



UNIVERSITÉ DE NANTES

Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales

Année Universitaire 2020-2021

Mémoire

Pour l'obtention du

Certificat de Capacité en Orthophonie

La prise en soin paramédicale et psychologique des
Troubles alimentaires pédiatriques :
réalisation d'un schéma pour faciliter l'orientation
des pédiatres et des médecins généralistes

Présenté par *Anna JULE*

Née le 02/05/1992

Président du Jury : Madame SOYER-GAYOUT Laure – Orthophoniste - Psychologue

Directrice du Mémoire : Madame ESNAULT Anne – Orthophoniste, chargée de cours

Co-directrice du Mémoire : Madame BOUTIN Soizic – Orthophoniste, chargée de cours

Membres du jury : Madame DANIEL Johana – Médecin généraliste

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire :

Anne Esnault et Soizic Boutin, pour avoir accepté d'encadrer mon projet. Merci pour votre aide, vos partages de connaissances et d'expériences cliniques et vos nombreuses relectures.

Les thérapeutes qui ont participé à mes entretiens semi-dirigés et les professionnels qui ont revu mon schéma et mon questionnaire.

Les personnes qui ont accepté de diffuser mon questionnaire, ainsi que les médecins généralistes et les pédiatres qui y ont répondu.

Mes maitres de stages, Soizic Boutin et Axelle Guiho, pour m'avoir permis cette année, d'illustrer mon travail de recherche par des expériences cliniques.

Docteur Micheline Le Moigne, pour ses conseils et sa bienveillance.

Ma famille, pour leur soutien, leurs conseils, leurs encouragements et leur foi indéfectible en ma réussite. Merci de m'avoir permis de me lancer dans cette aventure passionnante qu'est l'orthophonie.

Maud Charuel, orthophoniste, pour m'offrir la possibilité de rendre l'aventure toujours plus concrète. Merci pour toute la confiance que tu m'accordes.

Mes amis, pour leur soutien, leurs encouragements et les moments de rires, de joie et de détente.

Margaux, pour avoir cru en mon projet et pour ses nombreux conseils.

Jeanne, pour son enthousiasme et son imagination.

Mahaut, pour cette belle rencontre tombée à point nommé.

Gaby, pour toujours avoir le mot juste.

Cédric, pour sa présence, son écoute et ses conseils. Merci d'être qui tu es.



UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES TECHNIQUES MÉDICALES

U.E.7.5.c Mémoire Semestre 10

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie
Directeur : Pr Florent ESPITALIER
Co-Directrices Pédagogiques : Mme Emmanuelle PRUDHON
Directrice des Stages : Mme Annaïck LEBAYLE-BOURHIS

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

« Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

Engagement de non-plagiat

Je, soussigné(e) Anna Julé, déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes ses formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à : Nantes

Le 24/05/2021

Signature :

TABLE DES MATIERES

Introduction	8
---------------------------	----------

PARTIE THÉORIQUE 9

1 Le développement de l'oralité alimentaire..... 9

1.1 L'oralité primaire.....	9
-----------------------------	---

1.2 L'oralité secondaire	10
--------------------------------	----

1.3 Sensorialité et oralité	11
-----------------------------------	----

1.4 Aspects psychosociaux	11
---------------------------------	----

2 Les Troubles alimentaires pédiatriques 12

2.1 Terminologie et définition	13
--------------------------------------	----

2.2 Classifications internationales et critères diagnostiques	14
---	----

2.2.1 DSM-5.....	14
------------------	----

2.2.2 CIM 10	14
--------------------	----

2.2.3 Critères diagnostiques de Praveen S. Goday et de ses collaborateurs (2019)....	15
--	----

2.3 Etiologies	16
----------------------	----

2.3.1 Organiques	16
------------------------	----

2.3.2 Neurologiques	16
---------------------------	----

2.3.3 Psychogènes	16
-------------------------	----

2.3.4 Post-traumatiques	17
-------------------------------	----

2.3.5 Sensorielles.....	17
-------------------------	----

2.4 Manifestations	17
--------------------------	----

2.4.1 Les manifestations d'ordre sensori-moteur et praxique	17
---	----

2.4.2 Les manifestations d'ordre sensoriel.....	18
---	----

2.4.3 Les manifestations et les facteurs d'ordre psychosocial	19
---	----

2.4.4 Les manifestations nutritionnelles.....	20
---	----

2.5 Prévalence.....	20
---------------------	----

3	Rôles et implication des professionnels de l'étude en France.....	21
3.1	Le médecin généraliste et le pédiatre	21
3.2	L'orthophoniste	22
3.2.1	Évaluation.....	22
3.2.2	Prise en soin	24
3.2.3	Dysphagie.....	24
3.2.4	Accompagnement parental	25
3.3	Le psychomotricien	25
3.4	L'ergothérapeute.....	26
3.5	Le masseur-kinésithérapeute	27
3.6	Le diététicien	28
3.7	Le psychologue.....	29
3.8	Implication des différentes disciplines dans les revues professionnelles	29
4	L'approche en équipe interdisciplinaire	30
4.1	Approches comportementales.....	31
4.2	Approches sensorielles et motrices.....	31
4.3	Approches nutritionnelles.....	32
	PARTIE PRATIQUE.....	33
1	Problématique et hypothèse	33
2	Méthodologie.....	33
2.1	Revue de littérature : les TAP dans les revues professionnelles	34
2.2	Le schéma et le questionnaire.....	35
2.2.1	La population.....	35
2.2.2	Le choix et la réalisation du schéma	35
2.2.3	Le questionnaire	36
2.2.3.1	Le choix de l'outil	36

2.2.3.2	Objectifs du questionnaire	36
2.2.3.3	Le contenu et la forme du questionnaire	36
2.2.3.4	Le recrutement	38
2.2.3.5	La période	38
3	Résultats et analyse	38
3.1	Profil des participants	38
3.1.1	Description générale de l'échantillon.....	38
3.1.2	Description des connaissances et de la pratique de l'échantillon au regard des TAP... 39	
3.2	Résultats.....	40
3.2.1	Description des connaissances et des pratiques de l'échantillon concernant l'orientation des patients ayant des difficultés alimentaires ou un TAP	40
3.2.2	Evaluation du schéma.....	46
4	Discussion	48
4.1	Validation des hypothèses	48
4.2	Discussion des résultats	49
4.2.1	Implication et définition du rôle des professionnels de l'étude dans la prise en soin des TAP	49
4.2.1.1	Textes officiels et référentiels d'activités	50
4.2.1.2	Formations initiales.....	51
4.2.1.3	Dans la littérature scientifique	52
4.2.2	Les obstacles à l'orientation des patients présentant des difficultés alimentaires ou un TAP : « <i>Un titre ne certifie pas une compétence</i> »	53
4.2.2.1	Formations continues	53
4.2.2.2	Frontières et expériences.....	54
4.2.2.3	La nécessité d'une mise en réseau	55
4.2.3	L'amélioration du schéma	55
4.3	Biais méthodologiques	55
4.4	Perspectives	56

Conclusion.....	57
Bibliographie.....	58
Annexes	71
Annexe 1. Critères diagnostiques proposés par Praveen S. Goday et ses collaborateurs	71
Annexe 2. Styles de comportementaux parentaux (Kerzner et al., 2015)	72
Annexe 3. Illustration du rôle des professionnels de l'étude en équipe interdisciplinaire ...	73
Annexe 4. Exemples de stratégies comportementales (Morris et al., 2017)	77
Annexe 5. Schéma, réalisé dans le cadre de ce mémoire, illustrant le rôle du psychologue et de paramédicaux (orthophonistes, MK, psychomotriciens, ergothérapeutes et diététiciens) dans la prise en soin des TAP.....	78
Annexe 6. Questionnaire	79
Annexe 7. Description générale de l'échantillon, par discipline.....	89
Annexe 8. Description des connaissances et de la pratique de l'échantillon au regard des TAP, par discipline.....	91
Annexe 9. Commentaires : « Selon vous, quel est ou quels sont le(s) bilan(s) médical/médicaux qui pourrai(en)t être à investiguer en cas de difficultés alimentaires chez l'enfant ? »	94
Annexe 10. Rôle attribué aux professionnels de l'étude dans l'évaluation et le traitement de troubles liés aux TAP	95
Annexe 11. Commentaires : « Le schéma vous semble-t-il lisible et compréhensible ? » ..	96
Annexe 12. Commentaires : « Quelles informations auriez-vous aimé voir apparaître sur le schéma pour vous aider dans l'orientation des patients ayant des difficultés alimentaires ou un Trouble alimentaire pédiatrique ? ».....	97
Annexe 13. Décrets de compétences des professionnels de l'étude.....	98
Annexe 14. Schéma révisé	102

Introduction

Les troubles de l'oralité alimentaire (TOA) ou troubles alimentaires pédiatriques (TAP) (Godard et al., 2019) sont complexes. Ils présentent différents aspects intimement liés : médicaux, moteurs et sensoriels, psychosociaux et nutritionnels (Godard et al., 2019). De ce fait, de nombreux professionnels sont impliqués dans leur prise en soin.

Le médecin généraliste et le pédiatre sont souvent les premiers professionnels de santé vers qui les parents se tournent lorsqu'ils présentent une inquiétude pour leur enfant. Selon les besoins, ils orientent vers différents professionnels. Or, l'orientation des patients présentant des difficultés alimentaires ou des troubles alimentaires pédiatriques (TAP) peut être difficile (Morris et al., 2017). Les médecins généralistes et les pédiatres souhaiteraient obtenir davantage d'informations sur ces troubles et sur le rôle des professionnels, de façon à améliorer leur orientation (Noton, 2020). C'est à partir de ces constats que naît notre problématique : **un schéma illustrant le rôle du psychologue et des paramédicaux impliqués dans la prise en soin des TAP (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, masseurs kinésithérapeutes et diététiciens) aide-t-il les médecins généralistes et les pédiatres à orienter les patients présentant des difficultés alimentaires ?**

Afin d'y répondre, nous proposerons dans un premier temps un schéma illustrant le rôle de ces professionnels dans la prise en soin des TAP, réalisé grâce aux informations recueillies dans notre partie théorique. Celle-ci présente le développement de l'oralité alimentaire, définit les TAP et expose le rôle des professionnels de l'étude en France ainsi que différentes approches thérapeutiques pratiquées auprès des enfants ayant des difficultés alimentaires ou un TAP. Ensuite, nous interrogerons les médecins généralistes et les pédiatres à l'aide d'un questionnaire ayant pour objectif de :

- Présenter les connaissances et la pratique des médecins généralistes et des pédiatres en ce qui concerne l'orientation des enfants présentant des difficultés alimentaires ou un TAP ;
- Évaluer l'informativité et l'utilité concrète du schéma créé ;
- Mieux définir les besoins et les attentes des médecins généralistes et des pédiatres en ce qui concerne la création d'un tel outil.

Enfin nous présenterons nos résultats, les discuterons et proposerons des ouvertures pour un travail futur.

PARTIE THÉORIQUE

1 Le développement de l'oralité alimentaire

Le développement de l'oralité alimentaire est généralement décrit en deux étapes : l'oralité primaire ou réflexe et l'oralité secondaire ou volontaire. L'oralité primaire débute vers le troisième mois de gestation pour faire place à l'oralité secondaire entre quatre et sept mois après la naissance (Couly, 2017 ; Thibault, 2017). Elle se développe jusqu'à l'âge de six ans environ (Thibault, 2017). Par ailleurs, le développement de l'oralité alimentaire est indissociable du développement sensoriel et psychosocial de l'enfant. Dans cette partie, nous présenterons le développement de l'oralité alimentaire primaire et secondaire, ainsi que les aspects sensoriels et psychosociaux qui y sont étroitement liés.

1.1 L'oralité primaire

L'oralité primaire repose sur une boucle sensori-motrice réflexe gérée principalement par le tronc cérébral.

Au cours du troisième mois de gestation, les premières manifestations de l'oralité alimentaire apparaissent avec le réflexe de Hooker déclenché au contact des mains vers la bouche. Il entraîne une ouverture buccale et une protraction linguale (Thibault, 2017). Cette étape donne naissance à la fonction orale d'exploration. Vers la 10^{ème} semaine d'aménorrhée apparaît le réflexe de succion. La séquence succion-déglutition apparaît ensuite entre la 12^{ème} et la 15^{ème} SA (Thibault, 2017). Le fœtus entraîne cette séquence grâce à la succion de ses doigts et de ses orteils et par la déglutition du liquide amniotique tout au long de la grossesse, afin qu'elle soit opérationnelle à la naissance (Haddad, 2017).

La naissance implique le passage à une alimentation qui ne s'effectue plus de manière passive et continue (Couly, 2015). En effet, le nouveau-né manifeste sa faim, dont l'assouvissement dépend de son environnement. De plus, la séquence succion-déglutition intègre une nouvelle composante : la ventilation. Jusqu'à environ six mois, cette séquence s'effectuera de manière réflexe par des mouvements linguaux de « suckling » (mouvements antéro-postérieurs). Les réflexes archaïques apparus et entraînés in-utero, sont déclenchés par des stimulations sensorielles péri-orales (Couly, 2015; Senez, 2015; Thibault, 2015b). Ils permettent au bébé de s'orienter pour assurer sa succion et de s'alimenter en toute sécurité grâce à la protection des voies aériennes. Parmi eux figurent le réflexe de Hooker (Haddad, 2017), le réflexe de fouissement, le réflexe antagoniste d'ouverture et de fermeture de la bouche, le réflexe des

points cardinaux, le réflexe de succion, le réflexe de morsure (ou de jaillissement, ou de pression alternative), le réflexe de protrusion et d'orientation de la langue (Senez, 2015). Ils sont amenés à s'estomper puis disparaître avec la corticalisation cérébrale, entre le quatrième et le septième mois de vie. Seuls les réflexes de protection persistent lors de l'oralité secondaire : le réflexe de toux et le réflexe nauséeux (Thibault, 2017).

1.2 L'oralité secondaire

L'oralité secondaire est marquée par l'introduction de la cuillère et le développement de la praxie de mastication (Couly, 2010). Elle correspond également à la période de diversification alimentaire, en termes de goûts et de textures. Les séquences motrices jusqu'alors réflexes deviennent volontaires grâce au développement des structures corticales suivantes : voies descendantes de l'opercule rolandique faisceau cortico-nucléaire, noyaux gris centraux et faisceau pyramidal (Abadie et al., 2018). La transition de l'oralité primaire vers l'oralité secondaire est progressive. Elle permet l'introduction d'une alimentation solide, se présentant d'abord sous forme semi-liquide, puis d'aliments écrasés et enfin d'aliments à croquer et à mâcher (Grevesse et al., 2020).

L'enfant est d'abord nourri de façon complémentaire au sein ou au biberon et à la cuillère. Selon Michèle Puech et Danièle Vergeau (2004), orthophonistes, il met en place une double stratégie alimentaire entre 6 et 12 mois faisant intervenir deux types de mouvements linguaux : au « suckling » (mouvements antéro-postérieurs) s'ajoute le « sucking » (mouvements du haut vers le bas). Cependant, le « suckling » laisse place peu à peu au « sucking » au cours du développement sensori-moteur. Le « suckling » est en relation directe avec la posture en décubitus et la flexion du nourrisson. Le « sucking » lui, n'est possible que lorsque l'enfant peut se tenir en position verticale. Ceci permet également les mouvements de la mandibule et prépare à la mastication. Progressivement, l'enfant contrôle de mieux en mieux la présence des aliments en bouche grâce à la mobilisation latérale et le malaxage de ceux-ci (Abadie et al., 2018) Cette fonction est préalable à la mastication (Puech & Vergeau, 2004).

Selon Gérard Couly (2010), la praxie de mastication est rendue possible grâce à l'éruption dentaire qui se déroule entre 6 et 36 mois. La mastication se met en place au cours de la deuxième année et nécessite l'entraînement et la coordination des structures buccales. Le geste mandibulaire est antéropostérieur jusqu'à trois ans. Il devient hélicoïdal autour de six ou sept ans grâce au développement des mouvements de latéralisation et de diduction de la mandibule.

Le développement de l'oralité alimentaire ne repose pas uniquement sur la fonctionnalité de structures anatomiques. Il nécessite également le bon fonctionnement du système sensoriel.

1.3 Sensorialité et oralité

Le traitement sensoriel se définit par la capacité à détecter des informations sensorielles dans l'environnement, à les organiser et à les interpréter de manière à produire une réponse motrice appropriée (Miller & Schaaf, 2008). La perception des stimuli sensoriels influence donc la réponse motrice du sujet dans son environnement. Les capacités de traitement des informations sensorielles se développent grâce aux interactions sensori-motrices continues entre l'individu et son environnement (Cisek & Kalaska, 2010). Les expériences sensorielles répétées permettent l'ajustement des réponses motrices et du contrôle postural (Dusing, 2016).

Manger est un acte multisensoriel. Il implique la totalité des sens : la vue, l'odorat, le toucher, l'olfaction et le goût (Barbier, 2014). Il engage le traitement d'informations sur la texture, la consistance et la température des aliments. Il nécessite également l'intervention du système vestibulaire responsable de l'équilibre, qui permet de tenir assis sur une chaise et le système proprioceptif qui renseigne sur la position du corps dans l'espace (Barbier, 2014 ; Boudou & Lecoufle, 2015). S'alimenter est donc un acte qui requiert l'intégrité des processus de traitement des informations sensorielles (Barbier, 2014).

1.4 Aspects psychosociaux

Le développement de l'oralité alimentaire présente également des aspects psychosociaux.

L'oralité alimentaire est considérée comme l'un des supports fondamentaux de la création du lien mère-enfant. En effet, la théorie de l'attachement décrite par John Bowlby (1978 et 1984) définit la bouche comme l'un des éléments centraux de la construction de ce lien (cité dans Golse & Guinot, 2004). De façon cyclique, alternant des phases de déplaisir et de plaisir, le nourrisson ressent un manque, manifeste sa faim et la mère satisfait ce besoin à travers « un remplissage alimentaire, sensoriel et affectif » (Abadie, 2004, p. 62). La mère construit son rôle de mère nourricière, compétente et reconnue comme telle (Thibault, 2017). L'allaitement au sein ou au biberon représente un espace d'interactions au sein duquel se tissent les premiers liens d'attachement, indispensables au bon développement psychique de l'enfant. Si l'oralité primaire est le lieu de l'attachement, l'oralité secondaire marque davantage l'autonomie de l'enfant, l'affirmation de soi, et l'apprentissage des conventions sociales.

Le passage à l'oralité secondaire est la période au cours de laquelle l'enfant se détache de sa mère et acquiert de l'autonomie (Thibault, 2015b). Par ailleurs, l'enfant prend conscience de son pouvoir sur le monde extérieur, notamment sur sa mère qu'il peut satisfaire ou stresser à travers son comportement d'acceptation ou de refus face aux aliments (Abadie, 2004). En outre, le passage à table permet la familiarisation avec les règles du vivre-ensemble. L'enfant apprend par imitation (Thibault, 2017) et y expérimente les interdits et les frustrations participants à sa construction psychique (Couly, 2010). Les parents sont à la fois nourriciers et éducateurs : ils font découvrir à leur enfant de nouvelles saveurs et textures et transmettent les traditions sociales et culturelles (Abadie et al., 2018).

L'oralité tertiaire ou « cognitive » est une notion introduite par Elisa Levavasseur (2017), orthophoniste, qui décrit l'influence de l'environnement sur le vécu alimentaire de l'enfant. Vers 30-36 mois, l'enfant se crée une représentation autour de l'alimentation. Le plaisir et le déplaisir vécus à travers les aliments ne sont plus simplement fonction de la sensorialité et des compétences motrices de l'enfant mais dépendent des représentations qu'il s'est construites d'après les flux sensoriels et l'étayage proposé par l'environnement. Les expériences alimentaires de l'enfant dépendent et sont influencées par le comportement de l'entourage proche.

Le développement de l'oralité alimentaire participe donc à la construction psychique de l'individu et dépend en partie de l'environnement.

Le développement de l'oralité alimentaire est un processus long et complexe permettant la diversification et l'autonomie alimentaires de l'enfant. Parfois, l'oralité alimentaire est troublée.

2 Les Troubles alimentaires pédiatriques

En 2007, l'une des pionnières de la rééducation orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire en France, Catherine Thibault, les définit de la manière suivante : « [Ils correspondent] à l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale. Il peut s'agir de troubles par absence de comportement spontané d'alimentation, ou par refus d'alimentation » (2017, p. 70). La conception de ces troubles ne cesse d'évoluer et de se préciser. A ces difficultés peuvent s'ajouter des troubles de la déglutition, appelés dysphagies (Arvedson, 2008). Nous choisirons de nous référer à l'ensemble de ces troubles par le terme de Troubles alimentaires pédiatriques (Goday et al., 2019) et nous en détaillerons la définition et les caractéristiques.

2.1 Terminologie et définition

Dans la littérature francophone, il n'existe pas de consensus sur la dénomination de ces troubles. Les termes utilisés sont les suivants : troubles de l'oralité alimentaire (TOA), dysoralité (Thibault, 2017), troubles du comportement alimentaire (Abadie, 2004 ; Thibault, 2017), dysoralité sensorielle (Senez, 2015), aversion alimentaire d'origine sensorielle (Senez, 2015), troubles ou difficultés alimentaires, etc. Chacun des termes définit les difficultés alimentaires de manière particulière, de sorte qu'ils ne recouvrent pas exactement la même réalité. Dans la littérature anglophone, les termes sont également nombreux et décrivent des difficultés nuancées : feeding/eating disorders, impaired feedings, sensory food aversions (Chatoor, 2002), picky eating, fussy eating (Kerzner et al., 2015), etc. Pourtant, l'utilisation d'un terme unique et spécifique, et de ce fait, l'adoption d'une définition diagnostique commune faciliterait la communication autour de ces troubles.

Jusqu'à récemment, il n'y avait donc pas de consensus sur la définition des troubles alimentaires en langue anglaise. En 2019, une nouvelle terminologie diagnostique est proposée par une équipe de spécialistes. Elle se base sur la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Praveen S. Goday, gastro-entérologue pédiatrique, et ses collaborateurs (2019) utilisent l'expression suivante : « Pediatric Feeding Disorders » (PFD), pouvant se traduire par Troubles alimentaires pédiatriques (TAP). Ils se définissent par **l'altération des prises alimentaires, inappropriées par rapport à l'âge de développement de l'enfant, associée à un ou plusieurs domaines suivants :**

- **domaine médical ;**
- **domaine nutritionnel ;**
- **domaine des fonctions alimentaires d'ordre sensori-moteur et sensoriel ;**
- **domaine psychosocial.**

La définition proposée par Praveen S. Goday et ses collaborateurs (2019) est intéressante pour plusieurs raisons. En effet, elle a pour objectif d'unifier la conception des difficultés alimentaires chez l'enfant. De plus, elle prend en compte et inclut quatre domaines liés et complémentaires relatifs aux TAP et cités précédemment. Ainsi, elle favorise l'inclusion des différents professionnels concernés par ces troubles. De ce fait, l'utilisation de cette définition diagnostique permettrait d'offrir aux enfants et à leur famille une prise en soin complète et cohérente en facilitant les échanges entre les professionnels et en favorisant la reconnaissance

de leurs compétences (Godoy et al., 2019). C'est pourquoi, nous choisirons de nous référer à ces troubles par le terme Troubles alimentaires pédiatriques (TAP).

Les critères diagnostiques proposés par Praveen S. Goday et ses collaborateurs (2019) permettent donc de caractériser le profil de l'enfant selon ses difficultés : médicales, nutritionnelles, psychosociales et difficultés en lien avec les fonctions alimentaires. Elle permet également d'inclure une population d'enfants non reconnue par les classifications internationales.

2.2 Classifications internationales et critères diagnostiques

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5 (DSM-5) et la Classification internationale des maladies, 10^{ème} révision (CIM-10) sont des références en termes de définition diagnostique. Cependant, les critères diagnostiques des troubles alimentaires chez l'enfant ne permettent pas de prendre en compte toute la population concernée.

2.2.1 DSM-5

Le DSM-5 présente un large chapitre sur les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion alimentaire. Parmi ces troubles se trouve celui de Restriction ou évitement de l'ingestion des aliments, plus connu sous son acronyme anglais ARFID (Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder). Il « n'est pas dû à une affection médicale concomitante ou un à trouble mental. » (Mini DSM-5, 2016, p. 154). Dans le cas d'une comorbidité, le trouble de l'alimentation doit dépasser la sévérité de ce qui est habituellement observé dans la pathologie associée ou sous-jacente. Cela exclut une partie de la population et notamment les enfants qui présentent des difficultés oro-motrices (Kleinert, 2017 ; Silverman et al., 2010), que l'on retrouve par exemple dans le cas de Troubles du spectre de l'autisme (TSA) (Prudhon, 2019).

2.2.2 CIM 10

La CIM-10 (Organisation mondiale de la Santé, 1992) classe ces troubles en trois catégories :

- *Autres troubles de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant (F98.2)*, qui requiert l'absence de troubles organiques. Or, les classifications étiologiques des troubles alimentaires chez l'enfant incluent les origines organiques (Abadie, 2004 ; Chatoor, 2002 ; Thibault, 2017).
- *Difficultés nutritionnelles et nutrition inadaptée (R63.3)*, qui est non spécifique et qui implique une recherche diagnostique par exclusion.

- *Problèmes alimentaires du nouveau-né (P92)*, qui est caractérisée par des symptômes cliniques spécifiques (vomissements, alimentation lente, etc.)

Les critères diagnostiques proposées par Praveen S. Goday et ses collaborateurs (2019) permettent de considérer la présence de troubles alimentaires chez les enfants présentant d'autres pathologies et de préciser la nature des difficultés.

2.2.3 Critères diagnostiques de Praveen S. Goday et de ses collaborateurs (2019)

Selon les critères diagnostiques de ces auteurs (Annexe 1, p. 71), les troubles correspondent à l'altération de la prise alimentaire orale, c'est-à-dire à une perturbation de la consommation de nourriture et de liquides, et donc des apports nutritionnels. De plus, la prise alimentaire orale est inappropriée par rapport à l'âge de l'enfant. Ce critère permet d'inclure les enfants présentant des retards de développement, qui pourraient avoir des capacités appropriées à leur niveau de développement mais pas à leur âge. En outre, les troubles alimentaires sont qualifiés d'aigus lorsque leur durée est comprise entre deux semaines et trois mois, et chroniques lorsqu'ils perdurent au-delà de trois mois. Enfin, les troubles interfèrent avec les activités de la vie quotidienne et conduisent à des restrictions de participation ou à la nécessité de s'adapter à l'environnement.

