtes-vous confrontés à des difficultés alimentaires chez les enfants que vous voyez en consultation ?

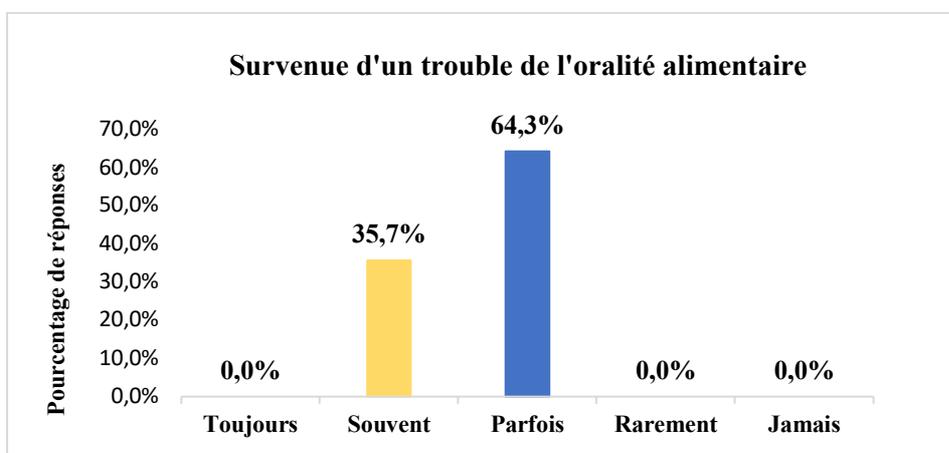


Figure 3: Fréquence à laquelle les professionnels de santé en PMI sont confrontés au trouble de l'oralité alimentaire.

3.3. Auto-évaluation des professionnels quant au trouble de l'oralité

Question 7 : Comment évalueriez-vous vos connaissances quant aux TOA ?

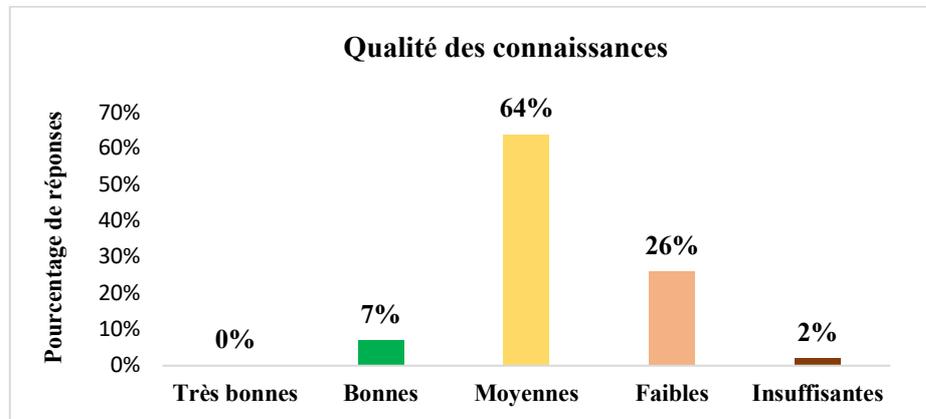


Figure 4: Auto-évaluation des professionnels de santé en PMI concernant leurs connaissances sur le trouble de l'oralité alimentaire.

Question 8 : Vous sentez-vous à l'aise avec le dépistage d'un TOA : Parmi les 42 professionnels de santé en PMI ayant répondu, 24% ont déclaré être à l'aise avec le dépistage d'un trouble de l'oralité contre 76% de non.

Question 9 : Face à un TOA, êtes-vous à l'aise pour donner des conseils aux parents ?

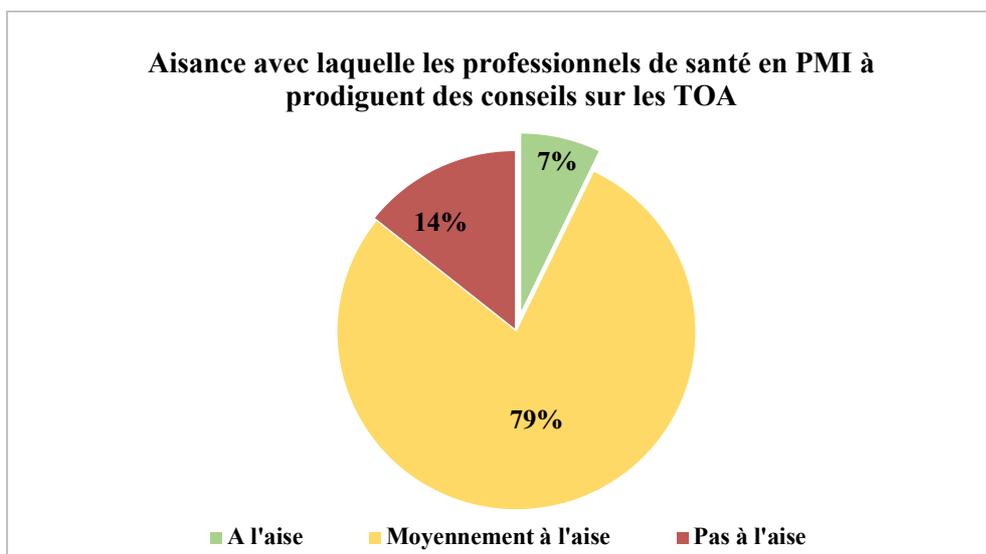


Figure 5: Aisance avec laquelle les professionnels de santé en PMI prodiguent des conseils aux parents d'enfants ayant un trouble de l'oralité alimentaire selon leur auto-évaluation.

3.4. Fréquence de la survenue d'une barrière langagière

Question 10 : Si non ou moyennement, est-ce lié à une barrière langagière ?

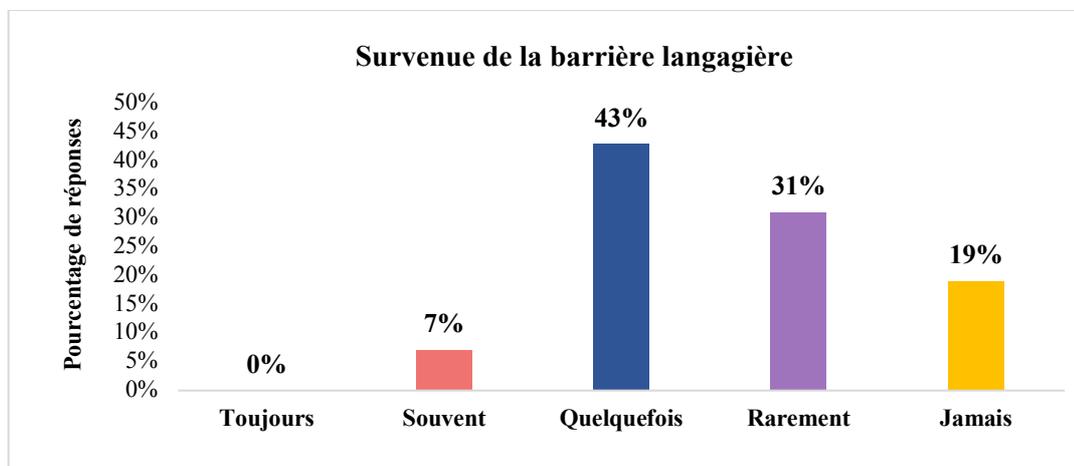


Figure 6: Évaluation de la fréquence avec laquelle la barrière langagière interfère dans la transmission de conseils par les professionnels de santé en PMI au cours d'une consultation pour un trouble de l'oralité alimentaire.

