



Université de Montpellier

Département Universitaire d'Orthophonie

ORALITE ALIMENTAIRE
Elaboration d'ateliers de sensibilisation destinés aux
professionnels de la petite enfance de l'Hérault

MEMOIRE

Présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par Laurie TREILHOU

Le 10/06/2022

Jury :

- Directrices :

Mme Greco, orthophoniste

Mme Boudouch-Rivemale, orthophoniste

- Rapporteurs :

Mme Trilles-Condat, orthophoniste

Mme Lonchamp, orthophoniste

- Examineurs :

Mme Trinquesse, orthophoniste



Université de Montpellier

Département Universitaire d'Orthophonie

ORALITE ALIMENTAIRE

**Elaboration d'ateliers de sensibilisation destinés aux
professionnels de la petite enfance de l'Hérault**

MEMOIRE

Présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par Laurie TREILHOU

Le /06/2022

Jury :

- Directrices :

Mme Greco, orthophoniste

Mme Boudouch-Rivemale, orthophoniste

- Rapporteurs :

Mme Trilles-Condat, orthophoniste

Mme Lonchamp, orthophoniste

- Examineurs :

Mme Trinquesse, orthophoniste

REMERCIEMENTS

Je remercie mes maîtres de mémoire, Lucie Boudouch-Rivemale et Feny Greco pour leur disponibilité, leurs relectures et les longues visios où elles m'ont donné de précieux conseils. Merci également pour les remises sur les clous quand j'étais un peu perdue pendant la longue route de ce mémoire. Et surtout, merci pour vos encouragements et votre bienveillance !

Je remercie également Sophie Lonchamp pour le super mémoire qu'elle a réalisé l'année dernière et qui a servi de départ à celui-ci. Merci de m'avoir motivée à me lancer dans cette aventure !

Je remercie particulièrement les crèches Nuage et Polochon de Bédarieux, Pamplémousse de Villeneuve-lès-Béziers, Les Beluguettes de Béziers et la Maison des enfants de Mauguio. Un immense merci pour toute l'organisation de ces ateliers et votre adaptabilité malgré la situation sanitaire. Merci pour votre participation enthousiaste, remplie d'échanges. Merci enfin d'avoir pris le temps de répondre aux deux questionnaires, essentiels à ma démarche.

Je tiens à remercier également les crèches Farandole de Béziers et Les Sépioux de Boujan-sur-Libron d'avoir pris le temps de me répondre et d'avoir essayé d'organiser ces rencontres malgré le contexte sanitaire.

Merci également à mes relectrices, Sophie Lonchamp et Monique Trilles-Condat, d'avoir accepté de relire mon travail. Un grand merci pour votre temps et vos conseils détaillés !

Je remercie aussi Clémantine Trinquesse pour m'avoir mise en contact avec mes supers maîtres de mémoire, m'avoir donné envie de faire de la prévention et avoir accepté de rejoindre le jury de soutenance.

Merci enfin à toutes les personnes qui m'ont accompagnée pendant ces cinq années.

Merci aux maîtres de stage et aux professeurs qui ont su me donner envie de m'investir pleinement dans ce métier.

Un grand merci à ma famille d'avoir testé mes ateliers et mangé des choses étranges, d'avoir adapté vos emplois du temps à mes besoins de voiture et à mes rush pré-ateliers. Merci de m'avoir écoutée parler oralité alimentaire et évidemment de m'avoir soutenue.

Grand grand merci aux amis qui partagent ma vie : les supers copines de la fac, meilleures découvertes de ces cinq ans, les copains du lycée, toujours là depuis des années, et les co-habitanes de mon appartement !! Merci pour votre soutien, les rigolades et toutes les bonnes occasions pour ne pas travailler. Merci d'être là !

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je soussignée Laurie TREILHOU atteste sur l'honneur que le contenu du présent mémoire est original et reflète mon travail personnel.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document, publiés sur toutes formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer explicitement, à chaque fois que j'en fais usage, toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Date : 20/05/2022

Signature

RESUME

25 à 45% des enfants présentent des difficultés sur le plan alimentaire. Or, les études ont montré que les oralités se développent au cours de la petite enfance, période pendant laquelle les enfants sont accueillis en crèche. Ainsi, notre étude s'interroge sur la pertinence d'un atelier de sensibilisation sur l'oralité alimentaire auprès des professionnels de la petite enfance. Cinq ateliers ont été proposés dans des crèches de l'Hérault. Des questionnaires ont permis d'évaluer ces interventions. Malgré certaines limites, nos résultats montrent l'intérêt de ces ateliers : les participants améliorent leurs connaissances sur les oralités et leur sentiment de compétence. Notre étude montre donc que la prévention orthophonique auprès des professionnels de la petite enfance est à encourager et à développer.

Mots clés : oralités - alimentation - prévention - professionnels de la petite enfance - crèches - repérage précoce - accompagnement

ABSTRACT

25 to 45% of children have nutritional difficulties. Studies have shown that oralities develop during early childhood, period during which many children are welcomed into nurseries. Thus, our study questions the relevance of an awareness workshop on orality for child care givers. Five workshops were offered to nurseries in Hérault. Questionnaires were used to assess these interventions. Despite certain limitations, our results show the interest of these workshops : the participants improve their knowledge of orality and their sense of competence. Our study shows that speech therapy prevention with early child care givers has to be encouraged and developed.

Key words : orality - feed - prevention - child care givers - nursery - early detection - support

Table des matières

TABLE DES ILLUSTRATIONS	10
INTRODUCTION	1
PARTIE THEORIQUE	3
1. Les oralités - La sphère orale	3
1.1. Oralité alimentaire	4
1.2. Oralité respiratoire	14
1.3. Oralité de communication	16
1.4. Oralité cognitive ou exploratoire	18
1.5. Oralité constitutive de l'axe corporel et des représentations de l'organisme	19
1.6. Oralité régulatrice ou psycho-affective	24
1.7. Oralité hédonique	25
1.8. Oralité socio-culturelle	29
2. Développement de l'oralité alimentaire - Périodes sensibles	31
2.1. Diversification alimentaire et introduction des différentes textures	31
2.2. Passage à la cuillère	39
3. Problématique et hypothèses générales	42
MATERIEL ET METHODE	44
1. Population	44
1.1. Critères d'inclusion	44
1.2. Recrutement des établissements	44
2. Matériel	46
2.1. L'atelier	46
2.2. Le questionnaire	56
3. Statistiques et hypothèses opérationnelles	60
3.1. Analyse statistique	60
3.2. Variables	60
3.3. Hypothèses opérationnelles	61
RESULTATS	62

1. Caractéristiques des participants	62
1.1. Sexe	62
1.2. Poste et ancienneté	62
1.3. Formations initiales et complémentaires	64
1.4. Les troubles de l’oralité alimentaire durant le parcours professionnel	65
1.5. Un repas réussi	66
2. Analyse par hypothèse opérationnelle	67
2.1. <i>Hypothèse 1</i> : la participation à l’atelier améliore les connaissances et les compétences des professionnels sur l’oralité alimentaire.	67
2.2. <i>Hypothèse 2</i> : La participation à l’atelier améliore le sentiment de compétence des professionnels.	73
2.3. <i>Hypothèse 3</i> : Les participants sont satisfaits de la formation.	79
3. Différences intergroupes	80
3.1. Influence du temps d’exercice sur les résultats au questionnaire	80
3.2. Influence des formations sur les résultats au questionnaire	81
DISCUSSION	88
1.1. Impact de l’atelier	88
1.1.1. Renforcer les connaissances et compétences sur les oralités (hypothèse 1)	88
1.1.2. Améliorer le sentiment de compétence sur l’oralité alimentaire (hypothèse 2)	92
1.1.3. Un format d’atelier satisfaisant (hypothèse 3)	94
1.1.4. Une influence des formations sur les résultats	95
1.2. Limites et perspectives	97
1.3. Apports personnels et implication pour l’orthophonie	100
1.3.1. Apports personnels	100
1.3.2. Implication pour l’orthophonie	101
CONCLUSION	103
BIBLIOGRAPHIE	104
ANNEXES	118

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<i>Figure 1 : Les oralités (Verdeil, 2021)</i>	3
<i>Figure 2 : Schéma de la dépendance fonctionnelle de la succion, déglutition, respiration et des fonctions œsophagiennes pendant la succion nutritive (Lau, 2016)</i>	5
<i>Figure 3 : Phases de la déglutition (Bandelier, 2015)</i>	7
<i>Figure 4 : Croissance du crâne et de la mandibule (Nouwen, 2021)</i>	15
<i>Figure 6 : Acquisitions motrices, langagières et alimentaires de 0 à 24 mois (Thibaut, 2007)34</i>	34
<i>Figure 7 : Répartition des participants par poste</i>	63
<i>Figure 8 : Répartition des participants par années d'expérience</i>	63
<i>Figure 9 : Répartition des participants par diplôme</i>	64
<i>Figure 10 : Réponses à la question « Avez-vous abordé la question de l'oralité alimentaire lors de vos études ? »</i>	64
<i>Figure 11 : Réponses à la question « Avez-vous suivi une formation sur l'oralité alimentaire ? »</i>	64
<i>Figure 12 : Réponses à la question : « Avez-vous participé à l'intervention de Sophie Lonchampt en 2021 ? »</i>	65
<i>Figure 13 : Réponses à la question « Avez-vous déjà rencontré un enfant ayant des troubles alimentaires ? »</i>	65
<i>Figure 14 : Réponses à la question « Avez-vous déjà suspecté des troubles alimentaires ? »65</i>	65
<i>Figure 15 : Nuage de mots associés à un repas réussi (pré-atelier)</i>	66
<i>Figure 16 : Nuage de mots associés à un repas réussi (pré-atelier)</i>	66
<i>Figure 17 : Scores totaux au questionnaire à T0 et T1</i>	67
<i>Figure 18 : Scores totaux aux questions concernant la compétence 1 à T0 et T1</i>	68
<i>Figure 19 : Scores totaux aux questions concernant la compétence 2 à T0 et T1</i>	69
<i>Figure 20 : Scores totaux aux questions concernant la compétence 3 à T0 et T1</i>	70
<i>Figure 21 : Scores totaux aux questions concernant la compétence 4 à T0 et T1</i>	71
<i>Figure 22 : Scores totaux aux questions concernant la compétence 5 à T0 et T1</i>	72
<i>Figure 23 : Sentiment de compétence à T0 et T1</i>	73
<i>Figure 24 : Sentiment de compétence sur leurs connaissances à T0 et T1</i>	74
<i>Figure 25 : Sentiment de compétence sur les outils à leur disposition à T0 et T1</i>	75
<i>Figure 26 : Sentiment de compétence sur leur capacité à accompagner les troubles de l'oralité à T0 et T1</i>	76
<i>Figure 27 : Sentiment de compétence sur leur capacité à dépister les troubles de l'oralité à T0 et T1</i>	77
<i>Figure 28 : Sentiment de compétence sur leur capacité à orienter les troubles de l'oralité à T0 et T1</i>	78
<i>Figure 29 : Satisfaction des participants quant aux notions abordées lors de l'atelier</i>	79
<i>Figure 30 : Satisfaction des participants quant aux apports des mises en situation</i>	79
<i>Figure 31 : Satisfaction des participants quant à la qualité des explications</i>	79
<i>Figure 32 : Influence du temps d'exercice sur les résultats au questionnaire à T0 et T1</i>	80
<i>Figure 33 : Influence du temps d'exercice sur le sentiment de compétence à T0 et T1</i>	81
<i>Figure 34 : Influence du diplôme sur les résultats au questionnaire à T0 et T1</i>	82

<i>Figure 35 : Influence du diplôme sur le sentiment de compétence à T0 et T1</i>	<i>82</i>
<i>Figure 36 : Influence de la formation initiale sur les résultats au questionnaire à T0 et T1 .</i>	<i>83</i>
<i>Figure 37 : Influence de la formation initiale sur le sentiment de compétence à T0 et T1</i>	<i>83</i>
<i>Figure 38 : Influence des formations complémentaires sur les résultats au questionnaire à T0 et T1</i>	<i>84</i>
<i>Figure 39 : Influence des formations complémentaires sur le sentiment de compétence à T0 et T1</i>	<i>84</i>
<i>Figure 40 : Influence de l'intervention de Sophie Lonchamp sur les résultats au questionnaire à T0 et T1</i>	<i>85</i>
<i>Figure 41 : Influence de l'intervention de Sophie Lonchamp sur le sentiment de compétence à T0 et T1</i>	<i>85</i>
<i>Figure 42 : Pourcentage d'EJE ayant abordé l'oralité pendant leurs études</i>	<i>86</i>
<i>Figure 43 : Pourcentage d'EJE ayant suivi une formation complémentaire</i>	<i>86</i>
<i>Figure 44 : Pourcentage d'EJE ayant suivi l'intervention de Lonchamp</i>	<i>86</i>
<i>Figure 45 : Pourcentage d'IDE ayant abordé l'oralité pendant leurs études</i>	<i>86</i>
<i>Figure 46 : Pourcentage d'IDE ayant suivi une formation complémentaire</i>	<i>86</i>
<i>Figure 47 : Pourcentage d'IDE ayant suivi l'intervention de Lonchamp</i>	<i>86</i>
<i>Figure 48 : Pourcentage de DEAP ayant abordé l'oralité pendant leurs études</i>	<i>87</i>
<i>Figure 49 : Pourcentage de DEAP ayant suivi une formation complémentaire</i>	<i>87</i>
<i>Figure 50 : Pourcentage de DEAP ayant suivi la formation de Lonchamp</i>	<i>87</i>
<i>Figure 51 : Pourcentage de CAP ayant abordé l'oralité pendant leurs études</i>	<i>87</i>
<i>Figure 52 : Pourcentage de CAP ayant suivi une formation complémentaire</i>	<i>87</i>
<i>Figure 53 : Pourcentage de CAP ayant suivi la formation de Lonchamp</i>	<i>87</i>

INTRODUCTION

L'alimentation est essentielle au développement de l'enfant parce qu'elle apporte les nutriments nécessaires à sa croissance, mais aussi parce qu'elle participe à l'évolution de ses compétences motrices, cognitives, sensorielles et psycho-affectives (Abadie, 2004).

Or, les troubles de l'oralité alimentaire concernent 25 à 45 % des enfants ayant un développement normal et 80 % de ceux atteints de pathologie chronique. Ils regroupent l'ensemble des difficultés d'alimentation par voie orale (Senez, 2004). Ils peuvent être responsables de dénutrition et de préoccupations majeures pour l'entourage (Peterson et al, 2018).

De par son décret d'actes, l'orthophoniste a un rôle majeur à jouer dans la prévention primaire auprès des professionnels accompagnant les enfants (Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, 2002). L'article 4 spécifie que « l'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie. »

Selon Guillaume (2014), la place des professionnels de la petite enfance dans la prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire est primordiale. Ils s'inscrivent dans une prise en charge globale en vue d'améliorer l'état nutritionnel de l'enfant, de développer son appétence à manger et de construire les bases d'une oralité sereine et harmonieuse.

La charte nationale pour l'accueil du jeune enfant insiste sur la nécessité pour les lieux d'accueil de croiser savoir-faire et savoirs académiques pour un accueil adapté de l'enfant (Cadre national pour l'accueil du jeune enfant, 2020). Les actions de

prévention auprès de ce public peuvent s'inscrire dans ce cadre.

Dans son mémoire réalisé en 2021, S. Lonchamppt a réalisé un état des lieux des connaissances des professionnels de la petite enfance en EAJE (établissement d'accueil du jeune enfant) dans l'Hérault autour de la prévention et du repérage précoce. Si la notion d'oralité alimentaire est abordée dans leur formation initiale et si de nombreux points sont acquis, il reste une demande et des points spécifiques à cibler en prévention. Dans le domaine de l'oralité alimentaire, il apparaît important de préciser la notion de période sensible ainsi que les connaissances autour de la multimodalité sensorielle, l'implication et l'autonomie ainsi que des aspects oro-myo-fonctionnels (Lonchamppt, 2021).

Dans le cadre de ce mémoire, nous construirons et réaliserons auprès des professionnels de la petite enfance des ateliers de sensibilisation sur l'oralité alimentaire.

Dans un premier temps, nous définirons l'ensemble des oralités et leurs liens avec l'oralité alimentaire. Cela nous permettra de définir les concepts essentiels à l'alimentation et de choisir quels points aborder lors des ateliers.

Nous exposerons ensuite notre méthode d'intervention et d'évaluation. Grâce à cela, nous pourrons intervenir dans plusieurs crèches pour sensibiliser les professionnels autour de l'oralité alimentaire.

Enfin, nous analyserons les résultats obtenus à l'issue des ateliers. Ainsi, nous verrons si les modalités et les contenus choisis sont adéquats. Nous exposerons aussi les limites de l'étude, ses perspectives et ses apports.

PARTIE THEORIQUE

1. Les oralités - La sphère orale

L'oralité est un terme emprunté à la psychanalyse qui est désormais utilisé dans le domaine de la petite-enfance. Il désigne l'ensemble des fonctions réalisées par la bouche, en particulier l'alimentation et le langage, mais aussi « la ventilation, le cri, l'exploration tactile et gustative et les relations érogènes » (Abadie, 2004).

On peut parler de plusieurs oralités, comme autant de fonctions de la sphère orale. Ces oralités seront décrites selon le schéma de Verdeil (2021). Ce modèle permet de prendre en compte l'ensemble des oralités et de mieux comprendre leurs liens.

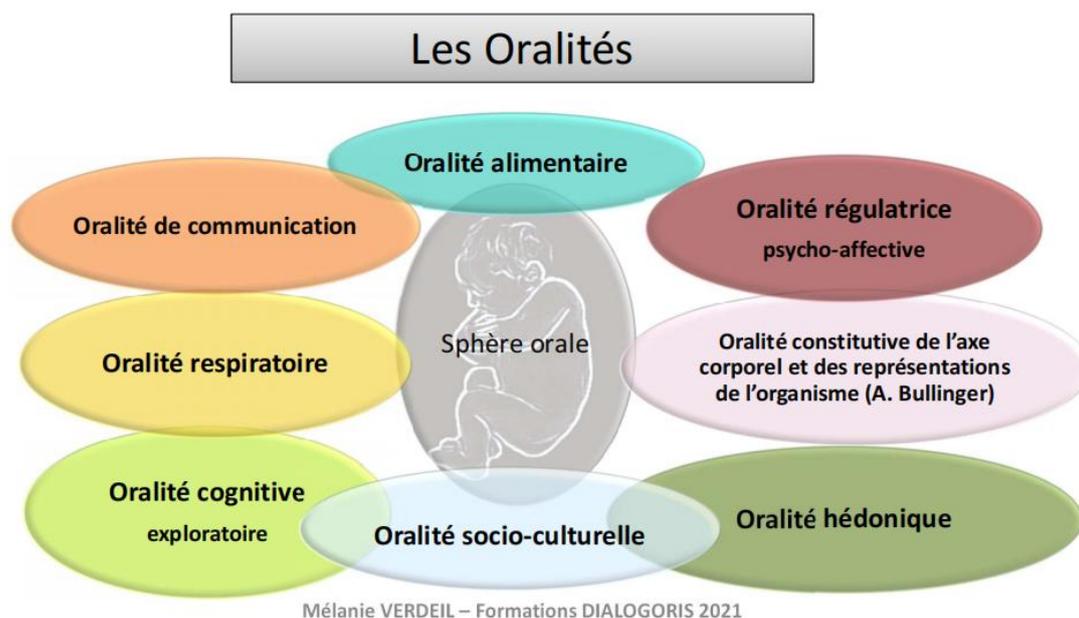


Figure 1 : Les oralités (Verdeil, 2021)

1.1. Oralité alimentaire

1.1.1. Développement de l'oralité alimentaire

1.1.1.1. De la succion à la mastication

Succion

Chez le nouveau-né, l'alimentation orale se fait par cycles de succion / déglutition / respiration (McGrath & Braescu, 2004). Pour ingérer des liquides, le nouveau-né utilise une succion nutritive par cycles d'une seconde (Wolff, 1968). Le transport du bolus alimentaire doit être rapide pour que le cycle suivant puisse se dérouler en toute sécurité (Lau, 2006).

Le réflexe de succion-déglutition est en place dès 4 mois in utero, lorsque le bébé suce ses doigts et déglutit le liquide amniotique.

À la naissance, la succion réflexe du nourrisson est caractérisée par la création d'une dépression dans la bouche. Les lèvres se ferment sur le mamelon ou la tétine du biberon, la base de la langue et la mandibule s'abaissent pour créer un vide dans la cavité orale et l'apex de la langue appuie contre la tétine (Guatterie & Lozano, 2005). En parallèle, l'arrivée d'air est stoppée par la fermeture des voies nasales et des lèvres (Wolf et al, 1992). Ainsi, le liquide est aspiré. À ce moment-là, le sphincter buccal postérieur s'ouvre et le liquide arrive dans le pharynx, déclenchant la déglutition.

L'enfant passe ensuite, au cours de la première année de vie, à une succion volontaire. Il peut alors avaler des aliments plus épais grâce à une meilleure maîtrise des muscles de sa bouche et de sa gorge.

Cette succion est dépendante des mécanismes de déglutition, de respiration et des mécanismes œsophagiens (Lau, 2016). Ces actions doivent être synchronisées et contrôlées par le cerveau qui, selon le déroulement du cycle, peut envoyer des signaux d'arrêt ou de maintien (Amaizu et al, 2008).

Comme nous pouvons le voir dans le schéma ci-dessous, si la succion est bonne, elle entraîne une déglutition, qui elle-même conditionne la respiration et la fonction œsophagienne. Cependant, si une des étapes dysfonctionne, le cerveau envoie l'ordre d'arrêter la succion nutritive pour protéger les autres fonctions :

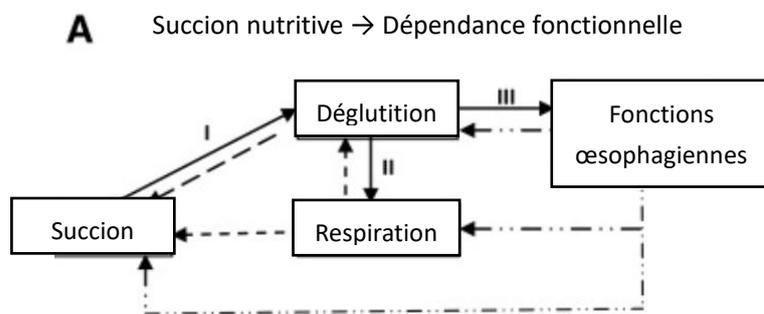


Figure 2 : Schéma de la dépendance fonctionnelle de la succion, déglutition, respiration et des fonctions œsophagiennes pendant la succion nutritive (Lau, 2016)

Mastication

Vers 6 mois, la mastication se met en place, remplaçant progressivement la succion. Elle permet de préparer le bolus alimentaire afin qu'il puisse être dégluti et d'initier diverses activités digestives et métaboliques.

Les bouchées sélectionnées par l'enfant sont transportées des dents de devant aux molaires et analysées de sorte à programmer la mastication ou à rejeter l'aliment (Peyron, 2017).

Si la mastication est enclenchée, l'aliment est transformé par les dents, la salive et les muscles linguaux et faciaux en bol alimentaire (Hiemae & Palmer, 1999) :

- Les mouvements de **mâchoires** écrasent puis broient les aliments ;
- La **langue** pousse le bolus vers l'extérieur pour permettre la mastication ;
- La **salive** facilite cette mastication en humidifiant les aliments. Elle lubrifie et apporte de la cohésion au bolus.

Un bolus alimentaire, plus facile à déglutir, est alors formé (Van Der Bilt et al, 2006).

1.1.1.2. Déglutition

La déglutition se fait en 4 phases :

- la **phase préparatoire orale** : comme explicité dans la partie précédente, la tétine, le mamelon ou les aliments sont mis en bouche, les lèvres se ferment et la succion ou la mastication commencent ;
- la **phase orale** : le bolus, réuni au milieu de la langue, est propulsé par celle-ci sur la paroi postérieure de l'oropharynx, déclenchant un réflexe de déglutition (Lau et al, 2003 ; Bandelier, 2015) ;
- la **phase pharyngée** : le sphincter vélopharyngé se ferme et la protection des voies aériennes supérieures se met en place, les cordes vocales s'accolent, le larynx se place en position haute et l'épiglotte bascule ; le bolus est alors acheminé du pharynx au sphincter supérieur de l'œsophage grâce au péristaltisme antérograde pharyngé ;
- la **phase œsophagienne** : le bolus est poussé par l'onde péristaltique qui se poursuit dans l'œsophage ; le sphincter inférieur de l'œsophage s'ouvre pour laisser passer le bolus dans l'estomac (Lau, 2016).

Le processus de déglutition chez l'enfant peut donc être illustré ainsi (Bandelier, 2015) :

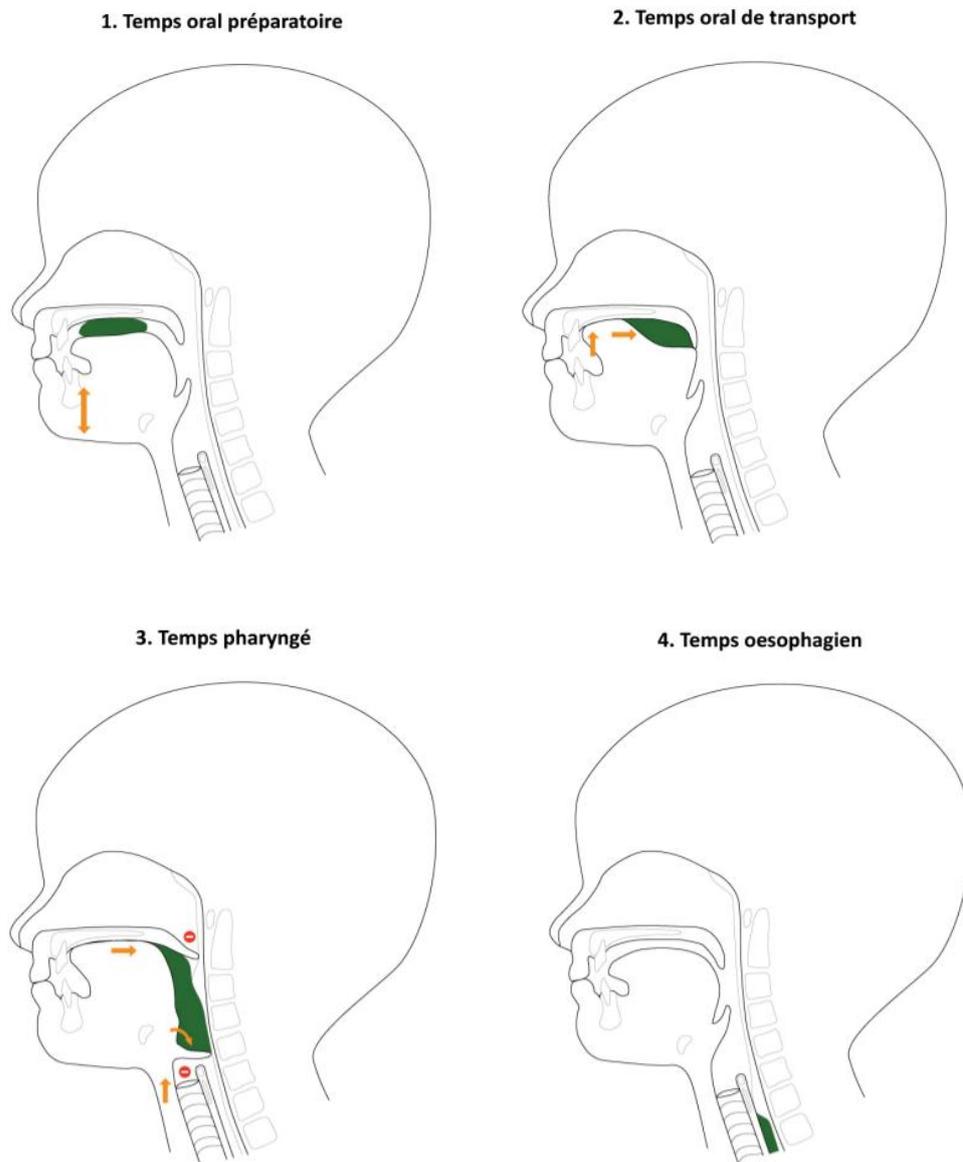


Figure 3 : Phases de la déglutition (Bandelier, 2015)

1.1.1.3. Respiration

Lors de la déglutition, la respiration est inhibée pendant moins d'une seconde. Cette apnée réflexe, possible grâce à la fermeture du larynx, permet de protéger les voies aériennes supérieures. La respiration reprend ensuite dès que le bolus a franchi l'œsophage.