Le TAP implique un ou plusieurs dysfonctionnements spécifiques dans au moins l'un des quatre domaines suivant, étroitement liés : médical, nutritionnel, psychosocial et celui des fonctions alimentaires d'ordre sensori-moteur et sensoriel. Tous les enfants ne présentent pas de troubles dans les quatre domaines. Cependant, une évaluation dans ces quatre domaines est fortement recommandée afin de mieux cibler l'origine des troubles et de favoriser la mise en place d'un traitement efficace (Goday et al., 2019).

Comme spécifié précédemment, l'intérêt de la définition de Praveen S. Goday et de ses collaborateurs réside dans la classification en quatre domaines des difficultés et processus rencontrés dans les TAP car elle facilite l'inclusion des disciplines pertinentes dans l'évaluation et le traitement de ces troubles. Nous allons donc présenter les différentes caractéristiques des TAP selon leur nature : médicale, motrice et sensorielle, nutritionnelle et psychosociale, en termes d'étiologies et de manifestations.

2.3 Etiologies

Les troubles alimentaires chez l'enfant sont complexes et leur étiologie est souvent multifactorielle (Cascales et al., 2014 ; Morris et al., 2017). En nous inspirant des classifications existantes, nous distinguons cinq étiologies : organique, neurologique, psychogène, post-traumatique et sensorielle, bien qu'il y ait rarement une cause isolée (Cascales et al., 2014 ; Edwards et al., 2015b ; Kleinert, 2017 ; Morris et al., 2017). Elles peuvent être catégorisées dans les quatre domaines cités précédemment selon leur nature : médical, moteur et sensoriel, nutritionnel et psychosocial. La prise en compte des étiologies permet de traiter la cause des troubles lorsque cela est possible et/ou de mieux comprendre et s'adapter aux difficultés de l'enfant.

2.3.1 Organiques

Les troubles alimentaires peuvent être secondaires à une pathologie organique. En effet, ils peuvent être concomitants à des pathologies digestives, comme par exemple les maladies cœliaques, le reflux gastro-œsophagien (Abadie, 2004 ; Chatoor, 2002), les œsophagites à éosinophiles (Noel et al., 2004), les anomalies congénitales comme les fentes oro-faciales (Thibault, 2017 ; Kleinert, 2017) et les malformations digestives telles que les atrésies de l'œsophage (Kleinert, 2017). Les TAP peuvent également être secondaires à des pathologies extra-digestives, comme par exemple les cardiopathies et les pathologies pulmonaires (Abadie, 2004 ; Thibault, 2017). Parmi les pathologies pulmonaires, la tachypnée et la dyspnée impactent l'acquisition des compétences alimentaires (Jadcherla et al., 2016).

2.3.2 Neurologiques

Les troubles alimentaires peuvent être la conséquence d'un dysfonctionnement néonatal du tronc cérébral (ex : séquence de Pierre Robin), de certaines pathologies constitutionnelles syndromiques (ex : micro délétion 22Q11, syndrome de Prader-Willi...), d'une atteinte neuromusculaire congénitale (ex : myopathie) (Thibault, 2017) et d'encéphalopathies acquises (ex : accidents, tumeurs...) (Senez, 2015). Les TSA sont également associés aux TAP (Sharp et al., 2013).

2.3.3 Psychogènes

Les troubles alimentaires peuvent être en lien avec une désorganisation des échanges dans les interactions mère-enfant (Thibault, 2017). En effet, certaines pathologies psychiatriques comme le trouble des interactions mère/enfant peuvent être associés à un TAP (Chatoor, 2002).

Il s'observe dans les situations de négligence ou de difficultés d'interprétation des besoins de l'enfant, conduisant à une réponse parentale inadaptée (Chatoor, 2002).

Bien que les TAP puissent être liés à une étiologie psychogène, ils sont à distinguer des affections mentales appelées anorexie mentale et boulimie (Goday et al., 2019). En effet, ces pathologies impliquent une distorsion cognitive de l'image du corps et une préoccupation excessive du poids, à la différence des TAP (Mini DSM-5, 2016).

2.3.4 Post-traumatiques

Les origines post-traumatiques des troubles alimentaires sont surtout décrites chez les enfants qui ont été hospitalisés et ont subis à cette occasion une alimentation artificielle prolongée (Thibault, 2017), ou chez les enfants qui ont vécu des expériences corporelles négatives telles que des douleurs et des soins précoces invasifs (Abadie, 2004 ; Chatoor, 2002). Les enfants nés prématurément sont donc à risque de développer ces troubles (Haddad, 2017 ; Thibault, 2017). Par ailleurs, des épisodes traumatiques, tels que des étouffements ou de sévères vomissements, peuvent engendrer des refus alimentaires (Chatoor, 2002).

2.3.5 Sensorielles

Les origines sensorielles sont retrouvées sous plusieurs expressions. Catherine Senez (2015), orthophoniste, parle de « dysoralité sensorielle ». La classification étiologique développée par Irène Chatoor et l'école de Washington propose le terme « d'aversion sensorielle alimentaire » (Chatoor, 2002). Ces troubles décrivent des difficultés sensorielles qui dépassent souvent le domaine de l'alimentation. Ils sont liés à un dysfonctionnement au niveau du traitement sensoriel, décrit précédemment.

2.4 Manifestations

Nous allons nous intéresser aux manifestations et aux difficultés d'ordre sensori-moteur, sensoriel, comportemental et nutritionnel rencontrées chez les enfants présentant un TAP.

2.4.1 Les manifestations d'ordre sensori-moteur et praxique

S'alimenter est un acte qui requiert la bonne mobilité, tonicité et la coordination des différentes structures oro-myo-faciales (langue, lèvres, joues, maxillaires, voile du palais) entre elles. Par ailleurs, il nécessite également l'intégrité des réflexes de déglutition et de toux assurant la protection des voies aériennes supérieures.

Le nourrisson peut présenter un trouble de la succion en raison d'une incoordination dans la séquence succion-déglutition-ventilation, de troubles des réflexes oraux, de troubles du tonus pouvant se caractériser par une hypotonie ou une hypertonie et un défaut de dépression intra-buccale (Guillon-Invernizzi et al., 2020).

Des difficultés motrices à l'utilisation de la cuillère peuvent être le signe d'un trouble des praxies bucco-faciales. L'enfant conserve un mouvement de succion (mouvement de langue antéro-postérieur) même après plusieurs mois d'expérimentation par exemple (Guillon-Invernizzi et al., 2020). Par ailleurs, un trouble de la mastication contraint le passage aux morceaux (Guillon-Invernizzi et al., 2020). Cependant, les difficultés de passage à la cuillère et de mastication ne sont pas uniquement d'ordre praxique. Elles peuvent également être en lien avec des problématiques d'ordre sensoriel (Farrow et al., 2012 ; Guillon-Invernizzi et al., 2020 ; Naish et al., 2012).

L'allongement du temps buccal, la présence de fausses-routes et de blocages alimentaires permettront de repérer une dysphagie oropharyngée et/ou œsophagienne (Guillon-Invernizzi et al., 2020). Elle peut être à l'origine de complications cardio-respiratoires (Arvedson, 2008)

Le corps entier est impliqué dans le bon fonctionnement des fonctions sensori-motrices orales et praxiques. L'altération du tonus au niveau corporel et l'altération de la coordination main-bouche, entraînant notamment un manque d'exploration orale, peuvent influencer l'alimentation de l'enfant. En effet, les praxies d'alimentation avec les outils du repas sont conditionnées par la qualité de l'axe œil/langue/main (Thibault, 2015b). De plus, la posture et l'installation de l'enfant ont un impact sur la coordination œil-main indispensable pour les praxies complexes de saisie du biberon, de manipulation de couverts, etc. Elles ont également un impact sur l'efficacité de la mastication et de la déglutition (Prudhon, 2017).

2.4.2 Les manifestations d'ordre sensoriel

Lucy J. Miller, chercheuse, et ses collaborateurs (2007) se sont inspirés des travaux de Anna Jean Ayres, ergothérapeute à l'origine de la théorie de l'intégration sensorielle, pour proposer une classification des troubles du traitement de l'information sensorielle. Celle-ci repose sur trois catégories : trouble de la modulation sensorielle (hypersensibilité, hyposensibilité, recherche sensorielle), trouble de la discrimination sensorielle et trouble moteur d'origine sensorielle. A partir de la catégorie des troubles de la modulation sensorielle, Isabelle Barbier (2014), orthophoniste, décrit deux profils d'enfants présentant des troubles alimentaires d'origine sensorielle :

- L'enfant « hyposensible », qui présente des attitudes de recherche de stimulations sensorielles. Il sera agité lors du repas, mangera vite et mettra de grandes quantités en bouche ne les sentant pas. En effet, les mises en bouche exacerbées peuvent témoigner d'un comportement de recherche sensorielle. Par ailleurs, l'absence ou les faibles manifestations de réactions orales peuvent révéler une hypo-réactivité sensorielle (Guillon-Invernizzi et al., 2020). Elle peut entraîner des difficultés à percevoir et à gérer les aliments en bouche (Boudou & Lecoufle, 2015).
- L'enfant « hypersensible », qui évite les stimulations sensorielles. Il est décrit comme étant lent à se mettre à table et montre une sélectivité alimentaire importante. En effet, les réactions d'aversion orales, faciales, corporelles peuvent être le signe d'une hyper-réactivité sensorielle (Guillon-Invernizzi et al., 2020). Elles peuvent se manifester par la présence d'un réflexe nauséux exacerbé (Senez, 2015). Chez le tout-petit, on peut même observer une diminution ou une absence des conduites d'explorations orales ; il ne porte pas ou peu les objets à la bouche (Barbier, 2014 ; Boudou & Lecoufle, 2015 ; Guillerme, 2014).

Les difficultés sensorielles impliquent une limitation ou un empêchement de la consommation de certains aliments et de certaines boissons sur la base de leurs caractéristiques sensorielles : goût, texture, température, taille du bolus, viscosité et apparence (Farrow et al., 2012 ; Naish et al., 2012).

Ces difficultés sensorielles peuvent s'inscrire dans un tableau clinique plus important et concerner l'ensemble du corps. Ainsi, selon Lucy J. Miller et ses collaborateurs (2007), les enfants présentant une hyper-réactivité sensorielle sont fréquemment gênés par les bruits, par certaines positions (être à l'envers) et lorsqu'ils se font couper les cheveux et les ongles. L'enfant présentant une hypo-réactivité sensorielle ne pleure pas malgré de sérieuses blessures, manque de conscience de son environnement (ex : ne réagit pas à l'appel de son prénom) et n'aime pas les jeux actifs à l'extérieur (Miller et al., 2007).

2.4.3 Les manifestations et les facteurs d'ordre psychosocial

Les TAP engendrent des manifestations ayant une incidence sur le comportement de l'enfant face à son environnement :

- Sélectivité alimentaire (Barbier, 2014 ; Guillon-Invernizzi et al., 2020 ; Kerzner et al., 2015) ;
- Régime alimentaire non-adapté à son âge de développement malgré de bonnes capacités sensori-motrices et sensorielles (Silvermann et al., 2009) ;

- Stratégies d'évitement face aux situations d'aversion vécues de façon répétée par le passé provoquant des expériences de douleurs ou d'inconfort physiques ou émotionnels. Lorsque ces stratégies d'évitement fonctionnent, ces comportements sont renforcés (Berlin et al., 2011) ;
- Comportements perturbateurs lors des repas empêchant ainsi l'alimentation (Goday et al., 2019). Ces comportements seront davantage présents chez un enfant qui a des difficultés à réguler son comportement face à ses émotions (Powell et al., 2011). Ils peuvent être actifs : rejet de la nourriture, fuite, agressivité envers la personne qui lui donne à manger, ou passifs : refus de s'alimenter soi-même (Goday et al., 2019) ;

Les TAP impliquent également le comportement des parents. Ils peuvent développer des stratégies inadaptées pour favoriser la prise de poids chez l'enfant. Elles consistent par exemple à « donner à toute heure uniquement des aliments qu'il semble aimer, chercher à le divertir en mettant la télé pendant qu'il mange, jouer, faire du chantage » (Guillermie, 2014, p. 26). D'autres stratégies inadaptées consisteraient à forcer l'enfant à manger, à nourrir un enfant qui a la capacité de s'auto-alimenter ou à lui donner un biberon en dehors de l'âge recommandé (Goday et al., 2019 ; Powell et al., 2011). Par ailleurs, les styles de comportements parentaux contrôlants, indulgents et négligents (Annexe 2, p. 72) vis-à-vis de l'alimentation de leur enfant peuvent avoir une influence négative sur son comportement alimentaire (Kerzner et al., 2015). Ces comportements sont renforcés par la présence de troubles mentaux ou de facteurs de stress chez les parents (Davies et al. 2006).

Les facteurs environnementaux qui contribuent au maintien des difficultés alimentaires peuvent être liés à la présence d'un environnement inadapté lors des repas (ex : présence d'écrans à table) (Borrero et al., 2010).

2.4.4 Les manifestations nutritionnelles

Les TAP peuvent impliquer des conséquences nutritionnelles. Un défaut de qualité, de quantité et de variété dans l'alimentation de l'enfant l'expose à des risques de dénutrition, de suralimentation, de carences en micro-nutriments, de toxicité, de déshydratation et d'obésité (Goday et al., 2019). 25 à 50% des enfants présentant un TAP présentent une malnutrition (Ammaniti et al., 2012 ; Rommel et al., 2003).

2.5 Prévalence

Les problèmes d'alimentation concernent 25% des enfants tout-venant. La prévalence augmente jusqu'à 80% chez les enfants présentant des troubles développementaux (Manikam

& Perman, 2000). Ainsi, les difficultés alimentaires sont dans la majorité des cas associés à des difficultés diverses, mais ils peuvent également toucher des enfants dont le développement est considéré comme ordinaire.

Ainsi, les TAP sont complexes et présentent de multiples facettes. Le diagnostic et le traitement de ces troubles peut donc relever d'une procédure multidisciplinaire engageant de nombreux professionnels médicaux et paramédicaux (Boudou & Lecoufle, 2015 ; Edwards et al., 2015b ; Grevesse, 2017 ; Ibanez et al., 2020 ; Kleinert, 2017 ; McComish et al., 2016 ; Miller et al., 2001 ; Morris et al., 2017). Parmi ces professionnels, nous nous intéresserons spécifiquement aux rôles du pédiatre, du médecin généraliste, de l'orthophoniste, du psychomotricien, du masseur-kinésithérapeute (MK), de l'ergothérapeute, du diététicien et du psychologue.

3 Rôles et implication des professionnels de l'étude en France

Les professions d'orthophoniste, de psychomotricien, d'ergothérapeute, de MK et de diététicien sont inscrites au livre III du Code de la santé publique. Ce sont des auxiliaires médicaux. A ce titre, ils exercent leur art sur prescription médicale, notamment celle du médecin généraliste et du pédiatre. Le psychologue n'est pas soumis à la prescription médicale.

Ces professionnels ont un rôle dans la prévention, l'évaluation et le traitement des troubles liés à leur domaine de compétences. Le traitement est fonction de l'évaluation des difficultés du patient. Ils établissent leur diagnostic et leur projet de soin en autonomie. Dans le cadre d'une prise en soin relative aux TAP, chaque spécialiste s'oriente vers un objectif commun : l'investissement de l'espace oral comme zone de plaisir. Pour autant, chacun propose une prise en charge spécifique (Daresse-Lapendery et al., 2018). Afin de présenter les spécificités des professionnels de l'étude dans la prise en soin des TAP, nous nous sommes appuyés sur la définition des différentes professions et avons cherché des illustrations de leur rôle dans la littérature scientifique nationale.

3.1 Le médecin généraliste et le pédiatre

Dans le cadre d'une plainte relative à l'alimentation, les professionnels médicaux sont généralement les premiers intervenants. Le jeune enfant est souvent reçu en premier lieu par un pédiatre (Abadie, 2004; Ibanez et al., 2020) ou un médecin généraliste (Daresse-Lapendery et al., 2018). Ces professionnels médicaux représentent le premier lien entre le patient et le soin.

Ils ont un rôle de prévention par le dépistage des troubles et un rôle de coordination des soins. Ils participent également à la démarche diagnostique et au traitement des difficultés. A l'issue de leur évaluation et si nécessaire, ils réorientent vers les professionnels les plus spécialisés (Abadie, 2004 ; Morris et al., 2017). De plus, la prescription médicale est obligatoire en ce qui concerne l'intervention de certains professionnels de l'étude.

Cependant, l'orientation des enfants présentant des difficultés alimentaires ou des TAP peut être difficile en raison de la complexité de ces troubles et de la variété des disciplines impliquées (Morris et al., 2017). Par ailleurs, le manque d'informations au sujet des TAP fait naître chez les médecins généralistes et les pédiatres la volonté de mieux connaître ces troubles afin d'améliorer l'orientation des enfants. En effet, il semblerait qu'il existe une méconnaissance des TAP parmi la population des médecins généralistes (Daresse-Lapendery et al., 2018). En 2014, une enquête montrait que 88% des 1335 médecins généralistes libéraux interrogés n'avaient reçu aucune formation ou information sur les TAP et que 74% d'entre eux n'avaient jamais entendu parler du rôle de l'orthophoniste dans la prise en soins des enfants ayant un TAP (Brand-Vincent & Lefevre). En 2018, une autre étude menée auprès de 503 médecins généralistes montrait que l'indication orthophonique en cas de troubles de l'alimentation chez l'enfant était connue par 29% d'entre eux (Boisnault). Plus récemment, une enquête réalisée en 2020 auprès de 20 médecins généralistes, de 31 pédiatres et de 24 internes en médecine générale et en pédiatrie montre une meilleure connaissance des TOA ; cependant, 80% des répondants ne se sentent pas assez informés au sujet de ces troubles et 100% pensent qu'un outil serait utile pour une meilleure orientation des enfants (Noton).

3.2 L'orthophoniste

Selon la convention nationale des orthophonistes (JORF n°251, 2017), le bilan et la rééducation des troubles de l'oralité et le bilan de la déglutition et la rééducation de la dysphagie correspondent à des actes spécifiques. Dans sa pratique, l'orthophoniste utilise diverses médiations, techniques et outils de rééducation. L'accompagnement du patient et de son entourage dans l'environnement fait partie intégrante de son travail.

3.2.1 Évaluation

Dans le cadre d'un TAP, l'évaluation de l'orthophoniste permet de mieux comprendre les origines et les différentes caractéristiques du trouble, c'est-à-dire les difficultés d'ordres médical, oro-myo-fonctionnel, sensoriel, psychosocial et nutritionnel. L'évaluation se réalise

en deux temps : tout d'abord, l'entretien avec la famille puis l'examen clinique de l'enfant (Prudhon Havard et al., 2009).

L'entretien avec la famille permettra de recueillir des informations sur :

- L'histoire médicale : le déroulement de la grossesse et de la naissance, les suivis et les examens effectués ;
- La santé actuelle de l'enfant : la présence de difficultés respiratoires, digestives, dentaires et nutritionnelles ;
- L'histoire de l'alimentation : l'allaitement au sein ou au biberon, la diversification alimentaire, les préférences alimentaires en termes de textures, de goûts et de température ;
- La liste des aliments acceptés par le patient par rapport à celle de la famille ;
- L'autonomie et le contexte environnemental lors des repas : les ustensiles utilisés, la place et la posture de l'enfant à table, les horaires et la durée des repas, le déroulement d'un repas pris en dehors de la sphère familiale, etc. ;
- Les stratégies utilisées par les parents et les résultats obtenus ;
- La présence d'une médication, et sa nature le cas échéant ;
- Le menu d'une journée classique avec les quantités et les types d'aliments ingérés (Prudhon Havard et al., 2009).

Selon Emmanuelle Prudhon Havard, orthophoniste, et ses collaborateurs (2009), l'examen clinique permet d'évaluer la posture et le tonus du corps, les structures oro-faciales au repos et/ou en mouvement (lèvres, langue, joues, mandibule, dents et palais). La mobilité des structures est également évaluée, notamment à travers le contrôle du souffle, de la mastication et de la déglutition. L'examen clinique permet également d'évaluer les réflexes archaïques et la présence éventuelle de particularités sensorielles tactiles au niveau des mains, du visage et de la sphère orale. Cet examen se complète par l'observation d'un temps de repas afin d'apprécier de façon objective le contexte familial, la posture, l'autonomie du patient et ses particularités au niveau de la sphère orale (Prudhon Havard et al., 2009).

Grâce à cette évaluation, l'orthophoniste met en œuvre un projet de soin et définit des axes de rééducation. Les différents axes développés par l'orthophoniste intéressent plus particulièrement les domaines sensori-moteur, sensoriel et psychosocial.

3.2.2 Prise en soin

Sur le plan moteur, la rééducation s'appuie sur des sollicitations sensorielles faisant appel aux gnosies¹ et sur la réalisation de mouvements spécifiques : les praxies (Thibault, 2017). En effet, l'orthophoniste aide à la mise en place des praxies orales, telles que le malaxage et la mastication par exemple (Guillerme, 2014), à l'amélioration du tonus et à la mobilisation des muscles oraux par des sollicitations oro-faciales passives et/ou actives (Thibault, 2015a ; Barbier, 2014).

Sur le plan sensoriel, les stimulations visent à améliorer l'intégration neurosensorielle lorsqu'elle est troublée. Elles impliquent particulièrement la sollicitation des cinq sens. L'orthophoniste propose à l'enfant des expériences multisensorielles autour des aliments : les regarder, les toucher, les écraser, etc. jusqu'à finalement pouvoir les mettre en bouche (Guillerme, 2014). Exposer régulièrement certains aliments à l'enfant lui permet progressivement de s'y familiariser et de les accepter (Rigal, 2004). Le professionnel propose également des activités qui dépassent l'espace de la bouche pour que l'enfant accepte de toucher des textures et des matières variées. «L'investissement positif de la sphère orale s'étaye ... sur un investissement global du corps qui ne se limite pas à la bouche en tant qu'organe fonctionnel» (Boudou & Lecoufle, 2015, p. 92). Les stimulations de la sensibilité profonde favorisent la désensibilisation des enfants hypersensibles. Elles seront donc proposées à travers des contacts appuyés par exemple (Barbier, 2014 ; Guillerme, 2014).

L'orthophoniste agit dans le respect de l'enfant et tient compte des aspects psycho-affectifs. L'approche est donc progressive : les activités sensorielles concernent d'abord les extrémités, ensuite le visage et avec la permission de l'enfant, la bouche. Elle est aussi ritualisée : les routines favorisent les expérimentations de l'enfant car elles sont rassurantes (Guillerme, 2014). Les jeux symboliques tels que la dînette et l'utilisation du doudou comme goûteur permettent également à l'enfant de mieux appréhender le temps du repas et les aliments (Barbier, 2014 ; Guillerme, 2014 ; Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009). L'orthophoniste propose à l'enfant un cadre rassurant qui favorise les nouvelles expériences.

3.2.3 Dysphagie

L'orthophoniste évalue les troubles de la déglutition et propose une rééducation si nécessaire. Elle consiste à adapter l'alimentation, à proposer des manœuvres de protection et différentes postures favorisant une ingestion sécurisée. Une collaboration avec plusieurs professionnels peut se mettre en place. Le MK et/ou l'ergothérapeute proposent des installations particulières,

¹ Faculté de reconnaître un objet ou une entité à travers les sens (Boudou & Lecoufle, 2015)

comme des appui-têtes, pour favoriser la bonne position de l'enfant lors de la déglutition (Senez, 2015). Le MK et/ou le psychomotricien aident l'enfant à investir l'axe de verticalité œil/langue/main nécessaire à la déglutition (Thibault, 2017).

3.2.4 Accompagnement parental

Le référentiel de compétences des orthophonistes (Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013b) inclut l'accompagnement du patient et de son entourage dans l'environnement.

Les parents sont des partenaires essentiels dans la prise en soin des TAP. Ils permettent à l'orthophoniste de mieux connaître les difficultés et les compétences de l'enfant et de suivre son évolution dans la vie quotidienne afin d'adapter son projet de soin. Par ailleurs, ce partenariat constitue le siège de l'accompagnement parental (Thibault, 2017). Il permet de « renforcer les tendances positives des parents et [de] les inciter à adopter certains comportements, les rendre créatifs, actifs » (Thibault, 2017, p. 110). Cette collaboration favorise l'ajustement des comportements des parents et de l'enfant. La démarche est valorisante et respectueuse. Il s'agit d'informer les parents pour les aider à trouver leur façon de faire et à devenir autonomes (Barbier, 2004). Une réflexion peut être menée au sujet du déroulement des repas, des pratiques éducatives mises en œuvre, des outils utilisés, des textures proposés, etc. Dans le cadre de l'accompagnement parental, l'orthophoniste peut apprendre aux parents les gestes de stimulations sensori-motrices et sensorielles et favoriser la mise en place de jeux pour solliciter la zone orale dans le plaisir et le partage (Barbier, 2004).

L'accompagnement parental représente un axe de travail fondamental en orthophonie et s'inscrit notamment dans une démarche de réhabilitation psychosociale. Il n'est pas propre à cette discipline. Chaque professionnel inclut le parent dans la prise en soin de l'enfant.

3.3 Le psychomotricien

La psychomotricité s'intéresse aux interactions qui existent entre les fonctions liées au mouvement et au tonus, les fonctions sensorielles et les fonctions psychiques au cours de la vie d'une personne. Ses interventions ont pour objectif d'optimiser les potentialités et les compétences psychomotrices de la personne et de favoriser son adaptation dans son environnement (Ministère de la santé et des sports, 2010b).

Le psychomotricien s'intéresse au développement sensori-moteur de l'enfant. Face à un TAP, il est particulièrement concerné par l'intégration de la zone orale, indispensable au bon déroulement du développement psychomoteur de l'enfant (Kloeckner, 2011). Il s'intéresse donc à la fonction exploratoire de la bouche et à la coordination entre les espaces droit/oral/gauche qui permettra progressivement aux mains de prendre le relais de la bouche. Dans ce cadre, ses axes de travail vont donc concerner les irritabilités sensorielles et la régulation tonique (Kloeckner, 2011 ; Meurin, 2019).

