



HAL
open science

Les troubles de l'oralité alimentaire en milieu scolaire : quelle prise en considération ?

Fanny Lacheré

► **To cite this version:**

Fanny Lacheré. Les troubles de l'oralité alimentaire en milieu scolaire : quelle prise en considération ?. Médecine humaine et pathologie. 2021. hal-03870267

HAL Id: hal-03870267

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870267>

Submitted on 24 Nov 2022

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

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

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE
DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE

MÉMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

par

Fanny Lacheré

soutenu le : **30 septembre 2021**

Les troubles de l'oralité alimentaire en milieu scolaire : Quelle prise en considération ?

Mémoire dirigé par : Madame COLIN Julie,
Orthophoniste à Nancy.

Président de jury : Madame STRAZIELLE Catherine,
Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en Odontologie,
CHRU de Nancy.

Assesseur : Madame ZINT Lise,
Orthophoniste à Nancy.

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord sincèrement Madame Julie COLIN, ma directrice de mémoire, de m'avoir accompagnée, de m'avoir orientée par ses précieuses remarques et relectures, ainsi que pour la gentillesse et la bienveillance dont elle a su faire preuve à mon égard tout au long de la réalisation de ce projet.

Toute ma gratitude va également à Madame Catherine STRAZIELLE pour avoir accepté de présider mon jury de soutenance, ainsi qu'à Madame Lise ZINT pour avoir rejoint ce jury en qualité d'assesseur.

Je remercie par ailleurs tous les participants de cette étude pour leur aide et leur contribution à mes questionnaires.

D'autre part, je tiens à remercier toutes les orthophonistes m'ayant accueillie en stage et tous les patients rencontrés durant cette formation, chacun d'eux ayant contribué à sa manière à l'approfondissement de mes connaissances et à l'aboutissement de ce projet professionnel.

Mes pensées vont également à Charlène, Louise, Marie et Cécile, les personnes formidables et futures collègues avec lesquelles j'ai traversé ces cinq années d'étude. Merci les filles pour tous ces merveilleux moments partagés, pour nos soirées ensemble, pour nos escapades dans Nancy ou ailleurs, et pour avoir été à mes côtés lorsque j'en avais besoin.

A ma filleule, ma petite-filleule et toute ma « famille ortho' » pour nos discussions et soirées inter-promos si agréables. Je compte sur vous pour perpétuer notre lignée et je vous souhaite une bonne réussite.

A ma Julie pour son amitié, son soutien indéfectible depuis toutes ces années, dans les bons comme dans les mauvais moments, et ses marques d'attention même à distance. A mon amie Eloïse ; nos retrouvailles plus rares qu'on ne le voudrait me mettent toujours du baume au cœur.

Enfin, un merci tout particulier à ma famille. Merci infiniment à mes parents de m'avoir toujours épaulée et m'avoir permis d'arriver jusqu'ici ; j'espère vous rendre (au moins un peu) fiers. Merci à ma sœur chérie pour ses encouragements, ses conseils, ses paroles rassurantes et tout son amour.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussignée, Lacheré Fanny, inscrite à l'Université de Lorraine, atteste que ce travail est le fruit d'une réflexion et d'un travail personnels et que toutes les sources utilisées ont été clairement indiquées. Je certifie que toutes les utilisations de textes préexistants, de formulations, d'idées, de raisonnements empruntés à un tiers sont mentionnées comme telles en indiquant clairement l'origine.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant la commission disciplinaire et les tribunaux de la République Française.

Fait à Vandoeuvre les Nancy, le 30 août 2021.

Signature

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mlle F. Lacheré'. The signature is stylized with a large initial 'F' and a horizontal line across the middle.

SOMMAIRE

Remerciements	1
Introduction	6
Partie 1 : Ancrage théorique	7
CHAPITRE 1 : L'alimentation	8
1 Le développement alimentaire.	8
1.1 Nutrition in-utero.	8
1.2 Alimentation lactée.	8
1.3 La diversification alimentaire.	9
1.4 La néophobie alimentaire : une étape du développement normal ?	9
2 Une fonction multidimensionnelle.	10
2.1 Une fonction symbolique.	10
2.2 Une fonction psycho-affective.	10
2.3 Une fonction source de plaisir.	11
2.4 Une fonction identitaire.	11
2.5 Une fonction sociale.	12
2.5.1 Rôle de l'alimentation dans la socialisation.	12
2.5.2 Rôle de la socialisation sur l'alimentation.	12
3 L'alimentation en milieu scolaire.	13
3.1 Organisation des temps alimentaires à l'école primaire.	13
3.2 Les enjeux de l'alimentation à l'école.	13
3.3 Projet d'Accueil Individualisé (PAI) et besoins alimentaires particuliers.	14
CHAPITRE 2 : L'Oralité	15
1 Oralité alimentaire et Oralité verbale.	15
2 Oralité primaire.	15
2.1 Genèse de l'oralité alimentaire : le réflexe de Hooker.	15

2.2	La succion et la déglutition.....	16
2.3	Autres réflexes oraux du nouveau-né.....	16
3	Oralité secondaire.....	17
4	Les sens au service de l'oralité alimentaire.....	17
CHAPITRE 3 : Les troubles de l'oralité.....		18
1	Définition.....	18
2	Quelles différences avec la néophobie alimentaire ?.....	18
3	Etiologies.....	19
3.1	Origine médicale.....	19
3.1.1	Incapacités d'origine organique ou fonctionnelle.....	19
3.1.2	Difficultés alimentaires post-traumatiques.....	20
3.1.3	Cas de la nutrition artificielle.....	20
3.2	Aversions sensorielles alimentaires.....	20
3.3	Causes psychogènes, éducatives et autres étiologies possibles.....	21
4	Manifestations cliniques.....	21
4.1	Oralité troublée du nourrisson.....	21
4.2	Trouble de l'intégration sensorielle : hypo-hypersensibilité.....	22
4.3	Autres signes généraux comportementaux.....	22
5	Evaluation orthophonique.....	23
6	Prise en charge.....	23
6.1	Orthophonique.....	23
6.1.1	Importance de l'accompagnement parental.....	24
6.2	Place de la pluridisciplinarité.....	24
Problématique et Hypothèses.....		25
Partie 2 : Partie méthodologique.....		27
1	Présentation de la population.....	28
1.1	Précisions sur les encadrants de restauration scolaire et d'accueil périscolaire.....	28

2	Outils méthodologiques.....	30
2.1	Questionnaire à destination des professionnels scolaires.....	30
2.1.1	Objectifs généraux.....	30
2.1.2	Forme.....	30
2.1.3	Contenu.....	31
2.1.4	Diffusion.....	34
2.2	Questionnaire à destination des orthophonistes libéraux.....	35
2.2.1	Objectifs.....	35
2.2.2	Forme.....	35
2.2.3	Contenu.....	36
2.2.4	Diffusion.....	39
3	Traitement des données.....	40
	Partie 3 : Résultats.....	41
1	Résultats du questionnaire à destination du milieu scolaire.....	42
2	Résultats du questionnaire à destination des orthophonistes libéraux.....	51
	Discussion.....	64
1	Interprétation des résultats et traitement des hypothèses de recherche.....	64
2	Limites.....	67
3	Perspectives.....	69
3.1	Apports pour la profession.....	69
3.2	Ouvertures de recherche.....	70
	Conclusion.....	71
	Bibliographie.....	72
	Annexes.....	77

INTRODUCTION

La fonction alimentaire est, par son aspect nutritif, indispensable à la survie de l'être humain. Au-delà de son apparente simplicité, l'alimentation met en jeu de nombreux mécanismes physiologiques, neurologiques et comporte des dimensions sociales, relationnelles, affectives mais aussi hédoniques qui participent au développement global harmonieux de l'individu. Cependant, chez certains enfants, il arrive qu'un élément dysfonctionne et perturbe sa capacité à s'alimenter de façon adéquate : cette harmonie se voit alors compromise.

Les Troubles de l'Oralité Alimentaire (TOA) semblent ainsi relativement courants. D'après Kerzner (2009), 20 à 60% des parents estiment que leur enfant ne s'alimente pas de manière adéquate, leur alimentation étant trop sélective, restreinte en quantité ou insuffisamment complexe pour leur âge. Ramsay (2001) indique quant à elle une prévalence des troubles alimentaires de 25% chez les nourrissons et jeunes enfants sans problème de santé, celle-ci pouvant atteindre 35% en cas de trouble neurologique.

Cette problématique peut naturellement engendrer des répercussions sur la santé de l'enfant, mais admet d'autre part des enjeux psycho-sociaux chez les deux partenaires du nourrissage, l'angoisse et la culpabilité naissant chez les parents et les relations dyadiques avec leur enfant étant plus conflictuelles lors des temps alimentaires.

Aussi, les nourrissons sont dépendants de leurs parents pour les repas, pris principalement au sein de la sphère familiale. Puis lorsque l'enfant grandit et qu'une socialisation intervient, ce cadre tend à se diversifier et il peut être accompagné par d'autres personnes. Etant donné l'implication pluriquotidienne de la prise alimentaire, il paraît indispensable en cas de TOA que les parents mais également l'entourage élargi soient sensibilisés et adoptent des comportements favorables afin d'espérer une évolution positive des troubles (Barbier, 2014)(Senez, 2020)(Thibault, 2015). Or si les parents sont le plus souvent informés et impliqués dans la prise en soin, qu'en est-il de l'école, que l'enfant d'âge scolaire fréquente pourtant quotidiennement et où il est amené à s'alimenter ?

Nous présenterons ainsi dans un premier temps les données théoriques concernant l'alimentation, son développement et son implication en milieu scolaire, l'oralité ainsi que les troubles de l'oralité. Puis nous détaillerons la mise en place de notre étude visant à évaluer les connaissances du personnel scolaire sur les TOA et à recueillir les pratiques d'intervention des orthophonistes libéraux auprès de cette population. Nous exposerons enfin les résultats obtenus et discuterons les interprétations effectuées ainsi que les limites de cette recherche.

PARTIE 1 :
ANCRAGE THÉORIQUE

CHAPITRE 1 : L'ALIMENTATION

La fonction alimentaire est centrale dans le développement de tout être-vivant ; elle permet en premier lieu la croissance et le fonctionnement physiologique de l'individu.

Bien que la manière de s'alimenter puisse évoluer à tout âge, les deux premières années de vie semblent être la période des changements les plus rapides et majeurs dans le comportement alimentaire (Nicklaus, 2016). La trajectoire développementale de l'alimentation est parallèle à celle des aptitudes sensori-motrices, ces dernières dépendant elles-mêmes de la maturation neurologique et des capacités d'apprentissage (Ramsay, 2001) (cf. Annexe 1).

1 Le développement alimentaire.

1.1 Nutrition in-utero.

Dès son implantation, l'embryon assure sa survie grâce aux débris tissulaires et sécrétions utérines maternels. La nutrition s'effectue alors par un mécanisme de phagocytose, la couche cellulaire la plus externe de l'œuf absorbant les nutriments du milieu extérieur. A la fin de cette période embryonnaire, le réseau vasculaire du fœtus se développe et ce dernier devient capable d'utiliser la voie sanguine afin d'assurer en continu ses besoins nutritifs et métaboliques. Le placenta assurera dès lors les échanges vitaux entre la mère et le fœtus, jusqu'au terme de la grossesse (McClellan & Novak, 2001).

1.2 Alimentation lactée.

A la naissance, l'alimentation devient orale et le lait, maternel ou artificiel, constitue la base de l'alimentation du nourrisson. Le lait maternel paraît être le plus adapté au développement optimal du nouveau-né : ses propriétés sont plus nombreuses que celles des préparations lactées industrielles (Clere, 2014), plus favorables que celles du lait de vache (Boquien, 2018) et sa composition varie selon le développement de l'enfant et le stade de la tétée (Turck et al., 2013) afin de correspondre aux besoins du nourrisson. Bien que certains laits commercialisés soient aromatisés, le lait maternel permet un plus large éveil gustatif puisqu'il s'enrichit des arômes des aliments consommés par la mère (Rigal, 2010). Les bénéfices de l'allaitement maternel concernent par ailleurs la santé de l'enfant (prévention des risques infectieux, vasculaires, digestifs, de diabète, d'allergie, de surpoids...), mais également celle de la mère (bénéfices

psychologiques, prévention du cancer du sein et de l'utérus, du diabète...) et la qualité de la relation entre ces deux partenaires (Turck et al., 2013).

A la lumière de ces données, l'OMS recommande un allaitement exclusif au sein pendant les 6 premiers mois de vie, puis l'association de l'allaitement maternel et d'une alimentation complémentaire jusqu'à l'âge de deux ans afin de répondre aux besoins nutritionnels qui évoluent (Organisation Mondiale de la Santé, 2000). Cependant, lorsque ce nourrissage au sein n'est pas souhaité ou possible, de nombreux substituts existent, les préparations étant adaptées à l'âge et aux éventuels besoins médicaux de l'enfant (Clere, 2014).

1.3 La diversification alimentaire.

La diversification alimentaire est définie par l'introduction d'aliments autres que le lait dans l'alimentation du bébé. En effet, le lait maternel ne suffit à couvrir entièrement les besoins en nutriments que jusqu'à un certain âge (Dubern, 2008). Cette diversification doit idéalement débiter entre 4 et 6 mois afin d'à la fois concorder avec la maturation des compétences psychomotrices et digestives de l'enfant, et réduire les risques ultérieurs d'allergie alimentaire. (Denis, 2013)(Juchet et al., 2014). Elle doit être progressive (Bourdelat, 2019) et s'adapter au rythme spécifique de chaque enfant (Denis, 2013). Cette période permet la découverte des goûts et la construction des schémas sensori-moteurs alimentaires, le nourrisson développant notamment sa fonction masticatoire grâce aux textures plus variées : elle est donc déterminante pour le développement alimentaire et influence le comportement ultérieur de l'individu. (Bourdelat, 2019) (Denis, 2013).

1.4 La néophobie alimentaire : une étape du développement normal ?

La néophobie alimentaire qualifie la crainte de consommer et/ou l'évitement des aliments inconnus. Cette attitude envers l'alimentation est extrêmement courante au cours de l'enfance, elle se retrouve chez 77% des enfants de 2 à 10 ans dans l'étude menée par Hanse en 1994 (Rigal et al., 2016), et est plus intense que celle de l'adulte (Rigal, 2005). Elle constitue ainsi une phase normale du développement alimentaire de l'enfant selon de nombreux auteurs.

Différentes études ont ainsi révélé que cette néophobie concerne principalement les jeunes enfants de 2 à 6/7 ans, sa fréquence et/ou son intensité diminuant ensuite avec l'avancée en âge (Rigal, 2009)(Dovey et al., 2008)(Łoboś & Januszewicz, 2019)(Lafraire et al., 2016).

Son mécanisme est multifactoriel, sous influence d'aspects génétiques, biologiques, psychologiques ou encore environnementaux. La néophobie se caractérise phylogénétiquement

comme un comportement développé par les espèces omnivores afin de se protéger de leur environnement possiblement nocif (Rigal, 2009)(Dovey et al., 2008)(Łoboś & Januszewicz, 2019)(Thibault et al., 2017). Ceci expliquerait son apparition vers 2 ans, période d'autonomisation affective et motrice de l'enfant qui devient plus acteur dans son alimentation (Rigal et al., 2016). La néophobie pourrait également résulter d'un besoin de sécurité, à un âge où le développement cognitif est majeur et les premières expériences nombreuses (Rigal, 2009). Par ailleurs, le comportement parental et l'éducation, la personnalité de l'enfant ou encore des éléments cognitifs entrent en jeu dans le processus d'installation (Łoboś & Januszewicz, 2019) (Dovey et al., 2008). La familiarisation et l'exposition répétée à de mêmes stimuli alimentaires peut cependant permettre d'améliorer la tolérance de l'enfant et élargir son répertoire alimentaire (Rigal, 2005)(Rigal, 2009)(Lafraire et al., 2016)(Schaal & Soussignan, 2008).

2 Une fonction multidimensionnelle.

L'alimentation est une fonction aux enjeux non seulement nutritifs mais comporte des aspects multiples et intimement liés entre eux.

2.1 Une fonction symbolique.

Selon Thibault et al. (2017), « en apprenant à manger, l'homme apprend à manger du symbole ». Les aliments possèdent en effet une dimension symbolique et stimulent l'imaginaire, évoquent des caractères, des événements, des valeurs... Leur connotation est plus ou moins positive et leur degré d'acceptation donc différent. Ces représentations mentales varient selon les individus, mais dépendent aussi et surtout de facteurs socio-culturels. L'acte d'incorporation alimentaire renvoie lui-même au franchissement d'une frontière entre le dehors et le dedans et à l'intégration en nous des propriétés de ces aliments : nous devenons ce que nous mangeons.

2.2 Une fonction psycho-affective.

Le temps du repas est logiquement extrêmement propice au rapprochement et à la création de liens entre les deux partenaires de la prise alimentaire, autant par le contact physique permis et la mise en place d'un lien sensoriel, que les échanges verbaux et commentaires associés. Schaal & Soussignan (2008) indiquent qu'une relation étroite existe entre fonction alimentaire et attachement, puisque pour le nouveau-né le nourrissage et le plaisir alimentaire sont indistincts de la mère/personne nourrissante. La relation mère-enfant serait par ailleurs davantage renforcée en cas d'allaitement maternel au sein (Turck et al., 2013).

2.3 Une fonction source de plaisir.

L'alimentation conditionne la survie de l'individu. L'évolution a donc permis à l'être humain d'y associer une sensation de plaisir, par l'intermédiaire des systèmes limbique et dopaminergique, afin de l'inciter à répondre à ses besoins fondamentaux et répéter les comportements adéquats et bénéfiques à l'organisme (Pessiglione, 2014). Le caractère agréable et acceptable ou non des stimuli alimentaires résulte ainsi de la combinaison de facteurs innés et acquis. D'après Rigal (2000), alors que les nourrissons présentent de façon innée et universelle une appétence pour les saveurs sucrées et un rejet des saveurs amers, il existe une variabilité interindividuelle de la perception olfactive et tactile, déterminée par la génétique ainsi que les expériences de l'enfant. Une importante dimension cognitive et culturelle participe de surcroît à l'appréciation hédonique globale d'un aliment.

Mais manger est à la fois « une nécessité vitale et un plaisir sensoriel et convivial » (Leblanc, 2014). Le plaisir associé au repas se situe non seulement au niveau des perceptions sensorielles mais est également dépendant du contexte social et émotionnel de la prise alimentaire. Chacune de ces composantes influe sur l'envie de s'alimenter et entre en jeu dans l'initiation et la quantité de la prise alimentaire (Schaal & Soussignan, 2008).

2.4 Une fonction identitaire.

L'oralité « est fondatrice de l'être » et permet à l'enfant d'accéder à la connaissance de sa personne et du monde qui l'entoure. Autour du nourrissage se construisent de façon précoce divers aspects psychiques et identitaires du nouveau-né. Les rythmes et attentes qui se mettent en place lui permettent de se structurer sur le plan temporel, ce qui soutiendra le développement de sa personnalité. Le nourrisson apprend par l'acte d'incorporation à distinguer son monde interne du monde externe, le moi du non-moi (Thibault et al., 2017). L'image du corps et la conscience corporelle sont également en jeu dans l'alimentation (Thibault, 2015).

A l'inverse, la fonction alimentaire est également révélatrice de l'identité de l'individu, comme l'illustre parfaitement la citation de Jean Anthelme Brillat-Savarin : « Dis-moi ce que tu manges, je te dirai qui tu es ». Par nos choix alimentaires et notre façon de cuisiner s'expriment notre personnalité, nos valeurs, notre éducation, notre mode de vie ou encore notre environnement socio-culturel. Les enfants et adolescents affirment par ailleurs leur identité sociale en voulant se conformer aux comportements d'un groupe, et construisent leur identité personnelle en apprenant à se distancer et en se positionnant en opposition à celui-ci (Dupuy, 2013).

2.5 Une fonction sociale.

2.5.1 Rôle de l'alimentation dans la socialisation.

L'alimentation est éminemment socialisante et participe à différentes échelles à l'intégration de l'individu à sa société. En prenant part à des repas collectifs, le jeune enfant, mais aussi l'adulte dans une moindre mesure, apprend les codes et règles des sphères familiales, amicales, institutionnelles et sociales auxquelles il appartient (Dupuy, 2013).

Les repas favorisent la cohésion sociale et contribuent à créer ou maintenir les liens entre individus. A notre époque où le rythme de vie est souvent soutenu, ils sont l'occasion de passer du temps en famille ou avec son entourage, de discuter, de partager.

Par ailleurs, l'intérêt pour la cuisine et/ou la découverte culinaire est grandissant et peut être envisagé comme une réelle activité de loisir. Selon Boussoco et al. (2016), la cuisine est à la mode, comme en témoignent la multiplication des émissions TV ou articles de presse qui y sont dédiés. Ce centre d'intérêt peut ainsi être le moteur d'une socialisation (ateliers/cours de cuisine collectifs, sorties au restaurant ...).

2.5.2 Rôle de la socialisation sur l'alimentation.

La socialisation joue un rôle important dans le développement de l'enfant, notamment alimentaire. Le plaisir alimentaire se construit en partie à travers les relations sociales : l'enfant adapte progressivement, par mimétisme, ses représentations et comportements alimentaires. La place des parents est centrale puisque la majorité des repas sont procurés par ces derniers et que la dimension affective qui leur est associée est la plus grande (Dupuy & Poulain, 2008). Cependant, cette influence sociale alimentaire est multiple et se manifeste à d'autres échelles : la famille, la fratrie, les amis, les pairs, l'école ou encore les médias (Damay et al., 2010), (Dupuy & Poulain, 2008). L'impact majeur des pairs d'âge sur les pratiques alimentaires est admis, les enfants montrent une volonté de se conformer et modifient leurs comportements alimentaires afin de s'intégrer à un groupe social, ce qui peut faire évoluer leurs préférences. (Birch et al, 1980 in Damay et al., 2010). Par ailleurs, bien que les rôles familiaux évoluent et que les pères prennent une part de plus en plus importante dans les tâches domestiques et l'éducation des enfants, les repas restent majoritairement pris en charge par la mère. Les plus rares expériences alimentaires vécues avec le père ou encore les grands-parents pourront alors être valorisées et avoir plus d'incidence sur l'enfant (Dupuy, 2013).

3 L'alimentation en milieu scolaire.

3.1 Organisation des temps alimentaires à l'école primaire.

La restauration scolaire au sein des écoles primaires est sous responsabilité de la commune ou de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI). Il s'agit d'un service facultatif, dont le mode d'organisation diffère selon la taille des communes. Les repas peuvent être préparés sur place ou livrés par une société de restauration collective extérieure. Les repas doivent respecter un équilibre nutritionnel, être suffisamment variés et les portions adaptées à l'âge de l'enfant (décret n°2011-1227 du 30 septembre 2011 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis en restauration scolaire).

En ce qui concerne les goûters, les recommandations de l'Education Nationale vont dans le sens d'une collation ni systématique ni obligatoire ; la collation matinale n'étant pas justifiée pour les élèves ayant pris un petit-déjeuner. Les enseignants sont cependant libres d'en mettre en place. La plupart des écoles fournissent ainsi un goûter commun, sans permettre l'apport de la propre collation de l'enfant, afin d'harmoniser la quantité et qualité de ce dernier pour tous les enfants, mais également dans un souci d'éviction des risques d'allergies alimentaires. Aussi, un petit-déjeuner peut être proposé dans les écoles du réseau d'éducation prioritaire ; ce dispositif visant à réduire les inégalités d'accès au premier repas de la journée et favoriser la concentration et l'accès aux apprentissages de chaque élève.

Par ailleurs, l'éducation à l'alimentation et à la nutrition ainsi que l'éveil au goût sont ancrés dans les programmes scolaires, de l'école maternelle au lycée, dans un enjeu de santé publique. Ils s'inscrivent dans un Programme National de l'Alimentation ayant pour objectif de « faciliter l'accès des plus jeunes à une bonne alimentation fondée sur le goût, l'équilibre entre les aliments et les rythmes des prises alimentaires, ainsi que la convivialité ». Cet apprentissage transversal concerne l'ensemble de la communauté éducative, professeurs comme autres intervenants de l'établissement. (Site du Ministère de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports, 2020)

3.2 Les enjeux de l'alimentation à l'école.

La restauration à la cantine pâtit d'une image négative et est rarement associée au plaisir dans l'imaginaire collectif. Ce moment de partage participe pourtant à la socialisation de l'enfant et à la construction de son identité. Le placement à table, si le choix est laissé aux enfants, est conditionné par les affinités mais aussi le sexe et la classe, et révèle dans une certaine mesure

une hiérarchie sociale parmi le groupe des enfants fréquentant la cantine, certains élèves ayant davantage d'ascendant sur les actes des autres. Par ailleurs, les discussions à propos de la nourriture et confrontations de goûts et habitudes familiales différents permettent l'évolution des représentations alimentaires des enfants. Malgré les règles institutionnelles, les élèves peuvent s'approprier ce moment : des jeux, alimentaires ou non, sont fréquemment mis en place et contribuent à la convivialité et au plaisir alimentaire. Ces comportements sont cependant influencés par le personnel encadrant, dont les décisions peuvent modifier les placements et interactions entre élèves (Comoretto, 2017).

Alors que les autres repas de la journée sont souvent partagés avec des adultes et/ou en famille, le goûter constitue quant à lui davantage un temps privilégié vécu entre pairs (Damay et al., 2010), et serait générateur d'interactions, en particulier entre enfants entretenant une relation d'affinité (Delalande, 2004 in Damay et al., 2010).

3.3 Projet d'Accueil Individualisé (PAI) et besoins alimentaires particuliers.

Pour les enfants présentant un problème de santé chronique – allergie, intolérance, asthme, diabète, trouble de l'oralité alimentaire ... - et ayant des besoins thérapeutiques particuliers, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) peut être mis en place au sein de l'établissement scolaire ou la collectivité les accueillant afin que ces derniers puissent poursuivre leurs apprentissages dans les meilleures conditions.

