

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



MEMOIRE

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

Lucie DELAPLACE

soutenu publiquement en juin 2024

**Les troubles alimentaires pédiatriques (TAP) :
Etat des lieux des définitions et diagnostics différentiels et des
connaissances dans le domaine de la petite enfance**

MEMOIRE dirigé par
Marie CRACCO, Orthophoniste, activité libérale, Comines

Remerciements

Je tiens en premier à adresser un grand merci à Marie Cracco qui a accepté d'encadrer ce mémoire et de m'accompagner tout au long de ce travail. Je la remercie pour ses conseils avisés, sa disponibilité et sa bienveillance. Merci également à Antoinette Lejeune d'avoir accepté d'être lectrice de ce mémoire.

Merci à Madame Brione-Miro pour son implication tout au long de ce projet. Merci également à ses élèves pour l'intérêt qu'ils ont porté à ce travail.

Merci à la crèche Lei Caganis pour leur accueil et leur participation à ce travail, et plus particulièrement à toi Victoria, pour ton temps et tes nombreux conseils. Merci à toi Fanny pour ton professionnalisme et l'intérêt que tu as porté à ce projet.

Merci à tous les étudiants et professionnels qui ont participé à notre enquête et qui nous ont apporté de précieuses réponses.

Un grand merci à mes maîtres de stage qui m'ont formée pendant ces cinq années et qui m'ont apporté des savoirs cliniques et humains.

Merci à toi Julie, pour ces deux belles années très formatrices.

Merci à toi Sophie, pour ces quelques mois remplis de licornes et de paillettes à tes côtés.

Merci à vous Laura, Stéphanie et Emmanuelle pour la confiance que vous m'avez accordée durant cette dernière année et tout ce que vous m'avez transmis.

Je suis fière de savoir qu'il y aura un peu de chacune de vous dans ma future pratique.

De manière plus personnelle, je tiens à remercier mes amis et ma famille.

Merci à mes parents pour leur soutien, pour avoir toujours cru en moi et pour avoir su me motiver quand j'en avais besoin. Merci papa de m'avoir sauvée avec mes statistiques !

Merci Ninou de m'avoir mise sur la piste de ce sujet et de m'avoir aidée dans ma réflexion.

Merci à mes lilloises d'ici et d'ailleurs : Jenna, cette dernière année de colocation avec toi a été de loin la plus belle ; Charlotte, merci de m'avoir apporté tous les jours ta lumière dans cette grisaille lilloise ; Chloé, merci pour ta douceur et tous ces footing ressourçants ; Angèle, merci pour ton rire qui m'a tant de fois réchauffé le cœur.

Enfin, un grand merci à Johanna, Ysée, Noémie et Lou pour leur fidèle amitié depuis toutes ces années. La fin de ce parcours signe le début de nos nouvelles aventures, toujours ensemble !

Résumé :

En 2019, l'équipe de Goday et al. a proposé le terme diagnostique « pediatric feeding disorder » (PFD). En français, ce terme se traduit « trouble alimentaire pédiatrique » (TAP) mais ne fait pas encore consensus. A travers ce mémoire, nous procéderons à une brève revue narrative de la littérature pour confronter les différentes terminologies retrouvées dans la littérature francophone au « TAP ». L'objectif de ce mémoire est de poser un cadre clair et défini pour permettre aux professionnels du domaine de la petite enfance de repérer précocement des signes d'alerte de ces troubles afin qu'ils participent à l'orientation précoce de l'enfant. En effet, nous émettons l'hypothèse que les TAP ne sont pas assez présentés lors des différentes formations théoriques initiales et que ces professionnels ressentent le besoin d'y être davantage formés. Nous avons donc conçu un questionnaire informatisé pour interroger les professionnels et futurs professionnels de la petite enfance sur leur formation, leurs connaissances sur les enjeux de l'alimentation de l'enfant et les TAP et leurs besoins en termes de formation à ce sujet. Les 130 réponses obtenues confirment nos hypothèses et traduisent effectivement un besoin et une envie de la part de cette population d'être mieux formés au sujet de ces troubles. Notre étude pourrait ouvrir le pas à la réflexion d'une introduction systématique d'un enseignement à ce sujet dans les différentes formations initiales du domaine de la petite enfance.

Mots-clés :

Troubles alimentaires pédiatriques, terminologie, professionnels de la petite enfance, formations théoriques initiales, dépistage précoce, orientation précoce.

Abstract :

In 2019, the team of Goday et al. proposed the diagnostic term "pediatric feeding disorder" (PFD). In French, this term is translated as "trouble alimentaire pédiatrique" (TAP) but there is still no consensus. In this dissertation, we will conduct a brief narrative review of the literature to compare the different terminologies found in the French-language literature with the term "TAP". The aim of this dissertation is to establish a clear and well-defined framework to enable professionals in the early childhood field to spot the warning signs of these disorders at an early stage, so that they can take part in the early guidance of the child. We hypothesise that TAPs are not sufficiently presented during the various initial theoretical training courses and that these professionals feel the need for more training. We therefore devised a computerised questionnaire to ask professionals and future professionals in the early childhood sector about their training, their knowledge of the issues surrounding children's nutrition and TAPs, and their needs in terms of training on this subject. The 130 responses we received confirm our hypotheses and indicate that there is indeed a need and a desire on the part of this population to be better trained on the subject of these disorders. Our study could pave the way for the systematic introduction of teaching on this subject in the various initial training courses in the early childhood field.

Keywords :

Pediatric feeding disorders, terminology, early childhood professionals, initial theoretical training, early screening, early referral

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	2
1. L'oralité	2
1.1. Définition.....	2
1.2. Passage de l'oralité primaire à l'oralité secondaire.....	2
1.3. L'alimentation et la construction du lien à l'autre	3
2. Les troubles alimentaires pédiatriques (TAP).....	4
2.1. Facteurs de risque des TAP	4
2.2. Signes d'alerte des TAP	5
2.3. Rôle des professionnels de santé autour des TAP.....	6
2.4. Rôle des professionnels de la petite enfance autour des TAP.....	7
3. Buts et hypothèses	8
Méthodologie	8
1. Etat des lieux des définitions et des diagnostics différentiels des TAP	8
2. Etat des lieux des connaissances sur les TAP chez les étudiants et professionnels de la petite enfance	8
2.1. Population d'étude	9
2.2. Choix du matériel.....	9
2.3. Elaboration du questionnaire	9
2.4. Présentation et format du questionnaire.....	10
2.5. Objectifs du questionnaire	11
3. Procédure	11
3.1. Contact et diffusion.....	11
3.2. Analyse statistique des résultats.....	11
Résultats.....	12
1. Résultats de la revue de la littérature	12
1.1. Terminologie.....	12
1.2. Diagnostics différentiels du TAP	13
1.2.1. La néophobie alimentaire.....	13
1.2.2. Les troubles du comportement alimentaire.....	13
1.2.3. L'ARFID.....	14
2. Résultats de l'enquête	15
2.1.1. Statut.....	15
2.1.2. Diplômes.....	15
2.1.3. Année d'obtention du dernier diplôme dans le domaine de la petite enfance	16
2.1.4. Modalités de formation	16

2.1.5. Lieu d'exercice	16
2.3.1. Connaissance des TAP	18
2.3.2. Connaissance des signes cliniques des TAP	18
2.3.3. Fréquence des enfants présentant des difficultés pendant les repas dans la pratique professionnelle	18
2.3.4. Fréquence des enfants présentant des difficultés pendant les repas dans formation pratique	19
2.3.5. Aptitude à repérer des signes d'alerte.....	19
2.3.6. Types de ressources et supports de formation sur les TAP	19
2.3.7. Défis auxquels font face les professionnels	19
2.3.8. Orientation vers d'autres professionnels.....	19
2.3.9. Rôle des professionnels et futurs professionnels de la petite enfance dans l'accompagnement des enfants présentant un TAP.....	20
2.3.10. Sentiment de légitimité dans l'orientation des enfants susceptibles de présenter un TAP	20
Discussion.....	20
1. Analyse des résultats et validation des hypothèses	20
1.1. Discussion des résultats	20
1.1.1. Intérêt de l'utilisation d'une terminologie consensuelle	20
1.1.2. Apports de la formation sur les enjeux de l'alimentation de l'enfant	21
1.1.3. Connaissances sur les TAP	22
1.1.4. Besoins en termes de formation sur les TAP	23
1.2. Validation des hypothèses.....	24
2. Critiques méthodologiques	25
2.1. Elaboration du questionnaire	25
2.2. Diffusion du questionnaire et analyse des données	26
3. Limites de l'étude	27
4. Intérêts et perspectives de l'étude	27
Conclusion.....	28
Bibliographie	29
Liste des annexes	33
Annexe 1. Plaquette informative du questionnaire	33
Annexe 2. Questionnaire diffusé aux professionnels et aux étudiants du domaine de la petite enfance	33
Annexe 3. Présentations graphiques des résultats de la première partie du questionnaire	33
Annexe 4. Présentations graphiques des résultats de la deuxième partie du questionnaire	33
Annexe 5. Présentations graphiques des résultats de la troisième partie du questionnaire.....	33
Annexe 6. Plaquette informative proposée par l'association « Parlons-en ! », l'URPS Orthophonie Hauts-de-France et la filière santé maladies rare Fimatho	33

Introduction

Les troubles de l'oralité font référence à des difficultés alimentaires qui se manifestent par un refus partiel ou total de s'alimenter par voie orale et qui peuvent avoir des répercussions sur la santé de l'enfant (Guillerme, 2014) : perte de poids, malnutrition, déshydratation, système immunitaire diminué, infections, répercussions psychologiques. Les difficultés alimentaires – qu'elles soient passagères ou persistantes – concerneraient 13 à 50% des enfants au développement typique et 80% des enfants présentant des troubles du développement (Alridge et al., Bryant-Waught et al., Carruth et al., Filed et al., Manikam & Perman, Mascola et al., Williams et al., cités par Nadon, 2011). Néanmoins, cette fréquence serait probablement imprécise car encore peu de données sont publiées sur le sujet et les terminologies employées pour qualifier les difficultés alimentaires sont nombreuses, notamment en France, et recouvrent parfois des critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que des diagnostics différentiels différents. L'équipe de Goday et al. a proposé en 2019 un terme diagnostique consensuel pour définir ces troubles : il s'agit du « Pediatric Feeding Disorder » (PFD), dont la définition et les critères diagnostiques ont été conçus par des experts autour des domaines médicaux, nutritionnels, des compétences alimentaires et de la sphère psychosociale. Ce consensus avait pour objectif la proposition d'un terme et d'une définition communs à l'ensemble des professionnels impliqués dans le domaine de l'oralité et de l'alimentation de l'enfant.

Le PFD a été traduit en français par l'expression « trouble alimentaire pédiatrique » (TAP) mais il ne s'agit que d'une traduction terme à terme non officielle qui coexiste en France avec une diversité nosographique : « trouble de l'oralité alimentaire » (TOA) (Abadie, 2014), « dysoralité de l'enfant » (Thibault, 2017), « dysoralité sensorielle avec ou sans aversion alimentaire sensorielle » (AAOS) (Senez, 2020), « restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments » (ARFID) (DSM5), « trouble alimentaire pédiatrique » (TAP) (Goday et al., 2019). Quelle que soit la terminologie utilisée, ces troubles peuvent se manifester chez les très jeunes enfants lorsque les mécanismes complexes impliqués dans l'installation de l'oralité sont perturbés dans leur développement précoce. La prévention et traitement de ces troubles sont donc complexes et nécessitent une approche personnalisée, dynamique et impliquant plusieurs disciplines. Heureusement, ces dernières années, la compréhension de l'importance de ces troubles et leur prise en charge ont considérablement progressé grâce à une approche pluridisciplinaire au cœur de laquelle les professionnels de la petite enfance ont un rôle à jouer dans l'accompagnement de l'enfant. Ils interviennent quotidiennement sur des temps de repas auprès de très jeunes enfants susceptibles de présenter un trouble de l'oralité et pourraient donc être des acteurs majeurs de leur orientation précoce.

L'objectif de ce mémoire est donc de faire un état des lieux de la nosographie francophone en confrontant les terminologies retrouvées dans la littérature au terme diagnostique consensuel « TAP » proposé par l'équipe de Goday et al. (2019). En détaillant par la suite les diagnostics différentiels de ces troubles, nous poserons un cadre clair et défini pour permettre aux professionnels du domaine de la petite enfance de repérer précocement des signes d'alerte de ces troubles afin qu'ils participent à l'orientation précoce de l'enfant et qu'ils accompagnent au mieux son développement alimentaire en partenariat avec les parents et les autres professionnels impliqués dans le traitement de l'enfant.

Dans la partie théorique, nous définirons le concept d'oralité, nous décrirons le passage de l'oralité primaire à l'oralité secondaire et nous évoquerons le lien entre l'alimentation et la construction du lien à l'autre. Nous définirons ensuite le TAP tel qu'il est décrit par l'équipe de Goday

et al. et en préciserons les facteurs de risque et signes d'alerte. Enfin, nous décrirons le rôle des différents professionnels de santé dans le cadre d'un TAP, puis, plus spécifiquement, celui des professionnels de la petite enfance.

Dans la partie pratique, nous procéderons à une brève revue narrative critique de la littérature francophone pour dresser un état des lieux des terminologies utilisées pour qualifier le TAP, avant d'en évoquer les diagnostics différentiels. Cette revue nous permettra de poser un cadre clair quant à ce trouble et d'avoir des critères et signes d'alerte précis à proposer aux professionnels de la petite enfance afin qu'ils puissent, si besoin, orienter au mieux et le plus précocement possible l'enfant et ses parents. Nous interrogerons via un questionnaire les étudiants et professionnels de la petite enfance au sujet des TAP : nous souhaitons évaluer leurs connaissances sur ce sujet et leurs besoins ressentis en termes de formation initiale et continue.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. L'oralité

1.1. Définition

Le terme « oralité » est issu de la psychanalyse et fait référence à l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche, c'est-à-dire l'alimentation, la respiration, le cri, l'exploration tactile et gustative ainsi que la communication et le langage (Abadie, 2008). La sphère oro-faciale est une zone clé dans le processus développemental de l'enfant, tant au niveau alimentaire et nutritionnel qu'au niveau psychique, sensoriel, sensori-moteur, langagier et communicationnel. La question de l'oralité réunit donc plusieurs disciplines et nécessite une mise en commun des différents regards professionnels pour l'envisager dans sa globalité et dans sa dynamique développementale (Abadie, 2017). Elle implique des structures sensorielles, motrices, neurologiques, psychiques, affectives et cognitives et son développement s'appuie sur un investissement global du corps. La bouche, organe principal impliqué dans l'oralité est le lieu des premiers attachements, des découvertes et des interactions (Delfosse et al., 2006) et se trouve alors impliquée dans de nombreux processus participant à l'ontogenèse de la personne (Golse & Guinot, 2004). Pour le bébé, l'oralité est alors un moyen de découvrir le monde qui l'entoure et de se familiariser avec, tout en façonnant sa propre personne.