Les missions du psychomotricien en service de néonatalité permettent de mieux comprendre le rôle que peut prendre ce professionnel dans la prise en soin des TAP. Les enfants nés prématurément sont confrontés à des sur-stimulations et construisent leur schéma corporel sur les douleurs sensorielles qu'elles engendrent. Le psychomotricien prend en compte le vécu émotionnel et corporel des enfants perturbé par des expériences de douleurs physiques et psychiques causées notamment par les soins intrusifs. Celles-ci génèrent de l'appréhension et de la peur et peuvent entraîner la mise en place d'un conditionnement négatif. Dans ce cadre, la prise en soin en psychomotricité concerne le tonus, le positionnement, la sensori-motricité, le toucher sensoriel et progressivement la zone orale (Matausch, 2004). L'intervention vise également un ajustement corporel et l'adaptation du dialogue tonique de l'enfant avec son entourage. De plus, l'intégration des limites corporelles et la consolidation du schéma corporel favorisent la prise de conscience d'une bouche qui se situe au carrefour du dedans et du dehors (Abadie et al., 2018).

Le psychomotricien s'intéresse donc au corps dans sa globalité. Il s'intéresse particulièrement à la régulation tonique, au dialogue tonico-émotionnel, à la coordination main-bouche et à la sensorialité de l'enfant. Il veille à la mise en place d'une installation et d'un positionnement qui favorise les explorations de l'enfant et le réinvestissement progressif de sa sphère orale dans son schéma corporel.

3.4 L'ergothérapeute

L'ergothérapeute travaille auprès des personnes contraintes dans leurs activités ou restreintes dans leur participation en raison d'une déficience, d'un dysfonctionnement ou d'un handicap de nature somatique, sensorielle, psychique, intellectuelle ou associée. Il évalue les capacités et les performances motrices, cognitives, sensorielles et psychiques, analyse les besoins de la personne dans son environnement selon ses habitudes de vie et propose un projet de soin adapté (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique & Ministère de la santé et des

sports, 2010). Les trois piliers sur lesquels l'ergothérapie fonde sa pratique sont la personne, l'activité humaine et l'environnement (Dufour, 2017). Elle vise l'autonomie de la personne. Pour cela, l'ergothérapeute intervient directement auprès de la personne afin de favoriser le développement ou le maintien de ses capacités et/ou de développer ses facultés d'adaptation ou de compensation. Il agit également sur l'environnement pour le rendre plus accessible (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique & Ministère de la santé et des sports, 2010).

Face à un TAP, l'ergothérapeute s'intéresse particulièrement aux difficultés sensorielles que présente l'enfant. En effet, les ergothérapeutes sont formés aux dysfonctionnements des systèmes nerveux et sensoriels, notamment vestibulaires et proprioceptifs (Dufour, 2017 ; Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique & Ministère de la santé et des sports, 2010). Il vise l'amélioration ou la compensation des compétences sensorielles. Il s'intéresse également à la bonne installation de l'enfant lors de l'alimentation. Il peut mettre en place un matériel adapté, comme des sièges ou des couverts (Senez, 2015).

3.5 Le masseur-kinésithérapeute

L'article 123 de la loi de santé n° 2016-41 promulguée le 27 janvier 2016 définit la profession comme suit : « la pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :

- des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne,
- des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles ».

Dans ce contexte, le MK s'intéresse aux conséquences des affections respiratoires. L'alimentation est intimement liée aux fonctions respiratoires : les troubles de la déglutition peuvent être à l'origine de pneumopathies d'inhalation et les TAP peuvent être associés à des pathologies pulmonaires. Selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (Assurance Maladie, 2020), le MK est habilité à pratiquer des aspirations rhinopharyngées et trachéales lorsque l'enfant est encombré et ne peut se soulager seul. En dehors des situations d'urgence, il procède également à la rééducation de maladies respiratoires. Il propose également une réadaptation aux patients atteints de handicap respiratoire par l'intermédiaire notamment de la kinésithérapie respiratoire et d'un renforcement musculaire.

Le MK peut être impliqué dans la désensibilisation de la sphère orale (Daresse-Lapendery et al., 2018). En effet, selon le Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, il est habilité à la rééducation de la mobilité faciale et de la mastication, ainsi qu'à utiliser les techniques de massage.

Par ailleurs, le MK est habilité à prendre en charge les troubles de la déglutition isolés (Assurance Maladie, 2020).

Le MK est également habilité à prendre en soin les pathologies touchant les grandes fonctions neuromusculaires dont le tonus (Assurance Maladie, 2020). Son rôle est également d'adapter les attitudes posturales en dehors et lors de l'alimentation et de prendre en soin la rééducation des membres du patient (Daresse-Lapendery et al., 2018 ; Thibault, 2017). Il peut réaliser des appareils de postures (Senez, 2015).

Face à un TAP, la prise en soin du MK concerne donc la ventilation de l'enfant, ses capacités oro-myo-fonctionnelles, sa déglutition, son tonus et son installation pendant le repas.

3.6 Le diététicien

Le diététicien participe à l'adaptation de l'alimentation pour garantir la couverture des besoins nutritionnels d'une personne ou d'un groupe afin d'améliorer ou de préserver la santé. Il prend en compte l'état nutritionnel et les déterminants du comportement alimentaire, qu'il soit d'ordre biomédical, socio-économique, psychologique, culturelle, culturelle et environnementale (Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011).

Face à un TAP, l'évaluation du diététicien permet de mettre en évidence les aspects qualitatifs de l'alimentation de l'enfant par le recueil de l'histoire de l'alimentation et des difficultés rencontrées, du contexte lors des repas et du type d'appétit, des préférences et des aversions et de l'appréciation des volumes. L'évaluation quantitative permet de mettre en évidence les besoins spécifiques de l'enfant, de mesurer l'apport énergétique ingéré par voie orale ou par nutrition entérale et d'analyser l'évolution de la courbe staturo-pondérale (Abadie et al., 2018). La prise en soin du diététicien vise à adapter la ration proposée à l'enfant en fonction de ses besoins et de sa pathologie pour favoriser la prise de poids. Il fournit des conseils sur la façon dont on peut enrichir l'alimentation pour augmenter la prise énergétique. Il propose une alimentation adaptée aux compétences de l'enfant afin de stimuler la prise orale et de favoriser l'évolution de ses capacités. Ses interventions participent à redonner au temps du repas une dimension de partage et de plaisir (Abadie et al., 2018).

3.7 Le psychologue

Selon l'Article 2 Chapitre 1 du Code de déontologie des psychologues (2012), « la mission fondamentale du psychologue est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique. Son activité porte sur les composantes psychologiques des individus considérés isolément ou collectivement et situés dans leur contexte. »

Selon les différentes étiologies décrites précédemment, les TAP peuvent être de nature psychogène et post-traumatique. Le professionnel peut donc intervenir sur les causes et le contexte psychologiques des TAP. Par ailleurs, les TAP peuvent entraîner des répercussions psychologiques importantes sur l'enfant et sa sphère familiale. L'alimentation, acte d'échange chargé d'affects et d'enjeux, notamment vitaux, peut devenir une source de stress, d'inquiétudes et de conflits lorsqu'elle est troublée (Chatoor, 2002). En cas de TAP, les interactions entre le parent et son enfant peuvent être fragilisées. Les parents peuvent se sentir désorientés et démunis face au refus d'alimentation de leur enfant (Guillerme, 2014). De plus, « un enfant qui ne mange pas, quelle qu'en soit la raison, atteint le couple parental dans sa fonction nourricière et dans son sentiment de compétence. » (Abadie et al., 2018, p. 26).

Lors de l'évaluation, le psychologue a un rôle d'observateur et d'écoute. Il s'intéresse aux réactions de l'enfant face à l'évocation de son trouble et aux non-dits et aux mots employés par la mère pour décrire les repas (Abadie, 2004). Auprès du tout petit, le professionnel intervient sur la triade père-mère-enfant afin de favoriser la prise de recul face à la problématique d'alimentation et de retrouver le plaisir d'être avec son enfant. Il n'existe pas de méthode précise, mais une prise en soin adaptée à chaque famille (Abadie et al., 2018).

3.8 Implication des différentes disciplines dans les revues professionnelles

La publication d'articles concernant spécifiquement les TAP au sein de revues professionnelles françaises et/ou francophones permet de révéler l'intérêt des différentes disciplines à ce sujet.

Les TAP sont abordés de manière spécifique dans les revues d'orthophonistes, de psychomotriciens et de pédiatres. En effet, en orthophonie, l'intérêt porte sur le bilan (Lecoufle, 2020), la démarche diagnostique (Guillon-Invernizzi et al., 2020), la sensibilisation des professionnels de santé (Lesecq-Lambre, 2019). De manière générale, la psychomotricité s'intéresse à la sensorialité. De façon spécifique, elle s'intéresse au réinvestissement oral par le jeu en cas de TOA (Siard-Nay, s.d). La pédiatrie s'intéresse particulièrement à l'alimentation

de l'enfant, notamment celle de l'enfant polyhandicapé avec des problématiques liés à la nutrition et à la déglutition. De manière spécifique aux TAP, elle s'intéresse aux risques nutritionnels dans le cas d'un ARFID (Feillet et al., 2020).

Les revues de MK, diététiciens, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes et médecins généralistes abordent des sujets pouvant être liés aux TAP mais ne les traitent pas de manière spécifique. La masso-kinésithérapie s'intéresse principalement aux troubles de la déglutition chez l'adulte. La diététique s'intéresse également aux troubles de la déglutition, mais aussi à l'adaptation des textures et aux missions du diététicien dans des établissements médico-sociaux. La psychologie aborde les troubles du comportement/des conduites alimentaire(s), tel(le)s que la boulimie et l'anorexie mentale, l'allaitement et le TSA. L'ergothérapie porte son attention sur l'intervention précoce en établissement médico-social et sur l'approche et l'efficacité de l'intégration sensorielle dans le cadre de troubles du neurodéveloppement. La médecine générale s'intéresse à la nutrition de l'enfant tout-venant : risques des régimes végétaliens chez l'enfant, diversification alimentaire et « malbouffe ». Le TSA est un sujet d'intérêt important pour cette discipline. Celle-ci aborde également des pathologies spécifiques nutritionnelles et psychiatriques liées à l'alimentation.

Comme le témoigne la présence d'articles spécifiques dans les revues professionnelles, l'orthophonie, la psychomotricité et la pédiatrie prêtent une attention particulière aux TAP. Les autres disciplines s'intéressent à des sujets liés à ces troubles mais ne les traitent pas sous cet angle spécifique.

4 L'approche en équipe interdisciplinaire

Le travail en équipe pluriprofessionnelle permet de mettre au jour les spécificités et la complémentarité des rôles des professionnels de l'étude. L'annexe 3 (p. 73) illustre le rôle des professionnels travaillant en équipe interdisciplinaire auprès d'enfants ayant des TAP sévères au sein d'établissements médicalisés (Edwards et al., 2015b ; Ibanez et al., 2020 ; Kleinert, 2017 ; McComish et al., 2016 ; Miller et al., 2001 ; Morris et al., 2017). La définition de leur rôle est évidemment spécifique de leur champ de compétence, mais également fonction des types d'approches utilisées dans le cadre de la prise en soin des TAP. Celles-ci sont déterminées selon l'étiologie et la forme du trouble (Kleinert, 2017). Il en existe différentes formes : comportementales, motrices et sensorielles et nutritionnelles. Chaque discipline en particulier

aura donc une approche spécifique en fonction de son champ d'action. Ces approches se combinent entre elles (Edwards et al. 2015b ; McComish et al., 2016 ; Miller et al., 2001).

4.1 Approches comportementales

Les approches comportementales fondent leur pratique sur l'observation des comportements problématiques et l'étude des stimuli qui les conditionnent. Lorsqu'elles sont appliquées aux TAP, elles visent le développement de comportements adaptés au moment des repas, supplantant les habitudes de refus et de sélectivité alimentaire (Piazza et al., 2003 ; Sharp et al., 2009). Le psychologue détient une place capitale au sein de cette approche (Edwards et al., 2015b ; Ibanez et al., 2020 ; Kleinert, 2017 ; McComish et al., 2016 ; Miller et al., 2001 ; Morris et al., 2017). Dans ces thérapies, le parent est entraîné à l'utilisation de stratégies comportementales (Ibanez et al., 2020 ; Morris et al., 2017). Ces stratégies sont nombreuses et se combinent (Edwards et al., 2015b). Certaines d'entre elles sont présentées en exemple dans l'annexe 4 (p. 77) .

4.2 Approches sensorielles et motrices

Les approches sensorielles fondent leur pratique sur le principe d'habituation² en proposant des stimulations répétées des différents systèmes sensoriels (Koziol et al., 2011). Lorsqu'elles sont appliquées au champ des TAP, elles ont pour objectif l'habituation aux stimuli sensoriels alimentaires, la découverte des propriétés physiques des aliments et le développement du répertoire alimentaire de l'enfant (Boggs & Ferguson, 2016 ; Chiatto et al., 2018). Les stimulations proposées sont non-alimentaires et alimentaires. Elles peuvent prendre plusieurs formes : explorations sensorielles d'objets ou d'aliments de différentes textures et températures et sollicitations sensorielles par application de vibrations sur la zone orale par exemple (Morris et al., 2017).

Les approches motrices et sensorielles sont intimement liées et peuvent s'associer. Les interactions qui existent entre les systèmes moteur et sensoriel soutiennent le développement des compétences alimentaires : l'exploration sensorielle des propriétés physiques de l'aliment permet l'ajustement et l'anticipation de l'activité motrice (Overland., 2011 ; van den Hengel-Hoak et al., 2017). Ici, l'enfant est amené à découvrir les aliments et à s'entraîner à les manger. Par ailleurs, l'approche sensorielle et les stimulations motrices sont également associées dans

² Processus qui permet l'automatisation des réponses comportementales par expositions fréquentes à un stimulus sensoriel (Koziol et al., 2011).

la prise en soin du nouveau-né prématuré par la réalisation de massages faciaux et endo-buccaux (Younesian et al., 2015). De plus, chez l'enfant plus âgé, des exercices oro-moteurs peuvent être proposés dans le cadre de la prise en soin des TAP (ex : tapotements sur les lèvres, propulsion de la langue...). Ces exercices visent à désensibiliser la zone orale et/ou, dans une approche purement motrice, à améliorer la mobilité, la force et la tonicité des structures oro-faciales (Morris et al., 2017 ; van den Hengel-Hoak et al., 2017).

L'orthophoniste évalue les compétences sensori-motrices orales conjointement avec l'ergothérapeute (Ibanez et al., 2020 ; Miller et al., 2001), tous deux sous des angles spécifiques. L'orthophoniste s'intéresse davantage aux aspects moteurs et à la déglutition (Kleinert, 2017 ; Miller et al., 2001 ; Morris et al., 2017). L'ergothérapeute axe son travail sur la sensorialité de l'enfant (Kleinert., 2017 ; Miller et al., 2001) et la mise en place de matériel adapté (Kleinert., 2017 ; Miller et al., 2001). Le MK quant à lui s'intéresse à la motricité globale et à la respiration de l'enfant (Kleinert., 2017).

4.3 Approches nutritionnelles

Le diététicien détient un rôle fondamental dans cette approche (Edwards et al., 2015b ; Ibanez et al., 2020 ; Kleinert, 2017 ; McComish et al., 2016 ; Miller et al., 2001 ; Morris et al., 2017). L'éducation nutritionnelle constitue un élément de l'approche nutritionnelle. Elle vise notamment à fournir des informations à la famille en termes d'apports caloriques et nutritionnels afin de favoriser la croissance de l'enfant (McComish et al., 2016 ; Morris et al., 2017).

L'approche nutritionnelle peut également comprendre le traitement par provocation de la faim qui a pour objectif le sevrage de la sonde. Il est associé aux approches comportementales, sensorielles et motrices (Edwards et al., 2015a ; Kindermann et al., 2008). Il vise à déclencher la faim en réduisant progressivement mais relativement rapidement l'apport calorique fourni par la sonde sur une période donnée (Edwards et al., 2015a). Le traitement a également pour objectif de restaurer le lien qui existe entre l'action de manger et la sensation de satiété et de favoriser les stimulations orales pour éviter le désinvestissement de la sphère oro-faciale (Kindermann et al., 2008).

PARTIE PRATIQUE

1 Problématique et hypothèse

Les recherches théoriques que nous avons effectuées nous ont permis de montrer que :

- de nombreux professionnels médicaux et paramédicaux sont impliqués dans la prise en soin des TAP en raison de leur complexité ;
- les médecins généralistes et les pédiatres sont les premiers interlocuteurs des parents en cas d'inquiétudes concernant l'alimentation de leur enfant et que leur rôle consiste notamment à orienter ces familles vers les professionnels concernés ;
- malgré l'amélioration des connaissances des médecins généralistes et des pédiatres au sujet des TAP, il existe chez eux la volonté d'obtenir davantage d'informations sur ces troubles et sur le rôle des professionnels pour améliorer l'orientation des patients présentant des difficultés alimentaires.

Ce mémoire vise donc à faciliter l'orientation des enfants ayant des difficultés alimentaires ou un TAP afin de favoriser les prises en soin précoces et adaptées. Pour ce faire, nous proposons la création d'un schéma, destiné aux médecins généralistes et aux pédiatres, illustrant le rôle des orthophonistes, des psychomotriciens, des ergothérapeutes, des MK, des diététiciens et des psychologues dans ce type de traitement. Notre problématique est la suivante : **un schéma illustrant le rôle du psychologue et de paramédicaux impliqués dans la prise en soin des TAP (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, MK et diététiciens) aide-t-il les médecins généralistes et les pédiatres à orienter les patients présentant des difficultés alimentaires ?**

Les hypothèses que nous avons formulées sont les suivantes :

- 1) les connaissances des médecins généralistes et des pédiatres quant au rôle des professionnels de l'étude dans la prise en soin des TAP sont à améliorer ;
- 2) l'outil créé est informatif ;
- 3) les informations apportées par le schéma sont utiles aux médecins généralistes et aux pédiatres pour les guider dans l'orientation des patients présentant des difficultés alimentaires ou des TAP.

2 Méthodologie

Dans le cadre de notre partie théorique, nous avons réalisé **une revue de littérature** à partir de revues professionnelles. Nous avons également conçu **un schéma** (Annexe 5, p. 78) illustrant

le rôle de professionnels impliqués dans la prise en soin des TAP ainsi qu'un questionnaire (Annexe 6, p. 79) afin de répondre à notre problématique. Voici la méthodologie qui a permis de les réaliser.

2.1 Revue de littérature : les TAP dans les revues professionnelles

La recherche d'articles concernant les TAP dans les revues de professionnels de l'étude a eu pour objectif de rendre compte des intérêts portés par leur discipline.

Les revues professionnelles françaises/francophones ont été sélectionnées sur la base de leur niveau de popularité et/ou d'accessibilité afin de présenter les plus susceptibles de viser le plus grand nombre. Au minimum, deux revues par professions ont été sélectionnées :

- En pédiatrie : *Le Pédiatre* et *Perfectionnement en pédiatrie* ;
- En médecine générale : *La revue du Praticien - Médecine générale*, *Prescrire* et *Revue francophone de médecine générale* ;
- En orthophonie : *Rééducation Orthophonique* et *Ortho Magazine* ;
- En masso-kinésithérapie : *Kinésithérapie*, *la revue* et *Kiné scientifique* ;
- En ergothérapie : *ErgOthérapies* et *Revue francophone de recherche en ergothérapie* ;
- En psychomotricité : *Thérapies psychomotrices* et *Évolutions psychomotrices* ;
- En diététique : *Cahier de nutrition et de diététique* et *Revue Information diététique* ;
- En psychologie : *Le journal des psychologues* et *Le cercle psy* ;

La recherche a été effectuée sur les sites officiels des revues professionnelles ou bien sur le site em-consulte.com, qui référence des informations médicales et paramédicales. Lorsque les sommaires des revues n'étaient pas disponibles en ligne, des demandes par mail ont été envoyées auprès de la rédaction afin de les obtenir. La recherche s'est intéressée aux articles parus entre janvier 2019 et mars 2021, excepté pour la revue *Thérapie psychomotrice*, pour laquelle la recherche s'est concentrée sur la dernière collection (49), dont la date de parution est inconnue mais qui est la seule dont le sommaire a été accessible. Chaque sommaire de revues a été analysé. Les articles devaient comporter dans le titre ou le résumé lorsqu'il était disponible, les mots clés suivants : « trouble alimentaire pédiatrique », « trouble de l'oralité », « trouble d'alimentation sélective et/ou d'évitement », « ARFID », « aliment* » OU « nutrition* » OU « déglutition » OU « allaitement » OU « succion » OU « mastication » OU « sensoriel » ET/OU « trouble » OU « pathologie » ou « handicap ».

2.2 Le schéma et le questionnaire

2.2.1 La population

Le choix de la population est déterminé par la problématique. Le schéma et le questionnaire s'adressent aux médecins généralistes et aux pédiatres. Il n'y a pas de critères d'exclusion.

2.2.2 Le choix et la réalisation du schéma

Le schéma est un outil qui permet de présenter des informations de manière synthétique et de représenter les relations logiques qui existent entre différents éléments. Il a l'intérêt de ne fournir que les informations essentielles et de faciliter la compréhension et l'apprentissage (Hernandez-Torrano et al., 2017; Tedx Talks, 2013). C'est donc par souci d'efficacité que nous avons fait le choix d'un tel outil.

La première étape de ce mémoire a donc été de constituer un schéma illustrant le rôle du psychologue et de paramédicaux impliqués dans la prise en soin des TAP (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, MK et diététiciens). Ce schéma a été construit à partir des recherches effectuées et présentées dans la partie théorique de ce mémoire. Il a été revu par deux médecins généralistes, un diététicien, deux orthophonistes, une ergothérapeute et une psychomotricienne. Les modifications à apporter concernaient l'organisation des items au sein des encadrés et le choix de termes spécifiques aux différentes professions.

Le schéma est organisé en deux parties : la définition des TAP et le rôle des professionnels de l'étude. Dans un premier temps, il permet donc de représenter de façon schématique la définition des TAP, qui s'articule autour de quatre axes :

- Facteurs/troubles médicaux ;
- Troubles praxiques et/ou sensoriels ;
- Facteurs/troubles psychosociaux ;
- Troubles nutritionnels.

Chaque axe a été développé grâce à l'inclusion d'informations relatives à ces différents domaines. Les quatre axes sont étroitement liés. En effet, un TAP se caractérise par un ou plusieurs domaines, par phénomène d'associations et/ou de causes et de conséquences. Nous nous sommes donc inspirés du diagramme de Venn³ afin de représenter de façon schématique les relations logiques qui existent entre ces quatre ensembles. En effet, les intersections et les

³ Schéma sous forme d'ensembles qui s'entrecroisent

réunions des différents ensembles ont permis d'illustrer les liens qu'entretiennent chaque ensemble. Ceux-ci sont tous représentés par une couleur en particulier. Dans un second temps, le schéma a permis d'illustrer le rôle des professionnels de l'étude. Les différentes disciplines sont développées dans des encadrés de couleur et gravitent autour des quatre axes que présentent les TAP. Le code couleur a permis d'associer les champs de compétence des différents professionnels avec les domaines spécifiques des TAP.

Le schéma a été diffusé en cours de questionnaire par lien URL. Le lien permettait d'accéder à la version PDF du schéma partagée à partir d'un Google Drive.

2.2.3 Le questionnaire

2.2.3.1 Le choix de l'outil

Pour répondre à notre problématique, nous avons fait le choix d'utiliser un questionnaire auto-administré en ligne. Il permet de traiter un grand nombre de données et de profiter d'une diffusion rapide (Fenneteau, 2015). Il a été conçu sur LimeSurvey. Cette plateforme est sécurisée et s'engage à protéger la vie privée des répondants : les réponses sont anonymes.

2.2.3.2 Objectifs du questionnaire

Le questionnaire a été rédigé de façon à répondre à nos hypothèses de travail et donc à :

- Présenter les connaissances et la pratique des médecins généralistes et des pédiatres en ce qui concerne l'orientation des enfants présentant des difficultés alimentaires ou un TAP ;
- Evaluer l'informativité et l'utilité concrète du schéma créé ;
- Mieux définir les besoins et les attentes des médecins généralistes et des pédiatres en ce qui concerne la création d'un tel outil.

2.2.3.3 Le contenu et la forme du questionnaire

Le contenu des questions a été rédigé à partir des recherches effectuées dans le cadre de la partie théorique de ce mémoire. La forme et la rédaction des questions ont été conçues à l'aide de deux ouvrages : *Enquête : entretien et questionnaire* écrit par Hervé Fenneteau (2015) et *L'enquête et ses méthodes, Le questionnaire* écrit par François De Singly (2005).

2.2.3.3.1 Le contenu

Le questionnaire se compose de trois groupes de question :

- La description de l'échantillon ;

- Les connaissances et la pratique de la population interrogée quant à l'orientation des patients présentant des difficultés alimentaires ou un TAP ;
- L'évaluation du schéma et de l'aide apportée par celui-ci.

Le premier groupe de questions vise à décrire l'échantillon. Il se compose de deux sous-groupes de questions. L'un permet de recueillir des renseignements généraux : disciplines, années d'expériences professionnelles, lieux et modes d'exercice. L'autre permet de décrire plus spécifiquement l'échantillon en présentant brièvement leurs pratiques et leurs connaissances en ce qui concerne les TAP. Il vise à obtenir une estimation de leur niveau de connaissance en ce qui concerne ces troubles, des renseignements sur la fréquence des plaintes relatives aux difficultés alimentaires dans leur exercice et sur la perception de leur capacité à repérer un TAP. Le deuxième groupe de questions vise à obtenir des informations sur la pratique et les connaissances de la population interrogée quant à l'orientation des patients présentant des difficultés alimentaires. Il permet de relever les critères qui déterminent leurs choix et leurs habitudes en termes d'orientation et leurs connaissances sur le rôle des professionnels de l'étude impliqués dans la prise en soin des TAP.

Le troisième groupe de questions a pour objectif d'évaluer l'aide apportée par l'outil. L'accès au schéma est disponible dès la première question de ce groupe. Les répondants prennent alors connaissance du schéma et poursuivent le questionnaire. Ce groupe de questions permet d'évaluer l'apport d'informations figurant sur le schéma et leur utilité pour l'orientation des patients présentant des difficultés alimentaires ou un TAP, ainsi que l'influence de cet outil en termes d'orientation sur la pratique des répondants.

2.2.3.3.2 La forme

Le nombre de questions devait être limité pour permettre un temps de passation acceptable. Nous souhaitons qu'il n'excède pas les sept minutes, lecture du schéma incluse, afin d'assurer un nombre de réponses maximum et de limiter le nombre d'abandon au cours de la passation. Notre questionnaire compte 28 questions.