Ce document (cf. Annexe 6) interne est élaboré à la demande de la famille ou du chef d'établissement avec accord de la famille. Il est réalisé en équipe pluridisciplinaire, de concert avec le médecin scolaire ou de la Protection maternelle et Infantile (PMI) pour les plus jeunes, en lien avec le médecin généraliste suivant l'enfant ou l'adolescent.

Il permet de préciser les traitements médicaux instaurés et de définir des adaptations de la vie scolaire, notamment concernant les régimes alimentaires spécifiques, les conditions de prises de repas, les aménagements d'horaires, les dispenses d'activités incompatibles avec la condition médicale et les activités de substitutions envisagées. Le PAI peut ainsi concerner l'alimentation de l'élève comme des aspects plus éducatifs, l'organisation de sa scolarité comme les temps périscolaires. Son application incombe ainsi à l'ensemble de la communauté éducative et scolaire dans le respect des compétences professionnelles de chacun, dont les professeurs des écoles et les professionnels de restauration scolaire. (Ministère de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports, Bulletin Officiel n°9 du 4/03/21, circulaire du 10/02/2021 relative au PAI pour raisons de santé)

CHAPITRE 2 : L'ORALITÉ

L'oralité, terme issu de la psychanalyse, désigne l'ensemble des fonctions orales, réalisées par la bouche. Elle comprend ainsi l'alimentation, la ventilation, l'exploration tactile et gustative, les relations érogènes, les cris et le langage, et concerne à la fois la survie et la communication des êtres humains (Abadie, 2004a).

L'oralité est une notion complexe qui implique des composantes psychomotrices, sensorielles et affectives (Leblanc, 2014) et met en jeu des structures neuro-intégratives, hormonales, digestives et centrales (Abadie, 2004a).

1 Oralité alimentaire et Oralité verbale.

La sphère bucco-linguo-faciale étant commune aux fonctions d'alimentation et de communication, l'oralité comporte deux dimensions différentes : l'oralité alimentaire et l'oralité verbale (vocalisations et langage). Ces dernières s'influencent mutuellement et se développent de manière coordonnée, au fil des changements morphologiques et de la maturation gnoso-praxique de l'enfant (Thibault, 2015). Un lien causal existerait ainsi entre oralité alimentaire et verbale selon certains auteurs (Guillerme, 2014).

2 Oralité primaire.

Le nouveau-né humain dispose des ressources neurologiques et motrices nécessaires pour assurer diverses fonctions, notamment l'alimentation. Cependant ces comportements sont automatiques, de l'ordre du réflexe et dépendent du tronc cérébral (Thibault et al., 2017).

2.1 Genèse de l'oralité alimentaire : le réflexe de Hooker.

Entre les 40^{ème} et 50^{ème} jours de vie embryonnaire apparaît la première séquence motrice, qui est orale : avec la fusion du palais et la descente de la langue, la main à proximité des lèvres entraîne l'ouverture de la bouche et la sortie de la langue. Ce mouvement automatique, appelé réflexe de Hooker, marque le début de l'oralité primaire mais aussi la transition entre le statut d'embryon et celui de fœtus. De plus, il permet de mieux comprendre les liens étroits existants entre la sensorialité tactile des mains et celle de la bouche (Thibault et al., 2017).

2.2 La succion et la déglutition.

La succion est la plus ancienne et précoce fonction du genre humain. Les premiers mouvements antéro-postérieurs linguaux apparaissent vers la 10^{ème} semaine d'aménorrhée (SA). Cette succion favorise ensuite la mise en place ultérieure de la déglutition, entre les 12^{ème} et 15^{ème} semaines de gestation (Thibault et al., 2017). La déglutition du liquide amniotique augmente progressivement en quantité, et joue un rôle dans la morphogenèse orofaciale (Abadie, 2004a), (Couly 2010 d'après Senez, 2020) ainsi que dans l'automatisation du couple succion-déglutition (Thibault et al., 2017). La succion et la déglutition se coordonnent ensuite vers 34 à 37 SA (Guillerme, 2014). A la naissance, la coordination succion-déglutition-ventilation est efficiente et permet une succion nutritive ; l'équipement neurologique du nourrisson pour ces fonctions est mature (Thibault, 2015)(Abadie, 2004a). La succion au sein requiert des schémas moteurs plus précis que la succion au biberon (Senez, 2020). En parallèle, un réflexe de succion non-nutritive subsiste à l'introduction du doigt ou d'un objet dans la bouche. Ce dernier se caractérise par des mouvements mandibulaires plus nombreux mais plus superficiels que dans la succion nutritive, et n'est pas influencé par la sensation de faim (Senez, 2020).

2.3 Autres réflexes oraux du nouveau-né.

Le nouveau-né manifeste diverses réactions motrices automatiques et toujours identiques, communément qualifiées de réflexes. On retrouve ainsi (Senez, 2020) :

- *Le réflexe des points cardinaux* : orientation de la tête réactionnelle à une stimulation tactile sur la joue de l'enfant ; la tête se tourne du côté du stimuli.
- *Le réflexe nauséux*: mécanisme de protection inversant le processus de déglutition lorsqu'une substance trop différente en goût, texture ou température du lait maternel est détectée.
- *L'orientation automatique de la langue* : orientation latérale de la langue consécutive à l'excitation tactile du bord lingual droit ou gauche ; la langue se tourne du côté du stimuli. Ces prémices de mobilité latérale sont prédictives du fonctionnement de la future mastication.
- *Le réflexe de morsure* : alternance d'ouverture/fermeture mandibulaire au cours de la succion.
- *Le réflexe de toux* : protection contre les fausses routes laryngées par contraction glottique.

Aussi, le réflexe de Moro qui consiste en l'ouverture et la fermeture brusque des bras et jambes en réponse à un stimuli désagréable (posture anormale, bruit fort/inattendu, toucher trop brutal...) n'est pas un réflexe oral ; toutefois Battisti et al. (2014) suggèrent que celui-ci serait en lien avec la fonction respiratoire et que son intégration déficitaire pourrait entraîner une hypersensibilité d'un ou plusieurs canaux sensoriels. Il aurait donc un rôle prépondérant dans le développement de l'oralité du nourrisson.

3 Oralité secondaire.

Dès l'âge de 5-6 mois, la fonction alimentaire va progressivement se corticaliser et devenir volontaire : l'oralité est alors dite secondaire. Il s'agit d'un apprentissage dans lequel l'enfant joue un rôle actif, ses nouvelles expériences alimentaires permettant l'intégration de schèmes sensori-moteurs de plus en plus élaborés. La motricité linguale se complexifie, les mouvements latéraux et rotations deviennent possibles ; la mastication succède à la succion (Abadie, 2004a). Tout d'abord approximative, la fonction masticatoire se précise progressivement, avec notamment l'apparition de mouvements latéraux de la mâchoire, et ne sera semblable à celle de l'adulte que vers l'âge de 6 ans (Senez, 2020). La transition vers l'oralité secondaire s'effectue en douceur avec une période de double stratégie alimentaire, le passage à la cuillère coexistant tout d'abord avec la succion. Le passage à la cuillère est donc d'ordre neurologique et dépendant du développement cortical (Thibault, 2015).

4 Les sens au service de l'oralité alimentaire.

L'action de manger met en jeu l'ensemble de nos 5 sens. Ces derniers se développent in utero selon un ordre immuable : le toucher puis l'odorat, le goût, l'audition et enfin la vue (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009). La déglutition du liquide amniotique permet la construction d'une mémoire olfactive et gustative (Guillerme, 2014). Ainsi, le nouveau-né est guidé par les caractéristiques olfactives communes au liquide amniotique et au lait maternel pour s'orienter vers le sein et prendre ses premières tétées (Thibault et al., 2017). Un « cordon sensoriel » olfactif, gustatif, tactile et auditif relie le nourrisson à sa mère et constitue ses uniques repères. Le développement du comportement alimentaire est intimement lié à l'interaction entre sensations gustatives et olfactives. Le « goût » dans son sens le plus commun est en effet l'association de saveurs et d'odeurs (Thibault et al., 2017). Les saveurs fondamentales (sucré, salé, acide, amer) sont innées et universellement reconnues par l'espèce humaine, alors que les perceptions olfactives sont quant à elles plus individuelles et influencées par des facteurs génétiques et éducatifs (Rigal, 2000). Les expériences alimentaires de l'enfant lui permettront notamment d'intégrer la distinction entre odeur orthonasale et rétronasale (Senez, 2020). Ces messages sensoriels modulent ainsi la sensation de plaisir. Ils ont également pour rôle de détecter les aliments trop différents du « connu » et potentiellement nocifs, engendrant alors un réflexe nauséux, dont le seuil de détection diffère au niveau interindividuel (Leblanc, 2014) (Senez, 2004).

CHAPITRE 3 : LES TROUBLES DE L'ORALITÉ.

1 Définition.

Le trouble de l'oralité alimentaire (TOA), ou dysoralité, se caractérise par « l'ensemble des difficultés à s'alimenter par voie orale de manière adaptée et en quantité suffisante pour assurer un bon état nutritionnel et un bon développement psychomoteur. » (Leblanc, 2014). La terminologie se voulant consensuelle et universelle de « Trouble Alimentaire Pédiatrique » (TAP) a plus récemment été proposée par Goday et al. (2019), désignant alors un « trouble de l'alimentation orale en inadéquation avec l'âge de l'enfant et associée à des troubles médicaux, nutritionnels, oromoteurs ou psychosociaux » (cf. Annexe 2).

Mais l'acte alimentaire ne se résume pas à l'ingestion d'aliments et sa fonction nutritive, ses implications sont nombreuses. L'alimentation tient une place prépondérante dans la vie quotidienne et les relations familiales ; l'incapacité à s'alimenter de l'enfant est source d'anxiété et culpabilité parentales et entraîne la souffrance de toute part. Les interactions et la relation parent-enfant peuvent s'en trouver fragilisées (Guillerme, 2014)(Senez, 2020). Cette problématique complexe pourra compromettre l'ensemble de l'évolution langagière et affective de l'enfant (Thibault et al., 2017) et donc son épanouissement social et psychologique. Selon Aviram et al. (2014), dans les cas les plus sévères il existe un risque de maladie chronique, de retard de croissance, de retard cognitif et de trouble du comportement alimentaire ultérieurs. La santé de l'individu et son bien-être général sont ainsi engagés.

Le terme de trouble de l'oralité alimentaire recouvre par ailleurs des réalités multiples ; il existe une variabilité interindividuelle à la fois dans l'étiologie et les manifestations des difficultés.

2 Quelles différences avec la néophobie alimentaire ?

La néophobie alimentaire et le trouble de l'oralité alimentaire de type sélectif admettent tous deux une réduction de la diversité des apports alimentaires du jeune enfant. Toutefois, leurs implications sont différentes. Alors que la néophobie s'applique uniquement aux aliments nouveaux et inconnus, la dysoralité se manifeste également à l'égard des produits déjà rencontrés. Les comportements néophobes sont donc principalement influencés par le canal visuel et interviennent avant la phase de mise en bouche ; le trouble de l'oralité concerne quant à lui davantage l'acte d'incorporation et met en jeu le goût et la texture des aliments. Ces difficultés se distinguent par ailleurs au niveau de leur sévérité : le trouble de l'oralité inclut un répertoire alimentaire davantage restreint et de moindres quantités alimentaires (Łoboś &

Januszewicz, 2019)(Dovey et al., 2008). De plus, d'après certains auteurs, ces problématiques se manifestent selon une trajectoire développementale différente et spécifique (Lafraire et al., 2016). Le trouble de l'oralité alimentaire est ainsi un concept plus large dans lequel il est malgré tout possible d'inclure la néophobie alimentaire (Dovey et al., 2008).

3 Etiologies

3.1 Origine médicale.

Une problématique médicale ou organique, qu'elle soit isolée ou intégrée à un syndrome génétique plus large peut induire une incapacité de l'individu à s'alimenter correctement.

3.1.1 Incapacités d'origine organique ou fonctionnelle.

Selon Goday et al. (2019), une altération de la structure ou fonction des systèmes gastrointestinal, cardio-respiratoire ou neurologique est fréquemment associée à une dysphagie et/ou un trouble alimentaire pédiatrique. Une tachypnée chronique peut notamment rendre difficile la coordination succion-déglutition-ventilation ; d'autres exemples de ces conditions médicales sont exposés en annexe 3.

La maturation neurologique étant indispensable à l'efficacité de l'alimentation per os, une altération du système nerveux central anté-, néo- ou post-natale viendra naturellement perturber les schémas sensori-moteurs oraux, en particulier volontaires (oralité secondaire). L'origine de ces encéphalopathies peut être infectieuse, génétique ou encore traumatique (Senez, 2020). En cas de prématurité, le stade de développement cérébral est insuffisant pour assurer une succion nutritive, la coordination succion-déglutition-ventilation étant absente avant 34 semaines d'aménorrhée (Guillerme, 2014).

D'autre part, les difficultés alimentaires peuvent être consécutives à un défaut d'intégrité structurelle de la sphère orale. Les fentes labio-palatines entravent par exemple la continence labiale et le transport du bol alimentaire, elles limitent l'efficacité de la succion-déglutition (Thibault et al., 2017). Certains enfants présentent un réflexe de succion ou une mastication inefficaces du fait d'une hypotonie musculaire ou d'une mauvaise coordination motrice oro-pharyngée. Une déficience ou fluctuation de la sensation de faim (d'origine inflammatoire, métabolique, ou hormonale) peut également faire obstacle à l'alimentation, l'enfant ne réclamant pas et étant moins actif lors des repas (Ramsay, 2001).

3.1.2 Difficultés alimentaires post-traumatiques.

Une condition médicale particulière peut engendrer un vécu traumatique de l'acte alimentaire. La pathologie elle-même (reflux gastro-œsophagien, troubles de la déglutition...) ou les soins associés (intubation, sonde naso-gastrique, opération...) constituent ainsi une expérience douloureuse, entravent l'aptitude de l'enfant à associer la sphère buccale et le moment du repas au plaisir et donc sa capacité à s'alimenter (Guillerme, 2014).

3.1.3 Cas de la nutrition artificielle.

Diverses affections congénitales ou post-natales (pathologies cardiaques, pulmonaires ou digestives), de même que la prématurité, peuvent nécessiter la mise en place d'une nutrition artificielle. Or cette dernière entrave le développement harmonieux de l'oralité.

En effet, elle implique une stimulation négative de la sphère bucco-faciale par la présence irritante de sonde naso-gastrique, et crée un environnement sensoriel global agressif (odeurs des gants, lumières fortes...) pour le nouveau-né. Une alimentation artificielle continue peut être nécessaire, ce qui perturbera la sensation de faim et/ou le rythme faim-satiété (Guillerme, 2014). D'autre part, la nutrition entérale est physiologiquement différente de l'alimentation normale et court-circuite la bouche et l'œsophage, limitant les expériences sensorielles orales du nouveau-né qui devient hypersensible (Senez, 2020). Les aspects relationnels et affectifs du repas seront également altérés (Leblanc, 2008), les parents étant davantage hésitants à porter, toucher ou embrasser leur enfant (Guillerme, 2014).

3.2 Aversions sensorielles alimentaires.

Les perceptions sensorielles jouent un rôle essentiel dans l'acte alimentaire. Toute altération, innée ou acquise, de celles-ci pourra induire un déséquilibre dans le fonctionnement de l'oralité. Miller et al. (2007) admettent ainsi une classification des troubles de l'intégration sensorielle en trois catégories : trouble de la modulation (réaction) sensorielle, trouble moteur d'origine sensorielle et trouble de discrimination (seuils de détection) sensorielle (cf. Annexe 4), dans lesquels les TOA peuvent s'inscrire.

Il existe en effet une variabilité interindividuelle génétique des seuils d'activation des récepteurs gustatifs, olfactifs et tactiles. Or, cette déviance est particulièrement importante chez certains individus qui présentent une hypersensibilité ou au contraire une hyposensibilité de la sphère bucco-linguo-faciale et/ou corporelle. Leur rapport à l'aliment se voit ainsi perturbé et celui-ci sera plus ou moins toléré. Une hyperréactivité sensorielle entraîne également une exacerbation

du réflexe nauséux (hyper-nauséux). Par ailleurs, tout comportement étant gnoso-praxique, des troubles de l'oralité apparemment d'origine motrice peuvent en réalité être dus à une altération de la sensorialité sous-jacente. Il est donc possible de considérer l'existence d'un trouble global de dysoralité sensorielle (Senez, 2020). D'après Barbier (2014), des réactions anormales aux stimuli alimentaires et sensoriels de ces enfants peuvent résulter à la fois de dysfonctionnements des systèmes sympathique et parasympathique, du processus d'habituation aux stimuli, ainsi que de la capacité à coordonner les stimulations des différentes modalités sensorielles.

3.3 Causes psychogènes, éducatives et autres étiologies possibles.

La nature des troubles peut également être éducative et/ou psychogène : un mode d'éducation très contraignant (Thibault et al., 2017), très hygiéniste, ou encore des carences affectives ou troubles de l'attachement (Guillerme, 2014) peuvent perturber l'oralité alimentaire. Un sevrage brutal et/ou trop précoce ou une diversification maladroitement menée peuvent également être à l'origine de problèmes alimentaires (Senez, 2020). Une synthèse des facteurs psychosociaux associés aux troubles alimentaires pédiatriques est présentée en annexe 5 (Goday et al., 2019). Par ailleurs, les implications sont souvent mixtes. Par le climat de conflit et d'inquiétude instauré, des difficultés d'ordre psychologique et/ou affectif se surajoutent aux difficultés initialement organiques et contribuent à la complexification et pérennisation des problèmes alimentaire (Abadie, 2004b). Il est également important de noter que les troubles alimentaires ne sont pas toujours associés à une problématique plus globale, et leur cause n'est pas toujours identifiable.

4 Manifestations cliniques.

4.1 Oralité troublée du nourrisson.

Chez le nourrisson, les signes révélateurs d'une oralité perturbée peuvent être : la fréquence insuffisante des tétées ou un nombre trop important de pauses lors des premières minutes de la prise alimentaire, des pleurs, mimiques de dégoût, nausées ou vomissements, des difficultés à prendre en bouche la tétine, l'absence de manifestation de la faim (cris) ou encore un endormissement lors du repas. Vers 6 mois, le refus de l'enfant devient plus volontaire et des stratégies d'évitement peuvent être observées : détournement de tête, fermeture totale des lèvres, interposition de la main entre la bouche et le biberon/la cuillère ... (Guillerme, 2014). D'après Ramsay (2001), la plainte la plus fréquente des parents est la quantité insuffisante de

lait ingérée. De même, des difficultés visibles à téter, mâcher, mastiquer, et avaler peuvent être des signes de trouble alimentaire. De manière générale, une durée trop longue de la prise du biberon ou du repas doit alerter et peut être révélatrice d'aptitudes limitées à s'alimenter.

4.2 Trouble de l'intégration sensorielle : hypo-hypersensibilité.

Chez les enfants présentant une hypersensibilité, il est possible d'observer au cours du repas des mimiques faciales de dégoût, un réflexe nauséux ou vomissement au goût, à l'odeur ou simplement à la vue de certains aliments, une sensibilité aux températures et contrastes thermiques ainsi qu'aux volumes, une alimentation très sélective au niveau du goût ou de la texture (refus des morceaux) ou de l'aspect des aliments (couleur, marque). Aussi, des comportements associés non spécifiquement alimentaires peuvent être retrouvés comme le manque d'exploration de la sphère orale, une hyperréactivité sensorielle de la sphère bucco-linguo-faciale mais aussi corporelle globale (ne supportent pas d'avoir les pieds/mains souillées, de toucher certaines matières, sentir certaines odeurs...) (Guillerme, 2014).

Les signes d'hyposensibilité sont davantage discrets : introduction de volumes importants en bouche, tendance à « avaler tout rond » par manque de détection des aliments, absorption de trop grandes quantités d'aliments par défaillance de la sensation de satiété (Barbier, 2014), maintien des aliments en bouche sur une longue durée sans avaler ou encore manque d'initiation du réflexe de succion et déglutition (Ramsay, 2001). Cette sensibilité orale limitée pousse également certains enfants à rechercher les saveurs fortes, les températures extrêmes, ou encore les aliments bruyants puisque le retour auditif favorise la prise de conscience de l'aliment.

4.3 Autres signes généraux comportementaux.

Les troubles de l'oralité alimentaire peuvent se caractériser par une absence de spontanéité à s'alimenter voire un refus total de s'alimenter (Leblanc, 2014). Une altération de la sensation de faim et un manque d'appétit sont fréquents ; une lenteur et une absence de plaisir lors du repas sont généralement observés (Senez, 2020). De manière générale, les quantités alimentaires sont donc souvent réduites, et le moment du repas n'est pas bien vécu par l'enfant. L'anxiété ressentie peut induire des conduites d'évitement : tentatives de détourner l'attention, désintérêt pour la personne qui lui donne son repas, regard fuyant (Guillerme, 2014), négociations autour du repas voire colères et pleurs.

Désarmés face à ces difficultés, les parents mettront de même en place différentes stratégies comportementales réactionnelles : câlins, chantage, menaces, forçage, laxisme sur le cadre du repas... (Ramsay, 2001)(Guillerme, 2014) pouvant contribuer à la pérennisation des troubles.

5 Evaluation orthophonique.

En orthophonie, la démarche diagnostique du trouble de l'oralité alimentaire est principalement clinique et repose à la fois sur un entretien avec les parents et l'observation attentive de l'enfant. (Abadie, 2004b). Le bilan adopte une approche globalisante de l'oralité en explorant ses dimensions organique, neurologique, sensorielle et praxique, mais aussi psychologique, relationnelle et comportementale (Leblanc, 2014).

L'anamnèse investigate le développement oral et alimentaire de l'enfant afin d'identifier les étapes problématiques, et son histoire médicale qui permettra de déterminer si le trouble s'inscrit dans une pathologie plus globale. Le recueil du vécu de l'enfant, lorsque cela est possible, ainsi que des parents est primordial afin de mieux comprendre les répercussions psychologiques des troubles au quotidien (Abadie, 2004b).

L'évaluation nécessite également un examen clinique, avec la vérification de l'intégrité des structures oro-bucco-faciales puis l'évaluation fonctionnelle de l'alimentation. Sont observés lors de ce temps alimentaire les comportements de l'enfant, la relation parent-enfant et les stratégies parentales (Barbier, 2014).

6 Prise en charge.

6.1 Orthophonique.

La démarche rééducative orthophonique s'inscrit dans un respect du rythme et des compétences de chaque enfant présentant un TOA (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009).

Elle vise à une maturation des compétences gnoso-praxiques. L'objectif est ainsi d'améliorer l'efficacité des praxies alimentaires de l'enfant ainsi que la tonicité des muscles bucco-linguo-faciaux, et/ou de désensibiliser la sphère orale grâce à des stimulations multisensorielles, alimentaires ou non (Barbier, 2014). Un travail de découverte sensorielle globale, impliquant le corps, peut également être mené conjointement. Dans le cas d'une nutrition artificielle, l'intervention consistera à recréer aussi fidèlement que possible les sensations engendrées par une alimentation per os (Guillerme, 2014).

La préoccupation de l'orthophoniste est de veiller au confort et au plaisir de l'enfant, autant en ce qui concerne l'installation lors des repas que les stimulations sensorielles ou l'environnement psycho-affectif (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009). Il s'agira également de lui redonner dans la mesure du possible un rôle actif dans les soins et son exploration orale (Guillerme, 2014) et le replacer en position de demandeur quant à l'alimentation.

6.1.1 Importance de l'accompagnement parental.

Etant donné l'implication quotidienne des troubles et les répercussions engendrées au sein de la sphère familiale, il est primordial que les parents soient demandeurs de la thérapie mise en place et qu'ils y soient associés afin d'accéder à une meilleure compréhension des difficultés de leur enfant et pouvoir mettre en œuvre les moyens et comportements favorables. Ils seront ainsi de vrais partenaires du suivi orthophonique.

Le processus de désensibilisation doit être intensif et les stimulations pluriquotidiennes, la participation des parents et de la famille est indispensable à leur efficacité (Barbier, 2014)(Senez, 2020). Aussi, l'orthophoniste s'appliquera à renforcer les comportements parentaux positifs déjà mis en place, ou les conseillera sur les comportements favorables à adopter lors des repas (Guillerme, 2014). Par ses explications, son écoute et son empathie, il contribuera à diminuer leur inquiétude et leur culpabilité et à instaurer une dynamique positive de changement en soutenant la relation parent-enfant (Thibault, 2015). En effet, face aux difficultés alimentaires, les mères sont davantage stressées (Greer et al., 2008) et donc plus intrusives et directives (Aviram et al., 2014) lors des repas, ce qui peut majorer les angoisses de l'enfant et aboutir à un cercle vicieux entretenant les troubles (Gueron-Sela et al., 2011) (Guillerme, 2014). Ainsi, plusieurs auteurs s'accordent sur l'importance de prendre en considération chacun des partenaires de la dyade parent-enfant (Thibault, 2015) (Bryant-Waugh et al., 2010) au cours de la prise en charge des TOA.

6.2 Place de la pluridisciplinarité.

Les troubles de l'oralité alimentaire sont complexes et hétérogènes, autant dans leurs causes que leurs manifestations. Ils ne peuvent donc dépendre d'une profession unique, une collaboration entre différents professionnels de santé est essentielle afin d'aboutir à une compréhension complète et complémentaire des difficultés (Chevalier & Jeanjean, 2016).

Au vu de l'intrication de facteurs organiques, sensoriels, et psychologiques, différentes spécialités médicales (pédiatre, gastro-entérologue, ORL, pédopsychiatre, chirurgien maxillofacial, allergologue...) et paramédicales (orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, kinésithérapeute, ostéopathe, diététicien...) ainsi que les psychologues et psychiatres, peuvent ainsi être impliqués dans le parcours de soins du patient en fonction de son profil et de ses besoins spécifiques. Barbier (2014) souligne par ailleurs le caractère essentiel de la cohésion d'équipe : une démarche commune favorise une meilleure adhésion des parents au suivi et permet in fine une optimisation de l'efficacité des soins.