En général, la déglutition se produit en phase expiratoire, mais elle peut être déclenchée à n'importe quel moment du cycle respiratoire. Elle est alors prioritaire sur la respiration.

En cas de fausse route, une toux, mouvement respiratoire volontaire ou réflexe, peut être déclenchée (Guatterie & Lozano, 2005).

Nous reparlerons du développement de l'oralité respiratoire et de ses liens avec l'oralité alimentaire dans le point 1.2.

1.1.2. Oralité alimentaire et plurisensorialité

En plus de ces aspects fonctionnels, l'oralité alimentaire est fortement reliée à la sensorialité.

Selon Bullinger (2011), l'organisme est constamment soumis à des flux, signaux captés par nos systèmes sensoriels. L'action de manger s'inscrit dans un milieu qui génère de nombreux flux sensoriels et implique l'ensemble des sens.

Face à un flux sensoriel, nous observons, au cours du développement, différentes adaptations :

1. Lors d'une variation brutale d'un flux, l'enfant enclenche une **réaction d'alerte**, qui se manifeste chez le bébé par un schéma d'hyperextension. Ainsi, il est important de proposer à l'enfant un environnement stable lors de l'alimentation, pour qu'aucun changement brusque (bruit, mouvements, odeurs fortes, stimulations tactiles) ne désorganise sa posture.
2. L'enfant donne ensuite une **réponse d'orientation** : il adapte son tonus afin d'obtenir les moyens posturaux nécessaires pour orienter son regard, sa tête ou son buste vers la source ou les détourner de cette source. Il peut accepter ou rejeter l'aliment selon les indices sensoriels qu'il a captés.
3. Il peut par la suite **évaluer la distance** de son organisme par rapport à la source : il analyse pour cela l'effet des mouvements du capteur (son système sensoriel) sur les signaux envoyés.

4. Enfin, comme nous le verrons dans la partie 1.5, l'enfant organise des **conduites instrumentales** : il a alors les moyens praxiques à sa disposition pour explorer et manipuler afin de découvrir les propriétés des objets et de réaliser des actions orientées.

Nous allons décrire le développement de ces différents sens et voir comment ces flux sensoriels influent sur l'alimentation.

1.1.2.1. Le toucher

La perception tactile est le premier sens à se développer in utero. Le fœtus a de nombreux récepteurs sur la peau, les muscles et les tendons et ressent les contractions utérines, les mouvements de sa mère et sa propre activité motrice (Granier-Deferre & Schaal, 2005). Dès 7 semaines d'aménorrhée (SA), un toucher léger sur sa lèvre supérieure déclenche une réponse motrice. À 11 SA, les récepteurs tactiles sont présents sur les zones faciales et les plantes palmaires puis sur tout le corps à 20 SA. Dès 5 mois in utero, le fœtus possède toutes ses structures tactiles (Dumont et al, 2018).

Néanmoins, à la naissance, les stimulations tactiles sont bien plus variées que dans le ventre de sa mère. Elles varient en texture, pression et température et peuvent être douloureuses, ce qui n'était pas le cas auparavant. La plupart de ces stimulations ne sont pas initiées par le nouveau-né, qui les reçoit passivement, d'où l'importance d'accompagner les sollicitations avec du langage pour préparer l'enfant et le rendre plus acteur (Als et al, 2004). Chez le nouveau-né, nous constatons par exemple des réponses d'orientation à des stimulations péri-orales. Lorsque nous appuyons avec le doigt de la base de l'oreille jusqu'au coin de la lèvre, le nouveau-né tourne la tête vers la stimulation. Ce réflexe de fuissement est un réflexe d'adaptation permettant l'alimentation (Casco, 2010).

L'enfant a besoin d'une contenance physique pour se préparer à la situation d'alimentation. Il faut donc lui apporter les bonnes sollicitations tactiles. Nous lui proposerons une posture enroulée et l'adulte adaptera son tonus au sien (dialogue tonique) (Bullinger, 2015).

Au cours du repas, l'enfant analyse les perceptions tactiles obtenues par les récepteurs des mains puis de la muqueuse interne de la bouche. Cela lui permet d'obtenir des informations sur l'aliment, de le mettre en bouche et de déclencher la succion ou la mastication (Cascales et al, 2014).

1.1.2.2. L'olfaction

Le système olfactif existe très tôt chez le fœtus. Entre 8 et 11 SA, les récepteurs olfactifs et les cellules nerveuses qui permettent d'analyser ces flux apparaissent. Néanmoins, c'est à partir de 6 mois in utero que les structures chimio-sensorielles du nez deviennent fonctionnelles. Le liquide amniotique, dont les molécules odorantes dépendent de l'alimentation de la mère, circule alors dans le nez du bébé (Granier-Deferre & Schaal, 2005). Le fœtus commence donc à s'habituer à ces odeurs et à les discriminer.

À la naissance, ces odeurs peuvent être reconnues. Par exemple, dès 3 heures après la naissance, des nouveaux-nés qui ont été exposés in utero à une odeur manifestent des comportements de léchage et de succion à la présentation de celle-ci. Ces comportements durent plus longtemps que chez le groupe témoin qui n'a pas été exposé à l'odeur in utero. Si nous leur proposons deux choix, les nouveaux-nés exposés orientent leur nez plus longtemps vers l'odeur connue, alors que les nouveaux-nés qui ne connaissent pas cette odeur expriment plus souvent une expression de dégoût (Soussignan & Schaal, 2001). Ces odeurs connues peuvent agir comme des contenants, permettant une bonne stabilité tonico-émotionnelle (Bullinger, 2011).

Les indices olfactifs permettent à l'enfant d'identifier, de discriminer et de sélectionner les aliments en les comparant aux aliments connus (Cascales, Pirlot, Olives, 2014). La rétro-olfaction permet, elle, d'analyser l'aliment une fois mis en bouche (Peyron et al, 2017).

1.1.2.3. Le goût

Les récepteurs gustatifs se développent à partir de 7 à 8 SA mais ne sont matures qu'à 17 SA. Les informations gustatives sont transmises au système nerveux central entre 22 et 25 SA. Le fœtus peut alors réagir aux différents goûts du liquide amniotique, qu'il déglutit depuis ses 12 SA. Ainsi, le fœtus déglutit plus souvent si le liquide amniotique est plus sucré alors qu'il n'a pas de réaction face à un liquide salé. Cette préférence pour le sucré persiste chez le nouveau-né (Podzimek et al, 2018).

Comme pour les odeurs, le fœtus construit des préférences, selon le régime alimentaire de sa mère. Les enfants préfèrent des céréales aromatisées aux carottes lorsque leur mère a mangé ces légumes en fin de grossesse. Cette préférence continue jusqu'à 4 ans minimum (voire jusqu'à l'âge adulte mais aucune étude n'a encore été menée pour démontrer ce fait).

À la naissance, le goût du lait maternel est lui aussi influencé par le régime de la mère. L'acceptation ultérieure des aliments est donc très influencée par ce que mange la mère (Lipchick et al, 2011).

En plus des préférences liées aux expositions péri-natales, la réaction aux différents goûts change au cours du développement (Podzimek et al, 2018) :

- Le goût sucré provoque une réaction positive dès quelques heures après la naissance ;
- La détection du goût salé semble se développer plus tard, entre la deuxième semaine et le sixième mois de vie ;
- La préférence pour les goûts salés et sucrés diminue jusqu'à l'âge adulte, probablement en parallèle de la réduction de la sensibilité olfactive et gustative ;

- Le goût amer n'est accepté que jusqu'à 6 jours. Il est ensuite rejeté par l'enfant entre 14 et 180 jours, mécanisme de protection pour éviter de manger des aliments contenant des toxines. Puis, l'aversion pour ce goût s'atténue avec l'âge ;
- Le goût d'umami est un goût contenu dans la viande légèrement vieillie ou cuite, contenant des hydrolysats de protéines. Il est facilement accepté par les nourrissons de moins de 4 mois. Passé cet âge, les personnes qui n'en ont pas consommé dans la petite enfance ont plus de difficultés pour accepter ce goût.

Les informations gustatives permettent de détecter les propriétés de l'aliment afin d'enclencher la mastication ou de rejeter l'aliment s'il est perçu comme nocif ou indésirable (Peyron et al, 2017). Au fil des repas, des préférences alimentaires se développent, dû à des changements de sensibilité gustative et aux expositions répétées à certains aliments, aux modèles que reçoit l'enfant et à sa culture (Fry Vennerød, 2018).

1.1.2.4. L'audition

In utero, l'enfant capte le bruit de fond intra-utérin (bruits placentaires et maternels, principalement graves et mediums, d'intensité variable) et des bruits externes atténués, selon leur fréquence, leur hauteur et leur distance par rapport à la mère (la voix maternelle est peu atténuée et les mélodies sont assez préservées).

L'audition se développe progressivement au cours du troisième trimestre puis s'affine durant les deux premières années de vie. Vers 30 SA, les premières réponses motrices et cardiaques aux bruits apparaissent, bien que l'audition soit immature et qu'il faille pour cela une stimulation très intense. À partir de 36 à 38 SA, près du terme de la grossesse, le fœtus manifeste des réponses de nature différente selon l'intensité ou la hauteur de la stimulation. Le fœtus perçoit et mémorise donc des sons in utero.

À la naissance, des sons connus entraînent des réactions d'apaisement, d'orientation et des préférences pour ces stimuli (Granier-Deferre & Busnel, 2011).

Dans la situation d'alimentation, les stimuli sonores extérieurs (bruits de préparation, voix...) et les stimuli internes permettent à l'enfant d'anticiper et de participer au repas. À l'inverse, l'enfant peut être distrait et gêné par des bruits extérieurs au repas (Peyron et al, 2017).

1.1.2.5. La vision

À partir de 26 à 28 SA, le fœtus a une vision très rudimentaire : il peut seulement distinguer des ombres et des nuances dans la lumière. Par exemple, il réagit si une lumière forte est dirigée sur le ventre de sa mère. En effet, il possède tous les types de récepteurs rétiniens mais ceux-ci sont encore extrêmement immatures, en particulier les cônes sensibles à la couleur.

Les stimulations visuelles prénatales sont très limitées. Elles varient seulement en fonction de l'intensité de la lumière externe et de l'épaisseur des tissus abdominaux maternels. Comme pour les autres sens, une habitude a lieu : les longueurs d'ondes les mieux transmises (rouge) sont celles pour lesquelles le système visuel possède les meilleures capacités discriminatives.

Dans un environnement très éclairé, le fœtus peut percevoir des contours et le déplacement de ses membres dans le liquide amniotique (Granier-Deferre, 2011).

Lors de la situation d'alimentation, le système périphérique est sollicité. Il faut veiller à faire des mouvements adaptés lorsqu'on nourrit l'enfant : des mouvements trop brusques peuvent entraîner une réponse d'alerte, qui se manifeste par une hyperextension chez le bébé. Nous devons également proposer un environnement visuel stable à l'enfant pour ne pas entraîner cette même réaction d'alerte, en cas de variation brusque du flux visuel.

De plus, l'enfant utilise son système focal afin d'explorer l'objet. L'aliment est comparé aux connaissances et habitudes gustatives grâce à des indices visuels (aspect, couleur ou forme) et peut ainsi être sélectionné ou rejeté (Peyron et al, 2017).

Par ailleurs, la vue de l'aliment ou de la situation d'alimentation permet à l'enfant

d'anticiper et de se préparer à cette situation. En effet, Futagi et al. (2016) constatent que chez les nourrissons, la vue de l'index d'un adulte, ou d'un mamelon pour les plus grands, qui s'approche de la bouche entraîne une ouverture de la bouche et des pleurs si le doigt est arrêté juste avant la bouche.

Enfin, l'enfant peut être apaisé grâce au contact oculaire avec la personne qui le nourrit (Cascales, Pirlot, Olives, 2014).

> L'oralité alimentaire renvoie à l'action de manger. Elle implique l'ensemble des sens. Elle met en jeu plusieurs fonctions de la sphère orale : succion/mastication, déglutition, respiration. Nous allons donc nous intéresser plus en détails à l'oralité respiratoire.

1.2. Oralité respiratoire

1.2.1. Respiration nasale / Respiration buccale

À la naissance, le nouveau-né respire obligatoirement par le nez, du fait de la position haute du larynx par rapport à la cavité buccale. Il arrive par la suite que l'enfant passe à une respiration buccale pour s'adapter face à une obstruction nasale et/ou pharyngée (Di Francesco, 2017 ; Valera et al, 2017). Cette respiration buccale est souvent associée à des habitudes buccales nocives (suction du pouce, de la tétine, morsure des ongles...) (Piteo, 2011).

1.2.2. Liens entre oralité respiratoire et oralité alimentaire

1.2.2.1. Respiration pendant la déglutition

Les voies respiratoires sont protégées pendant la déglutition par divers mécanismes : inhibition respiratoire, fermeture des cordes vocales, bascule de l'épiglotte, et coordination temporelle précise du transit du bol alimentaire.

Cela permet la déglutition sans infiltration du bolus dans les voies aériennes supérieures (Koenig et al, 1990 ; Shaker, 1990 ; Matsuo et al, 2008).

1.2.2.2. Implication d'une respiration nasale ou buccale sur l'oralité alimentaire

La respiration nasale, utilisée à la naissance, permet au nouveau-né de respirer pendant qu'il est allaité. Or, le nez étant responsable de l'odorat, il est amplement sollicité lors des repas (West & McNamara Jr, 1999). Cette respiration est souvent associée à une bonne fermeture buccale qui favorise la succion (Lecoufle, 2021).

Elle permet une bonne croissance des os centraux du visage et la disposition fonctionnelle de tous les muscles liés à la respiration et à la mastication (Di Francesco, 2017 ; Valera et al, 2017). Si l'enfant respire par le nez, son crâne et sa mandibule peuvent se développer harmonieusement :

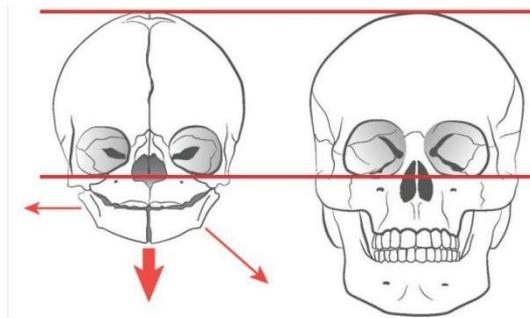


Figure 4 : Croissance du crâne et de la mandibule (Nouwen, 2021)

À l'inverse, en cas de respiration buccale, les structures buccales ne se développent pas normalement. Les muscles et la posture doivent s'adapter à une nouvelle forme de respiration, de mastication et d'ingestion de nourriture (Valera et al, 2017). On constate souvent chez ces enfants un abaissement de la mandibule, des lèvres hypotoniques et des changements dans les phases de déglutition qui peuvent entraîner perte d'appétit et dysphagie (Morais-Almeida, 2019).

> L'oralité respiratoire est très impliquée lors des repas puisqu'elle se coordonne à la déglutition pour protéger les voies aériennes. Une respiration nasale est à favoriser pour encourager la succion, permettre une croissance harmonieuse et capter les informations olfactives.

1.3. Oralité de communication

1.3.1. Développement de l'oralité de communication

La sphère orale est utilisée pour communiquer tout au long du développement de l'enfant, tant de manière verbale que non-verbale.

La communication non-verbale, préalable et complémentaire au langage oral, comprend le regard, les expressions faciales, les vocalisations, les pleurs, les gestes, les postures et mouvements corporels (Halberstadt et al, 2013 ; Oryadi-Zanjani, 2020). Or, vocalisations et expressions faciales font appel à la bouche et il n'est pas rare que le regard, les gestes ou le pointage s'accompagnent de vocalisations.

De nombreuses expériences vocales passent par la sphère orale : pleurs et sons végétatifs du nouveau-né, roucoulements et rires à partir de 6 semaines, babillage à 16 semaines, babillage redoublé à 6 mois, babillage varié à 10 mois puis les premiers mots, gestes communicatifs et babillages variés vers l'âge de 12 mois et explosion lexicale jusqu'à association de 2 mots à 24 mois (Silver, 2021).

1.3.2. Liens entre oralité de communication et oralité alimentaire

Plusieurs études décrivent un lien entre oralités verbale et alimentaire. Ces deux oralités sont « à la fois proches par leurs effecteurs anatomiques et sensori-moteurs, et distinctes par les niveaux de développement phylogénétique impliqués, du plus rudimentaire au plus élaboré » (Abadie, 2012, cité par Ouss, 2021). Ainsi, les praxies de déglutition, de mastication, de ventilation buccale, de propreté orale, impliquées dans l'oralité alimentaire, et celles du langage naissent, se mettent en place en même temps, en utilisant les mêmes organes et les mêmes voies neurologiques (Thibaut, 2015). Les expériences de la bouche nourrissent donc des représentations de l'espace buccal qui peut être utilisé de plus en plus efficacement dans un but de

communication (Lobbé, 2019).

Dans un premier temps, le nouveau-né aurait des comportements réflexes, localisés dans le tronc cérébral (Thibaut & Pitrou, 2018) :

- le réflexe de succion, coordonné à la déglutition et à la ventilation et déclenché par les stimulations sensorielles et les stimuli de la faim ;
- les vocalisations réflexes ou quasi réflexes, traduisant le bien-être ou le malaise du nourrisson.

Entre 6 et 8 mois, la mise en place de la mastication et de l'alimentation à la cuillère favorisent le babillage canonique (MacNeilage, 2000). En effet, l'enfant doit avoir une musculature plus développée qui permet des mouvements de langue et de mandibule de haut en bas. Les émissions laryngées changent durant cette période, le larynx descend progressivement et libère un espace derrière la langue qui servira de résonateur. La partie postérieure de la langue devient mobile. L'enfant peut alors émettre de nouveaux sons (Thibaut & Pitrou, 2018).

> La sphère orale est sollicitée pour communiquer comme pour manger. Ainsi, les acquisitions oro-myo-fonctionnelles en lien avec l'alimentation et la parole se font souvent en parallèle. Les explorations orales permettent de construire des représentations de l'espace buccal nécessaires pour manger et communiquer.

1.4. Oralité cognitive ou exploratoire

1.4.1. Développement de l'oralité cognitive

Dès la vie utérine, le fœtus découvre son corps et sa cavité buccale. À 7 SA, le fœtus sursaute au moindre contact avec ses lèvres. Par la suite, le fœtus suçote le liquide amniotique, touche ses lèvres, l'intérieur de sa bouche avec ses mains...

De la naissance jusqu'à 7 mois, l'exploration orale est privilégiée pour découvrir les objets de l'environnement. Le système tactile récent traite les aspects métriques et spatiaux des objets afin que les lèvres, les gencives et la langue s'ajustent aux propriétés spatiales de l'objet. Cette modalité d'exploration est transitoire et diminue à partir de 11 mois pour être remplacée par l'exploration manuelle (Ruff et al, 1992). Entre 5 et 7 mois, les mains sont plutôt utilisées pour attraper et transporter des objets. Il n'y a pas encore de coordination bimanuelle qui permettrait à la fois de transporter les objets et d'explorer l'environnement. C'est pourquoi, pendant cette période, lorsque l'enfant a un objet en main, il le dirige préférentiellement vers la bouche (Peters, 1983).

Cette exploration buccale s'accompagne régulièrement d'une confirmation visuelle : le regard contrôle les informations prélevées oralement. Une synthèse des informations manuelles, orales et visuelles est nécessairement réalisée pour donner une cohérence à l'objet exploré (Ruff, 1989).

1.4.2. Liens entre oralité cognitive et oralité alimentaire

La coordination oeil-main-bouche, entraînée par les multiples explorations de l'enfant, est un préalable à l'alimentation autonome du nouveau-né (Butterworth & Hopkins, 1988). Par la suite, lorsque l'enfant se nourrit de manière autonome, il renforce aussi ses aptitudes motrices et sa coordination oeil-main-bouche, nécessaires à l'exploration et à la découverte de son environnement (Daniels et al, 2015 ; Utami & Wanda, 2019).

En essayant d'attraper les aliments, il construit sa coordination œil / main et en amenant la nourriture jusqu'à ses lèvres, il développe sa coordination main / bouche.

Un manque d'expériences orales peut par la suite entraîner une oralité passive et provoquer des troubles de l'oralité alimentaire. Ce sera le cas si l'enfant ne découvre pas les objets par la bouche (Bellis et al, 2009 ; Lobbé, 2019).

> L'oralité cognitive correspond à l'utilisation de la sphère orale pour explorer les objets de l'environnement. Elle est mise en jeu entre 5 et 7 mois et est préalable à l'alimentation autonome du jeune enfant. Lorsque la sphère orale est instrumentalisée, l'enfant peut commencer à construire son axe corporel et ses représentations, comme nous allons le décrire dans la partie suivante.

1.5. Oralité constitutive de l'axe corporel et des représentations de l'organisme

1.5.1. Construction de l'axe corporel en lien avec l'oralité

D'après Bullinger (2015), l'axe corporel de l'enfant se met en place à travers les expériences et acquisitions de l'enfant. L'organisme est en premier lieu mobilisé de manière globale, puis, au fil des interactions avec l'environnement, chaque espace corporel est instrumentalisé. Cet espace peut alors être utilisé de manière segmentée : il devient un outil pour comprendre et agir sur le milieu, explorer, manipuler et réaliser des actions orientées vers un but.

Plusieurs étapes sont nécessaires pour arriver jusqu'à ces conduites instrumentales.

En premier lieu, l'organisme, en interagissant avec le milieu, peut s'habituer à un flux sensoriel. D'abord, face à un flux, l'enfant a une réaction d'alerte qui désorganise sa posture car il régule avec difficulté son tonus. Au bout d'un certain nombre de rencontres avec la stimulation, l'enfant, grâce à quelques indices sensoriels qu'il a

repérés, prépare son tonus et sa posture afin de ne plus se désorganiser à l'arrivée du flux : c'est l'**habituatio**n. À ce stade de développement, il est donc particulièrement important de veiller à bien installer l'enfant qui, en cas de changement brutal de flux, peut facilement se désorganiser et partir en hyperextension.

Par la suite, l'enfant construit des **habitudes** dans l'espace des gestes. En répétant des gestes, l'enfant en affine le contrôle, ressent des sensations et peut se faire une première représentation de son organisme en action, la consistance. Pour que cette consistance puisse être maintenue, les flux sensoriels reçus doivent être adaptés et constants : s'il y a trop peu de stimulations, nous n'observons pas assez de variations toniques (donc pas de représentation de l'image corporelle) alors que s'il y a trop de stimulations, l'enfant ne contrôle pas son état tonique et ne pourra pas s'engager dans l'action.

L'enfant se représente ensuite les propriétés de l'objet et de l'espace qui les contient sans avoir besoin de réaliser des actions sur son milieu. Il se représente l'**effet spatial de ses gestes**. Pour cela, l'enfant a recours au milieu humain afin de réguler son tonus. Lorsque l'adulte réagit toujours de la même manière à une situation, les réactions émotionnelles de l'enfant diminuent et il peut construire de nouvelles actions et réaliser des gestes avec un but précis. Il organise ainsi son action et anticipe son effet. À ce moment-là, le segment corporel utilisé devient **instrumentalisé** : il est distinct de l'action et permet de réaliser des activités orientées. En parallèle, l'enfant n'a plus besoin de l'autre pour réguler son tonus : les moyens de régulation sont intériorisés.

Dans le développement, cette représentation indépendante de l'action est tour à tour acquise pour chacun des espaces de l'organisme. La maîtrise des différents espaces corporels commence avec l'instrumentalisation de l'espace gravitaire puis viennent l'investissement progressif de l'espace oral, puis du buste, du torse et des membres supérieurs et enfin du bassin et des membres inférieurs. À l'issue de ces constructions, l'organisme est perçu comme un corps articulé et mobile dans des espaces de plus en plus vastes.

Dans un premier temps, le fœtus évolue dans l'espace utérin. Il est porté par le

liquide amniotique et confiné par la paroi utérine. Le dos du fœtus se met en extension et s'appuie contre la paroi utérine qui se contracte pour maintenir le fœtus en position d'enroulement. À la naissance, l'enfant doit instrumentaliser l'**espace de la pesanteur** : il doit retrouver un enroulement en l'absence de l'appui utérin. Pour favoriser ce développement, les surfaces rigides sont à privilégier afin que l'enfant reçoive plus de signaux sensoriels. Nous pouvons aussi proposer à l'enfant une contenance : un appui pour la tête afin d'assurer la flexion de la nuque, un portage en « petit paquet » serré contre le buste.

