

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE
FACULTE DE MEDECINE
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
Tél : 03 20 62 76 18
departement-orthophonie@univ-lille.fr



 Université
de Lille

 **ufr3s** faculté
de médecine

MEMOIRE

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

Maëlys NGUYEN

soutenu publiquement en juin 2023

Comment mieux accueillir les enfants porteurs d'un TOA en restauration collective dans les écoles ?

**Enquête sur le partenariat entre orthophonistes et employés
de restauration dans les écoles maternelles et primaires :
l'exemple de la ville de Ronchin.**

MEMOIRE dirigé par

Anne-Sophie DE WEIRELD, Orthophoniste, Cabinet libéral, Ronchin

Géry MEERSCHMAN, Orthophoniste, SSR Marc Sautelet, Villeneuve d'Ascq, Université de Lille

Lille – 2023

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu mes directeurs de mémoire, Anne-Sophie De Weireld et Géry Meerschman, pour leur bienveillance, leur disponibilité, leurs conseils et leur infaillible implication.

Je remercie la mairie et les écoles de Ronchin, pour leur participation à cette enquête.

Merci à mes différents maîtres de stage, notamment Mesdames De Weireld et Hernandez, qui m'ont apporté tant de connaissances dans le domaine des troubles de l'oralité. Merci à Mesdames Chalard et Fabre-Klein pour leur soutien tout au long de cette année.

Merci à ma famille de m'avoir épaulée durant ces études. Merci à ma grand-mère, de m'avoir encouragée dans cette vocation et écouté disserter au sujet de l'orthophonie. Merci à mes parents, qui ont toujours cru en moi, et dont l'écoute et la présence m'ont été essentielles. Merci à mon frère pour son humour qui m'aura accompagnée tout au long de ma formation. Merci à Régis et Clémence, pour les repas chaleureux lors des longs weekends de travail.

Merci à ma famille lilloise, Élise, Inès, Lou, Nahia, et Rachel. Merci pour votre amitié, sans vous le chemin jusqu'au diplôme aurait été moins agréable, merci d'avoir été là dans tous les moments. Merci à Célia et Margaux, à tous mes amis et proches, qui m'ont accompagnée et relue.

Merci à Carla, mon amie, pour sa présence au quotidien, sa patience, son écoute et son soutien.

Résumé :

Le domaine des Troubles de l'Oralité Alimentaire (TOA) est désormais largement exploré en orthophonie, mais un enjeu demeure, celui de pouvoir influencer sur le milieu écologique des jeunes patients. Dans le champ des TOA, la sphère familiale est le premier lieu de remédiation et de partenariat. La cantine constitue un second milieu écologique porteur d'enjeux importants dans le développement alimentaire des enfants. Ce lieu est pourtant moins accessible aux orthophonistes, en raison d'un manque de temps pour les employés, d'une absence de procédures, et du poids du secret professionnel sur le partage d'information. Toutefois, le personnel a le pouvoir d'inscrire l'accompagnement de l'enfant dans un cercle vertueux de découvertes et plaisirs lors du déjeuner, plutôt que dans un cercle négatif où se mêlent craintes et refus alimentaires.

Les orthophonistes disposent du Projet d'Accueil Individualisé, coordonné par le médecin scolaire, qui précise les adaptations nécessaires à l'accueil d'un enfant en collectivité, notamment à la cantine. Néanmoins, les orthophonistes n'ont pas nécessairement de retour de l'efficacité de ces aménagements.

Avec cette étude, nous souhaitons observer les modalités de transmission d'informations et de partenariat autour d'enfants porteurs de TOA, entre le personnel et les orthophonistes. Grâce à notre questionnaire diffusé auprès du personnel de Ronchin, nous avons fait l'état des lieux de leurs représentations et connaissances des TOA, et de l'accueil mis en place à la cantine.

Nous avons conclu à une demande unanime de formation et de partenariat pour l'accueil d'enfants porteurs de TOA, et une action de sensibilisation portée par l'association « Parlons-en ! » est envisagée.

Mots-clés :

Troubles de l'Oralité Alimentaire (TOA) ; Partenariat ; Restaurant scolaire ; État des lieux ; Prévention.

Abstract :

The field of Oral Feeding Disorders (OFD) is now widely explored in speech therapy, but one challenge remains: to be able to influence the ecological environment of young patients. In the field of OFD, the family sphere is the first place of remediation and partnership. The canteen is a second ecological environment that is important for the development of children's diet. However, this setting is less accessible to speech therapists due to a lack of staff time, a lack of procedures and the weight of professional secrecy on information sharing. However, staff have the power to put the child's support into a virtuous circle of discovery and enjoyment at lunch, rather than a negative circle of fear and food refusal.

Speech therapists have at their disposal the Individualized Welcome Project, coordinated by the school doctor, which specifies the adaptations necessary for the reception of a child in the community, particularly at the canteen. Nevertheless, speech therapists do not necessarily have feedback on the effectiveness of these adaptations.

With this study, we wanted to observe the modalities of information transmission and partnership around children with OFD, between the staff and the speech therapists. Thanks to our questionnaire distributed to the staff of Ronchin, we took stock of their representations and knowledge of OFD, and the reception set up in the canteen.

We concluded that there was a unanimous demand for training and partnership for the reception of children with OFD, and an awareness-raising action carried out by the association "Parlons-en!" is envisaged.

Keywords :

Oral Feeding Disorders (OFD) ; Partnership ; School restaurant ; State of play ; Prevention.

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	2
1. Les troubles de l'oralité alimentaire.....	2
1.1. Les oralités.....	2
1.1.1. Oralité alimentaire.....	2
1.1.2. Oralité verbale.....	3
1.2. La bouche.....	3
1.2.1. L'organe.....	3
1.2.2. Son rôle dans l'oralité alimentaire.....	3
1.3. Les troubles.....	4
1.3.1. Définition.....	4
1.3.2. Les causes.....	4
1.3.3. Manifestations.....	5
2. Mise en pratique.....	6
2.1. L'orthophonie dans la prise en soins des TOA.....	6
2.1.1. Quelques notions préalables.....	6
2.1.2. Les grands principes de rééducation.....	6
2.1.3. En pratique.....	7
2.2. Manger à la cantine lorsqu'on présente un TOA.....	8
2.2.1. Ce qui se joue tous les midi à la cantine.....	8
2.2.2. Le partenariat.....	8
2.2.3. Le secret professionnel.....	9
3. Buts et hypothèses.....	10
Méthode.....	11
1. Méthode d'investigation	11
1.1. Questionnaire.....	11
1.2. Choix des participants.....	11
2. Procédure	12
2.1. Rédaction du questionnaire.....	12
2.2. Diffusion du questionnaire.....	12
3. Méthodologie d'analyse des résultats.....	12
Résultats.....	12
1. Population de l'échantillon.....	12
1.1. Caractéristiques des participants.....	12
1.1.1. Professions représentées.....	12
1.1.2. Formation initiale et continue.....	13
1.2. Places et rôles au sein de l'école.....	13
2. Leur vision de l'orthophonie.....	14
3. Lien avec les TOA.....	14
3.1. Connaissance du développement alimentaire.....	14
3.2. Connaissance des TOA.....	15
3.3. Influence de leurs représentations des TOA sur l'accompagnement des repas collectifs ..	15
4. Problématiques liées à l'accueil des enfants présentant un comportement atypique au restaurant scolaire	16
4.1. L'accueil à la cantine d'un point de vue pratique.....	16
4.2. Le ressenti du personnel quant aux problématiques de cet accueil.....	17
5. Sensibilisation aux TOA.....	17
5.1. Vérification de l'existence d'une sensibilisation.....	17
5.2. Nécessité d'une formation.....	17
Discussion	18
1. Les principaux résultats.....	18

1.1.Méconnaissance des TOA.....	19
1.2.Absence de procédure établie de signalement d'un comportement alimentaire atypique...	19
2.Vérification des hypothèses et discussion.....	20
3.Critiques méthodologiques et limites de notre travail	21
4.Intérêt de cette étude pour la prise en soin des TOA et perspectives.....	22
Conclusion.....	24
Bibliographie.....	25
Liste des annexes.....	27
Annexe n°1: Tableau d'évolution de la déglutition en fonction du développement neuro moteur (Puech et Vergeau, 2004).....	27
Annexe n°2 : SOS Approach to feeding (Toomey, 2002).....	27
Annexe n°3 : Attestation de déclaration du questionnaire auprès du Délégué à la protection des données (DPO).....	27
Annexe n°4 : Questionnaire diffusé auprès des employés des écoles.....	27

Introduction

Les Troubles de l'Oralité Alimentaire (TOA) peuvent survenir à n'importe quel âge et présenter une sévérité variable. Le repérage de ces troubles s'est amélioré ces dernières années grâce à la sensibilisation et la formation des médecins dans ce domaine. Toutefois, les TOA sont encore méconnus du grand public en raison de la récence des études scientifiques portant sur le sujet. La fréquence de ces troubles est certainement sous-estimée à ce jour, bien que le caractère nouveau de la découverte lui confère un « effet de mode » dans certains milieux médicaux (Abadie, 2004). Ce phénomène peut engendrer la minimisation des difficultés de l'enfant et donc l'absence de diagnostic, ou au contraire la tendance à la surestimation de leur fréquence. Concernant la prévalence des TOA, il est difficile de trouver des chiffres officiels, mais ces troubles toucheraient 25 à 50% des enfants français en 2019 (Milano et al., 2019).

À cela s'ajoute la complexité de repérage des TOA, résidant dans le fait que les difficultés de l'enfant peuvent être assimilées à des caprices. Le patient est dans ce cas souvent qualifié de « petit mangeur » ou « très sélectif », sans que de véritables troubles sous-jacents ne soient soupçonnés. Et lorsque les TOA sont diagnostiqués et pris en charge, d'autres écueils peuvent survenir, notamment des entraves à la continuité de la prise en soins sur les temps de repas en milieu scolaire. Les patients bénéficiant d'un suivi pour ce type de troubles sont fréquemment confrontés à une rupture entre le milieu familial et l'extérieur. En effet, le partenariat formé par l'entourage proche du patient, le patient lui-même ainsi que l'orthophoniste, assure une certaine efficacité et constance du suivi.