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

- Problématique.

Malgré leurs spécificités, les enfants présentant un TOA ont en commun d'intégrer la prise alimentaire, pourtant inéluctable au quotidien, comme une expérience négative. Avec l'avancée en âge se pose la question de la restauration à l'école, où les repères familiaux sont bousculés. Pour l'enfant présentant un trouble de l'oralité qui nécessite des besoins particuliers, l'intégration à la cantine, orientée vers la collectivité, sera logiquement plus problématique et anxiogène. Celle-ci est alors parfois volontairement évitée, ce qui peut constituer une contrainte pour les parents et induire un sentiment de marginalisation chez l'enfant. Dans d'autres cas, les obligations professionnelles parentales rendent impossible de se soustraire à la restauration scolaire et l'enfant n'a d'autre choix que de subir de manière répétée cette situation difficile source d'angoisse, pleurs, voire moqueries et occasionnant également de l'anxiété parentale.

Une alimentation qui dysfonctionne peut entraver la socialisation et le bien-être en milieu scolaire. Les recherches sur les troubles de l'oralité alimentaire étant relativement récentes, les données de la littérature sont peu riches concernant la prise en considération des TOA à l'école chez les jeunes enfants. Timini et al. (1997) ont néanmoins mis en évidence qu'une alimentation sélective chez des enfants d'âge préscolaire était souvent associée à des difficultés scolaires (comportement en classe, assiduité, relation avec les camarades). Belot & James (2011) ont également montré qu'une alimentation saine était associée à de meilleurs résultats scolaires et à un plus faible taux d'absentéisme pour raisons de santé ; cependant un trouble de l'oralité alimentaire limite cet accès à un régime équilibré. Par ailleurs la concentration en classe et donc l'accès aux apprentissages scolaires dépend du confort physique de l'enfant ; or en cas d'apports alimentaires insuffisants, la faim ressentie et la fatigue engendrée compromettent ce bien-être.

Par ailleurs, comme exposé précédemment, la socialisation et l'imitation ont un rôle majeur dans la construction du plaisir et des goûts alimentaires (Dupuy & Poulain, 2008). Aussi, en parallèle du cadre familial qui est le milieu d'influence premier, la cantine est un milieu d'influence alimentaire possible. La restauration scolaire et les temps alimentaires à l'école sont par conséquent un facteur important à considérer dans la prise en soin des TOA.

Il paraît alors pertinent d'aborder la question du personnel de cantine qui est au contact direct des enfants et les accompagne lors des repas, des enseignants qui sont susceptibles de gérer

divers ateliers/temps alimentaires ou sensoriels en classe, ou encore du personnel périscolaire qui est possiblement en charge du goûter, et de s'interroger sur leurs connaissances des TOA et les réactions adoptées lorsqu'ils y sont confrontés.

En outre, de façon empirique, nous pouvons constater que certain(e)s orthophonistes interviennent auprès des écoles dans le cadre des TOA afin d'informer et/ou de conseiller des aménagements scolaires. Cette intervention orthophonique au sein du milieu scolaire s'inscrit donc dans une approche globale du patient et son TOA, elle possède un enjeu d'intégration sociale, de bien-être pour l'enfant, mais aussi d'amélioration des troubles. Nous pouvons citer parmi les adaptations possibles notamment la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), qui permet l'adaptation des menus ou encore l'apport du panier-repas de l'enfant à la cantine. Ces mesures, bien que bénéfiques, peuvent toutefois n'être que palliatives si les comportements des adultes entourant l'enfant ne sont pas également adaptés.

A la lumière des éléments précédemment mentionnés, il semble légitime de se demander : **Quelles sont les connaissances des professionnels scolaires concernant les troubles de l'oralité alimentaire, et dans quelle mesure les orthophonistes libéraux(ales) interviennent-ils(elles) auprès de cette population scolaire ?**

- Hypothèses de recherche.

Les hypothèses de notre étude sont ainsi les suivantes :

- Hypothèse 1 : Les professionnels scolaires ne sont pas suffisamment informés concernant les troubles de l'oralité alimentaire.
- Hypothèse 2 : Les professionnels scolaires seraient intéressés par un complément d'information et/ou de formation afin de mieux s'adapter aux enfants avec TOA.
- Hypothèse 3 : Les orthophonistes interviennent auprès de cette population scolaire dans un objectif préventif et/ou d'aménagements.
- Hypothèse 4 : Les orthophonistes n'interviennent pas auprès de cette population scolaire autant qu'ils/elles le souhaiteraient ou comme ils/elles le jugeraient nécessaire.
 - ➔ *Sous-hypothèse 4.1 : Les orthophonistes n'interviennent pas auprès de cette population scolaire autant qu'ils/elles le souhaiteraient.*
 - ➔ *Sous-hypothèse 4.2 : Les orthophonistes n'interviennent pas auprès de cette population scolaire comme ils/elles le jugeraient nécessaire.*

PARTIE 2 :
PARTIE MÉTHODOLOGIQUE

1 Présentation de la population.

La population cible de notre étude se répartit en deux catégories différentes. Celle-ci est constituée d'une part de 60 professionnels scolaires, à savoir professeurs des écoles, personnel périscolaire et personnel de cantine encadrant ou préparant le repas, exerçant au sein d'écoles maternelles de la métropole du Grand Nancy (département Meurthe-et-Moselle), et d'autre part de 16 orthophonistes libéraux pratiquant leur activité dans cette même zone géographique.

Les orthophonistes participants répondent au seul critère d'inclusion de prendre ou avoir pris en soins des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire, qu'ils aient bénéficié ou non d'une(de) formation(s) continue au sujet de cette pathologie.

En ce qui concerne la population scolaire, notre enquête s'est focalisée sur les professionnels intervenant au sein d'écoles maternelles. En effet, les troubles de l'oralité alimentaire apparaissent et sont pris en charge généralement précocement ; de plus il s'agit d'un âge où les enfants sont moins autonomes et le personnel scolaire intervient globalement davantage auprès de ces derniers qu'à l'école élémentaire. Nous avons cependant choisi d'exclure les écoles pratiquant la pédagogie Montessori car les menus et le fonctionnement de la cantine y sont généralement différents des écoles traditionnelles (produits bios et moins transformés, repas préparés sur place, service par l'enfant lui-même etc...). Cette approche spécifique est par ailleurs basée sur l'adaptation à l'enfant, la favorisation de son autonomie, et accorde une grande importance à la découverte sensorielle ; or ces facteurs sont impliqués dans le développement de l'oralité alimentaire.

1.1 Précisions sur les encadrants de restauration scolaire et d'accueil périscolaire.

Dans les écoles maternelles et primaires, la restauration n'est pas obligatoire et relève de la municipalité. Il s'agit donc d'un service dépendant du périscolaire.

Il existe une diversité de qualifications permettant d'encadrer les enfants à la cantine, cet accompagnement n'étant pas dédié à une profession spécifique.

Les missions des Agents Territoriaux Spécialisés des Ecoles Maternelles (ATSEM) comprennent ainsi la surveillance des enfants des classes maternelles dans les lieux de restauration scolaire (article 2 du décret 2018-152 du 1er mars 2018, modification du décret n°92-850 du 28 août 1992). Les ATSEM sont de même susceptibles de participer à l'accueil périscolaire selon l'organisation de la commune, et assistent les enseignants dans les classes ou établissements accueillant des enfants à besoins éducatifs particuliers. La responsabilité des

élèves à la cantine ou en accueil périscolaire peut être également confiée à des personnes titulaires du Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur (BAFA) ou Brevet d'aptitude aux Fonctions de Directeur (BAFD) puisque ces derniers sont habilités par cette qualification non professionnelle à gérer des groupes de mineurs au sein d'établissements d'accueil collectif. Leur référentiel de formation comprend la compétence « animer des temps de vie quotidienne », donc les temps alimentaires (Arrêté du 15 juillet 2015 relatif aux brevets d'aptitude aux fonctions d'animateur et de directeur en accueil collectif de mineur); cette équipe d'animation étant encadrée par des coordinateurs (coordinateurs périscolaires). La municipalité peut également recruter des agents polyvalents de restauration collective dont les missions sont la distribution, le service, l'accompagnement des convives et l'entretien des locaux d'une cantine ou d'un restaurant collectif (Arrêté du 11 avril 2016 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2003 modifié relatif au titre professionnel d'agent(e) de restauration). En ce qui concerne les enfants en situation de handicap, des Accompagnants d'Elèves en Situation de Handicap (AESH) sont susceptibles d'intervenir lors de la pause méridienne puisque leur statut prévoit notamment comme missions d'aider l'élève tout en favorisant son autonomie, d'aider à la prise de repas, d'aider à l'installation matérielle et au confort dans les lieux de vie, mais aussi observer et transmettre les signes révélateurs d'un problème de santé (Circulaire n° 2017-084 du 3/5/2017 relative aux missions et activités des personnels chargés de l'accompagnement des élèves en situation de handicap). Enfin, les professeurs des écoles peuvent également être chargés de l'encadrement du temps de midi ; comme l'a confirmé notre panel scolaire comportant un professeur des écoles amené à superviser la cantine. Les gérants de restauration collective, souvent titulaires d'un BAC pro cuisine ou CAP cuisine, sont quant à eux davantage chargés de l'approvisionnement et la préparation des repas scolaires.

De manière générale, ces professionnels ont donc reçu une formation concernant la gestion des temps de repas, l'alimentation, comme les ATSEM qui par les modalités d'accès au métier peuvent être détenteurs d'un CAP Accompagnant Educatif Petite Enfance, ou encore sur les règles sanitaires puisque le règlement (CE) n° 852/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires précise que chaque personne manipulant des denrées alimentaires doit disposer d'instruction et/ou formation sur l'hygiène alimentaire adaptée à son activité professionnelle (notamment par la méthode HACCP). Néanmoins, en dehors des AESH dont le cursus professionnel aborde l'aide à la prise de repas, ce personnel ne semble pas bénéficier de formation sur les difficultés alimentaires, et donc les TOA.

2 Outils méthodologiques.

Afin d'obtenir des éléments de réponse à nos interrogations, nous avons élaboré deux questionnaires : le premier étant destiné au milieu scolaire (cf. Annexe 7) et le second ciblant les orthophonistes libéraux (cf. Annexes 8 et 9).

2.1 Questionnaire à destination des professionnels scolaires.

2.1.1 Objectifs généraux.

Le questionnaire diffusé au sein du milieu scolaire visait à :

- Déterminer le niveau de connaissances relatives aux troubles de l'oralité alimentaire (existence, manifestations, causes, prise en charge) des professionnels scolaires.
- Appréhender leur éventuelle confrontation antérieure à ces TOA et la manière dont ils s'y sont adaptés.
- Evaluer leur intérêt et volonté à recevoir un complément d'informations et/ou de formation concernant les TOA.
- Déterminer la présence et la nature d'une éventuelle intervention orthophonique auprès de ce milieu scolaire.

2.1.2 Forme.

Ce questionnaire a été élaboré à l'aide du logiciel Survio. Nous avons sélectionné cet outil pour sa simplicité d'utilisation, la présentation claire et plaisante des questionnaires, ainsi que sa fonctionnalité de pré-analyse statistique et de génération de graphiques. Le choix d'un questionnaire informatisé a été effectué afin de permettre une diffusion rapide et peu contraignante du questionnaire à grande échelle, étant donné le grand nombre d'écoles sollicitées, ainsi qu'une récolte des données simple et centralisée. Une brève présentation du projet et des objectifs du questionnaire a été intégrée à la première page de ce dernier.

Cette enquête comporte majoritairement des questions fermées à choix unique (CU) ou multiple (CM), pour leur facilité de réponse. Des questions ouvertes à réponse libre (RL) ont néanmoins été proposées afin de recueillir les représentations premières de ces personnes sur les TOA sans exercer d'influence par des réponses pré-établies, ainsi que des questions semi-ouvertes avec réponse « autre » afin de ne pas exclure une éventuelle suggestion différente des participants.

Une redirection logique des items, avec des sauts de questions si nécessaire en fonction des réponses, a été mise en place afin d'éviter que les participants ne soient confrontés à des questions par lesquelles ils n'étaient pas concernés.

Les questions étaient identiques pour l'ensemble du milieu scolaire sans distinction de profession, cependant deux questions supplémentaires (Q14 et Q15) étaient spécifiquement dédiées aux professeurs des écoles.

2.1.3 Contenu.

Le questionnaire (cf. Annexe 7) se compose au total de 24 questions, pouvant être réparties selon 6 catégories :

- Caractéristiques : Cette partie vise à s'assurer du respect des critères d'inclusion et distinguer la profession exercée par chacun des participants.
- Connaissances sur les TOA : Les questions ont ici pour but d'évaluer le niveau de connaissances relatives aux troubles de l'oralité alimentaire de ces personnes (existence, causes, symptômes, prise en charge...) et la façon dont ils ont pu être informés.
- Expérience des TOA et comportements adoptés : Cette partie permet d'interroger une éventuelle rencontre préalable avec un enfant présentant des difficultés alimentaires marquées, ainsi que la manière dont ces professionnels scolaires s'y sont adaptés.
- Ateliers alimentaires et/ou sensoriels : Ces questions destinées aux professeurs des écoles étudient la présence d'ateliers alimentaires et/ou sensoriels en classe, ou la faisabilité de ces derniers.
- Intervention orthophonique en milieu scolaire : Nous cherchons ici à savoir si un(e) orthophoniste est déjà intervenu(e) dans l'établissement scolaire où exercent ces personnes et de quelle manière.
- Intérêt à recevoir un complément d'information/de formation : Cette partie étudie la volonté des participants à recevoir des connaissances supplémentaires sur les TOA ainsi que leur opinion quant au bénéfice possible.

Partie I : Caractéristiques :

- Q1) *Etes-vous ... ? : (+ propositions) (CU)*

- ➔ Cette question a pour but d'identifier de quels types de professionnels, et dans quelles proportions, est constituée notre population. Connaître la part représentative de chacun

peut ainsi permettre de mieux comprendre la tendance générale des résultats aux autres questions.

- Q2) *L'école où vous exercez applique-t-elle la pédagogie Montessori ? (CU)*

➔ Cet item a donc été conçu afin d'exclure les personnes exerçant dans un établissement qui s'inscrit dans la pédagogie Montessori.

Partie 2 : Connaissances sur les TOA :

- Q3) *Avez-vous déjà entendu parler des troubles de l'oralité alimentaire (TOA)/de la dysoralité ? (CU)*

➔ Cette question vise à vérifier la connaissance de l'existence même de cette pathologie.

- Q4) *Si oui, de quelle(s) façon(s) ? (CM)*

➔ Cette question avait pour but de préciser le mode de transmission de ces connaissances relatives aux TOA. Nous cherchons ici à distinguer les personnes ayant été informées dans le cadre de leur vie personnelle et celles ayant effectivement été sensibilisées par leur formation ou pratique professionnelle en milieu scolaire.

- Q5) *Pour vous, qu'est-ce qu'un trouble de l'oralité alimentaire ? (RL)*

- Q6) *Selon vous, quels peuvent être les signes d'un trouble de l'oralité ? (RL)*

➔ Le format de réponse libre a été choisi pour les questions 5 et 6 afin de recueillir de façon objective les représentations premières des participants concernant le trouble de l'oralité alimentaire et ses manifestations.

- Q7) *Selon vous, les troubles de l'oralité peuvent être dus à ... ? (+ propositions) (CM)*

➔ La cause des TOA étant une question requérant des connaissances plus fines sur cette pathologie, nous avons choisi de soumettre des propositions de réponse. D'autre part, cette question peut permettre de mettre en évidence les idées préconçues du personnel scolaire.

- Q8) *Saviez-vous que les orthophonistes sont habilités à prendre en charge les troubles de l'oralité alimentaire ? (CU)*

➔ Cette question étudie leurs connaissances concernant la prise en charge des TOA, notamment afin d'envisager la possibilité d'une réorientation des parents vers des orthophonistes par le milieu scolaire.

Partie 3 : Expérience des TOA et comportements adoptés :

- Q9) *Quel(s) temps alimentaire(s) supervisez-vous au sein de l'école ? (CM)*

- ➔ Nous souhaitons par cette question identifier dans quelle mesure les professionnels accompagnent les enfants lors des temps alimentaires et sont susceptibles d'être confrontés aux troubles.
- Q10) *Avez-vous déjà observé des difficultés particulièrement marquées à s'alimenter chez un(des) enfant(s) à l'école ? (CU)*
 - ➔ Cet item vise à relever une potentielle expérience antérieure des troubles au sein du milieu scolaire.
- Q11) *Si oui, de quelle(s) façon(s) vous y êtes-vous adapté ? (CM)*
 - ➔ Nous cherchons ici à appréhender le comportement spontané adopté par les participants, afin d'identifier les attitudes positives ou au contraire plus négatives. Ainsi, cet item permet de souligner un éventuel besoin de sensibilisation concernant la manière la plus adéquate de réagir face à des difficultés alimentaires importantes.
- Q12) *En avez-vous informé les parents ? (CU)*
- Q13) *Au contraire, les parents avaient-ils informé l'école de ces difficultés alimentaires? (CU)*
 - ➔ Les questions 12 et 13 permettent d'avoir un aperçu du niveau de communication entre le milieu scolaire et les parents en cas de TOA avéré ou suspecté.

Partie 4 : Ateliers sensoriels et/ou alimentaires :

- Q14) *Pour les professeurs des écoles, y a-t-il des ateliers sensoriels et/ou impliquant la manipulation d'aliments en classe ? (CU)*
- Q15) *Si non, pensez-vous qu'il serait-il possible d'en mettre en place ? (CU)*
 - ➔ Dans une optique de prise en soins la plus globale possible des TOA, nous cherchons ici à savoir si les professeurs de écoles sont susceptibles d'être confrontés à ces problématiques en classe, mais aussi si de tels ateliers pourraient potentiellement être envisagés. En effet, enrichis des conseils d'un(e) orthophoniste, ces derniers pourraient contribuer au développement favorable des troubles de l'enfant.

Partie 5 : Intervention orthophonique en milieu scolaire :

- Q16) *Un(e) orthophoniste est-elle déjà intervenu(e) dans l'école où vous travaillez au sujet de ces troubles de l'oralité ? (CU)*
- Q17) *Si oui, de quelle(s) manière(s) ? (CM)*
- Q18) *Dans quel(s) but(s) ? (CM)*
 - ➔ L'objectif est dans cette partie de recueillir des renseignements sur la pratique des orthophonistes libéraux concernant leur rôle de prévention et/ou d'adaptation au sein du

milieu scolaire afin de comparer ce point de vue avec les résultats de notre second questionnaire, mais également de vérifier si les participants sont susceptibles d'avoir été informés sur les TOA par un(e) orthophoniste.

Partie 6 : Intérêt à recevoir un complément d'informations/de formation :

- Q19) Aimeriez-vous recevoir un complément d'informations sur les troubles de l'oralité ? (CU)

- Q20) Si oui, sous quelle forme préféreriez-vous recevoir ces informations ? (CU)

➔ Nous cherchons par ces items 19 et 20 à cerner les attentes du personnel scolaire, s'assurer de leur intérêt envers ces troubles et de leur volonté à être impliqué davantage, mais également à recueillir leur avis quant à la forme d'intervention la plus adaptée pour développer ces connaissances et compétences.

- Q21) Pensez-vous qu'un complément d'informations sur ces troubles de l'oralité vous permettrait de mieux aider les enfants concernés ? (CU)

- Q22) D'après vous, malgré un complément d'informations ou de formation, d'autres facteurs pourraient-ils rendre difficile l'adaptation à ces enfants présentant un TOA ? (CU)

- Q23) Si oui, lequel/ lesquels ? (CM)

➔ Ces trois dernières questions permettent de recevoir l'opinion des participants sur le bénéfice effectif qu'apporterait un meilleur niveau de connaissances et/ou compétence sur l'accompagnement des enfants, mais également sur les éventuelles contraintes pratiques et institutionnelles qui pourraient limiter leur application au quotidien.

- Q24) Nous avons terminé ; avez-vous quelque chose à ajouter ? (RL)

2.1.4 Diffusion.

Nous avons dans un premier temps contacté les 75 écoles maternelles des 20 communes de la métropole du Grand Nancy (département Meurthe-et-Moselle) par l'intermédiaire de leur adresse mail, référencée sur le site internet de l'Education Nationale, afin de les solliciter et présenter notre projet ; puis nous avons pu envoyer directement notre questionnaire aux 19 écoles ayant répondu positivement. La plupart des directeurs d'école ont ensuite transmis individuellement par mail notre questionnaire à l'ensemble du personnel scolaire. Toutefois, dans le cas de certaines communes, l'encadrement périscolaire dépend de la mairie et il a été nécessaire de joindre le service municipal responsable de la vie scolaire afin que ce dernier transmette notre questionnaire aux personnes concernées. Les données ont ainsi été récoltées entre fin janvier et fin mars 2021.

2.2 Questionnaire à destination des orthophonistes libéraux.

2.2.1 Objectifs.

Les principaux objectifs du questionnaire transmis aux orthophonistes libéraux étaient ainsi :

- Décrire la nature de l'intervention des orthophonistes libéraux auprès du milieu scolaire, à la fois de façon quantitative (fréquence) et qualitative.
- Identifier la présence de limites éventuelles à cette intervention auprès de la population scolaire.
- Recueillir l'opinion des orthophonistes sur l'éventuelle nécessité d'un renforcement de cette intervention en milieu scolaire.

2.2.2 Forme.

Ce deuxième questionnaire a également été réalisé à l'aide du logiciel Survio, choisi pour les avantages cités précédemment (cf : 2.1.2. Forme du questionnaire destiné au milieu scolaire.). La première page consiste de même en une brève présentation du projet et de ses objectifs.

Ce sondage est principalement composé de questions fermées à choix unique (CU) ou multiple (CM), pour leur facilité de réponse. Ces questions fermées comprennent notamment des échelles de Lickert étudiant des fréquences (jamais, parfois, souvent...) et proportions (aucun, quelques-uns, la plupart...). Des questions semi-ouvertes incluant une proposition de réponse « autre » ont néanmoins été intégrées afin de permettre une éventuelle proposition différente des participants. Il nous a par ailleurs paru pertinent d'interroger sous forme de question ouverte à réponse libre (RL) le nombre d'années d'exercice des orthophonistes, en prévision de l'analyse statistique, ainsi que leurs suggestions de comportements favorables à adopter en milieu scolaire, afin de ne pas orienter les réponses. Concernant l'âge des patients présentant un TOA et le type d'école fréquenté par ces derniers, nous avons choisi d'interroger ces aspects sous forme de question fermée à réponses ordonnées (RO), les participants devant ordonner les propositions selon la fréquence décroissante d'apparition, afin de recueillir des résultats davantage nuancés et plus proches de la réalité.

Une redirection logique des questions a été appliquée, à l'instar de l'autre questionnaire, afin de rendre plus fluide la passation.

2.2.3 Contenu.

Le questionnaire dans son intégralité comporte 29 questions (27 questions initiales et 2 questions complémentaires proposées ultérieurement : Q6 et Q10) (cf. Annexes 8 et 9), pouvant être organisées selon cinq aspects abordés :

- Caractéristiques : Cette partie vise à renseigner le profil des participants et vérifier les critères d'inclusion.
- Patientèle TOA et scolarisation : Les questions ont ici pour but d'obtenir des informations plus précises sur les patients TOA suivis par ces orthophonistes, vérifier leur scolarisation et/ou intégration à la restauration scolaire ainsi qu'appréhender la gêne engendrée par cette dernière.
- Intervention en milieu scolaire : Cette partie étudie la nature de l'intervention de ces orthophonistes en milieu scolaire (fréquence, contact direct ou indirect, objectif préventif ou adaptatif, types d'aménagements, destinataire ...)
- Limites : Cette partie interroge l'existence d'éventuels facteurs pouvant interférer avec la bonne transmission d'informations ou mise en œuvre effective des mesures adaptatives par l'orthophoniste, que ceux-ci soient inhérents à l'orthophoniste ou au milieu scolaire.
- Jugement de l'intérêt d'une intervention élargie et/ou renforcée : Nous cherchons ici à évaluer l'opinion de ces professionnels quant au besoin existant d'intervenir davantage en milieu scolaire.

Partie 1 : Caractéristiques :

- Q1) Exercez-vous en tant qu'orthophoniste libéral(e) ? (CU)

- Q2) Depuis combien d'années exercez-vous ? (RL)

- Q3) Avez-vous suivi une(des) formation(s) complémentaire(s) (formation continue) sur les troubles de l'oralité alimentaire ? (CU)

➔ Les recherches concernant les troubles de l'oralité alimentaire étant relativement récentes, ces questions 2 et 3 visent à relever une éventuelle différence de pratique en fonction de l'expérience professionnelle et de la formation des orthophonistes.

- Q4) Suivez-vous/avez-vous suivi des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire ? (CU)

Partie 2 : Patientèle TOA et scolarisation :

- Q5) Environ combien d'enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire avez-vous suivis ? (CU)

- Q6) (Question complémentaire) Parmi ces enfants, quelle(s) serait(aient) la(les) tranche(s) d'âge la(les) plus représentée(s) ? (RO)

- Q7) Quelle(s) difficulté(s) alimentaire(s) étaient principalement présentée(s) par ces enfants ? (CM)

- Q8) Quelle était la cause la plus fréquente de leurs difficultés alimentaires ? (CU)

➔ Ces questions 5 à 8 permettent ainsi d'appréhender plus précisément le profil des enfants suivis par ces orthophonistes dans le cadre de cette pathologie.

- Q9) Ces enfants étaient-ils scolarisés ? (CU)

➔ Cet item nous permet de vérifier que ces enfants présentant un TOA étaient scolarisés et que, par conséquent, une intervention orthophonique en milieu scolaire était possible. L'étude des pratiques de l'orthophoniste concernant le milieu scolaire est alors cohérente et pertinente.