1.2. Passage de l'oralité primaire à l'oralité secondaire

L'oralité primaire est un réflexe automatique dépendant du tronc cérébral. Durant cette période, l'oralité du fœtus, puis plus tard du nouveau-né, est régie par un ensemble de réflexes dits « archaïques » qui disparaîtront vers quatre mois environ : le réflexe de fuissement, des points cardinaux, de protrusion de langue, d'automatisme de rotation de langue, de morsure phasique et enfin de succion non-nutritive. Le réflexe de Hooker amorce le réflexe de succion et les premiers mouvements antéro-postérieurs de la langue qui se mettent en place vers la dixième semaine (Thibault, 2017). La succion est donc l'une des premières fonctions à se manifester chez le fœtus. Elle précède la déglutition fœtale qui apparaîtra deux à cinq semaines plus tard et qui sera fonctionnelle entre 12 et 15 SA. La séquence motrice automatique « succion-déglutition », régie par des réseaux neuronaux préprogrammés du tronc cérébral (Couly, 1991), sera répétée et automatisée in utero jusqu'à la fin de la grossesse, avec des mouvements involontaires de succion des doigts ou des orteils et la déglutition du liquide amniotique. Nous distinguons deux types de succion réflexe :

- D'une part, la succion non nutritive, dite « succion plaisir », débute vers 18 SA pour être mature vers 28 SA. Celle-ci implique des mordillements et des mouvements antéro-postérieurs rapides de la langue. Les trains de succion ne sont pas systématiquement suivis de déglutition : il n'y a donc pas forcément d'ingestion de liquide amniotique pour le fœtus ou de lait pour le nouveau-né.
- Cette succion non-nutritive est essentielle car elle facilite le développement du comportement de succion et facilite la digestion par la sécrétion d'enzymes (Foster et al., 2016).
- D'autre part, la succion nutritive qui nécessite une bonne coordination succion-déglutition-respiration, mature vers 37 SA. Celle-ci implique une ventilation nasale, une occlusion de l'orbiculaire des lèvres autour du mamelon ou de la tétine, une bonne contraction du voile sur le dos de langue, des mouvements antéro-postérieurs de la langue plus lents que ceux retrouvés dans la succion non-nutritive, une déglutition en apnée et une reprise respiratoire (Foster et al., 2016).

Dans le cas d'une naissance à terme, l'équipement neurologique assurant les fonctions de succion et de déglutition est mature. Le lait est pendant les premiers mois de vie l'aliment exclusif du nourrisson et la succion est la seule stratégie d'alimentation mature.

L'oralité secondaire relaie progressivement l'oralité primaire vers l'âge de quatre mois grâce à la corticalisation des structures mises en jeu et à l'inhibition progressive de la motricité réflexe. Le passage à la cuillère débute entre quatre et sept mois et signe la transition entre une oralité primaire réflexe, dépendante du tronc cérébral, et une oralité secondaire volontaire.

L'alimentation volontaire permet la mise en place de nouveaux schèmes moteurs. Le « suckling », qui fait référence aux mouvements antéro-postérieurs de la langue propres à l'oralité primaire, fait progressivement place au « sucking », propre à l'oralité secondaire. Le sucking fait référence à des mouvements de la langue de haut en bas qui apparaissent entre six et neuf mois, lorsque l'enfant est capable de tenir en position verticale (Puech & Vergeau, 2004). Ces mouvements permettent une mobilité plus efficace de la mandibule lors de la prise alimentaire. La fonction de malaxage apparaît avant la mastication : entre six mois et un an, l'enfant apprend à faire passer les aliments d'un côté à l'autre de sa bouche avant de les avaler. La mastication se met en place avec l'apparition des dents de lait entre six mois et trois ans et nécessite un long apprentissage pour devenir stable vers cinq ans (Couly, 2010).

1.3. L'alimentation et la construction du lien à l'autre

Dès les premières heures de vie, le nouveau-né se dirige instinctivement vers le sein de sa mère afin de satisfaire ses besoins physiologiques tels que la faim, le froid et le besoin de contact physique. L'oralité possède un rôle majeur dans la construction de l'attachement et du développement psychique de l'enfant (Goulet et al., 2012), notamment par la continuité entre le cordon ombilical pendant la grossesse et le sein ou le biberon après la naissance (Bowlby, 1978). La théorie de l'attachement de J. Bowlby considère la succion et le cri comme deux mécanismes essentiels d'attachement, directement sous-tendus par la bouche qui est donc un organe essentiel dans la construction des relations interpersonnelles et du jeu relationnel (Golse & Guinot, 2004).

Lors du sevrage alimentaire, l'enfant va progressivement se détacher de sa mère pour satisfaire ses besoins. Les temps de repas sont des moments d'interaction au cours desquels l'enfant peut communiquer son plaisir ou son dégoût avec sa mère mais aussi avec son entourage. Bien que la mère ait un rôle indéniable dans l'acte de nourrissage, il paraît important de souligner que « l'autre » peut

aussi participer à la construction du lien social à travers les temps de repas (Urban, 2016). Peu à peu, ce dernier prend conscience que ses comportements suscitent des réactions chez l'autre et se met alors en place un jeu relationnel autour des notions de plaisir et déplaisir alimentaire. L'alimentation ne contribue pas seulement au maintien de la vie. Elle participe au développement de la socialisation et du lien à l'autre, à la convivialité et à la construction de l'identité personnelle et culturelle (Chiva, 2012).

2. Les troubles alimentaires pédiatriques (TAP)

En 2019, Goday et al. proposent une définition consensuelle internationale pour évoquer les troubles de l'alimentation chez l'enfant. Cette proposition s'inscrit dans une volonté de faire progresser la pratique clinique et la recherche en offrant aux différents praticiens concernés une terminologie commune et précise. Ainsi, le « Pediatric Feeding Disorder » (PFD), ou « Trouble Alimentaire Pédiatrique » (TAP) en français, est décrit comme « une altération de l'apport oral qui n'est pas adapté à l'âge, qui dure depuis au moins deux semaines et qui est associée à un dysfonctionnement médical, nutritionnel, alimentaire et/ou psychosocial » (Goday et al., 2019). Le TAP est dit « aigu » lorsqu'il dure entre deux semaines et trois mois et « chronique » lorsqu'il persiste au-delà de ce délai (Goday et al., 2019). Le trouble ne doit pas être expliqué par des comportements culturels (exemple : jeûne), un manque de nourriture ou des troubles du comportement alimentaires (TCA).

2.1. Facteurs de risque des TAP

L'alimentation est une activité complexe dont le développement est sous-tendu par de nombreux facteurs génétiques, morphologiques, neurologiques, physiologiques, sensorimoteurs, environnementaux et culturels. La diversité des facteurs mis en jeu dans l'alimentation participe à sa richesse autant qu'à sa fragilité : lorsqu'un ou plusieurs des facteurs impliqués dans ce processus dysfonctionnent, l'oralité peut être mise à mal et susceptible d'évoluer vers un TAP.

Une hospitalisation précoce après la naissance implique souvent la mise en place d'une ventilation et d'une alimentation assistées, notamment dans le cadre de la prématurité quand la séquence succion-déglutition-respiration est immature. Les dispositifs respiratoires et d'alimentation (intubations, extubations, aspirations) sont intrusifs voire douloureux et peuvent entraver l'investissement de la sphère orale, entraîner des séquelles organiques ou fonctionnelles et finalement perturber le développement global des compétences sensori-motrices nécessaires au bon développement. Martinet (2009) souligne que « l'alimentation par sonde prive le bébé d'expériences sensori-motrices en termes de saveur, d'odeur, de consistance, de température etc. et limite l'exercice sensori-moteur permettant l'utilisation de la sphère orale ». Le nourrisson est en effet dans une posture passive et ne bénéficie pas de stimulations orales lui permettant d'entraîner les différentes fonctions nécessaires à sa future alimentation per os. Les douleurs orales, les soins inconfortables voire traumatiques et le manque d'expériences sensorielles précoces peuvent également entraîner une hypersensibilité ou hyposensibilité de la sphère oro-faciale et progressivement, un désinvestissement de celle-ci (Castelain, 2012). Delfosse et al. (2006) se sont intéressés à l'impact à long terme des soins intensifs en interrogeant des parents d'enfants nés prématurément, âgés de trois ans et demi au moment du questionnaire. Celui-ci a mis en évidence :

- D'une part, un lien entre une ventilation artificielle prolongée et une hypersensibilité buccale, des difficultés de mastication et des difficultés praxiques ;

- D'autre part, un lien entre une alimentation artificielle prolongée et des difficultés de passage à la cuillère et de mastication.

La prématurité n'est néanmoins pas la seule cause d'hospitalisation du nouveau-né. Les enfants qui présentent des pathologies digestives (par exemple le reflux gastro-œsophagien) ou des malformations oro-faciales (par exemple les fentes oro-faciales) nécessitent souvent une ventilation et/ou une alimentation assistée, et ce précocement. Ces dispositifs sont, comme dans le cas de la prématurité, responsables de deux mécanismes physiopathologiques souvent à l'origine d'un TAP : d'une part, ils entraînent un déficit de développement des praxies et compétences bucco-faciales qui altère le réflexe de succion ; d'autre part, l'inconfort et les traumatismes qu'ils provoquent participent à l'installation d'un réflexe nauséux hypersensible (Menier et al., 2014). Les pathologies et malformations citées précédemment peuvent être isolées ou exister au sein d'un tableau syndromique plus complexe (syndromes génétiques, neurologiques ou malformatifs). Ainsi, le polyhandicap, par les diverses atteintes qu'il sous-tend, constitue un autre facteur de risque de TAP.

Les enfants présentant un trouble du neurodéveloppement (TED) et plus précisément ceux porteurs d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) sont également considérés comme population à risque de développer un TAP : 56 à 87% d'entre eux seraient concernés par ces troubles (Ahearn et al., De Mayer, Martins et al., Nadon, Nadon et al., Schreck et al., cités par Nadon, 2011) et cette population pédiatrique serait même susceptible d'être la plus à risque de développer des difficultés alimentaires (Cermak et al., Collins et al., Nadon et al., Provost et al., Schmitt et al., Williams et al., cités par Nadon, 2011). Les familles rapportent fréquemment des choix alimentaires restreints (Erickson et al., 2005) qui se caractérisent par un refus de la nouveauté, une sélectivité alimentaire et des problèmes comportementaux lors des repas (Manikam et al., cités par Nadon et al., 2008). Dans le cadre d'un TSA, l'étiologie des TAP serait davantage liée à un trouble du traitement des informations sensorielles (Nadon, 2011) et plus précisément d'une atteinte de l'intégration sensorielle. Néanmoins, il convient de préciser qu'un enfant porteur de TSA peut tout à fait présenter un TAP d'origine organique, motrice ou psycho-comportementale.

Plusieurs terrains sont donc propices à l'apparition d'un TAP et les enfants concernés peuvent présenter des tableaux cliniques très différents. Les atteintes neurologiques (AVC, épilepsie), digestives (RGO, atresie de l'œsophage) et respiratoires (asthme), la prématurité, la ventilation et la nutrition artificielles, les troubles du neurodéveloppement (TSA, TDAH) et les syndromes génétiques (syndrome de Down, syndrome de Prader-Willi) et malformatifs (fentes oro-faciales) sont autant de facteurs de risques de TAP et nécessitent une grande vigilance de la part du corps médical et paramédical et des parents.

2.2. Signes d'alerte des TAP

La plupart du temps, les difficultés alimentaires apparaissent pendant la petite enfance, notamment au cours des transitions dans le mode d'alimentation (sevrage, diversification, modification des textures) (Grevesse et al., 2020). Certains signes d'alerte observables lors de l'alimentation peuvent alors évoquer un éventuel TAP et doivent faire l'objet d'une vigilance de la part des professionnels médicaux et paramédicaux et des parents. Ces signes peuvent être classés en trois catégories :

Tableau 1. Signes d'appel des troubles alimentaires pédiatriques (Lecoufle, 2019 ; citée par Lesecq-Lambre, 2019).

Signes oro-moteurs	Signes sensoriels	Signes psycho-comportementaux
Hypotonie bucco-faciale	Investissement limité de la sphère orale	Désintérêt pour l'alimentation
Hypertonie bucco-faciale	Recherche de stimulation excessive	Absence d'appétence orale
Troubles des praxies fonctionnelles (succion, mastication...)	Grimaces, réflexe nauséux très sensible, nausées et vomissements	Refus alimentaire
Voix mouillée, fausses routes (signes de gravité)	Aversions sélectives alimentaires	Conduites d'évitement avec mise en place de défenses et stratégies
Repas long (> 30 minutes)	Hyper ou hypo-réactivité sensorielle globale et/ou orale	Conflit et/ou anxiété au cours des repas
Fatigabilité	Difficulté lors du changement de texture	Mise en place de stratégies alimentaires parentales
Nourriture stockée en bouche		Peur d'avaler et/ou de s'étouffer

2.3. Rôle des professionnels de santé autour des TAP

Les origines des TAP sont multiples et incluent des facteurs médicaux, développementaux et comportementaux, d'où la nécessité de proposer une prise en soin pluridisciplinaire afin que chaque professionnel apporte son expertise. Idéalement, le projet thérapeutique et les objectifs découlent d'une stratégie commune construite par l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale, en cohérence avec la dynamique familiale.