De fait, la stratégie élaborée par l'orthophoniste s'appuie sur l'interaction entre « le comportement alimentaire de l'enfant et le style d'alimentation du parent » (Milano et al., 2019) qu'il convient alors d'analyser dans le cadre de la prise en soins. Il semblerait par ailleurs que l'attitude des parents concernant le comportement alimentaire de leur enfant ait une fonction de renforçateur positif ou négatif (Milano et al., 2019), et leur confère ainsi le pouvoir de modeler le comportement alimentaire de l'enfant, de l'encourager subtilement et de l'exposer à de nouvelles expériences. Mais quid de la continuité de ces efforts et progrès en milieu scolaire ? Plusieurs études ont démontré l'importance des temps de repas collectif dans l'éducation alimentaire de l'enfant. Celui-ci apprend en observant ses pairs et en procédant par imitation (Rigal, 2002). Voir ses camarades s'alimenter avec plaisir l'incitera par exemple à explorer de nouvelles textures, odeurs, et goûts. Abadie (2004) préconise à ce sujet de « réduire les éléments négatifs que l'enfant subit et privilégier l'investissement positif avec préservation de la physiologie des rythmes, stimulation sensorielle, tactile, gustative, olfactive ».

Il semble alors pertinent d'étudier le déroulement de la pause méridienne dans les restaurants scolaires et d'observer les pratiques et connaissances des employés de restauration en la matière. Ceux-ci sont en première ligne auprès des enfants, ce qui explique la nécessité de les former pour qu'ils puissent les accompagner positivement. Grâce à une formation de qualité ils seront plus à même de participer au repérage des troubles à la cantine. En effet, ceux-ci préparent et distribuent les repas aux enfants, et se trouvent parfois confrontés aux TOA sans pour autant en saisir les enjeux. Cela rend le déjeuner pénible autant pour ces professionnels que pour les enfants porteurs de troubles. Par ailleurs, des pratiques inadaptées sont susceptibles d'aggraver les troubles ou du moins de freiner l'enfant dans son cheminement. En effet, Milano et al., (2019) écrivaient à ce sujet : « Les pratiques d'alimentation coercitives se traduisent également par des repas stressants, difficiles, chargés d'émotions et pleins de conflits, ce qui renforce les associations négatives avec l'alimentation ».

Au travers de cette étude nous nous attacherons à comprendre comment les informations sont transmises, de la pose du diagnostic de TOA jusqu'à la prise en soins, et plus particulièrement auprès des employés de restauration scolaire. Ceux-ci font partie intégrante du parcours de l'enfant et ont une place de choix concernant l'observation du temps de repas de la pause méridienne. Les données issues de cet état des lieux nous permettront d'identifier les éventuels obstacles à la continuité de la prise en charge orthophonique. Au travers de ce projet nous aimerions faire de ces derniers de véritables acteurs du repérage des troubles, mais aussi de la prise en soins, afin d'offrir un meilleur accueil aux enfants porteurs de TOA en restauration scolaire.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Les troubles de l'oralité alimentaire

1.1. Les oralités

Le terme « oralité » est issu du latin et signifie initialement « au travers de la bouche ». C'est un concept qui tire son origine du vocabulaire psychanalytique et dont l'usage a été étendu au domaine médical et pédiatrique. L'oralité regroupe plusieurs notions et désigne « l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche » (Abadie, 2008), telles que la respiration, la relation, la nutrition et l'expression (Thibault, 2004). Il existe deux oralités distinctes mais indissociables, du fait qu'elles sollicitent les mêmes organes et évoluent conjointement, en suivant le développement psychomoteur de l'enfant.

1.1.1. Oralité alimentaire

L'oralité dite alimentaire, se développe in utero et se poursuit à la naissance. Celle-ci comprend les fonctions de succion-déglutition in utero, de sensibilité tactile, les réflexes (de foussement, de toux, nauséux, etc.), constituant ainsi l'oralité alimentaire primaire (Masson, 1999). Elle consiste essentiellement en des afférences sensorielles qui procurent plaisirs et déplaisirs au bébé. Cette période lui permet de découvrir sa sphère oro-digestive de façon plaisante ou non selon les afférences (Abadie, 2004), mais lui permet également dans un second temps de l'investir progressivement comme un lieu d'échanges.

À partir de 6 mois le passage à la cuillère, la fonction de mastication, la diversification alimentaire et l'inhibition des réflexes oraux signent l'oralité alimentaire secondaire (Thibault, 2004). Celle-ci relève davantage d'un apprentissage et correspond à un stade du développement de l'enfant au cours duquel il prend conscience du pouvoir qu'il exerce sur ses parents et sur son environnement. L'alimentation est porteuse d'un sens culturel lorsqu'elle bascule dans cette oralité alimentaire secondaire, et ne répond plus seulement à des besoins vitaux et instinctifs. En effet, elle devient un terrain de jeu et un lieu d'expression, de relations avec autrui et l'extérieur, et d'intérêts. Et lorsque l'enfant commence à déjeuner à l'école, les temps d'alimentation deviennent des moments collectifs où il va à la découverte de ses pairs, échange avec eux et partage de nouvelles pratiques. Il s'agit d'un temps informel d'apprentissages et de transmission, qui se déroule notamment en présence des adultes (Comoretto, 2015).

1.1.2. Oralité verbale

L'oralité verbale primaire débute à la naissance et désigne quant à elle les cris, vocalises et sons. L'oralité verbale secondaire correspond à l'articulation phonémique, et plus précisément au babillage, aux premiers mots et aux premières phrases (Masson, 1999). Cette oralité est étroitement liée à celle évoquée précédemment, mais ne sera pas étudiée dans ce mémoire.

1.2. La bouche

1.2.1. L'organe

Selon le dictionnaire Le Robert (2022), la bouche est une « cavité située au bas du visage humain, communiquant avec l'appareil digestif et avec les voies respiratoires ». Thibault (2004) la définit comme suit : « un ensemble organique mobile, creux, charpenté en périphérie par des os et des muscles, et comportant un revêtement cutané ».

La bouche n'est pas un simple ensemble organique dévolu à une variété de fonctions. Sa complexité anatomique et les multiples facultés qui lui sont inhérentes lui confèrent un rôle fondamental dans le développement de l'être humain et particulièrement dans son ontogenèse. La bouche joue en effet un rôle gustatif et permet de sélectionner les aliments qui seront ingérés, mais possède également un rôle sensoriel grâce à sa « peau muqueuse ». C'est au moment du passage à l'oralité alimentaire secondaire que des changements significatifs s'opèrent et que l'on peut voir s'accroître ou apparaître des difficultés liées à la découverte de l'utilisation de la cuillère, ou à la mise en place de la mastication et de la diversification alimentaire. Les enjeux portés par ces différentes étapes modifient la signification portée jusqu'alors par la bouche, qui est un organe de découverte, mais pas seulement. En effet, la bouche est un organe protecteur pour l'enfant, qui serre les lèvres lorsqu'il se sent en insécurité. Ces mécanismes de protection sont observés voire majorés à la cantine, lieu de multiples découvertes, puisque les fonctions liées à cet organe sont encore parfois mal maîtrisées par l'enfant, et d'autant plus lorsqu'il doit les mobiliser dans un environnement qui ne lui est pas familier. L'objectif de l'orthophoniste est de fournir des clés à l'enfant pour qu'il étende ses progrès au-delà des séances et de la sphère familiale, afin qu'il puisse se débrouiller avec ses camarades dans d'autres environnements tels que la cantine.

1.2.2. Son rôle dans l'oralité alimentaire

Au cours de l'alimentation, la bouche constitue une véritable barrière à franchir avant de pouvoir ingérer et déglutir toute nourriture. En effet, plusieurs étapes composent l'acte de manger, et mettent tous les sens à l'appel (Golse & Guinot, 2004). Il s'agit en premier lieu de tolérer la vision de l'aliment, son odeur, sa texture et enfin son goût. La connotation sensorielle de la « peau muqueuse » qui tapisse la bouche ainsi que les papilles réparties sur les différentes zones de la langue permettent cette sélection et l'acceptation ou le refus de l'aliment mis en bouche (Thibault, 2004).

Du fait de ce pouvoir d'accepter ou de refuser l'introduction d'un aliment dans son corps, la bouche revêt un rôle primordial dans l'oralité alimentaire, puisque tout objet alimentaire possède de multiples aspects. Le premier se veut métabolique et consiste à assimiler les propriétés de l'objet alimentaire, le deuxième est symbolique puisque l'objet susmentionné est porteur de sens et nourrit donc l'imaginaire en plus du corps. Le troisième aspect, quant à lui, est culturel, en ce sens où manger contribue à se construire une identité (Rigal, 2002).

Il serait donc réducteur de définir l'action de manger comme la simple introduction d'un aliment en bouche suivie du processus de déglutition (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009). En effet,

l'investissement progressif de la bouche permet à l'humain en construction de différencier le dedans du dehors, puis le besoin du désir. Freud a démontré dans ses travaux que l'installation de l'opposition entre avaler et rejeter est « un mécanisme qui participe fondamentalement à la délimitation du monde interne et du monde externe » (Golse & Guinot, 2004).

1.3. Les troubles

1.3.1. Définition

La notion d'oralité est fondamentale dans le développement de l'enfant et fondatrice de tout être. La bouche est au cœur des multiples enjeux de l'oralité. Elle est le lieu du premier plaisir puisque c'est par elle que s'effectue la première prise au sein ou au biberon, ainsi que les premiers cris de l'enfant. En ce sens, lorsque l'une des fonctions est altérée c'est l'oralité dans son entièreté qui peut être bouleversée. Le terme « dysoralité » peut également être employé pour désigner toute sorte de difficultés rencontrées au cours de l'alimentation par voie orale.

Un trouble développemental des fonctions orales alimentaires se traduit par des difficultés pouvant survenir précocement, par exemple au cours des premières prises au sein ou biberon, ou peuvent apparaître lors des différentes étapes du cheminement alimentaire, tel que le passage à la cuillère ou le passage aux morceaux.

De nombreux paramètres sont susceptibles de créer des angoisses liées à l'ingestion d'un aliment (Thibault, 2004), comme la découverte d'un nouveau goût, d'une texture inconnue, le fait de devoir mastiquer cet objet et ainsi de le maintenir en bouche plus longtemps qu'à l'accoutumée, découvrir l'usage des dents pour broyer et donc de nouveaux mouvements des mâchoires, et ainsi de suite. Tout ceci peut générer des peurs voire des conflits si l'on ne précise pas à l'enfant qu'il peut refuser d'avalier l'aliment et le recracher.

