

MEMOIRE

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

Pauline LAMOURET

présenté au jury en juin 2020

**Perspectives suite aux actions de prévention
autour de l'oralité alimentaire, dans la région
Hauts-de-France.**

MEMOIRE dirigé par

Emeline LESECQ-LAMBRE, Orthophoniste, Hem.

Présidente de l'association de prévention en orthophonie des Hauts-de-France « Parlons-en ! »,
Vice-Présidente de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Orthophonistes des Hauts-de-
France et membre de la commission prévention et promotion de la santé de la FNO.

Enseignante aux départements d'orthophonie de Lille et d'Amiens.

Remerciements

Je souhaite remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont permis la réalisation de ce projet :

Emeline LESECQ-LAMBRE, ma directrice de mémoire, pour m'avoir communiqué la passion de son métier, pour ses précieux conseils, sa disponibilité, sa bienveillance et son partage de connaissances.

Anne-Christine DUPONT, qui a accepté de faire partie du jury et a permis la diffusion du questionnaire.

L'ensemble des organismes : les associations de prévention en orthophonie, les syndicats régionaux et départementaux et les URPS orthophonistes, qui ont pris le temps de répondre au questionnaire.

Mes maîtres de stage pour leur accueil et la formation de qualité qu'elles m'ont transmise.

Ma famille pour leur présence, leur soutien, leurs encouragements et le travail de relecture.

Mes amies pour tous les moments partagés au cours de ces cinq années.

Résumé :

Des réunions d'information ont été organisées dans les Hauts-de-France par l'association de prévention en orthophonie « Parlons-en ! », l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) orthophonistes et la Filière des Malformations Abdomino-Thoraciques (FIMATHO). Ces actions ont fait suite au constat que les prescripteurs des actes orthophoniques connaissent peu les troubles alimentaires pédiatriques. Le but des actions était de les sensibiliser au domaine de l'oralité alimentaire.

L'objectif du mémoire est de connaître les actions de prévention qui existent au niveau national au sujet des troubles alimentaires pédiatriques. Le second but est d'étudier l'intérêt des acteurs régionaux à organiser des actions de sensibilisation, à l'image de ce qui a été réalisé dans les Hauts-de-France.

Pour ce faire, un questionnaire informatique a été diffusé aux associations de prévention, aux syndicats et aux URPS de chaque région.

L'analyse des résultats révèle que 46,55% des organismes ayant répondu au questionnaire mettent en œuvre des actions de sensibilisation au sujet des troubles alimentaires pédiatriques. Ils agissent essentiellement auprès des professionnels de la petite enfance et des orthophonistes. 65,52% des sondés éprouvent un intérêt à échanger avec « Parlons-en ! » pour réaliser des actions de prévention envers les professionnels de santé.

Ainsi, les organismes qui en ont exprimé le souhait vont être aiguillés afin de mener à bien ce projet. Le diaporama, les plaquettes et les affiches d'information vont leur être fournis. Un accompagnement sera réalisé à la fois pour l'organisation même de l'action mais également en termes de communication et de logistique.

Mots-clés :

Prévention, trouble alimentaire pédiatrique, trouble de l'oralité alimentaire, oralité alimentaire, intervention précoce.

Abstract :

Informational meetings were organised in the Hauts-de-France region by the speech and language therapy prevention association "Parlons-en !", the Regional Union of Health Professionals (RUHP) speech therapists unit, and the abdomino thoracic malformations association « FIMATHO ». These actions followed the observation that prescribers of speech and language therapy procedures have little knowledge of pediatric eating disorders. The aim of the actions was to make medical and paramedical professionals aware of the field of eating disorders.

The aim of this brief is to find out what kind of preventive actions exist at national level concerning pediatric eating disorders. The second aim is to find out the interest of those involved in prevention in organizing awareness-raising actions in their region along the lines of what has been organized in the Hauts-de-France.

For this purpose, a computerized questionnaire was sent to prevention associations, trade unions, and RUHP in each region.

Analysis of the results shows that 46.55% of the organizations that responded to the survey are implementing awareness-raising actions about pediatric eating disorders. They act mainly with early childhood professionals and speech therapists. 65.52% of respondents are interested in talking to "Parlons-en !" in order to carry out preventive actions towards health professionals.

Thus, organizations that have expressed a desire to do so will be referred to carry out this project. Slideshows, booklets and information poster will be provided to them. Support will be carried out both for the organization of the action but also in terms of communication and logistics.

Keywords :

Prevention, pediatric feeding disorder, food orality, early involvement.

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	1
1.Prévention.....	1
1.1.Définition.....	1
1.2.Prévention en orthophonie.....	2
1.3.Quelle prévention dans ce mémoire ?	2
1.4.Rôle du médecin.....	2
2.URPS.....	3
2.1.Définition.....	3
2.2.Rôle.....	3
2.3.Projet URPS orthophonistes des Hauts-de-France.....	3
3.L'oralité et ses troubles.....	4
3.1.Oralité.....	4
3.1.1.Définition	4
3.1.2.Développement de l'oralité alimentaire.....	4
3.2.Troubles de l'oralité alimentaire.....	5
3.2.1.Définition.....	5
3.2.2.Prévalence	5
3.2.3.Étiologies	5
3.2.4.Signes	6
4.Prise en soin précoce.....	6
4.1.Définition.....	6
4.2.Plasticité cérébrale.....	7
4.3.Lien entre oralité alimentaire et oralité verbale.....	7
4.4.Accompagnement parental	7
4.4.1.Définition.....	7
4.4.2.Prévention des troubles de l'oralité alimentaire	8
5.Retour sur les actions menées dans la région Hauts-de-France.....	8
5.1.Présentation.....	8
5.2.Organisation.....	8
5.3.Contenu.....	9
6.Perspectives	9
6.1.Affiche « Et si c'était un trouble de l'oralité alimentaire ? »	9
6.2.Plaquette d'information aux familles et aux professionnels de la petite enfance.....	9
6.3.URPS Pharmaciens.....	10
6.4.URPS dentistes.....	10
7.Buts	11
8.Hypothèses.....	11
Méthode.....	11
1.Population d'étude.....	12
1.1.Population cible du questionnaire.....	12
1.2.Recensement.....	12
2.Réalisation du questionnaire.....	12
2.1.Création.....	12
2.2.Forme des questions.....	12
2.3.Contenu.....	12
2.4.Diffusion du questionnaire.....	13
3.Sélection des réponses au questionnaire.....	14
4.Analyse statistique.....	14
Résultats.....	14

1. Résultats généraux.....	14
1.1. Les participants.....	14
1.1.1. Associations de prévention en orthophonie.....	14
1.1.2. Les syndicats régionaux.....	14
1.1.3. Les URPS.....	14
1.1.4. Autres.....	15
1.2. Répartition des participants.....	15
1.3. Connaissance des troubles de l'oralité alimentaire.....	15
2. Organisation d'actions de prévention.....	16
2.1. Nombre d'actions réalisées.....	17
2.2. Années de réalisation.....	17
2.3. Qui a organisé les actions ?	18
2.4. Public visé.....	18
2.5. Forme des actions réalisées.....	19
2.5.1. Réalisation de rencontres.....	19
2.5.2. Plaquettes d'information.....	19
2.5.3. Affiches d'information.....	19
2.5.4. Plusieurs formes proposées.....	19
2.5.5. Autres.....	19
2.6. Informations transmises.....	20
3. Rencontres.....	20
3.1. Nombre de participants.....	20
3.2. Professions les plus représentées.....	20
3.3. Communication et logistique.....	21
3.3.1. Communication	21
3.3.2. Logistique.....	21
3.4. Satisfaction.....	21
3.4.1. Satisfaction des actions menées.....	21
3.4.2. Poursuite des actions.....	22
3.5. Harmonisation d'un support au niveau national.....	22
4. Organismes ayant réalisé d'autres formes de prévention que des rencontres	22
5. Organismes n'ayant pas réalisé d'actions de prévention ou n'en ayant pas connaissance	22
5.1. Intérêt pour réaliser des actions de prévention.....	22
5.2. Raisons de l'absence de désir de mener des actions de prévention.....	23
6. Mise en relation avec l'association « Parlons-en ! ».....	23
6.1. Organismes ayant réalisé des rencontres.....	24
6.2. Organismes n'ayant pas réalisé de rencontres.....	24
6.3. Organismes n'ayant pas réalisé d'actions de prévention.....	24
6.4. Au total.....	24
7. Accompagnement communication et logistique.....	24
7.1. Organismes ayant réalisé des rencontres.....	24
7.2. Organismes n'ayant pas réalisé de rencontres.....	24
7.3. Organismes n'ayant pas réalisé d'actions de prévention.....	25
Discussion.....	25
1. Principaux résultats observés.....	25
1.1. Connaissance des troubles de l'oralité alimentaire par les professionnels médicaux et paramédicaux.....	25
1.2. Organisation d'actions de prévention	25
1.3. Intérêt pour réaliser des actions de prévention.....	25
2. Validation des hypothèses.....	26
3. Critiques de la méthodologie.....	26
3.1. Dans la partie théorique.....	26

3.2. Dans la partie pratique.....	26
4. Limites de notre étude.....	27
5. Intérêts pour la pratique orthophonique et perspectives.....	28
5.1. Intérêts pour la pratique orthophonique.....	28
5.2. Perspectives.....	28
5.2.1. Support harmonisé au niveau national.....	28
5.2.2. Accompagnement des actions de prévention.....	28
5.2.3. Accompagnement de la communication et de la logistique.....	29
Conclusion.....	30
Bibliographie.....	31
Liste des annexes.....	33
Annexe A1 : Plaquette d'information : « Les troubles de l'oralité alimentaire. Prévention, dépistage et prise en soin », à l'attention des professionnels de santé (2017).....	33
Annexe A2 : Affiches « Et si c'était un trouble de l'oralité alimentaire ? ».....	33
Annexe A3 : Plaquette d'information : « Les troubles de l'oralité alimentaire : comprendre et accompagner au quotidien », à destination des familles et des professionnels de la petite enfance (2017).....	33
Annexe A4 : Déclaration loi informatique et libertés.....	33
Annexe A5 : Questionnaire numérique.....	33
Annexe A6 : Courrier électronique de relance.....	33
Annexe A7 : Feuille de route.....	33
Annexe A8 : Charte.....	33
Annexe A9 : Synthèse de l'événement.....	33
Annexe A10 : Bon de commande des supports.....	33
Annexe A11 : Dossier de presse.....	33

Introduction

L'oralité désigne l'ensemble des fonctions orales se rapportant à la survie et à la communication : l'alimentation, la ventilation, le cri, l'exploration tactile et gustative et le langage (Abadie, 2004). L'oralité, bien que prise en soin par les orthophonistes depuis plusieurs années, est apparue officiellement dans le champ de compétences de l'orthophonie le 1^{er} avril 2018. Ce terme est, depuis, inscrit dans la nomenclature générale des actes professionnels des orthophonistes. Les troubles de l'oralité correspondent à l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale (Thibault, 2007). Leur prise en soin précoce est nécessaire afin que des schèmes moteurs et neuronaux délétères ne s'ancrent pas. Il est essentiel que les prescripteurs dépistent ces troubles dans le but de pouvoir proposer un bilan orthophonique et, si cela est nécessaire, une prise en soin adaptée. Néanmoins, les médecins et pédiatres sont encore trop peu informés sur ce trouble. Partant de ce constat, des actions de prévention ont été menées auprès des prescripteurs et d'autres professionnels de santé afin de les sensibiliser et d'échanger autour des troubles de l'oralité alimentaire. Elles ont été réalisées dans la région des Hauts-de-France par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) en partenariat avec l'association de prévention « Parlons-en ! » et la Filière des Malformations Abdomino-Thoraciques (FIMATHO).