Le pédiatre repère les situations à risque et peut orienter vers un orthophoniste s'il relève lors de son examen clinique des signes évocateurs d'un TAP. Il peut contribuer au diagnostic d'un TAP en s'appuyant sur des repères développementaux de l'enfant tout-venant et sur la croissance staturo-pondérale, en prenant en compte les variations interindividuelles et les spécificités propres aux différentes pathologies éventuelles (Van der Horst, 2010). Le gastro-pédiatre prend en charge les enfants présentant des troubles gastro-intestinaux et peut proposer, au même titre que le diététicien et le nutritionniste, un soutien nutritionnel (enrichissement de l'alimentation, compléments alimentaires, nutrition entérale ou parentérale) s'il estime que la croissance de l'enfant n'est pas optimale ou une adaptation des modes d'alimentation si les compétences oro-motrices de l'enfant ne sont pas suffisamment développées. Les médecins et soignants devront garder un œil critique sur les dispositifs mis en place en prenant en compte leurs effets néfastes sur l'oralité et en se mobilisant pour que leurs soins, bien qu'ils soient indispensables, aient un impact minimum sur la sensorialité de l'enfant et sa future reprise alimentaire par voie orale (Mercier, 2004). Si l'enfant est hospitalisé, ils veilleront également à soutenir les échanges relationnels entre lui et son parent afin que le processus d'attachement puisse se mettre en place dans les meilleures conditions. L'oto-rhino-laryngologue recherchera des anomalies structurelles au niveau de l'œsophage, du larynx et du pharynx (Kleinert, 2017) potentiellement responsables de troubles de la déglutition et de TAP. Il est à ce jour le seul spécialiste apte à pratiquer un examen fonctionnel de déglutition.

L'orthophoniste évalue avec précision le dysfonctionnement de la sphère oro-faciale. Il peut poser un diagnostic de TAP et proposer une prise en soin. Il convient d'intervenir précocement, notamment par la mise en place d'un partenariat parental : il s'agit d'un « processus collaboratif, dynamique et intégratif reposant sur une relation de confiance réciproque (alliance thérapeutique) » (Boisclair, cité par Perichon & Gonnot, 2021) par lequel se crée un espace de soutien, d'écoute et de confiance. L'objectif est de permettre aux parents de devenir acteurs de la prise en soin en les aidant

à adopter des comportements favorables et positifs vis-à-vis de l'alimentation de leur enfant (FNO, 2015). Outre l'aspect préventif, l'intervention orthophonique sera principalement axée sur un réinvestissement de la sphère oro-bucco-faciale à travers une éducation gnoso-praxique orale (Thibault, 2017) à laquelle le kinésithérapeute peut également prendre part, un travail sensoriel à partir de sollicitations orales et un travail oro-moteur. Le psychomotricien peut intervenir pour rétablir l'investissement du corps et par ce biais, l'investissement de la sphère orale fragilisée par les nombreux gestes intrusifs. Grâce à des sollicitations multisensorielles, il accompagne l'enfant dans des expériences qui favorisent son ajustement corporel et son tonus.

L'ergothérapeute travaille à l'adaptation de l'environnement de l'enfant, notamment sur les temps de repas. Il propose des outils et installation pensés pour stabiliser la posture de l'enfant et le rendre autonome.

Parallèlement, psychologues et pédopsychiatres peuvent intervenir pour accueillir les angoisses des parents, les revaloriser et éviter l'installation de mécanismes néfastes inconscients qui pourraient nuire à la construction du lien parents-enfants.

2.4. Rôle des professionnels de la petite enfance autour des TAP

Exercées majoritairement par des femmes, les professions de la petite enfance (assistante maternelle, puéricultrice, auxiliaire de puériculture, auxiliaire de petite enfance, éducateur de jeunes enfants) sont souvent considérées à tort comme du simple maternage ou comme des professions d'occupation (Ulmann et al., 2011). Les compétences professionnelles et les savoirs qu'elles exigent sont rarement questionnés contrairement aux qualités affectives et relationnelles qui paraissent essentielles pour les parents (Ulmann et al., 2011). La féminisation de ces professions explique en partie leur invisibilité puisque ces activités sont considérées comme normales pour la femme, et non comme un réel travail (Benelli & Modak, Cresson, cités par Ulmann et al., 2011). Pour autant, les enjeux de ces métiers sont multiples et impliquent la distinction entre le rôle des professionnels et celui des parents. La prévention est une compétence inhérente à ces professions qui doit permettre de s'assurer de la santé de l'enfant et de son bon développement et qui permet par ailleurs de faire reconnaître la professionnalité de ces métiers (Ulmann et al., 2015). C'est au cours des repas notamment que les professionnels de la petite enfance peuvent être amenés à repérer certains comportements : ils sont au cœur de la gestion de la néophobie et peuvent identifier des signes pouvant évoquer un TAP. En effet, chez les très jeunes enfants, le passage de l'oralité primaire réflexe à l'oralité secondaire volontaire peut faire apparaître des difficultés jusqu'ici passées inaperçues et les professionnels doivent faire part de leurs observations aux parents et les réorienter en cas de besoin.

L'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) Orthophoniste Hauts-de-France, la filière de santé maladies rares Fimatho et l'association de prévention en orthophonie « Parlons-en ! » proposent une plaquette informative à destination des familles mais également des professionnels de la petite enfance présentant les principaux signes d'alerte, les idées reçues sur ce trouble, des pistes d'accompagnement ainsi qu'une liste de professionnels vers qui s'orienter (cf Annexe 6). Ce document ouvre le pas à l'intégration des professionnels du domaine de la petite enfance dans le dépistage précoce de ces troubles.

3. Buts et hypothèses

Les professionnels de la petite enfance ont un rôle important à jouer dans le dépistage et l'orientation des enfants présentant des difficultés alimentaires. Pour accompagner au mieux l'enfant et ses parents et prendre part à la réflexion pluridisciplinaire, il est nécessaire qu'ils puissent se référer à un cadre défini avec des critères précis. Or, à ce jour, il semblerait que les programmes de formation des différentes professions du domaine soient encore très hétérogènes à ce sujet et ne proposent pas systématiquement d'enseignement sur les TAP. Ce mémoire vise à faire un état des lieux des différentes définitions francophones encore utilisées pour évoquer un TAP et de présenter leurs diagnostics différentiels. Nous souhaitons également avoir une idée précise des connaissances dont disposent les étudiants et professionnels de la petite enfance à ce sujet. L'objectif est de pouvoir dégager de cet état des lieux un cadre commun précis sur lequel ces professionnels et futurs professionnels pourront s'appuyer pour alerter les parents et les orienter en cas de besoin.

Nous émettons donc une première hypothèse selon laquelle les professionnels et futurs professionnels de la petite enfance ne sont pas suffisamment formés aux enjeux de l'alimentation de l'enfant, et plus particulièrement aux TAP. Notre seconde hypothèse découle de la première : nous pensons qu'ils ressentent un besoin de se former davantage à cette problématique pour accompagner au mieux les enfants présentant ces troubles et leurs familles et participer au dépistage précoce.

Méthodologie

1. Etat des lieux des définitions et des diagnostics différentiels des TAP

Afin de balayer la nosographie et faire le parallèle entre les différentes définitions retrouvées et celle du TAP proposée par Goday et al. en 2019, nous avons réalisé une brève revue narrative de la littérature entre octobre 2023 et janvier 2024. L'objectif de cette revue est d'analyser et confronter les différents diagnostics différentiels et critères d'exclusion proposés pour caractériser ce que nous qualifions désormais de TAP.

Nos recherches ont été effectuées sur les bases de données GoogleScholar, PubMed et HAL, à partir des mots clés suivants : « PFD », « pediatric feeding disorder », « TAP », « trouble alimentaire pédiatrique », « trouble de l'oralité », « trouble de l'oralité alimentaire », « TOA », « ARFID », « avoidant/restrictive food intake disorder », « syndrome de dysoralité sensorielle », « SDS », « dysoralité », « trouble de l'oralité sensorielle », « peaky eaters », « diagnostics différentiels » et « differential diagnosis ». La bibliographie des publications retenues a été consultée afin d'élargir nos recherches sur le sujet. Enfin, certains ouvrages déjà connus et cités dans la partie théorique de ce mémoire ont été réutilisés pour cette revue de la littérature.

2. Etat des lieux des connaissances sur les TAP chez les étudiants et professionnels de la petite enfance

La seconde partie de ce mémoire se veut davantage pratique. Nous souhaitons questionner les étudiants et professionnels du domaine de la petite enfance sur leurs connaissances au sujet des TAP afin de quantifier leurs besoins en termes de formation initiale et continue à ce sujet.

D'abord, nous présenterons la population cible de notre étude, puis nous exposerons le matériel choisi et le mode de diffusion.

2.1. Population d'étude

Notre étude s'adresse aux personnes en formation préparant les diplômes suivants : CAP AEPE (Accompagnant Educatif Petite Enfance), DEEJE (Diplôme d'Etat d'Educateur de Jeunes Enfants), DEP (Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture), DEP (Diplôme d'Etat de Puériculture), agrément d'assistante maternelle. La majorité de ces diplômes supposant des études courtes (Ulmann et al., 2011), nous avons fait le choix de n'interroger que les étudiants en fin de cursus, c'est-à-dire en dernière année de formation initiale, pour éviter d'obtenir des résultats biaisés par une formation débutante. Nous souhaitons, en interrogeant les personnes en formation prochainement diplômés, avoir une idée de leurs connaissances à quelques mois de la fin de leur formation initiale. Nous nous adressons également aux professionnels en exercice ayant obtenu les diplômes cités précédemment ainsi qu'aux sages-femmes. Ainsi, nous tenons à préciser que nous utilisons le terme « professionnels de la petite enfance » par abus de langage ; en effet, nous regroupons également sous ce terme des professionnels médicaux (ex. sages-femmes) et paramédicaux (ex. infirmiers puériculteurs) qui travaillent et gravitent autour de l'enfant de moins de trois ans.

2.2. Choix du matériel

Pour répondre à notre problématique, nous avons trouvé intéressant d'élaborer un questionnaire car il s'agit d'un « outil d'investigation destiné à recueillir des informations standardisées et quantifiables sur une population donnée » (Abrial & Tournier, 2011).

Nous avons fait le choix de créer un questionnaire auto-administré qui offre l'avantage d'une passation simple et peu coûteuse pour les répondants. Nous avons utilisé le logiciel Lime Survey qui permet de créer des questionnaires informatisés et de collecter des résultats de façon anonyme.

2.3. Elaboration du questionnaire

Afin de construire au mieux le questionnaire, de juger de la pertinence des items et de leur ordre, nous avons fait le choix d'intégrer à notre méthodologie une étape préliminaire d'entretiens semi-dirigés auprès de notre population cible. Ces entretiens ont eu lieu au mois de novembre 2023. Au total, quatre étudiants en CAP Accompagnant Educatif de la Petite Enfance en formation au Campus URMA PACA Les Arcs (83) et deux professionnelles salariées en structure (une auxiliaire de puériculture anciennement assistante maternelle et une éducatrice de jeunes enfants) ont participé à ces entretiens.

Nous avons construit le questionnaire en veillant à ce que tous les cursus de formation et toutes les professions du domaine de la petite enfance soient représentés.

Afin de ne pas biaiser les réponses concernant les connaissances de la population cible sur les TAP, nous avons fait le choix de ne pas définir le terme « TAP » dans le questionnaire.

Le vocabulaire utilisé dans les questions et dans les choix de réponses a été contrôlé pour assurer une bonne compréhension et certains termes ont été vulgarisés (dans la question C2, « réflexe nauséux » a été remplacé par « haut-le-cœur » et « un enfant qui refuse des aliments qu'il mangeait jusqu'ici » fait référence à la néophobie). Ghiglione et Matalon (1998) recommandent d'administrer un pré-test du questionnaire pour évaluer le risque lié à l'utilisation d'un vocabulaire trop technique ou spécifique. Avant sa diffusion, nous avons donc envoyé le questionnaire à la directrice de

formation du Campus URMA PACA Les Arcs afin qu'elle le partage à ses étudiants en formation ainsi qu'à la direction de la micro-crèche « Lei Caganis » au Beausset (83330). Nous avons obtenu huit réponses totales (trois réponses d'étudiants et cinq réponses de professionnels) qui nous ont permis de revoir l'organisation des sections du questionnaire et la formulation de certaines questions avant sa diffusion.

2.4. Présentation et format du questionnaire

Plusieurs types de questions peuvent être proposés dans un questionnaire :

- Les questions fermées demandent au participant de faire un choix parmi plusieurs possibilités de réponses,
- Les questions ouvertes ne proposent pas de choix de réponses et laissent la possibilité au participant de répondre librement avec ou sans limite de caractères,
- Enfin, les questions mixtes se rapprochent des questions fermées car elles proposent au répondant une liste de réponses (Fenneteau, 2015) parmi lesquelles plusieurs sélections sont possibles. Elles peuvent également présenter l'avantage, tout comme les questions ouvertes, de proposer au répondant de s'exprimer.

Notre questionnaire compte trente questions au total. Il propose deux directions différentes selon le profil du répondant (« en formation » ou « déjà diplômé »). Nous avons veillé à préciser dans la plaquette informative (cf Annexe 1) ainsi que dans l'introduction du questionnaire que seules les personnes déjà diplômées du domaine de la petite enfance ou en dernière année de formation étaient concernées par notre enquête.

Le questionnaire propose seize questions à destination des personnes en dernière année de formation, dont dix questions fermées, une question ouverte et cinq questions mixtes. Pour les personnes déjà diplômées, il comporte vingt-cinq questions dont treize questions fermées, quatre questions ouvertes et huit questions mixtes.

Nous avons construit ce questionnaire autour de trois grands axes :

- Le premier, intitulé « Votre profil »,
- Le deuxième, intitulé « Les apports de votre formation sur les enjeux de l'alimentation de l'enfant »,
- Le troisième, intitulé « Vos connaissances au sujet des Troubles Alimentaires Pédiatriques (TAP) ».