Le fait d'introduire un nouvel objet comestible en bouche peut donc provoquer une certaine anxiété due à la nouveauté alimentaire et au fait d'avalier, mais également à la mise en bouche elle-même. Ce troisième point est fréquemment retrouvé chez les enfants présentant une dysoralité (Milano et al., 2019).

1.3.2. Les causes

En présence d'un trouble de l'oralité alimentaire, plusieurs causes peuvent être retrouvées. Celles-ci peuvent être organiques, sensorielles, neurologiques, post-traumatiques ou encore psycho-comportementales (Abadie, 2004). Les causes organiques sont susceptibles d'être secondaires à une pathologie digestive, ou bien consister en des malformations congénitales, ou des anomalies acquises de la déglutition. Les causes sensorielles relèvent de troubles du traitement de l'information sensorielle, lesquels se traduisent par des difficultés d'interprétation des stimuli sensoriels, et consécutivement des difficultés pour y répondre de manière adaptée. Les causes neurologiques peuvent être le résultat d'encéphalopathies congénitales ou acquises, tandis que les causes post-traumatiques correspondent à des douleurs oro-digestives, le passage d'une sonde de nutrition, la présence de nausées et vomissements, une alimentation artificielle prolongée, une privation d'expériences orales et sensorielles prolongée, ou encore une perturbation du rythme faim-satiété. De manière générale, les raisons expliquant un trouble semblent découler d'un vécu physique ou relationnel douloureux lié à l'alimentation (Puech, 2004).

1.3.3. Manifestations

Les troubles de l'oralité alimentaire peuvent revêtir différentes formes, allant du refus avec perte du plaisir de se nourrir, jusqu'à l'absence de comportement spontané d'alimentation. Les symptômes fréquemment retrouvés dans le cas d'une dysoralité sont le manque d'appétit, le refus de la nouveauté, la sélectivité alimentaire, des temps de repas anormalement longs, la présence de nausées et/ou vomissements, un haut-le-cœur à l'approche de la cuillère, le refus des morceaux proposés à l'enfant (qui peut aller jusqu'à les recracher), des défenses tactiles au niveau du visage, et enfin des difficultés d'articulation (Milano et al., 2019).

L'orthophoniste Catherine Senez (2002) a proposé une classification des aversions alimentaires, organisée en cinq niveaux.

- Le premier correspond au refus des morceaux, au stockage de la nourriture dans les joues, sans préférence pour les aliments sucrés et avec conservation du plaisir de s'alimenter.
- Le deuxième niveau regroupe le refus de tous les morceaux, la présence d'un haut-le-cœur si on force l'enfant, une légère préférence pour le sucré, et une relative conservation du plaisir de se nourrir lorsqu'il s'agit d'aliments qu'il a lui-même choisis.
- Dans le troisième niveau nous trouvons le refus des morceaux les plus infimes (particules), une alimentation exclusivement mixée, une nette préférence pour les aliments sucrés, une aversion pour ceux qui sont froids, une lenteur de prise des repas et peu de plaisir à s'alimenter.
- Le quatrième niveau correspond quant à lui au refus du passage à la cuillère, laissant ainsi l'exclusivité à l'alimentation au biberon, de fréquentes nausées et une absence de plaisir à s'alimenter.
- Enfin, le cinquième niveau désigne le refus total d'alimentation par voie orale et l'absence de plaisir oral.

Ces manifestations peuvent s'accompagner de troubles sensoriels et/ou des fonctions oro-motrices, et ont de fréquentes répercussions sur le développement de l'enfant, d'ordre psychomoteur, langagier, psycho-affectif, et ainsi de suite. Le bilan des troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant objective par ailleurs les difficultés en explorant quatre axes, à savoir médical, gnoso-praxique, sensoriel et comportemental (Bandelier, 2015).

C'est essentiellement au cours du repas qu'il est possible de relever ces anomalies, puisque c'est à cet instant précis que les manifestations des troubles se cristallisent, et que l'on peut alors observer de multiples difficultés inhabituelles pour les personnes qui ne connaissent pas ces troubles. En effet ces enfants sont susceptibles de présenter diverses peurs, comme toucher les aliments, ou les approcher de la bouche. Les textures, températures et couleurs des aliments peuvent également les effrayer (Boudou et Lecoufle, 2015). Ces contraintes ont souvent pour conséquences une modification de la quantité de nourriture ingérée, de la durée du repas et des émotions qui y sont liées, allant parfois jusqu'à la gêne sociale pour la famille. Tous ces éléments ont un impact sur le déroulement des repas, notamment dans la sphère familiale, où les parents se voient contraints de faire des choix, de mettre en place des stratégies ou des distracteurs. Les repas deviennent conflictuels et génèrent de l'anxiété autant du côté de l'enfant que des parents. Il est donc aisé d'imaginer que les écueils rencontrés par les parents lors du repas familial existent également à l'école, où ils sont d'autant plus prégnants que les agents de service n'ont pas autant de temps et

d'attention à consacrer à l'enfant qu'à la maison. À ce sujet, Goday et al. (2019) indiquent dans leur consensus international que « l'altération de la capacité à manger entraîne des restrictions de participation ou des modifications dans les services de garde d'enfants, à l'école et dans d'autres environnements qui impliquent des interactions au moment du repas ».

2. Mise en pratique

2.1. L'orthophonie dans la prise en soins des TOA

2.1.1. Quelques notions préalables

Le comportement alimentaire de l'enfant « se construit parallèlement à son développement neurologique, sensori-moteur et psycho-affectif de la vie intra utérine (autour de la 10^{ème} semaine) jusqu'à l'âge de 6 ans » (Puech, 2004). Les différents stades d'évolution ont par ailleurs été résumés dans un tableau (Annexe 1) grâce à la synthèse des travaux de Macie et Adverson (1993), Morris et Klein (1987), Rigal (2003) par Tapin (2001), Vergeau et Woisard (2003). La prise en charge est donc précédée d'une évaluation clinique fonctionnelle éclairée par ces données développementales, et comporte un bilan moteur ainsi que l'observation des difficultés lors d'une prise alimentaire et d'un essai de déglutition. Cette démarche permet d'éliminer ou de mettre en avant une cause physiopathologique, et peut s'accompagner de bilans complémentaires.

Il s'agira suite aux conclusions de l'examen, de prendre en charge toutes les fonctions de l'oralité susceptibles d'être atteintes, telles que la respiration, la nutrition en termes de déglutition et de mastication, la relation, et l'expression en termes de mimiques et de phonation (Puech, 2004).

2.1.2. Les grands principes de rééducation

La prise en charge orthophonique des TOA repose sur la rééducation des fonctions oro-faciales, l'adaptation des conduites alimentaires et la gestion de l'alimentation. L'objet principal de la rééducation, telle que décrite par Bandelier (2015), consistera à réduire l'anxiété autour des repas et de la nourriture. L'objectif est que l'enfant atteigne tous les apports nutritionnels requis pour son âge et sa taille, tout en évitant d'accroître ses peurs liées au fait de manger. Il faut qu'il puisse se nourrir avec plaisir et sans risque pour sa santé. Il s'agit d'une prise en soins longue, où les progrès peuvent être suivis de fréquents retours en arrière, lesquels sont parfois nécessaires à l'évolution qui s'ensuit. Chaque prise en soins d'un enfant avec troubles de l'oralité alimentaire est différente et conçue sur-mesure, puisque chaque enfant est singulier et présente des problématiques qui lui sont propres. Le sujet de ce mémoire étant l'accueil des enfants en restauration scolaire, nous ne traiterons pas des modalités de rééducation du nourrisson mais uniquement de celles concernant les enfants qui sont en âge d'être scolarisés, de l'école maternelle à la fin de l'école primaire.

Les objectifs communément retrouvés pour ce type de prises en charge, bien qu'elles demeurent toutes uniques, consistent à rendre l'enfant acteur de son alimentation en l'accompagnant dans le développement de son oralité alimentaire, et en l'aidant à trouver du confort et du plaisir dans la prise alimentaire orale (Bandelier, 2015). En séance d'orthophonie, ce travail s'effectue au travers d'activités ludiques autour du thème de l'alimentation (jouer à la dînette, faire semblant de manger), qui se veulent très progressives afin de désensibiliser petit à petit l'enfant, et lui permettre ainsi de donner un nom aux aliments, les manipuler et peut-être même oser les goûter (Jouanic-Honnet, 2004). Chaque rééducation varie bien évidemment en fonction du profil du

patient, et la trame n'est pas préconçue mais adaptée à sa sensibilité gustative (chaque individu est sensible à plusieurs caractéristiques portées par les aliments, telles que les arômes, les odeurs, les couleurs, les saveurs, les flaveurs, les bruits et sensations sous les dents et dans la cavité buccale) son évolution et ses difficultés. Dans cette optique, l'orthophoniste s'attache alors à proposer des expériences positives à l'enfant, afin de susciter chez lui le désir d'investir sa sphère orale et de l'intégrer à son schéma corporel.

Le chemin jusqu'à la bouche proposé dans l'approche « Sequential Oral Sensory » (Toomey, 2002) est usuellement utilisé en rééducation afin d'amener progressivement l'aliment vers la bouche. Il est graduel et consiste à franchir plusieurs étapes qui sont, successivement, tolérer, interagir, sentir, toucher et enfin goûter un nouvel aliment (Annexe 2). Il s'agit d'une approche importante dans la prise en soins, qu'il convient d'expliquer aux personnes qui nourrissent l'enfant, afin qu'elles comprennent que ce n'est pas forcément en introduisant d'emblée un aliment en bouche que l'enfant progressera. Celui-ci devra parfois passer par plusieurs étapes avant d'accepter un produit, comme « patouiller » avec la nourriture, la sentir, et cela peut dérouter son entourage.

Dans leur consensus, Goday et al. (2019) développent cette notion d'interaction entre l'enfant et les adultes présents lors du repas, en s'attachant particulièrement à décrire l'influence de l'adulte et de cette interaction sur la façon de se nourrir de l'enfant. Ils démontrent ainsi que « les problèmes de santé mentale et comportementale de l'enfant, du soignant ou de la dyade peuvent avoir une influence négative sur le comportement alimentaire ». Ce consensus rend d'autant plus légitime l'observation des pratiques qui se tiennent entre les enfants et les agents de restauration scolaire. En effet l'intervention en milieu écologique de l'enfant est nécessaire et prend tout son sens lorsque celui-ci parvient à mobiliser ses compétences dans la vie de tous les jours et notamment avec ses camarades, à la cantine.