L'objectif de ce mémoire est de connaître, d'une part, les actions de sensibilisation menées au niveau national sur les troubles alimentaires pédiatriques auprès des professionnels médicaux et paramédicaux, et d'autre part, l'intérêt des associations de prévention pour les actions menées dans la région des Hauts-de-France. Si elles en manifestent le besoin et l'envie, un échange avec l'association de prévention « Parlons-en ! » sera possible afin de les soutenir dans la démarche d'organiser à leur tour ces actions de prévention.

Dans un premier temps, nous définirons la prévention, l'URPS et ses missions. Nous précisons, ensuite, les termes oralité, troubles de l'oralité alimentaire et prise en soin précoce. Nous reviendrons sur les actions de prévention qui ont été menées dans la région des Hauts-de-France. Puis, nous nous attarderons sur les perspectives envisagées suite à ces actions. Nous présenterons la méthodologie et les résultats obtenus avant de les discuter.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Prévention

1.1. Définition

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. La distinction entre prévention primaire, secondaire et tertiaire a été proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, ce qui correspond à la réduction du risque d'apparition de nouveaux cas.

La prévention secondaire vise, quant à elle, à réduire la prévalence, c'est-à-dire la durée d'évolution d'une maladie dans une population.

La prévention tertiaire a pour but de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population. Elle vise donc la réduction des invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

1.2. Prévention en orthophonie

D'après la définition de l'orthophonie, parue dans la loi en janvier 2016 : « la pratique de l'orthophonie comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales » (article L4341-1 du code de la santé publique, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016). La prévention fait partie intégrante de la définition de l'orthophonie. Cela constitue l'une de ses missions au même titre que l'évaluation et la rééducation des troubles. En revanche, la prévention ne donne pas lieu à un acte dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

Le rôle des orthophonistes dans la prévention et le dépistage est reconnu depuis 1992 (Kremler et Lederlé, 2016). C'est, néanmoins, depuis les années 1980 que les orthophonistes organisent des actions se situant aux différents niveaux de la prévention. Le décret d'actes des orthophonistes de 2002 réaffirme cette position. Il stipule que les orthophonistes peuvent proposer « des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer » (décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, article 4). Par conséquent, des associations de prévention en orthophonie ont vu le jour en France pour répondre à ce besoin d'organiser des actions de prévention.

Ainsi, en orthophonie, la prévention primaire correspond à l'éducation sanitaire et à la diffusion de l'information à la fois au grand public mais également auprès des professionnels du secteur médical, sanitaire, social et éducatif. La prévention secondaire se consacre au dépistage précoce des troubles, tandis que la prévention tertiaire s'illustre lors des actes rééducatifs menés au sein des séances orthophoniques (Brin-Henry, Courrier, Lederlé & Masy, 2011).

1.3. Quelle prévention dans ce mémoire ?

Les actions organisées dans le cadre de la prévention des troubles de l'oralité alimentaire auprès des professionnels médicaux et paramédicaux prenaient la forme de soirées d'information pendant lesquelles des plaquettes (cf. Annexe A1) étaient distribuées. Le but de ces manifestations était de former et d'informer des professionnels de santé aux troubles de l'oralité alimentaire. Ainsi, en référence à la définition proposée par l'OMS, ces actions se situent davantage au niveau de la prévention primaire.

1.4. Rôle du médecin

Les médecins au contact des enfants sont ceux principalement concernés par les troubles de l'oralité alimentaire. Ce sont, essentiellement, les médecins généralistes et les pédiatres.

Ceux-ci exercent en libéral, dans des structures hospitalières, médico-sociales ou au sein des structures de la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Les médecins généralistes assurent le suivi de première ligne des enfants. Les pédiatres sont spécialisés dans la prise en charge médicale des enfants. Les médecins et pédiatres de PMI exercent sous la présidence du conseil départemental, ils dispensent des soins de prévention jusqu'aux six ans de l'enfant (Colombo, 2013).

Un des rôles du médecin, qu'il soit généraliste ou pédiatre est de dépister les troubles de l'oralité alimentaire. Par conséquent, la connaissance des signes cliniques est essentielle. Le médecin peut ensuite adresser l'enfant vers un bilan en orthophonie, en psychomotricité ou en kinésithérapie selon les troubles dépistés. (Daresse-Lapendery, Rochedy, Charles, Rousselon & Pillard, 2018). Ces différents professionnels paramédicaux exercent sur prescription médicale.

2. URPS

2.1. Définition

Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) ont été créées en 2009 dans le cadre de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires). Les URPS ont le statut d'associations et fonctionnent sous la loi de 1901. Ce sont des unités qui rassemblent, au sein de chaque région, des professionnels de santé conventionnés. Il existe une URPS pour chacune des professions exerçant à titre libéral. Les membres de l'URPS orthophonistes sont désignés, pour cinq ans, par l'organisation syndicale de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO). Toutefois, à partir de 2020, des élections seront organisées puisqu'on comptabilise désormais plus de 20 000 orthophonistes libéraux en France. Les professionnels libéraux en activité éliront les membres par un scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne.

2.2. Rôle

Les URPS sont les représentantes des professionnels libéraux auprès des administrations. Ces dernières peuvent être des collectivités territoriales, des municipalités ou encore l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui est chargée du pilotage régional du système de santé. Les questions relatives à l'organisation de la santé dans la région sont traitées par l'URPS. Elle a pour rôle d'analyser les besoins de santé de la population régionale et l'offre de soins pour ensuite organiser des actions comme la prévention. De plus, l'URPS permet d'élaborer l'offre de soins, de déployer les systèmes de communication et d'information.

2.3. Projet URPS orthophonistes des Hauts-de-France

L'URPS orthophonistes des Hauts-de-France participe aux actions qui sont de l'ordre du soin, de la prévention, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique. Ces actions sont mises en œuvre dans le cadre de l'URPS orthophonistes ou dans celui en inter-URPS c'est-à-dire regroupant des URPS de différentes professions comme celles des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes ou des infirmiers. L'URPS orthophonistes a pour volonté de faire

connaître le rôle de l'orthophoniste dans le parcours de soin du patient. Enfin, elle souhaite s'inscrire dans une démarche pluriprofessionnelle en s'engageant dans le parcours de santé et dans la coordination des différents professionnels autour du patient.

3. L'oralité et ses troubles

3.1. Oralité

3.1.1. Définition

Pendant longtemps, l'oralité ne faisait référence qu'à la transmission orale de messages, la dimension alimentaire n'est apparue que plus tardivement (Kerlan, 2017).

Aujourd'hui, l'oralité concerne l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche. L'alimentation, la ventilation, l'exploration tactile et gustative, la communication et le langage sont donc concernés par cette notion (Abadie, 2004). L'oralité alimentaire commence in utero pour être efficace dès la naissance (Thibault, 2017).

3.1.2. Développement de l'oralité alimentaire

Lors des premières semaines in utero, les différentes structures anatomiques et musculaires permettant le développement des fonctions de succion et de déglutition se forment. Les structures maxillaires, mandibulaires et naso-frontale vont croître et fusionner pour délimiter les différents massifs du visage telles la bouche et la langue. L'ensemble des nerfs venant innover ces structures provient du tronc cérébral (Couly, 2017).

Le réflexe de Hooker, à la base de l'activité orale, apparaît lors du troisième mois de l'embryogenèse, au cours de la déflexion céphalique lorsque le palais se forme. La langue descend, la main vient alors toucher les lèvres. Cette stimulation engendre une protrusion linguale (Couly, 2017).

Les premiers mouvements antéro-postérieurs de succion (oralité motrice) se développent à partir de la dixième semaine in utero (Couly, 2017). La succion non nutritive survient dès la quinzième semaine d'aménorrhée et est mature lors de la vingt-neuvième semaine (Haddad, 2017). Au cours de la succion non nutritive, la déglutition est minime puisque seule la salive est déglutie. La déglutition est en place entre la douzième et la quinzième semaine in utero (Thibault, 2017). Pour une succion nutritive efficace, la coordination de la succion, de la déglutition et de la respiration est nécessaire, ce qui n'est pas possible avant 37 semaines d'aménorrhée (Haddad, 2017).

Le passage à la cuillère se déroule progressivement entre le quatrième et le septième mois de vie, il caractérise l'oralité secondaire. Les réflexes archaïques disparaissent progressivement vers le quatrième mois pour conduire à une succion volontaire. Ce nouveau schéma moteur va permettre l'introduction de nouveaux aliments qui seront d'abord proposés sous forme de purées lisses (Levavasseur, 2017).

L'éruption dentaire apparaît entre huit et douze mois (Borowitz & Borowitz, 2018). Aux alentours des douze mois de l'enfant, la fermeture labiale est contrôlée et les fonctions de malaxage qui sont préalables à la mastication apparaissent (Abadie, 2012). Ces nouveaux contrôles moteurs permettent une diversification alimentaire par l'introduction d'aliments qui sont davantage solides (Levavasseur, 2017).

3.2. Troubles de l'oralité alimentaire

3.2.1. Définition

Thibault (2017) définit les troubles de l'oralité alimentaire comme « l'ensemble des difficultés par voie orale. Il peut s'agir de troubles par absence de comportement spontané d'alimentation, ou par refus d'alimentation, et de troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant » (Thibault, 2017, p 71).

Les troubles de l'oralité peuvent avoir des répercussions à la fois sur la croissance, le développement sensori-moteur de l'enfant, l'état de santé général, mais également la vie familiale et sociale (Levavasseur, 2017).

Un groupe d'experts dans la prise en soin des enfants atteints de troubles de l'alimentation propose un terme diagnostique unificateur « Pediatric Feeding Disorder » (PFD) que l'on pourrait traduire en français par trouble de l'alimentation pédiatrique. Ils définissent les troubles de l'oralité alimentaire comme un apport oral non adapté à l'âge et associé à un dysfonctionnement médical, nutritionnel, alimentaire et/ou psycho-social. Il s'agirait dans la plupart des cas d'une imbrication de plusieurs systèmes contribuant au développement et à la persistance des PFD (Goday, Huh, Silverman, Lukens, Dodrill, Cohen & Phalen, 2019).

3.2.2. Prévalence

Ce trouble serait présent chez 25 à 50 % des nourrissons en population pédiatrique ordinaire (Cascales, Olives, Bergeron, Chatagner, & Raynaud, 2014).

3.2.3. Étiologies

Les causes des troubles de l'oralité sont « multiples, multidirectionnelles et complexes » (Cascales et al, 2014).

Bandelier (2015) identifie quatre axes pouvant être à l'origine des troubles de l'oralité : gnoso-praxique, sensoriel, médical et comportemental. Les troubles gnoso-praxiques peuvent concerner des difficultés de succion, des difficultés lors du passage à la cuillère, des fausses-routes, des difficultés d'acquisition de la mastication, un bavage ou une hypotonie oro-faciale. Concernant les troubles sensoriels, on peut retrouver une hyper-réactivité tactile ou oro-faciale, une hypo-réactivité oro-faciale mais aussi un hyper-nauséux. Il peut s'agir d'un trouble médical qui se manifesterait par des amygdales hypertrophiées, des infections bronchiques ORL, des régurgitations ou vomissements, une nutrition artificielle, un reflux gastro-oesophagien, une oesophagite, des allergies ou des intolérances alimentaires. Ce peut être également des pathologies ou des malformations au niveau cardiaque, digestif ou métabolique. Ces différents axes sont intriqués dans la plupart des cas.