Question 11 : Pensez-vous qu'une plaquette d'informations sur les TOA vous soit utile : 100% soit les 42 professionnels de santé interrogés ont répondu par l'affirmative.

3.5. Besoin des professionnels de santé en PMI

Question 12 : Si oui, qu'aimeriez-vous trouver comme informations qui pourraient faciliter votre pratique clinique ?

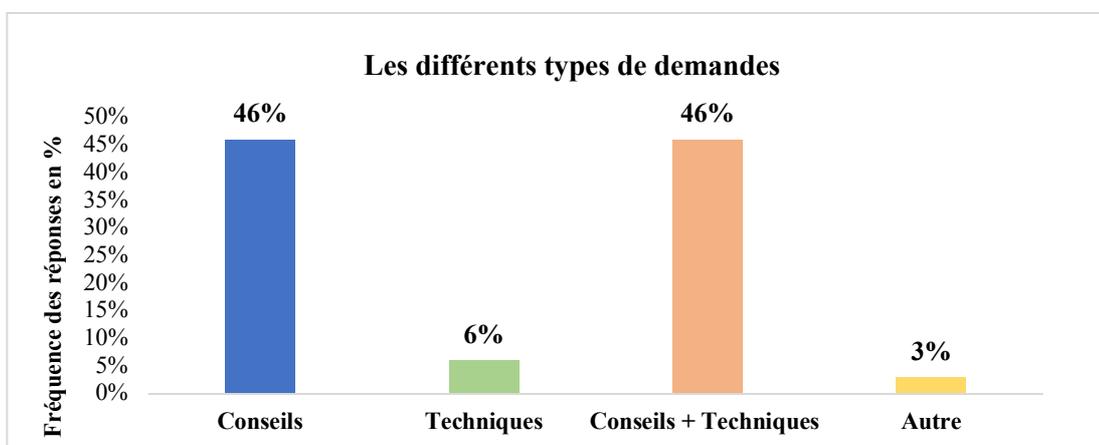


Figure 7: Répartition selon quatre catégories des demandes des professionnels de santé en PMI concernant le trouble de l'oralité alimentaire.

II. Résultats au second questionnaire

1. Participants

Le total des réponses recueillies par l'intermédiaire du second questionnaire transmis aux professionnels de santé de PMI s'élevait à 20 réponses : 4 questionnaires ont été complétés par des médecins, 16 par des infirmières-puéricultrices.

Au total, parmi les professionnels de santé de PMI correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion, tous les questionnaires des professionnels ayant répondu à l'enquête ont été retenus.

2. Le codage des réponses

Nous avons choisi de coder « 1 » lorsque l'item était choisi par la personne interrogée et « 0 » pour les autres items non sélectionnés.

La dernière réponse n'a pas été codée car les remarques obtenues étaient seulement des remerciements.

3. Analyse des réponses

Question 2 : Avez-vous répondu à mon précédent questionnaire concernant un état des lieux des connaissances des professionnels de santé en PMI sur les troubles de l'oralité alimentaire ? Parmi les 20 professionnels de santé en PMI ayant répondu, 15% avaient complété le premier questionnaire, 55% ne l'avaient pas fait et 30% n'en étaient pas certains.

Question 3 : Avant d'avoir ce livret, avez-vous des difficultés pour prodiguer des conseils aux parents d'un enfant TOA ? Parmi les 20 professionnels de santé 10% n'avaient pas de difficultés à prodiguer de conseils, 75% moyennement et 15% avouaient en avoir.

Question 4 : Avez-vous utilisé le livret ?

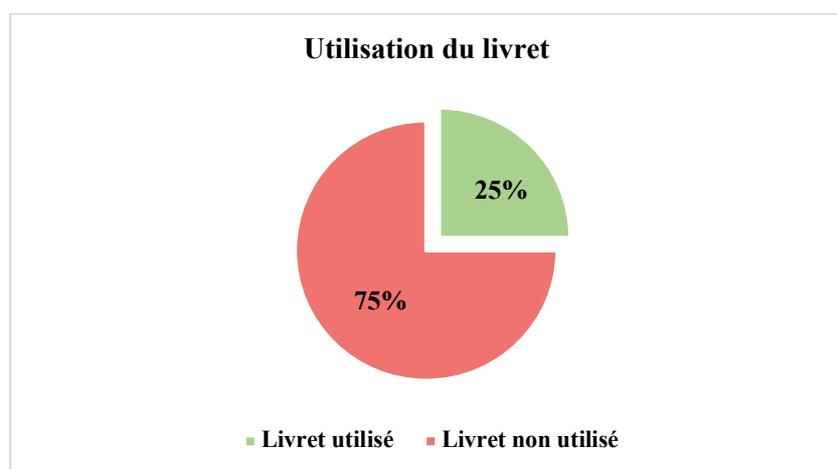


Figure 8: Fréquence d'utilisation du livret de conseils pratiques par les professionnels de santé en PMI.

Tableau 2: Synthèse des réponses des professionnels de santé en PMI obtenues lors du second questionnaire au sujet du livret de conseils pratiques.

	Groupe A Livret utilisé n=5	Groupe B Livret non utilisé n=15
Q5 : Pensez-vous que ce livret vous ait aidé à donner des conseils aux parents d'un enfant TOA ?	OUI 100%	
Q5' : Pensez-vous que ce livret puisse vous aider à donner des conseils aux parents d'un enfant TOA ?		OUI 100%
Q6 : Cela vous rassure-t-il de pouvoir vous appuyer sur le livret pour donner des conseils aux parents ayant un enfant TOA ?	OUI 100%	
Q6' : Cela vous rassure-t-il d'avoir à disposition un livret sur lequel vous pouvez vous appuyer pour donner des conseils aux parents ?		OUI 100%
Q7 : Pensez-vous qu'un tel livret puisse répondre aux attentes des parents ?	OUI 100%	OUI 100%
Q8 : Pensez-vous que la traduction puisse faciliter la compréhension des familles ayant un enfant TOA ?	OUI 100%	OUI 100%

Question 9 : À quel livret avez-vous eu recours ? Parmi les 5 professionnels de santé en PMI ayant utilisé le livret, 100% ont utilisé la version française.