La majorité des questions sont fermées, à choix unique ou à choix multiples : le répondant doit choisir une ou plusieurs réponses parmi celles proposées. Cela implique de présenter des réponses les plus exhaustives possibles. Les questions fermées ont l'avantage de permettre une collecte simple de réponses et de faciliter l'analyse statistique. Elles ont toutefois l'inconvénient d'être réductrices et de présenter des risques de biais, notamment par manque d'exhaustivité dans les réponses proposées (Fenneteau, 2015). C'est pourquoi, lorsque cela était nécessaire,

nous avons fait le choix d'inclure des questions mixtes pour permettre aux répondants d'apporter des précisions en toute liberté (Fenneteau, 2015). Elles sont similaires aux questions fermées mais ajoutent la possibilité de répondre « Autre : précisez ».

Une attention particulière a été prêtée à la formulation des questions et au choix des mots pour favoriser la clarté et la concision afin de garantir la fiabilité maximale des résultats (De Singly, 2005). Les questions visant à étudier les connaissances et la pratique des répondants ont été introduites par l'expression « Selon vous » pour favoriser l'expression personnelle et ainsi limiter l'effet d'imposition d'une problématique (De Singly, 2005). Cet effet se produit lorsque la formulation des questions oriente les réponses. Le questionnaire a fait l'objet d'un pré-test auprès de deux médecins généralistes afin d'écarter les ambiguïtés de formulation et d'en vérifier la pertinence. Les commentaires apportés portaient sur la longueur et la clarté des énoncés et ont permis leur amélioration.

2.2.3.4 Le recrutement

Pour diffuser le questionnaire, nous avons contacté par téléphone, dans les Pays de la Loire et en Bretagne, des médecins généralistes et des pédiatres exerçant en libéral ainsi que des établissements de soins dans lesquels exercent ces professionnels. Avec leur accord préalable, nous avons pu leur envoyer le mail de présentation du projet avec le lien d'accès vers le questionnaire. En outre, des syndicats et associations de médecins généralistes et de pédiatres de toute la France ont également été contactés par mail et par téléphone : le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a publié notre demande sur leur page « Coup de Pouce » et l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) a diffusé le mail de présentation à la liste de ses adhérents.

2.2.3.5 La période

Le questionnaire a été disponible en ligne entre le 1^{er} mars et le 18 avril 2021.

3 Résultats et analyse

Le questionnaire a obtenu 130 réponses finalisées et 68 réponses non finalisées. Nous exploiterons les 130 réponses finalisées pour l'analyse de nos résultats.

3.1 Profil des participants

3.1.1 Description générale de l'échantillon

Parmi les répondants, 85,38% (nombre d'individus : 111) sont des pédiatres et 14,62% (19) sont des médecins généralistes. Ils exercent depuis moins de 5 ans pour 26,92% (35) d'entre

eux, une durée comprise entre 5 et 15 ans pour 40,77% (53), entre 15 et 25 ans pour 15,15% (21) et plus de 25 pour 16,15% (21).

85,15% (112) travaillent en milieu urbain et 13,85% (18) en milieu rural. 61,54% (80) exercent à l'hôpital ou en clinique et 47,85% (57) en libéral. 5,38% (7) exercent en CAMSP, 2,31% (3) en PMI et 3,08% (4) en SESSAD. 8,46% (11) ont répondu « Autre ».

Les résultats par discipline et les commentaires sont disponibles à l'annexe 7 (p. 89).

3.1.2 Description des connaissances et de la pratique de l'échantillon au regard des TAP

Le nombre de plaintes relatives à des difficultés d'alimentation chez l'enfant de 0 à 6 ans est estimé à :

- Moins d'une par mois pour 11,54% (15) des répondants ;
- Entre 1 et 3 plaintes par mois pour 30% (39) des répondants ;
- Plus de 3 plaintes par mois pour 56,92% (74) des répondants.

73,08% (95) des répondants utilisent préférentiellement le terme de Troubles de l'oralité alimentaire (TOA). Le terme de Troubles alimentaires pédiatriques (TAP) est utilisé préférentiellement pour 16,15% (21) des répondants. 3,08% (4) ne connaissent aucun des deux termes. 7,69% des participants ont répondu « Autre ». Les commentaires sont disponibles à l'annexe 8 (p. 91).

Parmi les répondants, 28,46% (37) considèrent avoir été formés aux TAP lors de leurs parcours initial et/ou continu, 56,15% (73) considèrent y avoir été sensibilisés, 14,62% (19) considèrent n'avoir jamais reçu d'informations au sujet de ces troubles et 0,77% (1) n'a pas répondu à cette question.

Les TAP peuvent être en lien avec des facteurs/troubles :

- médicaux pour 95,38% (124) des répondants ;
- psychosociaux pour 93,85% (122) des répondants ;
- sensori-moteurs et praxiques pour 92,31% (120) des répondants ;
- sensoriels pour 83,85% (109) des répondants ;
- nutritionnels pour 76,92% (100) des répondants.

0,77% (1) n'a pas répondu à cette question.

81,54% (106) pensent être en mesure de repérer un TAP. A l'inverse, 10,77% (14) pensent ne pas être en mesure de repérer un tel trouble. 7,69% (10) n'ont pas répondu à la question.

Les résultats par discipline et les commentaires sont disponibles l'annexe 8 (p. 91).

3.2 Résultats

3.2.1 Description des connaissances et des pratiques de l'échantillon concernant l'orientation des patients ayant des difficultés alimentaires ou un TAP

Éléments/critères pris en compte pour l'orientation des patients

Quels sont les éléments/critères sur lesquels vous vous appuyez pour orienter les patients ?	Spécialités	
	Médecins généralistes (MG)	Pédiatres (Péd.)
Le rôle des professionnels médicaux	68.42% (13)	68.47% (76)
Le rôle des professionnels paramédicaux	63.16% (12)	90.09% (100)
Les signes d'alerte	94.74% (18)	86.49% (96)
La demande d'une ordonnance par les familles recommandée par un professionnel de soin	36.84% (7)	16.22% (18)
Le remboursement des soins	63.16% (12)	33.33% (37)
La distance entre le domicile familial et le lieu de soin	31.58% (6)	28.83% (32)
La crainte d'une attente trop importante avant le premier rendez-vous	42.11% (8)	23.42% (26)
Autre	15.79% (3)	6.31% (7)

On observe que le rôle des professionnels paramédicaux est l'un des éléments sur lesquels s'appuie la majorité des pédiatres (90.09%) pour orienter leur patient. Il l'est moins par les médecins généralistes (63.47%). Notons cependant que la question présentait un biais. Deux médecins généralistes et six pédiatres ont spécifié leur incompréhension et/ou le manque de clarté de la question et/ou des réponses. En effet, la question est confuse car elle vise deux objectifs : obtenir des informations sur les besoins des professionnels et sur les obstacles à l'orientation des patients.

Les bilans complémentaires

Les participants ont été interrogés sur leur pratique et leur connaissance en ce qui concerne l'investigation de bilans complémentaires médicaux et paramédicaux en cas de difficultés alimentaires ou de TAP.

	Types de bilan habituellement conseillés			
Spécialistes	Bilans médicaux uniquement	Bilans paramédicaux uniquement	Bilans médicaux et paramédicaux	Aucun bilan
MG	21.05%	31.58%	36.84%	10.53%
Péd.	5.41%	26.13%	54.95%	13.51%

On observe que la majorité des médecins généralistes et des pédiatres conseillent habituellement des bilans complémentaires face à des difficultés alimentaires ou un TAP. En effet, seulement 10.53% des médecins généralistes et 13.51% des pédiatres ont pour habitude de ne conseiller aucun bilan complémentaire. Parmi les pédiatres qui ne recommandent qu'un seul type de bilans complémentaires (médicaux ou paramédicaux), ceux qui ne conseillent habituellement que des bilans paramédicaux sont en proportion plus nombreux (26.13%) que ceux qui ne conseillent habituellement que des bilans médicaux (5.41%). La tendance est identique chez les médecins généralistes bien qu'elle soit moins importante (31.58% contre 21.05%).

	Bilans médicaux à investiguer, en théorie				
Spécialistes	Gastro-entérologique	Oto-rhino-laryngologique	Endocrinologique	Aucun	Autre
MG	78.95%	73.68%	26.32%	5.26%	10.53%
Péd.	84.68%	88.29%	28.83%	0%	22.52%

On observe que la majorité des bilans médicaux sont adressés chez les gastro-entérologues et les oto-rhino-laryngologues (ORL). La question (p. 83) comporte un biais dans la formulation et dans le choix des réponses. Elle manque de clarté et ne propose pas suffisamment de propositions. Les commentaires suggèrent en grand nombre le bilan neurologique. Ils sont disponibles à l'annexe 9 (p. 94).

Bilans paramédicaux à investiguer face à un TAP, en théorie	Spécialités	
	MG	Péd.
Évaluation des compétences oro-motrices (dont succion et mastication)	94.74%	99.10%
Examen oro-facial	63.16%	87.39%
Évaluation de la déglutition	84.21%	90.09%
Évaluation sensorielle	78.95%	82.88%
Examen de la posture et du tonus	57.89%	77.48%

Évaluation psychologique	78.95%	82.88%
Évaluation diététique	57.89%	74.77%
Aucun	0%	0%

L'examen oro-facial (63.16%), l'évaluation de la posture et du tonus (57,89%) et l'évaluation diététique (57.89%) ne sont pas connus d'une grande majorité de médecins généralistes. L'examen de la posture et du tonus (77.48%) et l'évaluation diététique (74.77%) sont les deux types d'examens complémentaires les moins connus des pédiatres mais sont toutefois représentés par une majorité.

Implication des professionnels dans la prise en soin des TAP

Les médecins généralistes et les pédiatres ont été interrogés sur l'implication du psychologue et des paramédicaux de l'étude, en théorie et en pratique, dans la prise en soin des TAP. Deux questions ont permis de mettre au jour l'implication que les médecins conféraient aux professionnels de l'étude de façon théorique : l'une ne mentionnait aucune limite d'âge, l'autre spécifiait « dès la naissance ». La troisième question interroge la pratique des médecins en termes d'orientation. Elle permet d'identifier les professionnels vers qui ils ont déjà orientés au cours de leur carrière.

Implication des professionnels		Sans mention d'âge	Dès la naissance	L'orientation en pratique
Ortho.	MG	94.74%	84.21%	84.21%
	Péd	98.20%	80.18%	90.09%
MK	MG	31.58%	42.11%	15.79%
	Péd	33.33%	30.63%	22.52%
Ergo.	MG	42.11%	31.58%	10.53%
	Péd	36.94%	10.81%	11.71%
Psychomot.	MG	68.42%	57.89%	36.84%
	Péd	79.28%	67.57%	48.65%
Psy.	MG	78.95%	36.84%	36.84%
	Péd	82.88%	49.55%	63.96%
Diét.	MG	73.68%	36.84%	31.58%
	Péd	74.77%	46.85%	58.56%
Aucun	MG	0%	0%	5.26%

	Péd	0%	1.80%	0.90%
Ne répond pas	MG	Non renseigné		5.26%
	Péd			0.90%

L'implication des orthophonistes et des psychologues est représentée de façon majoritaire par les médecins généralistes (respectivement 94.74% et 78.95%) et les pédiatres (respectivement 78.95% et 82.88%) dans la prise en soin des TAP. L'implication des psychomotriciens est également connue par une majorité de pédiatres (79,28%). Elle l'est moins par les médecins généralistes (68.42%). L'implication des diététiciens se situe aux abords de la majorité pour les médecins généralistes (73.68%) et les pédiatres (74.77%). L'implication des MK et des ergothérapeutes est méconnue des médecins généralistes (respectivement 31.58% et 42.11%) et des pédiatres (33.33% et 36.94%).

L'implication conférée aux différents professionnels dans les prises en soin des TAP dès la naissance diminue de manière générale, excepté celle des MK, dont l'implication augmente pour les médecins généralistes (31.58% à 42.11%). Elle reste majoritaire pour les orthophonistes, bien qu'elle diminue d'environ 10% chez les médecins généralistes et d'environ 20% chez les pédiatres. L'implication des autres professionnels auprès des patients dès la naissance est méconnue.

Une grande majorité de médecins généralistes et de pédiatres ont orienté au cours de leur carrière vers les orthophonistes (respectivement 84.21% et 90.09%). Environ 1 pédiatre sur 2 a orienté vers des psychomotriciens (48.65%), des psychologues (63,96%) et des diététiciens (58,56%). On observe que ces orientations ont été moins fréquentes chez les médecins généralistes. Les MK et les ergothérapeutes sont les professionnels vers qui les médecins généralistes (respectivement 15.79% et 10.53%) et les pédiatres (22.52% et 11.71%) ont le moins orienté.

Connaissance du rôle des professionnels impliqués dans la prise en soin des TAP

Les participants ont été interrogés sur leurs connaissances quant aux rôles des professionnels de l'étude dans l'évaluation et le traitement de troubles liés aux TAP. Le premier résultat indique par exemple que 100% des médecins généralistes considèrent que les orthophonistes sont impliqués dans l'évaluation et le traitement des troubles de la déglutition. Ces résultats sont présentés sous forme d'histogrammes à l'annexe 10 (p. 95).

Evaluation et traitement Professionnels		Troubles de la déglutition	Troubles oro-moteurs (suction et mastication)	Examen oro-facial	Troubles sensoriels oraux et/ou corporels	Trouble de la ventilation
Ortho.	MG	100%	100%	94.75%	73.68%	68.42%
	Péd	95.50%	92.79%	91.89%	73.87%	50.45%
MK	MG	5.26%	10.53%	10.53%	31.58%	52.63%
	Péd	21.62%	33.33%	30.63%	34.23%	51.35%
Ergo.	MG	10.53%	5.26%	0%	42.11%	10.53%
	Péd	9.01%	9.91%	8.11%	27.93%	7.21%
Psychomot.	MG	47.37%	26.32%	21.05%	94.74%	31.58%
	Péd	26.13%	38.74%	25.23%	85.59%	20.72%
Psy.	MG	5.26%	0%	0%	21.05%	0%
	Péd	11.71%	7.21%	0%	16.22%	1.80%
Diét.	MG	5.26%	0%	0%	0%	0%
	Péd	13.51%	4.5%	1.80%	3.60%	0.90%
Aucun	MG	0%	0%	0%	0%	0%
	Péd	0%	0.90%	3.60%	1.80%	4.50%
Ne sait pas	MG	0%	0%	5,26%	Non renseigné	15.79%
	Péd	2.70%	2.70%	5.41%		20.72%

 Professionnels impliqués dans l'évaluation et le traitement des troubles indiqués

 Professionnels théoriquement non impliqués dans l'évaluation et le traitement des troubles indiqués

 Professionnels impliqués en partie ou dont le rôle spécifique reste à confirmer

Rôles attribués aux professionnels de l'étude par les médecins généralistes et les pédiatres dans l'évaluation et le traitement de troubles liés aux TAP

On observe qu'une majorité de médecins généralistes et de pédiatres connaissent le rôle de l'**orthophoniste** dans l'évaluation et le traitement des troubles de la déglutition (100 % pour les généralistes et 95,50 % pour les pédiatres), des troubles oro-moteurs (100 % pour les généralistes et 92,79 % pour les pédiatres) et dans l'examen oro-facial (94,75 % pour les

généralistes et 91,89 % pour les pédiatres). Leur implication dans les troubles sensoriels oraux et/ou corporels est moins connu des médecins généralistes (73.68%) et des pédiatres (73.87%). Leur implication dans les troubles de la ventilation est méconnue des médecins généralistes (68.42%) et des pédiatres (50.45%).

Les médecins généralistes et des pédiatres méconnaissent l'implication du **MK** dans le traitement et l'évaluation des troubles de la déglutition (5,26 % pour les généralistes et 21,62 % pour les pédiatres), des troubles oro-moteurs (10,53 % pour les généralistes et 33,33 % pour les pédiatres), des troubles sensoriels et/ou corporels (31,58 % pour les généralistes et 34,23 % pour les pédiatres) et des troubles de la ventilation (52,63 % pour les généralistes et 51,35 % pour les pédiatres).

Le rôle de **l'ergothérapeute** dans le traitement et l'évaluation des troubles sensoriels oraux et/ou corporels est méconnu des médecins généralistes (42.11%) et des pédiatres (27.93%).

Le rôle du **psychomotricien** dans le traitement des troubles sensoriels oraux et/ou corporels est connu pour une majorité de médecins généralistes (94.74%) et de pédiatres (85.59%). Cependant, certains médecins généralistes et pédiatres impliquent ce professionnel dans l'examen oro-facial (respectivement 21.05% et 25.23%) et dans l'évaluation et le traitement des troubles de la ventilation (respectivement 31.58% et 20.72%).

Un certain pourcentage de médecins généralistes (21.05%) et de pédiatres (16.22%) implique le **psychologue** dans l'évaluation et le traitement des troubles oraux et/ou corporels. 11.71% des pédiatres impliquent ce professionnel dans l'évaluation et le traitement des troubles de la déglutition.

15.79% des médecins généralistes et 20.72% des pédiatres disent ne pas savoir quels professionnels sont impliqués dans l'évaluation et la rééducation des **troubles de la ventilation**. L'attribution de ce rôle aux différents professionnels est partagée entre les orthophonistes, les MK, les ergothérapeutes et les psychomotriciens, mais aucune majorité ne se révèle vraiment. Il semble y avoir une méconnaissance du rôle des professionnels dans la prise en soin des troubles de la ventilation.

Les connaissances des médecins généralistes et des pédiatres sur le rôle des professionnels de l'étude dans la prise en soin des TAP sont incomplètes. Le rôle de l'orthophoniste est globalement connu, excepté pour son implication dans l'évaluation et le traitement des troubles de la ventilation. Le rôle du psychomotricien dans l'évaluation et le traitement des troubles sensoriels est connu. Le rôle du MK et de l'ergothérapeute est méconnu. L'identité des professionnels prenant en charge les troubles de la ventilation est également méconnu.

3.2.2 Évaluation du schéma

100% (130) des répondants qui ont complété entièrement le questionnaire ont pu accéder au schéma via le lien URL proposé. Parmi les 68 participants qui n'ont pas finalisé le questionnaire, 17,65% (12) ont abandonné le questionnaire à cette question, 73,52% (50) avant cette question et 8,82% (6) après.

Évaluation du fond, de la forme et de l'influence du schéma

Cinq questions ont permis d'évaluer le schéma : l'une porte sur la forme du schéma, trois interrogent son aspect informatif et/ou utile et la dernière questionne son influence sur la pratique des répondants.

Questions		Lisibilité et clarté du schéma	Apport d'informations sur les TAP	Apport d'informations sur le rôle des professionnels dans la prise en soin des TAP	Apport d'informations utiles à l'orientation des patients ayant des difficultés alimentaires ou des TAP	Repérez-vous des situations passées lors desquelles ce schéma vous aurait permis d'orienter différemment un ou plusieurs patients ?
Réponses						
Oui	MG	94.74%	100%	100%	100%	78.95%
	Péd	86.49%	85.59%	87.39%	84.68%	59.46%
Non	MG	0%	0%	0%	0%	21.05%
	Péd	4.5%	14.41%	12.61%	15.32%	40.54%
Autre	MG	5.26%	Non renseigné			
	Péd	9.01%				

La grande majorité des médecins généralistes et des pédiatres ont trouvé le schéma lisible et compréhensible, y ont trouvé de nouvelles informations sur les TAP et sur le rôle des professionnels, ainsi que des informations utiles à l'orientation des patients présentant des difficultés alimentaires ou des TAP. Les participants ayant répondu « Autre » ont émis des commentaires. Ceux-ci sont présentés à l'annexe 11 (p. 96). Pour certains le schéma comporte beaucoup d'informations. D'autres mentionnent un manque de clarté au niveau du code couleur.

Une majorité de médecins généralistes (78.95%) a repéré des situations passées lors desquelles le schéma les aurait permis d'orienter différemment un ou plusieurs patients. Ceci est observé chez la moitié des pédiatres environ (56.46%).

Informations supplémentaires à faire apparaître sur le schéma

La dernière question interroge le souhait des répondants quant aux types d'informations à faire apparaître sur le schéma. Les modalités de réponses permettent le choix multiple.

Types d'informations supplémentaires souhaitées sur le schéma Répondants	Le rôle des professionnels médicaux (gastropédiatre, ORL...)	Les signes d'alerte	La rédaction de l'ordonnance en fonction du professionnel concerné	Les possibilités de rembour- sement des soins	Autre
MG	21.05%	84.21%	57.89%	63.16%	0%
Péd	25.33%	65.77%	54.05%	61.26%	14.41%

Une majorité de médecins généralistes (84.21%) souhaiterait voir apparaître sur le schéma les signes d'alerte des TAP. Cela est moins observé chez les pédiatres (65.77%). La rédaction de l'ordonnance en fonction du professionnel concerné et les possibilités de remboursement de soins sont des informations à faire apparaître sur le schéma pour plus d'un médecin sur deux. Les pédiatres ayant répondu « Autre » ont émis des commentaires. Ceux-ci sont présentés à l'annexe 12 (p. 97). Certains nous font entendre que l'ajout d'informations n'est pas utile ou surchargerait le schéma : « *pour moi, il y a déjà trop d'informations [...]* », « *les autres éléments sont intéressants et nécessaires, mais ils surchargeraient le schéma* ». D'autres commentaires abordent la question de la compétences des professionnels : « *Les compétences développées par différents paramédicaux ne sont pas toujours liées à leur formation initiale mais à l'intérêt qu'ils ont manifesté pour ces troubles et les formations ultérieures effectuées, la pratique également.* », « *Un titre ne certifie pas une compétence.* », « *Comment orienter vers un professionnel (paramédical) formé, car tous ne le sont pas (c'est ce que j'ai constaté dans mon expérience passée)* ». Ce dernier commentaire fait également émerger l'importance d'une mise en réseau, tout comme d'autres : « *La constitution d'un réseau faisant appel à ces professionnels est intéressante* » et « *Carnet d'adresses* ».

4 Discussion

4.1 Validation des hypothèses

- 1) **Les connaissances des médecins généralistes et des pédiatres quant au rôle des professionnels de l'étude dans la prise en soin des TAP sont à améliorer.**

Les éléments relevés lors de nos résultats nous permettent de présenter ceci :

- L'évaluation de la déglutition, l'évaluation sensorielle et l'évaluation psychologique font partie des bilans paramédicaux complémentaires connus par une majorité de médecins généralistes. En revanche, l'examen oro-facial, l'évaluation de la posture et du tonus et l'évaluation diététique sont des bilans paramédicaux complémentaires méconnus des médecins généralistes. **Ces bilans sont connus par une majorité de pédiatres.**
- L'implication du psychologue et de l'orthophoniste dans la prise en soin des TAP est connue pour une majorité de médecins généralistes et de pédiatres. L'implication du psychomotricien et du diététicien l'est moins. Par ailleurs, **l'implication du MK et de l'ergothérapeute est méconnue des médecins généralistes et des pédiatres ;**
- **L'intervention du psychomotricien, du MK, de l'ergothérapeute, du psychologue et du diététicien auprès du nouveau-né est méconnue.** Celle de l'orthophoniste est majoritairement connue, bien qu'elle soit moins représentée que son implication dans la prise en soin des TAP en général ;
- Le rôle de l'orthophoniste dans l'évaluation et le traitement des troubles de la déglutition, des troubles oro-moteurs et dans l'examen oro-facial est connu d'une majorité de médecins généralistes et de pédiatres. Il l'est moins dans l'évaluation et le traitement des troubles oraux et/ou corporels. **Son implication dans les troubles de la ventilation est méconnue des médecins généralistes et des pédiatres.**
- **Le rôle du MK et de l'ergothérapeute dans la prise en soin des TAP est méconnu des médecins généralistes et des pédiatres.**
- **Le rôle du psychomotricien dans l'évaluation et le traitement des troubles sensoriels oraux et/ou corporels est connu d'une majorité de médecins généralistes et de pédiatres.** Son implication dans l'examen oro-facial et dans l'évaluation et le traitement des troubles de la ventilation est à éclaircir.
- L'implication du psychologue dans l'évaluation et le traitement des troubles oraux et/ou corporels et de la déglutition est à éclaircir.

- **Les professionnels impliqués dans l'évaluation et le traitement des troubles de la ventilation sont méconnus des médecins généralistes et des pédiatres.**

Ceci nous permet de ne valider qu'en partie notre hypothèse. Les connaissances des médecins généralistes et des pédiatres en ce qui concerne la prise en soin des TAP par les différents professionnels de l'étude sont hétérogènes et incomplètes. Elles varient selon les domaines interrogés (professions et troubles). L'implication et le rôle de l'orthophoniste sont globalement connus. Le rôle du psychomotricien dans la prise en soin des troubles sensoriels est connu. Les connaissances à améliorer concernent surtout le rôle du **MK** et de **l'ergothérapeute** dans la prise en soin des TAP, ainsi que l'identité des professionnels prenant en charge les **troubles de la ventilation**.

2) L'outil créé est informatif.

Les résultats que nous avons obtenus nous permettent d'affirmer que l'outil est informatif. En effet, pour la grande majorité des médecins généralistes et des pédiatres, le schéma est lisible et compréhensible. Il apporte de nouvelles informations sur les TAP et sur le rôle des professionnels dans la prise en soin de ces troubles. Nous validons donc cette hypothèse.

3) Les informations apportées par le schéma sont utiles aux médecins généralistes et aux pédiatres pour les guider dans l'orientation des patients présentant des difficultés alimentaires ou des TAP.

Les hypothèses présentées précédemment nous permettent d'affirmer que :

- Les connaissances des médecins généralistes et des pédiatres sur le rôle des professionnels dans la prise en soin des TAP sont incomplètes ;
- L'outil créé est informatif.

Par ailleurs, les résultats que nous avons obtenus nous permettent d'affirmer que les informations présentées sur le schéma sont utiles à la grande majorité des médecins généralistes et des pédiatres pour l'orientation des patients présentant des difficultés alimentaires ou des TAP. L'hypothèse est donc validée.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 Implication et définition du rôle des professionnels de l'étude dans la prise en soin des TAP

L'orthophonie est la profession la plus représentée dans la prise en soin des TAP par les médecins généralistes et les pédiatres. Parmi les professions présentées, elle est celle dont

l'implication et le rôle dans la prise en soin des TAP sont les plus connus. Nous allons tenter d'expliquer les raisons pour lesquelles l'implication et le rôle des autres professionnels dans la prise en soin des TAP sont moins représentés et parfois méconnus.