- Q10) – (Question complémentaire) Si oui ces enfants étaient principalement scolarisés en ... ?
+ propositions à ordonner. (RO)

➔ Nous souhaitons ici savoir de quels niveaux scolaires et quels types d'école relevaient majoritairement ces enfants afin d'appréhender la population cible de l'éventuelle intervention orthophonique des participants étudiée en partie 3 du questionnaire. Il s'agissait également de connaître le(s) type(s) d'établissements où une action orthophonique et une sensibilisation aux TOA est, de manière générale, la plus indiquée et nécessaire.

- Q11) En cas de scolarisation, mangeaient-ils à la cantine régulièrement ? (CU)

- Q12) De manière générale, la cantine et/ou les goûters à l'école semblaient-ils bien vécus par ces enfants ? (CU)

- Q13) La cantine était-elle parfois spécifiquement évitée à cause des troubles de l'oralité ? (CU)

- Q14) Si oui, ces enfants manifestaient-ils malgré tout l'envie de manger à la cantine ? (CU)

➔ Ces questions 11 à 14 nous permettent d'appréhender la gêne ressentie par ces enfants dans le quotidien scolaire et/ou la limitation d'activité contrainte par ces troubles (notion de handicap).

Partie 3 : Intervention en milieu scolaire :

- Q15) Avez-vous déjà souhaité mettre en place des adaptations en milieu scolaire pour ces enfants ? (CU)
- Q16) Laquelle/lesquelles ? (CM)
- Q17) Ces aménagements ont-ils pu être réalisés conformément à ce que vous souhaitiez ? (CU)
- Q18) A quelle fréquence intervenez-vous auprès des écoles au sujet de ces troubles de l'oralité ? (CU)
- Q19) Dans quel(s) but(s) ? (CM)
- Q20) De quelle(s) manière(s) ? (CM)
- Q21) Auprès de quel(s) professionnel(s) scolaires êtes-vous déjà intervenu(e) ? (CM)

➔ Nous espérons grâce à ces items 15 à 21 mieux connaître les pratiques des orthophonistes et appréhender la nature de leur intervention en milieu scolaire, à la fois de manière quantitative (fréquence) et qualitative (modalité directe ou indirecte, objectif préventif ou adaptatif, destinataires, types d'aménagements et aboutissement effectif de ces derniers).

Partie 4 : Limites :

- Q22) Votre intervention en milieu scolaire a-t-elle été facile ? (CU)
- Q23) Si non, quel(s) facteur(s) a(ont) pu y faire obstacle ? (CM)

➔ Cette partie visait à cerner le niveau de contrainte pour les orthophonistes à intervenir en milieu scolaire et identifier tout facteur pouvant interférer avec la transmission d'informations ou la mise en œuvre effective des mesures adaptatives préconisées, que celui-ci soit inhérent à l'orthophoniste ou au milieu scolaire.

Partie 5 : Jugement d'une intervention élargie et/ou renforcée :

- Q24) Selon vous, serait-il bénéfique à la prise en charge orthophonique et l'amélioration des troubles d'intervenir dans le milieu scolaire dans sa globalité et de sensibiliser tous les professionnels (professeurs des écoles, personnel de cantine, accueil périscolaire ...) aux TOA ? (CU)

➔ Cette question avait pour but de cerner l'opinion des orthophonistes quant au caractère trop restreint de la cible de leur intervention.

- Q25) Selon vous, serait-il bénéfique de renforcer l'intervention de l'orthophoniste auprès du milieu scolaire :

a) concernant la transmission d'informations générales sur les TOA ? (CU)

b) concernant la mise en place d'adaptations pratiques lors des repas ? (CU)

➔ Cette question nous permet d'étudier l'opinion des orthophonistes au sujet de la suffisance quantitative de l'intervention orthophonique en milieu scolaire, à la fois sur le plan préventif et adaptatif.

- Q26) Selon vous, serait-il souhaitable de sensibiliser les professionnels scolaires aux comportements favorables à adopter avec les enfants TOA ? (CU)

- Q27) Si oui, quels sont selon vous ces comportements favorables ? (RL)

➔ Ces items 26 et 27 évaluent l'opinion des orthophonistes sur la pertinence et la nature d'un éventuel accompagnement du personnel des écoles concernant les ajustements comportementaux à effectuer en cas de TOA.

- Q28) Selon vous, si cela était possible, serait-il bénéfique pour ces enfants d'intégrer des ateliers de manipulation d'aliments en classe ? (CU)

➔ Nous cherchons ici à étudier l'opinion des orthophonistes quant aux apports positifs de ces ateliers et donc indirectement le rôle des professeurs des écoles dans le processus thérapeutique.

- Q29) Nous avons terminé : avez-vous quelque chose à ajouter ? (RL)

2.2.4 Diffusion.

Ce questionnaire en ligne a été transmis aux orthophonistes libéraux individuellement par mail, ou par l'intermédiaire des réseaux sociaux.

Après avoir contacté individuellement par mail les professionnels que nous savions ou supposions prendre en charge la pathologie ciblée afin de leur présenter notre projet, nous avons transmis ce questionnaire aux personnes ayant accepté d'y participer. Par ailleurs, nous avons diffusé notre questionnaire sur les réseaux sociaux, dans le but de solliciter plus largement la population orthophonique et obtenir le plus grand nombre possible de réponses. Le lien du questionnaire a donc été publié sur le groupe Facebook dédié aux orthophonistes du département Meurthe-et-Moselle, « Ortho du 54 », en veillant toutefois à préciser les critères

d'inclusion notamment géographiques. Les données ont ainsi été récoltées entre février et avril 2021.

Malgré le soin apporté à l'élaboration de ce questionnaire, un complément d'informations a été nécessaire à notre étude et quelques questions complémentaires, Q.6 et Q.10 (cf. Annexe 9), élaborées de même par le logiciel Survio, ont été soumises par mail aux orthophonistes libérales que nous savions avoir précédemment répondu. Nous avons choisi de ne pas rediffuser ces questions annexes sur le groupe Facebook afin de s'assurer de l'identité des participants et d'éviter toute réponse par des personnes n'ayant pas participé au questionnaire initial.

3 Traitement des données.

Les données recueillies ont ainsi été traitées grâce au logiciel Survio, qui effectue automatiquement une première analyse statistique descriptive quantitative (pourcentages) et génère différents graphiques ou tableaux synthétiques pour les questions qui le permettent. Bien que la taille des échantillons ne permette malheureusement pas de généralisation et que nous ne prétendons à aucune extrapolation, nous avons choisi de traduire les résultats en termes de proportions et pourcentages afin de permettre une lecture et une interprétation plus aisées de ces derniers.

Les questions ouvertes impliquant une analyse descriptive qualitative, ces dernières ont été analysées individuellement de manière lexicale et sémantique, c'est-à-dire en effectuant des regroupements entre termes ou idées/concepts similaires, afin notamment d'obtenir des indices quantitatifs et un classement des réponses les plus fréquentes.

En ce qui concerne le nombre d'années d'exercice des orthophonistes, nous avons partagé l'étendue de la série en 5 sous-classes de même étendue afin d'observer la distribution des participants.

PARTIE 3 : RÉSULTATS

1 Résultats du questionnaire à destination du milieu scolaire.

L'état des lieux des connaissances des participants a pu être établi sur la base d'un échantillon de 60 personnes.



- **Caractéristiques.**

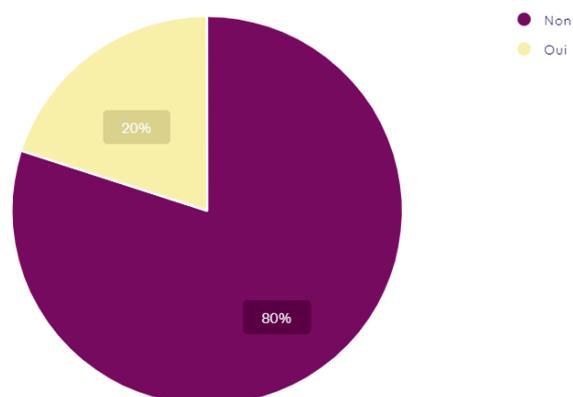
Tableau 1 : Professions des répondants. (%)

Réponses	Effectif (n)	Ratio (%)
Professeur des écoles	29	48,33%
Personnel en charge de l'accueil périscolaire	19	31,67%
Personnel de cantine encadrant les enfants	11	18,33%
Personnel de cantine préparant les repas	1	1,67%

Notre échantillon comprend donc environ la moitié de **professeurs des écoles (48,3%)**. Le personnel en charge de **l'accueil périscolaire** représente **31,7% des répondants**. Les **personnels de cantine encadrant les enfants** ou **préparant les repas** représentent seulement respectivement **18,3%** et **1,7%** des répondants. Toutefois, les 28 réponses de la rubrique « autre » qui ont par conséquent été automatiquement exclues, comprenaient des **ATSEM** (n=20), des coordinatrices périscolaires (n=3), une référente pédagogique, un gestionnaire des activités périscolaires, un responsable service animation, un responsable périscolaire et un responsable jeunesse et vie scolaire.

- **Connaissances sur les TOA.**

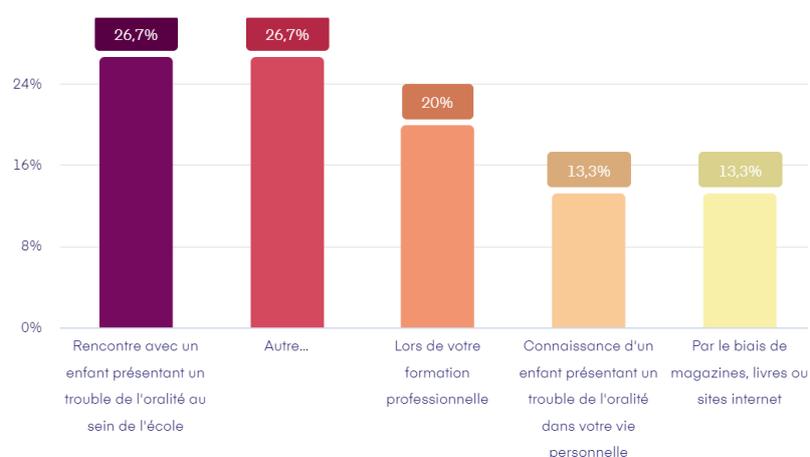
Graphique 1 : Connaissance de l'existence des TOA (%)



La grande majorité des participants (80%) n'a donc jamais entendu parler des TOA.

Pour les questions portant sur la manière dont ces personnes ont été sensibilisées au trouble de l'oralité alimentaire ainsi que les définition, signes, étiologie et prise en soin orthophonique de celui-ci, seuls 12 participants ont ainsi pu proposer des réponses. Les différentes professions du domaine scolaire sont ici représentées dans des proportions assez équitables puisque les TOA étaient connus de 5 personnes en charge de l'accueil périscolaire (42%), 3 personnes encadrant les repas à la cantine (25%) et 4 professeurs des écoles (33%).

Graphique 2 : Modalité de sensibilisation aux troubles de l'oralité. (%)



26,7 % des répondants ont donc été confrontés au trouble de l'oralité alimentaire dans le cadre de leur **exercice professionnel** en milieu scolaire. **20%** ont eu connaissance de celui-ci par le biais de leur **formation professionnelle** ; à noter que ces 3 réponses concernent deux personnes en charge de l'accueil périscolaire et une personne encadrant les repas à la cantine. **13,3 %** ont fait l'expérience de ce trouble dans leur **vie personnelle** et **13,3%** ont reçu des informations sur ces troubles par le biais de **magazines, livres ou sites internet**.

Les réponses « autre » soulignent les moyens d'information suivants : orthophoniste dans la famille proche, échanges avec des collègues ou amis, amie médecin et « bouche à oreille ».

En ce qui concerne la définition générale du trouble de l'oralité alimentaire, nous constatons que pour la plupart des répondants (10 soit **83,3%**), il s'agit globalement de **difficultés à se nourrir, ou manger certains aliments** ; toutefois 5 personnes ne développent pas davantage leur réponse. Nous remarquons que la nature psychique/psychologique (2 réponses) ou physique (2 réponses) des difficultés est soulevée. L'origine sensorielle des troubles est également évoquée par un participant, qui semble toutefois réduire les TOA à cet unique aspect

puisque sa réponse ne comporte pas d'autre suggestion. Les difficultés d'acceptation des morceaux ou de certaines textures sont relevées à trois reprises. Aussi, le manque de plaisir à s'alimenter est évoqué par deux personnes. L'implication possible de la couleur des aliments semble connue d'un participant. Enfin, l'hérédité des troubles, aspect effectivement concevable en fonction de l'étiologie mais non systématique, est mentionnée par un autre répondant. Ces professionnels scolaires semblent donc avoir une **représentation plutôt correcte bien que non exhaustive des TOA**.

De même, nous avons recueilli des propositions de manifestations de troubles de l'oralité :

Tableau 2 : Synthèse des signes de TOA recueillis.

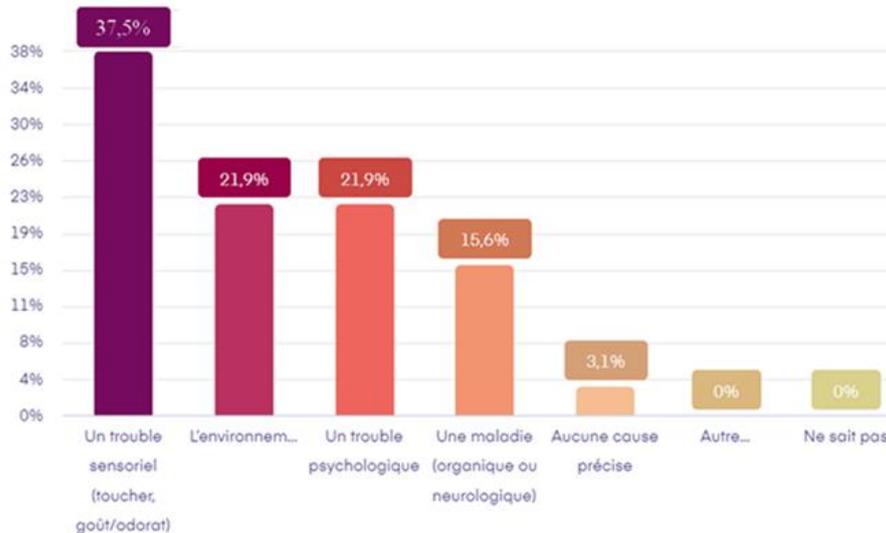
<i>Nombre de réponses</i>	<i>Signes de TOA mentionnés – corrects ou incorrects.</i>
4 (33,3%)	- refus de s'alimenter → deux professionnels ont précisé que ce refus pouvait être total ou partiel (tous ou certains aliments)
3 (25%)	- influence de la couleur de l'aliment
2 (16,6%)	- absence ou la limitation quantitative de l'alimentation
1 (8,3%)	- influence du contexte alimentaire - lieu, personne nourricière. - nombre restreint d'aliments acceptés (sélectivité) - non-acceptation des morceaux - ne pas vouloir mélanger les aliments - jouer avec les aliments - peur des aliments inconnus - vomissements - déglutition problématique - mise en bouche d'objets → éventuellement indicateur d'une hyposensibilité buccale. - mauvaise dentition et mâchoire mal fermée → signe non spécifique des TOA.

Il est intéressant de noter qu'un participant a indiqué que cela était « difficile à expliquer en quelques mots » et semble donc conscient de la diversité possible des signes cliniques.

Deux participants se sont mépris sur le sens de la question, l'un ayant évoqué une cause (naissance compliquée), et l'autre une définition qui plus est erronée du trouble (difficulté à communiquer et comprendre) ce qui est surprenant puisque celui-ci avait identifié les TOA comme étant des difficultés à se nourrir dans la réponse précédente. Une personne a également

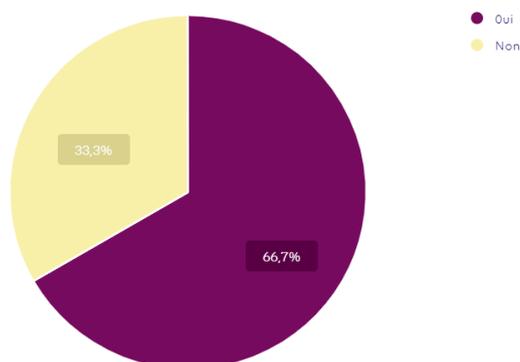
répondu par un point d'interrogation, reflétant la méconnaissance des signes de TOA et/ou une incompréhension de la question.

Graphique 3 : Etiologie des troubles (%)



L'étiologie principale des troubles de l'oralité d'après le milieu scolaire est donc le **trouble sensoriel (37,5%)**, suivi à égale mesure par l'environnement familial/l'éducation et le trouble psychologique (21,9%). Le personnel scolaire estime également que ces difficultés alimentaires peuvent être dues à une condition médicale (15,6%) ou ne pas avoir de cause spécifique (3,1%).

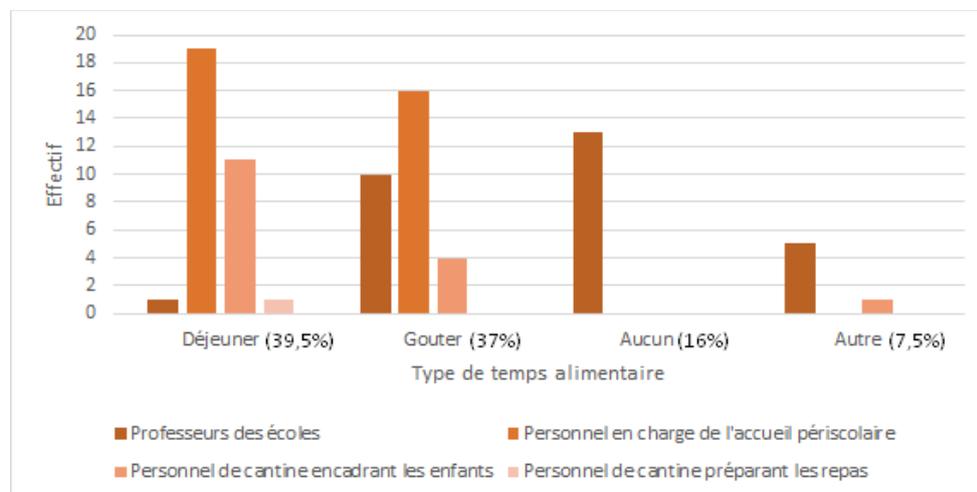
Graphique 4 : Connaissance de la prise en soin orthophonique des TOA (%)



Une **proportion importante** de répondants connaissant les TOA (**66,7%** soit les deux tiers) avait donc **connaissance de l'habilitation des orthophonistes** à prendre en soin ces troubles.

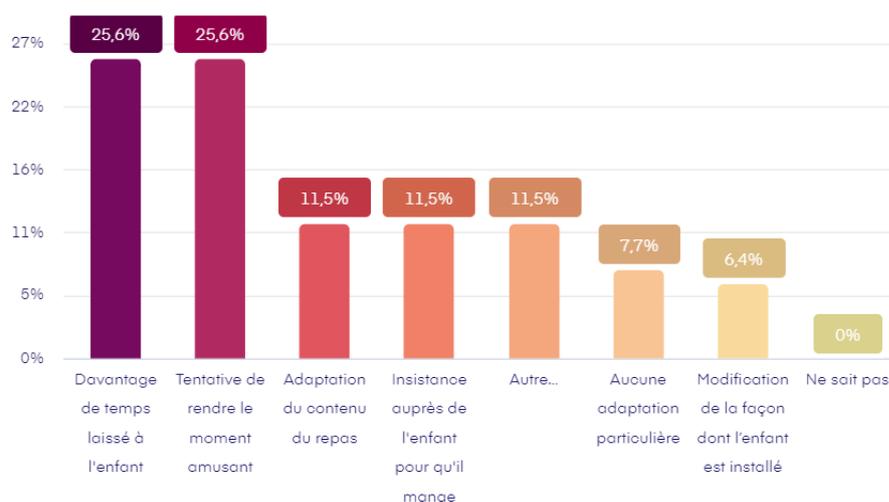
- **Expérience des TOA et comportements adoptés.**

Graphique 5 : Type de temps alimentaire supervisé. (%)



Le personnel est donc concerné à **mesure presque égale** par l'encadrement du **déjeuner (39,5%)** et du **goûter (37%)**. Nous observons que **de nombreux participants supervisent à la fois le déjeuner et le goûter**, autant en ce qui concerne les personnes encadrant les enfants en restauration scolaire que les responsables de l'accueil périscolaire ; et ces deux rôles peuvent en réalité être cumulés. 16% des répondants ne supervisent aucun temps alimentaire, ce qui s'explique par leur fonction puisque ces derniers sont tous des professeurs des écoles. Il est à noter qu'**un professeur des écoles assure également l'accompagnement des élèves lors du déjeuner**. Les réponses « autre » mentionnent : le goûter d'anniversaire *-une fois par mois-* (3 réponses), principalement sous responsabilité des professeurs des écoles, le petit déjeuner *-une fois par semaine-* (2 réponses) et les collations ponctuelles (1 réponse).

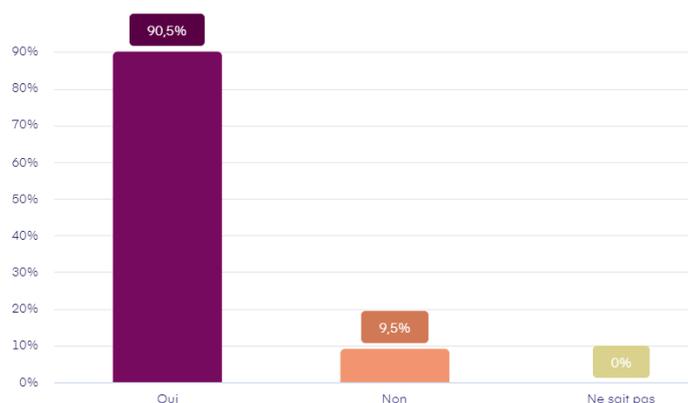
Graphique 6 : Comportements adoptés face à des difficultés alimentaires. (%)



70% des participants affirment avoir **déjà observé des élèves présentant des difficultés marquées face à l'alimentation**. Les réactions préférentielles du personnel scolaire face à ces difficultés sont à égale proportion (**25,6%**) **d'accorder à l'enfant le temps qui lui est nécessaire et de rendre le moment ludique**. Les adaptations du repas ou du contexte alimentaire sont plébiscitées respectivement à 11,5% et 6,4%. Il est à noter que **l'insistance auprès de l'enfant**, comportement pouvant être délétère, semble **tout de même avoir été adopté spontanément par 11,5% des participants**, et **7,7%** de ces derniers **n'ajustent pas leur comportement** lorsqu'ils sont confrontés à des difficultés alimentaires.

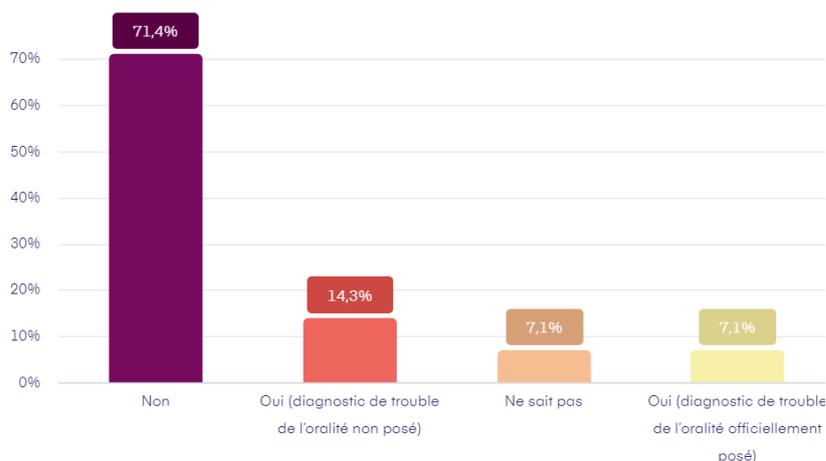
Nous avons recueilli au sein des réponses « autre » les propositions suivantes : échange avec les parents (5 réponses), échange en équipe (une réponse), adaptation du nombre de jours de cantine de l'enfant (une réponse), intégration de l'enfant à des ateliers de cuisine (une réponse), assistance par l'adulte (une réponse), réduction de la portion « pour goûter » (une réponse)

Graphique 7 : Information des parents par le professionnel scolaire en cas de difficultés alimentaires (%)



La **presque totalité** du personnel scolaire (**90,5%**) a donc **évoqué les difficultés alimentaires observées aux parents** de l'enfant concerné. Ceci confirme le rôle possible de ces professionnels dans l'alerte et le dépistage des troubles de l'oralité alimentaire.

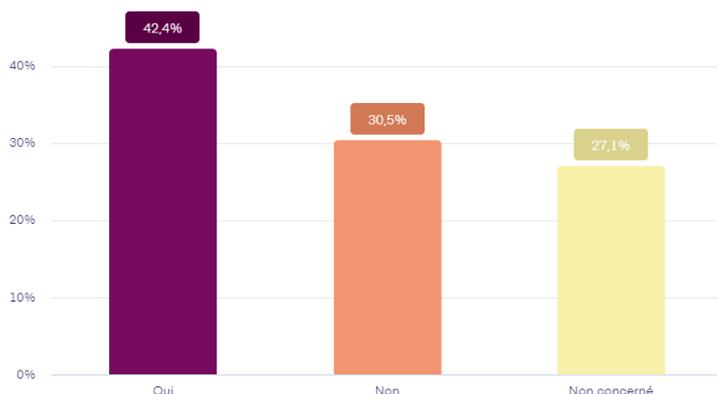
Graphique 8 : Information de l'école par les parents en cas de difficultés alimentaires (%)



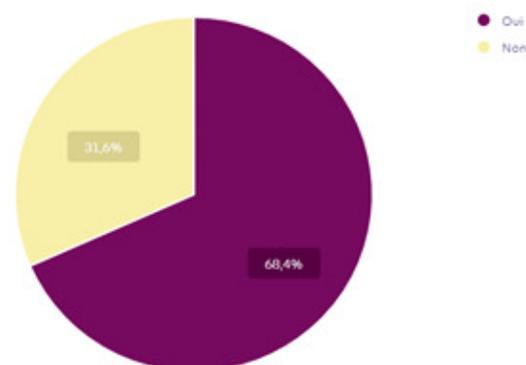
Nous pouvons donc constater que le **milieu scolaire est le plus souvent (71,4%) non informé par la famille** des difficultés alimentaires des enfants, ce qui peut indiquer une communication déficitaire entre l'école et les parents. Notons que malgré des difficultés alimentaires repérées, ces enfants bénéficiaient rarement du diagnostic de TOA. En effet, l'école était informée de la présence d'un TOA dans seulement 7,1 % des cas, et nous pouvons raisonnablement supposer que si les parents n'ont pas signalé ces difficultés alimentaires à l'école ou si les professionnels scolaires ne savent pas s'ils l'ont fait, un diagnostic officiel n'était pas posé.