2.1.3. En pratique

Dans la pratique clinique, l'orthophoniste ayant le dessein de rétablir les notions d'envie et de plaisir auprès de l'enfant autour des moments d'alimentation, il lui sera indispensable de baser son travail sur l'accompagnement des parents (Bandelier, 2015). Leur implication dans la prise en soins est nécessaire puisqu'ils sont quotidiennement confrontés aux difficultés de leur enfant et sont les premiers acteurs à s'investir dans la rééducation et à participer à leur progression (Milano et al., 2019). D'une part ils sont experts de leur enfant et peuvent ainsi nous apporter de précieuses informations quant au cheminement de ce dernier, et d'autre part ils sont pour lui de véritables modèles à imiter au moment des prises alimentaires. En effet, c'est par observation et imitation de leurs pairs autour de la table que les enfants acquièrent l'éducation alimentaire et apprennent à se nourrir de façon autonome et sociale (Rigal, 2002). Or, les modèles qu'ils ont le plus souvent à disposition lors des temps de repas sont leurs parents. Il sera alors important de travailler main dans la main avec eux, de les écouter et de valoriser leurs compétences ainsi que celles de leur enfant.

C'est pourquoi l'orthophoniste a un rôle tout à la fois d'éducation lors des séances d'orthophonie, en tant que médiateur entre les deux parties, et de partenariat avec les parents du patient (Bandelier, 2015). La difficulté de cette collaboration réside dans le fait qu'il faut guider le patient et son entourage tout en respectant leurs façons de faire, leurs habitudes de vie et traditions

familiales, ainsi qu'en restant attentif à leurs réactions et questionnements. Ceci nécessite que l'orthophoniste fasse preuve de savoir-faire mais également d'un savoir-être essentiel.

2.2. Manger à la cantine lorsqu'on présente un TOA

2.2.1. Ce qui se joue tous les midi à la cantine

Les moments privilégiés que constituent les séances d'orthophonie doivent être complétés par les observations relevées lors des temps de repas du quotidien. Il semble pertinent de s'intéresser à la question du repas en collectivité, afin d'en déceler les enjeux. Il s'agit d'un moment étudié par des chercheurs et défini dans ses grandes lignes par des textes légaux, non seulement dans l'élaboration des menus et le temps minimum nécessaire à consacrer à cette pause sur le temps scolaire, mais également pour assurer l'accueil de tous les enfants. Ces conditions sont fixées par le Service Public et indiquent que « Si l'enfant a un régime alimentaire spécifique en raison de son état de santé, l'établissement scolaire peut proposer des menus adaptés. Pour cela un projet d'accueil individualisé (PAI) peut être mis en place. Vous pouvez également préparer des paniers-repas à votre enfant. », (service-public.fr).

Outre l'aspect juridique, ces repas en collectivité doivent être bien encadrés compte-tenu des enjeux qu'ils portent et de leur importance dans le développement de l'enfant. En effet, il s'agit de moments clés où se jouent des faits essentiels tels que les interactions socialisatrices entre pairs, la découverte de nouveaux aliments, de nouvelles manières de manger, et surtout l'intégration de routines enfantines qui les définissent en tant qu'individus sociaux, ne les restreignant plus à leur rôle d'élèves, pour s'affirmer dans un groupe social. Concernant les pratiques enfantines observées sur le temps scolaire, William Corsaro (2010) évoque la « culture enfantine » et la définit comme « un ensemble d'activités et de routines, d'artefacts, de valeurs, et d'intérêts que les enfants produisent et partagent avec leurs pairs ». Partager leur repas ensemble permet aux enfants d'alimenter réciproquement leurs coutumes, faisant de la cantine un lieu d'apprentissages informel, d'autant plus que « Les enfants se construisent par imitation, ils apprennent et reproduisent les rôles de ceux qui les entourent » (Dubar, 1991). Manger à la cantine constitue ainsi un moment en collectivité, venant nourrir le fait que l'on s'intéresse à ces partenariats entre orthophonistes et agents de cantine qui gravitent autour de l'enfant.

Concernant le partenariat des acteurs investis dans la prise en soins de l'enfant, il est judicieux de garder à l'esprit que cette réhabilitation est souvent pluridisciplinaire (Milano et al., 2019) et que la communication entre les différents protagonistes est essentielle. Il convient par ailleurs de veiller à ce que les relations entre le personnel de restauration et les orthophonistes soient établies et de qualité, afin de fournir le meilleur cadre possible aux enfants lors de leur rendez-vous quotidien à la cantine.

2.2.2. Le partenariat

D'après Bouchard et al. (1996), « Le partenariat exige dès lors la reconnaissance des compétences de l'autre, vise le rapport d'égalité et repose sur le partage de décisions. Il s'accompagne d'actions de coopération, ainsi que d'opérations favorisant l'exercice du consensus dans nombre d'applications pratiques ». Dans le cadre d'une rééducation des troubles de l'oralité, il a été mis en évidence que la mise en place d'une collaboration était nécessaire, notamment par le biais d'une relation triangulaire dont les acteurs initiaux sont le patient, son entourage et

l'orthophoniste (Bandelier, 2015), mais pas seulement. Cette relation n'est effectivement pas restreinte à trois participants, et bien au contraire, elle requiert l'appui d'autres acteurs susceptibles d'apporter de nouvelles compétences et informations utiles à la co-construction de la prise en soins. « La réhabilitation est généralement pluridisciplinaire d'autant plus que le contexte médical le nécessite » (Puech, 2004), et il peut s'agir d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux, du corps enseignant qui côtoie quotidiennement l'enfant, des employés de restauration en milieu scolaire, de son entourage élargi... finalement de toute personne qui le connaît suffisamment pour en apprécier l'évolution et qui est susceptible de l'aider d'une quelconque façon dans ses difficultés.

L'adhésion de ces participants au partenariat entrepris par l'orthophoniste, le patient et son entourage, doit s'inscrire dans la continuité de la relation de confiance établie dès le début de la rééducation entre toutes les parties. L'association des acteurs gravitant autour de l'enfant a pour ambition de mettre en place une communication efficace et un partage d'informations, de connaissances et de compétences. L'aboutissement de cette entente étant de soutenir les efforts fournis par chacun tout en ajustant perpétuellement leur apport dans la prise en charge de l'enfant, chacun veille à la prise en compte des observations et retours que les autres partenaires peuvent émettre concernant l'enfant et sa situation. R. Muchielli a démontré au sujet du travail en équipe que « L'hétérogénéité des compétences est facteur de richesse des échanges, de créativité du groupe, et d'une division efficace des rôles. Elle dynamise et enrichit l'équipe. La complémentarité peut donc devenir un facteur important d'efficacité et de progrès mutuel » (Muchielli, 2003). Il est d'autant plus important d'établir des échanges de qualité entre les différents partenaires afin que tous soient suffisamment informés pour se sentir compétents dans la prise en soins, notamment dans le cadre de troubles de l'oralité alimentaire, où « chez un aidant, le stress et/ou d'autres facteurs de santé mentale peuvent modifier les interactions au moment des repas. Ces facteurs peuvent avoir un impact sur la façon dont la personne qui s'occupe de l'enfant aborde la situation de l'alimentation, entraînant des pratiques parentales trop ou pas assez contrôlantes » (Goday et al., 2019). Ce dernier point est d'autant plus vrai que les agents de cantine doivent travailler dans une salle remplie d'enfants, ils ne sont pas en tête à tête privilégié avec l'enfant présentant des troubles. L'un des objectifs de ce mémoire est d'informer le personnel démuné face à ces troubles qu'il connaît peu et qui semblent générer de l'anxiété, de leur apporter des outils et ainsi de réduire l'appréhension à laquelle ils doivent parfois faire face dans ces situations complexes. Des professionnels avertis tireront des avantages de la rééducation orthophonique avec plus de facilité s'ils se saisissent des enjeux qui se jouent à la cantine, donc en milieu écologique, pour optimiser les efforts de l'enfant et avoir un impact positif sur sa progression.

2.2.3. Le secret professionnel

Comme cela a été précédemment démontré, la mise en place d'un partenariat autour de l'enfant est fondamentale, mais est susceptible d'être limitée par le secret professionnel et ce qu'il implique comme contraintes. L'article L1110-4 du Code de la santé publique le définit comme suit : « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ». La loi susmentionnée, en vigueur depuis le 4 août 2021, précise que cette notion de secret professionnel englobe toutes les informations dont le

professionnel a connaissance au sujet de la personne, et qu'il incombe à tous les professionnels du système de santé de le respecter.

Néanmoins, il est possible de communiquer autour d'un patient si les professionnels intègrent la même équipe de soins, et seulement s'il s'agit d'informations nécessaires à la continuité de la prise en soins (III, Article L1110-4, Code de la santé publique). Dans le cadre de cette étude, il y a une confrontation entre le milieu paramédical et le milieu scolaire, et plus précisément avec les employés de restauration scolaire, relevant de la mairie. Cette configuration est également encadrée par l'article L1110-4 du Code de la santé publique et prévoit que « Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ». Il apparaît donc que le partage de données autour d'un enfant est soumis à une réglementation dont le respect est capital. Ce cadre juridique permet d'établir un dialogue entre les différents intervenants afin de coordonner les soins tout en protégeant l'enfant. Au cours de cette étude, notre attention s'est portée sur ce dialogue, et notamment sur sa potentielle existence entre les orthophonistes et les employés de restauration. Nous avons essayé de déterminer la nature de ces échanges et d'observer de quelle façon ils sont exploités sur le terrain par les agents de cantine, qui se trouvent en bout de chaîne auprès des enfants.

3. Buts et hypothèses

L'objet de ce mémoire est de dresser l'état des lieux de la « courroie de transmission » des informations qui peut exister entre les orthophonistes et les employés de restauration scolaire, en se concentrant plus spécifiquement sur l'autre extrémité de la chaîne, c'est à dire sur les partenaires donnant à manger aux enfants. Cette étude a pour première vocation de comprendre comment les informations transitent dès lors que le diagnostic de Troubles de l'Oralité Alimentaire est posé, depuis l'orthophoniste jusqu'aux employés distribuant le repas aux enfants lors de la pause méridienne. Le but est de découvrir le panel de professions concernées et l'éventuelle existence d'un protocole ou système concernant l'accueil des enfants avec TOA.