4.2.1.1 Textes officiels et référentiels d'activités

Aucun décret de compétences figurant au code de la Santé Publique n'aborde de manière spécifique la prise en soin des TAP, comme présenté à l'annexe 13 (p. 98). Un mémoire de psychomotricité propose une alternative au décret de compétences relatifs à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice et y intègre les troubles de l'oralité (Marion Anquetil, 2019). La démarche vise la modernisation des décrets de compétence et pourrait s'appliquer à toutes les autres professions.

Le référentiel d'activités des **orthophonistes** (Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013a) mentionne leur intervention dans le domaine de l'oralité mais n'en fait référence que dans certains cas : « [L'orthophonie] consiste ... à maintenir les fonctions de communication et de l'oralité dans les pathologies dégénératives et neuro-dégénératives ».

Le référentiel d'activités des **psychomotriciens** (Ministère de la santé et des sports, 2010b). Il ne mentionne pas de façon spécifique la prise en soin des TAP. Il y est inscrit :

Les activités décrites sont celles qui sont le plus souvent réalisées, elles ne sont pas exhaustives, elles correspondent à l'état de la réflexion au jour de leur production et peuvent être modifiées selon l'évolution des modalités ou lieux d'exercice, des connaissances ou des informations nouvelles, voire des organisations différentes. (Ministère de la santé et des sports, 2010b)

Le référentiel d'activités des **diététiciens** (Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011) ne fait pas mention de l'oralité mais des « troubles du comportement alimentaire (TCA) », laissant place à la confusion. En effet, nous avons vu que les TAP pouvaient avoir plusieurs dénominations : Véronique Abadie (2004) et Catherine Thibault (2017), orthophonistes, utilisent le terme de « troubles du comportement alimentaire ». Cependant, ce terme est également employé pour désigner les « troubles des conduites alimentaires » (TCA), dont font partie par exemple l'anorexie mentale, la boulimie mais aussi l'ARFID (Mini DSM 5, 2016).

Les référentiels des activités des **MK** (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2015) et celui des **ergothérapeutes** (Ministère de la santé et des sports, 2010a) ne mentionnent pas l'oralité.

Comme nous l'avons vu précédemment, le seul texte officiel garantissant de façon spécifique le rôle d'un professionnel dans la prise en soin des TAP est l'avenant 16 à la convention nationale des orthophonistes conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et la Fédération nationale des orthophonistes (FNO) le 18 juillet 2017 (JORF n°251 du 26 octobre 2017). En effet, il comprend la création des actes orthophoniques de bilan et de rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité. Notons que l'orthophonie et la masso-kinésithérapie ont un statut particulier : ce sont les deux seules professions de l'étude à être conventionnées avec l'Assurance Maladie.

4.2.1.2 Formations initiales

Selon les référentiels de formation, les **orthophonistes** sont les seuls professionnels de l'étude bénéficiant d'une unité d'enseignement (UE) consacrée aux troubles de l'oralité. Il s'agit de l'UE 5.4. intitulée « Troubles de l'oralité » (Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013c). Elle inclut les sous-unités suivantes :

- Données générales concernant l'oralité, les fonctions oro-myo-faciales et leurs troubles ;
- Bilan et évaluation des troubles de l'oralité et des fonctions oro-myo-faciales ;
- Intervention orthophonique dans le cadre des troubles de l'oralité et des fonctions oro-myo-faciales.

Elles représentent dix ECTS (European Credits Transfer System) sur les 300 obtenus à l'issue des cinq années de formation.

La première des trois années d'étude en **psychomotricité** consacre 70 heures à la psychiatrie. L'une des parties du programme permet d'introduire des notions de sémiologie : les troubles des conduites alimentaires sont abordés dans ce cadre. Une autre partie est dédiée à la psychiatrie du jeune enfant. Celle-ci permet d'aborder les troubles oro-alimentaires. Par ailleurs, le développement psychomoteur représente une part majeure de la formation (Ministère de l'emploi et de la solidarité, s.d.).

Les **ergothérapeutes** étudient les dysfonctionnements psychiques de l'enfant, dont les troubles alimentaires dans le cadre de l'UE 2.5. portant sur le dysfonctionnement cognitif et psychique. Cette UE représente six crédits sur les 180 obtenus à l'issue des trois années de formation (Ministère de la santé et des sports, 2010a).

Au sein de la formation des **MK**, l'UE 23 « Interventions spécifiques » comprend six contenus principaux dont les interventions en pédiatrie. Cette UE enseigne la prise de décision et les

interventions spécifiques en pneumopédiatrie, neuropédiatrie, orthopédiatrie et médecine pédiatrique. Elle représente huit ECTS sur les 240 validés à la fin des quatre années d'étude. Par ailleurs, l'UE 21 permet d'aborder les troubles de l'alimentation dans un contexte d'affections de l'appareil digestif et de la paroi abdominale (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2015).

L'UE 32D « Physiologie et pathologies » du Diplôme universitaire technologie (DUT) génie biologique option **diététique** comptabilise 56 heures et permet d'aborder les maladies nutritionnelles chez l'enfant, notamment les troubles du comportement alimentaire (Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013).

Le Brevet Technicien Supérieur (BTS) Diététique aborde les affections ou processus pathologiques pédiatriques ainsi que les pathologies et thérapeutiques pouvant avoir un retentissement nutritionnel, dont les troubles du comportement alimentaire (Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 2019).

Les parcours proposés en Master 2 de **psychologie** sont nombreux. Parmi eux, 14 s'axent spécifiquement sur la psychologie de l'enfant (Fédération Française des Psychologues et de Psychologie, 2018). Par ailleurs, le parcours Thérapie comportementale et cognitive (TCC) de l'université de Strasbourg intègre un enseignement de 26 heures sur les troubles du comportement alimentaire et addictif, comme indiqué sur son site internet (<http://psychologie.unistra.fr>).

4.2.1.3 Dans la littérature scientifique

Les métiers de psychomotricien et de MK sont sous représentés par rapport aux autres professions dans la prise en soin des TAP dans la littérature internationale (Edwards et al., 2015b ; Ibanez et al., 2020 ; Kleinert., 2017 ; McComish et al., 2016 ; Miller et al., 2001 ; Morris et al., 2017).

Dans la littérature française, nous avons vu que l'absence d'articles abordant les TAP de façon spécifique dans les revues professionnelles d'ergothérapeutes, MK, diététiciens, psychologues et médecins généralistes interrogeait sur leur implication dans cette prise en soin.

Si l'on se réfère aux textes officiels et aux formations initiales, l'oralité, sous cette appellation spécifique, est un domaine qui est majoritairement attribué aux orthophonistes. Ceci peut expliquer en partie pourquoi ces professionnels sont les plus représentés par les médecins généralistes et les pédiatres dans la prise en soin des TAP. Par ailleurs, l'implication de certaines

professions est aussi sous représentée dans la littérature scientifique. Malgré tout, nous savons que cette prise en soin n'est pas spécifique à une discipline. En effet, les TAP transcendent les domaines d'expertise. Comme le soulignent plusieurs auteurs (Boudou & Lecoufle, 2015 ; Grevesse, 2017 ; Morris et al., 2017), le diagnostic et le traitement des difficultés alimentaires du jeune enfant se doivent d'être multidisciplinaires en raison de leurs aspects multifactoriels et de leurs expressions diverses. **L'expertise et le regard de chaque professionnel sont donc essentiels.** Les décrets de compétence et les référentiels d'activités ont pour objectif d'encadrer et de décrire la réalité du terrain, qui est évolutive. Ils peuvent aussi servir de référence afin de connaître le rôle des professionnels. Ils nécessitent d'être mis à jour en fonction des nouvelles avancées pratiques et théoriques.

4.2.2 Les obstacles à l'orientation des patients présentant des difficultés alimentaires ou un TAP : « Un titre ne certifie pas une compétence »

Plusieurs commentaires émis dans le questionnaire interrogent la compétence propre des professionnels à intervenir en cas de TAP : *« Les compétences développées par différents paramédicaux ne sont pas toujours liées à leur formation initiale mais à l'intérêt qu'ils ont manifesté pour ces troubles et les formations ultérieures effectuées, la pratique également. », « Un titre ne certifie pas une compétence. », « Comment orienter vers un professionnel (paramédical) formé, car tous ne le sont pas (c'est ce que j'ai constaté dans mon expérience passée) ? ».*

4.2.2.1 Formations continues

Comme nous l'avons vu, les orthophonistes sont les seuls professionnels de l'étude à bénéficier d'une formation initiale sur les TAP. Afin de mieux connaître ces troubles et d'acquérir des compétences complémentaires au regard de leur prise en soin, il existe des formations continues sur les TAP et sur les troubles de l'intégration sensorielle ouvertes à plusieurs professionnels.

A l'heure actuelle et à titre d'exemples, les Diplômes Intra-Universitaires (DIU) « Troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant » de Lille et de Paris sont ouverts aux pédiatres, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, diététiciens, MK, ergothérapeutes, etc. Le DIU de Paris accueille également les médecins généralistes. Le Diplôme Universitaire (DU) « Déglutition, comportement alimentaire de l'enfant et leurs troubles » de Montpellier est ouvert aux pédiatres, médecins généralistes, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, diététiciens, MK, etc. Nous avons trouvé ces informations sur le site de la FIMATHO (Filières des maladies rares abdomino-thoraciques) (<https://www.fimatho.fr/>). Par ailleurs, de nombreuses

associations proposent des formations sur l'oralité alimentaire. Bien que certaines soient réservées à une profession seulement, d'autres en accueillent plusieurs. Les formateurs eux-mêmes sont issus de professions différentes. En outre, des associations proposent des formations sur l'intégration sensorielle en lien avec l'oralité alimentaire ou non. Elles sont ouvertes à différentes disciplines et particulièrement aux psychomotriciens et aux ergothérapeutes.

L'ouverture des formations continues aux différents professionnels confirme la diversité des disciplines impliquées dans la prise en soin des TAP. Elle nous permet également d'évoquer les disparités qu'il peut exister entre les professionnels issus d'une même discipline. En effet, tous profitent d'une formation initiale abordant les troubles alimentaires de façon plus ou moins spécifique aux TAP, mais tous ne bénéficient pas d'une formation complémentaire ciblée sur l'oralité alimentaire et ses troubles.

4.2.2.2 Frontières et expériences

Selon Claire K. Miller, orthophoniste, et ses collaborateurs (2001), les frontières qui existent entre chaque discipline peuvent être ténues. Ainsi, des discordances peuvent émerger parmi les professionnels quant à l'appartenance d'une problématique à un champ de compétence spécifique (Miller et al., 2001).

Par ailleurs, une même problématique chez un enfant présentant un TAP peut être abordée sous différents angles. Le choix de l'approche thérapeutique utilisée est fonction de la discipline dont est issu le professionnel. Ainsi, face à des comportements alimentaires inadaptés, les ergothérapeutes et les spécialistes des troubles sensoriels proposeront une approche sensorielle et les spécialistes du comportement axeront leur prise en soin sur le refus alimentaire et les facteurs environnementaux (Kleinert, 2017).

En outre, en travaillant en équipe, tous les professionnels acquièrent inévitablement une expérience de l'expertise de leurs collègues au fil des années. Cependant, pour Claire K. Miller et ses collaborateurs (2001) il est important de pouvoir spécifier la problématique centrale du trouble et de s'en référer au professionnel spécialiste.

L'expérience s'acquiert donc en travaillant avec d'autres professionnels. Elle s'acquiert également en travaillant seul. Elle dépend des centres d'intérêts du thérapeute, de son lieu d'exercice, de sa formation, etc.

L'orientation des médecins généralistes et des pédiatres vers les différents professionnels ne peut pas uniquement s'appuyer sur un titre. Elle doit également s'appuyer sur les compétences

propres du thérapeute. Comment en prendre connaissance et comment faciliter les échanges entre ces professionnels ?

4.2.2.3 La nécessité d'une mise en réseau

Les répondants au questionnaire suggèrent la constitution d'un réseau de professionnels prenant en charge les TAP afin de faciliter l'orientation des patients présentant ces troubles. En effet, certains commentaires évoquent cette idée : « *La constitution d'un réseau faisant appel à ces professionnels est intéressante* », « *Carnet d'adresses* ».

La mise en réseau de professionnels peut se faire de différentes façons : à travers les associations, les réseaux de soins proposés par les mutuelles, les maisons de santé pluridisciplinaire, etc.

Dans le cadre de ce mémoire, nous choisirons de présenter le fonctionnement des plateformes de coordination et d'orientation ayant pour but le repérage et le diagnostic précoce des troubles du neurodéveloppement (TDN). Elles sont impulsées par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Face à une suspicion de TDN, les médecins de premiers recours remplissent un questionnaire en ligne (<http://tndtest.com/>) visant à interroger la présence effective des signes d'alerte et leur nature. Un questionnaire adapté leur est ensuite fourni pour cibler les difficultés de l'enfant. Si besoin, la plateforme facilite l'orientation vers différents professionnels afin de réaliser des bilans complémentaires. En effet, elle référence un réseau de professionnels participant aux bilans et à la prise en soin de ces troubles (Agence Régionale de Santé, 2019).

Ainsi, la constitution d'un réseau de professionnels prenant en charge les TAP pourrait s'inspirer du fonctionnement des plateformes de coordination et d'orientation.

4.2.3 L'amélioration du schéma

Suite aux commentaires émis dans le questionnaire, nous avons amélioré notre schéma. Une notice concernant le code couleur et une mention indiquant l'implication des professionnels dès la naissance ont été ajoutées. Nous avons notifié le rôle du MK dans la rééducation des troubles oro-moteurs et modifié certaines informations en lien avec les TAP selon les informations présentées dans notre partie théorique. Le schéma révisé se trouve à l'annexe 14 (p. 102).

4.3 Biais méthodologiques

L'étude comporte des biais méthodologiques. Tout d'abord, nous avons fait quelques erreurs dans la conception du questionnaire. La formulation et le choix des réponses de certaines questions conduisent à des biais méthodologiques. Nous en avons fait part dans nos résultats.

De plus, il est fort probable que l'origine de l'étude ait influencé les réponses. En effet, le questionnaire interroge l'implication de l'orthophoniste dans la prise en soin des TAP et est issu d'un mémoire d'orthophonie. Il peut sembler logique que l'orthophonie soit impliquée dans la prise en soin de ces troubles. Par ailleurs, les pédiatres ayant répondu au questionnaire sont majoritairement issus de la population d'adhérents à l'AFPA. Cette association a pour but de promouvoir la recherche et la formation professionnelle en pédiatrie (<https://afpa.org>). L'échantillon de pédiatres (111) ayant répondu au questionnaire est donc particulièrement investi dans ces actions et nous nous interrogeons sur la représentativité de la population. L'échantillon de médecins généralistes (19) ne comporte pas suffisamment d'individus pour être représentatif de la population. La distribution de l'échantillon ne nous a pas permis de mettre en avant des éventuelles différences entre médecins généralistes et pédiatres.

4.4 Perspectives

Cette étude ouvre de nouvelles perspectives.

L'absence d'articles spécifiques aux TAP dans les revues professionnelles questionne sur l'implication du médecin généraliste, de l'ergothérapeute, du MK, du diététicien et du psychologue dans la prise en soin de ces troubles. Il serait intéressant d'interroger la pratique de ces professionnels sur le terrain afin de pouvoir la décrire plus précisément. Une mise à jour des référentiels d'activité pourrait alors être proposée.

Les rôles de l'ergothérapeute et du MK pourraient faire l'objet d'une description plus détaillée de façon à promouvoir ces professions dans la prise en soin des TAP.

Nous avons vu que les médecins spécialistes, notamment les gastro-entérologues et les ORL, étaient sollicités pour des bilans complémentaires dans le cadre de TAP. Le schéma pourrait également être diffusé auprès de cette population afin de favoriser les prises en charge précoces et adaptées.

Enfin, nous avons vu que les pédiatres émettaient l'idée d'une mise en réseau de professionnels prenant en charge les TAP afin de pouvoir orienter plus facilement. Ainsi, il serait intéressant de créer un outil permettant aux professionnels impliqués dans la prise en soin des TAP d'être référencés afin de faciliter la mise en relation des médecins et des « rééducateurs ».

Conclusion

Notre étude nous a permis de présenter la complexité des TAP ainsi que les différents aspects qu'ils recouvrent : médicaux, moteurs et sensoriels, nutritionnels et psychosociaux. Elle nous a également permis de présenter le rôle de professionnels impliqués dans la prise en soin de ces troubles : médecins généralistes, pédiatres, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, MK, psychologues et diététiciens. De cette façon, nous avons pu répondre à la demande des médecins généralistes et des pédiatres en créant un schéma illustrant le rôle du psychologue et de paramédicaux impliqués dans la prise en soin des TAP afin de les aider dans l'orientation des patients présentant des difficultés alimentaires ou des TAP. Pour répondre à notre problématique, ayant pour but de savoir si un tel outil les aide dans l'orientation des patients, nous leur avons présenté le schéma et proposé un questionnaire, nous permettant de :

- Dresser un état des lieux de leurs connaissances et de leurs pratiques concernant l'orientation des patients ;
- Évaluer l'informativité et l'utilité concrète du schéma ;
- Mieux définir leurs besoins et leurs attentes en ce qui concerne la création d'un tel outil.

Nos résultats nous indiquent que l'implication et le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin des TAP sont majoritairement connus des médecins généralistes et des pédiatres, excepté pour ce qui concerne les troubles de la ventilation. L'implication du psychologue est également connue des médecins généralistes et des pédiatres. Celles du diététicien et du psychomotricien sont connues mais reste à promouvoir. Le rôle de ce dernier dans l'évaluation et le traitement des troubles sensoriels oraux et/ou corporels est connu d'une majorité de médecins généralistes et de pédiatres. L'implication et le rôle de l'ergothérapeute et du MK dans la prise en soin des TAP sont méconnus des médecins généralistes et des pédiatres. L'identité des professionnels impliqués dans l'évaluation et le traitement des troubles de la ventilation est méconnue des médecins généralistes et des pédiatres. Nos résultats nous permettent également d'affirmer que l'outil créé est informatif et utile à l'orientation des patients.

Pour aider les médecins généralistes et les pédiatres à orienter les patients présentant des difficultés ou des TAP, nous avons fait le choix de créer un outil d'informations illustrant le rôle de professionnels impliqués dans la prise en soin de ces troubles. Au-delà de cette proposition, la constitution et l'accès à un réseau de professionnels prenant en charge ces troubles pourraient faciliter l'orientation des médecins généralistes et des pédiatres.

Bibliographie

- Abadie, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation Orthophonique*, (220), 55-68.
- Abadie, V., Alvarez, L., Barbier, V., Boucais, N., Cazenave, A., Chalouhi, C., Du Fraysseix, C., Guinot, M., Léon, A., Malécot, G., Ouss, L., Soulié, M., Thibault, C., Thouvenin, B., & Royer, A. (2018). *Attention à mon oralité !* (3 e éd.).
<https://www.calameo.com/books/004021827037478f01e8d>
- Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire. (2019). *Appel à manifestation d'intérêt— Plateforme d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neurodéveloppement.*
- American psychiatric association, (2016). *Mini DSM-5 : Critères diagnostiques* (M.-A. Crocq, M.-A., & J.-D, Trad.). Elsevier Masson.
- Ammaniti, M., Lucarelli, L., Cimino, S., D'Olimpio, F., & Chatoor, I. (2012). Feeding disorders of infancy : A longitudinal study to middle childhood. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 272-280. <https://doi.org/10.1002/eat.20925>
- Anquetil, M. (2019). *Connaissances et reconnaissance : Quelles perspectives d'avenir et quels enjeux pour la profession ?* [Mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02177967>
- Arvedson, J. C. (2008). Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders : Clinical and instrumental approaches. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(2), 118-127. <https://doi.org/10.1002/ddrr.17>
- Association Française des Diététiciens Nutritionnistes. (2015). *Un besoin certain, des incohérences identifiées.*
https://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/contribution_des_dieteticiens_grande_confere_nce_de_la_sante_-_acces_nutritionnel_en_france_.pdf

- Assurance Maladie. (2020). *Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)*.
<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/697957/document/ngap-assurance-maladie-03-decembre-2020.pdf>
- Barbier, I. (2004). Les troubles de l'oralité du tout-petit et le rôle de l'accompagnement parental. *Rééducation Orthophonique*, (220), 143-155.
- Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : De la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*, 39(1), 143-159.
- Berlin, K. S., Lobato, D. J., Pinkos, B., Cerezo, C. S., & LeLeiko, N. S. (2011). Patterns of medical and developmental comorbidities among children presenting with feeding problems : A latent class analysis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 32(1), 41-47. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318203e06d>
- Boggs, T., & Ferguson, N. (2016). A Little PEP Goes a Long Way in the Treatment of Pediatric Feeding Disorders. *Perspectives of the ASHA Special Interests Groups*, 1(13), 26-37.
<https://doi.org/10.1044/persp1.SIG13.26>
- Boisnault, M. (2018). *Connaissances des médecins généralistes sur la prescription de l'orthophonie* [Mémoire de master, Université de Nice]. Dumas.
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01831620>
- Borrero, C. S. W., Woods, J. N., Borrero, J. C., Masler, E. A., & Lesser, A. D. (2010). Descriptive analyses of pediatric food refusal and acceptance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 43(1), 71-88. <https://doi.org/10.1901/jaba.2010.43-71>
- Boudou, M., & Lecoufle, A. (2015). Les troubles de l'oralité alimentaire : Quand les sens s'en mêlent ! *Les entretiens de Bichat*, 88-95.
- Bowlby, J. (1978 et 1984). *Attachement et perte (1, 2 et 3)*. Presses universitaires de France.
- Brand-Vincent, V., & Lefevre, C. (2014). *Docteur, notre enfant ne mange pas ! Et s'il s'agissait d'un trouble de l'oralité alimentaire... Evaluation du degré d'information des médecins*

- sur les troubles de l'oralité alimentaire et sur le rôle de l'orthophoniste dans leur prise en charge* [Mémoire de master, Université de Nantes]. Sudoc.
<https://www.sudoc.fr/180391062>
- Cascales, T., Olives, J.-P., Bergeron, M., Chatagner, A., & Raynaud, J.-P. (2014). Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson : Classification, sémiologie et diagnostic. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172(9), 700-707.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.08.013>
- Chatoor, I. (2002). Feeding disorders in infants and toddlers : Diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 163-183.
[https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(01\)00002-5](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(01)00002-5)
- Chiatto, F., Coletta, R., Aversano, A., Warburton, T., Forsythe, L., & Morabito, A. (2018). Messy Play Therapy in the Treatment of Food Aversion in a Patient With Intestinal Failure : Our Experience. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 43(3), 412-418.
<https://doi.org/10.1002/jpen.1433>
- Cisek, P., & Kalaska, J. F. (2010). Neural Mechanisms for Interacting with a World Full of Action Choices. *Annual Review of Neuroscience*, 33(1), 269-298.
<https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.051508.135409>
- Code de déontologie des psychologues – Article 2. Chapitre 1. (2012). *Actualisation du Code de déontologie des psychologues de mars 1996. Février 2012.*
<http://www.codededeontologiedespsychologues.fr/LE-CODE.html>
- Couly, G. (2010). *Les oralités humaines. Avaler et crier : Le geste et son sens*. Doin.
- Couly, G. (2015). *Oralité du fœtus*. Sauramps Médical.
- Couly, G. (2017). L'oralité fœtale, fondement du langage. *Rééducation Orthophonique*, (271), 13-28.
- Daresse-Lapendery, M., Rochedy, A., Charles, R., Rousselon, V., & Pillard, M. (2018). Mon

- enfant pinaille devant son assiette ! Comment aborder la dysoralité en médecine générale. *Médecine*, 14(8), 353-358. <https://doi.org/10.1684/med.2018.366>
- Davies, W. H., Satter, E., Berlin, K. S., Sato, A. F., Silverman, A. H., Fischer, E. A., Arvedson, J. C., & Rudolph, C. D. (2006). Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context : The case for a relational disorder. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 409-417. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.3.409>
- Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, 2002-721 (2002).
- Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie, 86-1195 (1986).
- Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, 88-659 (1988).
- Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, 96-879 (1996).
- De Singly, F. (2005). *L'enquête et ses méthodes : Le questionnaire* (2 e éd.). Armand Colin.
- Dufour, C. (2017). Accompagner le quotidien des familles. Coulisses de l'ergothérapie en CAMSP. *Contraste*, 1(45), 249-270. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0249>
- Dusing, S. C. (2016). Postural variability and sensorimotor development in infancy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(S4), 17-21. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13045>
- Edwards, S., Davis, A. M., Bruce, A., Mousa, H., Lyman, B., Cocjin, J., Dean, K., Ernst, L., Almadhoun, O., & Hyman, P. (2015a). Caring for Tube-Fed Children : A Review of Management, Tube Weaning, and Emotional Considerations. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(5), 616-622. <https://doi.org/10.1177/0148607115577449>
- Edwards, S., McGrath Davis, A., Ernst, L., Sitzmann, B., Bruce, A., Keeler, D., Almadhoun,

- O., Mousa, H., & Hyman, P. (2015b). Interdisciplinary Strategies for Treating Oral Aversions in Children. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 39(8), 899-909. <https://doi.org/10.1177/0148607115609311>
- Farrow, C. V., & Coulthard, H. (2012). Relationships between sensory sensitivity, anxiety and selective eating in children. *Appetite*, 58(3), 842-846. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.017>
- Fédération Française des Psychologues et de Psychologie. (2018). *Panorama national - Masters 2 - Psychologie*. <https://www.aepu.fr/index.php/telechargements/send/9-panorama-des-masters-de-psychologie/448-panorama-des-masters-2-de-psychologie-2018>
- Feillet, F., Bocquet, A., Chouraqui, J.-P., Darmaun, D., Frelut, M.-L., Girardet, J.-P., Guimber, D., Hankard, R., Lapillonne, A., Peretti, N., Rozé, J.-C., Simeoni, U., Turck, D., & Dupont, C. (2020). Risques nutritionnels des troubles d'alimentation sélective et/ou d'évitement (ARFID). *Perfectionnement en pédiatrie*, 3(1), 40-45. <https://doi.org/10.1016/j.perped.2020.01.025>
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête : Entretien et questionnaire* (3 e éd.). Dunod.
- 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., Gisell, 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 and Nutrition*, 68(1), 124-129. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
- Golse, B., & Guinot, M. (2004). La bouche et l'oralité. *Rééducation Orthophonique*, (220), 23-30.
- Grevesse, P. (2017). Evaluation de la sensorialité orale et des conduites alimentaires du jeune enfant. *Rééducation Orthophonique*, (271), 125-149.