Question 10 : Auriez-vous choisi une autre langue que le turc ou l'arabe ? Si oui, précisez laquelle dans "Autre"

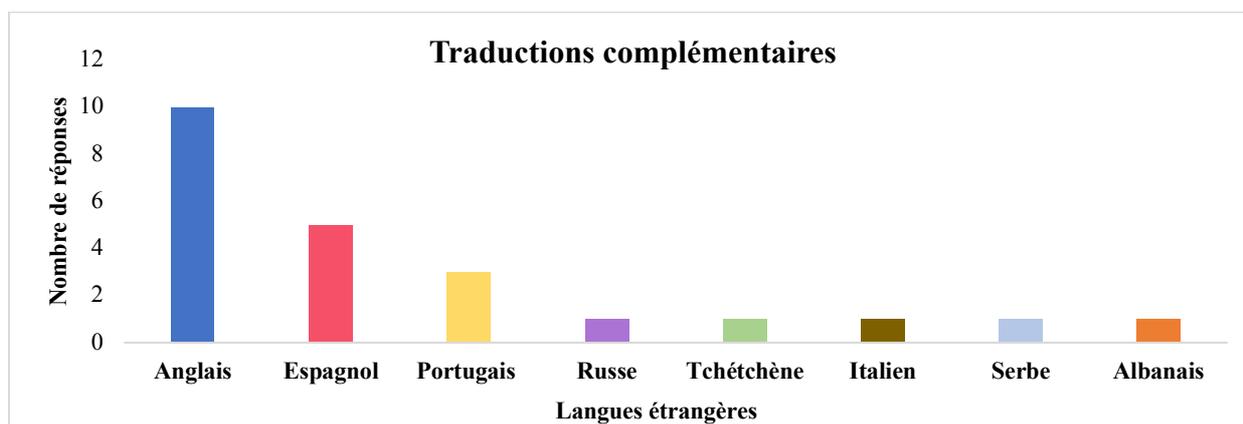


Figure 9: Représentation des langues étrangères pour lesquelles les professionnels de santé en PMI souhaiteraient une traduction du livret de conseils pratiques.

DISCUSSION

I. Rappels de la problématique et des hypothèses

Ce mémoire est parti du constat que les professionnels de santé en PMI étaient peu sensibilisés au trouble de l'oralité alimentaire et ne pouvaient pas répondre efficacement à la demande. Pourtant, il apparaît important de dépister, informer et orienter les parents d'enfants présentant ce trouble car ce type de difficultés peut avoir d'importantes répercussions tant sur le plan médical que sur les plans psychologique et social.

Ainsi, la problématique autour de laquelle s'est centré ce travail a concerné l'amélioration des connaissances des professionnels de santé en PMI sur le trouble de l'oralité alimentaire afin qu'ils puissent aisément prodiguer des conseils aux parents. Il s'est également construit sur la création et la traduction d'un livret de conseils pratiques à destination des parents afin de leur donner des pistes et ce, dans l'attente d'une prise en soin orthophonique.

Pour ce faire, nous avons élaboré trois hypothèses de recherche.

- La première était que les professionnels de santé en PMI n'étaient pas assez sensibilisés au trouble de l'oralité alimentaire pour pouvoir prodiguer des conseils aux parents. En effet, les

recherches sur ce sujet étant relativement récentes, il semblerait que les professionnels n'aient pas été assez formés pour répondre aux sollicitations.

- La deuxième hypothèse était que la barrière langagière, lorsqu'elle se présentait, pouvait constituer un frein à la transmission d'informations aux parents.

- Enfin, notre troisième hypothèse était que l'élaboration et la traduction d'un livret de conseils pratiques à destination des parents permettrait d'outrepasser la barrière linguistique et améliorerait la transmission d'informations et de conseils aux parents ne maîtrisant pas ou peu la langue française.

Nous sommes désormais en mesure de valider ou d'invalider nos hypothèses de recherche. Nous évoquerons par la suite les limites et les perspectives de cette étude.

II. Interprétation des résultats et vérification des hypothèses

Hypothèse 1 : Les professionnels de santé en PMI ne sont pas assez sensibilisés au trouble alimentaire pédiatrique pour prodiguer des conseils aux parents.

Les réponses obtenues au premier questionnaire faisant l'état des lieux des connaissances des professionnels de santé en PMI sur le trouble de l'oralité alimentaire montrent que près de 80% des professionnels interrogés ne sont pas formés au trouble de l'oralité alimentaire durant leur cursus universitaire. Parmi ces derniers, nous comptons 89,47% de médecins et 60,87% d'infirmières-puéricultrices. Les professionnels ayant eu recours à une formation complémentaire durant leur exercice ne représentent que 33% de l'effectif total. Et, s'il est vrai que 81% d'entre eux sont, en partie, informés sur les origines du trouble, 17% en ignorent les causes. Ce manque de formation impacte directement la qualité du dépistage puisque 76% des professionnels disent ne pas être à l'aise pour déceler un trouble de l'oralité alimentaire, ce qui prouve qu'ils méconnaissent les signes d'alerte.

De plus, lorsque nous analysons les réponses obtenues lors de leur auto-évaluation, nous constatons que seul 7% d'entre eux considèrent leurs connaissances sur ce trouble comme bonnes contre 28% de professionnels qui les jugent faibles voire insuffisantes. Aucun d'entre eux ne les juge comme très bonnes et la majorité les estime comme étant moyennes.

L'aisance avec laquelle les professionnels transmettent des conseils est également mise à mal par ce défaut de formation. En effet, 7% estiment pouvoir informer et conseiller les parents sans rencontrer de problèmes quand 79% éprouvent des difficultés et 14% admettent ne pas se sentir à l'aise. Ces résultats sont en mesure de justifier la création du livret de conseils pratiques.

L'hypothèse 1 est validée.

Hypothèse 2 : La barrière langagière peut constituer un frein dans la transmission d'informations aux parents.

La barrière peut constituer un frein mais elle n'est pas systématique. S'il est vrai que la moitié des professionnels fait état d'un évènement ponctuel voire inexistant, toutefois 7% y sont souvent confrontés et 43% la considèrent comme relativement fréquente. Compte tenu de la fréquence avec laquelle les professionnels de santé en PMI sont confrontés au trouble de l'oralité alimentaire, on ne peut ignorer que la barrière langagière reste un obstacle dans certaines consultations.

En effet, 35,7% des personnes sondées affirment y être souvent confrontées. Parmi ces soignants, nous comptons à peu près autant de médecins (53,3%) que d'infirmières-puéricultrices (46,7%). Les 64,3% restant déclarent en recevoir parfois en consultation mais aucun n'a déclaré qu'il n'y avait jamais été confronté. De plus, nous pensons que la fréquence pourrait s'avérer plus importante que ce qui a été démontré étant donné la difficulté qu'éprouvent les soignants à dépister ce trouble.

L'hypothèse 2 est partiellement validée.

Hypothèse 3 : Le livret de conseils pratiques, traduit en arabe et en turc, permet d'informer et de conseiller les parents d'origine étrangère ou maîtrisant peu la langue française dans l'attente d'une prise en soin orthophonique.