La première hypothèse est que les employés de restauration scolaire reçoivent des informations au sujet d'enfants porteurs de TOA.

La deuxième est que ces employés sont formés pour les accueillir à la cantine.

La troisième hypothèse est que ces mêmes agents de restauration sont formés pour repérer ce type de troubles.

Enfin, le dernier postulat est qu'ils disposent d'une procédure bien établie leur permettant de faire remonter leurs observations.

La vérification de la deuxième et de la troisième hypothèses sera susceptible d'orienter vers un projet de sensibilisation, qui sera porté par l'association régionale « Parlons- en ! », spécialisée dans les actions préventives. Cette proposition s'adresserait aux employés de restauration scolaire de Ronchin, et verrait le jour uniquement après évaluation de la pertinence et de la demande de cette ambition.

Méthode

1. Méthode d'investigation

1.1. Questionnaire

Afin de dresser l'état des lieux des procédures d'échanges qui se jouent entre les différentes professions qui tournent autour des enfants porteurs de TOA, il est apparu pertinent d'utiliser un questionnaire électronique auto-administré. Celui-ci a été conçu grâce à l'outil Limesurvey et a eu pour but de recueillir des données quantitatives et qualitatives qui ont permis de cerner le fonctionnement actuel des restaurants scolaires quant à l'accueil d'un enfant qui présente des troubles des fonctions alimentaires.

1.2. Choix des participants

La population sélectionnée pour répondre à ce questionnaire est constituée des employés de restauration scolaire de la commune de Ronchin, étant donné que notre étude se concentre sur ce secteur et ses écoles. Nous nous sommes concentrés sur toutes les personnes présentes au moment du déjeuner à la cantine, ce qui représentait une centaine de participants susceptibles de répondre à notre enquête. Il a semblé plus pertinent de se concentrer en profondeur sur le fonctionnement d'une seule ville et donc d'investiguer les services de la cuisine centrale de Ronchin, située en banlieue lilloise et qui réunit un peu moins de 20 000 habitants. Cette commune a par ailleurs été choisie en raison de l'intérêt accru que porte la ville à la jeunesse, laquelle représente environ 4000 enfants (Insee, 2018) répartis parmi neuf écoles et un groupe scolaire. Le nombre important d'élèves de cette ville nécessite une cantine centrale conséquente, et donc intéressante à observer et analyser pour le sujet de ce mémoire. La cuisine centrale prépare les repas à un seul et même endroit pour ensuite les distribuer dans les cantines des écoles publiques de la ville.

Par ailleurs, le parti pris de la commune est d'être proche et soucieux de la jeunesse (Vœux de Mr le Maire pour l'année 2022), notamment en ce qui concerne la pause méridienne en milieu scolaire. La problématique de l'accueil des élèves porteurs de TOA constitue un véritable enjeu. En effet, les conclusions qui découlent de notre travail réalisé en étroite collaboration avec la ville, pourraient ouvrir de nouvelles pistes puisqu'elle est en demande d'informations complémentaires dans ce domaine et souhaite fournir toutes les clés à son personnel de restauration scolaire pour qu'ils accueillent tous les enfants dans les meilleures conditions possibles. À l'issue de ce mémoire, le Cabinet du Maire envisage de sensibiliser ses employés aux TOA, ce qui encourage notre démarche de partenariat et la rend même essentielle au vu de l'intérêt qu'ils portent au bien-être de leur jeunesse.

La ville est porteuse de plusieurs grands groupes scolaires qui dépendent tous de la cuisine centrale de Ronchin (à l'exception du groupe scolaire privé), et beaucoup d'élèves mangent à la cantine le midi. Avoir des partenaires sensibilisés au sein des restaurants scolaires représenterait donc un véritable avantage, tant pour les orthophonistes que pour la jeunesse. C'est pourquoi le choix de la commune de Ronchin n'est pas anodin, et s'inscrit au contraire dans sa politique très soucieuse du bien être des enfants.

2. Procédure

2.1. Rédaction du questionnaire

Le questionnaire a été rédigé et informatisé courant août 2022 (Annexe 4), et a été diffusé et accessible de novembre 2022 à février 2023. Le questionnaire comporte des questions fermées afin de limiter la part de subjectivité dont l'enquêteur peut faire preuve lors de l'analyse, mais également pour contribuer à la standardisation de cette enquête. Néanmoins, des questions semi-fermées et ouvertes sont également insérées, puisqu'elles apportent des informations qualitatives.

2.2. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé à partir de novembre 2022, après accord de Monsieur le Maire de Ronchin, puisque les repas scolaires distribués dépendent de la « cuisine centrale », elle-même pilotée par la mairie. Les employés ainsi que Monsieur le Maire ont été informés du sujet de l'étude et de l'anonymisation de toutes les données recueillies et analysées grâce à la note d'information figurant dans le préambule du questionnaire.

3. Méthodologie d'analyse des résultats

Les différents types de réponses recueillies aux questions ont été analysés en termes de pourcentages et de graphiques concernant les réponses fermées et semi-fermées. Pour les questions ouvertes, les réponses ont été analysées grâce à la procédure de « post-codage » qui a été décrite par Fenneteau (2015).

Résultats

Rappelons que notre enquête s'est déroulée au cœur des écoles de Ronchin, dont les services de restauration scolaire dépendent de la cantine centrale gérée par la commune. Dans un souci d'anonymat, les établissements auxquels sont rattachés les participants ne seront pas cités. Parmi les 25 questionnaires remplis, seuls 15 ont été exploités dans le cadre de ce mémoire, puisque les 10 autres étaient incomplets.

1. Population de l'échantillon

Compte-tenu le sujet de notre étude, lors de la diffusion du questionnaire nous avons insisté sur une population cible côtoyant fréquemment les enfants, notamment lors des temps de repas scolaires.

1.1. Caractéristiques des participants

1.1.1. Professions représentées

Le tableau ci-dessous montre que onze des quinze participants sont au contact direct des enfants, tandis que les quatre autres supervisent leur encadrement ou les activités rythmant leur journée.

Tableau 1. Effectifs des professions représentées par l'échantillon interrogé

Professions représentées	Effectif ayant participé à l'enquête
Métiers de l'animation	8
ATSEM (Agents Territoriaux Spécialisés des Écoles Maternelles)	3
Directeur/Responsable	3
Agent de mairie	1

1.1.2. Formation initiale et continue

Le recensement des formations initiales et/ou continues présenté dans le tableau ci-dessus révèle que les participants à cette étude n'ont pas forcément bénéficié d'une formation spécialisée dans le domaine de l'enfance. Néanmoins, cinq de ces formations concernent l'animation ou l'encadrement d'activités auprès d'enfants.

Tableau 2. Inventaire des formations suivies par l'échantillon de participants

Formations de l'Éducation Nationale	Master Sciences de l'Éducation
	Concours de la fonction Publique Territoriale
Formations de l'animation	Diplôme dans l'animation
	Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur (BAFA)
	Brevet d'Éducateur Sportif du 1er degré, option Animation des Activités Physiques pour Tous (BESAPT)
	Brevet d'État d'Animateur Technicien de l'Éducation Populaire et de la jeunesse (BEATEP)
	Diplôme d'État de la Jeunesse, de l'Éducation et du Sport (DEJEPS)
Formations gestion d'un self	Fonctionnement d'un self
	Formation liaison chaude et froide
	Méthode Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP)
Formations autres	Aucune
	Baccalauréat Littéraire (L)
	Baccalauréat Sciences et Technologies de la Santé et du Social (ST2S)
	Baccalauréat technique Action Communication Commerciales (ACC)

1.2. Places et rôles au sein de l'école

Lors du recueil des réponses des participants, plusieurs ont indiqué veiller au bon déroulement des repas, et ont déclaré assurer d'autres missions auprès des enfants en dehors de ce temps particulier qu'est la pause méridienne. Ces personnes ont répondu plus largement que leur rôle consistait également à accompagner les enfants tout au long des activités scolaires et/ou périscolaires qui rythment leur journée, qu'il s'agisse d'aide aux devoirs, d'ateliers pédagogiques, sportifs, ou lors des temps d'animation. Leur objectif principal est de s'assurer de leur bien-être physique et psychologique, tout en soutenant le développement de leur autonomie.

2. Leur vision de l'orthophonie

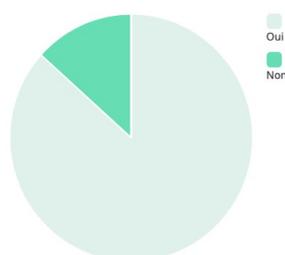
Treize sur quinze des interrogés (soit environ 87%) ont affirmé connaître la profession ainsi que quelques troubles susceptibles d'être pris en charge en orthophonie (Figure 1).

Ces mêmes personnes ont découvert l'orthophonie soit par une approche directe pour elles ou pour un proche, soit par une approche davantage « grand public », par des notions vulgarisées de l'orthophonie.

À la question « Connaissez-vous quelques exemples de troubles pris en charge en orthophonie ? Si oui, citez des exemples », les participants ont cité les troubles du langage oral et/ou écrit, les troubles de la parole, de l'oralité, les troubles « dys », le bégaiement, ainsi que les pathologies affectant la voix. Il s'agit manifestement de troubles connus par le plus grand nombre.

Figure 1. Représentation des participants connaissant l'orthophonie

Environ 87% des participants



3. Lien avec les TOA

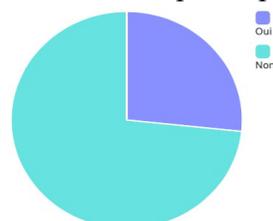
Onze sur quinze des participants (soit environ 73%) affirment que leur profession les met en relation avec des enfants pris en charge en orthophonie. Face à ce constat, il semble pertinent de recueillir la vision qu'ont les employés de cantine à propos d'enfants présentant un comportement alimentaire atypique ou qui les interpelle.

3.1. Connaissance du développement alimentaire

Seulement quatre personnes connaissent le concept d'oralité alimentaire (Figure 2), suggérant ainsi que les autres ne sont pas familiarisés de façon approfondie avec les notions de développement alimentaire normal chez l'enfant.