- Grevesse, P., Van Wingham, J., Franck, L., Dassy, M., Cormann, N., Charlier, D., & Hermans, D. (2020). Le trouble alimentaire pédiatrique. *Percentile: la revue des pédiatres*, 25(2), 12-15.
- Guillerme, C. J. (2014). L'oralité troublée : Regard orthophonique. *Spirale*, 72(4), 25-38.
- Guillon-Invernizzi, F., Lecoufle, A., & Lesecq-Lambre, E. (2020). Démarche diagnostique orthophonique des troubles alimentaires pédiatriques. *Rééducation Orthophonique*, (281), 33-42.
- Haddad, M. (2017). Oralité et Prématurité. *Rééducation Orthophonique*, (271), 107-124.
- Hernández-Torrano, D., Ali, S., & Chan, C.-K. (2017). First year medical students' learning style preferences and their correlation with performance in different subjects within the medical course. *BMC Medical Education*, 17(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0965-5>
- Ibanez, V. F., Peterson, K. M., Crowley, J. G., Haney, S. D., Andersen, A. S., & Piazza, C. C. (2020). Pediatric Prevention : Feeding Disorders. *Pediatric Clinics of North America*, 67(3), 451-467. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.02.003>
- Jadcherla, S. (2016). Dysphagia in the high-risk infant : Potential factors and mechanisms. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 103(2), 622S-628S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.110106>
- JORF n°251 (2017, 26 octobre). Avis relatif à l'avenant n° 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000035880652&categorieLien=id>
- Kerzner, B., Milano, K., MacLean, W. C., Berall, G., Stuart, S., & Chatoor, I. (2015). A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics*,

- 135(2), 344-353. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
- Kindermann, A., Kneepkens, C. M., Stok, A., van Dijk, E. M., Engels, M., & Douwes, A. C. (2008). Discontinuation of tube feeding in young children by hunger provocation. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 47(1), 87-91. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e3181615ccb>
- Kleinert, J. (2017). Pediatric Feeding Disorders and Severe Developmental Disabilities. *Seminars in Speech and Language*, 38(2), 116-125. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1599109>
- Kloeckner, A. (2011). Modalités d'appropriation de l'approche sensori-motrice et incidences cliniques dans la pratique psychomotrice. *Contraste*, 1-2(34-35), 133-155. <https://doi.org/10.3917/cont.034.0133>
- Koziol, L. F., Budding, D. E., & Chidekel, D. (2011). Sensory Integration, Sensory Processing, and Sensory Modulation Disorders : Putative Functional Neuroanatomic Underpinnings. *The Cerebellum*, 10(4), 770-792. <https://doi.org/10.1007/s12311-011-0288-8>
- Leblanc, V., & Ruffier-Bourdet, M. (2009). Trouble de l'oralité : Tous les sens à l'appel. *Spirale*, 51(3), 47-54.
- Lecoufle, A. (2020). Le bilan orthophonique des fonctions alimentaires du nourrisson (0-6 mois). *Rééducation Orthophonique*, (281), 7-34.
- Lesecq-Lambre, E. (2019). Sensibilisation des professionnels de santé aux troubles de l'oralité alimentaire. *Rééducation Orthophonique*, (277), 105-120.
- Levavasseur, E. (2017). Prise en charge précoce des difficultés alimentaires chez l'enfant dit « tout-venant » ou « vulnérable ». *Rééducation Orthophonique*, (271), 151-170.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016-41 (2016). Article 123. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT0000031912641/>

- Manikam, R., & Perman, J. A. (2000). Pediatric Feeding Disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 30(1), 34-46. <https://doi.org/10.1097/00004836-200001000-00007>
- Matausch, C. (2004). Psychomotricité et oralité : Une approche spécifique en réanimation néonatale. *Rééducation Orthophonique*, (220), 107-116.
- McComish, C., Brackett, K., Kelly, M., Hall, C., Wallace, S., & Powell, V. (2016). Interdisciplinary Feeding Team : A Medical, Motor, Behavioral Approach to Complex Pediatric Feeding Problems. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(4), 230-236. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000252>
- Meurin, B. (2019). Intégrer la sphère orale. In *Autisme, corps et psychomotricité. Approches plurielles* (p. 73-76). Dunod.
- Miller, C., Burklow, K., Santoro, K., Kirby, E., Mason, D., & Rudolph, C. (2001). An Interdisciplinary Team Approach to the Management of Pediatric Feeding and Swallowing Disorders. *Children's Health Care*, 30(3), 201-218. https://doi.org/10.1207/S15326888CHC3003_3
- Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. L., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). Concept evolution in sensory integration : A proposed nosology for diagnosis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 135-140. <https://doi.org/10.5014/ajot.61.2.135>
- Miller, L. J., & Schaaf, R. C. (2008). Sensory Processing Disorder. Dans M. M. Haith & J. B. (dirs.), *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development* (pp. 127-136). Benson. Academic Press.
- Ministère de la santé et des sports. (2010a). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute.* https://www.ifpek.org/wp-content/uploads/2019/12/arrete_sansannexes_5072010_ergo.pdf
- Ministère de la santé et des sports. (2010b). *Référentiel d'activités du psychomotricien.* <https://docplayer.fr/14866509-Diplome-d-etat-psychomotricien-referentiel-d->

activites.html

Ministère de l'emploi et de la solidarité. (s.d.). *Annexe 2 - Réforme du programme des études de psychomotricité*, Arrêté du 7 avril 1998 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de psychomotricien. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-24/a0241520.htm>

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2013a). *Annexe 1 - Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiels d'activités*, Bulletin Officiel n°32 du 5 septembre 2013.
<https://federation-des-orthophonistes-de-france.fr/wp-content/uploads/referentiel-activit%C3%A9s-orthophoniste-2013-BO-1.pdf>

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2013b). *Annexe 2 - Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiels de compétences*, Bulletin Officiel n°32 du 5 septembre 2013.
https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/38/7/referentiel-competences-orthophoniste_267387.pdf

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2013c). *Annexe 3 - Référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophoniste*, Bulletin Officiel n°32 du 5 septembre 2013.
https://federation-des-orthophonistes-de-france.fr/wp-content/uploads/referentiel-formation-orthophoniste_267389-4.pdf

Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. (2019). *Brevet de technicien supérieur - Diététique*. <http://www.afdn.org/fileadmin/pdf/190305-referentiel-bts.pdf>

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2013). *Diplôme Universitaire de Technologie - Génie biologique : Option Agronomie, Option Analyses Biologiques et*

Biochimiques - Option diététique - Option Génie de l'Environnement - Option Industries Agroalimentaires et Biologiques - Programme Pédagogique National.

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. (2015). *Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.*
<http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/12/BO.pdf>

Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, & Ministère de la santé et des sports. (2010). *Annexes. Diplôme d'Etat d'ergothérapeute—Arrêté du 5 juillet 2010.*
https://www.ifpek.org/wp-content/uploads/2020/04/annexesergo_a05072010.pdf

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (2011). *Référentiel d'activités du diététicien.*
<https://docplayer.fr/14866509-Diplome-d-etat-psychomotricien-referentiel-d-activites.html>

Morris, N., Knight, R. M., Bruni, T., Sayers, L., & Drayton, A. (2017). Feeding Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 571-586.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.02.011>

Naish, K. R., & Harris, G. (2012). Food Intake Is Influenced by Sensory Sensitivity. *PLOS One*, 7(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0043622>

Noel, R. J., Putnam, P. E., & Rothenberg, M. E. (2004). Eosinophilic esophagitis. *The New England Journal of Medicine*, 351(9), 940-941.
<https://doi.org/10.1056/NEJM200408263510924>

Noton, X. (2020). *Troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant : Les connaissances des médecins sur la prise en charge pluridisciplinaire. Vers un outil d'aide à l'intention des médecins pour une prise en charge plus précoce.* [Mémoire de master, Université de Lorraine]. ADM. http://www.fneo.fr/wp-content/uploads/2020/10/ADM_2020-1.pdf

Organisation mondiale de la santé. (1992). *Classification Internationale des Troubles Mentaux*

et des Troubles du Comportement. Masson.

- Overland, L. (2011). A Sensory-Motor Approach to Feeding. *SIG 13 Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*, 20(3), 60-64.
<https://doi.org/10.1044/sasd20.3.60>
- Piazza, C. C., Patel, M. R., Gulotta, C. S., Sevin, B. M., & Layer, S. A. (2003). On the relative contributions of positive reinforcement and escape extinction in the treatment of food refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(3), 309-324.
<https://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-309>
- Powell, F. C., Farrow, C. V., & Meyer, C. (2011). Food avoidance in children. The influence of maternal feeding practices and behaviours. *Appetite*, 57(3), 683-692.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.08.011>
- Prudhon, E. (2017). Oralité alimentaire et Trouble du Spectre autistique. *Rééducation Orthophonique*, (271), 171-189.
- Prudhon, E. (2019, 7 juin). [Article] « Pediatric Feeding Disorder : Consensus Definition and Conceptual Framework ». *Emmanuelle PRUDHON*.
<https://emmanuelleprudhon.fr/index.php/2019/06/07/article-pediatric-feeding-disorder-consensus-definition-and-conceptual-framework/>
- Prudhon-Havard, E., Carreau, M., & Truffeau, R. (2009). Les troubles sensoriels : Impact sur les troubles alimentaires. *Le Bulletin scientifique de l'arapi*, 23, 55-58.
- Puech, M., & Vergeau, D. (2004). Dysoralité : Du refus à l'envie. *Rééducation Orthophonique*, (220), 127-140.
- Rigal, N. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation Orthophonique*, (220), 11-15.
- Rommel, N., De Meyer, A.-M., Feenstra, L., & Veereman-Wauters, G. (2003). The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care

- institution. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 37(1), 75-84.
<https://doi.org/10.1097/00005176-200307000-00014>
- Senez, C. (2015). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (2 e éd.). De Boeck Supérieur.
- Sharp, W. G., Berry, R. C., McCracken, C., Nuhu, N. N., Marvel, E., Saulnier, C. A., Klin, A., Jones, W., & Jaquess, D. L. (2013). Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders : A meta-analysis and comprehensive review of the literature. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(9), 2159-2173.
<https://doi.org/10.1007/s10803-013-1771-5>
- Siard-Nay, L. (s.d.). *Psychomotricité et troubles de l'oralité : Un réinvestissement oral par le jeu*. 185, 100-111.
- Silverman, A. H. (2010). Interdisciplinary care for feeding problems in children. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(2), 160-165. <https://doi.org/10.1177/0884533610361609>
- Silverman, A. H., & Tarbell, S. (2009). Feeding and vomiting problems in pediatric populations. In *Handbook of pediatric psychology* (p. 429-445). The Guilford Press.
- Tedx Talks. (2013, 11 février). *Un bon schéma vaut mieux qu'un long discours : Clarence Thiery at TEDxINSA* [Vidéo]. Youtube.
<https://www.youtube.com/watch?v=TnbAqikfniY>
- Thibault, C. (2015a). L'éducation gnoso-praxique orale précoce au sein de l'accompagnement orthophonique chez le jeune enfant né prématuré. *Contraste*, 1(41), 253-270.
<https://doi.org/10.3917/cont.041.0253>
- Thibault, C. (2015b). L'oralité positive. *Dialogue*, 209(3), 35-48.
<https://doi.org/10.3917/dia.209.0035>
- Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant* (2 e éd.). Elsevier Masson.

- van den Engel-Hoek, L., Harding, C., van Gerven, M., & Cockerill, H. (2017). Pediatric feeding and swallowing rehabilitation: An overview. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 10(2), 95-105. <https://doi.org/10.3233/PRM-170435>
- Younesian, S., Yadegari, F., & Soleimani, F. (2015). Impact of Oral Sensory Motor Stimulation on Feeding Performance, Length of Hospital Stay, and Weight Gain of Preterm Infants in NICU. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(7), e13515. [https://doi.org/10.5812/ircmj.17\(5\)2015.13515](https://doi.org/10.5812/ircmj.17(5)2015.13515)

Annexes

Annexe 1. Critères diagnostiques proposés par Praveen S. Goday et ses collaborateurs (2019)

TABLE 1. Proposed diagnostic criteria for pediatric feeding disorder

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

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

^{*}Medical dysfunction: impaired functions of the cardiovascular and respiratory systems.

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

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

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

Annexe 2. Styles de comportementaux parentaux (Kerzner et al., 2015)

Contrôlant	Les parents au style « contrôlant » ignorent les signaux de faim de l'enfant et peuvent utiliser la force, la punition ou des techniques de récompenses inappropriées afin de faire manger l'enfant.
Indulgent	Les parents au style « indulgent » ont tendance à nourrir l'enfant quand et comme il le souhaite, en préparant souvent des repas avec des aliments spéciaux ou multiples. Ils estiment qu'il est impératif de répondre à tous les désirs de l'enfant et ne fixent aucune limite.
Négligent	Les parents au style « négligent » abandonnent la responsabilité de nourrir l'enfant et peuvent omettre de lui proposer de la nourriture ou de fixer des limites. Lorsqu'ils nourrissent l'enfant, ils peuvent éviter le contact visuel et sembler détachés. Ils ignorent à la fois les signaux de faim de l'enfant et ses autres besoins émotionnels et physiques.

Annexe 3. Illustration du rôle des professionnels de l'étude en équipe interdisciplinaire

Médecin	Santé globale de l'enfant - Évaluation et traitement des problématiques médicales (Edwards et al., 2015b ; Kleinert et al., 2017 ; Morris et al., 2017) - Contrôle du poids de l'enfant (Morris et al., 2017 ; Kleinert et al., 2017) - Participation diagnostique (Ibanez et al., 2020 ; Miller et al., 2001) - Préconisation d'examens médicaux complémentaires (Miller et al., 2001) - Informations aux familles (Edwards et al., 2015b) et à l'équipe (Miller et al., 2001)
Psychologue	Aspects comportementaux, sociaux, émotionnels et développementaux des difficultés alimentaires - Évaluation comportementale et psychologique de l'enfant et de ses parents à l'aide d'échelles spécialisées et de l'observation d'un repas et des interactions parent-enfant (Edwards et al., 2015b) - Évaluation des facteurs de stress familiaux (Ibanez et al., 2020) - Identification des comportements alimentaires problématiques de l'enfant : formes, antécédents et conséquences (Kleinert et al., 2017 ; Morris et al., 2017) et des compétences parentales (Morris et al., 2017) - Enseignement de stratégies comportementales par des techniques de modelage (Edwards et al., 2015b ; Kleinert et al., 2017) - Aide apportée aux familles pour surmonter les expériences négatives vécues autour de l'alimentaire (Edwards et al., 2015b ; Ibanez et al., 2020) - Intervention face aux problèmes de comportements généraux, de sommeil et de propreté qui peuvent avoir une incidence sur l'alimentation (Morris et al., 2017)

	- Informations aux membres de l'équipe et conseils sur les stratégies comportementales à mettre en œuvre (Morris et al., 2017)
Diététicien	Alimentation quotidienne de l'enfant en lien avec ses besoins nutritionnels et caloriques et sa croissance - Évaluation et analyse des mesures anthropométrique de l'enfant (Edwards et al., 2015b ; Miller et al., 2001) - Évaluation des besoins en nutriments et en calories (McComish et al., 2016) - Recueil d'informations sur le régime alimentaire de l'enfant auprès de la famille et de manière directe, en termes d'apport nutritionnel et de fréquence (Miller et al., 2001 ; Morris et al., 2017) - Surveillance du poids et de la taille de l'enfant (Ibanez et al., 2020 ; Kleinert et al., 2017 ; Morris et al., 2017) - Détermination des prises alimentaires de l'enfant, les horaires des repas et des collations (McComish et al., 2016), les portions habituellement consommées, les aversions et les préférences alimentaires (Miller et al., 2001) - Adaptation des repas avec proposition de formules enrichies et de textures adaptées (McComish et al., 2016 ; Miller et al., 2001) - En cas de nutrition artificielle, détermination des horaires et du mode d'alimentation (continu/fragmenté, vitesse, etc.), adaptation des formules de liquide pour sonde entérale (McComish et al., 2016 ; Miller et al., 2001), modification des horaires de repas pour stimuler la faim (Miller et al., 2001) - Informations aux familles, notamment sous forme d'éducation nutritionnelle, et à l'équipe (McComish et al., 2016 ; Morris et al., 2017).
Orthophoniste	Compétences oro-motrices, déglutition et communication - Évaluation des compétences oro-motrices de l'enfant en matière d'alimentation avec examens oro-facial et oro-moteur et examen de la déglutition (Miller et al., 2001)

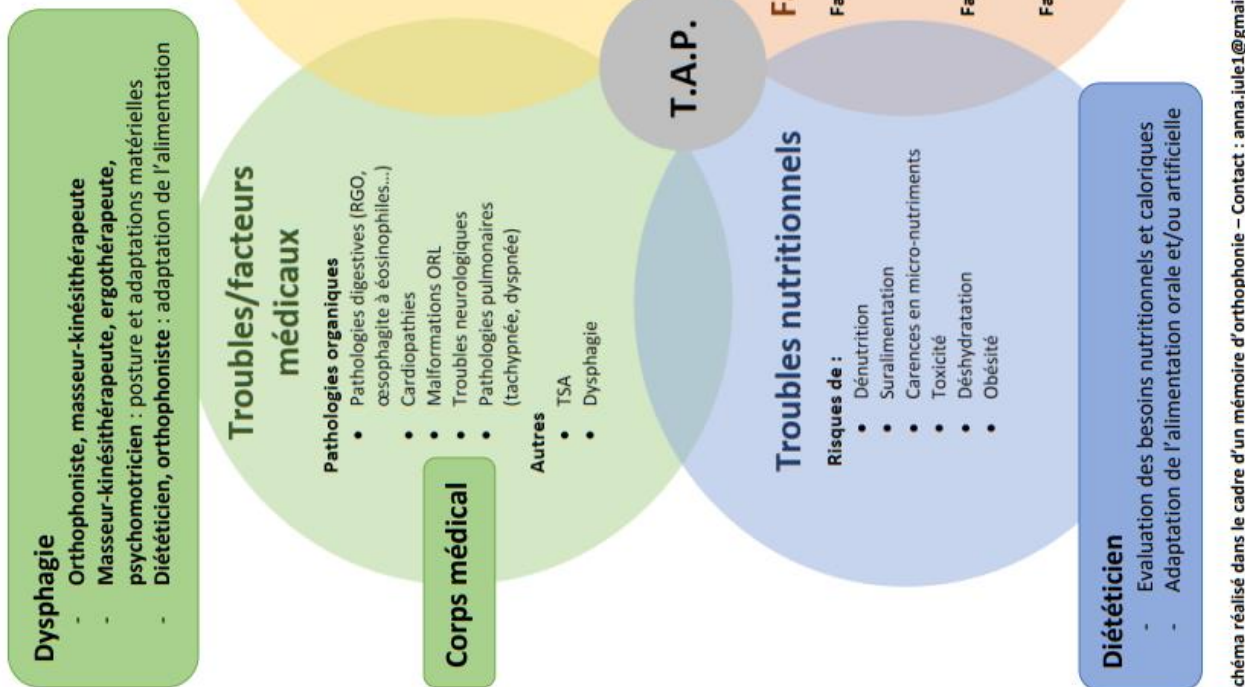
	- Évaluation du maintien du tronc et du contrôle de la tête et des réflexes, de la sensibilité (Morris et al., 2017) - Évaluation des manifestations comportementales (refus, etc.) et physiologiques (régurgitations nasales, modifications cardiopulmonaires, etc.) du trouble (Morris et al., 2017) - Recommandation d'examens instrumentaux de la déglutition (Edwards et al., 2015b) - Adaptation des repas en termes de textures et mise en place de stratégies compensatoires (Morris et al., 2017) - Mise en place de support de communication pour les enfants qui en ont besoin (Kleinert et al., 2017) - Actualisation des compétences oro-motrices de l'enfant pour permettre l'adaptation des compétences par des évaluations régulières et communication à l'équipe (Kleinert et al., 2017) - Etroite collaboration avec l'ergothérapeute (Ibanez et al., 2020 ; Miller et al., 2001)
Ergothérapeute	Compétences oro-motrices, sensorialité et posture de l'enfant - Évaluation conjointe avec l'orthophoniste des fonctions oro-motrices de l'enfant avec un intérêt particulier pour les réponses sensorielles orales, le tonus musculaire, la posture et l'autonomie de l'enfant lors de son alimentaires (Miller et al., 2001) - Mise en place de matériel adapté (Kleinert et al., 2017) - Enrichissement du répertoire alimentaire de l'enfant en termes de goûts et de texture par stimulations sensorielles (Kleinert et al., 2017 ; Miller et al., 2001) - Étroite collaboration avec l'orthophoniste et le kinésithérapeute (Ibanez et al., 2020 ; Kleinert et al., 2017 ; Miller et al., 2001)
MK	Motricité globale et respiration - Traitement du tonus musculaire (Kleinert et al., 2017) - Installation de l'enfant lors de son alimentation (Kleinert et al., 2017) - Réalisation d'activités respiratoires préparatoires (Kleinert et al., 2017)

	- Étroite collaboration avec l'ergothérapeute afin d'évaluer la posture globale, le tonus musculaire et de proposer un matériel adapté pour l'installation de l'enfant (Kleinert et al., 2017)
--	--

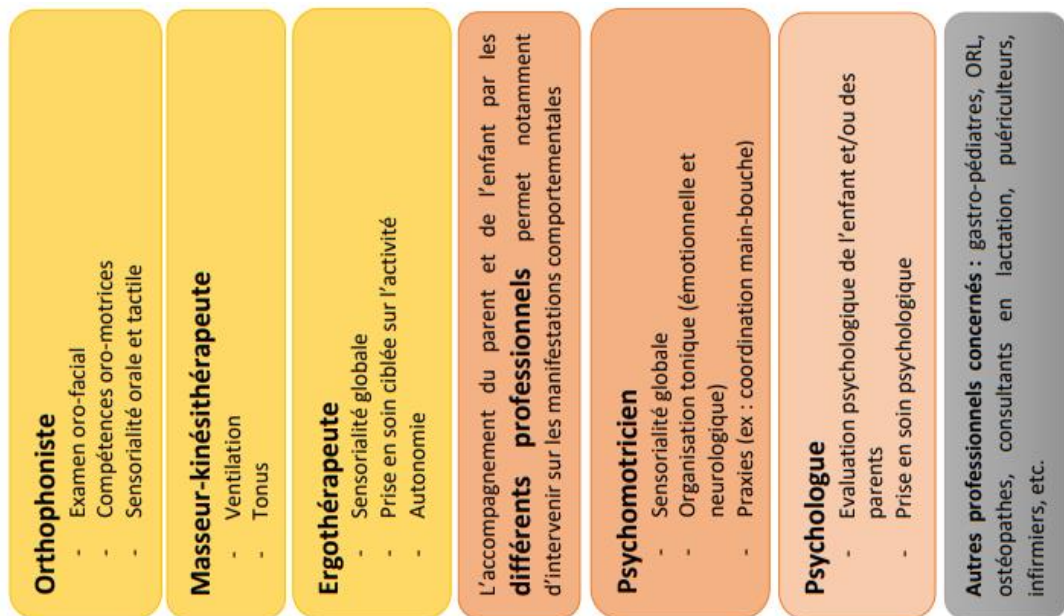
Annexe 4. Exemples de stratégies comportementales (Morris et al., 2017)

La procédure d'extinction (« escape extinction »)	Elle consiste à éviter la survenue d'une conséquence indésirable, comme le fait de ne pas manger par exemple, afin de faire disparaître le comportement perturbateur à l'origine de cette conséquence indésirable. Il s'agit par exemple de maintenir la cuillère près de la bouche de l'enfant jusqu'à ce qu'il accepte la bouchée, plutôt que de poser la cuillère si l'enfant la repousse.
Le renforcement différentiel de comportements alternatifs (« Differential Reinforcement of Alternate behavior »)	Elle consiste à présenter à l'enfant un renforçateur (objet ou stimulus préféré) après l'apparition d'un comportement cible. L'objectif est d'augmenter la fréquence des comportements alimentaires cibles.
La stratégie appelée « stimulus fading »	Elle consiste à proposer à l'enfant un stimulus alimentaire légèrement modifié à chaque nouvelle présentation, de façon à se rapprocher progressivement du stimulus que l'on souhaite faire accepter à l'enfant. Il s'agit par exemple de présenter à l'enfant une purée de moins en moins mixée afin d'introduire progressivement des morceaux de plus en plus gros.

Troubles alimentaires pédiatriques (T.A.P.) : (ou troubles de l'oralité alimentaire) rôles des psychologues et de paramédicaux



Annexe 5. Schéma, réalisé dans le cadre de ce mémoire, illustrant le rôle du psychologue et de paramédicaux (orthophonistes, MK, psychomotriciens, ergothérapeutes et diététiciens) dans la prise en soin des TAP



Annexe 6. Questionnaire

Rôles de professionnels impliqués dans la prise en soin des Troubles alimentaires pédiatriques

Questionnaire - Mémoire d'orthophonie - Orientation - TAP

Madame, Monsieur,

Étudiante en 5ème année d'orthophonie au centre de formation de Nantes, je réalise un mémoire de fin d'études sur l'orientation des patients en cas de **difficultés alimentaires** ou de **Troubles alimentaires pédiatriques (TAP)**.

Ce mémoire a permis la création d'un **schéma illustrant le rôle de professionnels** impliqués dans la prise en soin des enfants présentant des difficultés alimentaires ou un TAP. L'outil a été conçu à destination des **médecins généralistes** et des **pédiatres**.

Mon objectif est de :

- Présenter les connaissances et la pratique des médecins généralistes et des pédiatres en ce qui concerne l'orientation des enfants présentant des difficultés alimentaires ou un TAP,
- Évaluer la pertinence et l'utilité de l'outil,
- Mieux définir vos besoins et vos attentes vis-à-vis d'un tel outil.

Pour que ce projet aboutisse, j'ai besoin de votre participation. Médecins généralistes ou pédiatres, il vous est proposé de répondre à un questionnaire en ligne d'une durée de 7 à 8 minutes. L'accès au schéma sera disponible en cours de questionnaire par lien URL.

Je vous remercie par avance pour votre temps et pour l'intérêt que vous portez à ce projet. Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Anna Julé

Contact : anna.jule1@gmail.com

Partie A: Description de la population de l'étude

A1. Êtes-vous ?