Par la suite, le premier segment corporel à s'instrumentaliser est la **sphère orale**. L'espace oral a deux fonctions : l'alimentation, avec la capture, et l'exploration, qui doivent se coordonner. La conduite de capture ne doit pas être trop forte, sinon les objets seront mis en bouche afin de la remplir, sans qu'il n'y ait d'exploration. À l'inverse, si l'activité d'exploration est trop prégnante, l'enfant aura des difficultés à investir l'alimentation et à diversifier les textures acceptées (prédominance du système tactile récent). Pour favoriser cette instrumentalisation, il convient de respecter une narration durant les repas. L'enfant identifie alors son état de faim ainsi que les signaux de son environnement accompagnant les repas. Les événements successifs et répétés chaque jour sont commentés, ce qui permet de donner du sens aux états tonico-émotionnels que ressent l'enfant.

Puis, l'**espace du buste** est investi. Pour cela, le milieu humain doit aider par le portage à retrouver l'enroulement qui existait in utero. De nouveau, il est primordial de proposer à l'enfant un appui dans le dos et une flexion de la nuque. Sinon, en position d'extension, le repas et la coordination bimanuelle sont fortement perturbés.

L'acquisition suivante se place dans l'**espace du torse**. L'enfant coordonne l'espace espace oral droit et l'espace oral gauche permettant ainsi la création de l'espace de préhension et la constitution d'un axe corporel. Cela permet l'exploration bimanuelle : une main tient l'objet et l'autre l'explore. Ainsi, la bouche peut être investie pour les vocalisations et l'alimentation.

Enfin, l'enfant peut investir son bassin et lier le haut et le bas de son corps. Il maîtrise alors l'**espace du corps**. Le pied devient outil d'exploration et l'enfant peut marcher, tout en s'adaptant au terrain et à la finalité de l'action.

1.5.2. Liens entre l'axe corporel et l'oralité alimentaire

La conception de Bullinger souligne l'importance d'une bonne installation lors des repas et d'une bonne contenance psychique.

Chez le nourrisson, Bullinger (2015) recommande une « mise en forme dans un schéma d'enroulement, avec une flexion de la nuque et un appui dans le dos ». Cette posture permet de faciliter la déglutition et de limiter l'hyperextension en cas de rencontre avec un stimuli désagréable ou non anticipé. L'enfant peut alors mobiliser sans contrainte ses compétences orales.

Ross (2011) ajoute l'importance d'avoir une proximité physique et une interaction visuelle avec l'adulte nourrisseur. Il vaut mieux privilégier le portage de l'enfant dans les bras pendant les repas, afin de favoriser l'enroulement et l'attachement. L'adulte qui nourrit l'enfant doit lui aussi être installé confortablement afin de pouvoir être stable et disponible tout au long de la prise alimentaire.

Lorsque l'enfant est nourri au sein, nous pouvons conseiller à la mère plusieurs positions (Doré & Le Hénaff, 2020) :

- position semi assise : la mère est allongée et le bébé est couchée sur son ventre ;
- la madonne : le bébé est couché sur le côté et sa tête sur l'avant-bras de sa mère, du côté du sein ;
- la madonne inversée : le bébé est couché sur le côté, sa nuque est maintenue par le bras du côté opposé au sein. Cela permet à la mère de bien soutenir le bébé et de voir plus facilement comment il prend le sein ;
- le football : le bébé est sur le côté du corps de sa mère, allongé sur son avant-bras qui soutient son corps et sa tête ;

- couchée sur le côté : la mère et le bébé sont couchés sur le côté, face à face. Cette position favorise le repos de la mère, notamment pour les tétées de nuit.

Nous pouvons proposer plusieurs installations lorsque l'enfant est nourri au biberon (Lecoufle, 2021) :

- assis de profil, semi-redressé : le bébé est dans les bras, en position verticale semi-assise ($> 45^\circ$) et le biberon est proposé à l'horizontale. Il peut alors réguler lui-même le rythme de sa prise de lait ;
- face-à-face, semi-redressé : cette position permet aussi une régulation active de l'enfant ainsi qu'un contact visuel plus constant ;
- latéral incliné : le bébé est allongé sur le côté, soutenu par un coussin à la hauteur de la poitrine de l'adulte. Le lait coule moins vite, ce qui permet de mieux gérer le bolus et de pouvoir plus facilement réguler le rythme de prise.

Pour les enfants plus grands, il faut veiller à ce que l'enfant ait un appui derrière le dos, sous les pieds et sous les coudes (Bandelier, 2015). Ainsi, il est plus stable et plus disponible pour participer au repas sans devoir se focaliser sur son équilibre.

> L'oralité permet de constituer l'axe corporel et les représentations de l'organisme. En partant de la sphère orale, l'enfant instrumentalise progressivement chaque partie de son corps. Nous pouvons l'y aider en proposant une bonne contenance posturale. Il est également important de lui offrir une contenance psychique.

1.6. Oralité régulatrice ou psycho-affective

1.6.1. Développement de l'oralité régulatrice

La construction de l'axe corporel, rendue possible par la maîtrise de l'espace oral, permet non seulement à l'enfant de trouver un appui postural mais aussi appui émotionnel et relationnel (Bullinger, 2007). L'enfant qui peut trouver un équilibre sensori-tonique peut « recevoir sans désorganisation les signaux issus de l'extérieur » (Wallon, 1985). Il peut alors mieux réguler son tonus et ses émotions.

1.6.2. Liens entre oralité régulatrice et oralité alimentaire

Les repas du nouveau-né lui permettent d'apaiser ses angoisses. La succion du mamelon, l'odeur du lait, le portage, les regards et les paroles du parent construisent une narration autour des repas. Cela permet à l'enfant d'être contenu et d'atteindre un sentiment de satiété et de sécurité (Kloekner, 2011). D'après Anzieu (1985), cette contenance permet à l'enfant de développer une enveloppe psychique qui pourra contenir ses angoisses.

Les moments autour de l'alimentation de l'enfant sont répétitifs et cadrés. Il peut donc structurer son quotidien, acquérir des repères, mémoriser des séquences et anticiper (Thibaut & Pitrou, 2018). Il comprend alors que tout n'arrive pas exactement quand il le veut. Lorsque la mère vient satisfaire sa faim dans un temps supportable pour l'enfant, ni trop court, ni trop long, il comprend qu'il y a une délimitation entre lui et l'autre (Winnicott, 1975). Il constate que ses cris provoquent une réaction chez l'autre et commence à vouloir entrer en relation.

Enfin, les repas participent à l'élaboration de sa personnalité et renforce le lien mère/enfant (Thibaut & Pitrou, 2018). L'allaitement représente un mode d'interaction majeur entre un parent et son enfant et contribue à installer une relation privilégiée

entre eux et à renforcer les liens d'attachement. Des problèmes autour de l'alimentation altèrent la confiance en lui du parent en tant que « nourrisseur », ce qui peut entraver la mise en place des relations précoces mère-bébé (Martin-Royer & Cazenave, 2014).

> La maîtrise de l'espace oral permet à l'enfant de trouver un appui émotionnel et relationnel : c'est l'oralité régulatrice. Elle lui permet d'apaiser ses angoisses et de construire ses premiers liens d'attachement. Pour cela, il est important d'associer le repas à un moment de plaisir.

1.7. Oralité hédonique

1.7.1. Développement de l'oralité hédonique

La zone orale constitue un espace d'expérimentation du plaisir. En psychanalyse, elle est associée au premier stade d'évolution de la libido. La satisfaction des besoins est permise par l'alimentation, la succion, le baiser et la morsure (Thinès & Lempereur, 1975 ; Lobbé, 2019).

On constate que l'oralité verbale permet aussi à l'enfant d'exprimer confort ou inconfort.

1.7.2. Liens entre oralité hédonique et oralité alimentaire

Manger est une activité qui apporte du plaisir. C'est un des premiers besoins de l'enfant et une des premières sources de plaisir.

1.7.2.1. La chaîne narrative du repas, élément essentiel au plaisir

Pour que l'enfant puisse prendre du plaisir lors du repas, il est nécessaire de le rendre acteur le plus possible. Pour cela, il est primordial de construire une narration autour du repas. Cela permet de donner un sens à l'enchaînement des composantes du repas : l'enfant s'approprie des repères, comprend mieux la situation et peut être actif. Nous

lui laissons aussi le temps d'expérimenter, de faire par lui-même, de pouvoir accepter ou refuser une stimulation. Grâce à la chaîne narrative du repas, l'enfant prend conscience de la chaîne Faim → Alimentation → Plaisir (Bullinger, 2011).

Des éléments essentiels apparaissent lors de chaque repas et favorisent l'apparition du plaisir :

- Posture : contenance posturale grâce à une installation dans un schéma d'enroulement et au dialogue tonique qui accompagne l'enfant dans l'alimentation ;
- Olfaction : les odeurs senties par l'enfant lui servent de contenant et lui permettent de reconnaître la situation de repas ;
- Succion : l'enfant adapte sa succion au mamelon ou au biberon. Il est essentiel de lui laisser la possibilité d'être actif et de doser les quantités reçues. Nous pouvons pour cela lui proposer des stimulations péri-orales : nous partons de l'oreille et nous nous approchons lentement de la bouche. Cela permet à l'enfant de tourner la tête, soit pour s'approcher, soit pour se détourner de la stimulation, sans qu'il ne se mette en schéma d'hyperextension. Cela lui permet aussi de déclencher la salivation et de favoriser la capture avant de commencer la succion ;
- Déglutition : la chaîne narrative a permis à l'enfant de déclencher sa salivation, ce qui rend le transit de l'aliment plus aisé ;
- Satiété : l'estomac est rempli et l'enfant n'a plus faim et ressent du plaisir.

Ainsi, il faut impliquer au maximum l'enfant dans chaque étape de l'alimentation et stimuler tous ses sens. Nous pouvons pour cela l'impliquer dans la préparation des repas (faire les courses, patouiller, cuisiner, mettre la table...), annoncer le moment du repas, stimuler ses sens, verbaliser ce que l'on fait et ce qu'il fait et veiller à ce qu'il soit actif pendant le repas (Bandelier, 2015).

1.7.2.2. Les 3 dimensions du plaisir procuré par l'alimentation (Marty et al, 2018)

Dimension sensorielle

Le plaisir de consommer un aliment peut venir des **sensations sensorielles** qu'il procure. Il est lié à ses **caractéristiques perceptives** : goût, saveur, texture (Cabanac, 1979).

Il est donc important de stimuler tous les sens de l'enfant au moment du repas.

En permettant à l'enfant de patouiller, nous sollicitons le toucher. Pour activer son odorat, nous pouvons faire sentir les aliments et les préparations qui composent le repas. Ces deux sens participent à la narration du repas et préparent l'enfant à manger. Cela lui permet d'anticiper la situation de repas et de devenir acteur de cette action.

On doit aussi faire attention à la température des aliments qu'on propose à l'enfant : les enfants hypo-sensibles ont tendance à préférer les aliments chauds ou froids pour obtenir beaucoup d'informations sensorielles alors que des enfants hypersensibles préféreront des aliments tièdes.

Enfin, nous pouvons jouer sur les goûts proposés à l'enfant : les nouveau-nés ont tendance à apprécier particulièrement les aliments sucrés ou riches en énergie (Drewnowski, 2009 ; Schwartz et al, 2009) mais les enfants préfèrent parfois des goûts étonnants (épicés, amers, acides...) (Bandelier, 2015).

Dimension interpersonnelle

Le plaisir vient aussi du **contexte social** de l'alimentation.

En France, la majorité des enfants de 3 à 17 ans prennent leur repas en famille ou avec des amis (Bénétiér et al., 2009). Cette dimension sociale est très importante puisqu'elle permet de transformer le repas en un moment de plaisir et d'échanges.

L'enfant apprend par imitation. Des études montrent que l'alimentation sociale et le plaisir qui en découle influencent la quantité de nourriture consommée par l'enfant (Lumeng et al, 2007) et favorisent l'introduction de nouveaux aliments (Addessi et al., 2005). À partir d'un an, nous pouvons donc installer l'enfant à table avec toute la

famille et lui proposer le même repas en portions adaptées à ses compétences : il peut alors interagir avec les autres membres de la famille, demander plus de nourriture, observer ce que font les autres...

Nous pouvons également proposer à l'enfant des expériences alimentaires en dehors du cadre familial (Bandelier, 2015). En effet, les enfants seraient plus influencés par leurs pairs que par les adultes sur le choix des aliments (Frazier et al., 2012). Un cadre différent peut aussi permettre une alimentation plaisir, en dehors de potentielles tensions familiales autour des repas, et permettre à l'enfant de nouvelles expérimentations.

Dimension psychosociale

Dès 24 mois, le plaisir peut venir des **représentations cognitives** qu'on associe à la nourriture.

Pour apprécier un aliment, nous prenons en compte sa qualité de « recherche » (par exemple, nous recherchons des biscuits avec des pépites de chocolat et nous éprouvons donc du plaisir à les trouver), sa qualité d'« expérience » (après avoir choisi le biscuit, nous apprécions son croustillant) et sa qualité de créance (plaisir ressenti par rapport aux informations qu'on nous a données sur le produit) (Nelson, 1970 ; Darby & Karni, 1973). Ainsi, le plaisir de manger un aliment vient aussi des attentes qu'on a par rapport à cet aliment (Tuorila et al, 1994).

Cette dimension confirme l'importance d'impliquer l'enfant dans la chaîne narrative du repas en choisissant avec lui les aliments et recettes (qualité de recherche), en lui faisant goûter les préparations (qualité d'expérience) et en verbalisant autour de ce qui est préparé (qualité de créance).

> L'oralité hédonique se réfère au plaisir lié à la sphère orale. Elle est donc essentielle lors des repas. Ce plaisir est favorisé par la mise en place d'une chaîne narrative. Il vient aussi des sensations et des représentations cognitives associées aux aliments et du contexte social des repas.

Il faut donc prendre en compte cet aspect social de l'alimentation et s'intéresser aux habitudes alimentaires liées à la culture.

1.8. Oralité socio-culturelle

Les nouveaux-nés doivent apprendre quoi, quand, comment, combien manger et dans quel contexte. La culture dans laquelle ils évoluent et l'éducation donnée par leurs parents influencent leur manière de manger et leurs goûts.

Les enfants ont des prédispositions comportementales qui leur permettent d'apprendre à aimer les aliments mis à leur disposition et de s'adapter à leur culture culinaire (Nicklaus, 2015). Les préférences alimentaires, de goût ou de texture, sont influencées par les parents qui vont présenter certains aliments plus que d'autres (Cullen et al., 2003 ; Hearn et al., 1998 ; Kratt et al., 2000). Les jeunes enfants apprennent aussi quels aliments sont agréables au goût en observant d'autres personnes manger (Liberman et al, 2016). Ces habitudes alimentaires formées dans l'enfance sont très importantes puisqu'elles ont tendance à rester stables jusqu'à l'âge adulte (Nicklaus & Remy, 2013).

En dehors de la famille, le contexte culturel influence grandement les attitudes face à la nourriture. Par exemple, en France, les mères privilégient le plaisir et le goût lors de la diversification alors que les mères britanniques préfèrent faire attention à la santé et aux qualités nutritionnelles des aliments (Caton et al., 2011 ; Schwartz et al., 2013). En France, manger est plutôt rattaché à une notion de plaisir tandis qu'aux États-Unis les aliments sont plus considérés comme une source d'inquiétude (Rozin et al, 1999).

Si l'oralité alimentaire est d'abord influencée par la famille, les goûts et comportements alimentaires dépendront aussi des autres lieux de socialisation (crèche, cantine...) (Schaal & Soussignan, 2008).

> La culture de l'enfant et les lieux de socialisation dans lesquels il évolue influencent sa façon de manger et les aliments qu'il accepte. Quelle que soit la culture d'origine, certaines sollicitations doivent être proposées à des moments précis pour que l'enfant les acquiert plus facilement.

>> Les huit oralités se développent conjointement et sont très liées. Nous devons donc prendre en compte toutes ces oralités pour un repas réussi et un développement harmonieux de l'oralité alimentaire.

Dans la deuxième partie, nous verrons que nous devons également respecter des périodes sensibles pour que l'enfant acquière l'ensemble des compétences oro-myo-fonctionnelles nécessaires pour une bonne alimentation.

2. Développement de l'oralité alimentaire - Périodes sensibles

La notion de période sensible renvoie à une fenêtre de développement durant laquelle l'enfant est particulièrement réceptif à certaines expériences. Passée cette période, il devient difficile, si l'enfant n'a pas reçu ces stimulations, de reprendre un développement normal (Vasseur & Delion, 2010). Les auteurs identifient notamment la naissance et les 6 premiers mois. (Veyssière & Le Peintre, 2021).

Dans le cadre de l'oralité alimentaire, il faut veiller à ne pas laisser passer ces périodes sensibles. Nous devons respecter des fenêtres développementales, pour diversifier l'alimentation de l'enfant, proposer progressivement différentes textures et introduire la cuillère.

2.1. Diversification alimentaire et introduction des différentes textures

Il existe une période sensible pour la mise en place de la diversification alimentaire. Avant 4 mois, afin de minimiser les allergies alimentaires, il est préférable de ne pas proposer d'autres aliments que le lait (Fewtrell et al., 2017 ; OMS, 2003 ; PNNS, 2004). Sinon l'enfant risque de développer des allergies, de l'eczéma ou un surpoids au cours de l'enfance (Pearce et al, 2013 ; Tarini et al, 2006). Les compétences masticatoires nécessaires ne sont pas encore assez matures pour prendre en charge le bol alimentaire.

Cependant, les aliments complémentaires ne doivent pas être introduits trop tardivement au risque de développer des difficultés alimentaires ultérieures. Différentes études suggèrent donc qu'entre 4 et 12 mois, l'enfant doit être exposé à certaines textures pour aborder un développement optimal de ses compétences alimentaires (textures détaillées dans le point 2.1.1.).

2.1.1. Recommandations nationales et internationales

Plusieurs organismes délivrent des recommandations quant à l'accompagnement du développement de l'oralité alimentaire, afin de respecter cette notion de période sensible.

L'**Organisation Mondiale de la Santé** préconise l'introduction d'aliments complémentaires à partir de l'âge de 6 mois (OMS, 2003). Passé cet âge, l'alimentation lactée ne suffit plus et il est nécessaire d'ajouter des aliments complémentaires pour la croissance et les besoins nutritionnels (en fer, zinc, acides gras) du nourrisson.

L'OMS conseille un ordre d'introduction des aliments : d'abord des purées puis des aliments sous forme hachée ou pouvant être mangés avec les doigts entre 7 et 12 mois et, à partir d'un an, une alimentation familiale (Michaelsen, 2000).

À l'échelle européenne et française, l'**ESPGHAN** (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition), le **PNNS** (Programme National Nutrition Santé) et le **programme 1000 jours** recommandent l'introduction d'aliments complémentaires entre l'âge de 4 et 6 mois (Fewtrell et al., 2017 ; PNNS, 2004).

Le PNNS, en association avec le programme 1000 jours, insiste sur la nécessité de respecter deux étapes dans le processus de diversification.

Entre 4 et 8 mois, il est recommandé de proposer les aliments complémentaires sous forme « lisse », « mixée », « homogène » et « purée » :

- de 4 à 6 mois, nous proposons à l'enfant des purées lisses : aliments mixés ou écrasés très finement à la fourchette, auxquels nous pouvons ajouter de l'eau et de la matière grasse, le but étant d'obtenir une consistance bien lisse ;

- de 6 à 8 mois, les purées peuvent être plus granuleuses : aliments hachés ou écrasés grossièrement à la fourchette.

Nous introduisons, à partir de 9 mois, les aliments sous la forme de « petits morceaux », « écrasés » ou « à croquer » :

- à partir de 8 mois, nous pouvons donner à l'enfant des aliments en morceaux très mous qui s'écrasent entre la langue et le palais ou entre les doigts. Ces semi-solides permettraient d'améliorer les comportements masticatoires avant l'introduction des solides (Demonteil et al., 2019) ;

- à partir de 10 mois, l'enfant pourra manger des aliments en morceaux à croquer ou à mâcher avec les dents (aliments cuits, fruits crus, crudités en petits morceaux...) ;

- à partir de 1 an, l'enfant pourra manger presque la même chose que toute la famille, en quantités adaptées à son âge.

Dans tous les cas, il est important de proposer une nouvelle texture à la fois et d'éviter les textures mélangées. En effet, l'enfant, face à un mélange de textures, va recevoir des informations sensorielles contradictoires et il lui sera plus difficile de gérer la bouchée.

L'évolution recommandée des textures s'expliquent par une évolution des schémas linguaux et une dissociation progressive de la succion et de la déglutition. Ces recommandations prennent en compte les périodes sensibles du développement. Proposer les textures adéquates permet à l'enfant d'acquérir de nouvelles compétences oro-myo-fonctionnelles et de développer des compétences alimentaires et verbales, au moment où son cerveau y est le plus réceptif (Thibaut, 2007).

Âge (mois)	Motricité	Langage	Préhension des aliments	Évolution schémas	Succion - déglutition	Texture
0-4	Asymétrie + flexion tête médiante	Vocalisations Syllabes archaïques	Aspiration sein ou biberon	Suckling Têter	Succion - déglutition réflexe	Liquide
4-6	Tenu assis Contrôle tête	Babillage rudimentaire	Tétine + début cuillère + début boisson au verre Malaxage	Suckling Têter	Diminution du réflexe de succion - déglutition	Liquide + semi- liquide lisse
6-9	Rotation 4 pattes debout	Babillage canonique	Tétine + cuillère + verre Malaxage + début mastication	Suckling + début sucking Mouvements linguaux latéraux	Début dissociation entre succion et déglutition	Semi-liquide + mixé
9-12	Marche de côté	Babillage mixte	Cuillère + verre Malaxage > mastication	Suckling > sucking	Diduction Mouvements linguaux	Mixé + solide mou
12-18	Marche	Proto-langage	Cuillère + verre Mastication > malaxage	Suckling < sucking	Dissociation langue - mandibule	Solide mou + dur
18 - 24	Marche +++	Premières phrases	Cuillère + verre Mastication + malaxage	Succion - déglutition indépendantes	Stabilité de la mandibule	Solide dur

Figure 6 : Acquisitions motrices, langagières et alimentaires de 0 à 24 mois (Thibaut, 2007)

2.1.2. Méthodes d'introduction des aliments complémentaires

Si nous savons désormais qu'il faut introduire les aliments complémentaires dans un ordre précis entre 4 et 12 mois, de quelle manière devons-nous les proposer à l'enfant ?

2.1.2.1. Méthode traditionnelle

Dans ses recommandations, l'OMS (2003) conseille d'introduire les aliments de manière traditionnelle. Le parent propose à l'enfant d'abord des purées puis, en suivant ses capacités de mastication et de déglutition, introduit progressivement d'autres textures. L'enfant est nourri à la cuillère, souvent par le parent.

2.1.2.2. Diversification menée par l'enfant (DME)

En 2008, Gill Rapley développe la méthode de la diversification menée par l'enfant qui encourage l'alimentation autonome dès 6 mois. Dans ce modèle, nous proposons à l'enfant de préférence les mêmes aliments que les adultes, qu'il peut saisir à la main pour qu'il se nourrisse seul.

Cette méthode présente de nombreux avantages.

Elle favorise l'**indépendance** de l'enfant. Il peut explorer, manipuler les aliments et les mettre lui-même en bouche. Cela lui permet de développer sa motricité, de se familiariser avec la nourriture et de faire des expériences sensorielles intéressantes (Cameron et al, 2011 ; Científico & Nogueira, 2017).

La DME lui permet de **s'auto-réguler** et d'apprendre à mieux répondre à ses propres signaux de faim et de satiété : l'enfant reconnaît ses signaux de satiété et est moins susceptible de manger sans faim (Brown & Lee, 2013). Les aliments ne sont pas mélangés et il peut choisir quel aliment et quelle quantité il veut manger, selon ses besoins. En laissant l'enfant toucher sa nourriture et choisir lui-même ce qu'il mange, la méthode de DME encourage donc l'enfant à être **acteur** et favorise la chaîne narrative autour du repas.

De plus, la DME a des **effets positifs sur le comportement des parents**. Les parents mettent moins de pression autour des repas, tant sur le temps passé à table que sur la quantité de nourriture consommée (Rapley & Murkett, 2008). Nous observons moins de comportements de forçage au profit de plus d'autonomie. L'enfant participe aux repas familiaux et ce à un plus jeune âge que dans les groupes nourris à la cuillère. La DME lui permet d'être plus autonome et de manger avec sa famille, sans que l'un des parents ait à le nourrir. Il mange également plus souvent les mêmes aliments que sa famille. Il semblerait que les enfants diversifiés par la DME soient moins difficiles à table (moins de problèmes de comportement et de sélectivité). Cependant, ces résultats paraissent plutôt liés au comportement des parents puisque la différence disparaît après ajustement parental. En effet, Brown et Lee (2013) remarquent que lorsqu'on sensibilise les parents sur les comportements à adopter en cas de difficultés lors d'un repas, ceux-ci suivent les recommandations des professionnels et modifient leurs réactions. Les problèmes de comportement et de sélectivité peuvent donc être diminués quelle que soit la méthode de diversification employée. Néanmoins, les parents qui ont choisis la DME sont souvent plus informés sur les comportements à mettre en place pendant les repas.

Plusieurs études ont montré que la DME favorise ensuite la **consommation de produits plus sains** (légumes, produits non transformés). En effet, nous proposons à l'enfant une plus grande variété de textures, de saveurs, qu'il peut découvrir et apprivoiser. Il met en jeu tous ses sens, en s'appropriant la couleur des aliments, son odeur, son goût, sa texture. L'enfant fait un plus grand nombre d'expériences et nous lui laissons plus l'occasion de faire des choix (Rapley & Murkett, 2008). Les enfants qui se nourrissent avec la DME présenteraient également moins de surpoids (Townsend & Pitchford, 2012 ; Brown & Lee, 2015).

Cependant, quelques limites apparaissent avec la DME.

Une des inquiétudes majeures des professionnels de santé et des parents est l'**étouffement** (Brown & Lee, 2013 ; Cameron et al, 2012). Cependant, bien qu'on relève des épisodes d'étouffement, les bébés ont pu, à chaque fois, les gérer seuls,

diminuant ainsi les inquiétudes des mères (Cameron et al, 2012). Les parents pourraient aussi avoir du mal à différencier étouffement et réflexe nauséeux, ce qui amène à nuancer ces résultats, tout en restant vigilant.

De plus, certaines études alertent sur un **apport insuffisant en fer et en énergie** (Cameron et al, 2013 ; Morrison et al, 2016) et un risque plus élevé de **retard de croissance** (Brown & Lee, 2013).