Nous avons élaboré le questionnaire de septembre à décembre 2023, avec une phase de pré-test début janvier 2024. La version finale du formulaire a été diffusée mi-janvier 2024 et le questionnaire a été clôturé fin février 2024. La passation est estimée à dix minutes environ selon le profil et les réponses du participant. Nous avons en effet construit ce questionnaire avec des questions dites « filtrées » (Parizot, 2012) qui permettent de ne proposer au participant que des questions qui le concernent en fonction de ses réponses précédentes.

Le questionnaire a été élaboré sur la plateforme LimeSurvey qui permet la création de formulaire en ligne et la récolte de données sous forme d'analyse statistique en protégeant les données personnelles des participants grâce à l'anonymisation.

Une première page descriptive de l'enquête est présentée aux répondants en guise d'introduction. Elle précise le contexte de notre étude, ses objectifs et la population cible. Elle annonce également le nombre de questions, le temps de passation et apporte des informations relatives à la sécurité des données.

2.5. Objectifs du questionnaire

Nous avons pensé ce questionnaire afin qu'il réponde aux objectifs suivants :

- Récolter des données quant aux connaissances actuelles des étudiants et des professionnels de la petite enfance sur les enjeux de l'alimentation de l'enfant et les TAP,
- Mettre en évidence le manque de formation de cette population au sujet des TAP,
- Définir leurs besoins en termes de formation initiale et continue au sujet de l'alimentation de l'enfant et des TAP,
- Questionner le sentiment de légitimité de cette population dans l'orientation des enfants qu'ils jugent susceptibles de présenter un TAP.

3. Procédure

3.1. Contact et diffusion

Nous avons dans un premier temps contacté par mail et par téléphone plusieurs centres de formation (IFSI Marseille Blancarde, IFSI Marseille Croix-Rouge, IFAP La Garde, IFPS Côte d'Azur, Campus URMA PACA Les Arcs, Lycée professionnel Jean Rostand à Marseille, IFPVPS La Garde, IFAP Aix-en-Provence) proposant des cursus dans le domaine de la petite enfance ainsi que la micro-crèche « Lei Caganis » au Beausset (83330) au mois de septembre 2024. Nous avons présenté à ces contacts les objectifs et le cadre de notre étude et avons proposé aux directeurs de ces différentes structures de faire passer des entretiens semi-dirigés à leurs étudiants/salariés afin de préparer la construction de notre questionnaire. Nous avons obtenu une réponse positive du Campus URMA PACA Les Arcs et de la micro-crèche et avons donc administré des entretiens semi-dirigés à deux salariés (une auxiliaire de puériculture anciennement assistante maternelle et une éducatrice de jeunes enfants) et à quatre étudiants en CAP Accompagnement Educatif Petite Enfance.

Une fois les entretiens semi-dirigés terminés, nous avons construit notre questionnaire et l'avons diffusé par mail en janvier 2024 aux centres de formations et structures précédemment contactés. Afin d'obtenir une population plus représentative, nous avons également diffusé le lien du questionnaire accompagné de la plaquette de présentation (cf Annexe1) par mail aux mairies de La Seyne sur Mer (83500), Sanary sur Mer (83110), Bandol (83150), Ollioules (83190), Toulon (83000), ainsi que sur les groupes Facebook suivants :

- « Infirmière Puéricultrice »,
- « Les professionnels de Micro-crèche »,
- « Auxiliaire de Puériculture, Un Métier De Passion »,
- « CAP AEPE »,
- « Partage entre directrices de Crèche »,
- « Assistante maternelle 95 »,
- « Assistantes maternelles de hauts de France »,
- « Tu sais que tu es Educateur de Jeunes Enfants quand... »
- « Educateur de Jeunes Enfants E.J.E ».

3.2. Analyse statistique des résultats

Le questionnaire a été clôturé fin février 2024. Nous avons ensuite procédé à l'analyse statistique des résultats obtenus. Au total, nous avons récolté 215 réponses dont 130 complètes et 85 partielles. Le logiciel LimeSurvey que nous avons utilisé pour notre enquête présente l'avantage de

coder automatiquement les réponses aux questions fermées. Les réponses aux questions fermées et mixtes ont été analysées ultérieurement en répertoriant les mots clés et concepts les plus fréquemment retrouvés dans les réponses des participants. Nous avons ensuite classé l'ensemble des données obtenus dans un tableur organisé comme suit :

- Les numéros de participant sont présentés en ligne ;
- Les réponses aux questions sont présentées en colonne ;
- Ainsi, chaque cellule représente la réponse d'un individu à une question spécifique de l'enquête.

En conséquence, nous avons pu synthétiser les résultats de chaque question sous forme de graphiques ou de tableaux (cf. Annexes 3, 4 et 5).

Résultats

1. Résultats de la revue de la littérature

Cette brève revue narrative de la littérature a permis de faire le point sur les différentes définitions retrouvées dans la littérature pour qualifier les difficultés alimentaires que peut présenter la population pédiatrique et de les confronter au terme « TAP » proposé par l'équipe de Goday et al. en 2019.

1.1. Terminologie

Nous retrouvons dans la littérature anglophone les termes « feeding/eating disorders » (Bryant-Waugh et al., 2010), « selective eaters » (Angell, 2010), « picky eaters » (Taylor & Emmet, 2018) ou encore « sensory food aversions » (Chatoor, 2009).

Dans la littérature francophone, plusieurs terminologies sont également employées pour évoquer les troubles de l'alimentation. Nous retrouvons notamment les termes « dysoralité », « trouble de l'oralité alimentaire » (TOA) (Leblanc, 2014) « syndrome de dysoralité sensorielle » (SDS), « trouble du comportement alimentaire » (TCA), « aversion alimentaire d'origine sensorielle » (AAOS) (Senez, 2020). En 2016, Gelas et Monier-Guillaumin relevaient le manque de consensus au sujet de ces différentes terminologies retrouvées dans la littérature francophone.

Le terme diagnostique « ARFID » (Avoidant-Restrictive-Food-Intake-Disorder), apparu dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) et dans la Classification internationale des maladies, 11ème édition (CIM-11) (World Health Organization, 2019), fait référence à la restriction ou à l'évitement de l'ingestion d'aliments. Ce terme se situe à mi-chemin entre les troubles de l'oralité alimentaire et les troubles du comportement alimentaire tels que l'anorexie mentale et la boulimie. En 2019, une nouvelle terminologie, le « PFD » (Pediatric Feeding Disorder) ou « TAP » (Trouble Alimentaire Pédiatrique) en français, a été proposée par l'équipe de Goday et al. Cette terminologie semble mieux représenter les signes que l'on regroupe sous le terme de trouble de l'oralité alimentaire. Guillon-Invernizzi et Demeillers ont proposé en 2019 une traduction des critères diagnostiques du « PFD » :

<p>A. Altération de l'absorption orale alimentaire, qui n'est pas appropriée à l'âge, durant au moins 2 semaines associée à 1 ou plusieurs des critères ci-dessous:</p> <p>1. <u>Atteintes médicales suivantes:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Difficultés de régulation cardiorespiratoire pendant une prise alimentaire orale Fausses routes ou pneumopathies d'aspiration récurrentes <p>2. <u>Difficultés nutritionnelles mises en évidence par:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Malnutrition Déficience nutritive spécifique ou prises alimentaires réduites avec baisse de la variété, de la quantité alimentaire <p>3. <u>Difficultés de mise en place des compétences alimentaires mises en évidence par:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Nécessité d'un aménagement des textures des aliments ou des boissons Nécessité d'utiliser des positionnements spécifiques ou de modifier l'installation de l'enfant ainsi que l'équipement Nécessité d'utiliser ou de modifier les stratégies d'alimentation <p>4. <u>Atteinte psychosociale mise en évidence par :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Comportement d'évitement actif ou passif de l'enfant pendant son repas, qu'il s'alimente seul ou qu'il soit alimenté Gestion inappropriée de l'alimentation de l'enfant et/ou de ses besoins nutritionnels par les personnes de son entourage. Perturbation de la vie sociale en contexte alimentaire Perturbation des relations enfant/entourage en relation avec le contexte alimentaire <p>B. Le trouble alimentaire ne doit pas être la conséquence d'un processus cognitif relatif aux TCA (troubles du comportement alimentaire) de type anorexie/boulimie..., d'un manque de ressources alimentaires ou de normes culturelles.</p>

Figure 1 : Traduction des critères diagnostiques du Trouble Alimentaire Pédiatrique (Guillon-Invernizzi & Demeillers, 2019).

1.2. Diagnostics différentiels du TAP

1.2.1. La néophobie alimentaire

Rochedy et Poulain (2015) définissent la néophobie alimentaire comme la « peur de manger des aliments nouveaux » et précisent qu'il s'agit d'un phénomène normal dans le développement de l'enfant puisqu'elle concerne d'après Rigal (2004) 77% des enfants entre deux et dix ans. La néophobie peut se traduire par diverses manifestations telles que le rejet, le dégoût ou des comportements de résistance allant parfois jusqu'à une restriction du répertoire alimentaire de l'enfant.

Dans la littérature, il est admis qu'« au début de la diversification alimentaire (six mois), l'enfant accepte de consommer la majorité des aliments qui lui sont présentés et ce n'est qu'à partir de deux ou trois ans que la néophobie apparaît. Soudainement, certains aliments nouveaux sont rejetés ainsi que certains autres qui auparavant étaient acceptés » (Birch et al., 1987 ; Cashdan, 1994 ; Nicklaus, 2004 ; Nicklaus et al., 2005 ; Pliner & Pelchat, 1986 ; Rigal et al., 2006, cités dans Rochedy & Poulain, 2015, p.58).

Néanmoins la crainte d'ingérer des aliments nouveaux peut apparaître plus précocement, souvent au moment de la diversification alimentaire (Senez, 2020), être sévère voire pathologique et être associée à d'autres signes cliniques. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'une néophobie développementale et transitoire mais d'un TAP.

1.2.2. Les troubles du comportement alimentaire

Chatoor (2009) propose une classification des troubles du comportement alimentaire (TCA) du nourrisson qu'Abadie (2004) considère similaire à la conception française. Cette classification comporte six types de troubles alimentaires d'étiologies différentes :

- Le trouble alimentaire de la régulation des états apparaît lors de la mise en place des cycles veille/sommeil et faim/satiété. Il constitue un facteur de risque de TCA restrictif ;

- Le trouble alimentaire par manque de réciprocité mère-enfant est initialement un trouble du lien affectif entre le parent et le nourrisson pouvant nuire au bon développement de l'alimentation ;
- L'anorexie du nourrisson, qui constitue également un trouble majeur des interactions parents-enfants, apparaît généralement lors du passage à la cuillère et se manifeste par un refus alimentaire, un manque d'intérêt pour la nourriture, un manque de manifestation de la faim et une perte de poids ;
- L'aversion sensorielle alimentaire, qui fait référence à un trouble précoce de l'alimentation se manifestant par une hyper-sélectivité. L'enfant refuse certains aliments en raison de leur texture, de leur odeur, de leur goût ou de leur apparence. Ce trouble implique souvent la sensorialité de l'enfant dans sa globalité et peut s'étendre à des domaines autres que l'alimentation (toucher certaines matières et textures, entendre certains sons etc.).
- Le trouble alimentaire avec une cause organique associée est le résultat psychologique et fonctionnel d'un trouble organique lié au tractus aérodigestif. Plusieurs pathologies peuvent en être à l'origine, notamment les troubles neurologiques, endocriniens, néphrologiques ou cardiaques. Ces pathologies peuvent affecter la zone digestive ou oropharyngée. Ce trouble se caractérise par un refus de s'alimenter et une stagnation voire une perte de poids ;
- Le trouble alimentaire post-traumatique naît d'un ou de plusieurs événements traumatiques au niveau du tractus aéro-digestif comme par exemple des intubations et extubations répétées, la mise en place d'une sonde nasogastrique ou encore des fausses routes. Il concerne souvent les nouveau-nés prématurés ou nés avec des malformations ayant nécessité une ou plusieurs interventions chirurgicales.

Cascales et Olives (2016) précisent que le terme « oralité » n'apparaît pas dans cette classification et que, parmi les six types de troubles proposés par Chatoor (2009), seuls trois pourraient s'apparenter aux TAP et entreraient dans le champ de compétences des orthophonistes : il s'agit de l'aversion sensorielle alimentaire, du trouble alimentaire avec une cause organique et trouble alimentaire post- traumatique.

En accord avec certains auteurs, nous pensons qu'il est essentiel de distinguer les troubles du comportement alimentaire (TCA) des troubles alimentaires pédiatriques (TAP). Leblanc (2014) estime que « parler de troubles de l'oralité plutôt que de troubles du comportement alimentaire permet une approche globalisante du trouble ».

Les manifestations psychologiques et psycho-comportementales qui résultent des TCA et des TAP rendent le diagnostic parfois complexe. La distinction entre ces troubles nous paraît cependant indispensable compte-tenu de leurs étiologies différentes : les TCA sont davantage d'origine relationnelle et affective, tandis que les TAP sont liés à des problématiques fonctionnelles (troubles praxiques, moteurs ou sensoriels) ou organiques (pathologies digestives, ORL, cardiaques, malformations). Le diagnostic différentiel permet donc une orientation et un projet de soin adaptés au profil du patient.

1.2.3. L'ARFID

En 2015, l'American Psychiatric Association publie la cinquième édition du Manuel diagnostique des maladies et des troubles mentaux dans laquelle apparaît le terme « ARFID » (avoidant-restrictive food intake disorder) qui fait référence à « un manque d'intérêt pour l'alimentation ou un évitement de certains aliments, en raison de leurs caractéristiques sensorielles se traduisant par un déficit d'apports nutritionnels » (Feillet et al., 2020). Ce diagnostic englobe

plusieurs étiologies à l'origine de troubles alimentaires. Le DSM-V décrit trois signes fréquemment retrouvés : le manque d'intérêt pour la nourriture, les aversions d'origine sensorielle et les aversions d'origine anxieuse. Parmi les critères diagnostiques de l'ARFID, nous retrouvons donc nécessairement une incapacité à satisfaire les besoins nutritionnels ou énergétiques. Ce critère peut être associé à une perte de poids, à une carence nutritionnelle importante ou au besoin d'un apport nutritionnel alternatif (nutrition entérale ou compléments alimentaires). Ce trouble n'est pas explicable par une anorexie mentale et l'image corporelle n'est pas perturbée. L'ARFID n'est pas non plus imputable à une autre affection médicale ni à un autre trouble mental (American Psychiatric Association, 2015). Néanmoins, il est important de noter que l'ARFID coexiste souvent avec des troubles mentaux et somatiques (Wronski et al., 2024).