Médecin généraliste ☐

Pédiatre ☐

A2. Depuis quand exercez-vous ?

Entre 0 et 5 ans ☐

Entre 5 et 15 ans ☐

Entre 15 et 25 ans ☐

Plus de 25 ans ☐

A3. Quel est ou quels sont votre/vos lieu(x) d'exercice actuel(s) ?

Libéral ☐

Hôpital / Clinique ☐

PMI ☐

CAMSP ☐

SESSAD ☐

Ne répond pas ☐

Autre ☐

Autre

A4. Exercez-vous ?

En milieu urbain ☐

En milieu rural ☐

A5. Dans votre exercice, à combien estimeriez-vous le nombre de plaintes relatives à des difficultés d'alimentation chez l'enfant de 0 à 6 ans ?

Moins d'une plainte par mois ☐

Entre 1 et 3 plainte(s) par mois ☐

Plus de 3 plaintes par mois ☐

Ne répond pas ☐

Partie B: Troubles alimentaires pédiatriques

B1. Pour vous référer aux troubles alimentaires chez l'enfant, vous utilisez préférentiellement le terme de :

- Trouble alimentaire pédiatrique ☐
- Trouble de l'oralité alimentaire ☐
- Je ne connais aucun des deux termes ☐
- Autre ☐

Autre

B2. Que pourriez-vous dire de vos connaissances sur les Troubles alimentaires pédiatriques (ou troubles de l'oralité alimentaire) ?

- J'y ai été formé(e) lors de mon parcours initial et/ou continu ☐
- J'y suis sensibilisé(e) ☐
- Je n'ai jamais reçu d'informations au sujet de ces troubles ☐
- Ne répond pas ☐

B3. Selon vous, les Troubles alimentaires pédiatriques peuvent être en lien avec des facteurs ou des troubles :

- Médicaux ☐
- Sensori-moteurs et praxiques ☐
- Sensoriels ☐
- Psycho-sociaux ☐
- Nutritionnels ☐
- Ne répond pas ☐

B4. Pensez-vous être en mesure de repérer un Trouble alimentaire pédiatrique ?

- Oui ☐
- Non ☐
- Ne répond pas ☐

Partie C: Orientation des patients ayant des difficultés alimentaires ou un Trouble alimentaire pédiatrique

C1. Quels sont les éléments/critères sur lesquels vous vous appuyez pour orienter vos patients ?

Le rôle des professionnels médicaux ☐

Le rôle des professionnels paramédicaux ☐

Les signes d'alerte ☐

La demande d'une ordonnance par les familles, recommandée par un professionnel de soin ☐

Le remboursement des soins ☐

La distance entre le domicile familial et le lieu de soin ☐

La crainte d'une attente trop importante avant le premier rendez-vous ☐

Autre ☐

Autre

C2. Avez-vous pour habitude de conseiller des bilans complémentaires face à des difficultés d'alimentation chez l'enfant ?

Oui, des bilans médicaux ☐

Oui, des bilans paramédicaux ☐

Les deux ☐

Non ☐

C3. Selon vous, quel est ou quels sont le(s) bilan(s) médical/médicaux qui pourrai(en)t être à investiguer en cas de difficultés alimentaires chez l'enfant ?

Gastro-entérologique ☐

ORL ☐

Endocrinologique ☐

Aucun ☐

Autre ☐

Autre

C4. Selon vous, quel est ou quels sont le(s) bilan(s) paramédical/paramédicaux qui pourrai(en)t être à explorer en cas de difficultés d'alimentation chez l'enfant ?

Une évaluation des compétences oro-motrices (dont la succion et la mastication) ☐

Un examen oro-facial ☐

Une évaluation de la déglutition ☐

Une évaluation sensorielle ☐

Un examen de la posture et du tonus ☐

Une évaluation psychologique ☐

Une évaluation diététique ☐

Aucun ☐

C5. Selon vous, parmi ces professionnels, quel est celui ou quels sont ceux qui peu(ven)t être impliqué(s) dans la prise en soin des Troubles alimentaires pédiatriques ?

- Orthophoniste ☐
- Masseur-kinésithérapeute ☐
- Ergothérapeute ☐
- Psychomotricien ☐
- Psychologue ☐
- Diététicien ☐
- Aucun ☐

C6. Selon vous, parmi ces professionnels, quel est celui ou quels sont ceux qui peu(ven)t être impliqué(s) dans la prise en soin des Troubles alimentaires pédiatriques dès la naissance ?

- Orthophoniste ☐
- Masseur-kinésithérapeute ☐
- Ergothérapeute ☐
- Psychomotricien ☐
- Psychologue ☐
- Diététicien ☐
- Aucun ☐

C7. Face à une plainte relative à des difficultés d'alimentation chez l'enfant, vers quel(s) professionnel(s) avez-vous déjà orienté parmi ceux cités ?

- Orthophoniste ☐
- Masseur-kinésithérapeute ☐
- Ergothérapeute ☐
- Psychomotricien ☐
- Psychologue ☐
- Diététicien ☐
- Aucun ☐
- Ne répond pas ☐

C8. Selon vous, parmi ces professionnels, quel est celui ou quels sont ceux qui procède(nt) à l'évaluation et au traitement des troubles de la déglutition ?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Orthophoniste | ☐ |
| Masseur-kinésithérapeute | ☐ |
| Ergothérapeute | ☐ |
| Psychomotricien | ☐ |
| Psychologue | ☐ |
| Diététicien | ☐ |
| Aucun | ☐ |
| Je ne sais pas | ☐ |

C9. Selon vous, parmi ces professionnels, quel est celui ou quels sont ceux qui procède(nt) à l'évaluation et au traitement des troubles oro-moteurs (suction et mastication) ?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Orthophoniste | ☐ |
| Masseur-kinésithérapeute | ☐ |
| Ergothérapeute | ☐ |
| Psychomotricien | ☐ |
| Psychologue | ☐ |
| Diététicien | ☐ |
| Aucun | ☐ |
| Je ne sais pas | ☐ |

C10. Selon vous, parmi ces professionnels, quel est celui ou quels sont qui réalise(nt) un examen oro-facial ?

Orthophoniste ☐

Masseur-kinésithérapeute ☐

Ergothérapeute ☐

Psychomotricien ☐

Psychologue ☐

Diététicien ☐

Aucun ☐

Je ne sais pas ☐

C11. Selon vous, parmi ces professionnels, quel est celui ou quels sont ceux qui procède(nt) à l'évaluation et au traitement des troubles sensoriels oraux et/ou corporels ?

Orthophoniste ☐

Masseur-kinésithérapeute ☐

Ergothérapeute ☐

Psychomotricien ☐

Psychologue ☐

Diététicien ☐

Aucun ☐

C12. Selon vous, parmi ces professionnels, quel est celui ou quels sont ceux spécifiquement impliqué(s) dans la ventilation de l'enfant ayant des difficultés alimentaires ou un Trouble alimentaire pédiatrique ?

Orthophoniste ☐

Masseur-kinésithérapeute ☐

Ergothérapeute ☐

Psychomotricien ☐

Psychologue ☐

Diététicien ☐

Aucun ☐

Je ne sais pas ☐

Partie D: Evaluation du schéma

- D1. Le lien vous permet d'accéder au schéma réalisé dans le cadre de ce mémoire d'orthophonie. Cliquez sur le lien pour prendre connaissance du schéma et poursuivez ensuite le questionnaire.**

https://drive.google.com/file/d/1rnKEZ6FjtmfEcAK6o3pu_cFYHpYGQ1LC/view?usp=sharing

Confirmez-vous avoir eu accès au schéma ?

Oui, je poursuis le questionnaire

☐

Non

☐

- D2. Le schéma vous semble-t-il lisible et compréhensible ?**

Oui

☐

Non

☐

Commentaire

Commentaire

- D3. Le schéma vous apporte-t-il de nouvelles informations sur les Troubles alimentaires pédiatriques ?**

Oui

☐

Non

☐

- D4. Le schéma vous apporte-t-il de nouvelles informations sur le rôle des professionnels dans la prise en soin des Troubles alimentaires pédiatriques ?**

Oui

☐

Non

☐

- D5. Le schéma vous apporte-t-il des informations utiles à l'orientation des patients ayant des difficultés alimentaires ou des Troubles alimentaires pédiatriques ?**

Oui

☐

Non

☐

D6. Repérez-vous des situations passées lors desquelles ce schéma vous aurait permis d'orienter différemment un ou plusieurs patients ?

Oui ☐

Non ☐

D7. Quelles informations auriez-vous aimé voir apparaître sur le schéma pour vous aider dans l'orientation des patients ayant des difficultés alimentaires ou un Trouble alimentaire pédiatrique ?

Le rôle des professionnels médicaux (gastropédiatre, ORL...) ☐

Les signes d'alerte ☐

La rédaction de l'ordonnance en fonction du professionnel concerné ☐

Les possibilités de remboursement des soins ☐

Autre ☐

Autre

Je vous remercie une nouvelle fois pour votre temps et pour l'intérêt que vous portez à ce projet.
Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

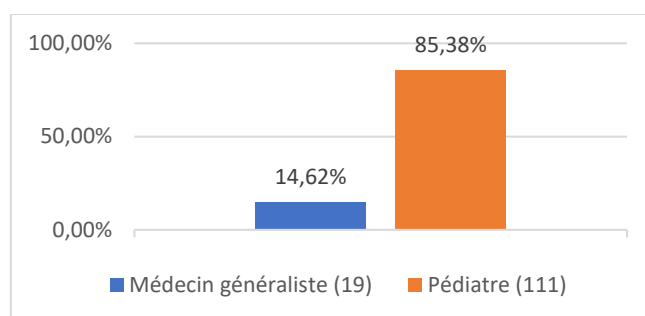
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Anna Julé

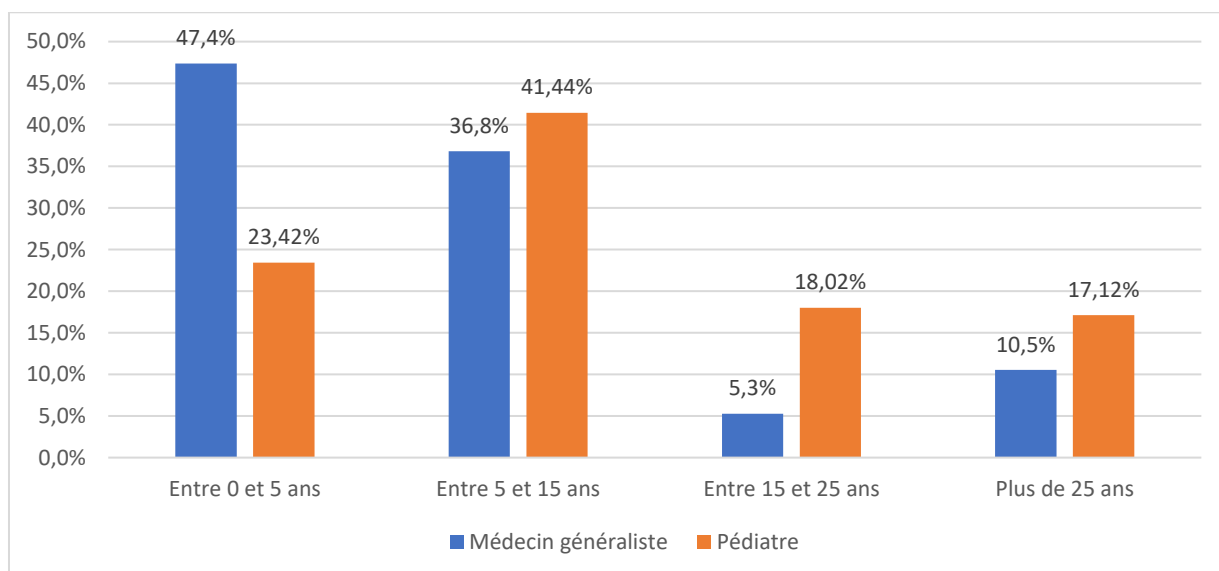
Contact : anna.jule1@gmail.com

Annexe 7. Description générale de l'échantillon, par discipline

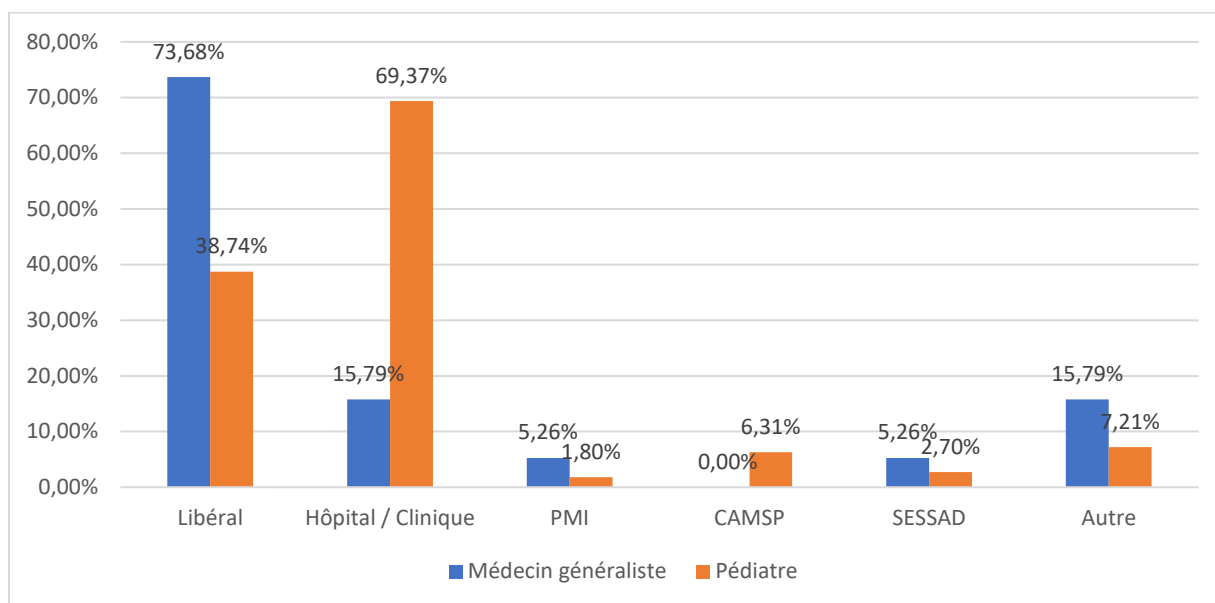
1. Discipline



2. Années d'expérience

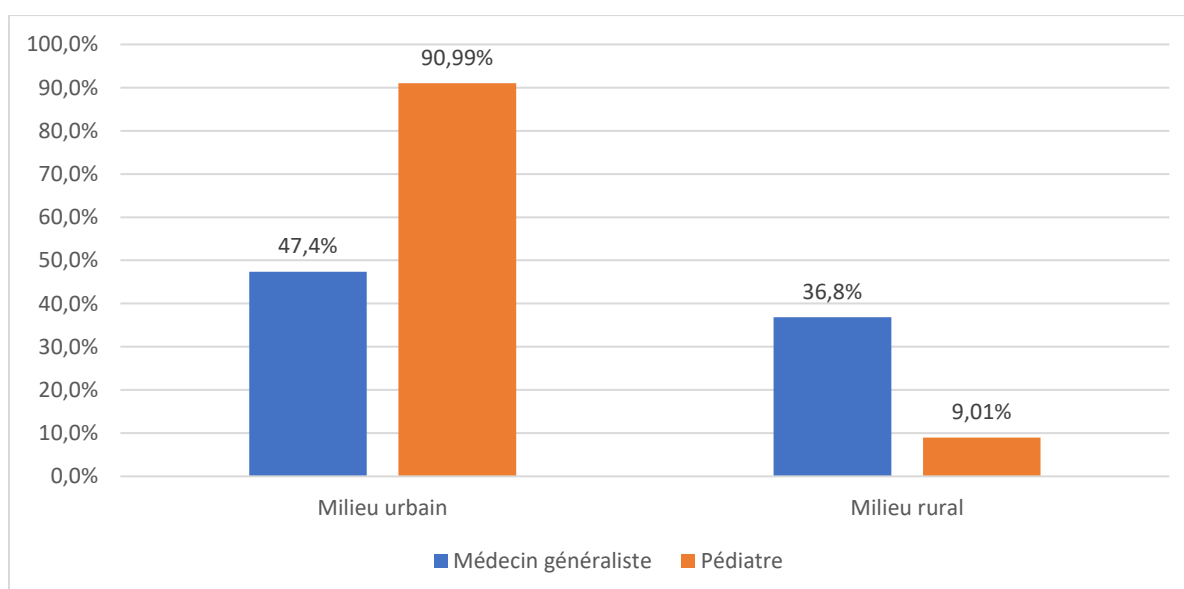


3. Mode et lieu d'exercice actuel



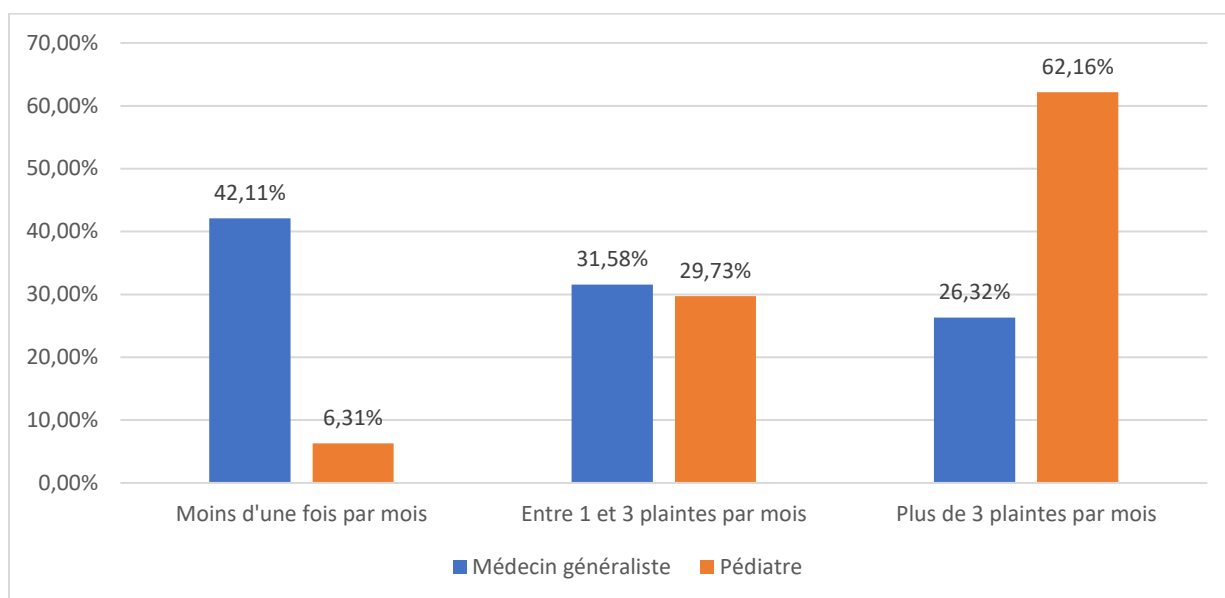
Parmi les médecins généralistes ayant répondu « Autre », le **CMPP** (Centre médico-psycho-pédagogique) (1) et la crèche (1) ont été indiqués. Parmi les pédiatres ayant répondu « Autre », l'**ASE** (Aide sociale à l'enfance) (1), la crèche (2), l'**ARS** (Agence régionale de santé) (1), l'**IME** (Institut d'éducation motrice) (1) et l'**IESDA** (Institut d'éducation sensorielle – déficience auditive) (1) ont été indiqués.

4. Milieu

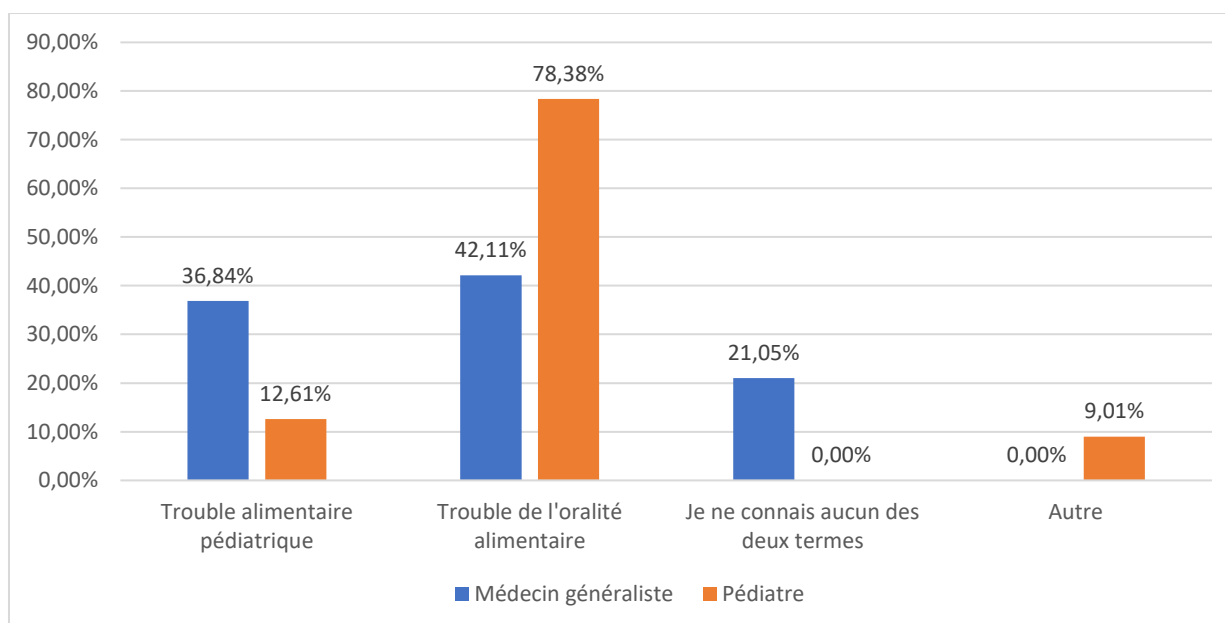


Annexe 8. Description des connaissances et de la pratique de l'échantillon au regard des TAP, par discipline

1. Nombre de plaintes relatives à des difficultés d'alimentation chez l'enfant de 0 à 6



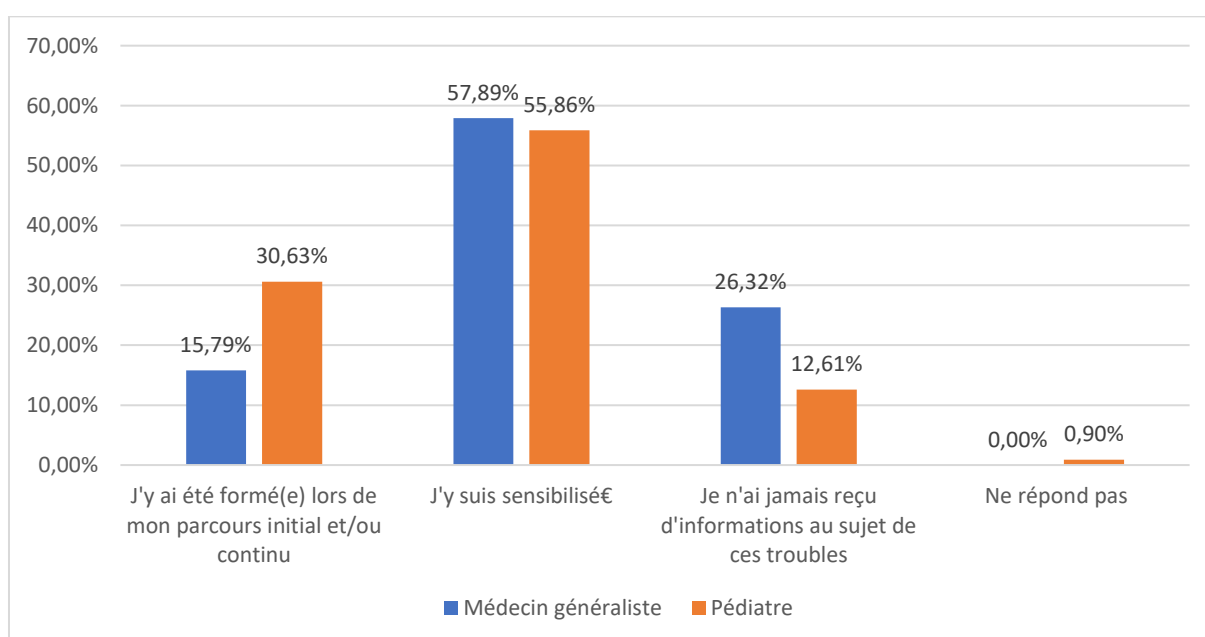
2. Terme employé pour aborder les troubles alimentaires chez l'enfant



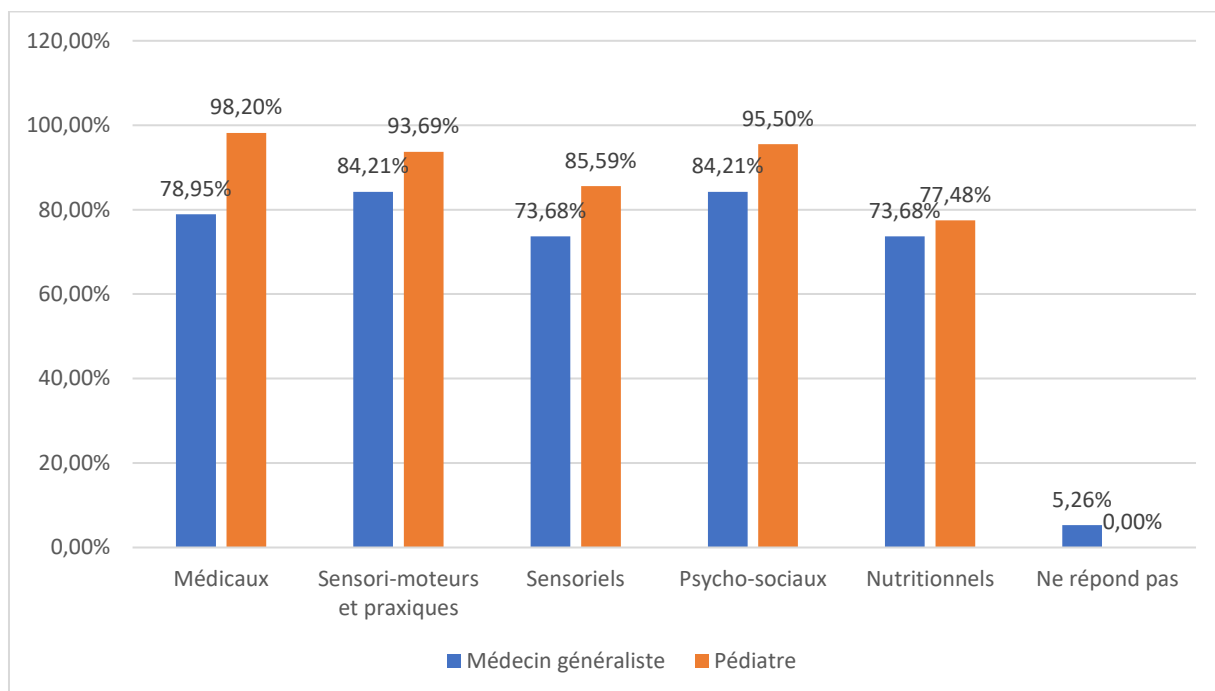
Les médecins généralistes n'ont émis aucun commentaire. Voici ceux des pédiatres :