Enfin, pour les enfants diversifiés en DME, nous rapportons un **âge plus tardif d'introduction des aliments solides**. Contrairement aux familles nourrissent leurs enfants à la cuillère, les familles qui suivent la méthode DME ne peuvent pas commencer la diversification dès 4 mois. En effet, avant de débiter la DME, il faut veiller à ce que l'enfant ait acquis un certain nombre de prérequis :

- Pour s'alimenter de manière autonome, l'enfant doit pouvoir se tenir assis, dos droit et porter seul la nourriture à la bouche. La tenue assise étant généralement acquise vers 6 mois, cela expliquerait la diversification plus tardive.
- L'enfant doit manifester l'envie de manger lui-même, en essayant d'attraper des aliments dans l'assiette des parents par exemple, afin qu'il puisse être acteur de son repas.
- Il doit avoir une coordination oeil-main-bouche suffisamment développée. Entre 5 et 7 mois, l'enfant attrape des objets de son environnement et les porte en bouche. Il va plus facilement orienter les morceaux mis à sa disposition vers sa bouche.

Ainsi, la DME permettrait de suivre les directives de l'OMS (diversification à 6 mois) mais serait légèrement en retard sur les recommandations françaises et européennes (introduction des aliments complémentaires entre 4 et 6 mois).

Certains auteurs conseillent alors de **combiner les méthodes** en proposant à l'enfant, au moins les premières semaines, des aliments en morceaux en autonomie pendant les repas familiaux tout en complétant avec des aliments donnés à la cuillère. (Wright et al, 2011)

2.1.2.3. Baby-Led Introduction to Solid (BLISS)

En parallèle, une étude pilote qui vise à diminuer les inconvénients de la DME a été mise en place par Cameron et al (2015) : la méthode BLISS.

Elle reprend les concepts de la DME, en ajoutant certains conseils.

Pour **prévenir les risques d'étouffement**, les parents sont encouragés à tester les aliments avant de les proposer pour qu'ils soient suffisamment mous pour être écrasés avec la langue sur le palais. Ils devront éviter de proposer des aliments friables, collants, durs, trop petits ou ronds. Une liste de ces aliments leur est fournie (voir annexe n°3). Ils doivent également veiller à l'installation du nourrisson lorsqu'il mange : l'enfant doit être assis et bien droit. Enfin, il faut toujours un adulte avec l'enfant et il faut laisser l'enfant faire à son rythme. Cette information préventive est particulièrement importante car, d'après Fangupo et al (2016), 52% à 69% des nourrissons entre 6 et 8 mois puis 94% à 12 mois seraient exposés à des aliments à risque, quelle que soit la méthode de diversification (DME ou traditionnelle). Ces recommandations sont donc primordiales pour que les parents soient informés sur les aliments à éviter et sur la manière de les préparer.

Pour **augmenter les apports en fer et en énergie** et lutter contre les retards de croissance, il est conseillé aux parents de proposer à chaque repas un aliment riche en fer, un aliment riche en énergie et un fruit ou un légume. Une seconde liste est proposée aux parents avec un livret de recettes adaptées à l'enfant et prévenant les carences. Les aliments recommandés pour l'apport en fer sont la viande rouge, le poulet, le poisson, le foie, les céréales enrichies en fer et les légumineuses. Les aliments à haute teneur énergétique sont les aliments fournissant plus de 1,5 kcal/g. Il est conseillé aux parents de proposer des aliments « faciles » et du lait en cas de maladie. Il est recommandé d'assurer un environnement sans distracteurs et une ambiance plaisante afin que l'enfant ne perde pas d'énergie en s'alimentant. Ces conseils semblent suffisant pour réduire les risques de carence et permettre une bonne croissance des enfants.

Cette intervention a permis de réduire l'offre d'aliments à haut risque d'étouffement et d'augmenter l'offre et la variété d'aliments contenant du fer, bien que les résultats soient peu significatifs, l'étude étant encore une étude pilote avec peu de participants.

> Les aliments complémentaires doivent être proposés à l'enfant dans un ordre précis entre 4 et 12 mois. Pour cela, le parent peut nourrir son enfant à la cuillère ou lui proposer des morceaux pour qu'il se nourrisse seul. Dans tous les cas, il doit en parallèle proposer à l'enfant une cuillère pour qu'il l'accepte puis l'utilise en autonomie.

2.2. Passage à la cuillère

Le passage à la cuillère sera idéalement proposé entre 4 et 7 mois, simultanément à la diversification alimentaire, avec une variation progressive des goûts et des textures (Thibault, 2007, cité par Bandelier, 2015).

Vers 4 à 5 mois, l'enfant peut tenir assis sans aide. Il peut coordonner main et bouche, atteindre la cuillère quand il a faim et ouvrir la bouche à l'approche de la cuillère. Il commence à acquérir les praxies nécessaires à la gestion de la cuillère en bouche. La langue peut bouger d'avant en arrière quand la nourriture est en bouche et transporter le bolus avant déglutition. Les lèvres peuvent enlever la nourriture de la cuillère et garder le bolus en bouche (Delaney & Arvedson, 2008).

Des changements anatomiques se produisent à ce moment-là : le larynx descend, la croissance de la cavité buccale se poursuit, laissant plus de place à la langue dans la cavité buccale. L'enfant vers 4 mois continue des mouvements de suckling et va commencer par téter la cuillère. Puis, progressivement, il va pouvoir dissocier succion et déglutition et utiliser de plus en plus de mouvements de sucking (mouvements latéraux de la langue) qui lui permettront de gérer des textures de plus en plus variées. Durant cette période sensible, les enfants mettent en moyenne 5,7 semaines (entre 2 et 10 semaines) pour acquérir cette compétence (Van den Engel-Hoek et al, 2014). Nous pourrions d'abord proposer à l'enfant un temps de découverte de ce nouvel outil en lui

présentant la cuillère vide. Ainsi, il pourra commencer à la manipuler et à la mettre en bouche avant la situation d'alimentation.

Si nous nourrissons l'enfant, il faudra veiller à bien positionner la cuillère.

La cuillère ne doit pas être orientée vers le haut. En effet, ce positionnement rend la situation d'alimentation douloureuse : la cuillère racle contre les dents, les gencives et la lèvre supérieure de l'enfant. Cela peut entraîner un schéma d'hyperextension, néfaste pour la déglutition. Cette position ne permet pas non plus à l'enfant d'être acteur : la nourriture est déposée en bouche, sans qu'il ne puisse décider de la prendre. Elle se colle contre son palais et il peut lui être difficile de savoir comment la gérer.

Il vaut mieux poser la cuillère sur la langue de l'enfant et la faire sortir à plat (Bandelier, 2015). Nous sollicitons ainsi la préhension labiale et la participation de l'enfant. Si la fermeture de bouche est compliquée, nous pouvons exercer un appui ferme pour l'encourager. Nous pouvons positionner un doigt sous la lèvre inférieure et un autre doigt sous le maxillaire afin d'aider l'enfant à contrôler cette fermeture.

Pour le choix de la cuillère, nous préférons une cuillère rigide qui permet un appui sur la langue et une meilleure fermeture de bouche. La cuillère ne doit pas être trop profonde pour que l'enfant puisse facilement en enlever le contenu.

Pour s'alimenter lui-même avec la cuillère, l'enfant doit ensuite maîtriser les aspects moteurs et cognitifs de ce geste (Babik et al, 2019). Pour cela, il doit posséder des prérequis moteurs : contrôle de la tête, du cou et du tronc, amplitude et force musculaire suffisante pour amener la cuillère jusqu'à la bouche.

Il doit comprendre comment se servir de la cuillère : saisie du bon côté et planification et exécution de la séquence d'actions (prendre la cuillère, l'insérer dans la nourriture et la remplir, la transférer jusqu'à la bouche sans renverser, la vider dans la bouche et la retirer).

Nous pouvons pour l'aider à réaliser les gestes seuls, l'aider sur quelques étapes. Par exemple, nous pouvons pré-remplir la cuillère et le laisser porter seul à la bouche. L'enfant peut également utiliser la cuillère sur une partie seulement du repas et être

ensuite nourri par son parent ou prendre à la main les aliments. L'important est de laisser à l'enfant l'occasion de saisir la cuillère pendant le repas et de faire des tentatives pour l'utiliser.

> Le passage à la cuillère doit être proposé entre 4 et 7 mois pour que l'enfant puisse apprendre à s'en servir. Différentes aides peuvent être proposées par l'adulte pour faciliter cet apprentissage.

>> Introduire les aliments complémentaires entre 4 et 6 mois, les différentes textures selon les recommandations scientifiques et la cuillère entre 4 et 7 mois permet à l'enfant d'acquérir plus facilement les compétences oro-myo-fonctionnelles dont il a besoin pour se nourrir en autonomie.

Comme nous l'avons vu, la prise en compte des différentes oralités et des périodes sensibles permet un meilleur développement de l'oralité alimentaire. Les professionnels qui prennent en charge l'enfant dans ses premières années de vie doivent donc être sensibilisés sur ce sujet.

3. Problématique et hypothèses générales

Dans son mémoire réalisé en 2021, Sophie Lonchamp pointait un besoin particulier de formation des professionnels de crèche concernant l'oralité alimentaire. En effet, les professionnels interrogés avaient de nombreuses questions sur ces problématiques et se sentaient peu formés et démunis.

Or, ces professionnels accueillent les enfants à des âges clés : de 0 à 3 ans, les enfants acquièrent de nombreuses compétences orales et traversent plusieurs périodes sensibles. De par ses nombreux liens avec les différentes oralités, il est important que l'alimentation soit proposée dans des conditions optimales, afin que l'enfant puisse se développer harmonieusement (HCSP, 2020).

Différentes études montrent que 25% à 45% des enfants peuvent rencontrer des difficultés alimentaires et que ces difficultés peuvent toucher jusqu'à 80% des enfants en situation de handicap (Peterson et al, 2018).

Ainsi, il est primordial que les personnels travaillant en crèche aient les outils et les compétences pour accompagner, dépister et orienter ces enfants, afin qu'ils bénéficient d'un soutien et d'une prise en soin le plus précoce possible.

Par conséquent, dans le cadre de ce mémoire, nous proposerons des ateliers ciblés sur l'alimentation aux professionnels de crèche. L'objectif sera de les sensibiliser aux troubles de l'oralité alimentaire. À travers des ateliers pratiques et des échanges théoriques, nous aborderons des notions importantes autour des différentes oralités.

Dans quelle mesure cet atelier peut apporter des outils aux professionnels de la petite enfance pour comprendre, accompagner, dépister et orienter les enfants avec des difficultés d'alimentation ?

Nous faisons l'hypothèse que l'atelier permettra d'améliorer les connaissances, les compétences et le sentiment de compétence des professionnels de la petite enfance.

MATERIEL ET METHODE

1. Population

1.1. Critères d'inclusion

L'intervention s'adresse aux personnels de la petite enfance travaillant en crèche.

Il peut s'agir de tous les professionnels étant en contact direct avec les enfants au sein de la structure : auxiliaires de puériculture, éducateurs de jeunes enfants, infirmiers, cuisiniers, postes de direction...

Les professionnels doivent être disponibles et volontaires pour participer à un atelier et s'engagent à remplir les questionnaires pré et post-atelier.

1.2. Recrutement des établissements

Les établissements inclus dans l'étude sont des crèches :

- agréées par le service de Protection Maternelle Infantile de l'Hérault ;
- ayant répondu au questionnaire d'état des lieux des besoins de prévention en orthophonie distribué dans le cadre du mémoire de Sophie Lonchamp (2021) ;
- ayant bénéficié d'une intervention sur site (échanges autour des livrets Objectif Langage et Signes d'appel) dans le cadre de ce mémoire.

Ces établissements correspondent aux crèches du groupe 3 de l'étude de Sophie Lonchamp. Ce groupe a bénéficié d'une intervention sur site d'une heure en 2021. À cette occasion, les supports Objectif langage et Signes d'appel ont été présentés et expliqués aux participants. Ils ont donc reçu des informations sur le développement du langage, les signes d'appel des troubles du langage et de l'oralité alimentaire et le repérage précoce. Enfin, à la suite de l'intervention, ils ont répondu à un questionnaire sur les besoins de prévention des professionnels de la petite enfance.

Nous avons choisi ce groupe afin de renforcer et d'ancrer les connaissances acquises lors de l'intervention de Sophie Lonchamp. Ces connaissances générales permettront

d'aller plus loin et d'aborder spécifiquement l'oralité alimentaire. De plus, ce groupe a été particulièrement impliqué dans la réponse aux questionnaires. Ainsi, il est bien représenté dans l'analyse des besoins des crèches. Il est donc intéressant de lui proposer des ateliers ciblés sur l'oralité alimentaire afin d'aborder les notions d'autonomie, de multimodalités sensorielles et les signes d'appel. Ces connaissances restaient fragiles à la suite de l'intervention de Sophie Lonchamp.

Les sept crèches du groupe 3 répondent à ces critères. Nous les avons contactées par mail, en présentant le projet grâce à une affiche. Par la suite, nous avons repris contact par téléphone pour définir des dates et nous leur avons fait signer une feuille d'engagement. Six crèches sur sept ont été intéressées pour participer à un atelier.

Néanmoins, au vu du contexte sanitaire au mois de janvier et février, les ateliers ont pour la plupart été reportés à plusieurs reprises et annulés pour certains. Une proposition d'atelier en visio-conférence a alors été émise, sans réponse positive.

Ainsi, au final, 4 crèches du groupe 3 ont participé à 5 ateliers :

- deux ateliers au **Multi-Accueil (MA) Nuage et polochon de Bédarieux** ;
- un atelier au **MA Maison des Enfants de Mauguio** ;
- un atelier au **MA Pamplémousse de Villeneuve-Lès-Béziers** ;
- un atelier au **MA Les Beluguettes de Béziers**.

2. Matériel

2.1. L'atelier

2.1.1. Modalités

L'atelier dure environ une heure, il est proposé durant les créneaux de réunion des crèches (soit entre midi et deux, soit après la fermeture de la crèche). Il a lieu au sein de la crèche, dans une salle dédiée. Les participants sont installés en cercle afin d'encourager les échanges et de permettre de réaliser les aspects pratiques de l'atelier. En effet, l'atelier est composé de temps interactifs, de pratique et de temps plus théoriques.

2.1.2. Construction de l'atelier

L'atelier a pour objectif de présenter les troubles de l'oralité alimentaire afin que les professionnels de crèche puissent mieux les comprendre, les accompagner, les dépister et les orienter.

Pour construire l'atelier, nous avons utilisé **plusieurs méthodes d'animation** (Antheunis, 2021) :

1) Nous avons **séquencé** et **chronométré** chaque partie de l'atelier afin de pouvoir mettre un cadre et de le rendre reproductible.

2) Dans la construction des séquences, nous avons suivi la **méthode des 3A** afin de favoriser l'ancrage des connaissances apportées. Nous avons donc organisé les séquences en 3 parties : l'appel, l'apport et l'ancrage.

- La phase d'appel permet d'introduire une notion et d'engager l'attention des participants en suscitant leur intérêt ;

- La phase d'apport est le moment où les éléments théoriques sont expliqués ;
- La phase d'ancrage est la dernière activité qui permet de consolider les notions qui viennent d'être abordées.

3) Pendant l'animation, nous avons utilisé la **méthode des 3D** : dire ce que l'on va dire / dire / dire ce qu'on a dit.

- Ainsi, nous explicitons le sujet d'une séquence (*dire ce que l'on va dire*) afin d'attirer l'attention des participants sur ce qui est important. Les participants savent de quoi nous allons parler ce qui améliore leur concentration et leur implication.
- Nous pouvons ensuite donner nos explications et apporter de la théorie (*dire*).
- Enfin, nous récapitulons ce qui a été dit (*dire ce qu'on a dit*) afin de s'assurer que les participants ont compris l'essentiel et d'ancrer ces informations.

4) Concernant les thèmes abordés, nous nous sommes servis des **besoins identifiés** par le questionnaire de Sophie Lonchamp. Les connaissances des participants doivent être renforcées sur les notions de faim, d'implication de l'enfant, de textures et de modalités sensorielles. Le questionnaire montre qu'il est important d'aborder la notion de période sensible et les repères d'âge associés ainsi que les signes d'appel d'un trouble de l'oralité alimentaire.

2.1.3. Contenu de l'atelier

2.1.3.1. Introduction

La première partie dure 10mn.

Elle permet de présenter l'atelier :

- **présentation du mémoire** : reprise du mémoire de Sophie Lonchamp et atelier ciblé sur l'oralité alimentaire ;
- **présentation des objectifs de la séance** : sensibilisation à l'oralité alimentaire afin que les participants puissent comprendre, repérer, accompagner, dépister et orienter ces troubles ;
- **tour de table rapide des participants** : prénom et rôle au sein de la crèche.

Un **point sur l'orthophonie** est réalisé. Il permet de montrer rapidement le lien entre orthophonie et alimentation. Pour cela, nous expliquons qu'il existe différentes oralités, qu'elles sont liées et toutes prises en charge en orthophonie. Puis, nous soulignons l'importance de la prise en charge précoce et donc du lien avec les crèches.

Enfin, le **déroulé complet** de l'atelier est expliqué aux participants.

2.1.3.2. Chaîne narrative

La deuxième partie constitue le cœur de l'atelier. *Elle dure donc environ 45mn.*

Elle est découpée en trois séquences qui reprennent les composantes de la chaîne narrative : le cadre sensoriel posé avant le repas, l'installation et le temps de repas.

Chaque séquence est découpée de la même manière, afin de suivre la méthode des 3A :

1) Phase d'appel : Mises en situation (5mn)

Une séquence débute par un ou plusieurs ateliers pratiques où les participants expérimentent ce que vit l'enfant pendant le repas. À la suite de ces mises en situation, les participants font un retour au groupe sur leur expérience. Cela leur permet de mieux **comprendre** les difficultés que peuvent vivre les enfants ayant un trouble de l'oralité alimentaire. Cette mise en situation permet d'engager les participants dans l'atelier et de favoriser les échanges.

2) Phase d'apport : Apports théoriques et outils (10mn)

Nous donnons aux participants des connaissances théoriques et des solutions concrètes aux problématiques qui peuvent être rencontrées en crèche. Il s'agit de savoir que faire à cette étape de la chaîne narrative pour que l'enfant soit dans les meilleures conditions possibles. Cela permettra au professionnel d'**accompagner** au mieux les enfants lors des repas.

3) Phase d'ancrage : Signes d'appel (3mn)

En fin de séquence, nous passons en revue les signes d'appel qui peuvent être observés à ce moment-là. Nous pouvons les mettre en relation avec les notions théoriques vu précédemment. Nous initions alors les professionnels à **repérer** ces signes.

A) *1ère séquence : Avant le repas, cadre sensoriel*

Tout d'abord, nous abordons le cadre sensoriel à mettre en place afin de préparer l'enfant au repas. En effet, l'enfant est soumis à des flux sensoriels tout au long du repas. Ceux-ci peuvent le gêner ou favoriser la sensation de faim et donc l'alimentation. L'enfant a également besoin d'utiliser tous ses sens avant de goûter.

Il est donc primordial que les professionnels de la petite enfance prennent conscience de **l'importance de la multimodalité sensorielle** lors des repas.

Mise en situation	Apports	Outils et adaptations
Manger en se bouchant le nez	L'odorat prépare au repas, encourage la production de salive et favorise la faim. Il permet de reconnaître les aliments connus et de rassurer l'enfant.	Faire sentir les plats et les préparations = l'enfant va s'habituer, choisir ce qu'il a envie de manger Mouchage d'un enfant encombré à faire avant le repas
Manger avec des boules quies	Les bruits de cuisine et les voix annoncent le repas et préparent l'enfant à la situation d'alimentation.	Importance des routines : mettre la table, les bavoirs, annoncer le repas, faire une comptine avant de manger
	Les enfants peuvent aussi être gênés par certains bruits.	Être vigilant face à un enfant dérangé par le bruit du voisin, garder une pièce assez calme
Manger les yeux bandés	La vue permet à l'enfant d'obtenir des informations sur les aliments.	Assiettes compartimentées Nommer les aliments

	<p>Lorsqu'on est privé de vue, nous nous servons préférentiellement de notre toucher. En effet, le toucher est très important dans l'alimentation : il permet d'obtenir des informations sur l'aliment et de s'y habituer.</p> <p>Les représentations de la main et de la bouche sont très proches au niveau cortical. Tout ce que l'enfant ne touche pas, il ne le mange pas.</p> <p>L'enfant renforce sa coordination oeil-main-bouche en explorant son environnement mais également pendant les repas.</p>	<p>Laisser l'enfant toucher les aliments et mettre les mains dans la nourriture</p> <p>Importance de patouiller afin de s'habituer à différentes textures : nourriture, peinture, pâte à modeler</p>
--	---	--

Nous expliquons ensuite les **signes d'appel** qu'on peut relever avant le repas :

- besoin important de rituels ou anxiété : l'enfant n'est pas acteur du repas et ne prend pas de plaisir à manger, ce qui peut indiquer que le repas représente un problème pour lui et qu'il veut l'éviter ;
- difficultés pour toucher, réticence à être sali et besoin de s'essuyer rapidement : comme les récepteurs de la main et de bouche sont très proches, ce que l'enfant ne touche pas, il ne le mange pas. Ces difficultés peuvent être associées à une hypersensibilité tactile qui va se répercuter sur l'alimentation.

B) Installation

Par la suite, nous échangeons autour de l'installation, prérequis essentiel à la chaîne narrative et au bon déroulement du repas (Bullinger, 2015).

On veut transmettre qu'**une bonne position est essentielle lors des repas**, que ce soit pour le bébé, l'enfant plus grand ou l'adulte qui les nourrit.

Mise en situation	Apports	Outils et adaptations
Une personne assise est nourrie par sa collègue, qui est debout	<p>Bonne position chez le nourrisson :</p> <ul style="list-style-type: none"> - explication des risques de l'hyper-extension : favorise les fausses routes et les sensations désagréables pendant le repas, notamment lorsque l'enfant est surpris par un bruit ou un aliment désagréable - recommandation de la posture d'enroulement : favorise la déglutition, limite l'hyper-extension et encourage la participation au repas et le plaisir - position confortable pour l'adulte : stabilité et disponibilité afin de faire du repas un moment de plaisir et d'échange 	Propositions de posture pour donner le biberon

Les participants doivent écouter mes explications tout en décollant leurs pieds du sol et leur dos du dossier de la chaise	Bonne position chez l'enfant : appuis plantaire et dorsal afin que l'enfant soit stable et confortable. Il ne doit pas avoir à gérer son équilibre. Ainsi, il peut mobiliser toutes ses compétences, goûter de nouveaux aliments et prendre du plaisir.	Proposition de matériel de puériculture adéquat. Possibilité de mettre des briques sous les pieds (objet lourd qui ne peut pas bouger et offre à l'enfant un appui plantaire)
--	---	---

C) *Pendant le repas, l'enfant acteur*

La dernière partie se concentre sur le temps du repas.

Les différentes situations permettent d'insister sur le fait que **l'enfant doit être acteur de son repas** et participer au maximum.

Mise en situation	Apports	Outils et adaptations
Nourrir son collègue avec un rythme trop lent ou trop rapide	L'enfant doit être acteur. On doit respecter ses signes de satiété ou de refus, son rythme et ses quantités afin qu'il ne subisse pas le repas. Attention au forçage pour ne pas ancrer les difficultés. On essaie donc de favoriser son autonomie. Il faut l'encourager à faire lui-même dès qu'il peut.	Le bébé peut mettre ses mains sur le biberon, le biberon peut être mis dans une position plus horizontale. Le nourrisson peut alors adapter son rythme. L'enfant plus grand peut participer en fonction de ses compétences. Nous pouvons le laisser toucher, mettre en bouche, attraper des aliments mais aussi l'impliquer dans la préparation du repas.

Nourrir son collègue avec une cuillère à soupe et racler sur les dents	<p>Attention aux sensations désagréables (outil trop gros et geste inadapté) et à l'hyper-extension.</p> <p>La nourriture va également se coller contre son palais et sera plus difficile à gérer.</p> <p>L'enfant doit pouvoir choisir ses quantités et décider de prendre la bouchée.</p>	<p>Bonne position de la cuillère pour que l'enfant puisse choisir de prendre ou non et choisir les quantités qu'il prend</p>
Manger un mélange compote / dragibus	<p>Attention aux doubles textures et aux aliments cachés.</p> <p>Très difficile à gérer pour un enfant, informations sensorielles contradictoires et perte de confiance en l'adulte.</p>	<p>Séparer les textures</p> <p>Éviter les mélanges de textures (petits pots avec morceaux par exemple)</p> <p>Ne pas cacher des aliments dans le but que l'enfant les accepte</p>

Après ces explications, nous parlons des **signes d'appel** observables durant le repas :

- repas trop long : un repas dure en moyenne 20 à 30mn. Si le repas est plus long, nous restons adapté au rythme de l'enfant mais nous relevons le signe d'appel qui va dans le sens d'un trouble de l'oralité alimentaire ;
- besoin important de distracteurs (télévision, grimaces, comptines) : l'enfant ne parvient pas à être acteur du repas et a besoin de distracteurs pour éviter ce moment ;
- difficultés de succion, fausses routes, vomissements malgré une bonne installation ;
- dépassement des périodes sensibles : pas de passage à la cuillère ou refus des textures à 6 mois, sélectivité importante à 1 an (on explique à cette occasion la notion de période sensible).

D) Plaisir

Enfin, nous soulignons l'importance du **plaisir** pris tout au long de la préparation au repas et lors de la situation d'alimentation. Le but d'un repas est de se nourrir mais aussi de prendre du plaisir. Pour cela, nous devons mettre en place une bonne chaîne narrative, comme nous l'avons vu auparavant, et favoriser l'implication de l'enfant. L'absence de plaisir est un signe d'appel d'un trouble de l'oralité alimentaire.

2.1.3.3. Les missions de la crèche

Pour préciser aux participants comment ils peuvent se saisir des outils fournis lors de cette présentation, nous avons décidé de consacrer une partie aux missions de la crèche dans le cadre des troubles de l'oralité. *Cela dure environ 5 minutes.*

Nous parlons d'abord de l'importance du **repérage précoce** en crèche. Nous rappelons ici les différents signes d'appel et on s'appuie sur la valorisation des compétences du professionnel. En effet, les professionnels de la petite enfance ont l'habitude de voir des enfants manger et leurs observations sont donc très pertinentes lors des repas. Ils peuvent se fier à leurs inquiétudes et alerter le plus précocement possible face à un enfant qui auraient des difficultés lors des repas.

Nous rappelons ensuite le rôle de l'orthophoniste auprès des jeunes enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire. En effet, notre expertise est peu connue chez les professionnels de la petite enfance qui ne savent pas vers qui orienter un enfant en cas de difficultés lors des repas. Nous insistons sur le fait que la prise en soin peut être très précoce et concerner tous les enfants suivis en crèche (du nourrisson allaité à l'enfant de 3 ans). Nous recommandons d'ouvrir le dialogue avec les parents et de les **orienter** vers leur médecin ou un orthophoniste. Nous expliquons également que, pour aller chez un orthophoniste, il est nécessaire d'avoir une prescription médicale.