Les réponses obtenues au second questionnaire nous révèlent que le livret de conseils pratiques a été approuvé par l'ensemble des professionnels de santé en PMI pour informer et conseiller les parents. Bien que 75% des professionnels n'ont pas eu l'occasion de l'utiliser, ils s'accordent à dire que ce livret serait une aide sinon un renfort pour insister sur les recommandations à suivre. Toutefois, nous observons que parmi les 25% de soignants qui ont utilisé le livret, la totalité a eu recours à la version française ce qui montre que les traductions en turc et en arabe n'ont pas été nécessaires. Nous pouvons expliquer cela par le fait que la barrière linguistique n'ait pas été, lors des consultations ayant nécessité l'utilisation du livret, un obstacle dans la communication avec les patients. Mais cela peut également s'expliquer par le fait que les traductions mises à disposition ne correspondaient pas à la langue souhaitée. En effet, 10 professionnels ont évoqué qu'une traduction en anglais se révélerait pratique car, étant une langue parlée dans de nombreux pays, cela permettrait de faciliter les échanges, 9 souhaiteraient une traduction dans une des langues latines telle que l'espagnol et 4 ont mentionné vouloir une traduction en langues slaves.

Enfin, malgré l'absence d'utilisation des versions turque et arabe, 100% des professionnels de santé en PMI pensent que la traduction du livret de conseils pratiques peut améliorer la compréhension des parents d'un enfant présentant un trouble de l'oralité alimentaire. Cette constatation confirme que la traduction du livret n'est pas sans intérêt.

L'hypothèse 3 est partiellement validée.

III. Limites de l'étude

Pour ce mémoire, nous avons pour objectif d'aider les professionnels de santé en PMI à prodiguer des conseils aux parents ayant un enfant présentant un trouble de l'oralité alimentaire. Pour cela, nous avons élaboré un livret de conseils pratiques à destination des parents afin que les professionnels puissent s'appuyer dessus lors des consultations. Les parents, quant à eux, pouvaient bénéficier d'un support auquel ils pouvaient se référer au quotidien dans l'attente d'une prise en soin orthophonique. Ce sujet de mémoire a été bien accueilli par les professionnels de santé en PMI qui sont désireux d'améliorer leurs connaissances ou de s'initier aux troubles de l'oralité alimentaire.

Cependant, notre étude comprend un certain nombre de limites.

Premièrement, nous aurions aimé que la diversité des professionnels de santé soit plus importante. En effet, pour les deux questionnaires, seuls les médecins et les infirmières puéricultrices ont répondu. Bien que nous ayons sollicité les sages-femmes, celles-ci n'ont pas donné une suite favorable à notre demande. Par ailleurs, nous avons exclu les réponses de deux psychologues cliniciens car ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Cette décision, bien que justifiée, reste discutable car les psychologues sont également amenés à rencontrer des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire.

Deuxièmement, l'anonymat des réponses aux deux questionnaires ne nous a pas permis d'apprécier le bénéfice que les professionnels, ayant répondu éprouver des difficultés à transmettre des conseils lors du premier questionnaire, ont pu retirer du livret en effectuant un avant/après. De plus, le nombre de réponse au second questionnaire n'est pas suffisamment élevé pour que les résultats puissent être représentatifs de l'ensemble des professionnels de santé en PMI. Et, en l'absence d'un accord du comité de protection des personnes, nous n'avons pas pu examiner l'impact du livret sur les familles en les questionnant à leur tour.

Troisièmement, nous tenions à souligner que, pour des raisons pécuniaires, il n'a pas été possible de présenter plus de deux traductions. Néanmoins, cette raison ne peut justifier à elle seule le fait que le livret n'ait pas été utilisé. En effet, elle est également imputable à la période laissée aux professionnels pour s'en servir (soit 38 jours). Nous aurions souhaité soumettre une nouvelle fois le second

questionnaire aux professionnels de santé en leur laissant davantage le temps de se servir du livret. Ainsi, nous aurions pu savoir si le recours aux versions traduites aurait été plus fréquent ou non. Enfin, malgré la traduction et l'utilisation d'images, nous ne pouvons ignorer que cet outil thérapeutique est un support écrit, ce qui suppose que les bénéficiaires sachent lire. Or, il apparaît dans les commentaires laissés par les professionnels de santé lors du second questionnaire, qu'il arrive que ça ne soit pas toujours le cas.

IV. Perspectives

En raison du temps imparti relativement réduit pour un mémoire de fin d'études et du coût que cela aurait engendré, nous n'avons pas pu créer un livret sous format audio ou vidéo, ce qui aurait permis de reprendre les points abordés par le livret de conseils pratiques tout en étant accessible aux personnes ne sachant pas lire. Cela nous paraîtrait intéressant de demander des subventions au conseil général du département afin que le livret soit traduit dans plusieurs autres langues, notamment celles proposées par les soignants ou de mettre à disposition le matériel nécessaire à la création d'une vidéo.

Par ailleurs, pour que les parents puissent se saisir de cet outil, il nous semble important que les professionnels de santé prennent le temps de le commenter avec eux afin de s'assurer de leur compréhension. Pour cela, il serait intéressant de demander à un orthophoniste ou un autre professionnel de santé, formé aux troubles de l'oralité, d'intervenir auprès des praticiens de PMI afin qu'ils puissent échanger sur le livret et qu'ils sachent comment aborder les points importants.

Enfin, dans la perspective d'une meilleure prise en soin des patients présentant un trouble de l'oralité alimentaire, il serait intéressant d'organiser des ateliers pluridisciplinaires comprenant des professionnels intervenant spécifiquement sur les troubles de l'oralité alimentaire, dont des orthophonistes, pour que les professionnels puissent s'informer et poser les questions qu'ils souhaitent et qui leur paraissent pertinentes vis-à-vis de leur pratique.

CONCLUSION

Notre travail a permis de mettre en évidence un défaut de formation des professionnels de santé en PMI sur le trouble de l'oralité alimentaire. Compte tenu de la prévalence de ce trouble, un livret de conseils pratiques, qui plus est traduit en arabe et en turc a été conçu et s'est avéré pertinent tant pour aider les professionnels que les parents.

En effet, ce trouble, dont les origines sont multiples et peuvent se cumuler, est souvent décelé tardivement. Or, les répercussions qu'il engendre sont relativement importantes sur les plans médical, cognitif et social. En effet, une oralité troublée peut être un obstacle au bon développement de l'enfant. Cependant, lorsqu'il est pris en soin précocement et que les parents sont investis dans la rééducation, l'évolution est souvent favorable. S'il peut parfois se révéler difficile à rééduquer, agir permet d'éviter que le trouble ne se chronicise. C'est pourquoi, il apparaît comme essentiel que les professionnels de santé en PMI, n'ayant eu ni formation initiale ni formation complémentaire, puissent bénéficier d'une formation dans ce domaine.

De nombreuses investigations restent possibles : quelles sont les connaissances des autres professionnels de santé en libéral et/ou salariat ? Quels sont les ressentis des parents quant au livret ? Comment développer le partenariat entre les soignants de PMI et les orthophonistes ?

Enfin, serait-il possible que les orthophonistes formés au trouble de l'oralité alimentaire, puissent se référencer afin que les professionnels de santé en PMI sachent à qui adresser les patients ?