Goday et al. (2019) identifient quatre principaux facteurs explicatifs : médical, nutritionnel, habileté alimentaire et psycho-social. Le facteur médical correspond à une atteinte des fonctions de l'un des systèmes gastro-intestinal, cardio-respiratoire ou neurologique. Le dysfonctionnement nutritionnel se définit par une limitation en quantité, en qualité et/ou en variété des aliments et des boissons. Il peut engendrer une malnutrition, des carences nutritionnelles ou une déshydratation. Le trouble peut provoquer une dépendance à la nutrition entérale ou aux compléments pour soutenir l'alimentation et l'hydratation. Un

dysfonctionnement de l'habileté alimentaire peut entraîner un trouble alimentaire. Il est dû à une altération des expériences orales, un trouble du fonctionnement moteur oral ou sensoriel en raison d'une maladie ou d'un retard de développement. Il peut alors y avoir nécessité de modifier la texture ou d'adapter la posture. Les facteurs psycho-sociaux peuvent également jouer un rôle dans le trouble alimentaire. Selon les critères diagnostiques établis, on peut parler de trouble de l'oralité si ces événements ont une durée minimale de deux semaines. De plus, on ne peut pas parler de PFD si ces troubles résultent de normes culturelles ou d'un manque de nourriture.

3.2.4. Signes

L'ASHA (The American Speech-Language-Hearing Association, 2017) définit différents signes cliniques que l'on peut observer chez un enfant présentant des troubles de l'oralité alimentaire. L'enfant peut présenter un raidissement du corps pendant l'alimentation, une irritabilité ou un manque de vigilance. Il peut refuser les liquides ou la nourriture et certaines textures alimentaires. On peut également retrouver des difficultés de succion ou de mastication, une toux ou un bâillement pendant le repas, un bavage ou un reflux nasal. Il peut y avoir une incoordination de la respiration et de la déglutition, un essoufflement lors de l'alimentation, un allongement du temps de repas qui dépasse les 30 minutes normalement observées. L'enfant peut avoir une voix rauque et mouillée, des nausées ou des vomissements. Des pneumopathies récidivantes ou des infections respiratoires peuvent exister. Enfin, un gain ou une croissance pondérale inférieure à la normale peut être la manifestation de difficultés majeures d'alimentation. Ces éléments peuvent être présents de manière isolée ou être combinés.

Dans le DSM-5 (2015), les signes évoqués sont un manque d'intérêt pour la nourriture, un évitement alimentaire pour causes sensorielles ou un déficit nutritionnel. Des difficultés à atteindre les besoins en terme nutritionnel ou énergétique se manifestent par une perte de poids, un déficit nutritionnel, la pose d'une nutrition entérale ou la nécessité de compléments alimentaires oraux, ou encore, un déficit psychosocial.

Les troubles de l'oralité affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant touchant alors l'ensemble de la sphère familiale. « Une cascade dysfonctionnelle » se met en place lors d'une reconnaissance tardive des troubles. Or, le dépistage de ces troubles par les professionnels médicaux de première ligne est encore trop retardé (Levavasseur, 2017).

4. Prise en soin précoce

4.1. Définition

Une prise en soin est dite précoce lorsqu'elle débute très tôt et se poursuit pendant les premières années du développement de l'enfant (Thibault, 2015). On parle en général de prise en soin précoce de la naissance de l'enfant jusqu'à trois ans, c'est-à-dire durant la période pré-langagière et au début de l'émergence langagière (Ternisien, 2014). Elle nécessite l'intégration dans la démarche thérapeutique de l'environnement familial. En effet, ce sont les parents qui sont les « spécialistes » de leur enfant et qui pourront au quotidien réinvestir la

prise en soin orthophonique. Un partage de savoir entre le professionnel et les parents est essentiel pour une efficacité optimale (Lainé, 2009).

4.2. Plasticité cérébrale

L'orthophoniste a un rôle primordial dans la prévention et la prise en charge précoce des troubles alimentaires pédiatriques. L'intervention précoce vise à prévenir les difficultés d'alimentation. Plus l'intervention se fait tôt, plus une action sur la plasticité cérébrale sera possible. Cette dernière correspond à la capacité des structures cérébrales à réorganiser ses connexions en fonction des expériences vécues et des apprentissages. Elle permet la construction de réseaux compensatoires dont le but est de suppléer la fonction altérée (Senez & Martinet, 2015). Grâce à des stimulations, la préservation de neurones destinés à disparaître a été observée, ils ont alors acquis un rôle compensatoire. Une prise en soin aussi précoce que possible est donc préconisée afin qu'une restructuration neuronale soit permise pour les nouveaux-nés qui ont des difficultés d'alimentation. A l'inverse, de mauvais schèmes moteurs réalisés quotidiennement vont ancrer les dysfonctionnements délétères (Levasseur, 2017).

4.3. Lien entre oralité alimentaire et oralité verbale

Il existerait un lien étroit entre le développement de l'oralité alimentaire et le développement de l'oralité verbale (Thibault, 2015). Les mêmes muscles et voies neurologiques sont sollicités lors de ces deux activités (Couly, 2017). Ainsi, les enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire auraient davantage de risques de présenter un retard dans le développement langagier et communicationnel (Thibault, 2015).

4.4. Accompagnement parental

4.4.1. Définition

Crunelle (2010) distingue la guidance parentale qui se limiterait à donner des informations et des conseils, de l'accompagnement parental qui mettrait en place un véritable partenariat entre le professionnel, les parents et l'enfant. L'accompagnement parental serait basé sur l'écoute et la confiance réciproque.

Lorsqu'un enfant est atteint de troubles de l'oralité, l'ensemble de la sphère familiale va être impactée (Leseq-Lambre, 2019). Les parents vont sans cesse chercher de nouvelles solutions et de nouvelles adaptations face à cet enfant qui ne s'alimente pas. Ces réponses sont parfois inadaptées ou instables (Levasseur, 2017). Lorsqu'une orientation précoce vers une prise en soin orthophonique est organisée, un accompagnement parental peut être proposé. Il permettra d'adapter le quotidien aux vulnérabilités du jeune patient (Levasseur, 2017).

Une prise en charge précoce évitera la mise en place de la « cascade dysfonctionnelle » (Levasseur, 2017).

4.4.2. Prévention des troubles de l'oralité alimentaire

La mise en place de l'accompagnement parental permet de prévenir les troubles alimentaires pédiatriques. Les parents doivent, dans un premier temps, être renarcissés quant à leurs compétences de parents face à cet enfant qui ne se nourrit pas (Thibault, 2017). On peut leur conseiller de ne pas forcer l'enfant, de manger dans un environnement calme, à table avec lui afin que le processus d'imitation agisse. Rendre l'enfant actif en le faisant sentir, toucher, goûter serait un moyen de prévenir les troubles (Guillerme, 2014). Une adaptation de la posture, des textures et des quantités peut être nécessaire. En massant et en portant l'enfant par exemple, le parent l'incite à investir son corps, ce qui est une étape essentielle avant d'accéder à la bouche.

5. Retour sur les actions menées dans la région Hauts-de-France

5.1. Présentation

L'association de prévention en orthophonie de la région Hauts-de-France « Parlons-en ! », en lien avec l'URPS orthophonistes et la filière FIMATHO, a mis en place dès 2015 des actions de prévention autour des difficultés d'alimentation du jeune enfant. Ces démarches ont été réalisées suite au constat que les professionnels de santé, dont les prescripteurs des actes orthophoniques, ne sont encore que peu informés sur les troubles alimentaires pédiatriques et sur les compétences de l'orthophoniste dans ce domaine. Or, pour mener une intervention orthophonique qui soit la plus efficace et la plus optimale possible, il est essentiel que le dépistage et l'orientation par les médecins et les pédiatres soit précoce.

L'objectif était de sensibiliser les professionnels médicaux et paramédicaux au domaine de l'oralité alimentaire par l'intermédiaire d'une rencontre et la distribution de plaquettes d'information sur les troubles de l'oralité alimentaire.

5.2. Organisation

Une plaquette d'information sur les troubles alimentaires pédiatriques a été créée par l'URPS et l'association de prévention « Parlons-en ! » à destination des professionnels de santé (cf. Annexe A1). On y trouve une définition de l'oralité et des troubles de l'oralité alimentaire. De plus, elle présente les signes cliniques du trouble et des pistes de prévention.

Pour sa diffusion, quatorze actions de prévention sous la forme de soirées ou de matinées d'information ont été réalisées entre octobre 2015 et mars 2020 dans dix centres hospitaliers régionaux. Une rencontre inter-professionnelle était jugée préférable à un envoi postal de la plaquette d'information pour permettre un échange et une sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire. Deux orthophonistes et un gastropédiatre ont mené ces échanges dans les villes de Lille, Arras, Valenciennes, Calais, Lens, Beauvais, Cambrai, Dunkerque, Amiens et Saint-Quentin. La mobilisation a touché près de 450 professionnels dont 37% étaient médecins. La rencontre était ouverte à d'autres professionnels, ce qui a permis à des sages-femmes, des orthophonistes et des infirmières/puéricultrices d'y assister. Au total, mille plaquettes ont été partagées. (Leseq-Lambre, 2020a)

5.3. Contenu

Les principaux thèmes abordés étaient la prévention des difficultés alimentaires des jeunes enfants, l'amélioration du dépistage et la coordination des soins dans ces troubles. Ces différentes notions étaient détaillées à travers une définition de l'oralité alimentaire et de ses troubles. Il leur était ensuite précisé les étiologies pouvant causer un trouble de l'oralité et les signes rencontrés dans cette pathologie. Enfin, le rôle de l'orthophoniste était abordé selon les particularités du trouble de l'enfant, que ce soit des difficultés motrices ou sensorielles. En effet, l'orthophoniste établit un projet thérapeutique en fonction des capacités et des déficits constatés. Pour que la prise en soin soit efficace, elle doit être spécifique et adaptée à chaque patient.

Ainsi, lorsque l'enfant présente des troubles alimentaires pédiatriques d'origine oro-motrice, un travail pratique ou portant sur la mastication ou les fonctions de déglutition peut être réalisé. Tandis que lors de troubles d'origine sensorielle, la prise en soin porte sur la désensibilisation des différents sens, qu'il s'agisse du sens tactile, olfactif, auditif voire même visuel. La prise en soin portera également sur l'exploration orale. Dans cette démarche, l'approche SOS (Sequential Oral Sensory approach to feeding) de Toomey pourra être pratiquée. Elle consiste à passer par cinq étapes clés qui sont : tolérer, interagir, sentir, toucher et goûter l'aliment (Toomey & Ross, 2011). Une évaluation orthophonique fine ajustera les objectifs de la rééducation aux difficultés et aux forces du patient.

6. Perspectives

6.1. Affiche « Et si c'était un trouble de l'oralité alimentaire ? »

Suite aux actions de prévention, deux affiches nommées : « Et si c'était un trouble de l'oralité alimentaire ? » ont été créées et diffusées au grand public (cf. Annexe A2). Elles identifient rapidement les signes d'alerte des troubles de l'oralité alimentaire et font connaître le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin de ce trouble. Cet acte de prévention primaire a pour objectif d'informer, de prévenir et de sensibiliser face aux difficultés alimentaires. Elles peuvent être affichées, par exemple dans les salles d'attente des professionnels de santé.