Enfin, nous mentionnons l'**importance des repas à la crèche** pour le développement de l'enfant. En effet, les repas en collectivité encouragent l'imitation des pairs. Ils permettent également de proposer à l'enfant un cadre différent où il va pouvoir expérimenter et découvrir une alimentation plaisir.

2.1.3.4. Clôture de l'atelier

Pour terminer l'atelier, nous veillons à ce que les participants aient pu poser leurs questions. Nous distribuons une plaquette (cf annexe n°5), créée par l'Association de Prévention en Orthophonie des Ardennes (ASPRO). Elle résume bien ce dont les professionnels ont besoin pour le repérage précoce des troubles de l'oralité alimentaire : signes d'appel, professionnels à consulter.

Ainsi, les signes d'appel sont récapitulés. Cela permet aux participants de pouvoir s'y référer en cas de doute ou d'oubli. Cela peut aussi représenter un support d'échange avec les parents.

La plaquette est envoyée par mail afin que les crèches puissent, si elles le veulent, en imprimer davantage pour distribuer aux parents par exemple.

2.2. Le questionnaire

2.2.1. *Modalités de recueil des informations*

Deux questionnaires identiques sont remis aux crèches avant et après l'atelier. Ils sont remplis en autonomie par les participants. Le temps de réponse est estimé entre 5 et 10 minutes.

Le questionnaire pré-atelier est envoyé environ une semaine avant l'atelier. Le questionnaire post-atelier est distribué immédiatement après l'atelier. Il était prévu de les récupérer juste après l'intervention mais, pour des questions de disponibilité, la solution du renvoi par mail a été choisie.

2.2.2. Contenu du questionnaire

2.2.2.1. Contraintes dans l'élaboration du questionnaire

Pour construire ce questionnaire, nous avons veillé à respecter un certain nombre de contraintes pour faciliter la passation et l'analyse des résultats (Singly, 2012).

Nous avons cherché à garder un **temps de passation court**. En effet, l'objectif était d'encourager les participants à remplir les questionnaires pour éviter les « perdus de vue ».

Nous avons choisi des **questions courtes, à choix multiples** et avec un **vocabulaire simple** afin d'éviter des problèmes de compréhension. Le questionnaire pouvait ainsi être auto-administré.

Nous avons essayé de **ne pas trop induire** les réponses et d'équilibrer, dans chaque question, les réponses positives et négatives.

Enfin, nous avons respecté l'**anonymat** des répondants, afin que chacun puisse faire les réponses et les commentaires sans pression de jugement.

2.2.2.2. Contenu et objectifs

Partie 1 : Mieux vous connaître

Cette partie permet de recueillir des informations générales sur les participants. Nous obtenons des données sur leur formation et leur expérience professionnelle, ainsi que des informations sur leur expérience à propos des troubles de l'oralité alimentaire.

Partie 2 : Les oralités

Cette partie est organisée en 18 items. Nous avons choisi de ne faire que des QCM ou des questions fermées afin de faciliter l'interprétation et de favoriser un remplissage court et simple. Une seule question ouverte est posée en introduction et sera analysée qualitativement.

Les items permettent de tester les connaissances et les compétences des participants dans plusieurs domaines :

- **Compétence 1** : connaître les concepts clefs de l'oralité (questions 1, 2, 4, 5, 6, 10 et 12) ;
- **Compétence 2** : connaître les repères du développement normal de l'enfant dans le domaine de l'oralité alimentaire (questions 16 et 18) ;
- **Compétence 3** : savoir identifier les facteurs de risque en situation (questions 1, 8, 9, 15 et 17) ;
- **Compétence 4** : savoir identifier les signes d'alerte de l'oralité alimentaire en situation (questions 3, 7, 11 et 13) ;
- **Compétence 5** : communiquer avec la famille et les personnes ressources (question 14).

On peut ainsi analyser l'évolution de ces compétences après l'intervention. En effet, les réponses à ces questions doivent avoir été abordées lors de l'atelier.

Les 17 items reprennent la structure de la partie théorique du mémoire : pour chaque domaine de l'oralité et pour chaque période sensible, nous proposons une question pratique et une question liée aux signes d'appel. Cette structure n'apparaît pas explicitement pour les répondants afin de ne pas induire leurs réponses.

Partie 3 : Évaluation de la formation

On propose ici un questionnaire d'auto-évaluation afin que les personnes expriment leur sentiment de compétence dans le champ de l'oralité. Ce sentiment doit être évalué sur une échelle entre 1 et 10.

Enfin, en post-atelier, nous recueillons la satisfaction des participants et un champ libre est laissé pour toute remarque concernant la formation. Trois évaluations sont demandées aux participants qui doivent choisir entre 4 réponses possibles : « totalement satisfait.e », « satisfait.e », « partiellement satisfait.e » et « non satisfait.e ». Les questions concernent leur satisfaction quant aux notions abordées lors de la formation, à l'apport des mises en situation et à la qualité des explications.

2.2.3. Cotation du questionnaire

La cotation des questionnaires donne une note sur 34 points, avec 12 points pour la compétence 1, 4 points pour la compétence 2, 8 points pour la compétence 3, 8 points pour la compétence 4 et 2 points pour la compétence 5.

Pour chaque question, nous avons donné une note entre 0 et 2 selon un barème reprenant le nombre d'éléments corrects (voir annexe n°8).

3. Statistiques et hypothèses opérationnelles

3.1. Analyse statistique

Afin d'analyser nos données, nous utilisons le test de Student pour les données normales et le test de Wilcoxon pour les données non paramétriques.

3.2. Variables

3.2.1. Variables indépendantes

3.2.1.1. Variables indépendantes invoquées

Les variables indépendantes invoquées à prendre en compte sont :

- la formation des participants ;
- l'année d'obtention de leur diplôme ;
- leur poste au sein de la crèche ;
- leur participation ou non à l'intervention sur site de Sophie Lonchamp en 2021.

3.2.1.2. Variables indépendantes provoquées

Les variables indépendantes provoquées sont :

- le type de tâches dans le questionnaire : items sur les connaissances générales, items sur les repères de développement, items sur les facteurs de risque en situation, items sur les signes d'alerte et items sur la communication avec les parents et les personnes ressources ; items d'auto-évaluation (sentiment de compétence) ; item sur la satisfaction ;
- la temporalité de l'évaluation : évaluation à T0 (pré-atelier) ou à T1 (post-atelier).

3.2.2. Variables dépendantes

Nos mesures nous permettront d'analyser des scores par compétences et un score total.

3.3. Hypothèses opérationnelles

Hypothèse 1 : la participation à l'atelier **améliore les connaissances et les compétences** des professionnels sur l'oralité alimentaire.

Elle améliore la compétence :

H1a. connaître les concepts clefs de l'oralité

H1b. connaître les repères du développement normal de l'enfant dans le domaine de l'oralité alimentaire

H1c. savoir identifier les facteurs de risque en situation

H1d. savoir identifier les signes d'alerte d'un trouble de l'oralité alimentaire en situation

H1e. communiquer avec la famille et les personnes ressources

Hypothèse 2 : La participation à l'atelier **améliore le sentiment de compétence** des professionnels.

H2a. sur leurs connaissances

H2b. sur les outils à leur disposition

H2c. sur leur capacité à accompagner les troubles de l'oralité

H2d. sur leur capacité à dépister les troubles de l'oralité

H2e. sur leur capacité à orienter les troubles de l'oralité

Hypothèse 3 : Les participants sont **satisfaits** de la formation.

Hypothèse complémentaire : Les résultats au questionnaire **dépendent** des années d'expérience et/ou des formations réalisées en amont.

RESULTATS

1. Caractéristiques des participants

28 personnes ont pu participer à notre atelier. À part l'une d'entre elles, elles ont toutes pu remplir les questionnaires pré et post-atelier.

1.1. Sexe

Parmi les 27 répondants, nous trouvons 26 femmes et 1 homme.

1.2. Poste et ancienneté

La majorité des postes des crèches sont représentés parmi les participants aux ateliers. Nous obtenons donc une grande diversité de postes.

Selon les crèches, les intitulés des postes diffèrent. Nous choisissons de regrouper certains postes au sein d'une même catégorie, de par leurs missions et formations communes. Aide maternelle, animatrice, assistante éducative et agent social sont réunis sous l'appellation « accompagnants éducatifs petite enfance » (AEPE), titre délivré après l'obtention d'un CAP AEPE. Éducatrice de jeunes enfants et responsable éducateurs sont regroupés dans la catégorie « éducatrice de jeunes enfants ». La catégorie « direction » comprend les directeurs, co-directeurs et adjoints.

Ainsi, nous obtenons la répartition suivante :

Poste	Effectif	Pourcentage
AEPE (aide maternelle, animatrice, assistante éducative, agent social)	10	37,04%
auxiliaire de puériculture	6	22,22%
poste de direction	5	18,52%
EJE	3	11,11%
étudiante	1	3,70%
cuisinière	1	3,70%
infirmier	1	3,70%

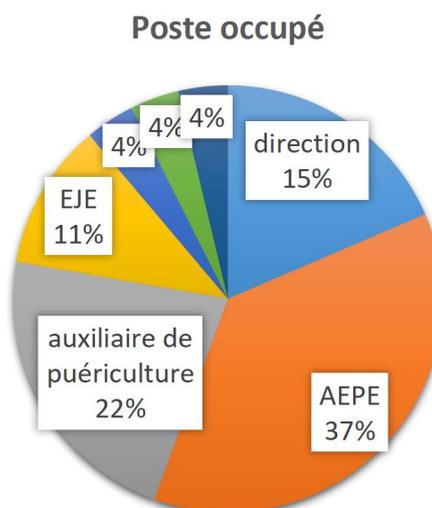


Figure 7 : Répartition des participants par poste

Nous avons également demandé la date d'obtention du diplôme. Cela nous permet d'observer une répartition très hétérogène du nombre d'années d'expérience, allant d'un an à 40 ans d'expérience.

Nous remarquons trois groupes relativement égaux avec environ un tiers de personnes ayant moins de 15 ans d'expérience, un tiers de personnes ayant 15 à 20 ans d'expérience et un tiers de personnes ayant plus de 20 ans d'expérience.

Nombre d'années d'expérience	Effectif	Pourcentage
étudiante	1	3,70%
1 à 5 ans	4	14,81%
5 à 10 ans	2	7,41%
10 à 15 ans	3	11,11%
15 à 20 ans	8	29,63%
plus de 20 ans	9	33,33%

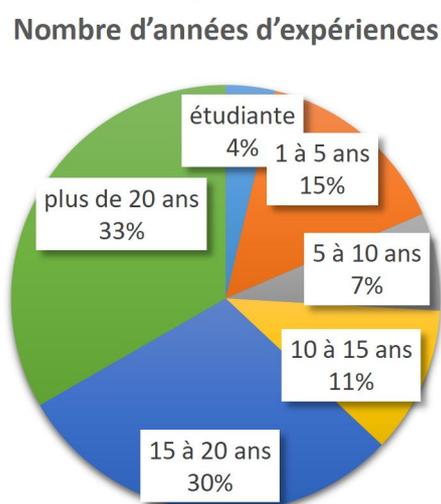


Figure 8 : Répartition des participants par années d'expérience

1.3. Formations initiales et complémentaires

Nous avons interrogé les participants sur leur diplôme. Les professionnels de crèche ont suivi des formations diverses, correspondant à leurs postes actuels.

Diplôme	Effectif	Pourcentage
CAP petite enfance	9	33,33%
DEAP	8	29,63%
EJE	6	22,22%
IDE	2	7,41%
autres (BEP CSS, L3 psycho)	2	7,41%

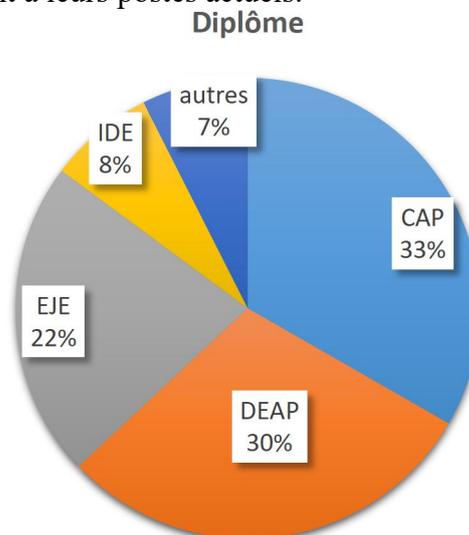


Figure 9 : Répartition des participants par diplôme

Il convient également de s'intéresser à leurs connaissances préalables sur l'oralité alimentaire.

Lors de leur formation initiale, la majorité n'a jamais abordé ce sujet (63%). Seuls un tiers ont pu ensuite compléter cet enseignement par des formations complémentaires. Les formations suivies sont « L'alimentation du jeune enfant » proposée par l'ARS, « La diversification alimentaire » et d'autres formations non spécifiées.

Avez-vous abordé la question de l'oralité alimentaire durant vos études ?



Avez-vous suivi une formation sur l'oralité alimentaire ?



Figure 10 : Réponses à la question « Avez-vous abordé la question de l'oralité alimentaire lors de vos études ? »

Figure 11 : Réponses à la question « Avez-vous suivi une formation sur l'oralité alimentaire ? »

Enfin, nous avons choisi d'intervenir au sein de crèches ayant bénéficié d'une intervention sur site dans le cadre du mémoire de Sophie Lonchamp. Environ la moitié des participants ont pu participer à cette intervention.

Avez-vous participé à l'intervention de Sophie Longchamp en 2021 ?



Figure 12 : Réponses à la question : « Avez-vous participé à l'intervention de Sophie Lonchamp en 2021 ? »

1.4. Les troubles de l'oralité alimentaire durant le parcours professionnel

Nous cherchons à savoir si les professionnels ont déjà rencontré ou suspecté des troubles de l'oralité alimentaire chez un des enfants de la crèche. Nous pouvons voir que 64% ont déjà rencontré un de ces enfants et 60% ont déjà suspecté ce trouble chez un des enfants accueillis.

Avez-vous déjà rencontré un enfant ayant des troubles alimentaires ?



Avez-vous déjà suspecté des troubles alimentaires ?

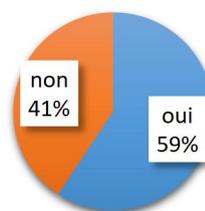


Figure 13 : Réponses à la question « Avez-vous déjà rencontré un enfant ayant des troubles alimentaires ? »

Figure 14 : Réponses à la question « Avez-vous déjà suspecté des troubles alimentaires ? »

1.5. Un repas réussi

Au début de chaque questionnaire, les participants doivent répondre à la question suivante : « Citer 3 mots importants pour un repas réussi ».

Nous recueillons leurs réponses à l'aide de nuages de points : les mots les plus représentés apparaissent en plus gros au sein du nuage.



En pré-atelier, les participants parlent principalement de plaisir (11 occurrences) et de calme (10 occurrences). Diversité et envie apparaissent aussi 4 fois. Sérénité, présentation et partage reviennent 3 fois. Le reste des mots est présent dans un à deux questionnaires. Cet item n'est pas rempli dans plusieurs questionnaires.

Figure 15 : Nuage de mots associés à un repas réussi (pré-atelier)



En post-atelier, le plaisir est majoritairement évoqué (17 occurrences). Nous retrouvons toujours l'idée de calme (8 occurrences). L'installation apparaît dans ces questionnaires comme préalable à un repas réussi (6 occurrences). Partage, présentation et découverte sont écrits à 3 reprises.

Figure 16 : Nuage de mots associés à un repas réussi (post-atelier)

2. Analyse par hypothèse opérationnelle

2.1. Hypothèse 1 : la participation à l'atelier améliore les connaissances et les compétences des professionnels sur l'oralité alimentaire.

Nous comparons les scores de la partie « **Les oralités** » du questionnaire, avant et après atelier, afin d'apprécier l'évolution des connaissances des participants.

	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Pré-atelier	22,78	3,88	14	29
Post-atelier	27,85	2,34	23,5	33

Données normales > T0 : Kolmogorov-Smimov $d=,11158$, $p> .20$ / Shapiro-Wilk $W=,96598$, $p=,50000$;

T1 : Kolmogorov-Smimov $d=,13259$, $p> .20$ / Shapiro-Wilk $W=,97731$, $p=,79715$

> Les **connaissances et compétences** sur l'oralité alimentaire après participation à l'atelier **augmentent de manière significative** : $t(26) = -5,98$; $p = 0,000003$

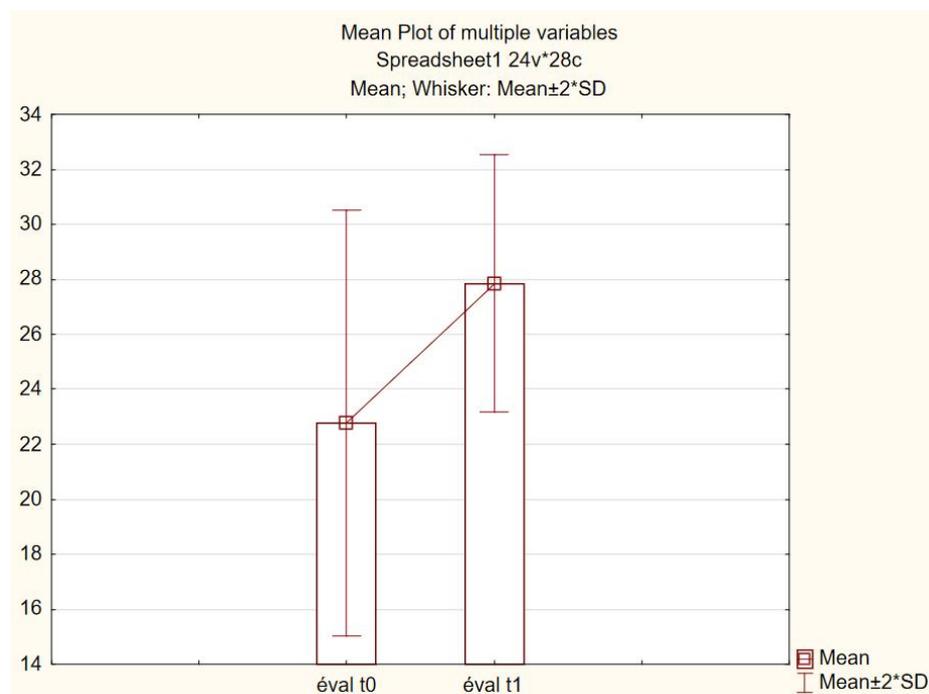


Figure 17 : Scores totaux au questionnaire à T0 et T1

2.1.1. Sous-hypothèse 1a : connaître les concepts clefs de l'oralité

Nous analysons maintenant les scores aux questions portant sur la compétence 1 : « **connaître les concepts clefs de l'oralité** » (6 items pour 12 points).

Ces items portent sur des connaissances générales autour des oralités (multimodalité sensorielle, lien oralités verbale et alimentaire, oralité respiratoire, implication de l'enfant, notion de plaisir).

	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Pré-atelier	10,11	1,45	7	12 (plafond)
Post-atelier	10,89	1,05	8	12 (plafond)

Données non normales > T0 : Kolmogorov-Smimov $d=,17451$, $p> ,20$ / Shapiro-Wilk $W=,91499$, $p=,02995$; T1 : Kolmogorov-Smimov $d=,28288$, $p< ,05$ / Shapiro-Wilk $W=,84057$, $p=,00075$

> Les scores pour la compétence 1 ont augmenté de manière **significative** à la suite de l'atelier : $Z(16) = 2,6630016$; $p = 0,00774509142$

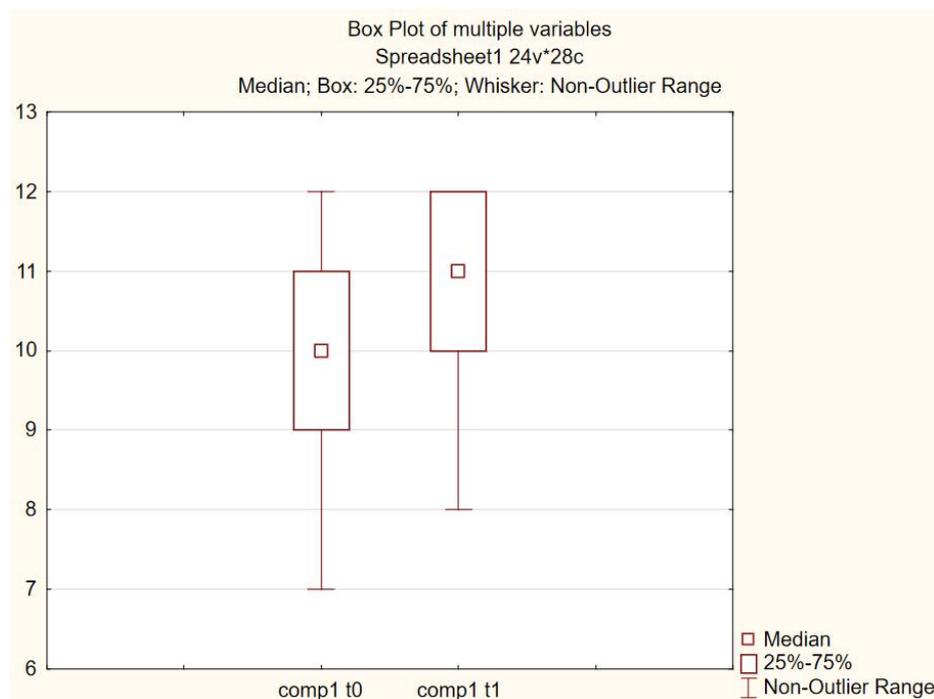


Figure 18 : Scores totaux aux questions concernant la compétence 1 à T0 et T1

2.1.2. Sous-hypothèse 1b : connaître les repères du développement normal de l'enfant dans le domaine de l'oralité alimentaire

De la même manière, nous comparons les scores aux questions spécifiques à la compétence 2 : « **connaître les repères de développement normal de l'enfant dans le domaine de l'oralité alimentaire** » (2 items pour 4 points).

Nous avons pour cela demandé aux participants les âges clés pour la diversification alimentaire et pour le passage à la cuillère.

	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Pré-atelier	1,56	1,28	0 (tout faux)	4 (tout juste)
Post-atelier	2,22	1,28	0 (tout faux)	4 (tout juste)

Données non normales > T0 : Kolmogorov-Smimov $d=,30235$, $p < ,01$ / Shapiro-Wilk $W=,77958$, $p=,00006$; T1 : Kolmogorov-Smimov $d=,30960$, $p < .01$ / Shapiro-Wilk $W=,78498$, $p=,00008$

> Ici aussi, l'évolution est **significativement positive** après l'atelier :

$Z(13) = 2,20139816$; $p = 0,0277085569$

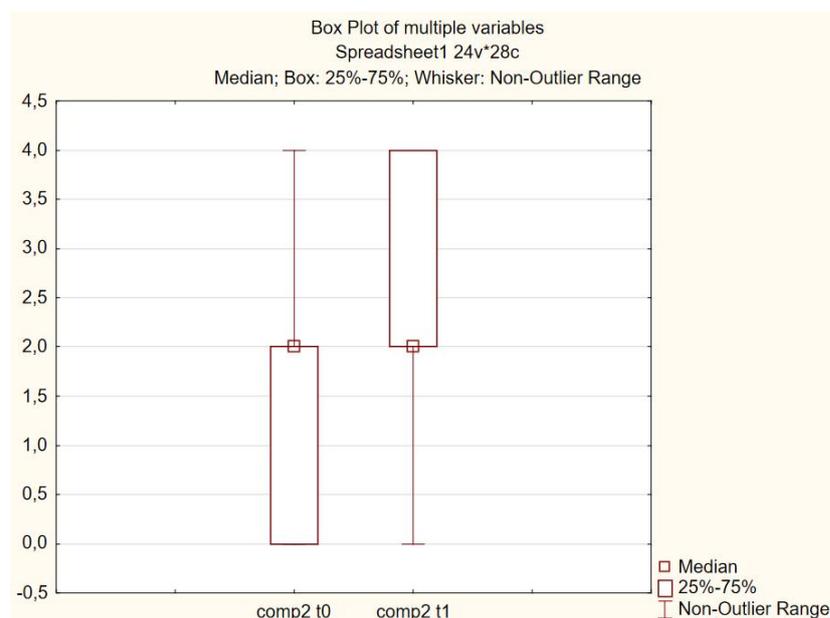


Figure 19 : Scores totaux aux questions concernant la compétence 2 à T0 et T1

2.1.3. Sous-hypothèse 1c : savoir identifier les facteurs de risque en situation

Pour la compétence 3, « **savoir identifier les facteurs de risque en situation** », nous comparons les scores obtenus à 4 items (8 points).

Ces items sont reliés aux adaptations qui peuvent être mises en place par les professionnels de la petite enfance (installation, textures, outils).

	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Pré-atelier	4,30	1,61	1	8 (score plafond)
Post-atelier	6,67	1,56	2	8 (score plafond)

Données non normales > T0 : Kolmogorov-Smimov $d=,15018$, $p> .20$ / Shapiro-Wilk $W=,96380$, $p=,44918$; T1 : Kolmogorov-Smimov $d=,28783$, $p< .05$ / Shapiro-Wilk $W=,80343$, $p=,00016$

> L'évolution des scores ciblés sur la compétence 3 est **significativement positive** :

$Z(24) = 4,171429$; $p = 0,000030$

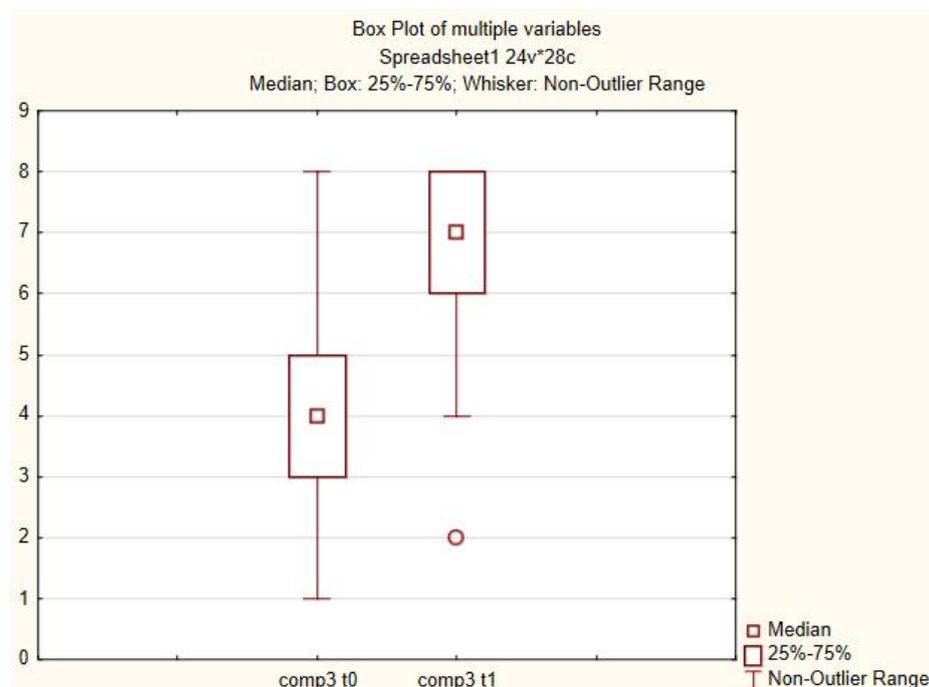


Figure 20 : Scores totaux aux questions concernant la compétence 3 à T0 et T1

2.1.4. Sous-hypothèse 1d : savoir identifier les signes d'alerte d'un trouble de l'oralité alimentaire en situation

Afin de voir l'évolution des scores pour la compétence 4, « **savoir identifier les signes d'alerte d'un trouble de l'oralité alimentaire en situation** », nous comparons les réponses à 4 items (8 points).