BIBLIOGRAPHIE

- Almotairy, N., Kumar, A., Trulsson, M., & Grigoriadis, A. (2018). Development of the jaw sensorimotor control and chewing—A systematic review. *Physiology & Behavior, 194*, 456-465. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.06.037>
- Bandelier, E. (2015). *Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant*. OrthoEdition.
- Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : De la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste, 39*(1), 143-159. <https://www.cairn.info/revue-contraste-2014-1-page-143.htm>
- Barou, J. (2006, avril). *Alimentation et santé*. Fédération des maisons médicales. <https://www.maisonmedicale.org/-Alimentation-et-sante-.html>
- Bordet, J., Bénony-Viodé, C., Pierrehumbert, B., Bénony, H., & Sanchez, S. (2011). Alimentation et transmission mère-enfant. *Champ psy, n° 60*(2), 63-78. <https://www.cairn.info/revue-champ-psy-2011-2-page-63.htm>
- Briatte, L., & Barreau-Drouin, L. (2021). *Troubles alimentaires pédiatriques*. Tom Pousse.
- Cécile Chapuis-Vandenbogaerde & Peggy Gatignol. (2021). *Troubles oro-myofonctionnels chez l'enfant et l'adulte*. Deboeck supérieur.
- Collado, V., Pichot, H., Delfosse, C., Eschevins, C., Nicolas, E., & Hennequin, M. (2017). Impact of early childhood caries and its treatment under general anesthesia on orofacial function and quality of life : A prospective comparative study. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal, 22*(3), e333-e341. <https://doi.org/10.4317/medoral.21611>
- Coquet, F. (2017). Retard et trouble du langage oral... Si on en parlait en termes d'oralité(s)? *Rééducation orthophonique, 271*, 67-83.
- Coquet, F. (2019). *Fonctions oro-myo-faciales & phonologie*. OrthoEdition.
- Couly, G. (2010). *Les oralités humaines, Avaler et crier : Le geste et son sens*. Doin.
- Couly, G. (2017). L'oralité fœtale, fondement du langage. *Rééducation Orthophonique, 271*, 13-27.
- Dahlsgaard, K. K., & Bodie, J. (2019). The (Extremely) Picky Eaters Clinic : A Pilot Trial of a Seven-Session Group Behavioral Intervention for Parents of Children With Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 26*(3), 492-505. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.11.001>
- Delour, M. (2013). Protection maternelle et infantile : Historique et perspectives. *Archives de Pédiatrie, 20*(5, Supplement 1), H21-H22. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(13\)71301-0](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(13)71301-0)

- Dovey, T. M., Staples, P. A., Gibson, E. L., & Halford, J. C. G. (2008). Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: A review. *Appetite*, 50(2), 181-193. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.09.009>
- Farnarier, C. (2009, septembre 16). *Les familles migrantes dans les consultations de Protection infantile*. https://www.canal-u.tv/video/universite_toulouse_ii_le_mirail/les_familles_migrantes_dans_les_consultations_d_e_protection_infantile_cyril_farnarier.5327
- Fort, E., & Rebouilleau, C. (2021). *Troubles De L'oralité Alimentaire De L'enfant*. My site) Trouble de l'oralité alimentaire de l'enfant. <https://www.declic-oralite.com>
- Garg, P., Williams, J. A., & Satyavrat, V. (2015). A pilot study to assess the utility and perceived effectiveness of a tool for diagnosing feeding difficulties in children. *Asia Pacific Family Medicine*, 14(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12930-015-0024-5>
- Guillerme, C. J. (2014). L'oralité troublée: Regard orthophonique. *Spirale*, 72(4), 25-38. <https://www.cairn.info/revue-spirale-2014-4-page-25.htm?ref=doi>
- Harada, M., Amariglio, N., Wills, H., & Koolwijk, I. (2019). Feeding Issues in Young Children. *Advances in Pediatrics*, 66, 123-145. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2019.03.004>
- Kerzner, B. (2009). Clinical Investigation of Feeding Difficulties in Young Children: A Practical Approach. *Clinical Pediatrics*, 48(9), 960-965. <https://doi.org/10.1177/0009922809336074>
- Kovacic, K., Rein, L. E., Szabo, A., Kommareddy, S., Bhagavatula, P., & Goday, P. S. (2021). Pediatric Feeding Disorder: A Nationwide Prevalence Study. *The Journal of Pediatrics*, 228, 126-131.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.07.047>
- Leblanc, V. (2014). Évaluation des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, 21(5, Supplement 1), 32. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(14\)71448-4](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(14)71448-4)
- Levavasseur, E. (2017). Prise en charge précoce des difficultés alimentaires chez l'enfant dit « tout-venant » ou « vulnérable ». *Rééducation orthophonique*, 271, 157-158.
- Levy, Y., Levy, A., Zangen, T., Kornfeld, L., Dalal, I., Samuel, E., Boaz, M., Ben David, N., Dunitz, M., & Levine, A. (2009). Diagnostic clues for identification of nonorganic vs organic causes of food refusal and poor feeding. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 48(3), 355-362. <https://doi.org/10.1097/mpg.0b013e31818b1936>
- Manikam, R., & Perman, J. A. (2000). Pediatric Feeding Disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 30 (1), 34-36. <https://oce-ovid-com.ezproxy.uca.fr/article/00004836-200001000-00007/HTML>

- Ministère des solidarités et de la santé. (2020). *Rapport 1000 premiers jours*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
- Perez, P. (2014). La diversification alimentaire à travers le monde. *Spirale*, 72(4), 133-141. <https://www-cairn-info.ezproxy.uca.fr/revue-spirale-2014-4-page-133.htm>
- Ponthieux, C. (2017). *Observation sur l'accès des populations migrantes aux soins de santé maternelle et infantile en région Auvergne-Rhône-Alpes*. 33.
- Ramsay, M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. Une nouvelle perspective. *Devenir*, 13(2), 11-28. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dev.012.0011>
- Ramsay, M., Martel, C., Porporino, M., & Zygmuntowicz, C. (2011). The Montreal Children's Hospital Feeding Scale : A brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *Paediatrics & Child Health*, 16(3), 147-e17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077303/>
- Rigal, N., Soulet, V., & Brément, J. (2016). Emergence of Self-consciousness and Food neophobia in Toddlers. *Enfance*, 2(2), 217-229. <https://www-cairn-info.ezproxy.uca.fr/revue-enfance-2016-2-page-217.htm>
- Rochoy, M., Mameche-Yazit, A., Puskarek, T., & Carré, M. (2021). Diversification alimentaire chez les enfants de 6 à 12 mois : Connaissances des parents et facteurs influençant leurs pratiques. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 34(5), 262-270. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2021.03.006>
- Roustit, J., Allieres, P., Appaix, A., Borel-Maisonny, S., Decroix, G., Diatkine, R., Duchêne, H., Dugas, M., Favez-Boutonnier, J., Geraud, J., Grimaud, R., Husson, L., Kohler, C., & Launay, C. (2004). *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*. 220, 205.
- Saïas, T., Clavel, C., Dugravier, R., Bonnard, A., & Bodard, J. (2018). Les interventions à domicile en Protection maternelle et infantile. Résultats d'une étude nationale. *Sante Publique*, 30(4), 477-487. <https://www-cairn-info.ezproxy.uca.fr/revue-sante-publique-2018-4-page-477.htm>
- Senez-Saut, C. (2020). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (3ème). De Boeck Supérieur.
- Thibault, C. (2007). *Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant* (1ère édition). Elsevier Masson.
- Thibault, C. (2015). L'oralité positive. *Dialogue*, 209(3), 35-48. <https://www-cairn-info.ezproxy.uca.fr/revue-dialogue-2015-3-page-35.htm>
- Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant* (2ème éd.). Elsevier Masson.