Différents partenaires ont collaboré à la création de ces affiches et à leur diffusion. Il s'agit de l'URPS orthophonistes de la région des Hauts-de-France, les syndicats régionaux des orthophonistes des régions du Nord-Pas-de-Calais (SRONP) et de Picardie (SROPIC), l'organisme de formation SAS SRONP Form, l'association de prévention « Parlons-en ! », la filière FIMATHO (Filière des Malformations Abdomino-Thoraciques), le CRACMO (Centre de Référence des Affections Chroniques et Malformatives de l'Oesophage), le centre des MARDI (centre des Maladies Rares Digestives) et enfin le Centre Hospitalier Universitaire de Lille (Lesecq-Lambre, 2019).

6.2. Plaquette d'information aux familles et aux professionnels de la petite enfance

La collaboration entre l'URPS orthophonistes et l'association de prévention « Parlons-en ! » a permis le développement d'une plaquette sur les troubles de l'oralité alimentaire à

destination des familles et des professionnels de la petite enfance (crèche, école...) qui accompagnent au quotidien les enfants avec des troubles alimentaires (Leseq-Lambre, 2020a). Elle se nomme « Les troubles de l'oralité alimentaire : comprendre et accompagner au quotidien » (cf. Annexe A3). Cette réalisation fait suite à la diffusion de la plaquette à l'attention des professionnels de santé qui avaient alors alerté des questions récurrentes de leurs patients et des professionnels de la petite enfance sur ces troubles. La collaboration du groupe Miam-Miam avec les partenaires qui s'étaient associés pour la réalisation de l'affiche a favorisé l'élaboration de la plaquette. Pour permettre sa diffusion sur le territoire, des soirées de sensibilisation sont organisées. Le support est également en libre accès sur les sites des partenaires (Leseq-Lambre, 2019). Les thèmes développés sont l'accompagnement des enfants avec un trouble alimentaire pédiatrique au quotidien : famille, crèche, école, cantine, chez le médecin...(Leseq-Lambre, 2020a).

6.3. URPS Pharmaciens

L'URPS orthophonistes a présenté le projet aux URPS des autres professions médicales et paramédicales : les médecins, pharmaciens, biologistes, kinésithérapeutes, maïeuticiens...

L'URPS pharmaciens a décidé d'intégrer l'orthophoniste dans l'organigramme du site « Pharmallait ». Ce site leur permet de promouvoir l'allaitement maternel et d'orienter les familles lorsqu'une difficulté de l'allaitement se présente. Les deux plaquettes sont également visibles sur leur site (Leseq-Lambre, 2020b).

En 2017, des soirées ont été organisées pour présenter le site « Pharmallait ». Ces rencontres ont permis d'expliquer aux pharmaciens d'officine le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin de l'oralité alimentaire et de leur diffuser la plaquette (Leseq-Lambre, 2020b). Depuis le mois de juin 2019, les soirées prennent la forme de rencontres pluridisciplinaires. Elles ont pour objectif d'échanger autour de cas cliniques sur l'accompagnement et la prise en soin des difficultés d'allaitement (Leseq-Lambre, 2019).

6.4. URPS dentistes

En cas de troubles de l'oralité alimentaire, on retrouve des difficultés à la fois lors du brossage des dents et lors des soins dentaires pour accéder à la bouche. A partir de ce constat, l'URPS orthophonistes a manifesté sa volonté de travailler avec les chirurgiens-dentistes autour de ce trouble (Leseq-Lambre, 2020c). Un mémoire a été réalisé pour, dans un premier temps, faire un état des lieux des connaissances de ces professionnels au sujet des troubles alimentaires pédiatriques. Dans un second temps, une fiche de liaison entre ces deux professions a été créée pour permettre un partenariat dans la prise en soin de ces troubles (Geray, 2019). Celle-ci devrait permettre d'adapter le traitement aux difficultés présentées par l'enfant afin de le rendre plus efficace (Leseq-Lambre, 2020c).

Des soirées sont organisées depuis février 2020 afin de sensibiliser les chirurgiens-dentistes aux troubles alimentaires pédiatriques et les orthophonistes à l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire (Leseq-Lambre, 2019).

7. Buts

Une prise en soin précoce des troubles alimentaires pédiatriques permettrait une intervention dès les premiers signes des difficultés alimentaires. Un traitement orthophonique débuté rapidement éviterait l'apparition d'une « cascade dysfonctionnelle » (Levavasseur, 2017).

Les médecins, prescripteurs des actes orthophoniques, ont un grand rôle dans le dépistage des troubles de l'oralité alimentaire. Cependant, il apparaît que ces professionnels ne connaissent que peu les signes présentés dans ces troubles. Des actions de prévention les alerteraient davantage sur les difficultés rencontrées. Ils pourraient alors préconiser un suivi orthophonique.

Des actions de prévention auprès des professionnels de santé médicaux et paramédicaux ont été menées dans la région des Hauts-de-France. L'impact de ces interventions sur les professionnels qui y ont participé sera le sujet d'un premier mémoire.

Il serait intéressant de voir fructifier cette expérience à l'échelle nationale. L'enquête auprès des associations de prévention, des syndicats régionaux et des URPS orthophonistes de chaque région nous permettra, d'une part, d'analyser l'organisation de la sensibilisation aux troubles alimentaires pédiatriques dans les autres régions. D'autres part, elle nous montrera l'intérêt que les acteurs de la prévention régionale pourraient porter à la conduite de cette action. Toutes les clés pour mener ce projet pourront leur être transmises si celui-ci les intéresse.

8. Hypothèses

Nous faisons ici l'hypothèse qu'il existe un manque de sensibilisation des professionnels de santé au sujet des troubles alimentaires pédiatriques au niveau national. Une seconde hypothèse est que les acteurs régionaux de la prévention (associations de prévention, syndicats, URPS) manifesteront de l'intérêt à développer ce projet dans leur région.

Méthode

Dans cette deuxième partie, nous allons vous présenter la méthodologie mise en place afin d'élaborer le questionnaire (cf. Annexe A5).

Le questionnaire apparaît comme étant le plus adapté à notre projet puisqu'il s'agit de l'envoyer dans les différentes régions de France. Il recueillera des informations qualitatives et quantitatives et son analyse permettra de comparer les résultats. Il constitue un outil simple et rapide pour obtenir un nombre important d'informations. Il sera auto-administré : le répondant sera seul face aux questions.

1. Population d'étude

1.1. Population cible du questionnaire

Les associations de prévention en orthophonie, les syndicats régionaux orthophonistes et les URPS orthophonistes de chaque région sont la cible de notre questionnaire. Il s'agit des organismes qui oeuvrent à la mise en place d'actions de prévention à l'échelle régionale et départementale.

1.2. Recensement

Nous avons répertorié les différentes associations de prévention en orthophonie des régions françaises. Le recensement s'est fait via le site internet de chacun de ces organismes d'une part, et d'autre part grâce à un répertoire fourni par Madame Lesecq-Lambre, présidente de l'association de prévention des Hauts-de-France « Parlons-en ! ». Ce document indique le nom des différentes associations ainsi que leur adresse électronique.

La FNO qui est un syndicat professionnel des orthophonistes français dispose d'une carte des syndicats régionaux donnant facilement accès à leur adresse électronique.

Les URPS orthophonistes ont été contactés par leurs présidents. Madame Dupont, présidente de l'URPS orthophonistes Hauts-de-France, nous a fourni leur adresse électronique.

2. Réalisation du questionnaire

2.1. Création

Le formulaire (cf. Annexe A5) a été créé à l'aide du logiciel « LimeSurvey ». Il permet sa publication via internet afin de collecter les réponses au moyen des adresses électroniques des participants. La plateforme a été configurée pour que les réponses soient anonymisées. Ce paramétrage permet d'être en conformité au regard de la loi informatique et libertés (cf. Annexe A4).

2.2. Forme des questions

L'enquête contenait 35 questions au total.

La plupart des questions, soit 26, étaient sous la forme de questions fermées afin de faciliter le traitement des données. Parmi elles, dix-huit prenaient la forme de réponses binaires en oui/non. Une réponse à choix unique et sept réponses à choix multiples étaient proposées. Une question proposait une réponse sous forme d'échelle de Likert, qui permet à la personne interrogée d'exprimer son degré d'accord ou de désaccord avec l'énoncé proposé.

Enfin, neuf questions nécessitaient des réponses ouvertes courtes.

2.3. Contenu

Une introduction précédait les questions. Elle permettait de présenter le projet et les objectifs du questionnaire.

Une première partie collectait des informations sur les organismes répondants. Ainsi, elle précisait leur région et permettait de savoir s'il s'agissait d'une association de prévention, d'un syndicat régional ou d'une URPS.

Ensuite, nous leur demandions si, d'après eux, les troubles de l'oralité alimentaire sont connus des professionnels de santé puis de placer sur une échelle de un à cinq la connaissance de ce domaine par les prescripteurs des actes orthophoniques. Une question permettait de déterminer si des actions de prévention avaient été menées.

Le questionnaire a été créé de façon à ce que les questions apparaissent en fonction des réponses sélectionnées. Cela permettait d'adapter le questionnaire aux répondants et ainsi d'éviter que ceux-ci se retrouvent face à des questions auxquelles ils ne pouvaient pas répondre.

Ainsi, nous avons différents cas de figure. D'une part, il existe les organismes qui n'ont réalisé aucune action de prévention. Dans ce cas, nous leur demandions s'ils étaient intéressés pour mener des actions de prévention au sujet des troubles de l'oralité alimentaire à destination des professionnels de santé.

D'autre part, il existe les organismes qui ont réalisé des actions de prévention. Nous les questionnions alors sur le fond délivré lors des manifestations organisées mais également la forme. Par exemple : « ont-il réalisé des rencontres, des plaquettes ou des affiches d'information ? » Des réponses précises étaient récoltées lorsqu'il s'agissait de réunions d'information afin d'en savoir davantage sur la réalisation de celles-ci. Lorsque des rencontres d'information n'étaient pas mises en œuvre (réalisation de plaquettes, d'affiches d'information...), le questionnaire permettait de connaître leur intérêt à la création de ce projet.

Il était demandé à chaque répondant du questionnaire s'il souhaitait être mis en relation avec l'association de prévention des Hauts-de-France « Parlons-en ! » dans le but de mener des actions de prévention sur les troubles de l'oralité alimentaire à destination des professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Le support des manifestations serait donc harmonisé à l'échelle nationale. Enfin, une question éclairait sur le désir des organismes d'être accompagnés au niveau de la communication et/ou de la logistique.

2.4. Diffusion du questionnaire

Nous avons diffusé l'enquête via le logiciel « LimeSurvey ». Un mail d'envoi a été créé. Ce dernier contenait un lien unique permettant aux associations de prévention, aux syndicats régionaux et aux URPS de répondre au questionnaire. Un mois après le premier courrier électronique, un mail de rappel comprenant un accès direct au formulaire a été délivré aux organismes n'y ayant pas répondu. Enfin, un troisième envoi du questionnaire aux associations de prévention a été réalisé directement par Madame Lesecq-Lambre, présidente de l'association de prévention des Hauts-de-France « Parlons-en ! » et membre de la commission prévention et promotion de la santé de la FNO. De même, Madame Dupont, présidente de l'URPS orthophonistes Hauts-de-France, a envoyé l'enquête aux présidents des différents URPS orthophonistes de France.

Les courriers électroniques d'envoi et de rappel comportaient une description brève et synthétique des actions de prévention menées dans la région et les objectifs du projet ainsi que le lien du questionnaire leur permettant de répondre.