Ces points reprennent des situations de la vie courante en crèche. Le répondant doit déterminer si la situation peut être un signe d'appel ou non d'un trouble de l'oralité alimentaire.

	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Pré-atelier	5,37	1,42	2	7,5
Post-atelier	6,63	0,88	4,5	8 (score plafond)

Données normales > T0 : Kolmogorov-Smimov $d=,15018$, $p> .20$ / Shapiro-Wilk $W=,96380$, $p=,44918$; T1 : Kolmogorov-Smimov $d=,21946$, $p< .15$ / Shapiro-Wilk $W=,93474$, $p=,09038$

> Les scores augmentent de manière **significative** pour la compétence 4 après atelier :
 $t(27) = -4,24809$; $p = 0,000244$ significatif

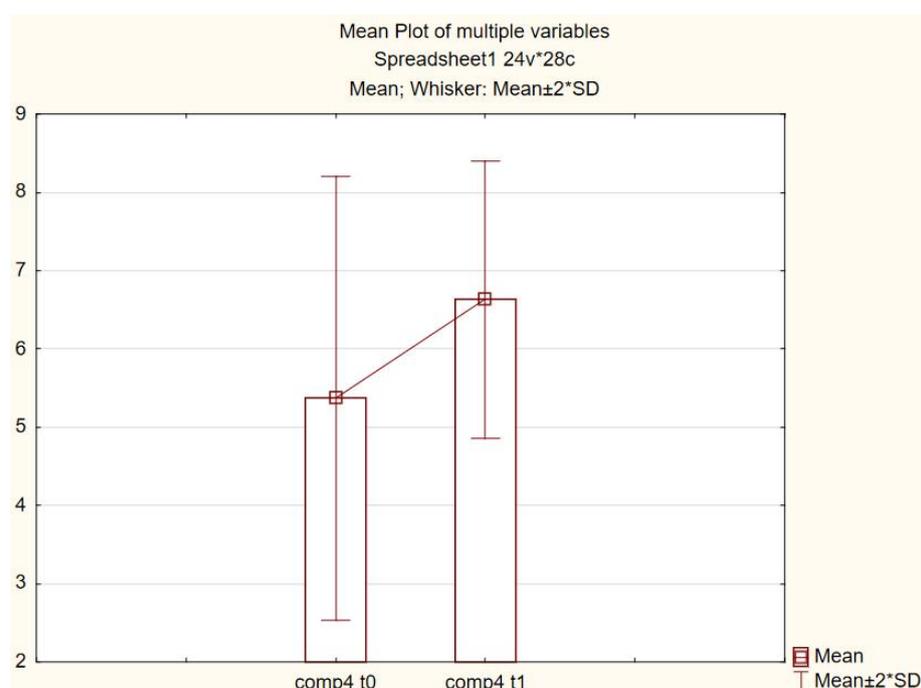


Figure 21 : Scores totaux aux questions concernant la compétence 4 à T0 et T1

2.1.5. Sous-hypothèse 1e : communiquer avec la famille et les personnes ressources

La compétence 5, « **communiquer avec la famille et les personnes ressources** » correspond seulement à un item du questionnaire. Nous demandons au participant « *Quels sont les intérêts des repas en groupe à la crèche ?* ».

	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Pré-atelier	1,44	0,58	0	2 (score plafond)
Post-atelier	1,41	0,50	4,5	2 (score plafond)

Données non normales > T0 : Kolmogorov-Smimov $d=,31352$, $p < .01$ / Shapiro-Wilk $W=,72425$, $p=,00001$; T1 : Kolmogorov-Smimov $d=,38467$, $p < .01$ / Shapiro-Wilk $W=,62622$, $p=,00000$

> L'évolution pour la compétence 5 **n'est pas significative** : $Z(10) = 0,25$; $p = 0,798860$.

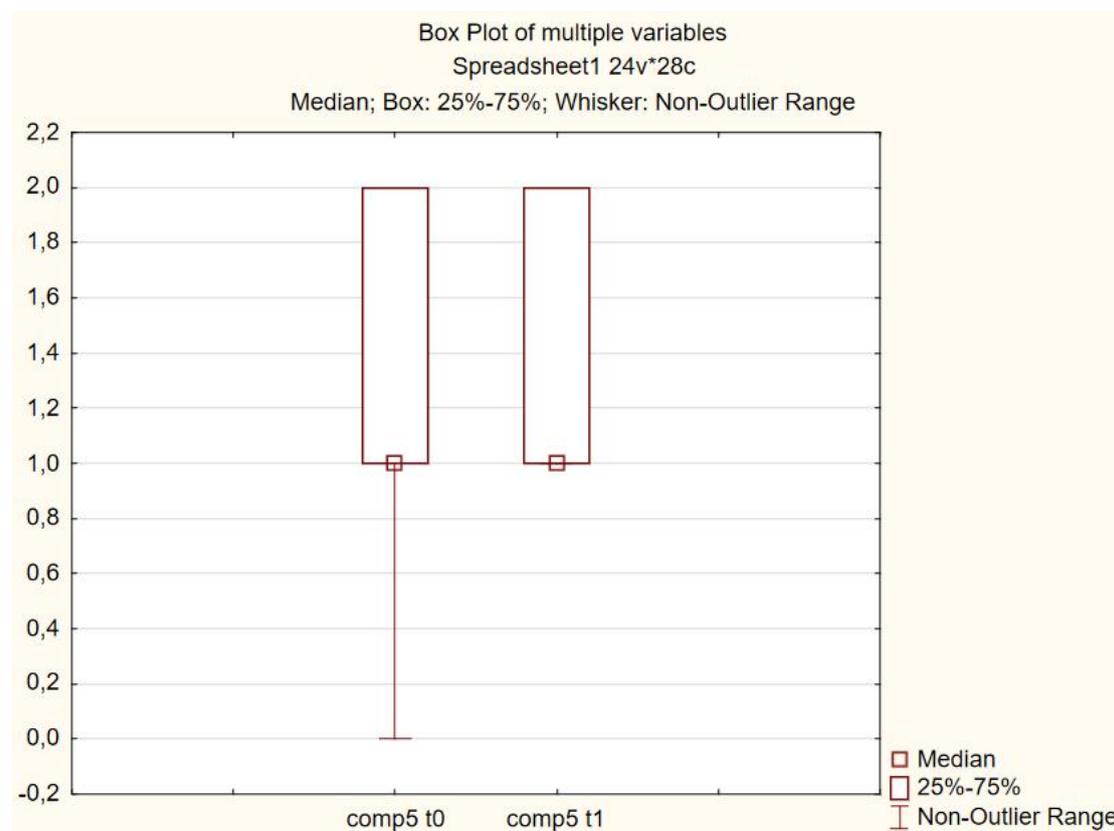


Figure 22 : Scores totaux aux questions concernant la compétence 5 à T0 et T1

2.2. Hypothèse 2 : La participation à l'atelier améliore le sentiment de compétence des professionnels.

Ici, nous cherchons à comparer le **sentiment de compétence** des professionnels avant et après l'atelier avec 5 notes allant de 1 à 10 (50 points au total).

Le répondant doit s'auto-évaluer et dire s'il pense avoir de bonnes connaissances sur l'oralité alimentaire, s'il pense avoir suffisamment d'outils pour faire face aux difficultés autour de l'alimentation qu'il peut rencontrer et s'il se sent capable d'accompagner, de dépister ou d'orienter des enfants avec des difficultés autour de l'alimentation.

	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Pré-atelier	24,56	6,91	12	36
Post-atelier	33,93	6,62	18	44

Données normales > T0 : Kolmogorov-Smimov $d=,12204$, $p> .20$ / Shapiro-Wilk $W=,95348$, $p=,26012$; T1 : Kolmogorov-Smimov $d=,14158$, $p> .20$ / Shapiro-Wilk $W=,94201$, $p=,13656$

> Nous constatons une **augmentation significative du sentiment de compétence** après l'atelier : $t(27) = -5,54832$; $p = 0,000008$ significatif

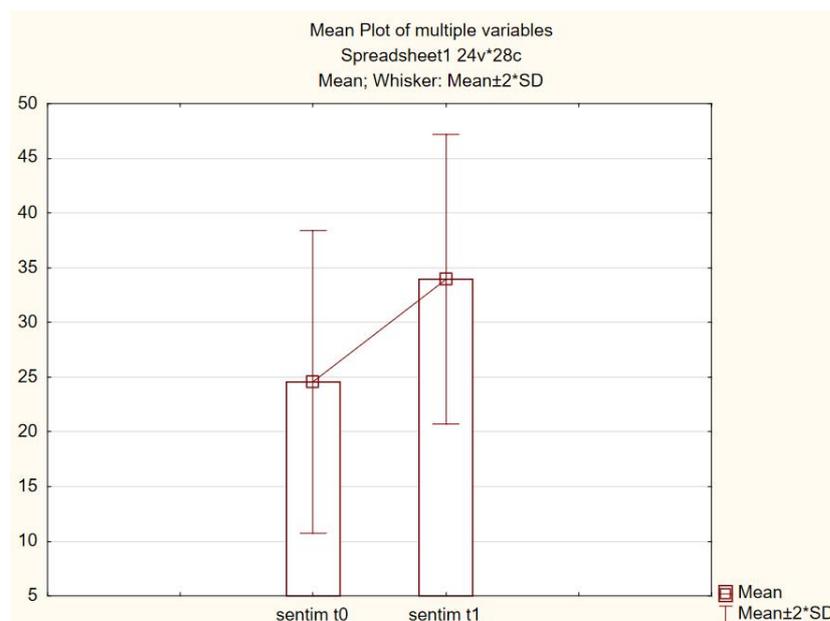


Figure 23 : Sentiment de compétence à T0 et T1

2.2.1. Sous-hypothèse 2a : sur leurs connaissances

Dans un premier temps, il était demandé aux participants leur **ressenti sur leurs connaissances concernant l'oralité alimentaire**.

	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Pré-atelier	4,8	1,99	1	9
Post-atelier	6,74	1,60	3	10

Données normales > T0 : Kolmogorov-Smimov $d=,22600$, $p < .10$ / Shapiro-Wilk $W=,93013$, $p=,06960$; T1 : Kolmogorov-Smimov $d=,19070$, $p < .20$ / Shapiro-Wilk $W=,94446$, $p=,15694$

> Le ressenti sur les compétences est **significativement plus positif** après l'atelier :

$t(27) = -1,85185$; $p = 0,000015$

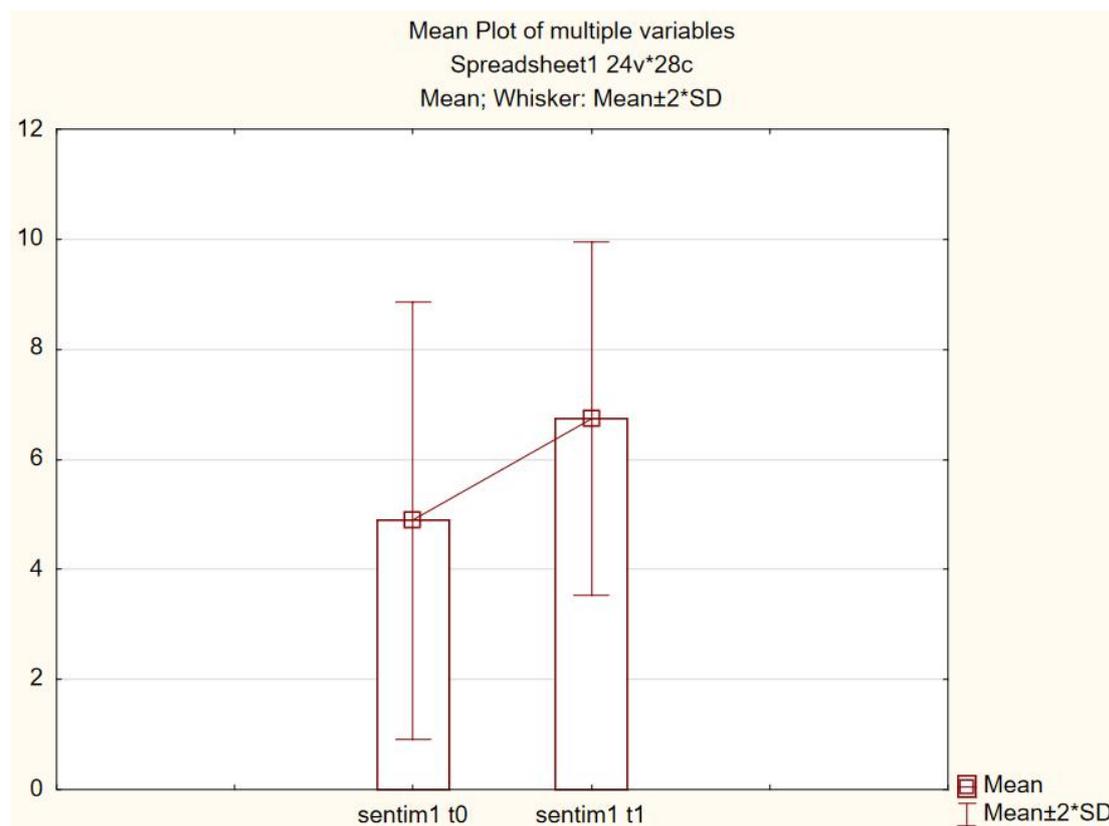


Figure 24 : Sentiment de compétence sur leurs connaissances à T0 et T1

2.2.2. Sous-hypothèse 2b : sur les outils à leur disposition

Nous proposons ensuite de comparer les **ressentis des participants sur les outils à leur disposition**.

	Moyenne	Minimum	Maximum
Pré-atelier	4,78	1	7
Post-atelier	6,81	4	10

Données non normales > T0 : Kolmogorov-Smimov $d=,21686$, $p< .15$ / Shapiro-Wilk $W=,90133$, $p=,01435$; T1 : Kolmogorov-Smimov $d=,16055$, $p> .20$ / Shapiro-Wilk $W=,94653$, $p=,17642$

> Les participants ont le sentiment d'avoir **significativement plus d'outils** à leur disposition après l'atelier : $Z(27) = 4,012175$; $p = 0,000060$

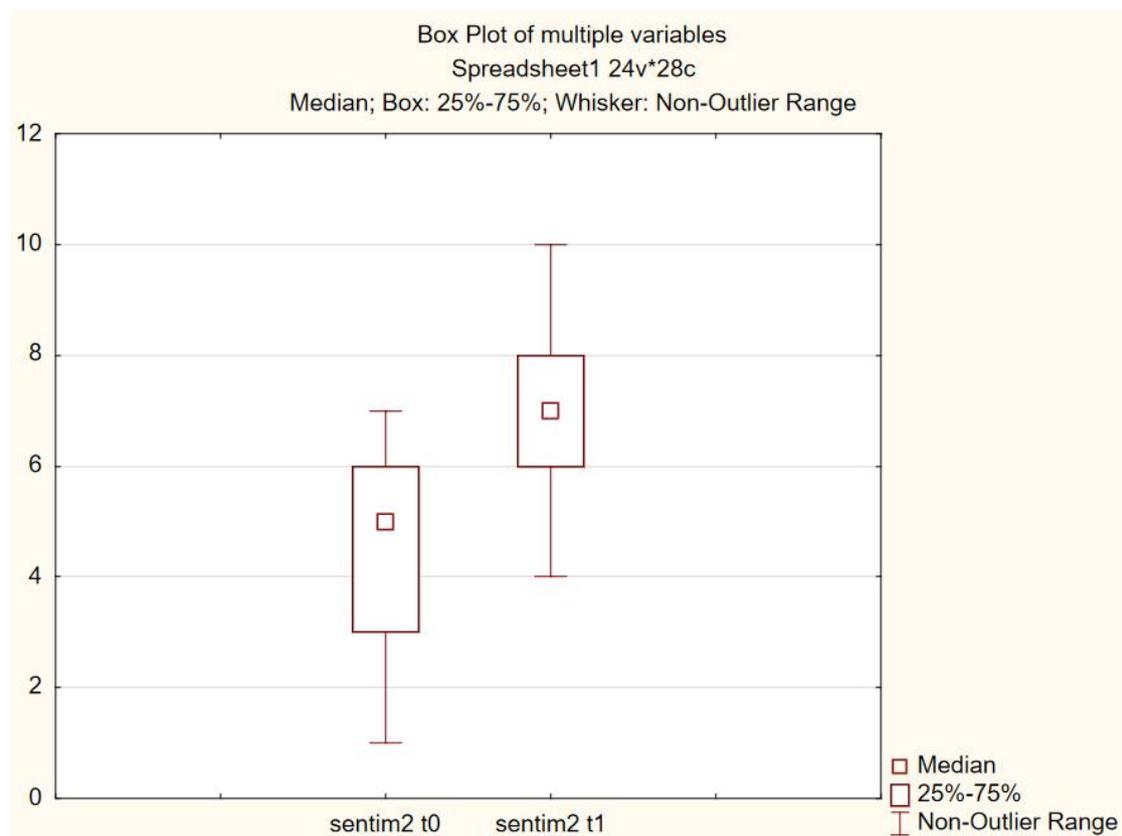


Figure 25 : Sentiment de compétence sur les outils à leur disposition à T0 et T1

2.2.3. Sous-hypothèse 2c : sur leur capacité à accompagner les troubles de l'oralité

Nous comparons ici le **ressenti des participants sur leur capacité à accompagner les troubles de l'oralité**.

	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Pré-atelier	5,41	1,82	1	9
Post-atelier	6,70	1,64	2	9

Données non normales > T0 : Kolmogorov-Smimov $d=,15238$, $p> .20$ / Shapiro-Wilk $W=,95924$, $p=,35519$; T1 : Kolmogorov-Smimov $d=,19326$, $p< .20$ / Shapiro-Wilk $W=,89047$, $p=,00815$

> Le sentiment de compétence sur l'accompagnement des troubles de l'oralité **évolue positivement et significativement** après l'atelier : $Z(19) = 3,219375$; $p = 0,001285$

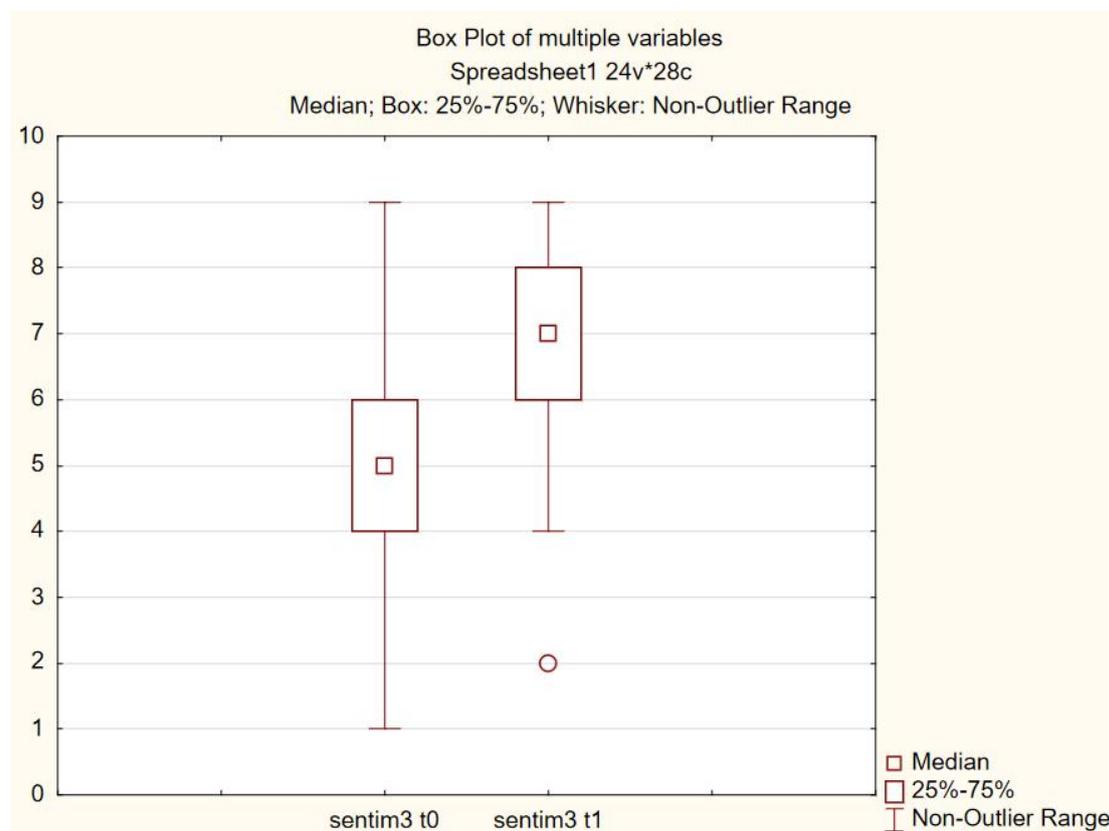


Figure 26 : Sentiment de compétence sur leur capacité à accompagner les troubles de l'oralité à T0 et

T1

2.2.4. Sous-hypothèse 2d : sur leur capacité à dépister les troubles de l'oralité

Nous comparons ensuite le **sentiment de compétence concernant le dépistage des troubles de l'oralité**.

	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Pré-atelier	5	1,88	1	8
Post-atelier	6,70	1,71	2	9

Données non normales > T0 : Kolmogorov-Smimov $d=,18398$, $p> .20$ / Shapiro-Wilk $W=,93190$, $p=,07694$; T1 : Kolmogorov-Smimov $d=,22884$, $p< .10$ / Shapiro-Wilk $W=,88978$, $p=,00787$

> Nous pouvons voir une **augmentation significative** du sentiment de compétence pour le dépistage des troubles de l'oralité : $Z(21) = 3,093431$; $p = 0,001979$

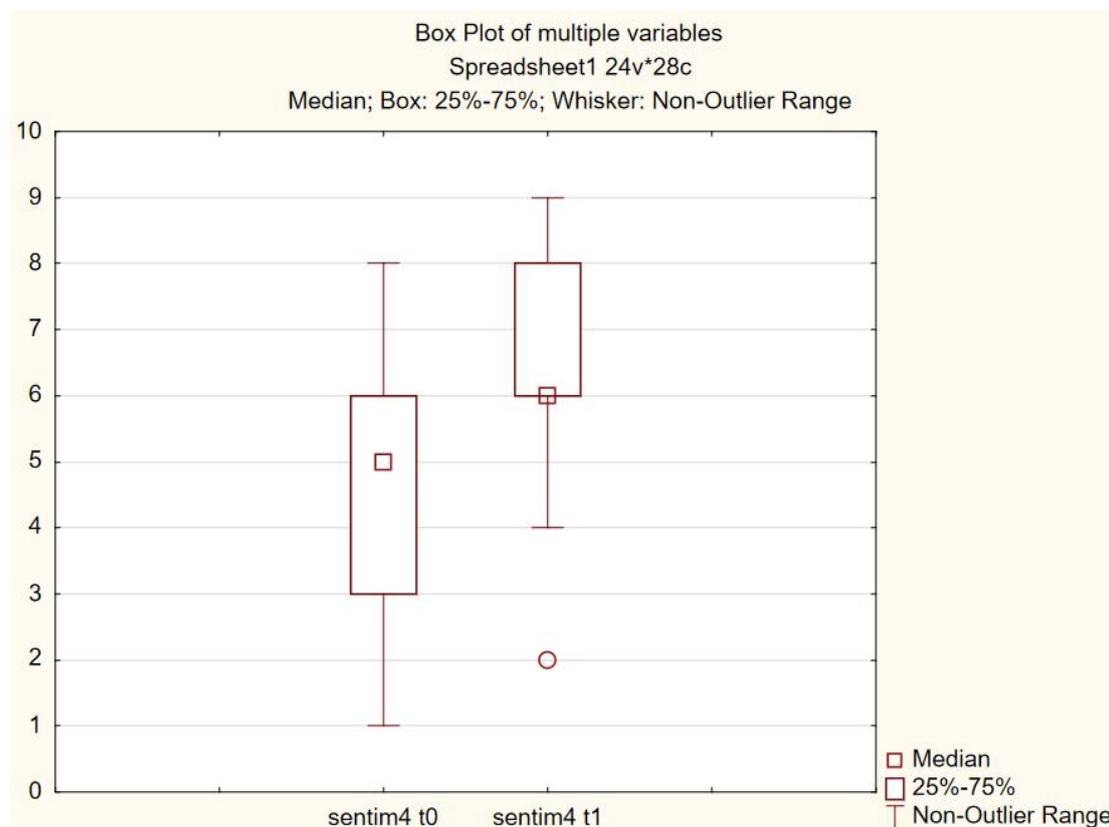


Figure 27 : Sentiment de compétence sur leur capacité à dépister les troubles de l'oralité à T0 et T1

2.2.5. Sous-hypothèse 2e : sur leur capacité à orienter les troubles de l'oralité

Enfin, nous comparons le **ressenti sur la capacité à orienter les troubles de l'oralité**.