- Troubles du neurodéveloppement Repérage et orientation des enfants à risque.* (2020, mars 17). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque
- van der Horst, K., Deming, D. M., Lesniasukas, R., Carr, B. T., & Reidy, K. C. (2016). Picky eating : Associations with child eating characteristics and food intake. *Appetite*, *103*, 286-293. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.04.027>
- Yang, H. R. (2017). How to approach feeding difficulties in young children. *Korean Journal of Pediatrics*, *60*(12), 379-384. <https://doi.org/10.3345/kjp.2017.60.12.379>
- Yi, S.-H., Joung, Y.-S., Choe, Y. H., Kim, E.-H., & Kwon, J.-Y. (2015). Sensory Processing Difficulties in Toddlers With Nonorganic Failure-to-Thrive and Feeding Problems. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, *60*(6), 819-824. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000707>

**MON ENFANT SOUFFRE
D'UN TROUBLE DE
L'ORALITÉ ALIMENTAIRE
GUIDE PRATIQUE**



Ce livret pratique a été réalisé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie par Lucile Lacas sous la direction de Marie Pitre, orthophoniste.

ÇOCUĞUM AĞIZDAN BESLENME BOZUKLUĞU YAŞIYOR

PRATİK KILAVUZ



Bu pratik kitapçık, Lucile Lacas'ın konuşma terapisti Marie Pitre'nin yönetiminde yaptığı konuşma terapisi tezinin bir parçası olarak hazırlanmıştır.

طفلي يعاني من اضطرابات في تناول الطعام دليل عملي



تم إنجاز هذا الكتيب العملي كجزء من أطروحة علاج النطق من قبل لوسيل لاكلز تحت إشراف ماري بيترز،
أخصائية علاج النطق.

À l'attention des parents ...

- ⊗ **Ne culpabilisez pas, ce n'est pas de votre faute**
- ⊗ **Votre enfant ne fait pas un caprice**
- ⊗ **Faites-vous confiance**
- ⊗ **Écoutez votre intuition de parent**
- ⊗ **Soyez patients et bienveillants**
- ⊗ **Manger c'est voir, sentir, toucher, goûter puis mettre en bouche et avaler.**
- ⊗ **Le repas doit rester un moment de plaisir et de partage**
- ⊗ **La rééducation orthophonique n'aura pas pour but que votre enfant mange tous les aliments possibles mais qu'il puisse manger sans être gêné**

3

Sommaire

L'ORALITÉ :	6
QU'EST-CE QUE C'EST ?	6
1. L'ORALITÉ	7
2. RAPPEL SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT	7
A. Développement de l'enfant	7
B. Ordre d'apparition des dents selon l'âge	8
C. Hygiène	9
LE TROUBLE DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE	13
1. QU'EST-CE QUE C'EST ?	14
2. QUEL EST VOTRE RÔLE ?	14
BEBÉ DE 0 A 4 MOIS	16
1. LES DIFFICULTÉS	17
2. QUE FAIRE ?	17
BEBÉ DE 4 A 6 MOIS	19
1. LES DIFFICULTÉS	20
2. QUE FAIRE ?	20
BEBÉ DE 6 A 12 MOIS	24
1. LES DIFFICULTÉS	25
2. QUE FAIRE ?	25
BEBÉ DE 12 A 36 MOIS	29
1. LES DIFFICULTÉS	30
2. QUE FAIRE ?	30
OU S'INFORMER ?	34

5

L'oralité : Qu'est-ce que c'est ?

1. L'oralité

Cela concerne toutes les fonctions qui sont réalisées par la bouche c'est-à-dire l'alimentation, la ventilation, l'exploration tactile, olfactive et gustative, la communication et le langage.

2. Rappel sur le développement de l'enfant

A. Développement de l'enfant

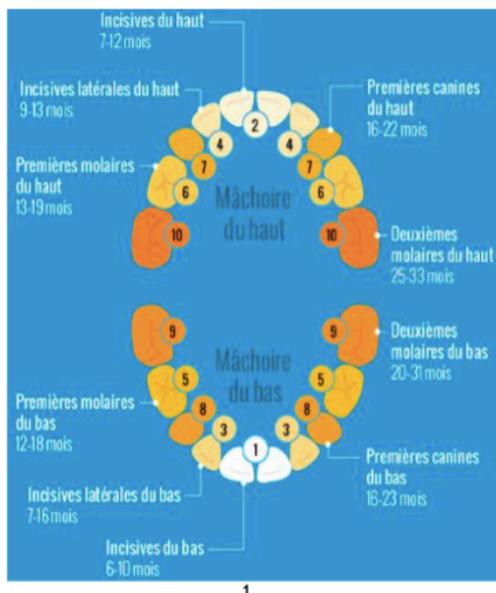
Age (Mois)	Motoricité	Langage	Prise alimentaire	Textures
0-4	Contrôle de tête	Cris, vocalisations	Succion sein ou biberon	Lait
4-6	Tient assis	Babilage Rudimentaire Bébé joue avec sa voix Exemple : sons aigus/graves	Tétine + débuts à la cuillère Apprentissage boisson au verre Malaxage + début de mastication	Lait/ eau + Purée
6-9	4 pattes Transfert d'une main à l'autre	Babilage canonique Exemple : papapa, bababa	Tétine + cuillère + verre Malaxage + début de mastication	Purée
9-12	4 pattes Assis seul Peut amener seul un gobelet en bouche	Babilage mixte	Cuillère + verre Malaxage + mastication	Petits morceaux Biscuits pour bébés
12-18	Apprend à marcher, à manger seul Peut amener la cuillère à sa bouche	Entre babilage et vrais mots	Cuillère + verre Malaxage < Mastication	Aliments finement coupés, viande hachée
18-24 et +	Marche +++ Mange seul	Premières phrases	Cuillère + verre Mastication	Viande molle et légumes

D'après le tableau de Ramsay 2001, Thibaut 2007

6

7

B. Ordre d'apparition des dents selon l'âge



¹<https://haitreetgrandir.com/fr/sante/naitre-grandir-sante-bebe-dent-pousse-dentaire>

8

C. Hygiène

⊗ Hygiène des dents

Le brossage se fait dès l'apparition de la première dent.

⚠ Si vous avez des caries, ne prenez pas la tétine du biberon ou de la sucette dans votre bouche : vous pouvez les lui donner.

Brossage difficile ? ↗

Si le brossage est compliqué, voici un exercice à faire avec votre enfant.