3. Sélection des réponses au questionnaire

Avant de commencer l'analyse des résultats des réponses au questionnaire, il a été nécessaire de vérifier l'absence de réponses doubles, qui pouvaient provenir d'un même organisme. Nous avons également contrôlé l'absence de réponses d'orthophonistes ne faisant partie d'aucun organisme. Ces contrôles ont été appliqués dans le but d'avoir une analyse statistique fidèle à la réalité.

4. Analyse statistique

Suite aux réponses récoltées du questionnaire, nous avons reporté les résultats dans un tableur Excel afin de les analyser. Certaines réponses ont été traitées grâce à l'analyse statistique du logiciel « LimeSurvey ».

Résultats

Dans cette troisième partie, nous allons vous présenter les résultats du questionnaire.

1. Résultats généraux

Nous avons récolté 58 réponses au total. Nous précisons, toutefois, que le déroulé des réponses dépendant parfois de la réponse à l'item précédent, le nombre de répondants à chaque question peut varier.

1.1. Les participants

1.1.1. Associations de prévention en orthophonie

Il existe en France 47 associations de prévention en orthophonie. Sur cet ensemble, nous avons obtenu 33 réponses, 70,21% des associations ont ainsi participé, ce qui rassemble 56,90 % de l'ensemble des répondants au questionnaire.

1.1.2. Les syndicats régionaux

Sur les 25 syndicats régionaux que compte la France, 14 réponses ont été récoltées, ainsi 56,00% des syndicats ont participé. Cela représente 24,14% du total des répondants.

1.1.3. Les URPS

Les URPS sont au nombre de dix-huit sur le territoire français. Neuf réponses ont été comptabilisées, 36,00% des URPS ont participé au questionnaire. Ils représentent 15,52% des répondants.

1.1.4. Autres

Deux autres réponses combinent plusieurs organismes. L'une d'entre elles rassemble association de prévention, syndicat régional et URPS et la seconde allie syndicat régional et URPS. Cette part représente 3,44% des répondants.

1.2. Répartition des participants

Sur la figure ci-dessous, nous pouvons retrouver la répartition des différents participants, selon les régions de France. Les associations de prévention sont représentées sur la carte en bleu, les syndicats régionaux sont figurés en vert et les URPS sont indiquées en rouge.

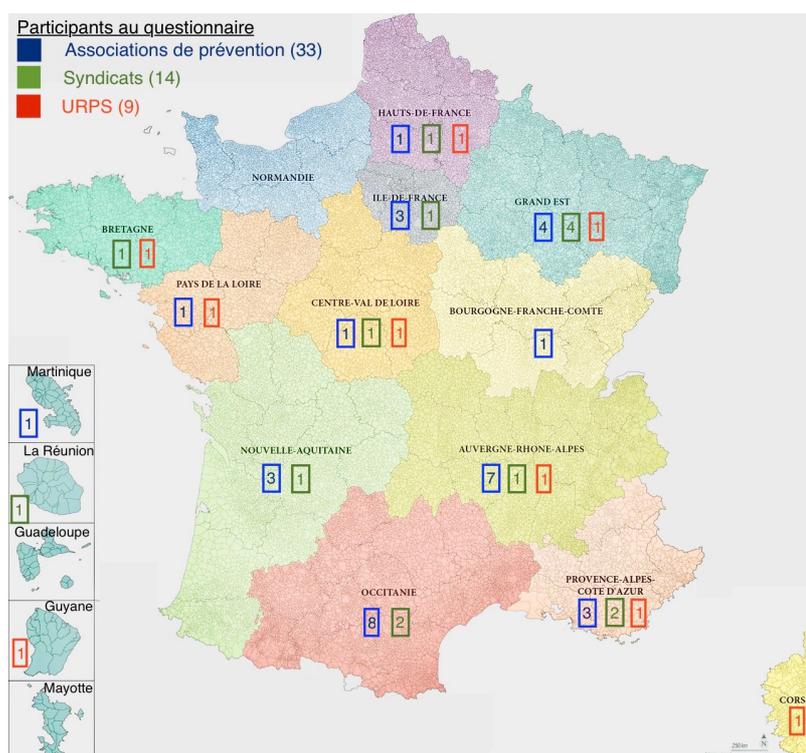


Figure 1: Répartition régionale des participants.

1.3. Connaissance des troubles de l'oralité alimentaire

A la question 3 « A votre avis, le terme trouble de l'oralité alimentaire est-il connu des professionnels de santé de votre région ». 53,45% ($n = 31$) des répondants estiment que le terme est connu des professionnels de santé. 31,03% ($n = 18$) pensent que ce terme n'est pas connu des professionnels. Les 15,52% ($n = 9$) restants des participants au questionnaire ont répondu ne pas savoir si ce terme est connu par les professionnels de santé.

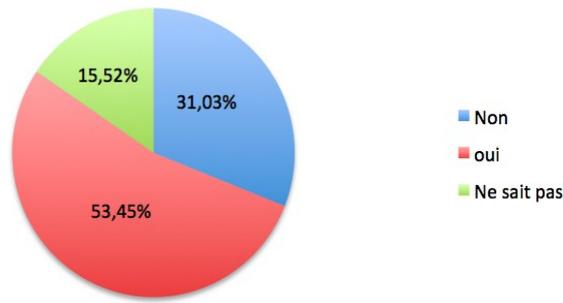


Figure 2: Proportion des organismes pensant que le terme « trouble de l'oralité alimentaire » est connu des professionnels de santé.

Sur une échelle de 1 à 5, les organismes ont évalué la formation et l'information des prescripteurs des actes orthophoniques au sujet des troubles de l'oralité alimentaire. 79,31% ($n = 46$) ne sont pas d'accord ou pas du tout d'accord avec l'énoncé suivant : « les médecins et pédiatres sont suffisamment formés et informés au sujet des troubles de l'oralité alimentaire ».

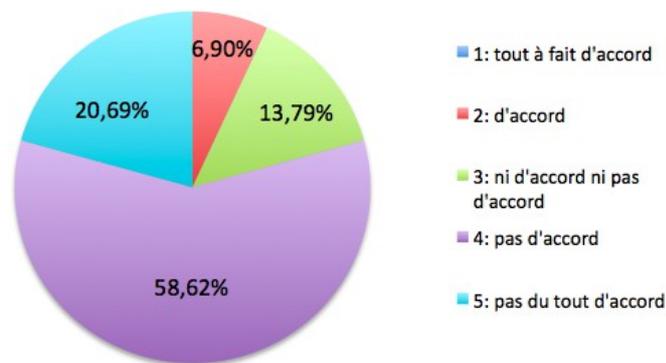


Figure 3: Formation et information des prescripteurs sur une échelle de 1 à 5, d'après les répondants.

2. Organisation d'actions de prévention

46,55% ($n = 27$) des organismes ayant répondu au questionnaire ont organisé des actions de prévention. 29,31% ($n = 17$) n'en ont pas organisé. 24,14% ($n = 14$) ne savent pas répondre à cette question.

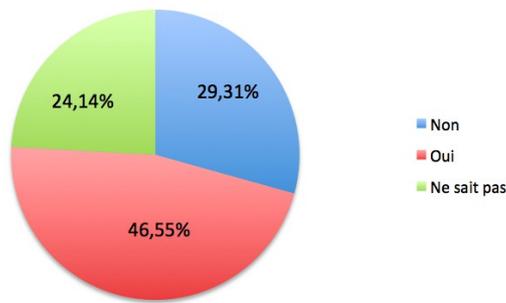


Figure 4: Proportion de participants ayant organisé des actions de prévention.

La suite des résultats concerne les 27 organismes qui ont organisé des actions de prévention.

2.1. Nombre d'actions réalisées

La plupart des acteurs ayant organisé des actions de prévention en ont réalisé moins de dix. Cela vaut pour 96,29% ($n = 26$) des répondants ayant mené des actions. Un seul organisme en a réalisé dix-sept. Il s'agit de l'association de prévention des Hauts-de-France « Parlons-en ! » dont nous avons détaillé les activités dans la première partie de ce mémoire.

2.2. Années de réalisation

Nous avons ensuite demandé aux sondés s'ils avaient réalisé les actions de prévention avant 2013, entre 2013 et 2018 ou après 2018. Plusieurs réponses étaient possibles. 2013 correspond à la date de la passation des études d'orthophonie au grade master. C'est en 2018 que les premiers étudiants ont été diplômés de ce nouveau cursus. Cette réforme des études en orthophonie a vu apparaître dans sa nouvelle maquette, l'enseignement des troubles de l'oralité alimentaire. Nous pouvons observer que 92,59% des actions ont été organisées après 2013 ($n = 34$).

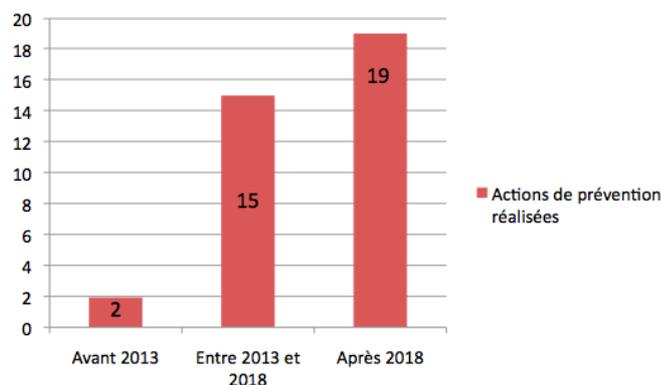


Figure 5: Années des actions réalisées.

2.3. Qui a organisé les actions ?

Les actions de prévention ont été réalisées, dans 51,85% des cas ($n = 14$) par les associations de prévention en orthophonie. Les syndicats régionaux ou départementaux ont participé à l'organisation des actions dans 7,41% des cas ($n = 2$). 11,54 % des événements ont été menés par les URPS ($n = 3$).

Certains organismes ont conjointement participé à l'organisation des actions. 7,41% ($n = 2$) des opérations ont été élaborées par des associations de prévention et des syndicats régionaux. Nous retrouvons la même proportion concernant les actions menées à la fois par les associations de prévention et les URPS ($n = 2$). D'autres organismes ont pu participer à l'organisation de manifestations. En effet, 14,81% des sondés ($n = 4$) ont fait appel à des organismes comme FIMATHO, le groupe Miam-Miam ou les réseaux périnataux.

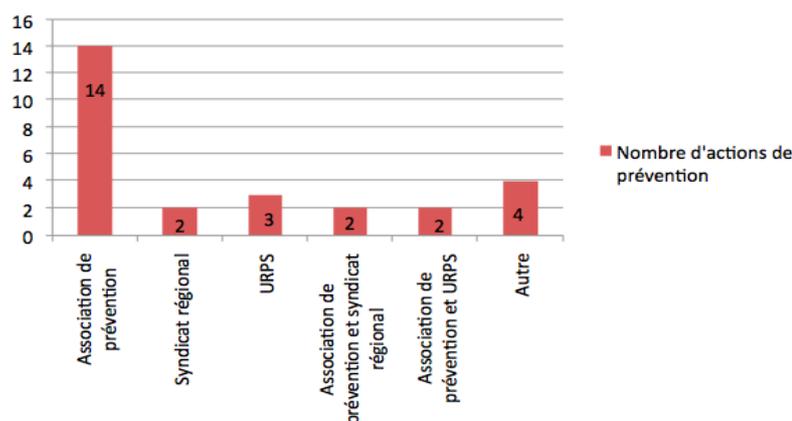


Figure 6: Organismes des actions de prévention.