	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Pré-atelier	4,85	1,90	1	4
Post-atelier	6,92	1,61	8	10

Données normales > T0 : Kolmogorov-Smimov $d=,6078$, $p> .20$ / Shapiro-Wilk $W=,94682$, $p=,17932$;

T1 : Kolmogorov-Smimov $d=,13512$, $p> .20$ / Shapiro-Wilk $W=,94502$, $p=,16203$

> Le sentiment de compétence concernant la capacité à orienter les troubles de l'oralité **augmente significativement** après l'intervention : $t(27) = -4,61398$; $p = 0,000093$

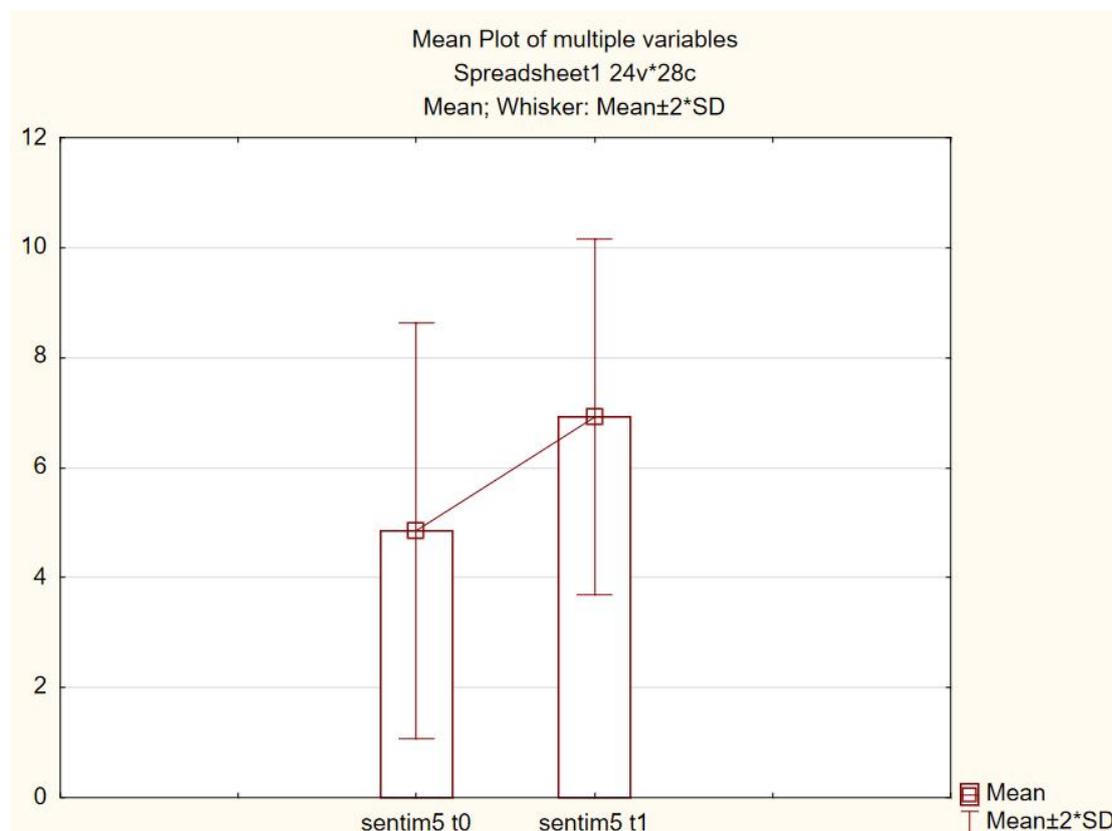


Figure 28 : Sentiment de compétence sur leur capacité à orienter les troubles de l'oralité à T0 et T1

2.3. Hypothèse 3 : Les participants sont satisfaits de la formation.

Pour cette hypothèse, nous avons collecté la **satisfaction des participants** dans trois domaines avec la proposition de 4 modalités de réponse : totalement satisfait, satisfait, partiellement satisfait, non satisfait. Nous avons aussi proposé un espace de commentaires libres.

Nous analysons qualitativement ces réponses à l'aide de pourcentages.

Les participants se déclarent **satisfaits** ou **totalement satisfaits** pour chaque domaine de satisfaction. Au moins la moitié sont totalement satisfaits quel que soit le domaine. Les **mises en situation** ont reçu le plus d'adhésion de la part des participants (70% totalement satisfaits).

notions abordées lors de l'atelier

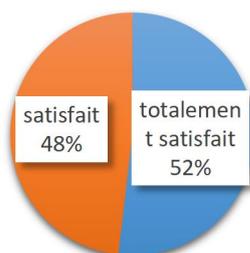


Figure 29 : Satisfaction des participants quant aux notions abordées lors de l'atelier

apport des mises en situation

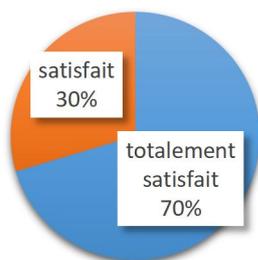


Figure 30 : Satisfaction des participants quant aux apports des mises en situation

qualité des explications

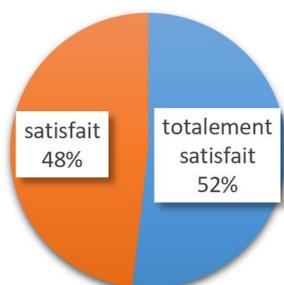


Figure 31 : Satisfaction des participants quant à la qualité des explications

3. Différences intergroupes

Nous souhaitons analyser nos résultats en fonction des groupes de sujet. Cela nous permettra de savoir si le temps d'exercice des professionnels et les formations suivies en amont par les participants ont une influence sur leurs connaissances, compétences et sentiments de compétence.

Les résultats obtenus ne sont pas significatifs mais nous permettent de voir des tendances statistiques.

3.1. Influence du temps d'exercice sur les résultats au questionnaire

L'influence du temps d'exercice sur les résultats semble très **hétérogène** en pré-atelier (ligne bleue). Les réponses et le sentiment de compétence des participants ne semblent donc pas liés à leur temps d'exercice.

On remarque une **homogénéisation** des scores en post-atelier (ligne rouge).

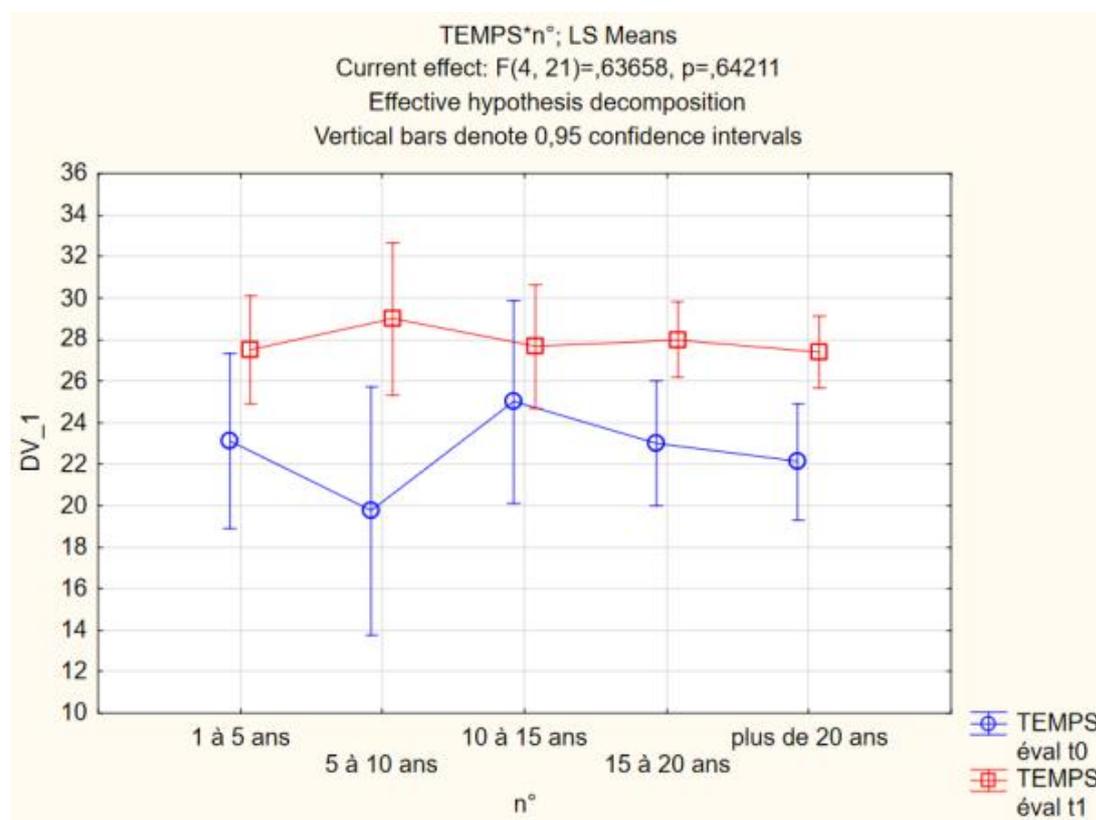


Figure 32 : Influence du temps d'exercice sur les résultats au questionnaire à T0 et T1

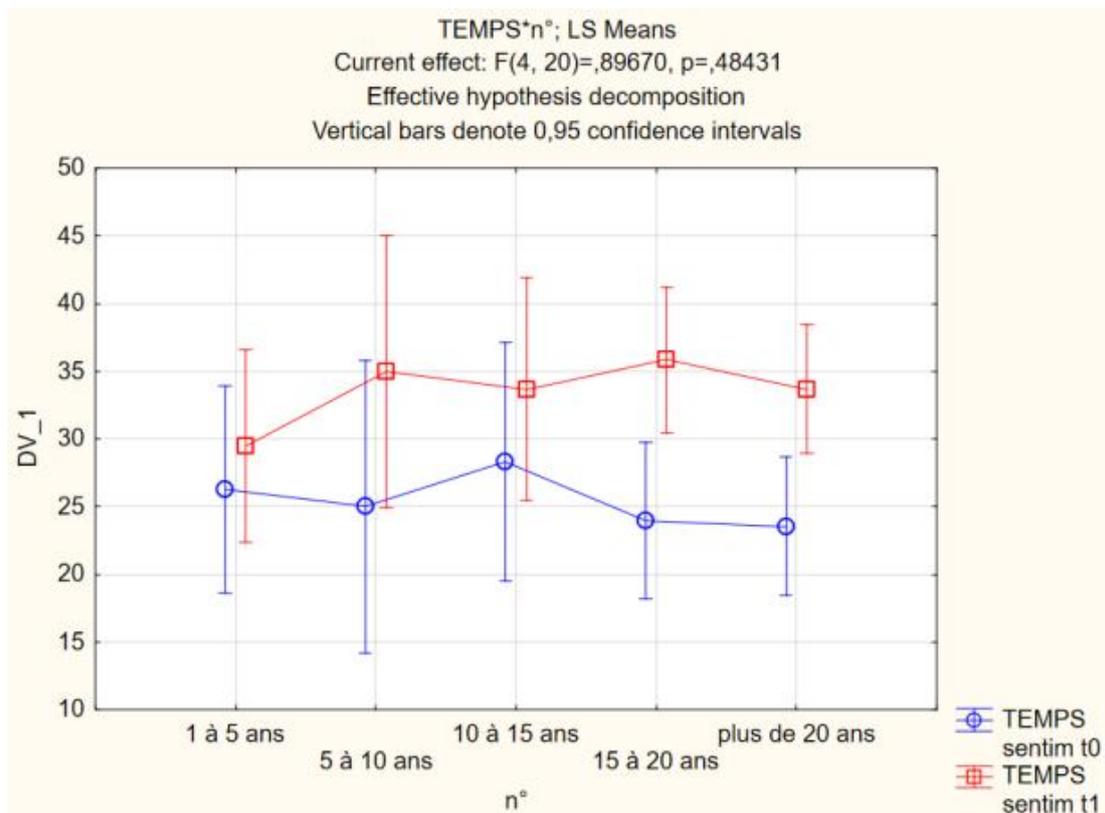


Figure 33 : Influence du temps d'exercice sur le sentiment de compétence à T0 et T1

3.2. Influence des formations sur les résultats au questionnaire

3.2.1. Influence du diplôme

Nous observons l'influence du diplôme obtenu sur les connaissances et le sentiment de compétence quant à l'oralité alimentaire.

Nous avons choisi d'analyser le diplôme plutôt que le poste occupé au sein de la crèche pour plus de lisibilité (moins de groupe et postes corrélés au diplôme comme vu plus tôt).

Il semble y avoir un **effet du diplôme en pré-formation** :

- pour les réponses à la partie « Les oralités » du questionnaire, les résultats s'ordonnent de la manière suivante : IDE / EJE > DEAP > CAP ;
- pour le sentiment de compétence, nous observons que les infirmiers ont un plus fort sentiment de compétence alors que les groupes EJE, DEAP, CAP obtiennent des résultats assez similaires, dans l'ordre suivant : EJE > DEAP > CAP.

En post-formation, les résultats tendent à s'homogénéiser :

- les groupes qui avaient le moins de bonnes réponses au questionnaire pré-formation augmente fortement leurs résultats (+ 8 points pour le groupe CAP) et tous les groupes se rejoignent autour de 28 points sur 34 ;
- pour le sentiment de compétence, plus le groupe avait un faible sentiment de compétence, plus ce sentiment s'est renforcé positivement.

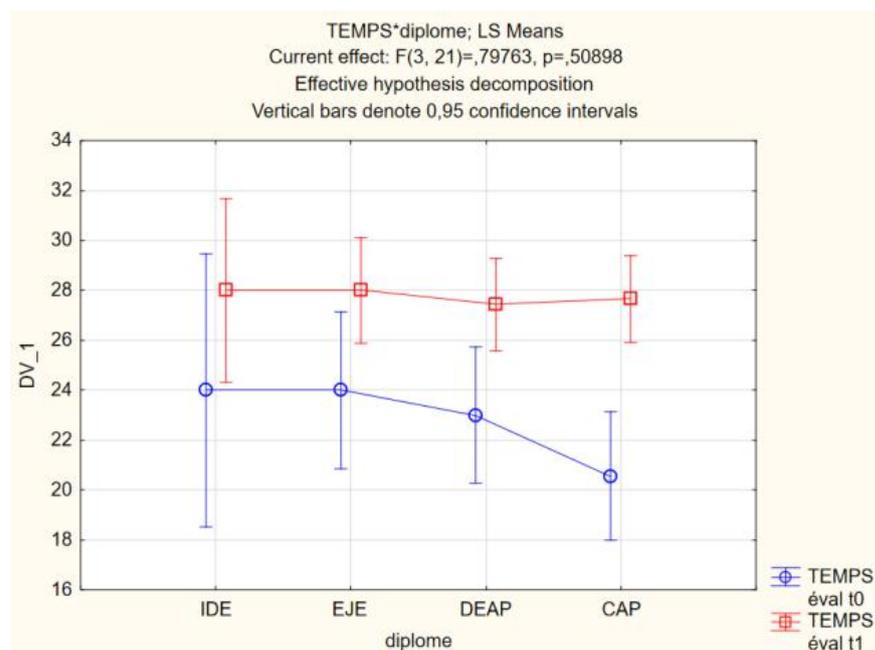
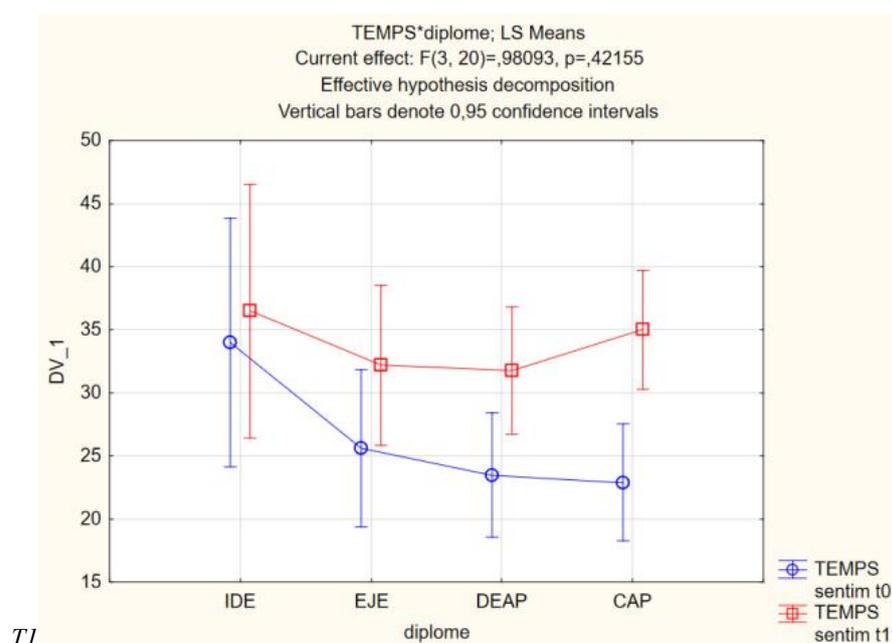


Figure 34 : Influence du diplôme sur les résultats au questionnaire à T0 et



T1

Figure 35 : Influence du diplôme sur le sentiment de compétence à T0 et T1

3.2.2. Influence de la formation initiale

Nous voulons désormais voir si lorsque la question d'oralité alimentaire est abordée pendant la formation initiale, cela a un impact sur les résultats du questionnaire.

Nous observons que les connaissances et le sentiment de compétence avant l'atelier sont **meilleurs si les professionnels ont abordé la question de l'oralité pendant leurs études**.

On voit par contre que **cette différence s'atténue fortement après l'atelier**.

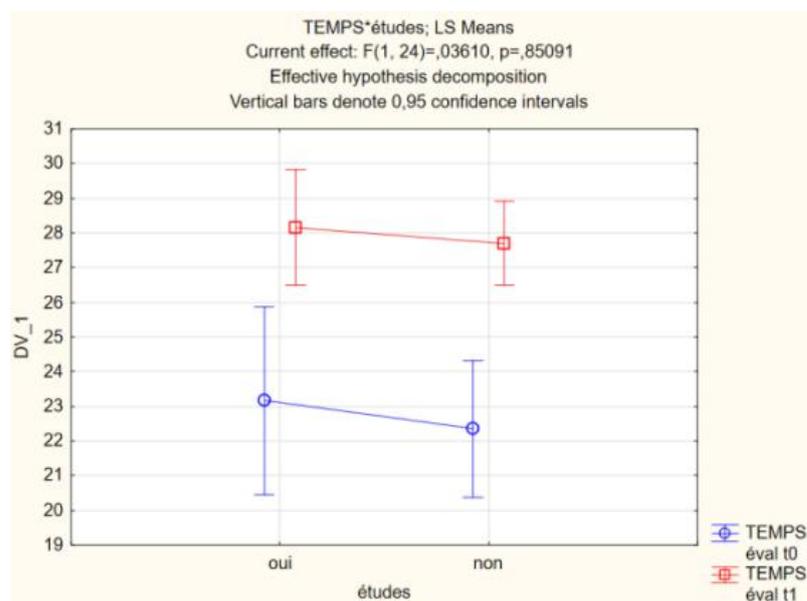


Figure 36 : Influence de la formation initiale sur les résultats au questionnaire à T0 et T1

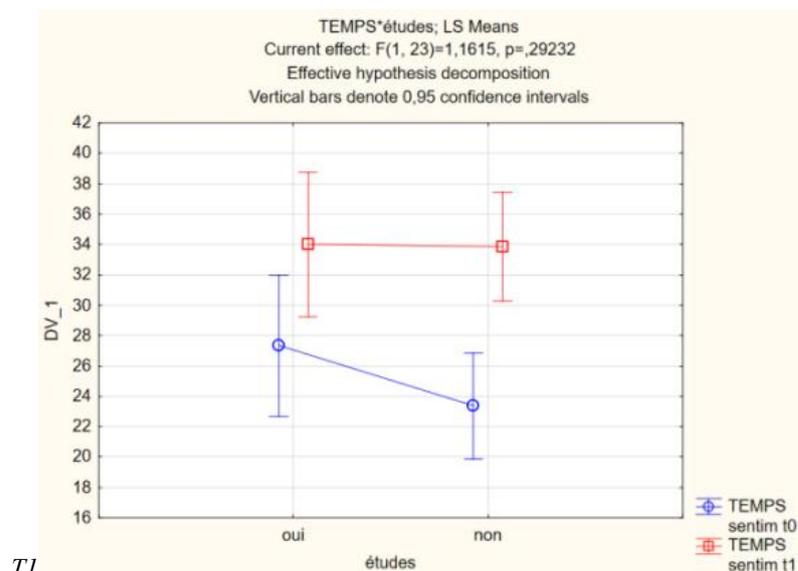


Figure 37 : Influence de la formation initiale sur le sentiment de compétence à T0 et T1

3.2.3. Influence des formations complémentaires

De même, nous cherchons à savoir comment les formations complémentaires influent sur les connaissances et le sentiment de compétence.

Comme pour la formation initiale, les résultats pré-atelier sont **meilleurs lorsque la personne a réalisé des formations complémentaires** sur le thème de l'oralité alimentaire. Nous observons en post-atelier une baisse d'un point pour ces personnes par rapport à ceux qui n'avaient pas suivi de formation. De nouveau, pour le sentiment de compétence, les résultats **tendent à être équivalents en post-atelier**.

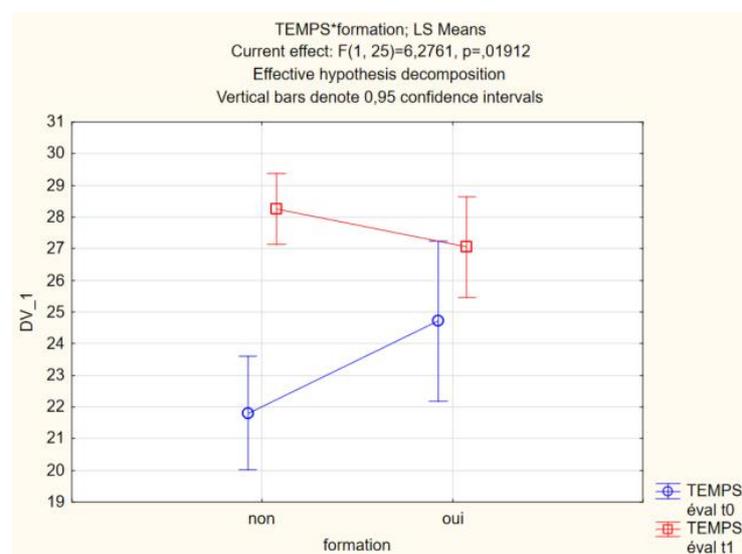


Figure 38 : Influence des formations complémentaires sur les résultats au questionnaire à T0 et T1

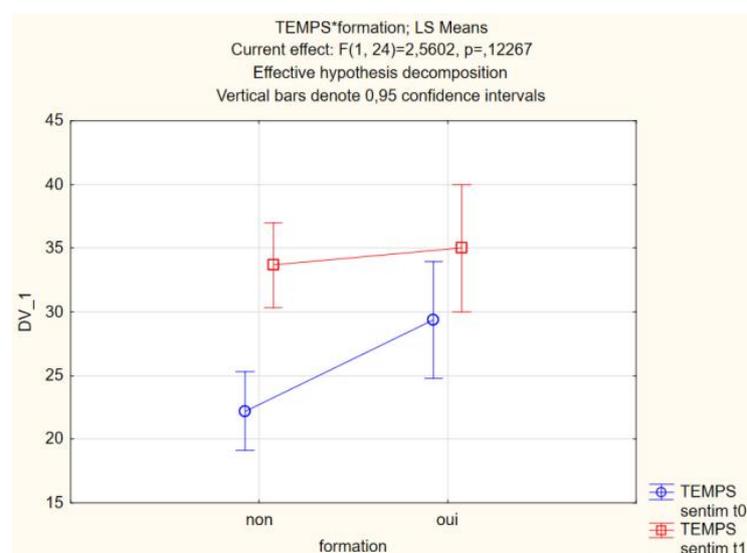


Figure 39 : Influence des formations complémentaires sur le sentiment de compétence à T0 et T1

Nous nous sommes interrogé spécifiquement sur la comparaison des résultats des sujets ayant participé ou non à l'intervention de Sophie Lonchamp.

En pré-atelier, les professionnels ayant suivi l'intervention obtiennent des scores significativement **meilleurs** que ceux qui n'avaient pas participé ($p = 0,04$). Nous constatons encore cette différence après l'atelier bien que les résultats soient plus proches et que la différence ne soit plus significative.

Pour le sentiment de compétence, les scores sont relativement **identiques** en pré-atelier et un peu meilleurs pour le groupe n'ayant pas participé à l'intervention en post-atelier.

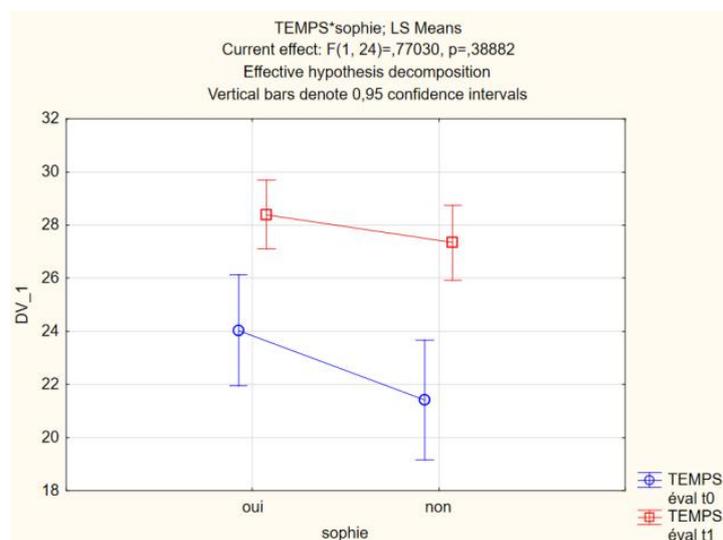


Figure 40 : Influence de l'intervention de Sophie Lonchamp sur les résultats au questionnaire à T0 et

T1

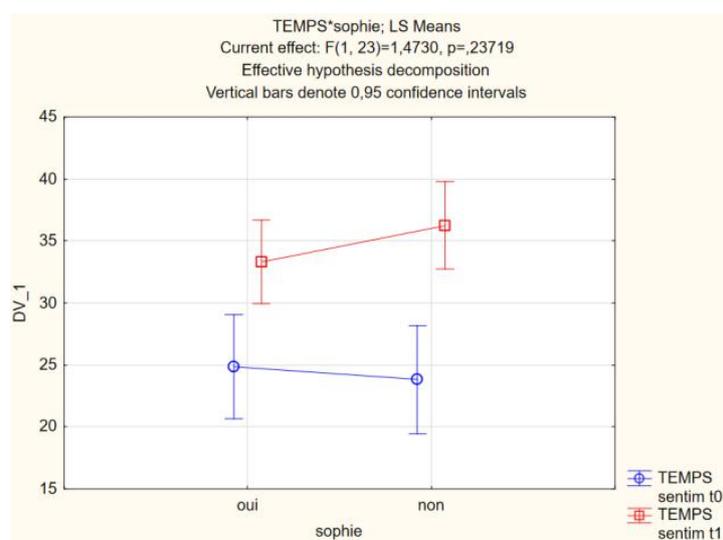


Figure 41 : Influence de l'intervention de Sophie Lonchamp sur le sentiment de compétence à T0 et T1

3.2.4. Diplôme et formations spécifiques à l'oralité

Pour comprendre pourquoi nous observons un effet du diplôme, nous regardons dans quels pourcentages les professionnels ont reçu des apports spécifiques à l'oralité alimentaire en amont de la formation.