→ Exemple avec la comptine « 1,2,3 nous irons au bois »

- Asseyez votre enfant pieds au sol et tenez la brosse à dents avec lui.
 - Brossez que les dents du bas le temps de chanter « 1,2,3 nous irons au bois », puis retirez la brosse à dents.
 - Augmentez jusqu'à 6 quand il est habitué : 1,2,3 nous irons au bois (dents du bas) ; 4,5,6 cueillir des cerises (dents du haut) puis retirez la brosse à dents.
 - Petit à petit continuez la comptine en ajoutant le brossage de langue et l'intérieur des joues.
- N'hésitez pas à lui montrer sur vous avant de commencer.

⊗ Hygiène du nez

Le mouchage est très important car il facilite la respiration nasale. Un nez bouché ou mal nettoyé peut être à l'origine d'infections comme des otites, des allergies, des sinusites, etc.

Il y aura également des conséquences sur la position de la langue, la qualité du sommeil et sur le goût des aliments.

Pour les bébés : avec un mouche-bébé ou en lavant avec la seringue et au sérum physiologique²

- Allonger votre bébé sur le dos, tête sur le côté ou allongé sur le côté.
- Mettez un mouchoir sous sa tête pour ce qui va sortir du nez.
- Maintenez votre enfant dans cette position en injectant le sérum physiologique dans la narine du côté opposé.
- Bouchez immédiatement cette narine une fois le sérum injecté en maintenant la bouche de votre bébé fermée avec vos doigts.
- Attendez quelques secondes, le contenu de la narine devrait couler. Refaire la même chose pour l'autre narine.
- Enfin, essuyez le nez de votre bébé.

N'oubliez pas de prévenir votre bébé chaque fois que vous faites une manipulation sur lui.

²Des vidéos de mouchage sont disponibles sur le compte Instagram [la_vie_d'une_maman_ortho](#). Orthophoniste spécialisée dans les troubles de l'oralité alimentaire (Post du 18 novembre 2020)

10

À partir de 2/3 ans : l'enfant doit se moucher comme l'adulte, c'est-à-dire avec un mouchoir, une narine après l'autre. Si votre enfant ne sait pas se moucher vous pouvez utiliser une poire de lavement pour le nez (exemple : *Rhino Horn Junior*).



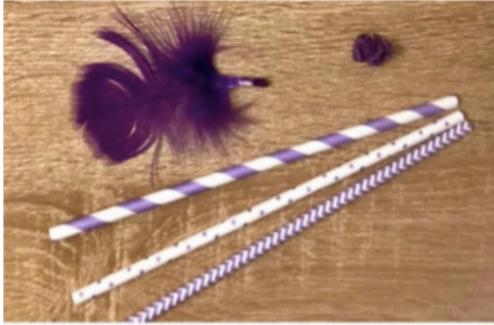
Exemple d'exercice pour apprendre à votre enfant à souffler par le nez pour se moucher :

- Prenez une petite boule de papier ou un pompon
- Mettez-vous sur une table
- Bouchez une narine et soufflez sur la petite boule pour l'envoyer de l'autre côté de la table où se trouve votre enfant.
- Refaire la même chose avec l'autre narine.

(Vous pouvez mettre des pailles pour faire des cages et fixer un objectif à l'enfant)

³ <https://www.rhinohorn.fr/junior/>

11



Le trouble de l'oralité alimentaire

12

13

1. Qu'est-ce que c'est ?

Le trouble de l'oralité alimentaire c'est la difficulté qu'un enfant éprouve à manger certains aliments en raison de leur apparence, de leur texture, de leur température, de leur odeur ou de leur couleur.

Ce trouble peut être présent dès la naissance, souvent causé par un facteur génétique, mais peut aussi se développer à tout âge. Souvent, il apparaît chez l'enfant en même temps que la diversification alimentaire ou l'introduction de morceaux.

2. Quel est votre rôle ?

⊗ Pendant le repas

- Mangez avec votre enfant, encouragez-le à manger avec sa cuillère.
- Adapter les couverts et les quantités en fonction de l'âge.
- Évitez de détourner son attention pour qu'il mange notamment avec des écrans (télé, portable...). Vous pouvez chanter, lire un livre ou jouer pour qu'il avale des cuillères.
- Autorisez-le à se salir ou salir son environnement.
- Incitez-le à goûter mais ne le forcez pas à manger.
- Éviter les conduites incitatives (si tu finis, ...), ne le punissez pas.
- L'installation est importante : l'enfant doit être assis avec les épaules libres, le dos à 90° en appui sur un dossier, les pieds au sol ou sur un support et les aliments au niveau du nombril.

14

⊗ En dehors des repas

- Proposez des activités sensorielles : pâte à sel, peinture, maquillage, jardinage etc...
- Laissez-le faire : faites-lui confiance.
- Responsabilisez-le : confier lui des petites missions (par exemple quand vous préparez le repas, demandez-lui de vous passer le sel).
- Encouragez-le : votre enfant a besoin de sentir que vous croyez en lui, utiliser des phrases courtes et positives.

15

Bébé de 0 à 4 mois

1. Les difficultés

Mon enfant prend difficilement le sein/biberon.
Cela dure longtemps (+ de 25-35 minutes), du lait coule sur le coin de sa bouche.
Bébé s'endort ou fait beaucoup de pauses.

L'allaitement est un choix. Si vous avez mal, vous pouvez alterner avec le biberon ou opter pour le biberon seul. L'essentiel est que vous soyez bien pour que votre bébé le soit aussi. Ne culpabilisez pas. Parlez-en avec une sage-femme ou une conseillère en lactation

2. Que faire ?

⊗ Pendant les repas

- Prendre en compte ses signaux de faim : pleurs, irritabilité du bébé.
- Tenir compte des signes de rassasiement : le bébé n'est plus intéressé par le repas, il détourne la tête Appuyez sur chacune des joues avec le pouce et l'index et soutenez le menton avec le majeur pour une meilleure fermeture autour du sein/de la tétine.
- Stimuler la succion : faire sentir un tampon d'allaitement, un coton imbibé de lait ou d'odeur de fraise.
- Favoriser les tétines en caoutchouc qui sont moins dures.
- Regardez votre enfant, parlez-lui.

⊗ En dehors des repas

- Stimuler la succion non-nutritive : faire sentir un tampon d'allaitement/coton imbibé de lait.

16

17

- Faire des séances de peau-à-peau : cela apaise le bébé, stimule l'olfaction ce qui active automatiquement la succion non-nutritive.
- On stimule, pendant 3 minutes environ, le réflexe de succion en plaçant son petit doigt sur le palais du bébé, en appuyant légèrement et en faisant de petits mouvements d'avant en arrière.
- On masse, caresse le visage de son bébé.
- Stimuler l'éveil des sens du bébé.

Exemple de mobiles sensoriels à fabriquer :



Bébé de 4 à 6 mois

18

19

Commencer la diversification classique, découvrir des aliments autre que le lait (petits pots, purées, compotes)

1. Les difficultés

Mon enfant ne veut pas manger de petits pots ou d'aliment en purée.
Le repas est long, il ne veut que des textures très lisses.
Le réflexe nauséeux apparaît pour des aliments communs.