- **Ateliers alimentaires et/ou sensoriels.**

Graphique 9 : Présence d'ateliers alimentaires ou sensoriels en classe. (%)



Graphique 10 : Faisabilité des ateliers sensoriels/alimentaires (%).

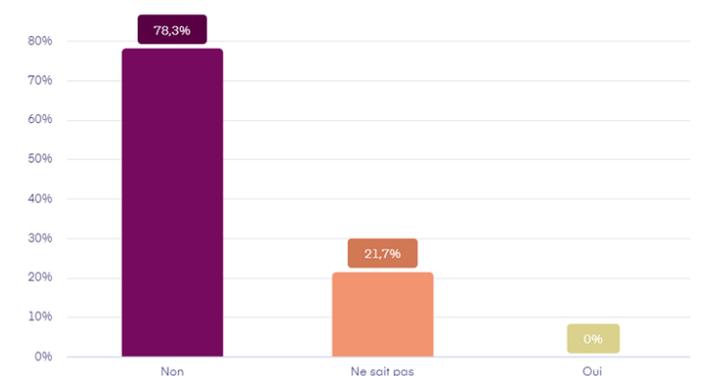


42,4 % des personnes interrogées pour cette question indiquent que des **ateliers alimentaires et/ou sensoriels** sont **instaurés en classe**. Bien que la question ait été formulée de manière à obtenir les réponses des professeurs des écoles uniquement, certains autres participants (8 personnes en charge de l'accueil périscolaire, 5 personnes encadrant les enfants à la cantine et

la personne préparant les repas) ont cependant répondu de manière favorable ou défavorable et n'ont pas indiqué qu'ils n'étaient pas concernés. Nous pouvons supposer que leur réponse reflète la réalité des professeurs des écoles de leur établissement. Dans le cas où ces ateliers ne sont pas mis en place, **68,4%** des répondants estiment néanmoins que cela **serait possible**.

- **Intervention orthophonique en milieu scolaire.**

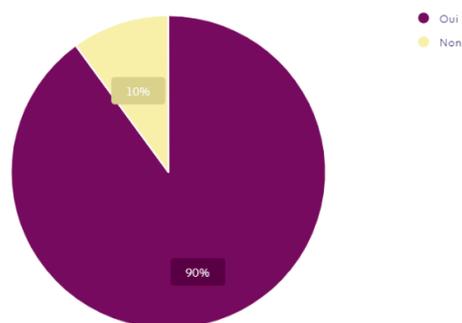
Graphique 11 : Présence d'intervention orthophonique relative aux TOA (%)



Une **très grande part des répondants (78,3%)** affirme que les **interventions orthophoniques** au sein de leur établissement dans le cadre de ces troubles de l'oralité sont **inexistantes**, les autres réponses (21,7%) étant toutes une incertitude quant à cette intervention. Ces résultats sont en contradiction avec ceux de notre autre questionnaire, mettant en évidence l'existence d'une intervention peu fréquente mais existante des orthophonistes auprès des écoles. Ceci peut donc s'expliquer par le fait que cette intervention soit indirecte ou par le fait que ces écoles n'étaient pas concernées par des enfants ayant reçu un diagnostic de TOA et étant suivis par un(e) orthophoniste.

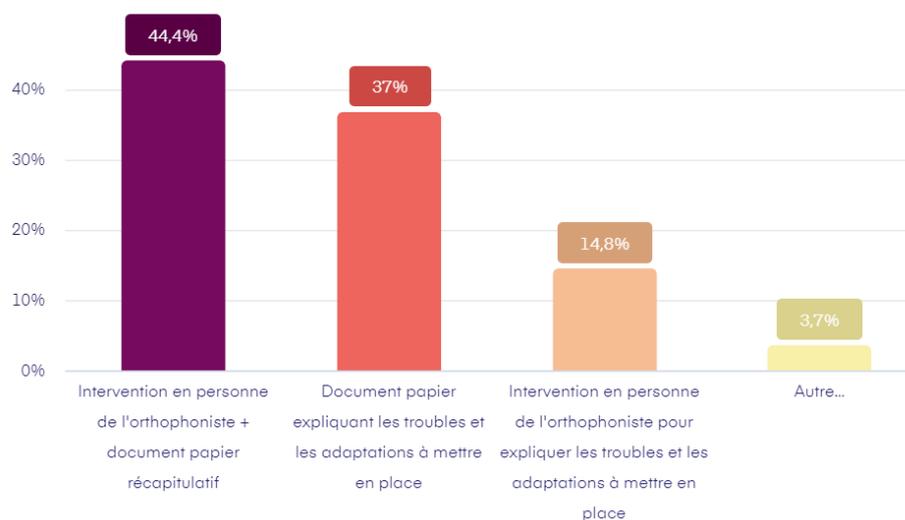
- **Intérêt à recevoir un complément d'information/de formation.**

Graphique 12 : Volonté de recevoir un complément d'information et/ou formation sur les TOA (%)



La **presque totalité (90%)** du personnel scolaire serait ainsi **volontaire** pour recevoir **un complément d'information et/ou de formation** sur les TOA ; les personnes ne le souhaitant pas étant la personne préparant les repas, 2 professeurs des écoles et 3 personnes encadrant les enfants lors de la pause méridienne.

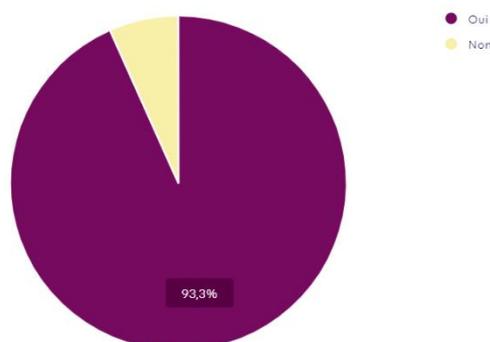
Graphique 13 : Forme préférée du complément d'information et/ou formation. (%)



Le personnel scolaire semble estimer que la **modalité de transmission de connaissances/compétences la plus adaptée** est une intervention directe de l'orthophoniste associée à un document papier (**44,4%**), suivie par la documentation indirecte seule (37%) ; l'intervention directe seule étant moins favorisée (14,8%).

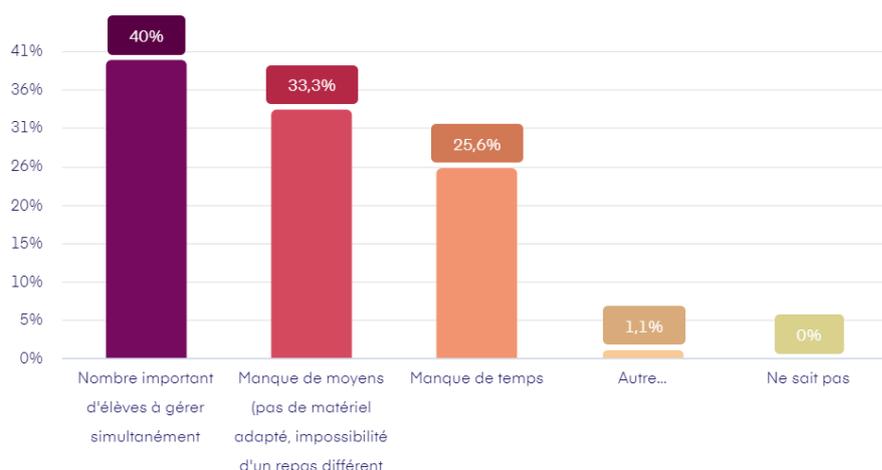
Les réponses « autres » recueillies évoquent les moyens d'information/formation suivants : mail (une réponse) et formation prévue par l'institution (une réponse).

Graphique 14 : Jugement du bénéfice éventuel d'un complément d'information/formation sur l'aide apportée aux enfants. (%)



93,3% soit **presque l'intégralité** des répondants, pense effectivement qu'un complément d'information/ de formation **leur permettrait d'aider de manière plus adaptée et bénéfique** ces enfants présentant un TOA.

Graphique 15 : Limites éventuelles à l'application de nouvelles connaissances/compétences sur les TOA. (%)

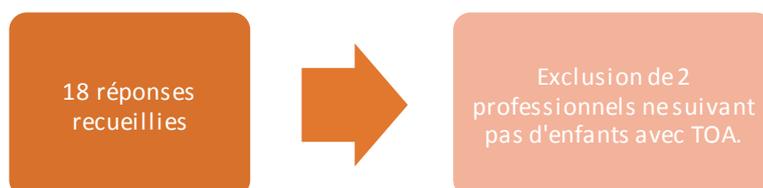


La principale limite à l'accompagnement spécifique de ces enfants avec TOA semble ainsi être la collectivité et le **grand nombre d'élève** dont ils ont la responsabilité (**40%**). En second lieu, le **manque de moyen** lié au contexte institutionnel serait également contraignant selon **33,3%** des participants. Le **manque de temps** est d'autre part un facteur relevé par **25,6%** du personnel scolaire interrogé. La réponse « autre » évoque à nouveau « la précarité du personnel et le manque de formation » comme obstacle à l'aide qui pourrait être apportée à ces enfants.

Concernant les remarques finales spontanées, 86,7 % des participants n'ont rien eu à ajouter. Toutefois, trois participants ont posé des questions annexes à propos des TOA (prévalence, dépistage, lien avec le langage), deux ont indiqué que cette étude était une bonne initiative et un autre a précisé son envie de recevoir davantage d'informations sur les TOA. Ceci semble donc réaffirmer l'intérêt réel de certains professionnels scolaires sur ces troubles et leur volonté de s'impliquer dans l'aide apportée aux enfants. Aussi, il est intéressant de noter que selon un participant, en dehors de la crise sanitaire actuelle, les enfants étaient auparavant chargés de préparer le goûter de leurs camarades. Cette familiarisation avec la nourriture peut ainsi être positive pour l'évolution des TOA si effectuée dans un cadre plaisant et non contraignant.

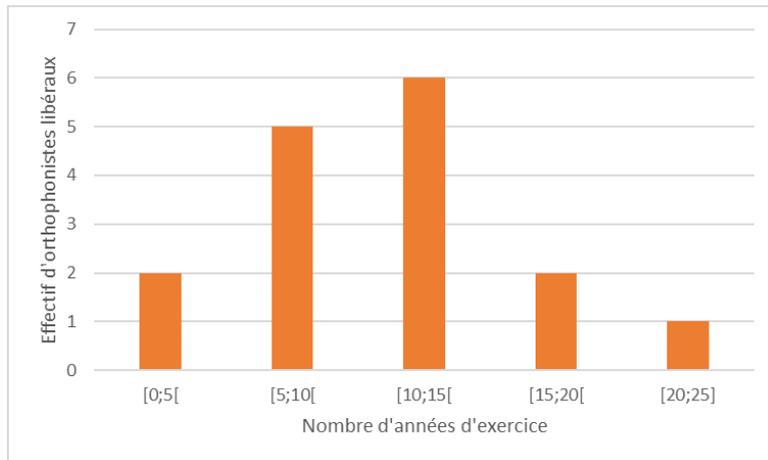
2 Résultats du questionnaire à destination des orthophonistes libéraux.

Notre étude des pratiques orthophoniques à l'égard du milieu scolaire a été réalisée à partir d'un échantillon de 16 professionnels.

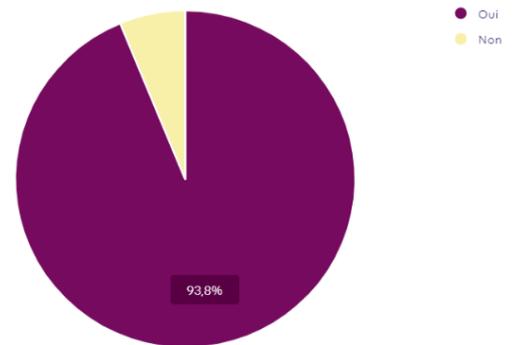


- **Caractéristiques.**

Graphique 16 : Répartition des orthophonistes selon leur ancienneté professionnelle.



Graphique 17 : Suivi d'une formation continue sur les TOA (%)



L'ancienneté professionnelle des participants allant de 2 à 25 années, nous avons créé 5 sous-catégories de même étendue afin de répartir ces personnes. Nous constatons ainsi une **répartition** des orthophonistes en fonction de leur nombre d'années d'exercice plutôt **hétérogène**. La tranche d'ancienneté majoritaire se situe **entre 10 et 15 ans**, suivie de peu par la tranche 5-10 ans ; nous notons une médiane à 10 ans. Ainsi, notre échantillon comporte **peu de professionnels jeunes diplômés ou très expérimentés**, les valeurs extrêmes recueillies représentant un nombre moins important de professionnels.

Aussi, la **presque totalité** des orthophonistes sondés (**93,8%**) a suivi une **formation complémentaire** (formation continue) concernant les troubles de l'oralité alimentaire.

- **Patientèle TOA et scolarisation.**

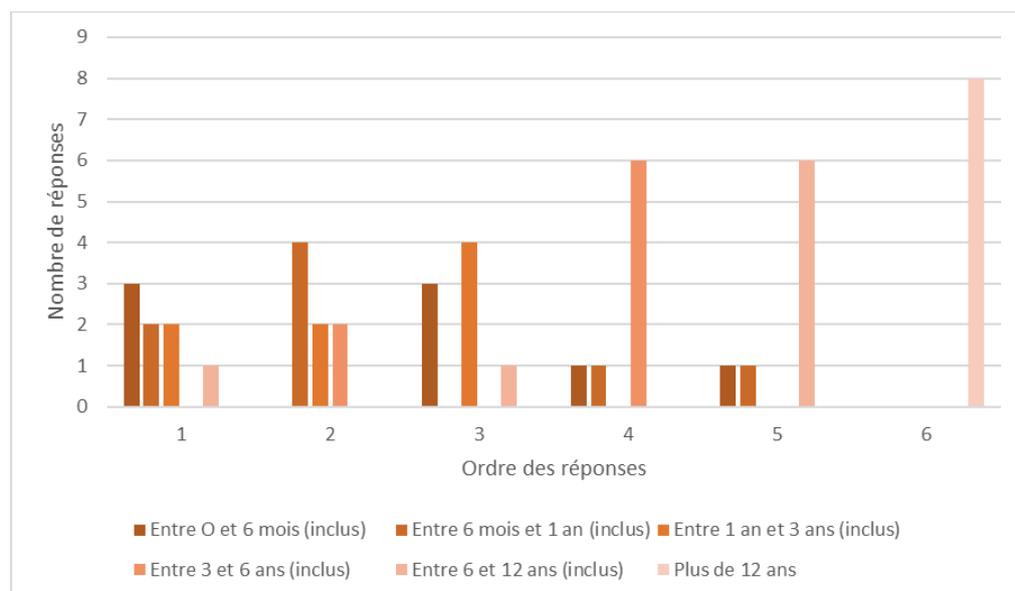
Graphique 18 : Nombre approximatif d'enfants présentant un TOA suivis (%)



Nous constatons ici que le **nombre moyen** d'enfants suivis par ces orthophonistes dans le cadre des TOA est **hétérogène**. Celui-ci est certainement influencé en partie par **l'ancienneté** professionnelle évoquée ci-avant. Toutefois, le Test exact de Fisher permettant d'étudier la corrélation entre deux variables qualitatives, ou dans ce cas l'appartenance à deux classes numériques, pour des échantillons de petit effectif révèle une **valeur p=0,09** qui bien que faible ne nous permet pas de rejeter l'hypothèse nulle H0 : « Le nombre moyen d'enfants avec TOA suivis et le nombre d'années d'exercice professionnel sont indépendants ».

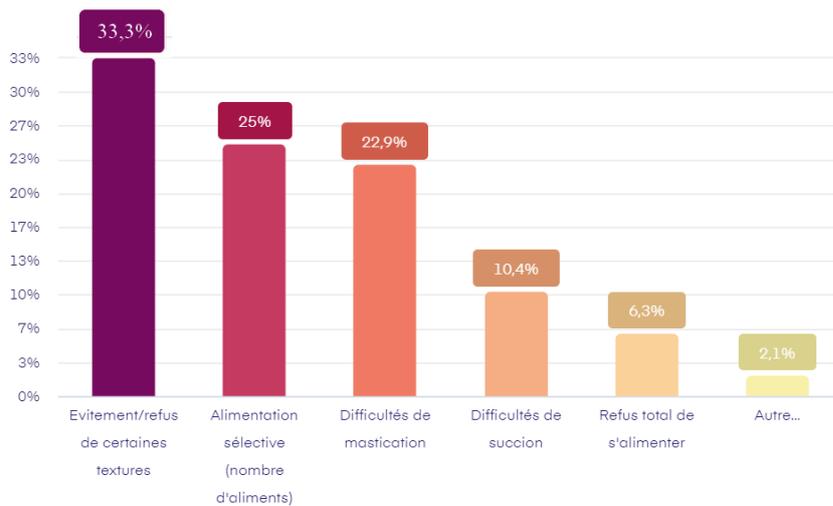
31,3% des orthophonistes interrogés ont suivi plus de 20 enfants présentant un TOA et ont donc une **certaine expérience** de ce type de suivi. Un pourcentage identique de professionnels aurait pris en soin entre 6 et 10 enfants dans le cadre de ce trouble. 18,8% des orthophonistes en auraient suivi entre 11 et 20. De même, **18,8%** d'entre eux auraient accompagné seulement entre 1 et 5 enfants avec TOA, ayant donc une **expérience modérée** de ces suivis.

Graphique 19 : Age des patients présentant un TOA.



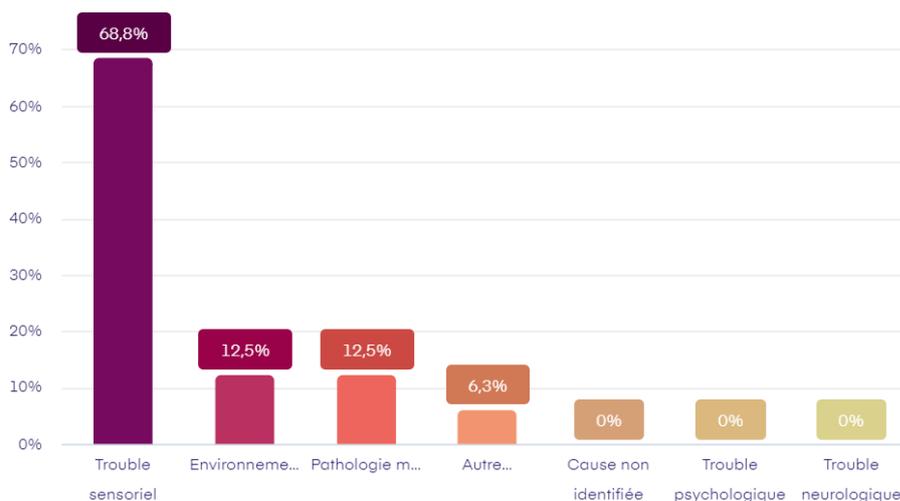
Etant donné les difficultés de méthodologie rencontrées, nous avons obtenu seulement 8 réponses à cette question complémentaire. Nous pouvons néanmoins observer que la tranche d'âge la plus courante des patients avec TOA est 0-6 mois, suivie de la tranche 6 mois-1 an, puis 1 an-3 ans, puis 3-6 ans, puis 6-12 ans et enfin les plus de 12 ans en dernier lieu. La **fréquence de prise en soin semble donc globalement inversement proportionnelle à l'augmentation de l'âge des patients**, comme l'on pouvait s'y attendre dans le cadre d'une pathologie telle que les TOA.

Graphique 20 : Type principal de difficultés alimentaires des patients TOA (%)



Les difficultés liées aux textures des aliments semblent être les plus fréquemment rencontrées (33,3%), suivies par une alimentation trop sélective (25%) et les difficultés de mastication (22,9%). Les troubles de la succion semblent être minoritaires et rencontrés par 10,4% des participants. Aussi, les cas de TOA très sévères impliquant un rejet absolu de l'alimentation semblent plus rares (6,3%). La réponse « autre » recueillie consiste en l'ensemble de ces difficultés. Ainsi, les manifestations comportementales d'ordre **sensoriel** semblent **davantage rencontrées** que les **difficultés** purement **praxiques/motrices**.

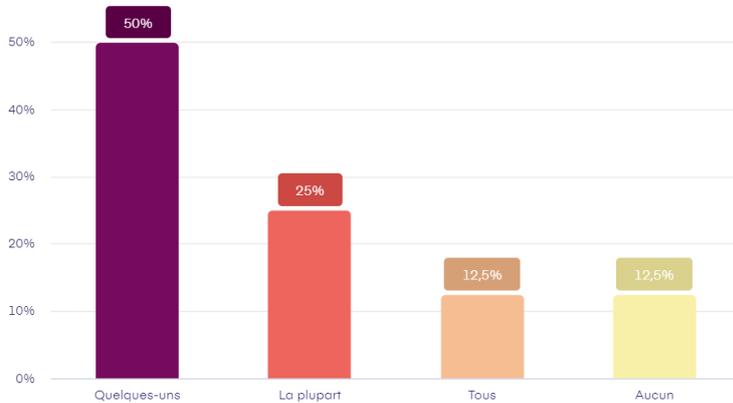
Graphique 21 : Cause principale des troubles de l'oralité alimentaire des patients (%)



Nous pouvons ainsi constater que la **nature sensorielle** des TOA semble être la **plus fréquemment rencontrée (68,8%)**, suivie en proportion égale (12,5%) par l'environnement familial/l'éducation et les conséquences d'une pathologie médicale.

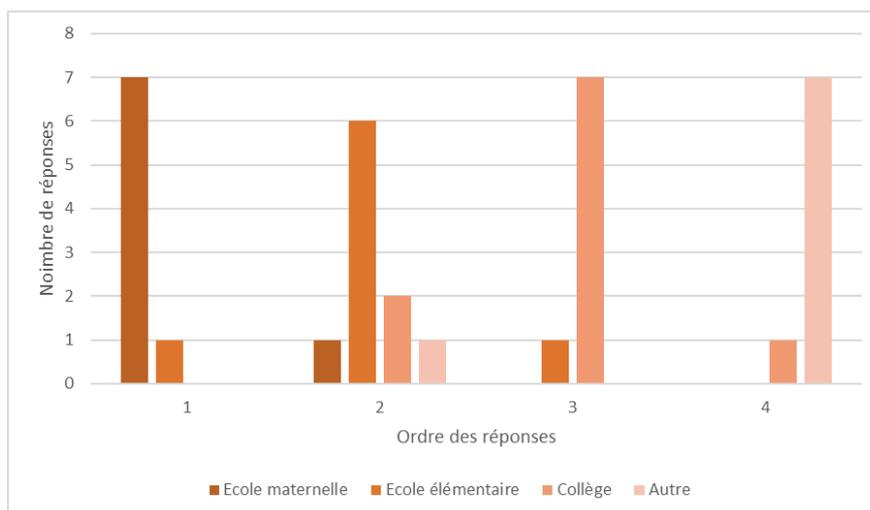
La réponse « autre » précise qu'un(e) orthophoniste a été confrontée à un pourcentage équivalent de troubles sensoriels, pathologies médicales et troubles oro-moteurs.

Graphique 22 : Scolarisation des patients TOA (%)



D'après la moitié des orthophonistes, seulement quelques-uns de leurs patients présentant un TOA étaient scolarisés. La plupart des patients suivis fréquentaient l'école pour un quart des orthophonistes. Enfin, les orthophonistes dont tous les patients ou aucun patient n'étai(en)t scolarisé(s) représentent chacun 12,5% des répondants. Cette **proportion globalement faible de patients scolarisés** est à mettre en lien avec l'âge de ces derniers évoqué précédemment, les enfants d'âge préscolaire étant davantage concernés par les TOA.

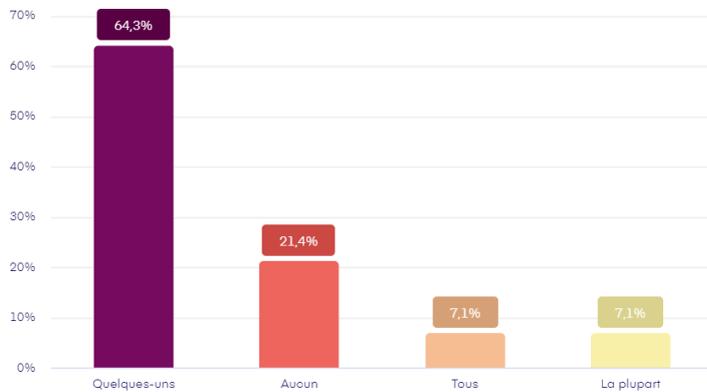
Graphique 23 : Type d'établissement scolaire fréquenté.



Etant donné les difficultés de méthodologie rencontrées, nous avons obtenu seulement 8 réponses à cette question complémentaire. Nous pouvons néanmoins relever que les patients avec TOA semblent le plus fréquemment **relever de l'école maternelle, secondairement de l'école élémentaire**, puis de manière **moins courante du collège et enfin d'autres**

établissements spécialisés. Ceci est ainsi cohérent avec les résultats obtenus concernant l'âge des patients.