L'ARFID et le TAP décrivent un dysfonctionnement de l'alimentation et présentent des caractéristiques communes. Toutefois, Noel (2023) précise qu'ils restent deux diagnostics distincts, notamment en raison de leurs différences étiologiques. L'auteur estime que l'évolution future du cadre de ces deux conceptions permettra d'affiner leur critères diagnostiques afin d'établir un lien structuré entre les deux.

2. Résultats de l'enquête

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats que nous avons obtenus au questionnaire. Nous rappelons que les données récoltées concernent les futurs professionnels du domaine de la petite enfance en dernière année de formation ainsi que les professionnels de la petite enfance déjà en exercice. Les résultats sont présentés sous formes de graphiques (cf Annexes 3, 4 et 5).

2.1. Population de l'échantillon

Au total, nous avons obtenu 215 réponses, dont 130 totales et 85 partielles. Nous avons fait le choix de n'exploiter que les données issues des formulaires complets (N=130). Notons cependant que la taille de l'échantillon peut varier puisque certaines questions concernent l'ensemble des répondants tandis que d'autres ne sont proposées qu'aux professionnels ou aux personnes en dernière année de formation. La première partie du questionnaire s'intéresse au profil des répondants et permet de dresser un portrait détaillé de la diversité des répondants.

2.1.1. Statut

Parmi les répondants, 85% (N= 111) sont des professionnels de la petite enfance en exercice et 15% (N=19) sont des personnes en dernière année de formation (cf Annexe 3).

2.1.2. Diplômes

Les 19 personnes en dernière année de formation préparent différents diplômes (cf Annexe 3). En effet parmi eux, 47% (N=9) préparent le CAP AEPE, 32% (N=6) préparent le DEAP, 11% (N=2) préparent le DEP, 5% (N=1) préparent le DEEJE et 5% (N=1) préparent l'agrément d'assistante maternelle.

Les 111 professionnels ayant répondu au questionnaire ont obtenu des diplômes différents (cf Annexe 3). Parmi eux, 34% (N=50) ont obtenu le DEAP, 18% (N=26) ont obtenu le DEEJE, 16% (N=24) possèdent l'agrément d'assistant(e) maternelle, 15% (N=22) ont obtenu le CAP AEPE, 9% (N=13) ont obtenu le DEP, 6% (N=9) ont un DEI, et 1% (N=2) ont un autre diplôme.

Par ailleurs, le nombre de diplômes par professionnel varie (cf Annexe 3). Parmi eux, 71% (N=79) ont un seul diplôme dans le domaine de la petite enfance, 26% (N=29) en possèdent 2 et 3% (N=3) en ont trois.

2.1.3. Année d'obtention du dernier diplôme dans le domaine de la petite enfance

Cette question s'adressait uniquement aux professionnels. Comme vu précédemment, certains d'entre eux ont obtenu plusieurs diplômes dans le domaine de la petite enfance. Ici, nous nous intéressons à l'année d'obtention de leur dernier diplôme dans ce domaine. Nous avons ordonné les dates d'obtention de diplôme en sept tranches. Les quatre premières tranches sont des périodes de dix ans. Nous avons ensuite proposé des tranches plus courtes.

Globalement, nous observons que la majorité des professionnels a été diplômée au cours de ces vingt dernières années, avec une proportion plus importante de 34% (N=38) de personnes diplômées entre 2018 et mai 2023 (cf Annexe 3).

2.1.4. Modalités de formation

Nous avons souhaité connaître les modalités de formation des répondants. Nous observons que globalement, la majorité des professionnels en exercice et des étudiants en dernière année de formation a bénéficié ou bénéficie actuellement d'une formation en présentiel (cf Annexe 3).

D'après Ulmann et al. (2011), la majorité des diplômes du domaine de la petite enfance suppose des études courtes (moins de trois ans). Nous avons en effet observé cette tendance chez les étudiants (N=19) puisqu'aucun d'entre eux n'a répondu suivre une formation d'une durée supérieure à trois ans (cf Annexe 3).

2.1.5. Lieu d'exercice

Les professionnels ont été interrogés sur le type de structure dans laquelle ils exercent. Parmi eux, 43% (N=43) travaillent en crèche, 26% (N= 26) proposent un accueil à domicile, 18% (N= 18) travaillent en micro-crèche, 5% (N=5) travaillent au sein de MAM, 5% (N=5) travaillent en halte-garderie et 3% (N=3) en jardin d'enfants (cf Annexe 3).

2.2. Apports de la formation sur les troubles de l'alimentation

Cette deuxième partie du questionnaire s'intéresse aux apports des différentes formations au sujet de l'alimentation du jeune enfant et plus spécifiquement des troubles alimentaires pédiatriques (TAP). Les graphiques correspondants à cette partie du questionnaire sont présentés en Annexe 4.

2.2.1. Module concernant l'alimentation de l'enfant

Cette question concernait l'ensemble des 130 répondants. 88% (N=114) d'entre eux ont répondu avoir bénéficié d'un module concernant l'alimentation de l'enfant au cours de leur formation et 12% (N=16) ont répondu de ne pas avoir reçu d'enseignement à ce sujet (cf Annexe 4).

2.2.2. Notions abordées au cours de la formation théorique initiale

Nous avons interrogé les 114 personnes ayant répondu avoir reçu un enseignement sur l'alimentation de l'enfant afin de connaître plus spécifiquement les notions abordées au cours de leur formation théorique. Dans cet échantillon, 98% (N=112) ont reçu un enseignement sur la

diversification alimentaire, 82% (N=94) ont été formés au sujet des étapes du développement alimentaire, 82% (N=94) ont été formés au sujet de l'allaitement, 75% (N=85) ont été formés à la préparation technique des repas (ex : les quantités, les textures, la cuisson, la stérilisation), 67% (N=76) ont été formés à l'installation et la posture de l'enfant pendant les repas, 42% (N=48) ont reçu un enseignement sur les différents types d'outils (ex : cuillères, tétines, assiettes, verres) à proposer à l'enfant et 40% (N=46) ont reçu un enseignement au sujet des difficultés ou des troubles que peuvent présenter certains enfants au moment du repas (cf Annexe 4).

2.2.3. Terminologie employée dans la formation

Nous avons demandé à l'ensemble des 130 répondants quels termes avaient été évoqués au cours de leur formation (formation initiale ou complémentaire). 50% (N=65) des personnes ont répondu que le terme « trouble de l'oralité » avait été évoqué au cours de leur formation, 37% (N=48) ont répondu avoir entendu parler de « néophobie », 28% (N=36) ont répondu avoir entendu le terme « trouble de l'oralité alimentaire », 15% (N=19) ont répondu avoir entendu parler de « dysoralité » et 13% (N=17) ont répondu que le terme « trouble alimentaire pédiatrique » avait été évoqué au cours de leur formation.

Enfin, 25% (N=33) des professionnels et des étudiants en fin de formation ont répondu qu'aucun de ces termes n'avaient été évoqués durant leur formation professionnelle et 12% (N=16) ont déclaré ne pas se souvenir (cf Annexe 4).

2.2.4. Apports de la formation pratique au sujet de l'alimentation de l'enfant

La formation pratique (stages, apprentissage) a apporté des notions complémentaires au sujet de l'alimentation de l'enfant pour 67% (N=76) des répondants. 33% (N=38) n'ont pas estimé que leur formation pratique leur avait apporté des connaissances supplémentaires à ce sujet (cf Annexe 4).

2.2.5. Participation à des formations complémentaires

Depuis leur formation initiale, 32% (N=36) des professionnels ont participé à au moins une formation complémentaire au sujet de l'alimentation de l'enfant. 68% (N=75) déclarent ne pas avoir suivi de formation complémentaire à ce sujet (cf Annexe 4).

Parmi les professionnels qui ont répondu avoir suivi une ou plusieurs formation(s) complémentaire(s) sur l'alimentation de l'enfant (N=36), 75% (N=27) ont estimé que cela leur avait apporté des notions sur l'alimentation de l'enfant dont ils manquaient à la sortie de leur formation initiale (cf Annexe 4).

Nous avons demandé aux professionnels ayant bénéficié de formations complémentaires sur l'alimentation de l'enfant de décrire en quelques mots les notions abordées, ce qu'ils avaient pu découvrir ou approfondir (cf Annexe 4). Pour cette question, nous avons laissé les répondants s'exprimer librement. Les réponses ont ensuite été filtrées et classées grâce à des mots clés. Nous avons regroupé sous le même mot clé « trouble » les termes « TAP », « trouble de l'oralité » et « trouble alimentaire » qui ont été évoqués par 52% (N=13) des répondants. Nous avons regroupé sous le mot clé « diversification » les termes « diversification », « diversification alimentaire » et « DME » (diversification menée par l'enfant) qui ont été évoqués par 24% (N=6) des répondants. 20% (N=5) ont évoqué le terme « allaitement », 16% (N=4) ont répondu avoir été davantage formés au sujet de la néophobie, 12% (N=3) ont répondu avoir été davantage formés au sujet des allergies et

intolérances alimentaires. Nous avons regroupé sous le mot clé « fonctions » les termes « succion », « mastication » et « déglutition » que nous avons retrouvés dans 8% (N=2) des réponses. Enfin, nous avons obtenu une réponse qui mentionnait le bilan orthophonique.

2.2.6. Situations problématiques en exercice et besoin de formation

Parmi les 75 professionnels n'ayant pas suivi de formation complémentaire sur l'alimentation de l'enfant, 80% (N=60) ont répondu avoir déjà été confrontés lors de leur exercice professionnel à des situations qui leur ont fait ressentir la nécessité de se former davantage à la question de l'alimentation de l'enfant. 20% (N=15) ont répondu ne jamais avoir ressenti ce besoin (cf Annexe 4).

2.3. Connaissances sur les TAP

Cette dernière section du questionnaire concerne les connaissances qu'ont les professionnels de la petite enfance et les étudiants en dernière année de formation au sujet des TAP. Les présentations graphiques des résultats de cette troisième partie du questionnaire sont consultables en Annexe 5.

2.3.1. Connaissance des TAP

Nous avons demandé à l'ensemble des 130 répondants s'ils savaient ce qu'était un TAP. Parmi eux, 54% (N=70) ont répondu oui et 46% (N=60) ont répondu ne pas savoir ce qu'était un TAP (cf Annexe 5).

2.3.2. Connaissance des signes cliniques des TAP

Nous avons ensuite demandé aux professionnels et aux étudiants en dernière année de formation quels signes pouvaient être, selon eux, évocateurs d'un TAP (cf Annexe 5). 78% (N=102) ont répondu que le refus des morceaux pouvait être un signe évocateur d'un TAP, 76% (N=99) ont répondu que les haut-le-cœur fréquents pouvaient être le signe d'un TAP, 75% (N=97) estiment qu'un enfant très sélectif pourrait présenter un TAP, 68% (N=89) pensent que des repas longs et difficiles peuvent être évocateurs d'un TAP, 58% (N=75) pensent qu'une courbe de poids stagnante ou avec une cassure peut être le signe d'un TAP et 45% (N=59) estiment qu'un enfant qui ne réclame pas de manger pourrait présenter un TAP.

Nous avons volontairement introduit la réponse « refus d'aliments jusqu'ici acceptés » en référence à la néophobie alimentaire, un des diagnostics différentiels du TAP, afin de savoir si cette étape du développement normal de l'enfant était considérée comme un trouble pour les répondants. 35% (N=46) ont répondu qu'il s'agissait d'un signe évocateur d'un TAP. Enfin, 1% (N=1) pense qu'aucun de ces signes ne pourraient indiquer un TAP.

2.3.3. Fréquence des enfants présentant des difficultés pendant les repas dans la pratique professionnelle

Parmi les 111 professionnels interrogés, 46% (N=51) disent rencontrer « quelques fois » des enfants présentant des difficultés pendant les repas, 31% (N=34) disent en rencontrer « souvent », 13% (N=14) disent en rencontrer « régulièrement », 11% (N=12) disent en rencontrer « rarement ». Aucun professionnel n'a répondu ne jamais en rencontrer (cf Annexe 5).

2.3.4. Fréquence des enfants présentant des difficultés pendant les repas dans formation pratique

Nous avons posé la même question aux étudiants en dernière année de formation dans le domaine de la petite enfance. Nous voulions savoir à quelle fréquence ils rencontrent, au cours de leurs stages ou de leur apprentissage, des enfants présentant des difficultés lors des repas. Parmi eux, 37% (N=7) disent en rencontrer « rarement », 32% (N=6) disent en rencontrer « quelques fois », 21% (N= 4) disent en rencontrer souvent et 11% (N=2) disent en rencontrer régulièrement. Ici encore, aucun étudiant n'a répondu ne jamais rencontrer d'enfants présentant des difficultés lors des repas (cf Annexe 5).

2.3.5. Aptitude à repérer des signes d'alerte

La majorité des répondants se sent apte à repérer des signes d'alerte de difficultés voire de troubles au moment du repas ; en effet, 68% (N=89) de l'échantillon total a répondu « oui ». 32% (N=41) en revanche disent ne pas sentir aptes (cf Annexe 5).

2.3.6. Types de ressources et supports de formation sur les TAP

Nous avons demandé aux 111 professionnels les types de ressources ou supports de formation dont ils aimeraient bénéficier afin d'améliorer leurs connaissances sur les TAP. Les formations pratiques avec des spécialistes intéresseraient 79% (N=88) des professionnels. 50% (N=55) aimeraient bénéficier de supports de documentation écrite sur le sujet (articles, ouvrages), 43% (N=48) seraient intéressés par des conférences ou des séminaires, 41% (N=46) aimeraient pouvoir se former en ligne, 27% (N=30) aimeraient participer à des webinaires, 14% (N=16) seraient intéressés par des séances de supervision individuelle ou en groupe et 12% (N=13) aimeraient participer à des groupes de discussion en ligne au sujet des TAP (cf Annexe 5).