Figure 2. Représentation des participants connaissant le concept d'oralité alimentaire

Environ 27% des participants



3.2. Connaissance des TOA

Dix sur quinze des personnes interrogées (soit environ 67%) ont déjà entendu parler des troubles de l'oralité alimentaire (Figure 3), neuf pensent savoir à quoi cela correspond (Figure 4), mais seulement quatre d'entre elles connaissent le concept d'oralité alimentaire.

Concernant les TOA, il s'agit d'après elles de difficultés pour manger certains aliments, à cause de leur texture, leur goût ou leur odeur, du fait d'une zone orale plus sensible que la normale. Cela se manifesterait par des troubles de la mastication, de la déglutition, ou du passage des aliments dans l'oesophage, qui peuvent mener à un refus de manger certains aliments ou à une diminution des quantités ingérées.

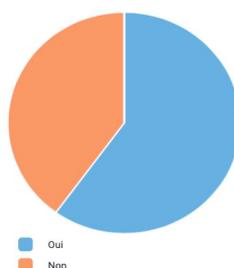
Figure 3. Représentation des participants ayant déjà entendu parler des TOA

Environ 67% des participants



Figure 4. Représentation des participants sachant en quoi consistent les TOA

60% des participants



3.3. Influence de leurs représentations des TOA sur l'accompagnement des repas collectifs

Dans le cadre de leur métier, sept sur quinze de ces professionnels (soit environ 47%) indiquent avoir déjà rencontré des enfants porteurs de TOA au restaurant scolaire. Quatre d'entre eux prétendent que cela a pu engendrer une modification de leur façon d'exercer leur profession. Cet impact se traduirait par la prise en compte des aménagements nécessaires à la gestion du trouble, notamment lorsqu'un Projet d'Accueil Individualisé (possibilité d'apporter un panier repas) est mis en place. Ces employés nous indiquent que les aménagements peuvent se concrétiser sous différentes formes :

- laisser un temps supplémentaire au moment du déjeuner,

- veiller au bon déroulement de ce temps particulier,
- rester discret et conserver une distance raisonnable avec l'enfant, afin qu'il ne se sente pas envahi dans son espace de sociabilisation.

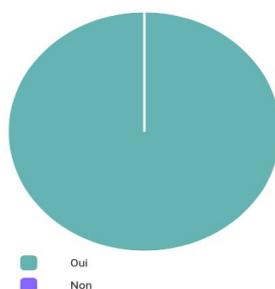
La prise en compte de la mise en place d'un PAI pour tel ou tel enfant se manifeste également par une modification de leur approche et de leur posture vis à vis du repas en collectivité. En effet, deux des participants ont précisé avoir conscience des enjeux inhérents à la pause méridienne en milieu scolaire, et différencient le temps de restauration à la maison de celui en collectivité, qui leur permet par ailleurs d'observer des évolutions plus importantes lors des temps périscolaires.

4. Problématiques liées à l'accueil des enfants présentant un comportement atypique au restaurant scolaire

Tous les interrogés (soit 100% des réponses, Figure 5) ont affirmé avoir déjà repéré des difficultés chez les enfants au moment du déjeuner en collectivité. Treize des participants (soit environ 87%) nous informent qu'il n'existe pas de protocole, néanmoins, plus de la moitié d'entre eux (10 personnes) indiquent que le relai de ces informations s'effectue par la communication orale de leurs observations.

Figure 5. Représentation des participants ayant rencontré des enfants porteurs de TOA sur leur lieu de travail

100% des participants



4.1. L'accueil à la cantine d'un point de vue pratique

Concernant les dix personnes connaissant la conduite à tenir, la démarche consisterait à s'entretenir avec le directeur d'établissement et l'équipe enseignante afin de déterminer s'il faut alerter les parents, lesquels décident ensuite de consulter un médecin ou un spécialiste. Suite à ce signalement effectué auprès des familles, le personnel de l'école est amené à effectuer un nouveau point avec les parents afin de connaître les éventuels dispositifs à mettre en place pour l'accueil de l'enfant. Lorsque ces différents échanges aboutissent à la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé, une réunion est programmée avec le médecin scolaire, les parents et l'équipe scolaire, dans le but d'établir un protocole spécifique aux problématiques que présente l'enfant.

4.2. Le ressenti du personnel quant aux problématiques de cet accueil

Lorsqu'ils sont confrontés à ce type de situation, six d'entre eux ne se sentent pas suffisamment en confiance pour agir comme il conviendrait. Néanmoins, seulement quatre (soit environ 27%) se sentent angoissés à l'idée de se trouver face à un enfant porteur de TOA, notamment par peur que ce dernier ne se nourrisse pas assez, qu'il soit déshydraté et en subisse les conséquences dans l'après-midi (crise d'hypoglycémie par exemple). La crainte de « froisser » l'enfant a également été évoquée, ainsi que celle de devoir entreprendre des négociations avec lui ou de devoir le forcer. Enfin, les employés ont peur de ne pas adopter la bonne attitude et ne veulent pas aggraver la situation.

Ces différentes observations nous poussent à nous demander si les employés de restauration scolaire ont reçu une formation ou une action de sensibilisation aux TOA.

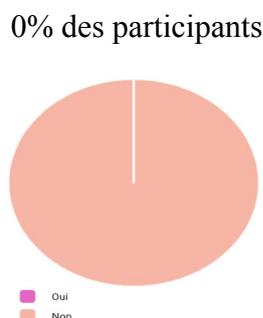
5. Sensibilisation aux TOA

5.1. Vérification de l'existence d'une sensibilisation

L'ensemble des interrogés a indiqué n'avoir bénéficié d'aucune formation ou action de sensibilisation dans le domaine des troubles de l'oralité alimentaire (Figure 6), quatorze d'entre eux (soit environ 93%) ne se sentent pas assez formés pour accueillir des enfants porteurs de TOA au restaurant scolaire. Cependant, onze d'entre eux estiment que cela ne les met pas en difficulté dans l'accompagnement des enfants concernés. Les quatre autres participants considèrent que les écueils résident dans les prescriptions établies en amont, notamment la bonne mise en place du PAI. La problématique des nouveaux animateurs non familiers des TOA a également été soulevée, et il semblerait que cela engendre des comportements involontaires de forçage alimentaire ou d'attitude pressante avec les enfants.

Dix des interrogés (soit environ 67%) sont au courant que l'orthophoniste peut intervenir lors du repérage de difficultés alimentaires, et huit (soit environ 53%) savent notamment qu'un bilan précis de l'oralité peut être réalisé.

Figure 6. Représentation des participants ayant bénéficié d'une sensibilisation ou formation aux TOA



5.2. Nécessité d'une formation

Après examen des réponses des différents professionnels, la requête la plus prégnante concerne les outils mis à leur disposition pour accueillir les enfants porteurs de TOA. Ils

souhaiteraient en effet être sensibilisés, mieux connaître les signes d'alerte pour repérer ce type de troubles, être davantage informés pour accompagner les enfants concernés et avoir à disposition des procédures faciles à mettre en place et à suivre.

100% des interrogés sont en faveur d'une action de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire (Figure 7), et ont précisé dans leurs réponses les thèmes qu'ils souhaiteraient voir abordés, avec leurs intervenants, leurs destinataires, le lieu et la manière dont ils aimeraient que cette formation soit réalisée :

- ils aimeraient que la sensibilisation ait comme thèmes une présentation générale des TOA ainsi qu'une formation à l'accueil des enfants concernés à la cantine, qui leur permettrait d'intégrer rapidement les bons réflexes et bonnes attitudes à mettre en pratique.
- D'après eux, cette action devrait être menée par des orthophonistes, et s'adresser à tous les professionnels gravitant autour de l'enfant, qu'ils supervisent les activités ou qu'ils soient à leur contact direct. Il s'agirait donc de réunir non seulement les agents de terrain concernés (l'équipe de la pause méridienne), mais également les animateurs et éventuellement le responsable d'établissement .
- Idéalement, ils souhaiteraient que cela se déroule sur leur lieu de travail.
- Les formats de sensibilisation les plus attractifs, d'après eux, sont les conférences, les ateliers en groupe avec des supports vidéos et des mises en lien avec leur métier, et ce dans chacune des structures de cantine (4 grands pôles et 3 satellites dépendent de la mairie de Ronchin).

Figure 7. Représentation des participants en faveur d'une action de sensibilisation aux TOA



Discussion

Dans cette partie, nous nous attacherons dans un premier temps à rappeler les résultats centraux de notre enquête, afin d'infirmer ou confirmer dans un deuxième temps nos hypothèses initiales. Nous discuterons ensuite de ces conclusions puis nous dresserons une critique de la méthodologie mise en œuvre et nous aborderons les difficultés rencontrées lors de ce travail. Nous terminerons par les apports de cette étude pour la pratique orthophonique et les suites qui peuvent être données à ce mémoire.

1. Les principaux résultats

Rappelons tout d'abord que cette étude avait pour but de mieux connaître les personnels de cantine, partenaires essentiels donnant à manger aux enfants, et pourtant méconnus du grand public et des orthophonistes. Ils jouent un rôle majeur dans le parcours d'enfants porteurs de TOA, et c'est

pourquoi une formation semble nécessaire, au cours de laquelle les orthophonistes pourront leur transmettre des notions clés. En effet, à terme ils devraient pouvoir être suffisamment formés pour assumer sereinement l'accompagnement de ces enfants, tandis que les orthophonistes ne peuvent être présents au restaurant scolaire.

1.1. Méconnaissance des TOA

L'analyse des réponses à notre questionnaire suggère une évidente méconnaissance des TOA. Celle-ci se manifeste lors des temps de repas en collectivité à l'école, et se concrétise avec l'accueil d'enfants porteurs de TOA.

Le personnel de cantine a indiqué ne pas avoir de notions dans le champ de l'oralité alimentaire, et n'avoir jamais reçu d'action de sensibilisation à ce sujet. Leurs connaissances dans ce domaine relèvent ainsi de leur propre vécu ou expérience au fil de l'exercice de leur profession et des enfants rencontrés.

Cependant, la majorité des employés interrogés semble être en mesure de distinguer un comportement alimentaire normal d'une attitude atypique. Ils ont déjà entendu parler des TOA et pensent savoir en quoi cela consiste, mais ne savent pas quelle posture professionnelle adopter pour les accompagner au mieux lors de la pause méridienne. Par ailleurs, lorsqu'ils affirment côtoyer des enfants avec TOA à la cantine, leur réponse se base-t-elle sur l'observation de comportements qui les interpellent, ou est-ce parce qu'ils ont été mis au courant du PAI mis en place pour tel élève ?