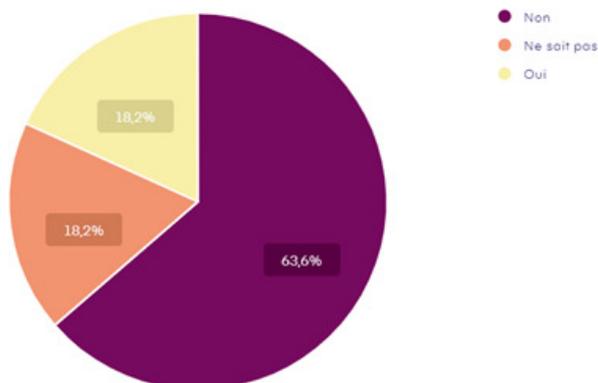
Graphique 24 : Fréquentation de la cantine par les enfants TOA (%)



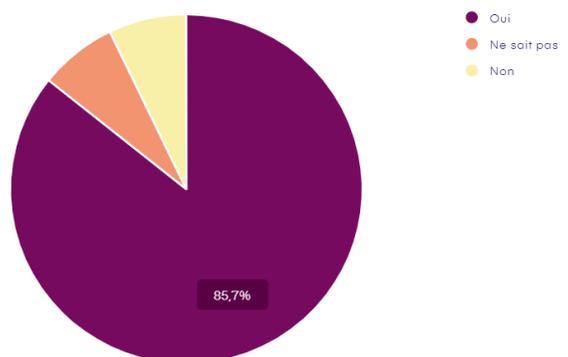
Pour 64,3% des participants, seulement quelques-uns de leurs patients fréquentaient la restauration scolaire. Dans 21,4% des cas, aucun d'entre eux ne participait à la cantine. Enfin, les orthophonistes dont tous les patients ou la plupart des patients étaient intégrés à la restauration scolaire représentent chacun 7,1 % des répondants. La **fréquence de participation à la cantine** des enfants présentant un TOA semble donc de manière générale **assez faible**, leur intégration y étant moins systématique que celle des enfants ne présentant pas de TOA.

D'après les orthophonistes, ces temps alimentaires à l'école semblent **le plus souvent ne pas être bien vécus (63,6%)** et donc être source de gêne au quotidien pour ces enfants.

Graphique 25 : Vécu positif des temps alimentaires (%)



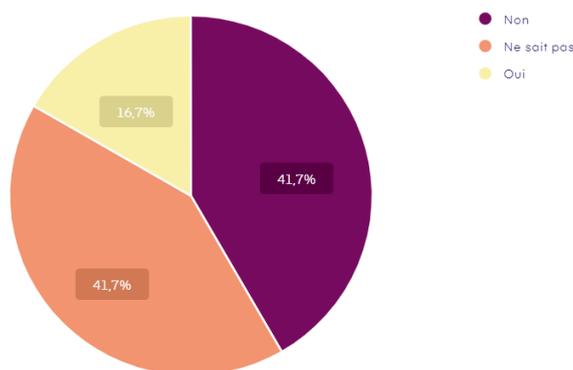
Graphique 26 : Evitement de la cantine en raison des TOA (%)



Aussi, d'après **85,7 %** des répondants, la cantine est parfois **spécifiquement évitée** en raison des troubles de l'élève. Ceci confirme donc réellement la notion de **handicap** liée aux TOA, ces derniers limitant la participation de l'enfant à la cantine et son intégration sociale et scolaire.

Pour 41,7% des répondants, ces enfants présentant un TOA n'auraient pas souhaité fréquenter la cantine. Toutefois nous remarquons que dans certains cas, bien que minoritaires (16,7%), certains **auraient tout de même aimé pouvoir intégrer la cantine**. L'enjeu psychologique et la gêne sociale liée aux TOA est donc mise en avant.

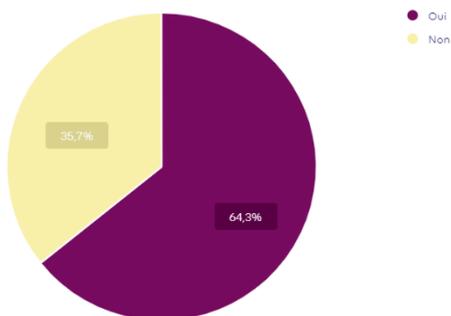
Graphique 27 : Volonté de fréquenter la cantine (%)



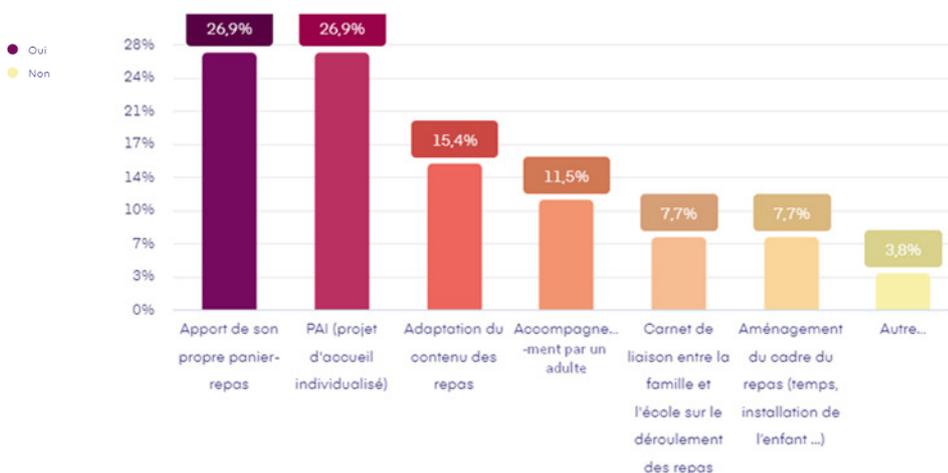
- **Intervention en milieu scolaire.**

64,3 % des orthophonistes interrogés affirment avoir déjà souhaité mettre en place des adaptations en milieu scolaire.

Graphique 28 : Volonté de mettre en place des adaptations en milieu scolaire (%)



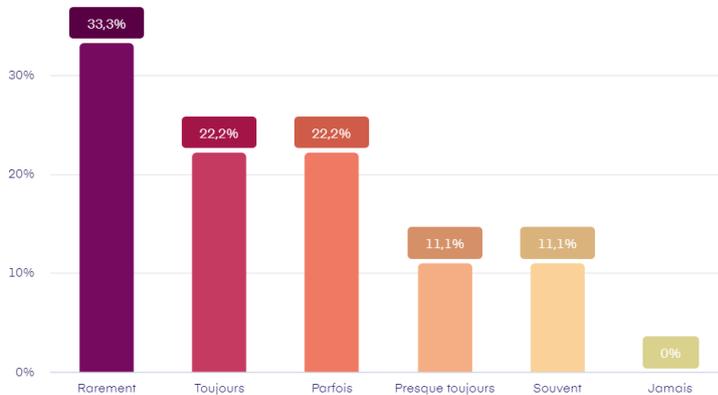
Graphique 29 : Types d'aménagements souhaités (%)



Les aménagements les plus fréquemment suggérés par les orthophonistes sont donc **l'apport du panier-repas et la mise en place d'un PAI (26,9%)**. L'adaptation du menu a été souhaité par 15,4% des participants et l'accompagnement par un adulte lors des repas par 11,5 % d'entre eux. Le carnet de liaison entre la famille et l'école concernant les repas est envisagé seulement par 7,7% des professionnels, de même que l'aménagement du contexte spatio-temporel du

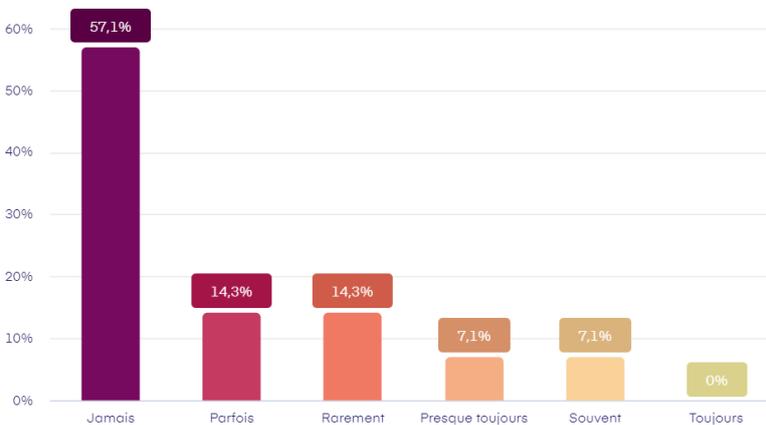
temps alimentaire. Enfin, la proposition « autre » révèle qu'un(e) orthophoniste souhaitait effectuer des actions de prévention par la distribution de plaquettes d'information.

Graphique 30 : Fréquence d'aboutissement de ces aménagements souhaités. (%)



Nous pouvons constater que pour un tiers des orthophonistes interrogés, les adaptations réalisées sont **rarement conformes à leurs attentes**. Leurs volontés aboutissent dans une même mesure (22,2%) de façon systématique ou occasionnelle. Enfin, les adaptations sont souvent ou presque toujours effectuées tel qu'ils le souhaitent dans 11,1% des cas.

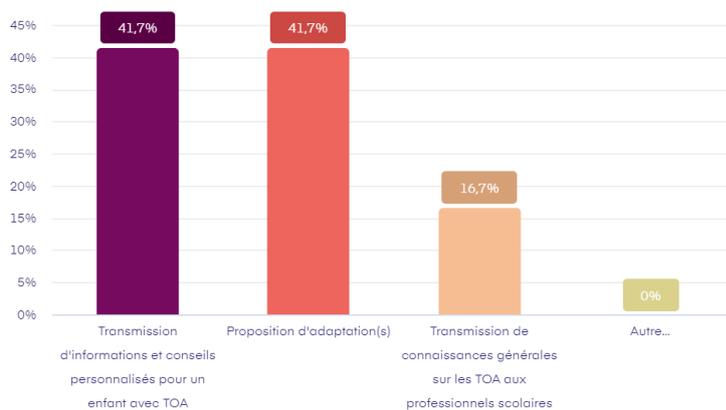
Graphique 31 : Fréquence d'intervention au sein des écoles dans le cadre des TOA. (%)



Ainsi, une grande part (**57,1%**) des orthophonistes interrogés **n'intervient jamais** auprès des écoles. Ce type d'intervention est ensuite une pratique rare ou occasionnelle pour 14,3% de ces professionnels. Seulement 7,1% des participants interviennent souvent ou presque toujours au sein des établissements scolaires. Enfin, aucun orthophoniste de notre échantillon n'effectue ces actions de façon systématique. De manière générale, nous pouvons observer que **l'intervention orthophonique** en milieu scolaire semble être une **pratique peu fréquente**.

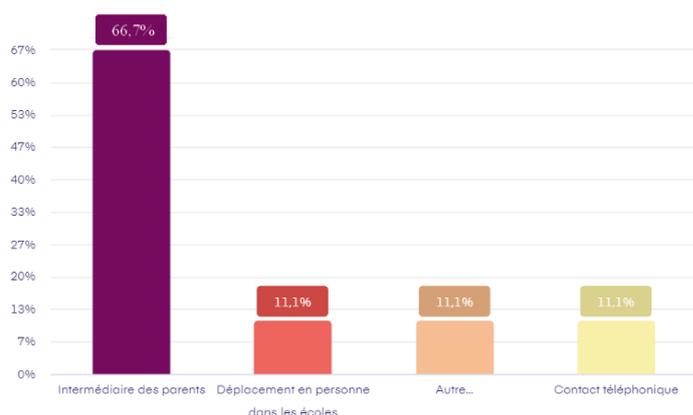
Le test statistique exact de Fisher, permettant de mesurer l'indépendance entre deux variables qualitatives pour un échantillon de faible effectif, ayant révélé une **valeur $p=0,67$** , nous ne pouvons rejeter l'hypothèse H_0 « La fréquence d'intervention en milieu scolaire et le nombre d'années d'exercice sont indépendants » : il ne semble **pas y avoir de corrélation** entre **l'ancienneté** professionnelle et la **fréquence d'intervention** en milieu scolaire. Il en est de même entre la fréquence d'intervention et le nombre de patients TOA suivis, bien que la **valeur $p=0,08$** soit plus faible.

Graphique 32 : Objectif de l'intervention orthophonique en milieu scolaire (%)



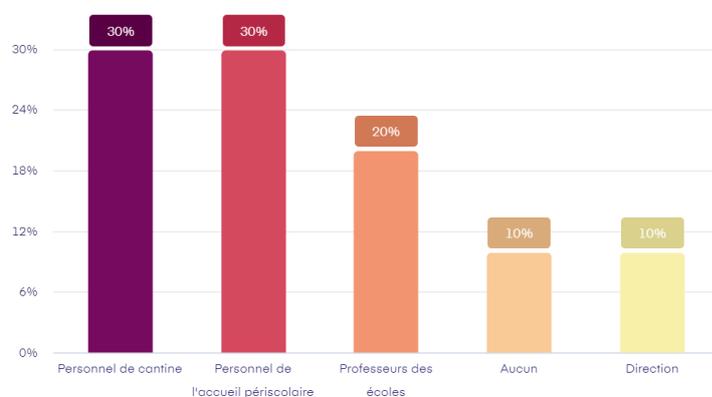
Les objectifs principaux des orthophonistes concernant le milieu scolaire sont donc à égale proportion (41,7%) la transmission d'informations personnalisées ou la proposition d'adaptation(s) au sein du milieu scolaire concernant un enfant spécifique. La sensibilisation globale et la transmission d'informations générales sur les TOA semble être moins courante (16,7%). La nature de l'intervention semble donc être **davantage de nature adaptative** et orientée vers l'explication des besoins du patient ; la **prévention** et la **présentation générale** des TOA étant une pratique **moins systématique**.

Graphique 33 : Modalité de l'intervention orthophonique en milieu scolaire (%)



Le mode d'intervention le plus favorisé par les orthophonistes semble ainsi être la **modalité indirecte par l'intermédiaire des parents (66,7%)**. Le déplacement en personne dans les établissements scolaires (échanges directs) et le contact téléphonique (échanges indirects) sont tous deux plébiscités par seulement 11,1% des participants. Grâce à la rubrique « autre », un participant mentionne également la distribution de plaquettes comme moyen d'intervention.

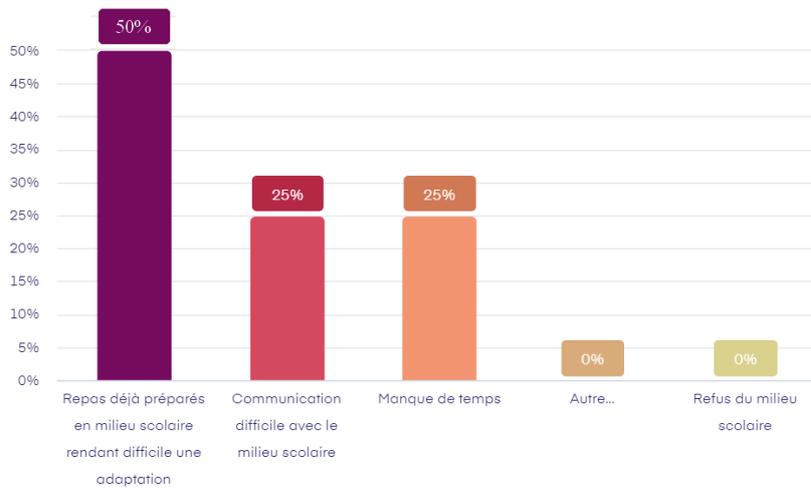
Graphique 34 : Destinataire de l'intervention orthophonique en milieu scolaire (%)



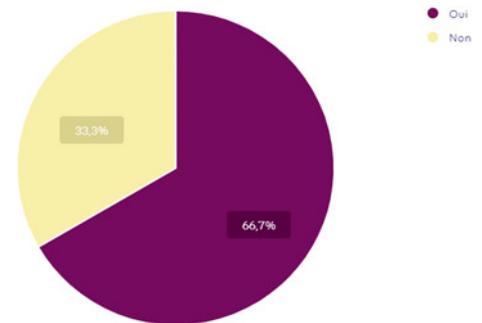
La population cible de l'intervention orthophonique en milieu scolaire est **principalement le personnel de cantine ou le personnel de l'accueil périscolaire**, représentant chacun 30% des réponses. Les **professeurs des écoles semblent moins sollicités (20%)**. Les orthophonistes interviennent encore plus rarement auprès de la direction de l'établissement (10%). Enfin, dans 10% des cas aucun de ces professionnels scolaires n'est la cible de l'intervention orthophonique, ce qui peut refléter une intervention indirecte car le participant concerné indiquait échanger principalement avec l'école par l'intermédiaire des parents.

- **Limites.**

Graphique 35 : Obstacles à l'intervention orthophonique en milieu scolaire (%)



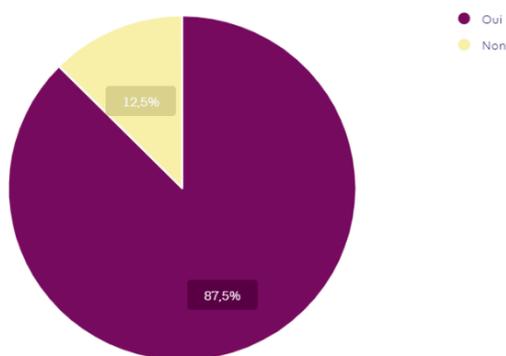
Graphique 36 : Facilité de l'intervention orthophonique (%)



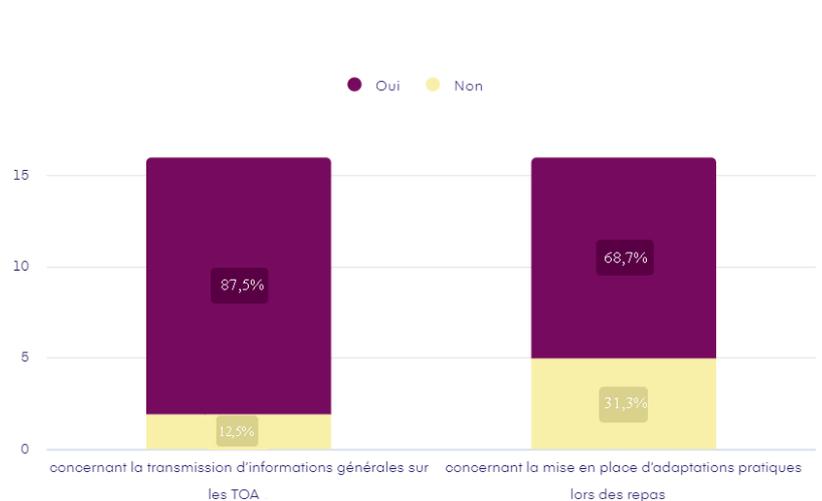
66,7% des orthophonistes répondants estiment que leur intervention en milieu scolaire a été **facile**. En ce qui concerne les 33,3 % ayant relevé des difficultés à intervenir, le principal obstacle rencontré (50%) est le fait que **les repas soient déjà préparés**, ce qui rend compliqué toute adaptation sur place. La communication difficile avec le milieu scolaire et le manque de temps sont ensuite des facteurs relevés tous deux par 25% des répondants.

- **Jugement de l'intérêt d'une intervention élargie et/ou renforcée.**

Graphique 37 : Intérêt d'une intervention auprès de tous les professionnels scolaires (%)



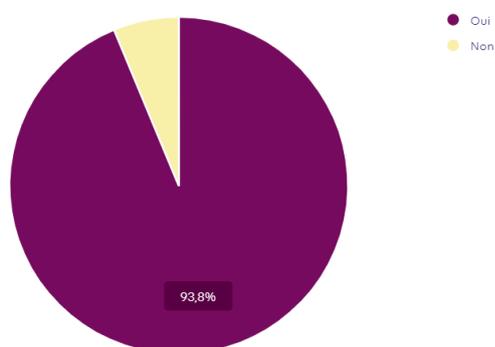
Graphique 38 : Intérêt d'une intervention renforcée (%)



87,5% soit la presque totalité des orthophonistes interrogés estimerait bénéfique une intervention orthophonique globale auprès de **l'ensemble des professions** du domaine scolaire.

Une grande majorité de participants estime également qu'il serait nécessaire **d'intervenir davantage** en milieu scolaire, à la fois en ce qui concerne la **transmission d'informations (87,5%)** et la mise en place d'**adaptations (68,7%)**. Nous pouvons néanmoins relever qu'un plus grand nombre de professionnels considère le besoin d'une intervention renforcée concernant **l'aspect préventif** que l'aspect adaptatif. Cela semble ici cohérent avec les précédentes réponses, ayant mis en évidence une pratique des orthophonistes orientée majoritairement vers la mise en place d'adaptations.

Graphique 39 : Intérêt d'une sensibilisation du personnel scolaire aux comportements favorables



La **presque totalité (93,8%)** des participants jugerait bénéfique de sensibiliser le personnel scolaire aux **comportements favorables** à adopter en cas de TOA avéré ou suspecté. Parmi ces comportements positifs, la précaution principale à prendre selon une majorité de participants est **d'éviter le forçage** (9 réponses). Il nous a également été suggéré diverses autres mesures pouvant être adoptées par le personnel scolaire :

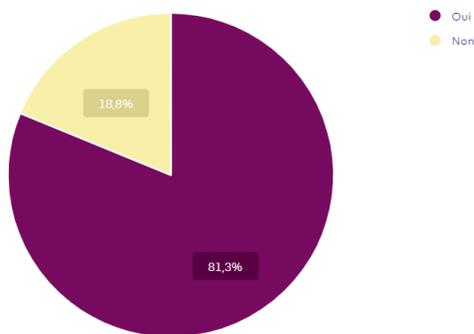
Tableau 3 : Synthèse des propositions de comportements favorables.

Nombre de réponses	Types d'adaptation comportementale.
3 (18,75%)	<ul style="list-style-type: none"> - veiller au cadre et à l'installation de l'enfant - laisser le temps dont il a besoin - proposer simplement de goûter - autoriser la manipulation d'aliments - faire preuve de bienveillance et d'admettre que ce trouble n'est pas un caprice - comprendre le trouble et les difficultés spécifiques de l'enfant afin de pouvoir l'accompagner positivement.

2 (12,5%)	<ul style="list-style-type: none"> - accepter que l'enfant apporte son propre repas ou des aliments-amis - éviter de servir des quantités trop importantes - valoriser les essais et attitudes positives de l'enfant
1 (6,25%)	<ul style="list-style-type: none"> - éviter de mélanger les différents aliments - donner à l'enfant des outils adaptés - laisser le choix entre plusieurs aliments - découper les aliments si besoin. - adopter une approche ludique.

Nous avons également recueilli pour cet item une non-réponse.

Graphique 40 : Intérêt des ateliers alimentaires en classe.



81,3% des orthophonistes estiment **bénéfique** à l'évolution des TOA la **mise en place d'ateliers visant à la manipulation d'aliments** en classe. Ces derniers auraient donc leur rôle à jouer ; un accompagnement orthophonique paraîtrait pertinent afin qu'ils soient menés le plus favorablement possible aux enfants avec TOA. L'autre questionnaire montre que ces ateliers alimentaires, ou des ateliers sensoriels, sont instaurés en classe dans presque la moitié des cas, ou sont souvent envisageables même si non instaurés. Ces ateliers pourraient donc éventuellement être inclus dans les suggestions d'adaptations proposées par les orthophonistes.

DISCUSSION

1 Interprétation des résultats et traitement des hypothèses de recherche.

- **Connaissances relatives aux TOA du personnel scolaire.**

Pour rappel, notre première hypothèse était la suivante : « *Les professionnels scolaires ne sont pas suffisamment informés concernant les troubles de l'oralité alimentaire.* »

Tel que nous nous y attendions, les connaissances des professionnels exerçant en milieu scolaire concernant les troubles de l'oralité alimentaire sont insuffisantes. En effet, ils sont plus des trois quarts d'entre eux à ignorer jusqu'à l'existence de ces troubles. Toutefois, les personnes y étant sensibilisées semblent avoir une représentation assez correcte, bien que non exhaustive, des TOA et de la manière dont ils se manifestent.

Aussi, ces professionnels scolaires ont souvent eu connaissance de ce trouble a posteriori, en y ayant été confrontés professionnellement ou personnellement, et semblent plus rarement avoir été la cible d'actions de prévention préalables sur les TOA. En mettant cette donnée en relation avec les questions ayant révélé que ces professionnels informaient presque toujours les parents en cas de difficulté alimentaire et que ces difficultés repérées concernaient rarement des enfants bénéficiant d'un diagnostic de TOA, nous pouvons voir le potentiel d'alerte et de sensibilisation parentale que représente le milieu scolaire et qui n'est malheureusement pas exploité. Si le personnel scolaire était davantage informé sur les TOA, leurs manifestations et prise en charge, il serait susceptible d'inciter les parents à consulter des professionnels formés aux troubles de l'oralité alimentaire pour qu'un diagnostic soit posé et que les suivis et aménagements nécessaires soient mis en place, notamment à l'école comme le PAI. Une prévention renforcée du milieu scolaire serait ainsi bénéfique et contribuerait à la reconnaissance officielle des troubles de l'enfant, éviterait que celui-ci soit considéré simplement comme « capricieux » et favoriserait la mise en place de moyens thérapeutiques et/ou adaptatifs.

Il est important néanmoins de noter que quelques participants, relevant de surcroît de professions différentes, affirment avoir été informés sur les TOA dans le cadre de leur formation professionnelle. La variabilité des statuts professionnels des personnes accompagnant les enfants à la cantine et des formations complémentaires reçues ou non semblent ici en jeu.

En conséquence de ces connaissances et compétences lacunaires, l'aptitude de ces professionnels scolaires à adopter un comportement optimal envers ces enfants présentant des difficultés alimentaires est parfois entravée.