2.3.7. Défis auxquels font face les professionnels

Nous avons demandé aux 111 professionnels quels étaient les principaux défis auxquels ils devaient faire face dans l'accompagnement d'un enfant présentant des difficultés lors des repas. 62% (N=69) ont répondu avoir des difficultés à gérer les réactions émotionnelles de ces enfants, 50% (N=56) rencontrent des difficultés dans la communication avec les parents ou les autres soignants, 50% (N=56) estiment qu'il existe un manque de coordination avec les professionnels de santé, 32% (N=36) ont répondu avoir du mal à comprendre les besoins alimentaires de ces enfants et 18% (N=20) rencontrent des difficultés en raison d'un manque de matériel adapté (cf Annexe 5).

2.3.8. . Orientation vers d'autres professionnels

L'ensemble des 130 participants a été interrogé sur l'orientation d'un enfant chez qui des signes d'alerte de TAP auraient été repérés. Le pédiatre est le professionnel vers lequel la majorité des répondants orienterait l'enfant et ses parents avec 87% (N=113) de réponses. 66% (N=86) ont répondu qu'ils orienteraient l'enfant et ses parents vers un orthophoniste, 32% (N=41) les orienteraient vers la PMI, 29% (N=38) les orienteraient vers le médecin généraliste, 27% (N=35) vers un psychologue, 26% (N=34) vers un ORL, 15% (N=19) ont répondu qu'ils orienteraient l'enfant et ses parents vers un nutritionniste, 6% (N=8) vers un diététicien et enfin 4% (N=5) les orienteraient vers un psychiatre (cf Annexe 5).

2.3.9. Rôle des professionnels et futurs professionnels de la petite enfance dans l'accompagnement des enfants présentant un TAP

Tous les professionnels de la petite enfance et tous les futurs professionnels interrogés estiment avoir un rôle à jouer dans l'accompagnement des enfants présentant un TAP et de leurs parents. Nous avons récolté 100% (N=111) de réponses positives à cette question pour les professionnels et 100% (N=19) de réponses positives pour les étudiants en dernière année de formation (cf Annexe 5).

2.3.10. Sentiment de légitimité dans l'orientation des enfants susceptibles de présenter un TAP

Parmi les 111 professionnels interrogés, 75% (N=83) se sentent légitimes d'orienter un enfant et ses parents vers d'autres professionnels lorsqu'ils pensent avoir repéré un ou plusieurs signes d'alerte d'un TAP. 25% (N=28) disent en revanche ne pas se sentir légitimes de le faire.

Discussion

L'objectif de cette étude était de faire, dans un premier temps, un bref état des lieux des différentes terminologies retrouvées dans la littérature actuelle pour évoquer des difficultés alimentaires. En confrontant ces terminologies au « Trouble alimentaire pédiatrique » (TAP), traduction du « Pediatric feeding disorder » (PFD) proposé par Goday et al. en 2019, nous souhaitons proposer un cadre clair à partir duquel les professionnels de la petite enfance pourraient s'appuyer pour repérer des signes d'alerte et orienter si besoin l'enfant et ses parents. Dans un second temps, cette étude avait pour objectif la mise en évidence du manque de formation des professionnels de la petite enfance sur le TAP et leurs besoins en termes de formation initiale et continue sur ce sujet.

Dans cette partie, nous allons discuter de l'intérêt d'utiliser le terme « Trouble alimentaire pédiatrique » proposé par Goday et al. en 2019. Ensuite, nous analyserons les résultats obtenus au questionnaire avant de les apprécier au regard de nos hypothèses initiales puis nous présenterons les critiques méthodologiques de notre étude ainsi que ses limites. Enfin, nous traiterons les intérêts de cette étude et les pistes de recherche pour la pratique orthophonique.

1. Analyse des résultats et validation des hypothèses

1.1. Discussion des résultats

1.1.1. Intérêt de l'utilisation d'une terminologie consensuelle

D'après Estrem et al. (2022) « la prévalence et l'augmentation de troubles de l'alimentation chez l'enfant s'accompagnent d'une augmentation des publications sur le sujet cependant, les documents de recherche sont souvent disparates dans la terminologie utilisée et cloisonnés par discipline ». La plaquette informative (cf Annexe 3) proposée par l'URPS Orthophoniste Hauts-de-France, la filière de santé maladies rares Fimatho et l'association de prévention en orthophonie « Parlons-en ! » synthétise les principales informations permettant de dépister précocement ce trouble. Ce document est le premier que nous ayons trouvé à inclure et reconnaître le rôle des professionnels de la petite enfance dans le dépistage précoce de ce trouble, néanmoins, il emploie la terminologie « troubles de l'oralité alimentaire » et gagnerait à être actualisé avec le terme « trouble alimentaire pédiatrique » afin de s'inscrire dans le consensus terminologique engagé par Goday et al. en 2019. L'usage du terme consensuel « Trouble alimentaire pédiatrique » permet en effet de

rassembler sous une même terminologie divers signes cliniques caractéristiques. Grâce à la définition d'un ensemble de critères, ce terme permet aux professionnels gravitant autour de l'enfant de reconnaître plus aisément les manifestations cliniques spécifiques rencontrées chez les enfants présentant des troubles alimentaires. L'utilisation de ce terme clairement défini offre une base solide pour la communication interprofessionnelle au cœur de laquelle les professionnels de la petite enfance ont un rôle crucial. Leur contact quotidien avec l'enfant permet d'établir de fines observations, à condition que les signes d'alerte soient précisément définis et identifiables.

1.1.2. Apports de la formation sur les enjeux de l'alimentation de l'enfant

88% des professionnels et futurs professionnels de la petite enfance ont répondu bénéficier ou avoir bénéficié d'un module d'enseignement sur l'alimentation de l'enfant au cours de leur formation théorique. Il s'agit d'un pourcentage certes important, mais qui reste selon nous insuffisant au regard de l'importance capitale de l'alimentation dans le développement global de l'enfant. L'intégration systématique d'un module d'enseignement sur l'alimentation de l'enfant et ses multiples enjeux permettrait de sensibiliser davantage les futurs professionnels aux problématiques que peuvent présenter les enfants.

Nous remarquons également une hétérogénéité des notions liées à l'alimentation de l'enfant abordées au sein des formations théoriques. Certaines notions semblent être davantage incluses dans les programmes de formations tandis que d'autres ne paraissent pas être présentées de manière systématique. Rappelons en effet que parmi les personnes ayant bénéficié d'enseignements sur l'alimentation de l'enfant, 98% disent avoir été formés au sujet de la diversification alimentaire, 82% ont répondu avoir bénéficié d'un enseignement sur les étapes du développement alimentaire, 82% disent avoir reçu un enseignement sur l'allaitement, 75% disent avoir été formés à la préparation technique des repas (quantités, textures, cuisson, stérilisation etc.) et 67% ont répondu avoir reçu un enseignement sur l'installation et la posture de l'enfant pendant le repas. En revanche, seuls 42% ont répondu avoir reçu au cours de leur formation un enseignement sur les différents types d'outils (cuillères, tétines, assiettes, verres etc.) et seuls 40% disent avoir été formés aux difficultés ou troubles que peuvent présenter certains enfants pendant l'alimentation.

Nous avons voulu savoir si la formation pratique (stages, apprentissages) pouvait apporter des savoirs complémentaires à ceux enseignés dans la formation pratique. 67% des participants estiment avoir acquis durant leur formation pratique des savoirs n'ayant pas été abordés au cours de leur formation théorique. Nous pouvons interpréter ces résultats de deux manières : d'une part, les stages et/ou apprentissages offrent une expérience pratique permettant d'approfondir ou découvrir certains savoirs au sujet de l'alimentation de l'enfant, la formation pratique semble donc être porteuse d'enseignements à ce sujet. D'autre part, ces résultats suggèrent un enseignement théorique encore trop peu développé à ce sujet dans les cursus de la petite enfance.

En ce sens, rappelons que 80% des professionnels ont répondu avoir déjà été confrontés, dans leur exercice professionnel, à une ou plusieurs situations leur ayant fait ressentir le besoin de se former davantage à la question de l'alimentation de l'enfant. Ces résultats vont également dans le sens d'un enseignement trop peu approfondi sur ce sujet.

Bien que 80% des professionnels aient déjà ressenti le besoin de se former davantage à la question de l'alimentation de l'enfant, seuls 32% ont participé à des formations complémentaires à ce sujet. Pour autant, 75% des professionnels qui en ont bénéficié estiment qu'elles leur ont apporté des notions qui n'avaient pas été abordées dans leur formation initiale. Ces résultats suggèrent une fois encore un manque d'approfondissement des enseignements proposés au sujet de l'alimentation

de l'enfant dans les diverses formations de la petite enfance et d'autre part, cela souligne l'intérêt de proposer à ces professionnels davantage de formations complémentaires pour enrichir leurs savoirs sur ce sujet.

1.1.3. Connaissances sur les TAP

L'un des objectifs de notre étude était d'avoir une idée des connaissances des professionnels et futurs professionnels de la petite enfance sur les troubles alimentaires pédiatriques tels qu'ils ont été définis par l'équipe de Goday et al. en 2019. Les résultats de notre enquête révèlent une dissonance entre la proportion de répondants déclarant savoir ce qu'est un trouble alimentaire pédiatrique (54%) et le nombre relativement faible (13%) de participants ayant déjà entendu parler de ce trouble au cours de leur formation initiale ou continue. L'écart entre ces résultats peut être attribué à plusieurs facteurs. D'une part, il est possible que certains répondants aient acquis des connaissances sur les troubles alimentaires pédiatriques par le biais de lectures personnelles. Nous avons en effet obtenu une réponse en ce sens : « J'ai donc fait mes recherches sur des articles ». Cette recherche active de connaissances peut avoir été motivée par un intérêt personnel pour le sujet ou par des besoins professionnels spécifiques rencontrés dans la pratique quotidienne. D'autre part, il est également possible que certains répondants aient été exposés aux troubles alimentaires pédiatriques au cours de leur pratique professionnelle, par le biais de rencontres avec des enfants présentant ce trouble ou de collaboration avec des professionnels de santé. Nous avons également obtenu des réponses en sens : « Nous avons demandé des conseils auprès du médecin de crèche », « nous avons été guidées par une psychomotricienne qui a aidé également la maman à mieux comprendre le trouble ». Ces réponses font écho à la notion de prise en soin pluridisciplinaire et à la nécessité de mettre en place une stratégie commune impliquant l'ensemble des professionnels médicaux, paramédicaux et de la petite enfance ainsi que la famille, comme évoqué dans le contexte théorique. L'expérience pratique et l'échange avec l'équipe médicale et paramédicale s'avère donc être une source capitale d'apprentissage et de sensibilisation à cette problématique.

Afin d'évaluer plus finement les connaissances des professionnels et des étudiants de la petite enfance sur les TAP, nous leur avons demandé quels étaient selon eux les signes d'appel d'un TAP. Globalement, les signes d'appel proposés sont effectivement considérés comme des indicateurs de TAP par les professionnels et étudiants de la petite enfance. Comme expliqué dans les résultats, nous avons volontairement proposé la réponse « refus d'aliments jusqu'ici acceptés » afin de savoir si cette étape du développement normal de l'enfant était considérée comme le signe d'un trouble pour les répondants. 35% (N=46) ont répondu qu'il s'agissait d'un signe évocateur d'un TAP. La frontière entre la néophobie alimentaire et les TAP n'est donc pas encore suffisamment claire pour plus d'un tiers des participants. Néanmoins, les résultats obtenus à cette question sont à nuancer puisqu'il peut exister un biais de sélection des réponses lié à la méthode de collecte des données sous forme de QCM (voir ci-après « 2. Critiques méthodologiques »).

Dans le contexte théorique, nous avons évoqué sur le fait que les professionnels de la petite enfance avaient un rôle crucial dans le dépistage et l'orientation précoce des enfants présentant un TAP puisqu'ils interviennent auprès d'eux quotidiennement. Nous avons donc voulu savoir s'ils avaient une bonne représentation des professionnels vers qui orienter un enfant et ses parents dans le cas où ils auraient repéré des signes d'appel d'un TAP. Le pédiatre est le professionnel le plus cité (87%) avant l'orthophoniste (66%) bien qu'ici encore, nous pensons qu'il peut exister un biais de réponse (voir ci-après « 2. Critiques méthodologiques ») puisque nous avons précisé dans la présentation du questionnaire qu'il s'agissait d'un mémoire d'orthophonie. Nous avons présenté dans

le contexte théorique les différentes origines possibles d'un TAP. Les causes organiques et les anomalies des structures impliquées dans l'alimentation sont généralement investiguées par l'ORL (Kleinert, 2017) ; pour autant, seuls 26% des participants considèrent ce spécialiste comme l'un des professionnels vers qui orienter l'enfant. 27% des participants ont répondu orienter l'enfant vers un psychologue ; or, nous avons vu dans le contexte théorique que le rôle principal de ce professionnel est de traiter les conséquences psychologiques du trouble, d'accueillir les angoisses des parents et les revaloriser pour éviter l'installation de mécanismes néfastes. Le psychologue n'agit pas sur les étiologies anatomiques ou physiologiques du trouble et n'est donc pas, contrairement à ce que pensent près d'un tiers des répondants, l'un des professionnels vers qui orienter précocement l'enfant en cas de suspicion de TAP. Il est possible que cette tendance à orienter les enfants vers un psychologue puisse être influencée par une perception encore trop largement répandue selon laquelle ce trouble est principalement d'origine psychologique. Il est donc primordial de déconstruire cette idée reçue et de sensibiliser les professionnels et futurs professionnels de la petite enfance sur les différentes étiologies possibles de ce trouble afin qu'ils puissent orienter au mieux l'enfant et ses parents.