Réponse
dépende de l'existence ou non d'un trouble de l'oralité
trouble du comportement alimentaire
Difficultés à la prise alimentaire
TCA trouble du comportement alimentaire
aucun des 2 termes
Ne veut pas d'aliments
Trouble de l'oralité
DA
trouble du comportement alimentaire
Dans un 1er temps, difficultés alimentaires de l'enfant et une fois que je suis certaine, trouble oralité

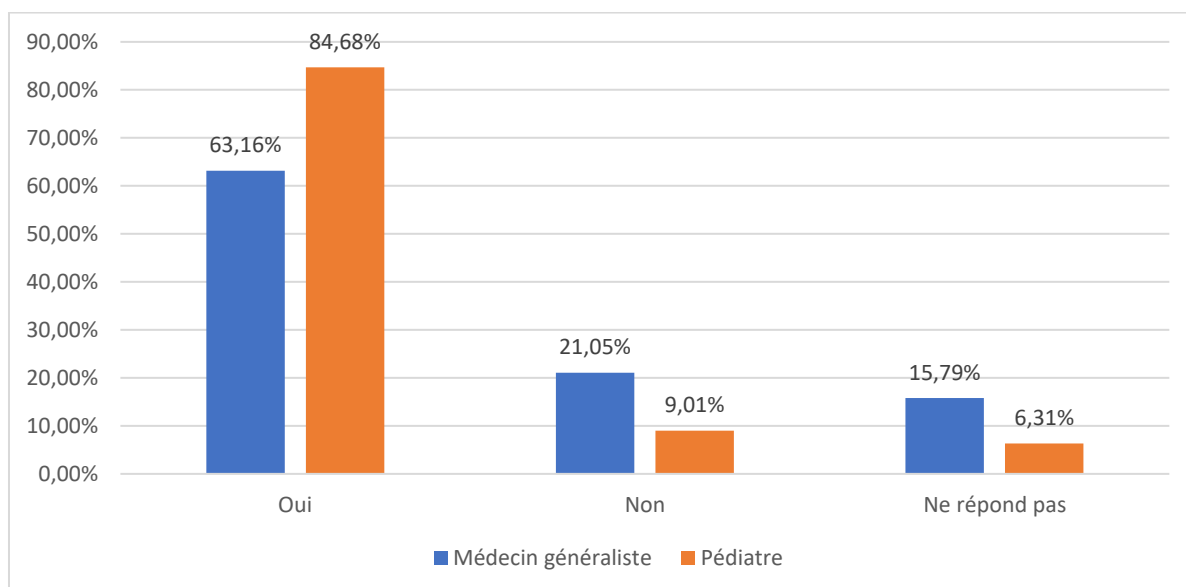
3. Ressenti de la population face à ses connaissances vis-à-vis des TAP



4. Selon vous, les Troubles alimentaires pédiatriques peuvent être en lien avec des facteurs ou des troubles :



5. Pensez-vous être en mesure de repérer un Trouble alimentaire pédiatrique ?



Annexe 9. Commentaires : « Selon vous, quel est ou quels sont le(s) bilan(s) médical/médicaux qui pourrai(en)t être à investiguer en cas de difficultés alimentaires chez l'enfant ? »

Médecins généralistes

Réponse

pédiatre généraliste

Allergologique, neurologique

Pédiatres

Réponse

cela dépend du contexte

génétiques (responsables de dysmorphies faciales, hypertrophies gingivales..)

Neuro

neuro

orthophoniste, diététicienne, psychomot

A adapter en fonction de la clinique

psychomotricien

ORTHOPHONIE

orthophoniste

Bilan biologique en fonction de la COURBE staturale pondérale et des éléments cliniques

neurologue

Orthophoniste

Selon les cas

Nutritionnel (carences)

Tout dépend du type de difficultés alimentaires..

pédiatre interniste surtout

orthophoniste, psychologue, diététicien(ne)

neurologiques

cela dépend du contexte

Tout dépend des symptômes concomitants ; gastrointestinaux ou endocrinologique si pathologies génétiques ou comorbidité associée, ORL selon examen (frein de langue post, palais, qualité succion, bavage ...)

cardio

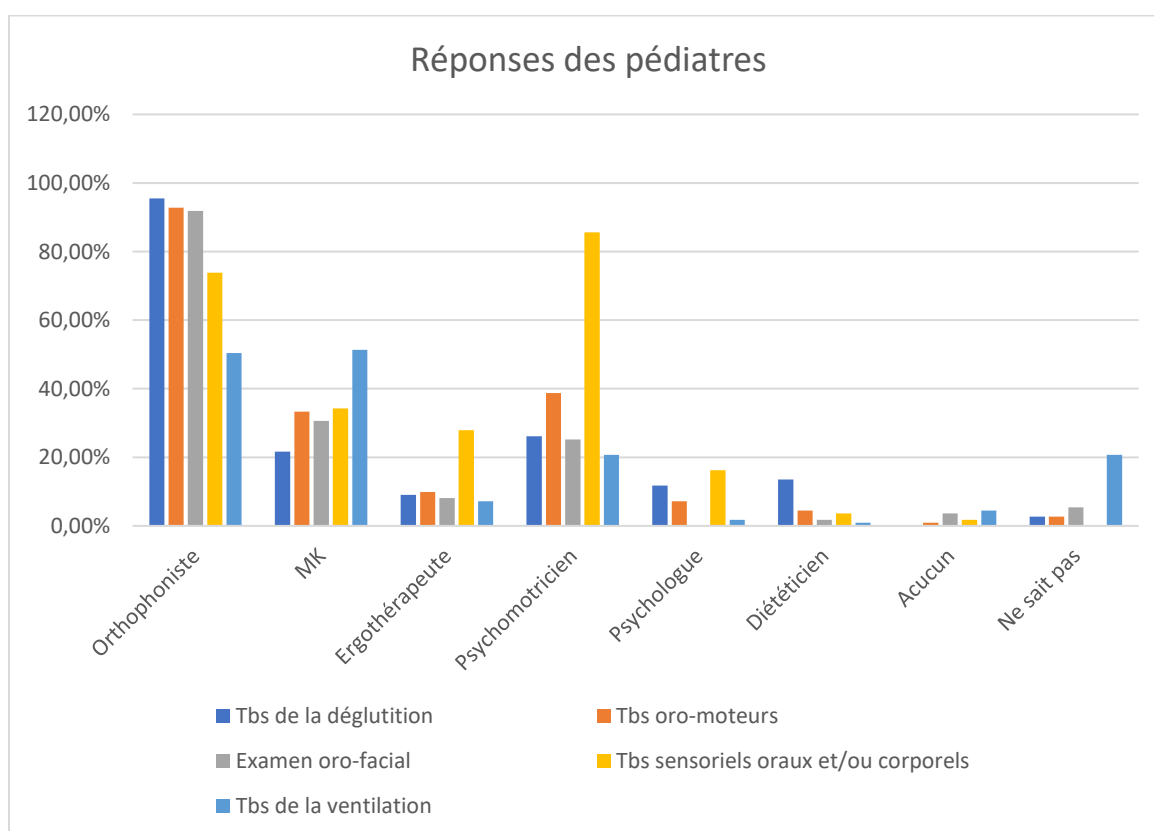
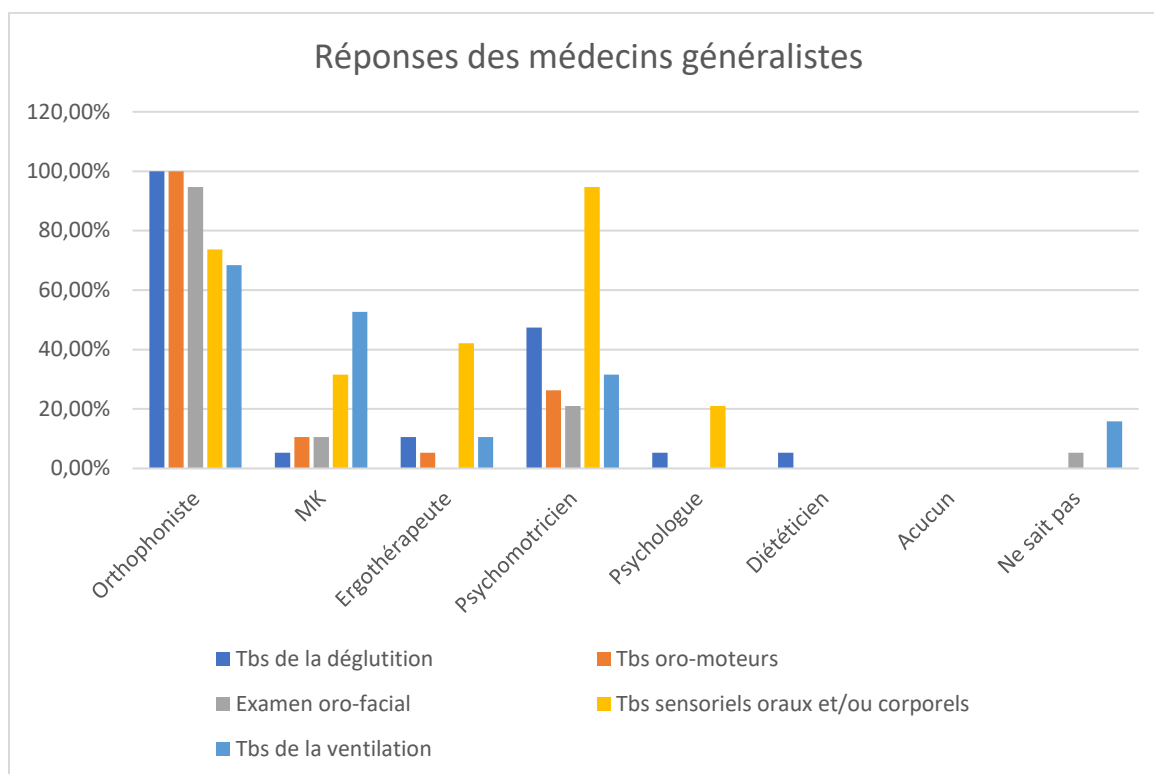
ne sais pas

en fonction du trouble existant

en fonction de la clinique

neuro

Annexe 10. Rôle attribué aux professionnels de l'étude dans l'évaluation et le traitement de troubles liés aux TAP



Annexe 11. Commentaires : « Le schéma vous semble-t-il lisible et compréhensible ? »

Médecin généraliste

Réponse

un peu chargé

Pédiatres

Réponse

complexe mais lisible

necessite une lecture attentive/code couleur?

Compréhensible mais un peu chargé si on est pressé

il y a beaucoup de choses sur le schéma. Par contre, qui fait quoi est très bien indiqué

Dans un monde rêvé avec pleins de professionnels formés et disponible

manquent : génétique (WP...), troubles sommeil...

mais très complexe

Pas tout à fait : le lien entre symptôme et professionnel n'est pas assez mis en avant, le système des nuances de couleur n'est pas assez précis

Très bien fait ! Bravo !

mais touffu!

Annexe 12. Commentaires : « Quelles informations auriez-vous aimé voir apparaître sur le schéma pour vous aider dans l'orientation des patients ayant des difficultés alimentaires ou un Trouble alimentaire pédiatrique ? »

Médecins généralistes

Aucun commentaire

Pédiatres

Réponse

Particularité en fonction de l'âge < 6 mois ...

Les compétences développées par différents paramédicaux ne sont pas toujours liées à leur formation initiale mais à l'intérêt qu'ils ont manifesté pour ces troubles et les formations ultérieures effectuées, la pratique également. La constitution d'un réseau faisant appel à ces professionnels est intéressante.

Un titre ne certifie pas une compétence

[REDACTED]

La coordination par le pédiatre en médecin de Premier recours

Bon schéma

Aide à la distinction des différentes causes et les signes d'alerte trouble de l'oralité et pas juste refus

carnet d'adresses

aucun, rien à ajouter

pour moi, il y a déjà trop d'informations et surtout il ne met pas en évidence que c'est le pédiatre le meilleur référent et coordonnateur et que lui seul permet une bonne évaluation, orientation et encadrer la prise en charge thérapeutique

Rôle ostéopathe

Comment trouver une orthophoniste qui prend encore des nouveaux mais équation à trop d'inconnues, peut être une alternative c'est un document permettant aux médecins de remplir les données (signes d'alerte) et demander un rdv pour le patient avec un mail centralisé pour une orientation des orthophonistes (ville ou hôpital), ce serait un bon outil pour nous pédiatre à remplir et confier aux familles qui le transmettent pour la prise de RDV et les services et praticiens contactent les familles pour proposer qq chose

mettre en avant que ds les TSA il y a souvent des tr de l'oralité et une sélectivité alimentaire à rechercher

Les autres éléments sont intéressants et nécessaires, mais ils surchargeraient le schéma

Comment orienter vers un professionnel (paramédical) formé, car tous ne le sont pas (c'est ce que j'ai constaté dans mon expérience passée)

ras la plaquette est bien

*commentaire discriminatoire

Annexe 13. Décrets de compétences des professionnels de l'étude

Orthophoniste	Selon le décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, l'orthophoniste est habilité à accomplir les actes suivants : 1. Dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite : - la rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental ; - la rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral (dysphasies, bégaiements) quelle qu'en soit l'origine ; - la rééducation des troubles de la phonation liés à une division palatine ou à une incompetence vélo-pharyngée ; - la rééducation des troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie) et des dyscalculies ; - l'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication. 2. Dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques : - la rééducation des troubles vélo-tubo-tympaniques ; - la rééducation des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole ; - la rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la démutisation et l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans le cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de suppléance de la surdité ; - la rééducation des troubles de la déglutition (dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-linguo-faciale) ; - la rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier l'apprentissage des voix oro-œsophagienne ou trachéo-pharyngienne et de l'utilisation de toute prothèse phonatoire. 3. Dans le domaine des pathologies neurologiques : - la rééducation des dysarthries et des dysphagies ; - la rééducation des fonctions du langage oral ou écrit liées à des lésions cérébrales localisées (aphasie, alexie, agnosie, aggraphie,
----------------------	--

	acalculie) ; - le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral.
Psychomotricien	Selon le Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, les psychomotriciens sont habilités à pratiquer les actes professionnels suivants : a) Retards du développement psychomoteur ; b) Troubles de la maturation et de la régulation tonique ; c) Troubles du schéma corporel ; d) Troubles de la latéralité ; e) Troubles de l'organisation spatio-temporelle ; f) Dysharmonies psychomotrices ; g) Troubles tonico-émotionnels ; h) Maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ; i) Débilité motrice ; j) Inhibition psychomotrice ; k) Instabilité psychomotrice ; l) Troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit
Ergothérapeute	Selon le décret n°86-1195 fixant les actes professionnels de l'ergothérapeute réalise : 1° Des bilans ostéo-articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles ; 2° La mise en condition articulaire et musculaire ou la facilitation d'une fonction, à l'exclusion des actes délivrés par les masseurs-kinésithérapeutes ; 3° Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail : a) La transformation d'un mouvement en geste fonctionnel ; b) La rééducation de la sensori-motricité ; c) La rééducation des repères temporo-spatiaux ;

	d) L'adaptation ou la réadaptation aux gestes professionnels ou de la vie courante ; e) Le développement des facultés d'adaptation ou de compensation ; f) Le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations ; g) La revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création ; h) Le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social ; i) L'expression des conflits internes. 4° L'application d'appareillages et de matériels d'aide technique appropriés à l'ergothérapie. Ces actes professionnels peuvent, le cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement.
MK	Selon le décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, ce professionnel est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants : a) Rééducation concernant un système ou un appareil : - rééducation orthopédique ; - rééducation neurologique ; - rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur ; - rééducation respiratoire ; - rééducation cardio-vasculaire, sous réserve des dispositions de l'article 8 ; - rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques ; b) Rééducation concernant des séquelles : - rééducation de l'amputé, appareillé ou non ; - rééducation abdominale, y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal ; - rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement ;

	- rééducation des brûlés ; - rééducation cutanée ; c) Rééducation d'une fonction particulière : - rééducation de la motilité faciale et de la mastication ; - rééducation de la déglutition ; - rééducation des troubles de l'équilibre.
Diététicien	Le diététicien n'appuie pas sa pratique sur un décret d'actes (Association Française des Diététiciens Nutritionnistes, 2015).

Annexe 14. Schéma révisé

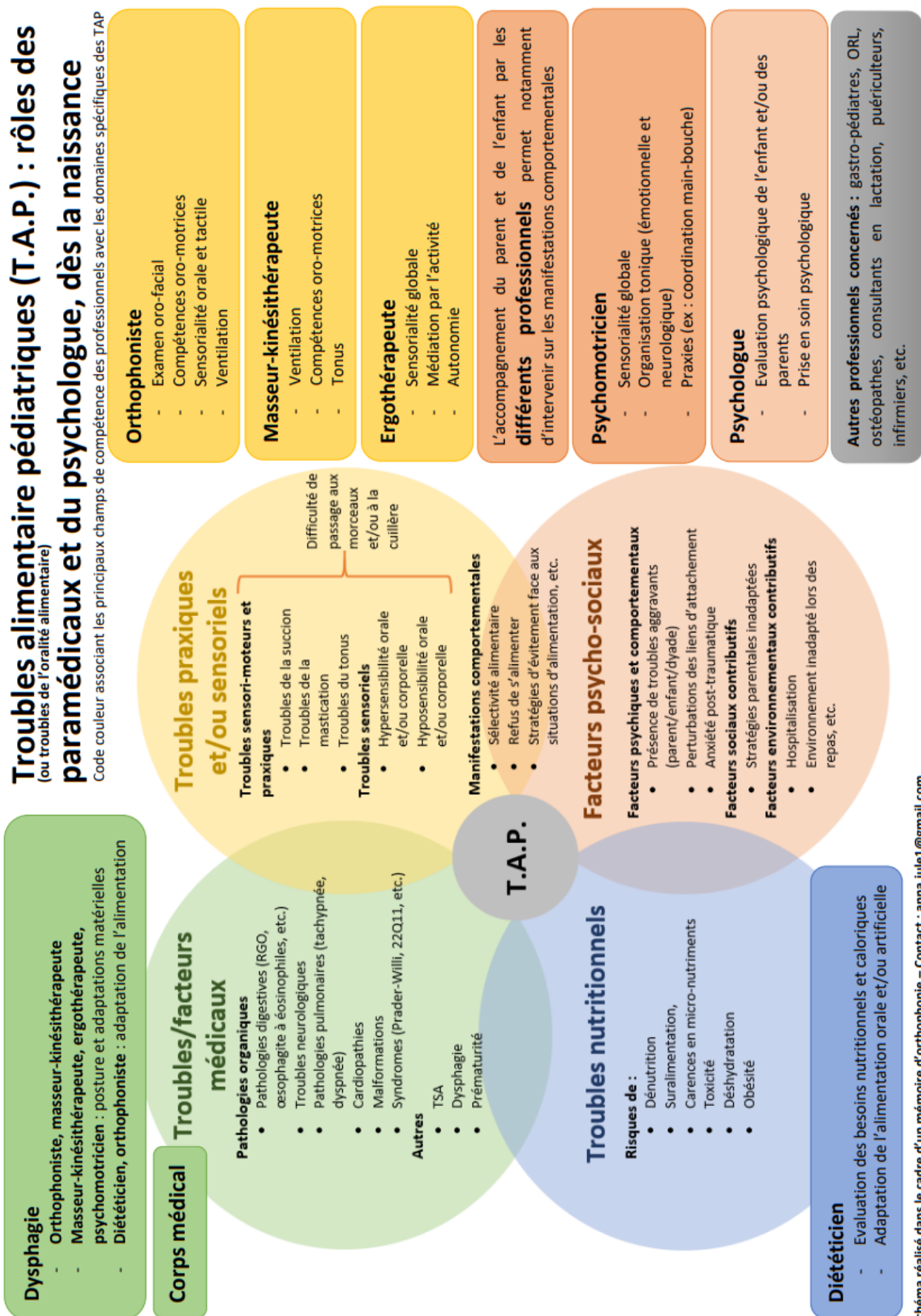


Schéma réalisé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie – Contact : anna.jule1@gmail.com



ENGAGEMENT ÉTHIQUE

Je soussigné(e) Anna Julé, dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études orthophoniques à l'Université de Nantes, m'engage à respecter les principes de la déclaration d'Helsinki concernant la recherche impliquant la personne humaine.

L'étude proposée vise à interroger les médecins généralistes et les pédiatres à l'aide d'un questionnaire. Celui-ci a pour but d'analyser l'orientation des patients présentant des difficultés alimentaires ou des Troubles alimentaires pédiatriques et d'évaluer l'outil créé dans le cadre de ce mémoire.

Conformément à la déclaration d'Helsinki, je m'engage à :

- informer tout participant sur les buts recherchés par cette étude et les méthodes mises en œuvre pour les atteindre,
- obtenir le consentement libre et éclairé de chaque participant à cette étude
- préserver l'intégrité physique et psychologique de tout participant à cette étude,
- informer tout participant à une étude sur les risques éventuels encourus par la participation à cette étude,
- respecter le droit à la vie privée des participants en garantissant l'anonymisation des données recueillies les concernant, à moins que l'information ne soit essentielle à des fins scientifiques et que le participant (ou ses parents ou son tuteur) ne donne son consentement éclairé par écrit pour la publication,
- préserver la confidentialité des données recueillies en réservant leur utilisation au cadre de cette étude.

Fait à : Nantes

le : 24/05/2021

Signature

Titre du Mémoire : La prise en soin paramédicale et psychologique des Troubles alimentaires pédiatriques : réalisation d'un schéma pour faciliter l'orientation des pédiatres et des médecins généralistes

RESUME

L'orientation des patients présentant des difficultés alimentaires ou des Troubles alimentaires pédiatriques (TAP) (Goday et al., 2019) peut être difficile car ces troubles sont complexes (Morris et al., 2017). Les médecins généralistes et les pédiatres souhaitent en savoir davantage sur le rôle des professionnels dans cette prise en soin afin d'améliorer l'orientation des patients présentant de tels troubles (Noton, 2020). C'est pourquoi, nous leur proposons un schéma illustrant le rôle du psychologue et de paramédicaux impliqués dans la prise en soin des TAP (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes (MK) et diététiciens).

L'objectif de l'étude est d'investiguer l'aide apportée par ce schéma dans l'orientation des patients présentant des difficultés alimentaires ou des TAP. Pour cela, nous avons créé un questionnaire, incluant le schéma. 111 pédiatres et 19 médecins généralistes ont répondu à ce questionnaire. Nos résultats montrent que les connaissances de ces spécialistes quant à l'implication et au rôle des professionnels sont incomplètes. L'implication et le rôle de l'orthophoniste sont connus. L'implication et le rôle de l'ergothérapeute et du MK sont méconnus. L'identité des professionnels impliqués dans la rééducation des troubles de la ventilation est également méconnue. Par ailleurs, les résultats indiquent que l'outil créé est informatif et utile à l'orientation des patients.

L'orthophonie aborde les TAP dans leur globalité, ce qui est moins observé chez les autres professions. Ceci pourrait expliquer pourquoi l'orthophonie est majoritairement représentée par les médecins généralistes et les pédiatres dans cette prise soin spécifique. Par ailleurs, la pratique des professionnels dépend de leurs parcours et de leurs expériences. Ainsi, au sein de chaque discipline, il semblerait que tous ne prennent pas en charge les TAP. Pour aller plus loin, la constitution et l'accès à un réseau de professionnels prenant en charge ces troubles pourraient faciliter l'orientation des médecins généralistes et des pédiatres.

MOTS-CLES

Médecin généraliste, Orientation, Orthophoniste, Pédiatre, Pluriprofessionnel, Rôle, Trouble alimentaire pédiatrique

Title : Paramedical and psychological care of Pediatric Feeding Disorders : creation of a diagram to facilitate pediatricians and general practitioners' referral

ABSTRACT

Referral of patients with feeding difficulties or Pediatric Feeding Disorders (PFD) (Goday et al., 2019) can prove to be challenging, due to their complexities (Morris et al., 2017). General practitioners and pediatricians are willing to learn more about the role of the various professionals involved in PFD's care in order to improve the referral of patients with such disorders (Noton, 2020). This is why, we introduce a diagram illustrating the role of the psychologist and paramedical professionals involved in the care of PFD (speech therapists, psychomotor therapists, occupational therapists, physiotherapists and dieticians).

The aim of the study is to investigate the help provided by this diagram in the referral of patients with feeding difficulties or PFD. For this purpose, we created a questionnaire, including the diagram. 111 pediatricians and 19 general practitioners answered this questionnaire. Our results show that the knowledge of these specialists regarding the involvement and role of the different professionals is incomplete. The involvement and role of the speech therapist is well known. The involvement and role of the occupational therapist and the physiotherapist are unknown. The professionals involved in the rehabilitation of disorders of ventilation are not identified. Moreover, the results indicate that the tool created is informative and useful for patient referral. Speech therapy (ST) considers PFD as a whole. This angle is less observed in other professions. This may explain why ST is predominantly represented by general practitioners and pediatricians in this specific care. Furthermore, the practice of each professional is conditional to him or her background and experience. Thus, within each discipline, it would seem that not all of them take charge of PFD. To go further, the creation of and access to a network of professionals who treat these disorders could facilitate the referral of general practitioners and pediatricians.

KEY WORDS

General Practitioner, Multiprofessional, Pediatric Feeding Disorder, Pediatrician, Referral, Role, Speech-Language Therapy