➔ *Notre première hypothèse H1 est donc validée.*

- **Intérêt du personnel scolaire à recevoir un complément d'information/formation.**

Notre deuxième hypothèse consistait en cette supposition : « *Les professionnels scolaires seraient intéressés par un complément d'information et/ou de formation afin de mieux s'adapter aux enfants avec TOA.* »

Il s'avère que presque tous les professionnels scolaires (90%) se sont montrés volontaires et demandeurs en ce qui concerne l'approfondissement de leurs connaissances et compétences sur les TOA. Cet intérêt semble sincère puisque certains d'entre eux ont reprécisé de leur propre initiative qu'ils aimeraient recevoir un complément d'informations sur ces troubles, ont indiqué qu'il s'agissait d'une découverte intéressante et que ce sondage était une bonne idée, ou encore ont posé d'autres questions sur les TOA (prévalence, lien avec le langage). La presque totalité d'entre eux (93,3%) estime en effet que cela pourrait se répercuter positivement sur l'aide apportée aux enfants, bien qu'ils soient lucides quant aux contraintes éventuelles (nombre d'élèves dont ils ont la responsabilité, temps) qui ont pu être évoquées. La préférence du personnel scolaire concernant la forme idéale de ce complément d'information/formation se porte sur un contact direct, la modalité la plus plébiscitée étant un déplacement de l'orthophoniste auquel s'ajouterait une trace écrite présentant les troubles et récapitulant les adaptations matérielles ou comportementales à effectuer.

➔ *Notre hypothèse H2 est donc validée.*

- **Nature de l'intervention orthophonique en milieu scolaire.**

La troisième hypothèse que nous avons formulée était ainsi : « *Les orthophonistes interviennent auprès de cette population scolaire dans un objectif préventif et/ou d'aménagements.* »

64,3 % des orthophonistes de notre échantillon auraient envisagé la mise en place d'adaptations et aménagements en milieu scolaire, en particulier l'instauration d'un PAI et l'apport du propre repas de l'enfant. Ils sont seulement 42,9 % à affirmer intervenir auprès de l'école, auquel cas leur intervention serait une pratique globalement peu fréquente et réalisée le plus souvent de manière indirecte par l'intermédiaire des parents. Aussi, leurs actions au sein du milieu scolaire sont apparemment davantage adaptatives ou consistent en une explication des difficultés et besoins du jeune élève, mais semblent peu orientées vers la prévention générale. Les écoles maternelles semblent par ailleurs plus couramment concernées par cette intervention orthophonique que les écoles élémentaires ou collèges, en raison de la prise en soin souvent précoce des troubles.

➔ *Notre hypothèse H3 est donc partiellement validée*

- **Suffisance de l'intervention orthophonique actuelle en milieu scolaire.**

Notre quatrième hypothèse théorique était celle ci-après : « *Les orthophonistes n'interviennent pas auprès de cette population scolaire autant qu'ils/elles le souhaiteraient ou comme ils/elles le jugeraient nécessaire.* »

Tout d'abord, les orthophonistes semblent intervenir dans les faits peu systématiquement au sein des établissements scolaires, et ce principalement de manière indirecte et à des fins adaptatives. Une grande majorité d'entre eux jugerait néanmoins idéalement nécessaire de renforcer en fréquence leurs actions auprès des écoles, d'autant plus au niveau de la transmission d'informations sur les troubles de l'oralité alimentaire. Aussi, même si dans la plupart des cas l'intervention s'avère assez aisée, diverses contraintes pratiques comme le manque de temps ou la communication difficile avec le milieu scolaire ont pu tout de même être relevées comme frein à une quelconque intervention.

➔ *Notre première sous-hypothèse H4.1 « Les orthophonistes n'interviennent pas auprès de cette population scolaire autant qu'ils/elles le souhaiteraient » est donc **validée**.*

Par ailleurs, nous pouvons remarquer que les aménagements souhaités en milieu scolaire n'aboutissent pas toujours selon les désirs des orthophonistes ; 33,3% des professionnels estiment par exemple que cela est rarement le cas et 22,2% jugent que les adaptations sont parfois conformes à leurs attentes. L'une des limites relevées pouvant être en jeu est notamment le fait que les repas soient livrés entièrement préparés, rendant difficile une adaptation du contenu du repas. Aussi, tout comme pour la fréquence d'intervention, il semble exister une certaine discordance entre la théorie et la pratique en ce qui concerne la nature d'intervention la plus adéquate à mettre en place au sein des écoles. Si les orthophonistes semblent conscients de l'intérêt à intervenir de manière globale auprès de l'ensemble des professions du milieu scolaire, ceux-ci semblent dans les faits intervenir préférentiellement auprès du personnel de cantine ou du personnel périscolaire et de manière moins courante auprès des professeurs des écoles. Or nous avons pu constater que ces derniers ont leur rôle à jouer : ils peuvent être amenés à accompagner différents temps alimentaires, en particulier le goûter, et dans presque la moitié des cas des ateliers sensoriels ou alimentaires sont mis en place en classe (ou très souvent envisageables). De même, les objectifs orthophoniques au sein des écoles semblent être majoritairement adaptatifs, bien que la plupart de ces professionnels estimerait judicieux d'accentuer davantage la transmission d'informations et la sensibilisation générale aux TOA du personnel scolaire. Enfin, la presque totalité des orthophonistes estimerait nécessaire de sensibiliser le personnel scolaire aux comportements favorables à adopter avec les enfants

présentant un TOA. Toutefois, notre question concernant les objectifs d'intervention n'était malheureusement pas assez précise pour étudier les actions effectives de ces professionnels sur cet axe de travail particulier, puisque nous pouvons considérer que ce dernier est compris soit dans la sensibilisation générale aux TOA ou soit dans l'information et les conseils concernant les besoins spécifiques de l'enfant.

➔ *Notre deuxième sous- hypothèse H4.2 : « Les orthophonistes n'interviennent pas auprès de cette population comme ils/elles le jugeraient nécessaire » est donc également validée.*

2 Limites.

Notre étude comporte en effet différents biais et limites qu'il convient de soulever.

En premier lieu, l'effectif de notre échantillon d'orthophonistes libéraux (n=16) est assez faible et par conséquent les résultats sont difficilement représentatifs et généralisables à la population générale. Celui-ci s'explique d'une part par le fait que les troubles de l'oralité alimentaire ne soient pas l'un des domaines de l'orthophonie les plus courants ; en pratique nous remarquons qu'un nombre relativement restreint d'orthophonistes choisissent de prendre en soin ces troubles et/ou de s'y former (formation continue). D'autre part, nous avons fait le choix d'une zone géographique limitée afin d'harmoniser la population orthophonique avec la population scolaire, pour laquelle nous avons ciblé la métropole du Grand Nancy, et ainsi permettre une cohérence et une mise en parallèle des résultats des deux questionnaires ; mais il aurait certainement été judicieux d'étendre notre territoire d'échantillonnage afin d'obtenir un nombre plus important de participants et des résultats plus significatifs. De plus, malgré le soin apporté à l'élaboration de notre questionnaire initial destiné aux orthophonistes, un complément d'informations s'est avéré nécessaire et voulant nous assurer de toucher les mêmes participants que pour le questionnaire initial, nous n'avons pu solliciter que ceux dont nous avons l'identité et l'adresse mail sans diffusion grâce aux réseaux sociaux. Cela a ainsi encore davantage réduit l'effectif de répondants (n=8) pour deux questions du questionnaire. Malgré un effectif plus grand de notre population scolaire (n=60), celui-ci reste également assez limité et nous aurions aimé recueillir davantage de réponses, en particulier de la part du personnel de l'accueil périscolaire et du personnel responsable de la restauration scolaire car notre échantillon est composé en proportion majoritaire de professeurs des écoles. De plus, nous avons utilisé les réseaux sociaux comme moyen de diffusion pour notre questionnaire destiné aux orthophonistes, ces derniers ayant l'avantage de permettre une transmission rapide et de toucher

un large public. Bien qu'ayant naturellement précisé clairement les critères d'inclusion géographiques de l'étude lors de la diffusion, il ne nous est pas possible par ce biais de vérifier concrètement l'identité de tous les participants et leur lieu d'exercice. D'autre part, même si nous destinions notre questionnaire à tous les orthophonistes prenant ou ayant pris en soin des patients avec TOA, il s'est avéré que notre population orthophonique finale était constituée presque intégralement de professionnels ayant suivi une formation continue sur ces troubles. Nous souhaitions initialement analyser l'influence de ce facteur sur l'intervention en milieu scolaire, toutefois cela ne s'est malheureusement pas avéré pertinent ou possible puisqu'un seul participant avait été formé uniquement par son cursus initial. En outre, notre question étudiant les objectifs d'intervention orthophonique à l'école n'était pas suffisamment précise pour évaluer les actions réelles des orthophonistes concernant la sensibilisation aux comportements favorables ; il aurait été judicieux d'en détailler davantage les propositions de réponse.

En ce qui concerne le questionnaire destiné au milieu scolaire, il est apparu que notre question visant à cerner la profession des participants aurait également gagné à être plus précise. Nous avons souhaité identifier leur profession mais aussi mettre l'accent sur leur mission et le rôle joué auprès des enfants, davantage que sur leur titre ; c'est pourquoi nous avons créé quatre catégories : professeurs des écoles, personnel de cantine encadrant les enfants lors des repas, personnel de cantine préparant les repas et personnel en charge de l'accueil périscolaire. Les données recueillies montrent néanmoins que de nombreuses personnes (n=28) ont initialement rempli la section « autre » afin de spécifier leur profession : n'étant pas supposées appartenir à la population cible, celles-ci ont été exclues de notre échantillon et renvoyées automatiquement à la fin de notre questionnaire. Or ces professionnels étaient principalement des ATSEM (n=19 soit 20% des réponses « autre »), dont les missions incluent possiblement l'accompagnement des enfants en restauration scolaire. Il est donc difficile de savoir si ces derniers ont simplement souhaité préciser l'intitulé officiel correspondant à leur fonction mais qu'il aurait été pertinent d'inclure leurs réponses, ce qui aurait augmenté la taille de notre échantillon ou si ces derniers n'encadrent réellement pas d'enfants à la cantine. Aussi, étant donné la diversité possible des qualifications des personnes encadrant les enfants en restauration scolaire, il aurait certainement été pertinent de demander précisément aux participants quel était leur titre, afin de notamment faire le lien avec les formations professionnelles pour les personnes ayant répondu avoir reçu des informations sur les TOA par ce biais. D'autre part, bien que nous ayons veillé à en limiter le nombre, nous avons fait le choix de proposer des questions ouvertes dans nos deux questionnaires afin de recueillir les savoirs, croyances, avis et suggestions des participants de façon plus spontanée et objective. Toutefois, cette forme de question peut admettre un biais

d'interprétation de la part de l'expérimentateur dans l'analyse qualitative, d'autant plus en cas de réponses laconiques des répondants. Au contraire, nos questions fermées ont pu induire un biais d'acquiescement. Par ailleurs, un biais de désirabilité sociale n'est pas à exclure pour certaines personnes appartenant à notre échantillon scolaire et ayant affirmé être désireuses d'être informées et/ou formées aux TOA. Cela pourrait remettre quelque peu en cause la validation de notre deuxième hypothèse.

3 Perspectives.

3.1 Apports pour la profession.

Ce travail de recherche souligne tout l'intérêt et la nécessité pour les orthophonistes libéraux à intervenir davantage et de façon plus globale auprès du milieu scolaire, d'autant plus que celui-ci serait visiblement volontaire pour approfondir ses connaissances et s'impliquer dans l'aide apportée aux enfants.

En effet, les résultats révèlent que de manière générale l'intervention orthophonique en milieu scolaire est une pratique peu fréquente et/ou peu systématique : il existe ainsi un réel besoin de renforcer en quantité ces actions auprès des écoles. Il paraît également judicieux, au niveau qualitatif, de modifier les pratiques d'intervention habituelles qui ciblent principalement la mise en place d'adaptations matérielles. Cette étude met en évidence une méconnaissance et/ou compréhension insuffisante des TOA par le personnel scolaire et soulève donc un besoin de sensibilisation et information générales, mais appuie également le fait que celui-ci serait un relais possible entre les parents et les orthophonistes. Elle confirme le potentiel représenté par les professionnels scolaires et montre la nécessité pour les orthophonistes de mettre l'accent sur leurs missions de prévention afin d'améliorer les capacités de dépistage et d'orientation parentale de ces derniers. Ceci favoriserait l'initiation du parcours thérapeutique (diagnostic, prises en soin, adaptations) et participerait donc à l'évolution positive des troubles et au bien-être de l'enfant. Notre recherche suggère par ailleurs que l'accompagnement des professionnels scolaires concernant les comportements favorables à adopter face aux difficultés alimentaires est un axe essentiel à considérer. Ces réactions ne sont apparemment pas toujours optimales et peuvent même participer à la chronicisation des troubles, il semble donc important d'y sensibiliser le milieu scolaire afin de contribuer au confort de l'enfant, au vécu positif des temps alimentaires ou encore favoriser son intégration à la cantine et réduire le handicap associé. Enfin, la pertinence d'une intervention plus large auprès de l'ensemble des professionnels

scolaires, notamment les professeurs des écoles qui gèrent effectivement des activités sensorielles et/ou alimentaires et des temps alimentaires, a pu être soulevée.

En résumé, l'intervention orthophonique en milieu scolaire comporte un enjeu majeur quant à la qualité de vie de l'enfant, au niveau thérapeutique mais également psychologique, éducatif et social, et nous espérons avoir souligné toute l'importance de cet aspect de notre profession afin de proposer les meilleurs soins possibles aux jeunes patients présentant un TOA.

Personnellement, cette étude m'a permis de me familiariser avec le domaine de la recherche, d'enrichir mes connaissances théoriques sur les troubles de l'oralité alimentaire grâce à la revue de la littérature ; il m'a permis de mieux appréhender le rôle que pouvait être celui de l'orthophoniste auprès des écoles dans le cadre des TOA et mieux cerner les types d'adaptations possibles et conseils adéquats. Ce travail a également renforcé mes convictions quant au bien-fondé d'une collaboration avec le milieu scolaire et d'une approche la plus écologique et globale possible dans le cadre de cette pathologie.

3.2 Ouvertures de recherche.

Nous avons fait le choix de limiter notre étude du milieu scolaire aux écoles maternelles « traditionnelles » n'appliquant pas la pédagogie Montessori. En effet, les écoles Montessori sont moins répandues et moins représentatives de la réalité scolaire générale. Divers aspects attachés à cette méthode (autonomie, sensorialité) sont susceptibles d'influencer positivement l'oralité alimentaire de l'enfant ; les menus et la gestion de la restauration scolaire dans ce type d'école y sont également généralement différents. Nous pouvons ainsi supposer qu'une comparaison de ces différents milieux scolaires aurait pu mettre en avant quelques différences, certainement davantage concernant le comportement du personnel scolaire que ses connaissances. L'influence de la pédagogie Montessori sur l'oralité alimentaire et sa prise en considération à l'école mériteraient réellement selon nous d'être étudiées pour elles-mêmes, de manière détaillée car il s'agit d'un sujet d'intérêt qui mis en parallèle avec les données du milieu « classique » pourrait permettre de montrer et préciser si ces principes pédagogiques influencent les comportements du personnel scolaire mais aussi la gêne ressentie par l'enfant lors des temps alimentaires. Cela permettrait d'identifier des éléments susceptibles de modérer ou majorer cette dernière et donc cerner les facteurs sur lesquels agir. Cela pourrait par exemple faire l'objet d'un futur mémoire d'orthophonie.

CONCLUSION

Les objectifs de cette recherche étaient d'effectuer un état des lieux des connaissances relatives aux troubles de l'oralité alimentaire de différents corps de métiers du milieu scolaire, appréhender la manière dont ils s'y adaptent et évaluer leur intérêt à recevoir un complément d'information/de formation. En parallèle, ce travail visait également à étudier la nature de l'intervention orthophonique auprès de l'école dans le cadre des TOA et à identifier d'éventuelles limites à cette dernière. L'ensemble de nos hypothèses a ainsi pu être validé. Notre étude a révélé des connaissances insuffisantes des professionnels scolaires sur les TOA, faisant obstacle à leur éventuel rôle de dépistage des troubles et interférant avec leur aptitude à accompagner de façon optimale ces enfants lors des temps alimentaires. D'autre part, les pratiques habituelles des orthophonistes libéraux dans le cadre des TOA ne comprennent pas toujours une intervention auprès de l'école. Si tel est le cas, leurs actions sont souvent indirectes et consistent principalement en la mise en place d'aménagements qui de plus ne sont pas toujours réalisés conformément à leurs attentes. Bien que ces professionnels soient conscients de leurs bénéfices, la sensibilisation générale aux TOA et aux comportements à adopter semblent être des axes de travail moins automatiques. Aussi, leur intervention ne concerne pas toujours l'intégralité du milieu scolaire. En continuité de cette étude, nous pouvons imaginer réaliser une enquête de plus grande ampleur, notamment concernant les pratiques orthophoniques, afin d'obtenir des résultats généralisables. Il pourrait ensuite être intéressant de mener au sein d'établissements scolaires une recherche longitudinale au moyen de campagnes de prévention, à l'aide de plaquettes d'information et/ou d'ateliers de sensibilisation aux TOA (détection, adaptations comportementales nécessaires) afin d'étudier l'impact effectif que pourraient avoir ces derniers. De même, il serait envisageable de réaliser des actions de prévention (plaquettes) destinées aux orthophonistes afin de les inciter à majorer et/ou modifier leurs pratiques à l'égard du milieu scolaire, et d'évaluer ultérieurement l'efficacité d'une telle sensibilisation sur la prise de conscience et/ou les actes de ces professionnels de santé.

En résumé, la restauration scolaire fait partie intégrante du quotidien des enfants et est un aspect important à considérer en cas de TOA afin que celle-ci ne soit pas associée à des sentiments négatifs mais soit favorable à l'évolution positive de l'enfant. Ce dernier pourra alors profiter des apprentissages permis par ce lieu de socialisation alimentaire, s'intégrer socialement, et mieux vivre sa scolarisation. A ces fins, la démarche d'information et de formation du milieu scolaire semble donc à poursuivre.

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie, V. (2004a). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 55- 68.
- Abadie, V. (2004b). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de Pédiatrie*, 11(6), 603- 605. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2004.03.040>
- Aviram, I., Atzaba-Poria, N., Pike, A., Meiri, G., & Yerushalmi, B. (2014). Mealtime Dynamics in Child Feeding Disorder: The Role of Child Temperament, Parental Sense of Competence, and Paternal Involvement. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(1), 45- 54.
- Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : De la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*, 39, 143- 159. <https://doi.org/10.3917/cont.039.0143>
- Battisti, O., Zigabe, S., Battisti, P., Jaquemart, C., Brever, A., Nyamugabo, K., Gkiouki, E., Kefala, K., & Depierreux, F. (2014). Intérêts de l'observation des réflexes archaïques et des mouvements généraux chez le nouveau-né et le nourrisson. *Annales Africaine de Médecine*, 12.
- Belot, M., & James, J. (2011). Healthy school meals and educational outcomes. *Journal of Health Economics*, 30(3), 489- 504. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.02.003>
- Bourdelat, N. (2019). De nouvelles données sur la diversification alimentaire. *Métiers de la Petite Enfance*, 25(275), 19- 21. <https://doi.org/10.1016/j.melaen.2019.09.007>
- Boussoco, J., Dany, L., Giboreau, A., & Urdapilleta, I. (2016). «Faire la cuisine » : Approche socio-représentationnelle et distance à l'objet. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, Numéro111*(3), 367- 395. <https://doi.org/10.3917/cips.111.0367>
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R., & Walsh, T. (2010). Feeding and eating disorders in Childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 98- 111.

- Chevalier, B., & Jeanjean, C. (2016). P6 – Collaboration kinésithérapeute pédiatrique et orthophoniste dans les troubles de l'oralité alimentaire. *Kinésithérapie, la Revue*, 16(170), 34. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2015.11.047>
- Clere, N. (2014). L'alimentation du nouveau-né. *Actualités Pharmaceutiques*, 53(533), 40- 42. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2013.12.010>
- Damay, C., Ezan, P., Gollety, M., & Nicolas-Hemar, V. (2010). Le goûter générateur d'interactions sociales chez l'enfant? *Management & Avenir*, 37(7), 180- 194. <https://doi.org/10.3917/mav.037.0180>
- Denis, V. (2013). La diversification alimentaire. *Vocation Sage-femme*, 12(105), 15- 17. <https://doi.org/10.1016/j.vsf.2013.09.003>
- 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- 3), 181- 193. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.09.009>
- Dubern, B. (2008). *Diversification alimentaire chez le jeune enfant*. 3(4), 1- 10. [http://dx.doi.org/10.1016/S1637-5017\(08\)72415-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1637-5017(08)72415-3)
- Dupuy, A. (2013). *Plaisirs alimentaires : Socialisation des enfants et des adolescents*.
- Dupuy, A., & Poulain, J.-P. (2008). Le plaisir dans la socialisation alimentaire. *Enfance*, 60(3), 261- 270. <https://doi.org/10.3917/enf.603.0261>
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., Delaney, A. L., Feuling, M. B., Noel, R. J., Gisel, E., Kenzer, A., Kessler, D. B., Kraus de Camargo, O., Browne, J., & Phalen, J. A. (2019). Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 68(1), 124- 129. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>

- Greer, A., Gulotta, C., Masler, E., & Laud, R. (2008). Caregiver Stress and Outcomes of Children with Pediatric Feeding Disorders Treated in an Intensive Interdisciplinary Program. *Journal of Pediatric Psychology, 33*(6), 612- 620.
- Gueron-Sela, N., Atzaba-Poria, N., Meiri, G., & Yerushalmi, B. (2011). Maternal Worries about Child Underweight Mediate and Moderate the Relationship Between Child Feeding Disorders and Mother–Child Feeding Interactions. *Journal of Pediatric Psychology, 36*(7), 827- 836.
- Guillerme, C. J. (2014). L'oralité troublée : Regard orthophonique. *Spirale, 72*(4), 25- 38. <https://doi.org/10.3917/spi.072.0025>
- Juchet, A., Chabbert, A., Pontcharraud, R., Sabouraud-Leclerc, D., & Payot, F. (2014). Diversification alimentaire chez l'enfant : Quoi de neuf? *Revue Française d'Allergologie, 54*(6), 462- 468. <https://doi.org/10.1016/j.reval.2014.05.003>
- 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>
- Lafraire, J., Rioux, C., Giboreau, A., & Picard, D. (2016). Food rejections in children : Cognitive and social/environmental factors involved in food neophobia and picky/fussy eating behavior. *Appetite, 96*, 347- 357. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.09.008>
- Leblanc, V. (2008). Nutrition artificielle et troubles de l'oralité alimentaire. *Archives de Pédiatrie, 15*(5), 842. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(08\)71934-1](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(08)71934-1)
- Leblanc, V. (2014). Évaluation des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant. *Archives de Pédiatrie, 21*(5), 32. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(14\)71448-4](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(14)71448-4)
- Leblanc, V., & Ruffier-Bourdet, M. (2009). Trouble de l'oralité : Tous les sens à l'appel. *Spirale, 51*(3), 47- 54. <https://doi.org/10.3917/spi.051.0047>

- Łoboś, P., & Januszewicz, A. (2019). Food neophobia in children. *Pediatric Endocrinology Diabetes and Metabolism*, 25(3), 150- 154. <https://doi.org/10.5114/pedim.2019.87711>
- McClellan, R., & Novak, D. (2001). Fetal Nutrition : How We Become What We Are: *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 33(3), 233- 244. <https://doi.org/10.1097/00005176-200109000-00002>
- Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). Concept Evolution in Sensory Integration : A Proposed Nosology for Diagnosis. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 135- 140. <https://doi.org/10.5014/ajot.61.2.135>
- Nicklaus, S. (2016). The role of food experiences during early childhood in food pleasure learning. *Appetite*, 104, 3- 9. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.08.022>
- Pessiglione, M. (2014). Comment le cerveau motive le comportement : Du circuit de la récompense au système des valeurs. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 198(7), 1283- 1296. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)31224-5](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)31224-5)
- Ramsay, M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants : Une nouvelle perspective. *Devenir*, 13(2), 11. <https://doi.org/10.3917/dev.012.0011>
- Rigal, N. (2000). *La naissance du goût : Comment donner aux enfants le plaisir de manger.* (Noesis Agnès Viénot).
- Rigal, N. (2005). La consommation répétée permet-elle de dépasser la néophobie alimentaire ? Application chez des enfants français soumis à des produits salés. *European Review of Applied Psychology*, 55(1), 43- 50. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.06.003>
- Rigal, N. (2009). La néophobie alimentaire, un interdit naturel à combattre. *Médecine et Nutrition*, 45(4), 176- 180. <https://doi.org/10.1051/mnut/2009454176>
- Rigal, N. (2010). Diversification alimentaire et construction du goût. *Archives de Pédiatrie*, 17, 208- 212.