1.1.4. Besoins en termes de formation sur les TAP

Nous trouvons ici intéressant de comparer les résultats des deux échantillons, à savoir les professionnels et les étudiants prochainement diplômés ; en effet, 46% des professionnels disent rencontrer « quelques fois » des enfants présentant des difficultés lors des repas contre 32% des étudiants, 31% des professionnels disent en rencontrer « souvent » contre 21% des étudiants et 11% des professionnels disent en rencontrer « rarement » contre 37% des étudiants. Cette différence d'estimation peut être due à une part de subjectivité dans la réponse. Nous pensons aussi que l'estimation de la fréquence diffère entre ces deux échantillons en raison d'un manque d'expérience des étudiants en dernière année de formation comparativement aux professionnels. Il est en effet légitime de se demander si les étudiants ne sous-estiment pas la fréquence d'enfants présentant ce type de troubles en raison d'un manque de sensibilisation et d'exposition à ce type de situations dans le cadre de leur formation initiale. Rappelons en effet qu'il a été constaté que moins de la moitié des participants a déclaré avoir reçu au cours de la formation théorique des enseignements spécifiques sur les troubles liés à l'alimentation dont les TAP font partie. Nous pensons donc qu'il existe aujourd'hui encore une lacune d'informations et de sensibilisation à ce sujet au sein des programmes des formations initiales du domaine de la petite enfance.

Nous avons également constaté que près d'un tiers des participants ne se sent pas apte à repérer les signes d'alerte d'un trouble. Cette proportion reste selon nous trop importante et souligne une fois encore le besoin de sensibilisation au sujet des TAP. L'expertise de ces professionnels dans le domaine de la petite enfance leur confère une place importante au sein de l'équipe pluridisciplinaire et tous les professionnels et étudiants interrogés reconnaissent d'ailleurs avoir un rôle dans l'accompagnement de l'enfant présentant un TAP. Pour autant, un tiers des professionnels ne sent pas légitime d'orienter un enfant et ses parents vers l'un des professionnels spécialisés. Certains professionnels de la petite enfance se sentent donc moins confiants dans leurs compétences à identifier et évaluer correctement les signes d'appel d'un TAP, ce qui peut générer un sentiment d'incertitude quant à la nécessité et la pertinence de l'orientation.

Pour cibler au mieux leurs besoins en termes de formation, nous avons interrogé les professionnels sur les types de problématiques qu'ils rencontrent. Comme expliqué dans les résultats, nous avons analysé et trié les réponses écrites des professionnels pour en extraire des mots-clés et établir plusieurs catégories de situations. Globalement, 31% ont répondu avoir déjà ressenti le besoin

de se former davantage sur la question de l'hyper-sélectivité (refus d'aliments de certaines textures, d'aliments d'une certaine couleur, de certains goûts etc.), 17% ont répondu ne pas savoir comment orienter et accompagner les parents d'enfants présentant des difficultés lors des repas, 12% ont répondu avoir du mal à gérer les manifestations physiques traduisant des difficultés alimentaires chez l'enfant (haut-le-cœur, vomissements etc.), 10% ont répondu ne pas savoir comment faire face à un enfant qui ne mange que de très petites quantités, 8% ont évoqué des difficultés à gérer des problématiques alimentaires chez des enfants prématurés et 5% ont évoqué des difficultés à gérer des problématiques alimentaires chez des enfants en situation de handicap. Qualitativement, nous avons retrouvé dans les réponses des professionnels une part importante de signes d'appel de TAP proposés par Lecoufle (citée par Lesecq, 2019) et présentés dans le tableau 1 du contexte théorique.

Les formations pratiques avec des spécialistes des TAP (orthophonistes, pédiatres, ORL) semblent être le format qui intéresserait le plus les professionnels de la petite enfance pour améliorer leurs connaissances et leur compréhension de ces troubles. Ces résultats démontrent une volonté de leur part de s'inscrire dans une démarche pluridisciplinaire.

1.2. Validation des hypothèses

La première hypothèse émise lors de la réflexion de notre sujet d'étude concernait le manque de sensibilisation des professionnels de la petite enfance au sujet des enjeux de l'alimentation de l'enfant et des TAP au cours des formations initiales. Bien que la majorité des répondants affirment bénéficier ou avoir bénéficié d'enseignements sur l'alimentation de l'enfant, seulement 40% d'entre eux déclarent avoir été sensibilisés spécifiquement aux difficultés et troubles au cours de leur formation initiale. Les savoirs acquis au sujet de l'alimentation de l'enfant semblent davantage provenir de la formation pratique puisque deux tiers des répondants affirment que celle-ci leur a apporté des notions non abordées au cours de la formation pratique. Nous avons également constaté que seul un peu plus de la moitié des répondants disent « savoir » ce qu'est un TAP et nous avons remarqué en analysant plus précisément leurs réponses que certaines lacunes pouvaient entraver la bonne compréhension de ce type de troubles. Grâce aux résultats de notre enquête, nous estimons que notre première hypothèse est validée.

Pour rappel, notre seconde hypothèse découlait de la première : du fait de ce manque d'enseignements théoriques au cours des différentes formations initiales, les professionnels pourraient ressentir le besoin de se former davantage au cours de leur carrière professionnelle. 80% des professionnels ont en effet répondu avoir déjà ressenti le besoin de se former davantage face à de multiples situations rencontrées dans leur exercice. Rappelons également qu'un tiers des participants a répondu ne pas se sentir apte à repérer des signes d'alerte de difficultés ou d'un trouble et qu'un tiers ne sent pas encore légitime de participer à l'orientation d'un enfant vers d'autres professionnels en cas de suspicion de trouble. Enfin, nous avons obtenu quelques réponses qualitatives allant dans le sens de cette seconde hypothèse : « Ma formation remonte à presque 30 ans et avant on ne parlait pas de troubles de l'oralité... c'est nouveau pour moi et c'est vrai que je suis un peu perdue », « Les parents étaient résignés mais avaient espoir que je trouve des solutions », « Je me suis beaucoup documentée personnellement pour accompagner ces enfants car ma formation initiale n'était pas assez riche en lien avec les troubles de l'oralité », « Il ne voulait pas que l'aliment touche sa bouche, ses lèvres, c'est particulier, j'aurais vraiment aimé avoir une formation sur ce mystère ». L'ensemble de ces résultats valident donc notre seconde hypothèse.

2. Critiques méthodologiques

2.1. Elaboration du questionnaire

Notre questionnaire comporte trente questions au total dont dix-huit questions fermées, quatre questions ouvertes et huit questions mixtes. Maisonneuve et Fournier (2012) conseillent de privilégier les questions fermées car elles permettent de recueillir des données simplement et rapidement, qu'elles sont plus aisées à analyser et qu'elles augmentent le nombre de répondants. Toutefois, elles peuvent donner lieu à un biais d'acquiescement. Parizot (2012) explique en effet qu'avec ce type de questions, les participants répondent davantage par l'affirmative et doivent prendre position même s'ils n'adhèrent que partiellement à l'idée, ce qui peut d'après Vilatte (2007) « causer un sentiment de frustration ». Nous pensons qu'en proposant une majorité de questions fermées, il est possible que nous ayons contraint certains répondants à sélectionner des réponses qui ne leur correspondaient pas pleinement ou qui auraient pu mériter des nuances. Les questions ouvertes permettent d'obtenir ces précisions. Elles améliorent l'adhésion des participants à l'enquête (Maisonneuve et Fournier, 2012) puisqu'elles les impliquent davantage. Les questions ouvertes permettent également de recueillir des informations que nous aurions pu oublier et de compléter certaines questions mal formulées ou pour lesquelles aucune des réponses proposées ne convient aux participants. La question A9 par exemple s'intéresse aux structures dans lesquelles travaillent les professionnels de la petite enfance. Nous avons proposé plusieurs types de structures mais avons retrouvé lors de l'analyse des données de la question ouverte B9 des réponses indiquant que certains participants ont certainement sélectionné des items qui ne leur convenaient pas : « Je travaille en Sessad, pas possible de le sélectionner à la question où travaillez-vous », « Je suis en structure de la protection de l'enfance (pouponnière), il n'y avait pas cette réponse plus haut », « Je travaille à l'hôpital et non en crèche ». Les questions ouvertes présentent néanmoins un inconvénient majeur : elles nécessitent un codage fastidieux des réponses de la part de l'enquêteur. Dans notre cas, nous avons décidé de regrouper les réponses des participants sous des mots-clés. Cette méthode peut causer un effet d'enquêteur (Parizot, 2012) : en codant les réponses, nous pouvons traduire notre propre façon de penser ou interpréter ce qui a été dit par les participants. Vilatte (2007) précise d'ailleurs que « les questions ouvertes nécessitent d'être traitées par des personnes qualifiées ». Enfin, les questions mixtes proposent plusieurs possibilités de réponse et peuvent parfois permettre aux participants d'ajouter des précisions. Elles sont donc assez proches des questions ouvertes. D'après Maisonneuve et Fournier (2012), il faut utiliser ces questions avec parcimonie. Ils expliquent en effet qu'elles donnent souvent lieu à un effet d'ancrage : les participants ont tendance à sélectionner préférentiellement les premiers items proposés. Vilatte (2007) ajoute que ces questions peuvent également suggérer des réponses auxquelles les participants n'auraient pas pensé. Nous pensons par exemple qu'il aurait été plus judicieux pour la question C2 de demander aux participants de citer eux-mêmes via une question ouverte les signes d'appel d'un TAP plutôt que leur demander de les sélectionner parmi une liste. Enfin, nous avons remarqué comme évoqué plus tôt que certaines questions mixtes n'offraient pas suffisamment d'items de réponse pour les participants. Notre échantillon n'est donc sûrement pas représentatif de tous les professionnels et étudiants de la petite enfance.

Nous avons obtenu 130 réponses complètes sur un total de 215 participations. 85 personnes ne sont donc pas allées au bout du questionnaire. Nous avons remarqué que pour la majorité des réponses incomplètes, les participants avaient abandonné l'enquête au cours de la première partie du questionnaire. Rappelons que cette partie concernait le profil des personnes. Nous pensons donc que

beaucoup d'entre eux ne se sont pas reconnus dans les réponses proposées aux questions mixtes de cette partie. Sans doute le nombre de questions a-t-il également pu décourager certains participants puisque beaucoup ont abandonné l'enquête au cours de la dernière partie.

En faisant le choix de ne créer qu'un seul questionnaire pour les professionnels en exercice et les étudiants prochainement diplômés, nous nous sommes heurtés à plusieurs problématiques. Certaines questions concernent l'ensemble de l'échantillon (professionnels et étudiants), tandis que d'autres ne concernent que l'un ou l'autre. Le nombre de questions n'est pas égal entre les deux échantillons puisque les professionnels ont dû répondre à vingt-cinq questions tandis que les étudiants n'avaient que seize questions. L'échantillon n'est donc pas le même pour toutes les questions et l'analyse ainsi que l'interprétation des résultats n'étaient donc pas aisées. Nous aurions sans doute dû créer deux questionnaires distincts afin d'obtenir une analyse plus fine des données.

Enfin, nous pensons que la formulation de certaines questions a pu induire des biais dans les réponses apportées. Vilatte (2007) explique par exemple que les questions concernant la fréquence d'un événement doivent proposer des fréquences précises (ex. « plus d'une fois par semaine ») ; or, nous avons proposé dans les questions C3 et C4 des fréquences peu précises et surtout subjectives (« jamais », « rarement », « quelques fois », « souvent » ou « très régulièrement »). L'auteur explique que dans ce cas, deux participants peuvent cocher la même case sans qu'elle ne renvoie à la même fréquence pour ce même événement. Les questions concernant des événements anciens peuvent également induire des biais de mémoire (Parizot, 2012). Maissonneuve et Fournier (2012) conseillent de limiter des informations demandées à un mois maximum pour obtenir des réponses fiables ; or, plusieurs de nos questions à destination des professionnels font appel à leurs souvenirs de formation qui peuvent pour certains remonter à plusieurs années. Pour exemple, un professionnel a précisé « Ma formation remonte à plus de trente ans ». Ainsi, certaines données recueillies au cours de notre enquête peuvent manquer de précision.

2.2. Diffusion du questionnaire et analyse des données

Nous avons choisi de construire un questionnaire informatisé auto-administré car ce format nous paraissait être le plus simple pour sa diffusion et pour la participation des répondants. Néanmoins, la participation est directement liée à l'intérêt de la population cible pour le sujet de l'enquête et peut donc induire un biais d'auto-sélection (Parizot, 2012) ; en effet, nous pensons que beaucoup des participants ont choisi de répondre à notre enquête parce que le sujet des TAP les intéressait ou qu'ils avaient déjà des connaissances sur ces troubles.

Comme expliqué dans la méthodologie, nous avons diffusé le lien de notre enquête à un centre de formation ainsi qu'à une crèche dont nous avons les contacts, à quelques mairies du Var et sur neuf groupes Facebook : ces groupes concernaient des auxiliaires de puériculture, des éducateurs de jeunes enfants, des assistant(e)s maternelles, des auxiliaires de crèches, des puériculteurs, des directeurs de crèches et des infirmiers puériculteurs. Nous n'avons pas trouvé de groupe réunissant les sages-femmes, ce qui peut expliquer que nous n'ayons pas récolté de réponse de ces professionnels. Ce mode de diffusion exclut les personnes qui n'ont pas Facebook mais permet d'atteindre des participants de plusieurs zones géographiques.

Nous avons fait le choix de ne traiter que les 130 formulaires complets. Si l'on se réfère aux règles statistiques, ce nombre est significativement représentatif puisqu'il est supérieur à 100. Cependant, l'échantillon ne peut pas être considéré comme représentatif puisque les participants n'ont pas été sélectionnés par tirage au sort.

3. Limites de l'étude

Comme évoqué dans les critiques méthodologiques, notre enquête peut présenter quelques biais et son analyse a été complexe en raison des deux échantillons de population que nous avons interrogés dans un même questionnaire.

Néanmoins, nous avons rencontré d'autres difficultés tout au long de notre étude. La principale difficulté à laquelle nous nous sommes heurtés concerne le manque de consensus sur la terminologie francophone utilisée pour évoquer les troubles alimentaires pédiatriques. Il s'agissait justement de l'un des objets de notre travail. Lors de notre brève revue de la littérature, nous avons réalisé que la littérature francophone était encore trop pauvre sur les TAP et que d'autres terminologies étaient encore employées. Nous avons donc pris la mesure de l'importance d'aboutir à un consensus sur ce terme. Nous voulions en effet mettre en avant l'intérêt d'utiliser ce terme et de le faire connaître et reconnaître par l'ensemble des professionnels pouvant y être confrontés et plus particulièrement les professionnels de la petite enfance dont les formations manquent encore d'enseignements à ce sujet.