2.4. Public visé

Dans le tableau ci-dessous, nous observons la répartition des professionnels visés par les actions de prévention. Les participants au questionnaire pouvaient choisir plusieurs choix de réponses à cette question.

Tableau 1 : Public visé par les actions de prévention.

Public visé	Nombre de réponses	Pourcentage
Orthophonistes	13	17,54%
Professionnels médicaux (médecins, pédiatres)	17	22,97%
Professionnels paramédicaux (infirmiers, psychomotriciens, ergothérapeutes...)	14	18,92%
Professionnels de la petite enfance	17	22,97%
Parents	12	16,22%
Autre	1 (réseau périnatal)	1,35%

2.5. Forme des actions réalisées

Le tableau suivant présente la forme que pouvaient prendre les actions réalisées. Certains organismes ont multiplié les formes d'actions au sein d'un même événement.

Tableau 2 : Forme des actions réalisées.

Forme	Nombre de réponses	Pourcentage
Réunions d'information	1	7,41%
Plaquettes	2	7,41%
Affiches	1	3,70%
Réunions et plaquettes	9	33,33%
Plaquettes et affiches	4	14,81%
Réunions, plaquettes et affiches	3	11,11%
Autre	7	22,23%
Total	27	100,00%

2.5.1. Réalisation de rencontres

Sur les 27 organismes ayant réalisé des actions de prévention, 3,70 % ($n = 1$) ont mené uniquement des rencontres afin de sensibiliser les participants aux troubles de l'oralité alimentaire.

2.5.2. Plaquettes d'information

D'autres formes ont été déployées afin de mener les actions de prévention. Les plaquettes d'information ont été utilisées pour 7,41% d'entre eux ($n = 2$).

2.5.3. Affiches d'information

3,70% ($n = 1$) ont réalisé des affiches d'information.

2.5.4. Plusieurs formes proposées

Certains organismes, 33,33% ($n = 9$) ont fait le choix de réaliser à la fois des rencontres et des plaquettes. D'autres, 14,81% ($n = 4$) ont produit des plaquettes d'information et des affiches. Enfin, 11,11% des organismes ($n = 3$) ont combiné les rencontres à la distribution de plaquettes et d'affiches.

2.5.5. Autres

D'autres formes ont pu être utilisées pour 22,23% des interrogés ($n = 7$) comme des ateliers inter-professionnels ou encore des ateliers de parents. Certains organismes ont

proposé de joindre un document de prévention à leurs compte-rendus de bilan orthophonique envoyés aux prescripteurs des actes orthophoniques.

2.6. Informations transmises

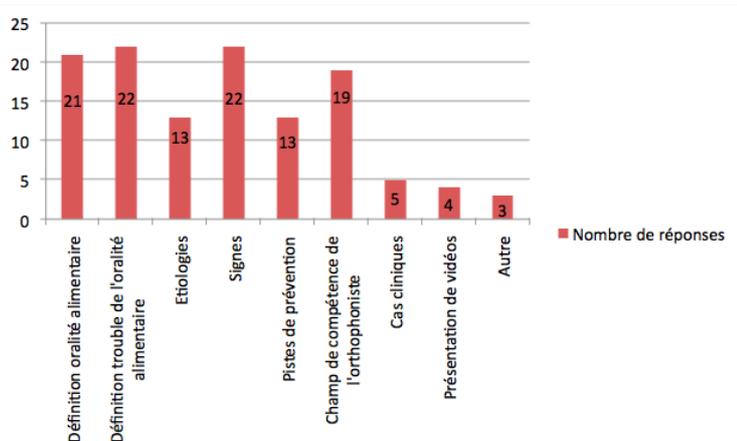


Figure 7: Informations transmises.

La figure ci-dessus présente la répartition des informations transmises lors des actions de prévention. L'analyse des réponses se concentrent sur les 27 organismes qui ont réalisé des actions de prévention. La plupart d'entre eux ont défini l'oralité alimentaire ($n = 21$) et ses troubles ($n = 22$), les signes que l'on retrouve fréquemment dans ces troubles ($n = 22$) ainsi que le champ de compétences de l'orthophoniste dans ce domaine ($n = 19$). 13 des 27 répondants ont expliqué les étiologies possibles et les pistes de prévention. Une minorité a présenté des cas cliniques ($n = 5$) et des vidéos ($n = 4$). De plus, des formations continues auprès des médecins et professionnels de la petite enfance ont pu être dispensées. Enfin, des questions d'anamnèse pour les enfants consultant pour un retard de parole et/ou de langage ont été glissées dans les compte-rendus de bilan orthophonique.

3. Rencontres

Parmi les réponses aux questionnaires reçues, treize organismes ont déclaré avoir réalisé des rencontres. La suite des résultats concerne donc ces treize participants soit 22,41% des répondants.

3.1. Nombre de participants

A partir uniquement des réponses obtenues au questionnaire, nous comptabilisons 1500 personnes ayant reçu une information au sujet des troubles alimentaires pédiatriques.

3.2. Professions les plus représentées

La profession la plus représentée lors de ces actions de prévention était les professionnels de la petite enfance. Il s'agissait ensuite des orthophonistes, des pédiatres, puis des médecins et enfin des parents.

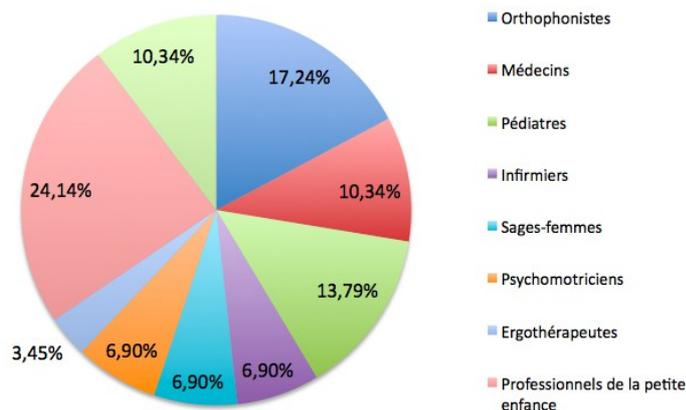


Figure 8: Répartition des professionnels les plus représentés lors des actions menées.

3.3. Communication et logistique

3.3.1. Communication

Par communication, nous entendons le fait de donner de la visibilité à l'événement afin que le public concerné puisse se mobiliser pour assister à l'événement. Concernant les treize organismes ayant réalisé des réunions à visée préventive, différents partenaires étaient en charge de la communication selon les événements. Il pouvait, tout d'abord, s'agir de l'association de prévention ($n = 4$). L'association était parfois en collaboration avec le syndicat régional afin d'élaborer la communication des événements ($n = 2$). Nous comptabilisons un cas pour lequel le syndicat seul a réalisé la communication. De même, FIMATHO a mis en place la communication de l'événement pour l'un des projets menés. Enfin, la communication était majoritairement régie par l'association demandeuse et donc par l'association des professionnels visés ($n = 5$).

3.3.2. Logistique

La logistique concerne l'organisation de l'événement. Cela peut se traduire par la réalisation des devis, la réservation de la salle dans laquelle se produit l'événement, l'organisation du pot d'accueil. Dans l'ensemble des situations, la communication et la logistique étaient menées par le même organisme. Il s'agissait, dans la plupart des cas, de l'association de prévention et/ou du syndicat régional des orthophonistes. L'association de professionnels envers lesquels l'action de prévention était menée pouvait être également en charge de la logistique.

3.4. Satisfaction

3.4.1. Satisfaction des actions menées

Douze des treize organismes se disent satisfaits des actions menées, soit 92,31% de ceux ayant organisé des réunions d'information.

3.4.2. Poursuite des actions

100% ($n = 13$) de ceux ayant réalisé des rencontres souhaitent poursuivre leur projet.

3.5. Harmonisation d'un support au niveau national

L'ensemble des organismes ayant réalisé des rencontres ($n = 13$) éprouvent un intérêt à voir l'apparition d'un support qui serait harmonisé au niveau national pour prévenir les troubles alimentaires pédiatriques à destination des professionnels médicaux et paramédicaux.

4. Organismes ayant réalisé d'autres formes de prévention que des rencontres

Concernant les quatorze organismes ayant réalisé une autre forme de prévention que des rencontres (soit 24,14% des répondants), neuf souhaitent aller plus loin en organisant des rencontres (soit 64,29%), tandis que cinq n'en expriment pas le désir (soit 35,71%).

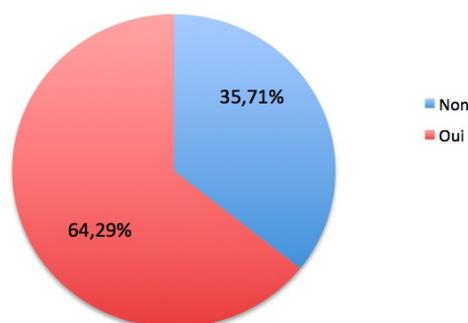


Figure 9 : Désir de réaliser des rencontres.

5. Organismes n'ayant pas réalisé d'actions de prévention ou n'en ayant pas connaissance

5.1. Intérêt pour réaliser des actions de prévention

30 des organismes interrogés n'ont organisé aucune action de prévention ou ne sont pas informés de l'existence de celles-ci, soit 56,90% des répondants. 86,67% ($n = 26$) sont favorables à leur organisation tandis que 13,33% ($n = 4$) ne le sont pas.

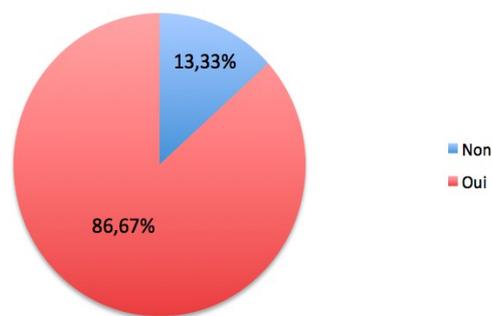


Figure 10: Désir de réaliser des actions de prévention.

5.2. Raisons de l'absence de désir de mener des actions de prévention

Les quatre organismes qui n'étaient pas favorables à l'organisation d'actions de prévention évoquent différentes raisons. Plusieurs réponses étaient possibles. Les réponses évoquées sont à la fois un manque de temps à consacrer à l'action ($n = 4$), des difficultés à mobiliser les intervenants ($n = 2$), un manque d'intervenants formés ($n = 2$) et volontaires ($n = 2$). Une minorité cite le coût ($n = 1$), des difficultés à trouver les partenaires ($n = 1$), des difficultés à les mobiliser ($n = 1$) et un manque de pratique ($n = 1$).

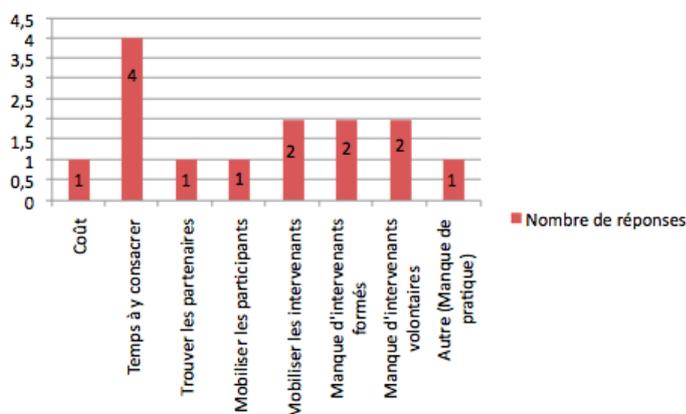


Figure 11: Raisons du non désir de réaliser des actions de prévention.