Nous notons ici plusieurs contradictions dans leurs réponses, sans doute dues à une méconnaissance des TOA. Il semblerait que les personnes interrogées connaissent en surface les TOA, puisqu'elles indiquent dans leurs réponses savoir en quoi cela consiste, mais nous nous demandons sur quoi s'appuient ces savoirs, car ces même personnes ont répondu ne pas être familiarisées avec l'oralité alimentaire. Face à cette contradiction, nous nous interrogeons quant à leurs notions concernant le développement normal de l'alimentation chez un enfant, et trouverions pertinent d'approfondir ce point.

1.2. Absence de procédure établie de signalement d'un comportement alimentaire atypique

Les réponses recueillies indiquent que la majorité des employés au contact d'enfants lors de la pause méridienne se trouvent confrontés à des élèves présentant un comportement atypique à la cantine. Dans cette situation ils en réfèrent à l'équipe pédagogique et au responsable d'établissement, qui préviennent à leur tour les parents de leurs inquiétudes. Ces données laissent penser qu'il existe une transmission orale des comportements observés à la cantine, entre le personnel de cantine et le restant de l'équipe scolaire, mais qu'aucun protocole n'a été établi pour faciliter la communication et la prise de décision concernant un enfant qui présente des difficultés alimentaires.

Ceci suggère que lorsqu'il y a un dépistage de troubles alimentaires, en l'absence de procédure claire, la suite de la démarche repose sur l'improvisation et sur le bon sens du personnel de cantine.

2. Vérification des hypothèses et discussion

Au travers de cette étude, nous sommes partis du postulat que les employés de restauration scolaire recevaient des informations au sujet d'enfants porteurs de TOA. Cette première hypothèse a pu être partiellement validée par notre enquête.

En effet, notre état des lieux a révélé que ces employés étaient informés de l'accueil de tout élève bénéficiant d'un PAI ou faisant l'objet d'inquiétudes sur le plan de son alimentation. Néanmoins, en l'absence de protocole rigoureux, nous n'avons pu cerner de quelle façon ils reçoivent ce type de données ni quel est leur degré d'informations à ce sujet. 47% d'entre eux ont indiqué avoir déjà rencontré des élèves porteurs de TOA lors de l'exercice de leur profession à la cantine. Certes le personnel de cantine reçoit des indications concernant un enfant pour lequel un PAI est mis en place, mais pour se saisir judicieusement de ces données encore faut-il avoir à disposition une grille de lecture, leur permettant d'utiliser au mieux ces informations dans leur rôle d'accompagnants. Ce dernier point est justement au cœur de notre deuxième hypothèse.

Dans un deuxième temps, nous avons formulé l'hypothèse que ces mêmes employés étaient formés à l'accueil d'enfants porteurs de TOA en milieu scolaire.

Notre enquête infirme ce postulat, aucune des personnes interrogées n'a reçu de formation au sujet de l'oralité alimentaire ou des TOA. La totalité des réponses met en lumière une demande unanime de formation allant dans ce sens. De fait, tous les participants au questionnaire ont formulé le désir de recevoir une formation. Ils nous ont soumis des idées d'organisation d'une action qui leur permettrait d'accueillir les enfants porteurs de TOA dans des conditions optimales. En effet, après analyse de leurs réponses, nous avons relevé que ce thème n'était pas abordé dans leur formation initiale. Cette demande d'outils concrets corrobore le souci de continuité de la prise en soin des patients, et appuie la nécessité d'entreprendre un partenariat de qualité avec ces professionnels. Notre étude a par ailleurs fait émerger des indicateurs précis dans ce sens, et dont la mairie pourra se saisir afin d'établir un guide d'action répondant à leurs demandes.

Au sujet du point susmentionné, l'intérêt d'une collaboration orthophonistes - employés de restauration s'inscrit dans une démarche de prévention et donc de repérage des troubles. Notre troisième hypothèse consistait par ailleurs à affirmer que le personnel de l'école était formé pour repérer les TOA.

L'analyse des réponses recueillies nous permet de récuser cette hypothèse, et de préciser qu'aucun d'entre eux n'a bénéficié ne serait-ce que d'une action de sensibilisation. L'absence de formation est saillante au travers de nos résultats, or les employés de restauration scolaire sont des acteurs de première ligne dans la détection des difficultés alimentaires chez l'enfant. En effet, beaucoup d'entre eux ont indiqué constater des obstacles au bon déroulement du temps de repas chez certains élèves. Dès lors qu'ils observent des difficultés ils en réfèrent au restant de l'équipe pédagogique, qui prend le relai concernant la suite à donner. Ces données suggèrent qu'ils ont une place de choix pour repérer les troubles malgré l'absence de formation dans ce domaine, et qu'ils sont en capacité d'avertir d'autres acteurs du milieu scolaire.

Finalement, notre dernière hypothèse qui avançait que le personnel de cantine dispose d'une procédure claire permettant de faire remonter des informations, n'a pas été validée.

En effet, il n'existe pas de procédé clair de transmission des informations. En l'absence de protocole, tout semble reposer sur la bonne volonté des acteurs présents sur le terrain, qui observent

des dysfonctionnements et les communiquent oralement aux autres intervenants de l'école sans obtenir l'assurance que la démarche sera poursuivie.

Les écueils auxquels les différents acteurs de l'école doivent faire face pour communiquer leurs observations, pourraient être expliqués par la notion de secret professionnel qui encadre tout partage d'informations au sujet d'un enfant (Article L1110-4 du Code de la santé publique). En effet, nous avons mentionné ce cadre juridique dans la partie théorique, et il semblerait qu'il ait un impact sur le partenariat des différents intervenants, qu'il s'agisse du milieu scolaire ou médical. Outre l'absence de protocole clair qui pèse sur la qualité d'accueil d'un enfant porteur de TOA, le secret professionnel est également susceptible de freiner la communication autour de cet enfant, puisque les différents protagonistes ne semblent pas savoir comment se positionner ni quelles informations partager tout en restant dans le cadre légal. Cette spéculation non négligeable nous encourage à aborder les modalités du secret professionnel lors de la formation qui réunirait orthophonistes et professionnels de l'école, afin que tous sachent quelles informations peuvent être partagées et par quels biais, et ainsi faciliter la transmission bidirectionnelle d'éléments notables concernant un enfant.

Rappelons enfin que le but de notre étude était de dresser l'état des lieux des moyens existants chez le personnel de cantine en matière d'accueil d'enfants porteurs de TOA, afin de faire émerger des demandes et d'établir un guide d'action pour les aider dans leur rôle d'accompagnants. Si ce projet de formation voyait le jour, ceci aurait de fortes répercussions sur la suite de l'accueil des enfants dans les cantines de la ville de Ronchin.

3. Critiques méthodologiques et limites de notre travail

Plusieurs points méthodologiques de l'élaboration de cette étude peuvent être critiqués. Tout d'abord lors de la rédaction de la partie théorique, nous avons été confrontés à un manque de littérature scientifique en particulier dans le domaine de l'accueil collectif d'enfants porteurs de TOA en milieu scolaire. En effet, les articles servant de référence sont davantage concentrés sur la sensibilisation des professions médicales et paramédicales au repérage des Troubles de l'Oralité Alimentaire, ou s'appliquent à décrire la symptomatologie et la diversité des manifestations que nous pouvons rencontrer. Néanmoins, plusieurs articles ou extraits ont pu étayer notre théorie, bien qu'il s'agisse pour la plupart de recommandations de bonnes pratiques lors de la prise en soin d'un enfant porteur de TOA.

Nous nous sommes également confrontés à la problématique du peu de littérature concernant la notion de partenariat dans le champ de la prise en soins des TOA à l'école. Peu d'écrits ont été réalisés à la lumière des TOA, et lorsque c'est le cas, ils modélisent le concept de partenariat dans des contextes de travail en équipe médicale ou en entreprise, mais rarement en se focalisant sur la potentielle collaboration entre les employés de cantine et les orthophonistes. Ce dernier point justifie par ailleurs notre volonté d'interroger le personnel de cantine en ce sens. Ensuite, pour détailler les enjeux clés de la socialisation des enfants lors des repas partagés, nous avons dû sélectionner des études réalisées en sociologie et donc parfois quelque peu éloignées de la sphère orthophonique. Toutefois, la richesse et la complexité des enjeux liés à l'alimentation chez l'enfant impose de considérer ce sujet sous divers angles, et de chercher des ressources dans différentes disciplines.

Un autre point semble poser question, concernant la validité statistique et le poids de nos résultats, compte tenu le petit nombre de participants au questionnaire, alors que nous étions susceptibles d'atteindre une centaine de personnes au travers de notre enquête. En effet, les réponses de seulement quinze personnes sur les vingt-cinq participants ont pu être comptabilisées, du fait des réponses incomplètes rendues par les dix autres personnes.

Ceci peut s'expliquer par le laps de temps de chargement des pages entre chaque groupe de questions, qui les ont poussé à abandonner le questionnaire. Cependant, les résultats obtenus révèlent qu'avec une quinzaine de participants, les observations de cette étude n'en demeurent pas moins porteuses de sens, comme nous pouvons le constater lors de la vérification des hypothèses. Ce petit nombre de réponses peut également être expliqué par le mode de diffusion du questionnaire. En effet, nous avons transmis le lien de notre enquête à la mairie, qui l'a ensuite diffusé dans les différentes écoles. Ainsi, plusieurs filtres ont fait barrières entre les participants et nous-mêmes, comme la nécessité de solliciter régulièrement la mairie afin de fluidifier la distribution du questionnaire. Nous n'avons pas eu la main-mise sur la diffusion, ce qui a d'ailleurs rendu difficile l'accès aux employés de cantine.

Concernant le type de questions adressées au personnel de cantine, nous avons choisi plusieurs questions ouvertes afin d'obtenir des réponses plus fournies, qui se sont avérées très pertinentes pour compléter les autres données, mais parfois difficiles d'interprétation. En effet les résultats ont pu sembler contradictoires d'une question à l'autre, et dans notre volonté d'axer ce travail sur le partenaire de cantine, il aurait été intéressant d'adjoindre des entretiens semi-dirigés à notre enquête. Ceci nous aurait permis d'éclaircir les réponses ambiguës et de mieux cerner le fonctionnement du déjeuner, par exemple en observant si ces employés donnent toujours à manger aux mêmes enfants. Nous aurions pu atteindre plus facilement ces professionnels de restauration scolaire, qui travaillent à l'autre extrémité de la chaîne. Leur sphère demeure méconnue et peu abordable dans cette optique de partenariat.