Enfin, nous avons réalisé que nous disposions de peu de données théoriques concernant le contenu des différentes formations du domaine de la petite enfance. Les contacts du centre de formation URMA PACA Les Arcs avec lesquels nous avons pu échanger tout au long de notre étude nous ont fait part d'un manque d'homogénéisation des programmes entre les différents centres de formation. Globalement, nous n'avons pas trouvé beaucoup de littérature concernant le rôle et la participation des professionnels de la petite enfance dans l'accompagnement des enfants présentant des TAP. Il s'agissait de l'objet principal de notre étude et cette dernière difficulté nous a confirmé le besoin de reconnaître davantage leur rôle en les formant de façon plus systématique à ce sujet.

4. Intérêts et perspectives de l'étude

Notre travail souligne l'importance de démocratiser l'utilisation du terme diagnostique « trouble alimentaire pédiatrique » proposé par Goday et al. en 2019. En adoptant une terminologie commune et précise qui s'appuie sur des critères diagnostiques clairement définis, les différents professionnels impliqués dans l'accompagnement des enfants présentant ces troubles pourront s'accorder sur leur orientation, sur un projet thérapeutique adapté et sur les adaptations à mettre en place. La collaboration interprofessionnelle est primordiale et doit permettre un dépistage précoce de ces troubles. Rege Colet (1993) va plus loin en expliquant que l'interdisciplinarité permet aux différentes disciplines de s'enrichir mutuellement.

L'expertise des professionnels de la petite enfance leur confère une place importante au sein de l'équipe pluridisciplinaire en charge de cette problématique ; or, notre travail a mis en lumière les lacunes qu'ils pouvaient avoir au sujet des TAP. A travers notre enquête, les professionnels et futurs professionnels interrogés ont prouvé leur intérêt pour la compréhension de ces troubles. Malheureusement à ce jour, les différentes formations initiales de la petite enfance sont encore trop pauvres en enseignements à ce sujet. Selon nous, l'intégration systématique d'un enseignement sur les enjeux de l'alimentation de l'enfant et sur les TAP permettrait à ces professionnels d'identifier les différents signes d'appel de TAP présentés dans le Tableau 1. Ils pourraient alors participer au dépistage et à l'orientation précoce de ces enfants et leur permettre d'accéder le plus tôt possible aux soins dont ils ont besoin. Cette démarche permettrait aux professionnels de la petite enfance de contribuer à la promotion de la santé par la prévention.

Par ailleurs, nous avons nous aussi en tant qu'orthophonistes un rôle important à jouer dans la prévention des troubles que nous traitons. Ainsi, nous pensons que les différentes associations de

prévention en orthophonie pourraient s'impliquer dans la formation des futurs professionnels de la petite enfance en agissant auprès des étudiants dès les formations initiales. Les différents programmes de formation pourraient ainsi inclure quelques heures systématiques d'informations au sujet de ces troubles grâce à l'intervention d'orthophonistes par le biais des associations de prévention en orthophonie. Les différents résultats obtenus à notre enquête pourraient servir de base de réflexion pour l'élaboration d'interventions auprès d'étudiants de la petite enfance en formation initiale.

Conclusion

Nous voulions à travers notre travail justifier l'importance de l'utilisation de la terminologie « trouble alimentaire pédiatrique » par tous les professionnels impliqués dans la prise en soin de ces troubles et dans l'accompagnement des enfants qui en souffrent. Ce terme proposé en 2019 par Goday et al. offre en effet des critères diagnostiques précis permettant aux différents professionnels concernés par ces troubles de travailler ensemble dans une dynamique d'interdisciplinarité.

Parmi eux, les professionnels de la petite enfance semblaient trop peu formés à ce sujet du fait d'un manque d'enseignement au cours des formations initiales. Nous souhaitions donc avoir une idée de leurs connaissances sur les enjeux de l'alimentation de l'enfant et plus précisément sur les TAP. Nous voulions également connaître leurs besoins en termes de formation à ce sujet. Le questionnaire que nous avons élaboré interrogeait les participants sur leur formation initiale, sur leurs éventuelles formations complémentaires, sur leurs connaissances sur les TAP et sur leurs besoins de formation. Malgré quelques biais méthodologiques, nous avons pu grâce à l'analyse des résultats valider nos hypothèses initiales. En effet, les professionnels de la petite enfance ne sont pas suffisamment formés aux enjeux de l'alimentation de l'enfant et aux TAP au cours de leur formation initiale. Ils ressentent donc le besoin de se former davantage à cette problématique pour participer efficacement à l'accompagnement et l'orientation précoce des enfants qu'ils accueillent quotidiennement lorsque ceux-ci présentent des signes d'appel de TAP.

Nous avons donc pu mettre en évidence les lacunes d'enseignements au sujet des TAP dans les différentes formations de la petite enfance et l'intérêt de proposer systématiquement une formation sur ces troubles auprès des étudiants de ce domaine.

Bibliographie :

- Abadie, V. (2004). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives De Pédiatrie*, 11(6), 603-605.
- Abadie, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 55-68.
- Abadie, V. (2008). Troubles de l'oralité d'allure isolée: « Isolé ne veut pas dire psy ». *Les cahiers de l'Orthophonie, de la Phonétique et de l'Audiologie*, 28(1), 49-60.
- Abadie, V. (2017). Préface. Dans Senez, C. *Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant (IX)*. Eslevier Masson.
- Abrial, S. et Tournier, V. (2011). Construire un questionnaire. Dans P. Bréchon (dir.), *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives* (p. 145-164). Grenoble, France : Pug.
- American Psychiatric Association. Feeding and eating disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association: Washington, DC; 2013.
- Angell, A. (2010). Selective eaters and tactile sensitivity: a review of classification and treatment methods that address anxiety and support a child's need for a sense of control. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition*, 2(5), 299-303.
- Bryant-Waught, R., Markham, L., Kreipe, R.E., & Walsh, B.T. (2010). Feeding and Eating Disorders in Childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 98-111.
- Cascales, T., & Olives, J.P. (2016). « Tu vas manger ! ». Trouble alimentaire du nourrisson et du jeune enfant: du refus au forçage alimentaire. *Spirale*, 80(4), 52-60.
- Castelain, S. (2012). Prévention des troubles de l'oralité des enfants porteurs de hernie diaphragmatique. *Recommandations de bonne pratique*.
- Chatoor, I. (2009). Sensory food aversions in infants and toddlers. *Zero to three*, 29(3), 44.
- Chiva, M. (2012). Aspects psychologiques et socioculturels des pratiques alimentaires. Dans O. Goulet, D. Turck & M. Vidailher (dir.), *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique* (2ème éd., p. 25-34). Doin.
- Couly, G. (1991). Développement embryonnaire de la face. *La Revue du praticien*, 41.

Couly, G. (2010). Les oralités humaines. Avaler et crier : le geste et son sens. Doin.

Delfosse, M., Soullignac, B., Depoortere, M., & Crunelle, D. (2006). Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. *Devenir*, 18(1), 23.

Erickson, C. A., Stigler, K. A., Corkins, M. R., Posey, D. J., Fitzgerald, J. F., & McDougle, C. J. (2005). Gastrointestinal Factors in Autistic Disorder: A Critical Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(6), 713-727.

Estrem, H., Park, J., Thoyre, S. M., McComish, C., & McGlothen-Bell, K. (2022). Mapping the gaps: A scoping review of research on pediatric feeding disorder. *Clinical Nutrition ESPEN*, 48, 45-55.

Fédération Nationale des Orthophonistes. (2015). *Oralité et orthophonie : un projet, une ambition pour la profession*.

Feillet, F., Bocquet, A., Chouraqui, J.-P., Darmaun, D., Frelut, M.-L., Girardet, J.-P., Guimber, D., Hankard, R., Lapillonne, A., Peretti, N., Rozé, J.-C., Simeoni, U., Turck, D., & Dupont, C. (2020). Risques nutritionnels des troubles d'alimentation sélective et/ou d'évitement (ARFID). *Perfectionnement En Pédiatrie*, 3, 40-45.

Fenneteau, H. (2015). Enquête : entretien et questionnaire. Paris, France : Dunod.

Foster, J. P., Psaila, K., & Patterson, T. (2016). Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants. *The Cochrane library*, 2017(3).

Ghiglione, R. et Matalon, B. (1998). Les enquêtes sociologiques. Paris, France : Armand Colin.

Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., Delaney, A. L., Feuling, M. B., Noël, R. J., Gisel, E., Kenzer, A., Kessler, D. B., Kraus de Camargo, O., Browne, J. et Phalen, J. A. (2019). Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(1), 124-129.

Golse, B., & Guinot, M. (2004). La bouche et l'oralité. *Rééducation orthophonique*, 220, 25-32.

Goulet, O., Turck, D., & Vidailhet, M. (2012). *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*. Doin.

Grevesse, P., Van Wingham, J., Franck, L., Dassy, M., Cormann, N., Charlier, D., & Hermans,

D. (2020). Le trouble alimentaire pédiatrique. *Percentile*, 25, 12-5.

Guillerme, C. (2014). L'oralité troublée : regard orthophonique. *Spirale*, 72, 25-38.

Kleinert, J. (2017). Pediatric Feeding Disorders and Severe Developmental Disabilities. *Seminars in Speech and Language*, 38(02), 116-125.

Leblanc, V. (2014). Évaluation des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, 21(5), 32.

Lesecq-Lambre, E. (2019). Sensibilisation des professionnels de santé aux troubles de l'oralité alimentaire. *Rééducation orthophonique*, 277, 105-120.

Maisonneuve, H., & Fournier, J. P. (2012). Construire une enquête et un questionnaire. *Revue toulousaine E-respect*, 1, 15-21.

Martinet, M. (2009). Quand « manger » n'est pas une évidence – maintenir et retrouver du plaisir. 6ème journée de nutrition pédiatrique. Hôpital des enfants – Hôpitaux Universitaires de Genève.

Menier, I., Dejonkheere, C., Baou, O., Moreno, M., Mattioni, V., & Madre, C. (2014). Prévention des troubles de l'oralité en réanimation pédiatrique : mise au point et expérience récente de l'hôpital Robert Debré. *Réanimation*.

Mercier, A. (2004). La nutrition entérale ou l'oralité troublée. *Rééducation orthophonique*, 220, 33-46.

Nadon, G., Feldman, D. E., & Gisel, E. (2008). Revue des méthodes utilisées pour évaluer l'alimentation des enfants présentant un trouble envahissant du développement. *Archives De Pédiatrie*, 15(8), 1332-1348.

Nadon, G. (2011). Manger, dormir, se soigner : Problèmes alimentaires et troubles du spectre de l'autisme. *Le bulletin scientifique de l'arapi*, 27, 6-14.

Noel, R. J. (2023). Avoidant restrictive food intake disorder and pediatric feeding disorder: the pediatric gastroenterology perspective. *Current Opinion In Pediatrics, With Evaluated MEDLINE/Current Opinion In Pediatrics*, 35(5), 566-573.

Parizot, I. (2012). 5 – L'enquête par questionnaire. Dans : Serge Paugam éd., *L'enquête sociologique*, 93-113. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

Perichon, J., & Gonnot, S. (2021). Le partenariat parental en orthophonie : Proposition d'une nouvelle classification terminologique. *L'Orthophoniste*, 406.

Puech, M., & Vergeau, D. (2004). Dysoralité : du refus à l'envie. *Rééducation orthophonique*, 220, 123-137.

Rege Colet, N. (1993). Pluridisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité, quelles perspectives en éducation ? *Cahiers de la Section des Sciences de l'Éducation : Pratiques et Théories*, 71, 21- 22.

Rigal, N. (2004). La construction du goût chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 11-15.

Rochedy, A. & Poulain, J. (2015). Approche sociologique des néophobies alimentaires chez l'enfant. *Dialogue*, 209, 55-68.

Senez, C. (2020). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition*. DeBoeck Supérieur.

Taylor, C. M., & Emmett, P. M. (2018). Picky eating in children: causes and consequences. *Proceedings Of The Nutrition Society*, 78(02), 161-169.

Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité*. Elsevier Masson.

Ulmann, A.L., Betton, E., & Jobert, G. (2011). L'activité des professionnelles de la petite enfance. *CNAM*, 145.

Ulmann, A.L., Rodriguez, D. & Guyon, M. (2015). Former les futurs professionnels de la petite enfance. Entre soin et éducation, quelle place pour les affects ? *Revue des politiques sociales et familiales*, 120, 31-33.

Urban, S., (2016). L'oralité : une porte d'entrée dans le monde de l'autisme. Les troubles du comportement alimentaire au regard de la problématique autistique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 64, 383-394.

Van der Horst, L. (2010). Observation orthophonique et intervention précoce. *Archives de Pédiatrie*, 17(3), 319-324.

Vilatte, J. C. (2007). Méthodologie de l'enquête par questionnaire. *Laboratoire Culture & Communication Université d'Avignon*.

World Health Organization. (2019). ICD-11.

Wronski, M., Kuja-Halkola, R., Hedlund, E., Martini, M. I., Lichtenstein, P., Lundstroem, S., Larsson, H., Taylor, M. J., Micali, N., Bulik, C. M., & Dinkler, L. (2024). Co-existing mental and somatic conditions in Swedish children with the avoidant restrictive food intake disorder phenotype. *medRxiv (Cold Spring Harbor Laboratory)*.

Liste des annexes

Annexe 1. Plaquette informative du questionnaire

Annexe 2. Questionnaire diffusé aux professionnels et aux étudiants du domaine de la petite enfance

Annexe 3. Présentations graphiques des résultats de la première partie du questionnaire

Annexe 4. Présentations graphiques des résultats de la deuxième partie du questionnaire

Annexe 5. Présentations graphiques des résultats de la troisième partie du questionnaire

Annexe 6. Plaquette informative proposée par l'association « Parlons-en ! », l'URPS Orthophonie Hauts-de-France et la filière santé maladies rare Fimatho