6. Mise en relation avec l'association « Parlons-en ! »

Lorsque les organismes émettaient le souhait d'être mis en relation avec l'association des Hauts-de-France « Parlons-en ! », leur adresse électronique leur était demandée afin de les recontacter aisément.

6.1. Organismes ayant réalisé des rencontres

Parmi les treize organismes ayant réalisé des rencontres, 69,23% ($n = 9$) souhaitent être mis en relation avec l'association de prévention des Hauts-de-France « Parlons-en ! ». 30,77% ($n = 4$) n'en expriment pas le désir.

6.2. Organismes n'ayant pas réalisé de rencontres

Parmi les organismes ayant réalisé d'autres formes de prévention que des rencontres et qui sont intéressés par l'organisation de cette forme de prévention ($n = 9$), 66,67% ($n = 6$) sont attirés par la proposition de mener un partenariat avec « Parlons-en ! ». 33,33% ($n = 3$) n'en émettent pas le désir.

6.3. Organismes n'ayant pas réalisé d'actions de prévention

Parmi ceux exprimant un intérêt à réaliser des actions de prévention alors qu'aucune n'en avait été menée jusqu'à présent ($n = 26$), 88,46% ($n = 23$) souhaitent être mis en relation avec « Parlons-en ! ». 11,54% ($n = 3$) ne le désirent pas.

6.4. Au total

C'est au final, 65,52% ($n = 38$) du total des répondants qui souhaitent échanger avec « Parlons-en ! » au sujet de ce projet.

7. Accompagnement communication et logistique

7.1. Organismes ayant réalisé des rencontres

Parmi les répondants ayant organisé des actions de prévention, souhaitant un support harmonisé au niveau national et ayant répondu favorablement à la proposition d'être mis en relation avec l'association de prévention en orthophonie « Parlons-en ! » ($n = 9$), cinq souhaitent être accompagnés à la fois au niveau de la communication et de la logistique. Un participant a émis le souhait d'être accompagné uniquement au niveau de la communication. Enfin, trois d'entre eux ne souhaitent aucun accompagnement.

7.2. Organismes n'ayant pas réalisé de rencontres

Parmi les répondants n'ayant pas réalisé de rencontres mais souhaitant en réaliser et être mis en relation avec l'association de prévention en orthophonie « Parlons-en ! » ($n = 6$), quatre expriment le souhait d'être accompagnés au niveau communicationnel et logistique. Un participant souhaite un accompagnement en communication. Aucun accompagnement n'est désiré pour l'un des répondants.

7.3. Organismes n'ayant pas réalisé d'actions de prévention

Parmi ceux éprouvant à la fois un intérêt à réaliser des actions de prévention et un intérêt à échanger avec « Parlons-en ! » ($n = 23$), un accompagnement double en communication et en logistique est souhaité pour treize répondants. Cinq d'entre eux désirent une aide communicationnelle et trois, une aide uniquement sur le versant logistique. Enfin, deux participants n'expriment pas le besoin d'être accompagnés.

Discussion

Dans cette quatrième partie, nous allons discuter des principaux résultats observés grâce auxquels nous pourrions valider ou invalider nos hypothèses. Puis, il s'agira d'émettre une critique sur la méthodologie employée que ce soit au niveau de la partie théorique ou de la partie pratique. Enfin, dans un dernier point, nous précisons l'intérêt de cette étude pour notre pratique orthophonique et les perspectives qui peuvent découler de ce mémoire.

1. Principaux résultats observés

1.1. Connaissance des troubles de l'oralité alimentaire par les professionnels médicaux et paramédicaux

D'après 50% des répondants au questionnaire, les professionnels médicaux et paramédicaux connaissent le terme « trouble de l'oralité alimentaire ». En revanche, la formation et l'information de ceux-ci ne seraient pas suffisantes puisque 79,31% des répondants estiment que les prescripteurs des actes orthophoniques ne sont pas suffisamment formés et informés sur les troubles pédiatriques alimentaires.

1.2. Organisation d'actions de prévention

46,55% des participants au questionnaire ont réalisé des actions de prévention.

La plupart d'entre eux, 92,59%, les ont réalisées après la réforme des études en orthophonie et la réévaluation des études au grade master. La nouvelle maquette a vu l'introduction de l'enseignement aux étudiants de l'oralité alimentaire et de ses troubles.

Une grande partie des actions menées dans le but de sensibiliser les professionnels médicaux et paramédicaux, 74,06%, prenaient la forme de rencontres, de plaquettes et d'affiches.

1.3. Intérêt pour réaliser des actions de prévention

Au total, 77,59% des organismes interrogés montrent un intérêt quant à l'organisation d'actions de prévention envers les professionnels de santé au sujet des troubles alimentaires pédiatriques.

L'ensemble des organismes ayant réalisé des rencontres souhaitent non seulement poursuivre les actions menées mais également voir l'apparition d'un support qui serait

harmonisé au niveau national. 69,23% d'entre eux désirent échanger avec l'association de prévention en orthophonie des Hauts-de-France « Parlons-en ! » à ce sujet.

65,52% des organismes ayant réalisé des actions de prévention qui ne s'apparentaient pas à des réunions souhaitent communiquer avec « Parlons-en ! » pour mener des rencontres à visée préventive au sujet des troubles alimentaires pédiatriques.

Enfin, 88,46% des organismes qui ne menaient pas d'actions de prévention au sujet des troubles alimentaires pédiatriques, souhaitent être mis en relation avec l'association « Parlons-en ! » pour mettre en place des actions à destination des professionnels de santé.

2. Validation des hypothèses

L'une de nos premières hypothèses était que les prescripteurs des actes orthophoniques que sont les médecins et pédiatres, ne sont pas assez formés et informés concernant les troubles alimentaires pédiatriques. D'après les réponses au questionnaire des associations de prévention en orthophonie, des syndicats régionaux et des URPS orthophonistes, cette hypothèse est vérifiée en partie. En effet, plus de la moitié des répondants estime que le terme est connu des médecins et des pédiatres. En revanche plus des trois-quarts des répondants jugent l'information de ces derniers à ce sujet insuffisante. Or ce sont eux, les prescripteurs des actes orthophoniques, qui sont en première ligne pour repérer ces troubles et orienter vers un orthophoniste lorsque cela est nécessaire.

La seconde hypothèse était que les acteurs d'actions de prévention manifesteraient le désir de poursuivre l'action des Hauts-de-France dans leur région. Cette hypothèse est majoritairement vérifiée. Cela est avéré pour les organismes organisant d'ores et déjà des rencontres à visée préventive, pour les associations étant investies dans un projet de prévention mais également pour les organismes n'étant pas engagés dans la prévention des troubles alimentaires pédiatriques. En effet, ils sont plus de 65% à désirer échanger avec « Parlons-en ! » à ce sujet.

3. Critiques de la méthodologie

3.1. Dans la partie théorique

Lors de la rédaction de la partie théorique, un manque de littérature concernant la prévention des troubles alimentaires pédiatriques a été constaté. Ces données manquantes nous ont conduit à nous pencher davantage sur les textes de loi et les différentes définitions proposées concernant la prévention mais également les compétences de l'orthophoniste dans ce domaine.

3.2. Dans la partie pratique

Notre partie pratique est largement basée sur un questionnaire qui comporte des limites méthodologiques. En effet, nous devons garder en mémoire que des réponses ont pu être induites dans la formulation de nos questions. De plus, bien que nous ayons pris grande attention à la formulation de nos questions, il se peut que nos hypothèses transparaissent dans le questionnaire proposé.

Le nombre de questions était affiché lors de l'ouverture de l'enquête. 35 questions au total ont été élaborées. Cependant, les questions apparaissant selon les réponses des participants, les répondants ne devaient répondre qu'à une partie limitée de ces 35 questions. Cette donnée visible a pu en décourager certains.

Des questions auraient mérité d'être davantage explicitées. Certains participants ont émis le souhait de voir l'apparition d'un support harmonisé au niveau national concernant les troubles de l'oralité alimentaire à destination des professionnels médicaux et paramédicaux. Cependant, ils ne souhaitent pas être mis en relation avec l'association de prévention « Parlons-en ! ». Aucune question n'a été posée permettant d'expliquer ce refus. Nous pouvons nous demander si cela est en raison d'un manque de moyens humains, d'un manque de moyens financiers ou de manque de temps.

La proposition d'un support harmonisé n'a été présentée qu'aux organismes ayant réalisé des rencontres. Or, il aurait été intéressant de poser cette question à tous les répondants avant de proposer la mise en relation avec l'association de prévention « Parlons-en ! ». En effet, nous perdons ainsi une information, celle des participants qui aimeraient un support harmonisé sans pour autant échanger avec l'association « Parlons-en ! ».

De même, l'une de nos questions interrogeait l'intérêt des participants n'ayant pas organisé d'actions de prévention au sujet des troubles de l'oralité alimentaire, quant à leur réalisation. Cependant, nous ne les avons pas questionnés sur le type de prévention qui les intéresserait. Nous pouvons nous demander s'ils ont la motivation et l'intérêt à s'engager dans des rencontres à visée préventive.

Face à ce projet de support mutualisé, il aurait également été intéressant de proposer aux organismes de partager leurs créations sur une banque de données. Cette dernière regrouperait ainsi l'ensemble des supports d'information utilisés dans le cadre de la prévention des troubles alimentaires pédiatriques.

4. Limites de notre étude

Il existe un manque de consensus concernant un terme unificateur validé par l'ensemble de la communauté scientifique. Les dernières études semblent s'accorder sur le terme « trouble alimentaire pédiatrique » (Goday & al, 2019). Néanmoins, la population ciblée dans notre étude concernait des professionnels orthophoniques qui sont déjà sensibilisés à ce domaine orthophonique que ce soit dans le cadre de la formation continue ou lors de projets préventifs.

De plus, nous avons reçu une quantité limitée de réponses à notre questionnaire. Nous pouvons nous demander si les personnes qui ont répondu sont celles qui sont davantage intéressées pour réaliser des actions de prévention. Cela créerait un biais dans la représentation des organismes ayant pour volonté de mener des actions de prévention. Il conviendrait de ne pas étendre nos résultats aux organismes n'ayant pas répondu à notre questionnaire.

5. Intérêts pour la pratique orthophonique et perspectives

5.1. Intérêts pour la pratique orthophonique

L'organisation d'actions de prévention au sujet des troubles alimentaires pédiatriques envers les professionnels médicaux et paramédicaux comporte un grand intérêt dans notre pratique orthophonique. Cela permettrait aux orthophonistes de recevoir précocement les patients atteints de ces troubles. Nous pourrions alors mener une prise en soin précoce qui serait davantage efficace. Cela limiterait le risque de voir apparaître l'ancrage de conséquences délétères et durables.

5.2. Perspectives

5.2.1. Support harmonisé au niveau national

Suite à l'analyse des réponses au questionnaire, il apparaît que les organismes contactés éprouvent un intérêt à réaliser des actions de prévention à destination des professionnels médicaux et paramédicaux. Le support utilisé lors des actions réalisées dans la région Hauts-de-France va donc pouvoir leur être délivré. Cela permettra d'uniformiser les propos au sujet de la prévention des troubles alimentaires pédiatriques. Il sera aisé de recontacter les intéressés grâce aux adresses électroniques que ces derniers ont communiqué dans le questionnaire. Un tableau récapitulatif a été créé. Il regroupe au sein d'une même région les associations de prévention, les syndicats régionaux et les URPS. Cela évitera que dans une même région, différents organismes mettent en place des actions de prévention semblables. Les acteurs seront mobilisés sur une même action de prévention.