À l'issue des résultats, nous avons envisagé la passation d'entretiens semi-dirigés afin de compléter nos premières analyses. Néanmoins, la chronologie de réalisation du mémoire ne nous a pas permis d'étayer nos données en utilisant ce procédé. En effet il aurait fallu prévoir un temps relativement important pour rédiger un guide d'entretien, rencontrer les employés, retranscrire les interviews et les analyser avec la procédure de codage thématique déductif (Bréchon, 2011). Cet aspect pourrait faire l'objet d'un prochain travail, qui aurait pour but d'observer et comprendre toute la chaîne mise en œuvre dans le suivi d'un enfant porteur de TOA.

4. Intérêt de cette étude pour la prise en soin des TOA et perspectives

Au travers de cette enquête, nous avons pu prendre conscience de la nécessité de mettre en place un partenariat de qualité entre les employés de cantine, qui observent des difficultés alimentaires, et les orthophonistes, qui prennent en charge les enfants concernés. Les réponses et remarques fournies par les différents acteurs de la pause méridienne scolaire nous confortent dans cette démarche de développement de la communication inter-professionnelle autour d'un enfant porteur de TOA.

La demande unanime de formation ou de sensibilisation à l'accueil d'un élève avec TOA cristallise ce besoin. D'autant plus que nous avons pu voir dans la partie théorique de ce travail, que les enjeux propres à l'accueil de ces enfants en particulier, requièrent une réhabilitation pluridisciplinaire (Puech, 2004). La réalisation de cette étude a mis en lumière les demandes spécifiques des employés de cantine. Dans cette optique de coopération entre tous les professionnels gravitant autour de l'enfant, il conviendrait d'interroger également les orthophonistes afin de recueillir leurs requêtes quant à la mise en place d'une communication efficace et de qualité, qui ferait le lien entre le monde scolaire et le monde orthophonique.

Afin de préciser les objectifs d'une éventuelle formation, ce mémoire pourrait donner lieu à une enquête plus approfondie où nous observerions les temps de repas en milieu scolaire, lors d'une immersion dans les cantines. Nous pourrions ainsi rencontrer les employés afin de mieux comprendre leur parcours de formation, leur expérience, et sur quoi se fonde leur sensibilité aux enfants. Ceci nous permettrait de cibler les outils nécessaires et précis dont ils ont besoin pour accompagner au mieux les enfants porteurs de TOA.

Avec cette même volonté d'améliorer et de renforcer le partenariat susmentionné, l'enquête menée auprès des orthophonistes affinerait les points essentiels à une bonne transmission entre ces deux corps de métier. En effet, disposer du point de vue des employés de cantine et de celui des orthophonistes permettrait de fournir un protocole de transmission efficace et complet, qui reflèterait les besoins de tous les professionnels concernés, en matière d'accompagnement des TOA au quotidien.

Par ailleurs, si une demande de formation a été explicitée par les employés de cantine, la question d'un partenariat entre les écoles et les orthophonistes a été moins développée. Ce dernier point pourrait faire l'objet d'un nouveau travail qui permettrait peut-être la mise en place de nouveaux outils. À ce sujet, une des personnes interrogées a suggéré d'affecter un orthophoniste référent pour les écoles de Ronchin, dans le cadre de l'accueil d'enfants présentant des troubles, et qui se tiendrait à disposition pour fournir des réponses aux problématiques rencontrées.

Cette enquête ayant été réalisée grâce à la participation de la Mairie de Ronchin, avec laquelle nous avons envisagé une action de sensibilisation aux TOA, nous leur avons communiqué la demande de formation émanant des écoles interrogées. La suite de ce travail consistera alors à rencontrer l'association « Parlons-en ! » qui se tient à leur disposition, pour établir un devis d'intervention et leur fournir des plaquettes de prévention à destination des employés exerçant dans les différentes écoles de la ville.

Enfin, ce travail pourrait être complété par une étude de cas d'un enfant suivi en orthophonie dans le cadre d'un TOA. Étudier un exemple concret permettrait d'explicitier le parcours que doivent suivre les enfants, et illustrerait ce que nous avons mis en lumière au travers de cet état des lieux, c'est à dire les rouages du fonctionnement qui se joue entre les différents partenaires accompagnant l'enfant dès lors que le diagnostic est posé.

Conclusion

Au travers de cette étude, notre dessein était de dresser l'état des lieux des moyens de transmission actuellement à disposition des interlocuteurs du milieu scolaire, dans le cadre de l'accueil d'un enfant porteur de TOA à la cantine. Cela consistait, grâce à un questionnaire diffusé dans les différentes écoles de Ronchin, à vérifier leurs connaissances des TOA, à apprécier l'accueil mis en place pour les enfants concernés, ainsi qu'à recueillir leur ressenti quant à l'accompagnement des élèves présentant cette problématique.

Notre état des lieux a permis de mettre en lumière le rôle essentiel des employés de cantine, qui sont en première ligne pour repérer des difficultés alimentaires, et ainsi initier des démarches d'aménagements du repas en collectivité. Ils sont les premiers à pouvoir transmettre ces observations et permettent ainsi de déclencher un processus d'accompagnement personnalisé de l'enfant. Toutefois, nous avons pu constater au travers des réponses, que leurs connaissances en matière de TOA étaient restreintes, et qu'ils désiraient être formés à l'accueil d'enfants porteurs de difficultés alimentaires, non seulement pour le bien-être des élèves, mais également afin d'exercer leur profession de manière sereine lorsqu'il s'agit d'aborder ces troubles en particulier.

Par ailleurs, cette enquête a révélé l'absence de véritable protocole de transmission, suggérant ainsi que leurs observations parviennent dans l'immédiat aux membres de l'équipe pédagogique mais pas nécessairement aux parents ou à l'orthophoniste. Cette transmission s'établit en fonction de la situation et ne répond à aucun protocole précis. Une communication autour des difficultés qu'ils relèvent lors de la pause méridienne est bien présente mais peu élaborée, et nécessiterait d'être approfondie afin d'inclure la famille et l'orthophoniste à cet échange d'informations.

Bien conscients du rôle essentiel de partenaire qu'ont les employés de cantine, nos objectifs étaient d'ouvrir la voie à une collaboration définie entre les différents acteurs. Nos résultats ont fourni à la mairie un véritable guide de formation à mettre en place pour le personnel de restauration scolaire. Cela leur permettra d'organiser des protocoles plus définis en termes de dépistage et de transmission d'informations autour des élèves accueillis à la cantine.

En effet, dans un but d'optimisation de la prise en soin d'un enfant porteur de TOA, il convient de mettre en place un partenariat solide entre des acteurs avertis et informés de ces troubles. Pour autoriser un meilleur repérage, puis une transmission efficace et enfin un accueil adéquat de ces enfants, la solution proposée à la Mairie de Ronchin est de faire intervenir l'association « Parlons-en ! » dans les écoles de la ville, afin de sensibiliser le personnel et répondre à toutes leurs questions.

Dans la continuité de ce travail de fin d'études, il serait intéressant d'enquêter auprès des orthophonistes cette fois-ci, afin de cerner ce qui d'après eux, contribuerait à développer ce partenariat avec les écoles concernant l'accueil des élèves présentant des TOA.

Bibliographie

Abadie, V. « L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant ». *Archives de Pédiatrie* 11, n° 6 (juin 2004): 603-5.

Abraham, N., et Torok, M. (1978). *L'écorce et le noyau. Flammarion.*

Bandelier, E. (2015). *Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant : pistes de prise en charge. Ortho Édition.*

Birlouez-Aragon, I., Rivière, S., Bailly, C., Burban, Y., Dardenne, A., Pertuis, S. (1998). Place de la restauration dans l'équilibre nutritionnel d'enfants de 6 à 8 ans. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 11 :98-103.

Bouchard, J.M., Pelchat, D., Boudreault, P. (1996) Les relations parents et intervenants : perspectives théoriques. *Apprentissage et socialisation*, 17 (1), 21-34.

Comoretto, G., (2015). *Manger entre pairs à l'école : Synchronisme et complémentarité des processus de socialisation. Sociologie. Université de Versailles-Saint-Quentin en Yvelines.*

Dubar, C. (1991). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles. Paris A. Colin.*

Leblanc, V., Ruffier-Bourdet, M. « Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel ». *Spirale* 51, n° 3 (5 novembre 2009): 47-54.

Le Robert. (2022). *Bouche. Dans Dictionnaire.*

LOI n°2021-1017 du 2août 2021, Article L1110-4. *Droits des personnes malades : principe du secret professionnel. Code de la santé publique.*

Milano, K., Chatoor, I., et Kerzner, B. « A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children». *Current Gastroenterology Reports* 21, n° 10 (octobre 2019): 51.

Muchielli, R. (2014) *Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective. ESF Éditeur.*

Rigal, N. (2000). *La naissance du goût : comment donner aux enfants le plaisir de manger. Noesis.*

Roustit, J., Pr Allieres, Appaix, A., Borel-Maisonny, S., Decroix, G., Diatkine, R., Duchêne, H., et al. Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant. *Rééducation Orthophonique*, n° 220 (décembre 2004). *Ortho Édition*.

Senez, C. (2002). Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises. Marseille, Solal.

Senez, C. (2015). Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition. *De Boeck-Solal*.

Thibault, C. (2017). Orthophonie et oralité, La sphère oro-faciale de l'enfant, 2^{ème} édition. *Elsevier Masson*.

Toomey, Kay A. (2002). When Children Don't Eat, The SOS approach to feeding.

Goday, P. S., et al (2019). Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 68(1), 124–129.

Liste des annexes

Annexe n°1: Tableau d'évolution de la déglutition en fonction du développement neuro moteur (Puech et Vergeau, 2004).

Annexe n°2 : SOS Approach to feeding (Toomey, 2002).

Annexe n°3 : Attestation de déclaration du questionnaire auprès du Délégué à la protection des données (DPO).

Annexe n°4 : Questionnaire diffusé auprès des employés des écoles.