2. Que faire ?

⊕ Pendant les repas

- Utiliser des cuillères peu profondes au tout début (*exemple : cuillère en silicone Mix'N'Match ou Tumtum*), ou ne les remplissez pas entièrement.
- Présenter la cuillère en position horizontale devant la bouche de votre enfant et attendez qu'il vienne la prendre.
- Ne pas racler la cuillère contre ses dents/gencives pour la vider
- Faites reculer la langue si elle sort et attendez que le bébé ferme ses lèvres autour de la cuillère.
- Ne dissimuler pas la nourriture sous quelque chose qu'il aime.

⊕ En dehors des repas

- Faire sentir les aliments quand vous préparez le repas.
- Proposer des jouets de dentition de tailles et textures différentes (hochets)
- Des haut-le-cœur peuvent apparaître mais ils sont tout-à-fait normaux, l'enfant teste ses limites, laissez-le faire et restez calme.

20

- Proposer des couverts (verre, cuillère, assiette), et des aliments en plastique pour qu'il puisse explorer avec sa bouche.
- Proposer des jeux qui stimulent les sens du bébé.

Exemple d'activités sensorielles simples à fabriquer :



⁴Tableau sensoriel avec différentes textures

21



⁵ Coquilles d'œufs dans un sac de congélation à faire manipuler/ écraser par le bébé

22

Exemple du « grignoteur en silicone » pour tester de nouveaux goûts :



⁶Soulage aussi les poussées dentaires. Peut se mettre au réfrigérateur pour faire une glace.

23

Bébé de 6 à 12 mois

Commencer la diversification alimentaire menée par l'enfant (DME) si votre enfant tient assis tout seul, qu'il agrippe, qu'il sait tourner la tête (droite/gauche) et hocher la tête (haut/bas).

1. Les difficultés 🐼

Mon enfant doit encore être nourri. Il est encore au biberon/sein, hormis les gâteaux et bout de pain par exemple.
Mon enfant refuse les morceaux. Il garde en bouche, tousse, régurgite/vomit
Mon enfant refuse de boire à la tasse.

2. Que faire ?

⊕ Pendant les repas

- Varier les formes de présentation.
- Certains enfants n'aiment pas le mélange de plusieurs textures (purée + morceaux de viande hachée) : séparer les aliments.
- Proposez des aliments que votre enfant connaît déjà sous forme de purée.
- Laissez votre enfant manger avec les doigts ou jouer avec la nourriture.
- Faire manger son doudou en même temps que lui
- Couper des morceaux de la taille de votre index pour qu'il puisse les prendre dans son poing et manger ce qui dépasse.
- Introduire les allergènes entre 6 et 10 mois (noix, amandes, crustacés, arachide), éviter de le faire pendant le repas du soir pour pouvoir surveiller ses réactions.
- Vous pouvez donner des morceaux à votre enfant même s'il n'a pas de dents : textures fondantes qui peuvent s'écraser

24

25

facilement entre la langue et le palais (carottes cuites, galettes de légumes, pommes cuites).

- Le réflexe nauséux fait partie du développement normal. Laissez-votre enfant tester ses limites, surveillez-le, rester calme et rassurez-le.
- Pour boire, proposer lui un verre adapté ou une paille.
- S'il n'aime pas l'eau plate, proposez-lui de l'eau très fraîche ou gazeuse.
- Ne pas donner de miel avant 1 an car risque de botulisme.

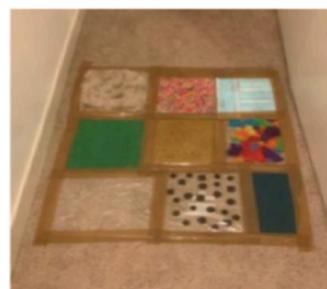
⊕ En dehors des repas

- Stimulez sa coordination œil-main
- Proposez-lui des stimulations sensorielles

Exemple d'activités sensorielles simples à fabriquer :



⁷ Boîte à mouchoirs vide et morceaux de tissus

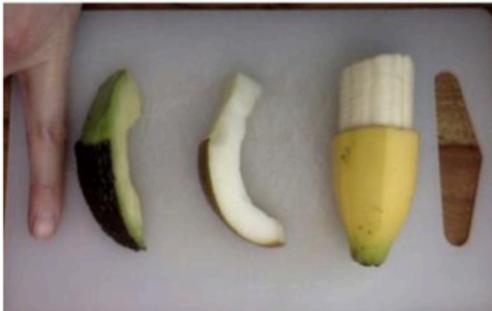
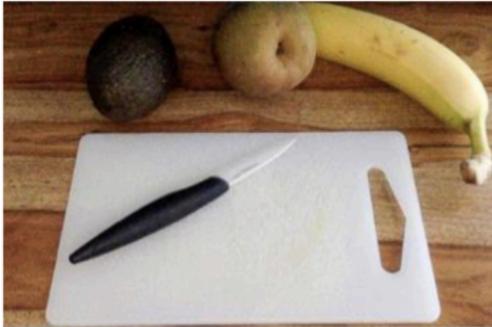


⁸ Tapis sensoriel où vous posez votre bébé dessus dès qu'il rampe

26

27

Exemple pour que l'enfant mange seul les aliments :



28

Bébé de 12 à 36 mois

29

1. Les difficultés

Mon enfant doit encore être nourri. Il est encore au biberon/sein, hormis les gâteaux et bout de pain par exemple.

Mon enfant est sélectif, mange lentement ou en très petite quantité.

Mon enfant n'aime pas que ses mains soient sales.

2. Que faire ?

⊕ Pendant les repas

- Laisser votre enfant manger avec les doigts.
- Séparer les aliments aux textures différentes.
- Éviter d'introduire plusieurs nouveautés au cours du même repas.
- Mettre un aliment qu'il adore à côté d'un nouvel aliment.
- Quand vous introduisez un nouvel aliment, veillez à ce que votre enfant soit de bonne humeur et pas trop fatigué.
- Si l'enfant ne veut pas de l'aliment, enlevez-le et présentez-le-lui au cours d'un prochain repas quelques jours plus tard.
- À partir de 36 mois, l'enfant peut manger la moitié d'une assiette adulte mais certains aliments sont à éviter. Les aliments qui présentent un risque d'étouffement (tomates cerises, noix, cacahuètes, rondelles de saucisson entières), les aliments qui collent au palais (salade, pain de mie, peau de la pêche), les aliments trop durs (carottes, pommes crues) ou les aliments crus (viandes, œufs, poissons).

30

⊕ En dehors des repas

- Proposer des activités de patouille : peinture, pâte à sel, jardinage, etc.
- Proposer des activités de découverte et d'expérimentation autour de la nourriture
- À partir de 24 mois : proposez-lui un loto des odeurs avec des senteurs que vous avez chez vous (curry, vanille, savon, café ; pas plus de 4)

Exemples d'activités pour stimuler l'éveil de votre enfant :



⁹ Stimulation visuelle avec les couleurs et entraîne la pince pour tenir les couverts

31