- Rigal, N., Soulet, V., & Brément, J. (2016). Émergence de la Conscience de soi et de la Néophobie alimentaire chez le jeune enfant. *Enfance*, 2016(02), 217- 229. <https://doi.org/10.4074/S0013754516002044>
- Schaal, B., & Soussignan, R. (2008). L'enfant face aux aliments : D'avant-goûts en préférences en programmations. *Enfance*, 60(3), 213- 218.
- Senez, C. (2020). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition*. De Boeck Supérieur.
- Thibault, C. (2015). L'oralité positive. *Dialogue*, 209(3), 35- 48. <https://doi.org/10.3917/dia.209.0035>
- Thibault, C., Abadie, V., Couly, G., Manach, Y., Goulet, O., Golse, B., & Schmitt, M. (2017). *Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant*. (Elsevier Masson).
- Timini, S., Douglas, J., & Tsiftsopoulou, K. (1997). Selective eaters : A retrospective case note study. *Child care, health and development*, 23(3), 265- 275.
- Turck, D., Vidailhet, M., Bocquet, A., Bresson, J.-L., Briend, A., Chouraqui, J.-P., Darmaun, D., Dupont, C., Frelut, M.-L., Girardet, J.-P., Goulet, O., Hankard, R., Rieu, D., & Simeoni, U. (2013). Allaitement maternel : Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Archives de Pédiatrie*, 20, S29- S48. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(13\)72251-6](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(13)72251-6)

Sites WEB :

- Ministère de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports. (2021) <https://www.education.gouv.fr/>
- Ministère de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports. (2021) *Le BAFA* <https://www.jeunes.gouv.fr/Le-BAFA>
- République Française, Service Public de la Diffusion du Droit. (2021) <https://www.legifrance.gouv.fr/>

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des capacités alimentaires et autres capacités développementales selon l'âge du bébé. (Ramsay, 2001)

Capacités	0-2/3 mois	3-6/7 mois	7-10/11 mois	11-15/16 mois	16-24 mois et plus
Alimentation (motricité orale)	tête	suce/mord	mâche	mastique	mastique bien
Texture des aliments (réactivité sensorielle)	liquide	purée	grumeaux	haché en morceaux	nourriture de table
Instruments	sein/biberon	cuillère	tasse/doigts	mange seul	fourchette
Langage	gazouille	babille	sons détachés	mots détachés	mots associés
Motricité fine	agite les doigts	saisit/retient	transporte	relâche/lance	griffonne
Motricité globale	soulève la tête	se tourne	s'assoit seul	se tient debout/marche	court/saute

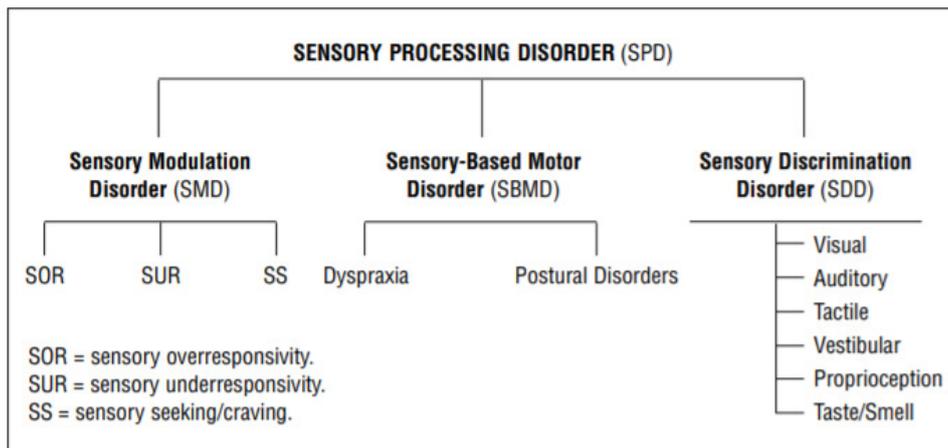
Annexe 2 : Critères diagnostiques du trouble alimentaire pédiatrique. (Goday et al., 2019)

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

Annexe 3 : Exemples de conditions médicales associées aux troubles alimentaires pédiatriques. (Goday et al., 2019).

Impairment (Body structure/function*)	Dysfunction (Activity Limitations*)
<p>Disorders that affect oral, nasal, or pharyngeal function</p> <ul style="list-style-type: none"> • Macroglossia • Extensive dental disease • Labial or palatal clefts • Velopharyngeal insufficiency • Choanal atresia • Tonsillar hypertrophy <p>Aerodigestive disease</p> <ul style="list-style-type: none"> • Airway <ul style="list-style-type: none"> ○ Laryngeal clefts ○ Vocal fold paralysis or injury ○ Airway malacia (laryngo-, tracheo-, or bronchomalacia) ○ Subglottic stenosis • Pulmonary <ul style="list-style-type: none"> ○ Bronchopulmonary dysplasia ○ Any process resulting in chronic tachypnea • Gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> ○ Eosinophilic esophagitis ○ Esophageal motility disorder (post-esophageal atresia or achalasia) ○ Gastric or duodenal ulcers • Other gastrointestinal disorders <ul style="list-style-type: none"> ○ Feeding/volume intolerance of any cause ○ Gastroparesis <p>Congenital and other heart disease</p> <ul style="list-style-type: none"> • Any form of congenital heart disease (esp. hypoplastic left heart syndrome) and other conditions that result in staged single ventricle repair • Associated pulmonary hypertension • Myocarditis and other causes of heart failure <p>Neurologic, developmental, and psychiatric disorders</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autism spectrum disorder • Disorders of motor control with hyper- or hypotonia <ul style="list-style-type: none"> ○ Cerebral palsy ○ Muscular dystrophies • Attention-deficit/hyperactivity disorder <p>Iatrogenic</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prolonged hospitalization with critical care support • Invasive operative procedures affecting vital systems • Aversive feeding 	<ul style="list-style-type: none"> • Malnutrition and its sequelae • Aspiration, recurrent aspiration pneumonias, chronic lung disease

Annexe 4 : Classification des troubles de l'intégration sensorielle. (Miller et al., 2007)



Annexe 5 : Conditions psychosociales associées aux troubles alimentaires pédiatriques.

(Goday et al., 2019)

Psychosocial Restriction (Health Conditions and Problems*)	Impact on Feeding Behaviors
<p>Developmental (child and/or caregiver)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delay • Disorder <p>Mental/Behavioral Health (child and/or caregiver)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosed disorder • Undiagnosed signs/symptoms of disorder • Deregulated temperament/personality characteristics <p>Social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caregiver-child interaction problems • Cultural expectations are not commensurate with AAP nutrition guidelines <p>Environmental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disorganized/distracting feeding environment • Disorganized or poorly timed schedule of feedings • Access to food or other necessary resources • Inadvertent reinforcement of food refusal behavior 	<ul style="list-style-type: none"> • Learned aversion (child and/or caregiver) • Stress/distress (child and/or caregiver) <ul style="list-style-type: none"> • Caregiver disengagement • Caregiver over-engagement • Disruptive behavior <ul style="list-style-type: none"> • Food refusal (passive & active resistance) • Gagging/vomiting • Elopement/attempts to disengage or flee from meal • Food over-selectivity • Failure to advance to age-appropriate diet or feeding habit despite adequate skill <ul style="list-style-type: none"> • Reliance on formula beyond expected chronological age • Failure to consume age-typical texture • Not feeding self at age-typical level • Grazing behavior • Caregiver use of compensatory strategies to feed child

Annexe 6 : Le Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

Nom de l'élève

Académie :

Département :

Annexe - Projet d'accueil individualisé : PAI

Article D. 351-9 du Code de l'éducation - Circulaire

Le PAI permet aux enfants et adolescents qui présentent des troubles de la santé (physiques ou psychiques) évoluant sur une période longue, de manière continue ou discontinue, d'être accueillis en collectivité scolaire, périscolaire et autres accueils collectifs de mineurs. Il est élaboré avec les responsables légaux, à leur demande, par les équipes de santé de la structure concernée et le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de l'établissement, de la structure ou du service d'accueil d'enfants de moins de 6 ans, garants de la mise en œuvre de la lisibilité et de la communication des procédures.

1 - Renseignements administratifs

Élève	
Nom / Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	

Photo

Responsables légaux ou élève majeur

Lien de parenté	Nom et prénom	☞Domicile	☞Travail	☞Portable	Signature

Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant, y compris ceux chargés de la restauration et du temps périscolaire et à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements qui y sont prévus.

	PAI 1re demande	Modifications éventuelles			
Date					
Classe					

Vérification annuelle des éléments du PAI fournis par la famille : fiche « Conduite à tenir » actualisée, ordonnance récente, médicaments et matériel si besoin					
Date					
Classe					

Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de la structure, le médecin et l'infirmier de l'éducation nationale en cas de changement de prescription médicale. Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à sa mise en place. Seuls l'élève majeur ou les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.

Établissement scolaire et hors de l'établissement scolaire

Référents	Nom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
Chef d'établissement Directeur d'école Directeur d'établissement				

Nom de l'élève

Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure				
Médecin éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil				
Infirmier éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil				

Partenaires

Référents	Nom	Adresse administrative	Signature et Date	Exemplaire reçu le :
Médecins traitants, services hospitaliers				
Représentant du service de restauration				
Responsable des autres temps périscolaires				
Autres				

Toutes les informations nécessaires à la prise en charge de l'élève sont jointes au présent document.

2 - Aménagements et adaptations - partie médecin de l'éducation nationale, de PMI ou de la structure

a. Conséquences de la maladie ou affection, essentielles et utiles pour la compréhension

b. Aménagements du temps de présence dans l'établissement

- Temps partiel : temps de présence évolutif et de prise en charge, horaires décalés (joindre l'emploi du temps adapté)
 Temps de repos
 Dispense partielle ou totale d'activité (EPS, activités manuelles, en lien avec des aliments, des animaux, etc.)
Joindre le certificat d'incapacité EPS

Préciser :

c. Aménagement de l'environnement (selon le contexte)

- Autorisation de sortie de classe (toilettes, boissons, infirmerie, vie scolaire, etc.) Place dans la classe
 Mobilier et matériel spécifique (double jeu de livres, livre numérique, siège ergonomique, informatique, casier, robot)
 Toilettes et hygiène (accès, toilettes spécifiques, aménagements matériels, changes, douche, aide humaine, etc.)
 Récréation et intercourts (précautions vis-à-vis du froid, soleil, jeux, bousculades, etc.)
 Accessibilité aux locaux Environnement visuel, sonore, autre

Préciser :

d. Aménagements à l'extérieur de l'établissement

Le PAI doit suivre l'élève sur ses différents lieux de vie collectifs.

- Déplacements scolaires (salle, restauration scolaire, etc.) Déplacements pour examens
 Sorties sans nuitée Sortie avec nuitée (classes transplantées, voyages scolaires, séjours, etc.)

Préciser si nécessaire du jour au lendemain matin-soir et/ou mesures particulières et joindre une ordonnance claire et précise avec les médicaments avant le départ :

Nom de l'élève

e. Restauration

<input type="checkbox"/> Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective. <input type="checkbox"/> Exécution des allégements dans le régime habituel pratiqué : <input type="checkbox"/> Par le service responsable de la cuisine <input type="checkbox"/> Par l'élève lui-même (affichage INCO) <input type="checkbox"/> Exécution demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution <input type="checkbox"/> Penser repas fourni par la famille (parents, autres de l'établissement ou voisins)	<input type="checkbox"/> Goûter et/ou collations fournis par la famille <input type="checkbox"/> Boissons <input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires <input type="checkbox"/> Priorité de passage ou horaire particulier <input type="checkbox"/> Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement particulier pour l'installation
---	--

Préciser :

f. Soins

Traitement quotidien sur le temps de présence dans l'établissement (cf. ordonnance jointe) :
 Traitement médicamenteux : préciser nom (commercial/générique), posologie, mode de prise, fréquence précis
 Surveillances : préciser qui fait la surveillance, horaires, usuel des données
 Intervention de professionnels de santé sur le temps de présence dans l'établissement protocole joint
 Éléments confidentiels sous pli cacheté à transmettre aux équipes de secours ou au médecin
 Fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » jointe (page 4) Autres soins
 Contenu de la trousse d'urgence :
 PAI obligatoirement Ordonnance Traitements Pli confidentiel à l'attention des secours
 Lieu de stockage de la trousse d'urgence de l'enfant dans l'établissement à préciser :
 Elève autorisé à avoir le traitement d'urgence sur lui avec la fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence ». Autre trousse d'urgence dans l'établissement

Préciser :

g. Adaptations pédagogiques, des évaluations et des épreuves aux examens

Besoins particuliers	Précisions Mesures à prendre (préciser les disciplines si besoin)
<input type="checkbox"/> Aide durant la classe (attention particulière, support d'apprentissage, tableau, écriture, etc.)	
<input type="checkbox"/> Transmission des cours et des devoirs (reproduction des cours, clés USB, espace numérique de l'établissement, classe inversée, etc.)	
<input type="checkbox"/> Transmission et/ou aménagements des évaluations et annales	
<input type="checkbox"/> Proposition d'aménagements des épreuves aux examens, à la demande des responsables légaux	
<input type="checkbox"/> Temps périscolaire (spécificités liées au type d'activités, etc.)	
<input type="checkbox"/> APADHE <input type="checkbox"/> Cueil en scolarité partagée <input type="checkbox"/> Autres dispositions de soutien ou de continuité scolaire :	

Nom de l'élève

3 - Conduite à tenir en cas d'urgence - partie médecin traitant ou à préciser :

Fiche standard – des fiches élaborées avec les sociétés savantes sont disponibles sur Eduscol pour les pathologies les plus fréquentes

Nom/ Prénom :	Date de naissance :
Numéros d'urgence :	
Fiche établie pour la période suivante :	

Dès les premiers signes, faire chercher la trousse d'urgence de l'enfant ainsi qu'un téléphone.

Evaluer la situation et pratiquer :

Signes d'appel visibles	Mesures à prendre	Traitement

Dès les premiers signes de gravité ou si les signes précédents persistent : appeler le 15

Signes de gravité	Mesures à prendre	Traitement

Dans tous les cas, ne pas oublier de tenir la famille informée.

Un courrier avec des informations médicales confidentielles sous pli cacheté à l'attention des services de secours peut être joint à cette fiche de conduite à tenir : Courrier joint : Oui Non

Cachet du médecin :

Date :

Signature du médecin :

Annexe 7 : Questionnaire à destination du milieu scolaire.

Les troubles de l'oralité à l'école.

1 Etes-vous :

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- Professeur des écoles Personnel de cantine préparant les repas Personnel de cantine encadrant les enfants Personnel en charge de l'accueil périscolaire
- Autre...

2 L'école où vous exercez applique t-elle la pédagogie Montessori ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- Oui Non Ne sait pas

3 Avez-vous déjà entendu parler des troubles de l'oralité alimentaire (TOA) / de la dysoralité ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- Oui Non

4 Si oui, de quelle(s) façon(s) ?

Propositions de réponse: Choisissez une ou plusieurs réponses

- Lors de votre formation professionnelle Par le biais de magazines, livres ou sites internet Connaissance d'un enfant présentant un trouble de l'oralité dans votre vie personnelle Rencontre avec un enfant présentant un trouble de l'oralité au sein de l'école
- Autre...

5 Pour vous, qu'est-ce qu'un trouble de l'oralité alimentaire ?

6 Selon vous, quels peuvent être les signes d'un trouble de l'oralité ? :

7 Selon vous, les troubles de l'oralité peuvent être dus à :

Propositions de réponse: Choisissez une ou plusieurs réponses

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Une maladie (organique ou neurologique) | <input type="checkbox"/> Un trouble sensoriel (toucher, goût/odorat) | <input type="checkbox"/> Un trouble psychologique | <input type="checkbox"/> L'environnement familial et l'éducation |
| <input type="checkbox"/> Aucune cause précise | <input type="checkbox"/> Ne sait pas | | |
| <input type="checkbox"/> Autre... | <input type="text"/> | | |

8 Saviez-vous que les orthophonistes sont habilités à prendre en charge les troubles de l'oralité alimentaire ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- Oui Non

9 Quel(s) temp(s) alimentaire(s) supervisez-vous au sein de l'école ?

Propositions de réponse: Choisissez une ou plusieurs réponses

- Déjeuner Goûter Aucun
- Autre...

10 Avez-vous déjà observé des difficultés particulièrement marquées à s'alimenter chez un(des) enfant(s) à l'école ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- Oui Non

11 Si oui, de quelle(s) façon(s) vous y êtes-vous adapté ?

Propositions de réponse: Choisissez une ou plusieurs réponses

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune adaptation particulière | <input type="checkbox"/> Insistance auprès de l'enfant pour qu'il mange | <input type="checkbox"/> Modification de la façon dont l'enfant est installé | <input type="checkbox"/> Adaptation du contenu du repas |
| <input type="checkbox"/> Davantage de temps laissé à l'enfant | <input type="checkbox"/> Tentative de rendre le moment amusant | <input type="checkbox"/> Ne sait pas | |
| <input type="checkbox"/> Autre... <input type="text"/> | | | |

12 En avez-vous informé les parents ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- Oui Non Ne sait pas

13 Au contraire, les parents avaient-ils informé l'école de ces difficultés alimentaires ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- Oui (diagnostic de trouble de l'oralité officiellement posé) Oui (diagnostic de trouble de l'oralité non posé) Non Ne sait pas

14 Pour les professeurs des écoles, y a-t-il des ateliers sensoriels et/ou impliquant la manipulation d'aliments en classe ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- Oui Non Non concerné

15 Si non, pensez-vous qu'il serait-il possible d'en mettre en place ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- Oui Non

16 Un(e) orthophoniste est-elle déjà intervenu(e) dans l'école où vous travaillez au sujet de ces troubles de l'oralité ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- Oui Non Ne sait pas

17 Si oui, de quelle(s) manière(s) ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Rencontre en personne avec le personnel scolaire Contact téléphonique Transmission d'informations par l'intermédiaire des parents Ne sait pas
- Autre...

18 Dans quel(s) but(s) ?

Propositions de réponse: *Choisissez une ou plusieurs réponses*

- Transmission de connaissances générales sur les troubles de l'oralité Transmission d'informations/conseils relatifs à un enfant en particulier Proposition d'adaptation(s) Ne sait pas
- Autre...

19 Aimerez-vous recevoir un complément d'informations sur les troubles de l'oralité ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui Non

20 Si oui, sous quelle forme préféreriez-vous recevoir ces informations ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Document papier expliquant les troubles et les adaptations à mettre en place Intervention en personne de l'orthophoniste pour expliquer les troubles et les adaptations à mettre en place Intervention en personne de l'orthophoniste + document papier récapitulatif
- Autre...

21 Pensez-vous qu'un complément d'information sur ces troubles de l'oralité vous permettrait de mieux aider les enfants concernés ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui Non

22 D'après vous, malgré un complément d'information ou de formation, d'autres facteurs pourraient-ils rendre difficile l'adaptation à ces enfants présentant un TOA ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

Oui Non

23 Si oui, lequel/ lesquels ?

Propositions de réponse: *Choisissez une ou plusieurs réponses*

Manque de temps Manque de moyens (pas de matériel adapté, impossibilité d'un repas différent ...)

Nombre important d'élèves à gérer simultanément Ne sait pas

Autre...

24 Nous avons terminé; avez-vous quelque-chose à ajouter ?

Annexe 8 : Questionnaire destiné aux orthophonistes libéraux.

Intervention orthophonique en milieu scolaire dans le cadre des troubles de l'oralité.

1 Exercez-vous en tant qu'orthophoniste libéral(e) ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui Non

2 Depuis combien d'années exercez-vous ?

3 Avez-vous suivi une(des) formation(s) complémentaire(s) (formation continue) sur les troubles de l'oralité alimentaire ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui Non

4 Suivez-vous/avez-vous suivi des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui Non

5 Environ combien d'enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire avez-vous suivis ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- entre 1 et 5 (inclus) entre 6 et 10 (inclus) entre 11 et 20 (inclus) plus de 20

6 Quelle(s) difficulté(s) alimentaire(s) étaient principalement présentée(s) par ces enfants ?

Propositions de réponse: *Choisissez une ou plusieurs réponses*

- Evitement/refus de certaines textures Alimentation sélective (nombre d'aliments) Difficultés de succion Difficultés de mastication
- Refus total de s'alimenter
- Autre...

7 Quelle était la cause la plus fréquente de leurs difficultés alimentaires ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Trouble neurologique Trouble sensoriel Trouble psychologique Pathologie médicale/organique Environnement familial/éducatif
- Cause non identifiée
- Autre...

8 Ces enfants étaient-ils scolarisés ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Aucun Quelques-uns La plupart Tous

9 En cas de scolarisation, mangeaient-ils à la cantine régulièrement ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Aucun Quelques-uns La plupart Tous

10 De manière générale, la cantine et/ou les goûters à l'école semblaient-ils bien vécus par ces enfants ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui Non Ne sait pas

11 La cantine était-elle parfois spécifiquement évitée à cause des troubles de l'oralité ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui Non Ne sait pas
-

12 Si oui, ces enfants manifestaient-ils malgré tout l'envie de manger à la cantine ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui Non Ne sait pas

13 Avez-vous déjà souhaité mettre en place des adaptations en milieu scolaire pour ces enfants ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui Non

14 Laquelle/lesquelles ?

Propositions de réponse: *Choisissez une ou plusieurs réponses*

- PAI (projet d'accueil individualisé) Apport de son propre panier-repas Aménagement du cadre du repas (temps, installation de l'enfant ...) Adaptation du contenu des repas
- Carnet de liaison entre la famille et l'école sur le déroulement des repas Accompagnement par un adulte lors des repas
- Autre...

15 Ces aménagements ont-ils pu être réalisés conformément à ce que vous souhaitiez ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Jamais Rarement Parfois Souvent Presque toujours Toujours

16 A quelle fréquence intervenez-vous auprès des écoles au sujet de ces troubles de l'oralité ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Jamais Rarement Parfois Souvent Presque toujours Toujours

17 Dans quel(s) but(s) ?

Propositions de réponse: *Choisissez une ou plusieurs réponses*

- Transmission de connaissances générales sur les TOA aux professionnels scolaires Transmission d'informations et conseils personnalisés pour un enfant avec TOA Proposition d'adaptation(s)
- Autre...

18 De quelle(s) manière(s) ?

Propositions de réponse: *Choisissez une ou plusieurs réponses*

- Contact téléphonique Intermédiaire des parents Déplacement en personne dans les écoles
 Autre...

19 Auprès de quel(s) professionnel(s) scolaires êtes-vous déjà intervenu(e) ?

Propositions de réponse: *Choisissez une ou plusieurs réponses*

- Professeurs des écoles Personnel de cantine Personnel de l'accueil périscolaire Direction Aucun

20 Votre intervention en milieu scolaire a-t-elle été facile ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui Non

21 Si non, quel(s) facteur(s) a(ont) pu y faire obstacle ?

Propositions de réponse: *Choisissez une ou plusieurs réponses*

- Manque de temps Communication difficile avec le milieu scolaire Refus du milieu scolaire Repas déjà préparés en milieu scolaire rendant difficile une adaptation
 Autre...

22 Selon vous, serait-il bénéfique à la prise en charge orthophonique et l'amélioration des troubles d'intervenir dans le milieu scolaire dans sa globalité et de sensibiliser tous les professionnels (professeurs des écoles, personnel de cantine, accueil périscolaire ...) aux TOA ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui Non

23 Selon vous, serait-il bénéfique de renforcer l'intervention de l'orthophoniste auprès du milieu scolaire :

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse dans chaque rangée*

Oui Non

Intervention orthophonique en milieu scolaire dans le cadre des troubles de l'oralité.

concernant la transmission d'informations générales sur les TOA ?

concernant la mise en place d'adaptations pratiques lors des repas ?

24 Selon vous, serait-il souhaitable de sensibiliser les professionnels scolaires aux comportements favorables à adopter avec les enfants TOA ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

Oui Non

25 Si oui, quels sont selon vous ces comportements favorables ?

26 Selon vous, si cela était possible, serait-il bénéfique pour ces enfants d'intégrer des ateliers de manipulation d'aliments en classe ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

Oui Non

27 Nous avons terminé : avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe 9 : Complément de questionnaire à destination des orthophonistes.

Intervention orthophonique en milieu scolaire dans le cadre des TOA. (Complément)

1 Exercez-vous en tant qu'orthophoniste libéral(e) ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

Oui Non

2 Suivez-vous/avez vous suivi des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

Oui Non

3 Parmi ces enfants, quelle(s) tranche(s) d'âge serait(aient) la(les) plus représentée(s) ?

Propositions de réponse: *Changez l'ordre selon vos préférences (1 = le plus important, dernier = le moins important)*

Entre 0 et 6 mois (inclus)	<input type="text"/>
Entre 6 mois et 1 an (inclus)	<input type="text"/>
Entre 1 an et 3 ans (inclus)	<input type="text"/>
Entre 3 et 6 ans (inclus)	<input type="text"/>
Entre 6 et 12 ans (inclus)	<input type="text"/>
Plus de 12 ans	<input type="text"/>

4 Ces enfants étaient-ils scolarisés?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

Aucun Quelques-uns La plupart Tous

Intervention orthophonique en milieu scolaire dans le cadre des TOA. (Complément)

5 Si oui, ces enfants étaient principalement scolarisés ... ?

Propositions de réponse: Changez l'ordre selon vos préférences (1. = le plus important, dernier = le moins important)

En école maternelle

En école élémentaire

Au collège

Autre



Lacheré Fanny. **Les troubles de l'oralité en milieu scolaire : quelle prise en considération ?**

Résumé : Pour les enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire (TOA), la prise des repas s'avère particulièrement problématique et anxiogène. Aussi, lorsque l'enfant atteint l'âge scolaire, celui-ci peut être amené à fréquenter la cantine de façon récurrente. Bien que des aménagements matériels soient possibles, comme notamment le PAI, la sensibilisation du personnel scolaire est également primordiale afin de favoriser le bien-être de l'enfant et l'évolution positive des troubles. Ce mémoire avait pour objectif d'évaluer les connaissances relatives aux TOA des personnes exerçant en écoles maternelles, ainsi que d'appréhender les pratiques d'intervention des orthophonistes libéraux auprès du milieu scolaire. Cette étude semble mettre en évidence un manque d'information des professionnels scolaires, pouvant entraver une adaptation comportementale optimale et/ou le dépistage des troubles. De même, l'intervention orthophonique au sein des écoles dans le cadre des TOA semble être globalement peu fréquente, indirecte et à visée plus adaptative que préventive. Toutefois, davantage de recherches restent à mener afin d'admettre une généralisation de ces résultats.

Mots-clés : Trouble de l'oralité alimentaire – Ecole – Restauration scolaire – Pratiques professionnelles – Prévention.

s

Abstract : For children with feeding disorders, meal times are really problematic and often induce anxiety. Moreover, school aged children are led to go the canteen several times a week. Even if some material adjustments are possible, such as the PAI, it is also essential to raise awareness of these disorders with school personnel and that the latter react appropriately, so as to enable the well-being of those children and the positive development of their difficulties. The aim of this research was to assess the knowledge of people working in nursery schools, and to understand the practice of speech language pathologists (SLP) towards school environment. This study brought to light a lack of information of school professionals, that may hinder their ability to adapt their behaviour or detect the disorders. SLP also don't seem to intervene frequently within schools ; their actions are mostly indirect and involve adjustments more than prevention. Further researches are however needed to generalize the results.

Keywords : Feeding disorders – School – School Canteen – Professional Practices – Prevention.