5.2.2. Accompagnement des actions de prévention

Afin d'accompagner au mieux les organismes dans les actions de prévention, plusieurs supports ont été élaborés.

Tout d'abord, un courrier électronique (cf. Annexe A6) a été créé permettant de recontacter les organismes intéressés. Cela confirmera leur désir de participer à l'organisation de rencontres à visée préventive au sujet des troubles alimentaires pédiatriques dans leur région.

Puis, une feuille de route (cf. Annexe A7) a été établie indiquant les différentes étapes qu'il conviendra de suivre afin de mener à bien ce projet.

Une charte (cf. Annexe A8) sera signée entre l'association de prévention « Parlons-en ! » et les organismes réalisant les actions de prévention en région. Elle contient une clause de non diffusion des supports de prévention. Cela permettra un suivi des organismes qui mènent les actions de prévention et qui détiennent les supports. Il leur sera également demandé de transmettre à l'association « Parlons-en ! » leur synthèse de l'événement (cf. Annexe A9) permettant d'évaluer leurs actions. Le nombre de participants, leur profession et le retour des questionnaires de satisfaction seront des données nécessaires à communiquer et à étudier.

Un bon de commande (cf. Annexe A10) fera également partie des éléments à envoyer aux organisateurs. Celui-ci renseignera sur le nombre de plaquettes et d'affiches qui leur seront nécessaires.

Le diaporama ayant servi à la prévention dans la région Hauts-de-France leur sera transmis pour mener à bien ces actions.

Enfin, un questionnaire de satisfaction sera à compléter par les participants des réunions d'information afin qu'ils puissent évaluer les actions. Grâce à ceux-ci, les associations auront un retour des événements aussi bien en région que pour l'association de prévention des Hauts-de-France « Parlons-en ! » à l'initiative de ce projet.

5.2.3. Accompagnement de la communication et de la logistique

Certains participants ont émis le souhait d'être accompagnés au niveau de la communication et/ou de la logistique. Nous allons leur donner les clés pour mener une communication efficace et une logistique de qualité.

Accompagnement de la communication de l'événement

Dans un premier temps, il s'agira de trouver les contacts des partenaires de l'action de prévention. Il peut s'agir, par exemple, du réseau de périnatalité ou de FIMATHO.

Ensuite, les professionnels ciblés devront être avertis des actions menées. Ces dernières ont pour but de sensibiliser, en premier lieu, les professionnels médicaux pouvant rencontrer des patients avec un trouble alimentaire pédiatrique. Ainsi, les professionnels des Centres d'Action Médico Sociale Précoce (CAMPS) seront contactés, de même que les professionnels de PMI, les médecins et pédiatres libéraux.

Un dossier de presse sera réalisé (cf. Annexe A11), il contiendra les différents articles publiés au sujet des actions menées.

Accompagnement de la logistique de l'événement

Afin de bénéficier des aides logistiques, il sera conseillé aux divers organismes de se rapprocher du partenaire logistique de l'action qu'est FIMATHO. Son rôle est de diffuser les invitations, de communiquer sur l'action, de trouver la salle qui accueillera la manifestation. Le questionnaire de satisfaction sera élaboré par ce partenaire.

Ainsi, ces différents documents fournis devraient les aider et les aiguiller dans l'organisation de ces actions de prévention. Le but de ce projet est de tirer profit de l'expérience menée dans les Hauts-de-France par l'association de prévention « Parlons-en ! », l'URPS et FIMATHO.

Il serait intéressant de voir étendre cette démarche aux différentes actions de prévention, présentes en France, des différents domaines du champ de compétences de l'orthophoniste et de créer ainsi une plateforme de partage des supports de prévention déjà réalisés.

Conclusion

Ce mémoire fait suite à l'organisation d'actions de prévention dans la région des Hauts-de-France envers les professionnels médicaux et paramédicaux. L'objectif était de les sensibiliser au domaine des troubles alimentaires pédiatriques. Par l'intermédiaire de ce travail, nous avons pour volonté de connaître l'intérêt des acteurs de la prévention pour étendre le projet des Hauts-de-France au niveau national. Le but est de sensibiliser les professionnels de santé. En effet, les médecins et les pédiatres, prescripteurs des actes orthophoniques, ne seraient pas assez formés et informés sur ce domaine du champ de compétences de l'orthophoniste.

Nous avons conçu un questionnaire à destination des associations de prévention, des syndicats et des URPS orthophonistes afin de connaître les actions qui sont menées dans leur région et d'évaluer leur intérêt quant à l'organisation de rencontres semblables à ce qui a été élaboré dans la région des Hauts-de-France.

Les principaux résultats observés mettent en évidence que la moitié des répondants pensent que les professionnels de santé connaissent le terme des troubles de l'oralité alimentaire mais 79,31% des réponses obtenues estiment qu'ils ne seraient pas assez informés et formés à ce domaine. 46,55% des organismes ayant répondu au questionnaire ont mené des actions de prévention. Pour 77,78% d'entre eux, elles prenaient la forme de rencontres, d'affiches ou de plaquettes d'information. C'est au final, 65,52% des organismes ayant répondu à l'enquête qui émettent le désir de mener des actions de prévention au sujet des troubles alimentaires pédiatriques envers les professionnels de santé, en partenariat avec « Parlons-en ! ». L'ensemble de ceux ayant déjà mis en place des rencontres désirent un support harmonisé au niveau national pour poursuivre les rencontres et 69,23% d'entre eux souhaitent communiquer avec l'association de prévention des Hauts-de-France. 66,67% des organismes étant engagés dans une autre forme de prévention que des rencontres souhaitent être mis en relation avec l'association « Parlons-en ! » afin d'échanger sur le projet. Enfin, 88,46% de ceux ne menant aucune action de prévention dans le domaine des troubles alimentaires pédiatriques veulent s'investir dans le projet.

Afin de faciliter la prise en main du projet par les organismes, des documents ont été créés. Un courrier électronique sera tout d'abord envoyé afin de recontacter l'ensemble des organismes intéressés. Une feuille de route leur sera transmise. Elle permettra une mise en place rapide et facile des actions. Une charte contenant une clause de non diffusion des supports et un engagement à transmettre leur synthèse a été élaborée. Enfin, le diaporama, les plaquettes et les affiches de l'action leur seront distribués.

Bibliographie

- Article R.4341, Code de la Santé Publique (2019). Quatrième Partie, Livre III.
- Abadie, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 55-68.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles développementaux*. Paris, France : Elsevier Masson.
- Bandelier, E. (2015). *Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant: Pistes de prise en charge*. Isbergues, France: Ortho Edition.
- Borowitz, K. C., & Borowitz, S. M. (2018). Feeding Problems in Infants and Children: Assessment and Etiology. *Pediatric Clinics of North America*, 65(1), 59-72.
- Brin-Henry, F., Courier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues, France: Ortho Edition.
- 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.
- Colombo, M.-C. (2013). Le rôle des services de protection maternelle et infantile dans la protection des enfants. *Enfances Psy*, 60(3), 91-101.
- Couly, G. (2017). L'oralité foetale, fondement du langage. *Rééducation orthophonique*, 271,13-27.
- Crunelle, D. (2010). La guidance parentale autour de l'enfant handicapé ou l'accompagnement orthophonique des parents du jeune enfant de ficitaire. *Re e ducation orthophonique*, 242.
- 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. Repéré à doi:10.1684/med.2018.366
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., & Phalen, J. A. (2019). Pediatric Feeding Disorder. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(1), 124-129.
- Grenay, E. (2019). *Interrelation orthophoniste et chirurgien-dentiste dans la prise en soin des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire sans pathologie associée : Création d'un outil permettant une meilleure collaboration*, (Mémoire d'orthophonie sous la direction de Lesecq-Lambre, E.). Département d'orthophonie de Lille, UFR de médecin, Lille, France.
- Haddad, M. (2017). Oralité et prématurité. *Rééducation orthophonique*, 271, 107-124.
- Kerlan, M. (2017). Ethique et oralité: on ne parle pas la bouche pleine !. *Rééducation orthophonique*, 271, 93-106.
- Kremer, J.-M., & Lederlé, E. (2016). L'orthophonie en France. *Que sais-je?, 8e éd.*
- Lainé, A. (2009). Spécificités des thérapies précoces avec de jeunes enfants sans langage. *Enfances & Psy*, 42(1), 119-129.

- Lesecq-Lambre, E. (2018). La prévention. *Rééducation orthophonique*, 277.
- Lesecq-Lambre, E. (2019). Sensibilisation des professionnels de santé aux troubles de l'oralité alimentaire. *Unadreo*.
- Lesecq-Lambre, E. (2020a). Projet de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire (TOA) : une expérience en région Hauts-de-France. Repéré à <http://urps-orthophonistes-hauts-de-france.fr/projet-de-sensibilisation-aux-troubles-de-loralite-alimentaire-toa-une-experience-en-region-hauts-de-france>
- Lesecq-Lambre, E. (2020b). Projet de sensibilisation et de prévention autour de l'allaitement avec les URPS pharmaciens et sages-femmes. Repéré à <http://urps-orthophonistes-hauts-de-france.fr/projet-de-sensibilisation-et-de-prevention-autour-de-lallaitement-avec-les-urps-pharmaciens-et-sages-femmes>
- Lesecq-Lambre, E. (2020c). Projet de sensibilisation et de prévention autour des troubles alimentaires et de l'hygiène bucco-dentaire avec l'URPS chirurgiens-dentistes. Repéré à <http://urps-orthophonistes-hauts-de-france.fr/projet-de-sensibilisation-et-de-prevention-autour-des-troubles-de-loralite-alimentaire-et-de-lhygiene-bucco-dentaire-avec-lurps-chirurgiens-dentistes>
- Levavasseur, E. (2017). Prise en charge précoce des difficultés alimentaires chez l'enfant dit « tout-venant » ou « vulnérable ». *Rééducation orthophonique*, 271, 151-169.
- Senez, C., & Martinet, M. (2015). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition*. Paris, France: De boeck-Solal.
- Ternisien, J. (2014). La prise en charge précoce en orthophonie de l'enfant atteint de trisomie 21. *Contraste*, 39(1), 289-305.
- The American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2017). Pediatric Dysphagia. Repéré à <http://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Pediatric-Dysphagia/>.
- Thibault, C. (2007). *Orthophonie et oralité: La sphère oro-faciale de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.
- Thibault, C. (2015). L'oralité positive. *Dialogue*, 209(3), 35-48.
- Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité: la sphère oro-faciale de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.
- Toomey, K., & Ross, E.-S. (2011). SOS Approach to Feeding. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*, 20(3), 82-87. Repéré à <https://doi.org/10.1044/sasd20.3.82>

Liste des annexes

Annexe A1 : Plaquette d'information : « Les troubles de l'oralité alimentaire. Prévention, dépistage et prise en soin », à l'attention des professionnels de santé (2017).

Annexe A2 : Affiches « Et si c'était un trouble de l'oralité alimentaire ? ».

Annexe A3 : Plaquette d'information : « Les troubles de l'oralité alimentaire : comprendre et accompagner au quotidien », à destination des familles et des professionnels de la petite enfance (2017).

Annexe A4 : Déclaration loi informatique et libertés.

Annexe A5 : Questionnaire numérique.

Annexe A6 : Courrier électronique de relance.

Annexe A7 : Feuille de route.

Annexe A8 : Charte.

Annexe A9 : Synthèse de l'événement.

Annexe A10 : Bon de commande des supports.

Annexe A11 : Dossier de presse.