En ce qui concerne les personnes ayant un diplôme d'EJE, toutes ont reçu des informations sur les oralités grâce à l'intervention de Sophie Lonchamp. Moins de 20% avaient abordé l'oralité alimentaire pendant leurs études mais 60% se sont formées par la suite.

Pourcentage d'EJE ayant abordé l'oralité pendant leurs études



Figure 42 : Pourcentage d'EJE ayant abordé l'oralité pendant leurs études

Pourcentage d'EJE ayant suivi une formation complémentaire

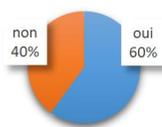


Figure 43 : Pourcentage d'EJE ayant suivi une formation complémentaire

Pourcentage d'EJE ayant suivi l'intervention de Lonchamp



Figure 44 : Pourcentage d'EJE ayant suivi l'intervention de Lonchamp

Les deux personnes ayant un diplôme d'IDE ont abordé l'oralité alimentaire pendant leurs études et en formation complémentaire.

Pourcentage d'IDE ayant abordé l'oralité pendant leurs études



Figure 45 : Pourcentage d'IDE ayant abordé l'oralité pendant leurs études

Pourcentage d'IDE ayant suivi une formation complémentaire



Figure 46 : Pourcentage d'IDE ayant suivi une formation complémentaire

Pourcentage d'IDE ayant suivi l'intervention de Lonchamp



Figure 47 : Pourcentage d'IDE ayant suivi l'intervention de Lonchamp

Environ la moitié des personnes ayant un DEAP ont abordé l'oralité alimentaire, soit pendant leurs études, soit au cours de l'intervention de Sophie Lonchamp. Un quart seulement a suivi une formation complémentaire spécifique à l'oralité alimentaire.

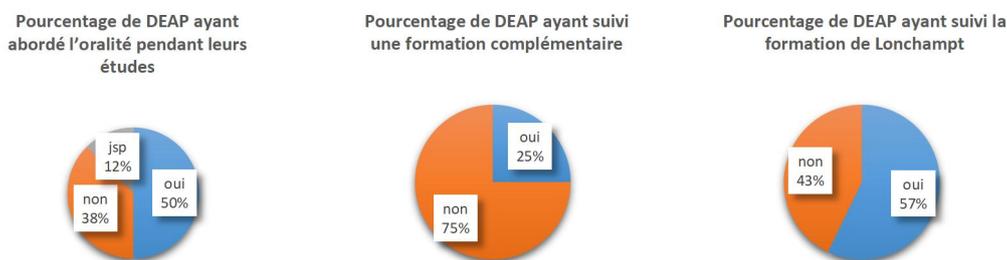


Figure 48 : Pourcentage de DEAP ayant abordé l'oralité pendant leurs études

Figure 49 : Pourcentage de DEAP ayant suivi une formation complémentaire

Figure 50 : Pourcentage de DEAP ayant suivi la formation de Lonchamp

Seule une personne ayant le diplôme du CAP a abordé l'oralité alimentaire pendant ses études ou lors d'une formation complémentaire. Un tiers a par contre participé à la formation de Sophie Lonchamp.



Figure 51 : Pourcentage de CAP ayant abordé l'oralité pendant leurs études

Figure 52 : Pourcentage de CAP ayant suivi une formation complémentaire

Figure 53 : Pourcentage de CAP ayant suivi la formation de Lonchamp

DISCUSSION

1.1. Impact de l'atelier

1.1.1. Renforcer les connaissances et compétences sur les oralités (hypothèse 1)

Notre hypothèse 1 est validée. Les résultats montrent que la participation à l'atelier **améliore significativement les connaissances et les compétences** des professionnels sur les oralités.

Ces résultats rejoignent les études de Girolametto & Weitzman (2006) et de l'ANSA (2021) sur l'intérêt de la prévention auprès des professionnels de la petite enfance. Comme dans notre étude, les programmes Parler Bamin et Hanen sont destinés aux professionnels de crèche. Néanmoins, ils sont ciblés sur la promotion des comportements porteurs pour le langage. Nous pouvons voir dans tous les cas qu'une formation spécifique permet d'améliorer les connaissances des participants sur le domaine ciblé.

Or, il est primordial que les professionnels de la petite enfance aient de bonnes connaissances et compétences sur les oralités. Ces professionnels ont un rôle important dans la prévention des troubles de l'oralité alimentaire, tant dans l'accompagnement des repas à la crèche (Schaal & Soussignan, 2008) que dans le dépistage des difficultés (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017).

Seul un tiers des participants déclarent avoir abordé la question de l'oralité alimentaire au cours de leurs études ou lors de formations complémentaires, d'où l'importance d'apporter des connaissances à ce sujet.

Lorsqu'on reprend les compétences une par une, nous voyons que l'atelier a un effet positif sur l'ensemble des compétences.

1.1.1.1. Compétence 1 : connaître les concepts clefs de l'oralité

Nous voyons une amélioration significative des scores spécifiques à cette compétence (**sous-hypothèse 1a validée**).

Lorsqu'on leur demande ce qui permet un repas réussi, les participants évoquent davantage le concept de plaisir, très important dans la chaîne narrative du repas. Ils pensent aussi à l'installation qui n'avait pas été évoquée auparavant alors qu'elle fait partie des concepts clefs de l'oralité.

1.1.1.2. Compétence 2 : connaître les repères du développement normal de l'enfant dans le domaine de l'oralité alimentaire

De nouveau, nous observons une amélioration significative des scores aux items testant cette compétence (**sous-hypothèse 1b validée**).

Néanmoins, cela reste une compétence à renforcer chez les professionnels de la petite-enfance. Même si ces repères sont mieux connus après l'atelier, nous constatons que beaucoup de répondants obtiennent une note de 0/4 à ces questions. Certains ne semblent pas avoir acquis la notion de période sensible. Ils évoquent encore le fait que l'enfant devrait faire ses acquisitions à son rythme. Comme évoqué dans la discussion de Sophie Lonchamp (2021), cette notion devra faire l'objet d'une prévention spécifique afin d'être mieux ancrée.

1.1.1.3. Compétence 3 : savoir identifier les facteurs de risque en situation

Après l'atelier, les participants savent mieux identifier les facteurs de risque en situation. Les résultats concernant cette compétence sont significativement meilleurs post-atelier (**sous-hypothèse 1c validée**).

Ce sujet a été celui qui a le plus engagé de réactions lors des ateliers. Les participants ont eu beaucoup de questions et d'échanges autour notamment de l'installation et des doubles textures.

« Comment proposer un appui plantaire à l'enfant sans qu'il s'amuse avec le repose-pied ? Que privilégier entre la sécurité de l'enfant et l'appui plantaire ? Comment faire si l'enfant se met tout le temps en hyperextension et qu'on n'arrive pas à trouver la bonne position ? Est-ce que la recommandation d'appuis dorsal et plantaire est valable pour tous les enfants ou certains sont mieux dans une position instable ? Est-il intéressant de proposer aux enfants des morceaux en DME ? »

Ces questions ont entraîné de nombreuses réflexions durant les ateliers, pour mettre en pratique les conseils donnés tout en respectant les contraintes de la collectivité. Certaines recommandations n'étaient pas directement applicables dans la crèche à cause de contraintes budgétaires (achat de matériel adapté) ou organisationnelles (double texture préparé par une cuisine centrale).

L'amélioration de cette compétence se voit aussi dans la question à réponse ouverte « que faut-il pour un repas réussi ? » puisqu'après l'atelier, les répondants citent l'installation comme un des prérequis nécessaire à un repas.

1.1.1.4. Compétence 4 : savoir identifier les signes d'alerte d'un trouble de l'oralité alimentaire en situation

Les résultats pour l'identification de signes d'alerte d'un trouble de l'oralité alimentaire augmentent également de manière significative (**sous-hypothèse 1d validée**).

Les participants ont montré un grand intérêt pour cette compétence. De nombreuses situations à la crèche leur posaient question. Lors des ateliers, les participants exposaient les cas de plusieurs enfants de la crèche pour qui les repas étaient difficiles. Néanmoins, ils n'avaient pas identifié de signes d'alerte précis mais plutôt une situation globalement difficile. À l'inverse, lorsqu'on expliquait certaines notions ou certains signes d'alerte, ils faisaient le lien avec des situations qui leur paraissaient normales mais qui pouvaient finalement alerter.

Il est donc utile de leur donner des signes d'alerte concrets et associés à des mises en situation pour une meilleure compréhension de ces signes. Il apparaît nécessaire de

fournir un support comme la plaquette de l'ASPRO qui récapitule ces signes afin de favoriser leur identification.

1.1.1.5. Compétence 5 : communiquer avec la famille et les personnes ressources

Cette compétence n'était testée que par un item du questionnaire. Les résultats ne sont donc pas significatifs (**sous-hypothèse 1e non validée**).

Néanmoins, dans les échanges avec les participants, ils s'avèrent qu'avant l'atelier, ils n'avaient, pour la plupart, pas conscience que l'orthophoniste pouvait agir très précocement et sur les questions d'alimentation. Avant l'atelier, les participants pensaient que les prises en soin orthophoniques concernaient les troubles du langage et étaient préconisées seulement à partir de 3 ans. Cette information a donné lieu à de nombreuses questions et semble avoir été mieux retenue, bien qu'aucune question du questionnaire ne puisse confirmer ce fait. Nous le remarquons notamment dans les commentaires libres en fin de questionnaire, où plusieurs répondants évoquent cet apport.

Par ailleurs, plusieurs professionnels de la petite enfance disent parfois se sentir illégitimes pour aborder leurs inquiétudes avec les parents. Ils repèrent déjà des difficultés chez les enfants mais ne le signalent pas toujours aux parents. Certains rapportent que leurs inquiétudes ne sont pas toujours bien reçues, ni prises au sérieux par les parents. Le manque de places chez les orthophonistes représentent également un frein pour certains d'entre eux.

Enfin, la plaquette distribuée en fin d'atelier semble être un bon support pour les professionnels de la petite enfance. Plusieurs crèches ont indiqué leur envie de s'en servir pour pointer certains signes d'appel aux parents et pour les orienter vers les professionnels adéquats.

1.1.2. Améliorer le sentiment de compétence sur l'oralité alimentaire (hypothèse 2)

Notre hypothèse 2 est validée. La participation à l'atelier **améliore significativement le sentiment de compétence** des professionnels.

Comme nous l'avons vu auparavant, les professionnels de la petite enfance se déclaraient démunis et peu formés dans ce domaine (Lonchamp, 2021).

L'atelier permet d'augmenter leur sentiment de compétence, c'est-à-dire leur confiance en leur capacité à appréhender des concepts liés à l'oralité alimentaire. Cela est corroboré par les travaux de Bandura (1977). L'auteur parle lui de sentiment d'auto-efficacité : croyance qu'a un individu en sa capacité de réaliser une tâche. Il montre que ce sentiment peut être renforcé par l'expérience, l'apport de conseils, de ressources et de mises en situation. Les objectifs de notre atelier étaient spécifiques et définis à l'avance, ce qui favorise ce sentiment en fin d'atelier (Zimmerman, 2008).

Or, la confiance en ses capacités qu'a un professionnel est très importante. Elle permet à la personne de mieux gérer des difficultés dans son travail (Lecomte, 2004) et de plus s'investir (Bandura, 1977). Il amène donc un plus grand bien-être professionnel et personnel et moins d'épuisement (Soysa & Wilcomb, 2015).

1.1.2.1. Connaissances

Les participants déclarent avoir de meilleures connaissances sur l'oralité alimentaire après l'atelier (**sous-hypothèse 2a validée**).

Effectivement, leurs connaissances se sont améliorées, ce qui coïncide avec leur sentiment de compétence. Les mises en pratique permettent probablement d'ancrer ces connaissances et de mieux les comprendre.

1.1.2.2. Outils à leur disposition

Les répondants pensent posséder plus d'outils à la suite de l'atelier (**sous-hypothèse 2b validée**).

Nous avons essayé d'apporter des solutions concrètes pour chaque situation. L'atelier a favorisé les échanges quant aux outils pouvant être utilisés dans des situations courantes de la crèche et des solutions ont été discutées.

Cela permet à chaque crèche de se rendre compte des adaptations déjà mises en place. Nous constatons notamment que des outils étaient déjà utilisés, par exemple pour favoriser un cadre sensoriel adapté (assiettes compartimentées, nommer les aliments, lier les aliments transformés à leur photo, repas dans le calme pour des enfants qui se plaignent du bruit...). Certaines adaptations n'étaient pas vues comme telles : elles étaient réalisées car elles amélioraient les comportements des enfants, sans que les professionnels ne comprennent exactement pourquoi. Mettre du sens sur ces pratiques permet donc de renforcer le sentiment de compétence des professionnels.

1.1.2.3. Capacité à accompagner les troubles de l'oralité alimentaire

Les participants se sentent plus capable d'accompagner les troubles de l'oralité (**sous-hypothèse 2c validée**).

Comme pour le point précédent, des solutions concrètes ont été évoquées lors de l'atelier. Des échanges autour de difficultés rencontrées par des enfants de la crèche ont pu donner des idées aux professionnels quant à l'accompagnement de ces enfants. Nous constatons dans les questionnaires que les participants se sont bien emparés des notions pouvant améliorer les repas (installation, pas de double texture, sensorialité...).

Discuter des comportements adéquats lors du repas permet de mettre en avant les attitudes porteuses des professionnels. Les échanges ont notamment permis de mettre en évidence les évolutions de ces attitudes (moins de forçage par exemple).

1.1.2.4. Capacité à dépister les troubles de l'oralité alimentaire

Les professionnels ont aussi le sentiment de mieux pouvoir dépister les troubles de l'oralité alimentaire (**sous-hypothèse 2d validée**).

Au cours de l'atelier, nous avons pris soin de rappeler les signes d'appel de ces troubles. Ils sont également résumés dans la plaquette fournie à la fin de l'atelier. Nous faisons remarquer cette information aux participants afin qu'ils puissent utiliser cette plaquette en autonomie. Nous constatons également que les professionnels identifient mieux ces signes d'appel dans les questionnaires.

1.1.2.5. Capacité à orienter les troubles de l'oralité alimentaire

Enfin, les professionnels se disent plus capable d'orienter des enfants chez qui ils suspecteraient des troubles de l'oralité alimentaire (**sous-hypothèse 2e validée**).

L'atelier leur a en effet permis de savoir que les orthophonistes peuvent être consultés de manière précoce et sur des sujets autres que le langage. Les professionnels seront probablement moins seuls face aux troubles de l'oralité alimentaire et pourront s'aider du réseau de professionnels de santé autour d'eux pour répondre à leurs questions et à celles des parents.

1.1.3. Un format d'atelier satisfaisant (hypothèse 3)

Notre hypothèse 3 est validée. Les participants se disent **satisfaits** ou **totalelement satisfaits** de l'atelier.

Les participants se déclarent satisfaits par les **notions abordées**. Pour choisir les concepts à développer, nous nous sommes appuyés sur les besoins mis en avant par le questionnaire de Sophie Lonchampt (2021) : renforcement des connaissances sur l'oralité alimentaire (notions d'autonomie, de multimodalités sensorielles) et du repérage des signes d'appels spécifiques. Environ 60% des participants ont déjà rencontré ou suspecté des troubles alimentaires chez au moins un des enfants de la

crèche, d'où un intérêt pour avoir des solutions concrètes à ce sujet. Être au plus près des préoccupations des professionnels permet d'augmenter la motivation des participants pour l'atelier (Fenouillet, 2011).

En ce qui concerne la **qualité des explications**, les professionnels se disent également satisfaits. Nous pensons que construire la formation en suivant des techniques d'animation de groupe a permis de fournir des explications plus claires. En effet, la méthode des 3A permet d'impliquer le participant puis d'ancrer ses connaissances. La méthode des 3D est très intéressante pour clarifier nos propos puisque nous annonçons ce dont nous allons parler et que nous terminons en résumant les points importants.

Enfin, nous remarquons que les **mises en situations** ont particulièrement plu. Nous avons observé que ces moments permettent aux participants de s'engager davantage dans l'atelier. La participation active des professionnels lors d'un atelier est essentielle pour l'apprentissage (Kholmurzaev & Tokhirov, 2021). La mise en pratique favorise les échanges, la convivialité et l'écoute lors des apports théoriques. Elle permet aussi aux professionnels de mieux comprendre les situations et de faire des liens avec leur vie professionnelle (Barbier & Wittorski, 2015).

1.1.4. Une influence des formations sur les résultats

Nous remarquons un **effet des formations initiales et complémentaires** sur les résultats.

Les **connaissances initiales** des personnes ayant suivi des informations sur l'oralité alimentaire avant l'atelier obtiennent de meilleurs résultats à notre questionnaire. Ces informations peuvent avoir été reçues au cours des études, lors de formations complémentaires ou lors de l'intervention de Sophie Lonchamp. Or, deux tiers des personnes n'ont jamais abordé le sujet de l'oralité alimentaire ni pendant leurs études,

ni au cours de formations complémentaires. La moitié a par contre pu bénéficier de l'intervention de Sophie Lonchamp.

Nous constatons que ces connaissances sont plus fortes chez les personnes ayant suivi une formation d'IDE ou d'EJE. Or, nous remarquons que 100% de ces professionnels ont déjà abordé les notions d'oralité alimentaire, que ce soit lors de leurs études, lors de formations complémentaires ou pendant l'intervention de Sophie Lonchamp.

En ce qui concerne les autres diplômes, les DEAP obtiennent des résultats inférieurs aux IDE et EJE et les CAP ont les résultats moyens les plus faibles. Nous constatons que la moitié des DEAP ont déjà reçu des informations sur les oralités alors que seul un quart des CAP ont eu accès à ces informations.

À la suite de l'atelier, les connaissances s'homogénéisent. Si tous les professionnels augmentent leurs connaissances, l'atelier profite plus aux personnes dont les connaissances initiales étaient faibles. Néanmoins, tous les apports de l'atelier ne se reflètent pas dans les questionnaires. Nous constatons par exemple que beaucoup de participants ne connaissaient pas clairement le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin précoce des troubles de l'oralité alimentaire alors que cela semble mieux ancré après la formation. Aussi, nous pensons important que tous les professionnels de la petite enfance puissent continuer à renforcer leurs compétences et connaissances. Quel que soit leur diplôme et leur formation préalable, il est pertinent que l'ensemble du personnel participe à ces interventions.

Enfin, le **sentiment de compétence** initial des personnes ayant déjà reçu des informations sur l'oralité alimentaire est meilleur. À la suite de l'atelier, plus les personnes avaient un faible sentiment de compétence au départ, plus ce sentiment s'est renforcé positivement.

1.2. Limites et perspectives

1.2.1.1. Contenu et modalités de l'atelier

Modalités de l'atelier

Concernant la **durée** des ateliers, nous avons pu respecter un format d'une heure grâce au séquençage de l'intervention. Cette durée a été choisie en raison de la charge de travail importante des professionnels de la petite enfance, pour se rendre disponible sur leur temps de réunion sur la pause méridienne ou après la fermeture de la crèche.

Cela a permis d'aborder les différents points souhaités. Néanmoins, les mises en situation et les apports théoriques amenaient beaucoup d'échanges et de questions. Certaines personnes auraient donc souhaité une intervention plus longue (voir annexes n°9 : commentaires libres des participants).

On voit qu'une intervention d'une heure permet d'améliorer à la fois les connaissances et le sentiment de compétence des participants. Nous pensons que faire une formation plus complète serait bénéfique, à l'instar du programme national Parler Bambin qui propose des formations régulières pendant un an.

Nous pensons également intéressant de proposer des ateliers sur plusieurs séances, sur une demi-journée ou une journée afin de pouvoir aborder chaque point plus en détail. Cela permettrait de présenter des cas cliniques afin de donner des exemples plus concrets encore. Des séances d'orthophonie pourraient être réalisées sur le temps de crèche pour pouvoir guider les professionnels sur la réalisation des adaptations. Des formations incluant des accompagnements sur les temps de repas pourraient aussi être proposées. Nous pourrions ainsi partir de situations vécues et de signes d'appel directement observables, ce qui serait plus concret pour les professionnels.

Adaptation de l'atelier aux contraintes de la collectivité

Au cours de l'atelier, nous nous sommes rendu compte que la collectivité amène de nombreuses contraintes autour des repas. Cela rend les solutions proposées pas toujours adaptées au contexte. Néanmoins, l'intervention en présentiel permet de

proposer un cadre pour les échanges et de réfléchir à des solutions éventuelles.

Les participants déplorent des **contraintes temporelles et de personnel**. Si les mises en situation leur permettent de comprendre l'intérêt par exemple de s'ajuster au rythme, certains professionnels disent devoir nourrir suffisamment rapidement les enfants. Elles disent ne pas avoir assez de personnel ni assez de temps pour allonger les temps de repas.

Certaines **contraintes matérielles et budgétaires** rendent difficiles la mise en place de certaines préconisations :

Au niveau de l'installation :

La plupart des crèches avait commencé à réfléchir à la question de l'installation mais manque de moyens pour investir par exemple dans des repose-pieds ou dans des chaises et tables adaptées à la taille des enfants. Les mises en situation permettent d'expérimenter l'inconfort d'une mauvaise installation et de chercher des solutions.

Pouvoir proposer des solutions simples et peu coûteuse pour que les enfants soient installés au mieux serait intéressant. Sensibiliser sur l'importance de l'installation peut aussi permettre aux crèches d'y faire particulièrement attention pour des enfants en difficulté. Sensibiliser sur ces questions pourra aussi influencer sur des choix budgétaires afin que le matériel puisse être plus adapté.

Au niveau des textures en cuisine :

La majorité des crèches relèvent que les repas distribués aux enfants sont envoyés par les cuisines sans possibilité de les modifier. Il n'est donc pas possible de séparer certaines textures ou de proposer des solutions individuelles pour des enfants en difficulté. S'ils comprennent bien qu'il faut éviter les doubles textures et remarquent plus de difficultés avec ces repas, ils ne peuvent pas le mettre en place sur l'ensemble des repas.

Proposer une sensibilisation spécifique aux personnels qui gèrent les cuisines serait intéressant.

1.2.1.2. Questionnaires

Nous pouvons aussi voir plusieurs limites dans notre méthode d'évaluation.

En effet, notre questionnaire a été construit pour cet atelier : il n'a donc pas pu être **validé** ou **standardisé** avant passation.

En ce qui concerne le **contenu**, nous n'avons pas suffisamment de questions pour certaines compétences pour que les résultats soient très significatifs. La compétence 5 (communiquer avec la famille et les personnes ressources) n'est testé que par une question peu pertinente qui ne permet pas d'évaluer précisément l'évolution de la communication avec la famille et les personnes ressources. Les compétences 1 (connaître les concepts clés de l'oralité), 3 (savoir identifier les facteurs de risque en situation) et 4 (savoir identifier les signes d'alerte en situation) plafonnent : certains participants obtiennent le score maximal. Nous ne pouvons donc pas voir l'étendue des connaissances des professionnels. Cependant, nous avons choisi de privilégier un temps de passation court pour faciliter le remplissage.

Les scores pour certaines compétences plafonnent et ne permettent pas de voir l'évolution des items après intervention. Nous pensons qu'une évaluation plus écologique avec des observations sur des temps de repas par exemple serait intéressante.

Au vu de la **situation sanitaire**, nous avons eu moins d'intervention que souhaité. En effet, 2 crèches n'ont pas pu participer aux ateliers et moins de professionnels étaient présents lors des ateliers organisés. Nous avons donc moins de réponses, ce qui nous donne des statistiques moins robustes. Le report de certains ateliers n'a pas non plus permis d'envoyer des questionnaires à distance des ateliers afin d'évaluer le maintien à long terme des connaissances.

Enfin, le **protocole de passation n'est pas harmonisé**. Certaines crèches ont eu le temps de remplir les questionnaires immédiatement après l'atelier alors que d'autres avaient des impératifs et l'ont rempli plus ou moins longtemps après l'atelier.

1.3. Apports personnels et implication pour l'orthophonie

1.3.1. Apports personnels

M'engager dans ce mémoire m'a permis de découvrir la prévention, d'abord avec appréhension puis avec beaucoup de plaisir.

Tout d'abord, j'ai pu enrichir mes connaissances sur les oralités, ce qui m'apportera beaucoup dans ma future pratique.

Par la suite, j'ai dû apprendre à monter un atelier, m'emparer de techniques d'animation pour pouvoir transmettre au mieux ces connaissances : sélectionner les connaissances pertinentes à transmettre, les organiser, séquencer, ajouter des moments de mise en pratique. Ces compétences me serviront, je l'espère, une fois devenue orthophoniste, que ce soit pour accompagner les patients ou pour continuer à réaliser des ateliers de sensibilisation.

Enfin, le plus important et enrichissant a été de finalement de réaliser ces interventions. Cela m'a conforté sur l'importance du travail en collaboration avec les professionnels de la petite enfance. Cela m'a également permis d'avoir de riches échanges avec les participants aux ateliers et de mieux comprendre aussi quelles étaient leurs problématiques (manque de matériel, contraintes liés aux cuisines collectives, nombre d'enfants important). Grâce à ces ateliers, j'ai aussi pu faire mes premiers pas en totale autonomie. Cela m'a permis de me rendre compte que j'étais capable d'animer de tels ateliers et de m'adapter aux questions et aux réactions de mes interlocuteurs. Ce sentiment de compétence m'accompagnera dans mes débuts en tant qu'orthophoniste.

1.3.2. Implication pour l'orthophonie

Cette recherche montre qu'il est essentiel de renforcer les liens entre notre profession et les crèches. Il est apparu que les professionnels de la petite enfance sont peu en contact avec les orthophonistes. Notre rôle n'est pas très ancré dans leurs pratiques, que ce soit pour l'oralité alimentaire ou pour la prise en soin précoce. Pourtant, ce sont des interlocuteurs précieux pour les différents professionnels du soin qui prennent en charge l'enfant.

En abordant l'alimentation, nous nous sommes aperçu que les professionnels de la petite enfance ont besoin de temps d'échange autour des problématiques qu'ils rencontrent pendant les repas.

Ainsi, nous pensons qu'il faudrait continuer de proposer des rencontres et ateliers de sensibilisation dans les crèches. Cela permettrait de renforcer leurs connaissances et leur rôle dans le dépistage et l'accompagnement des enfants reçus par la suite en orthophonie.

Proposer des actions de prévention, comme les programmes Parler Bambin (ANSA, 2021) ou Hanen (Girolametto & Weitzman, 2006), serait pertinent. En effet, ces programmes, axés sur le langage, sont organisés au niveau national, financés et reconnus. Ils permettent une formation plus régulière et plus approfondie des professionnels. Ils renforcent les liens entre les différents professionnels de la petite enfance et sont un appui pour reconnaître le rôle primordial des professionnels de crèche dans le repérage précoce. Or, il n'existe pas à ce jour de programmes nationaux dans le domaine de l'oralité alimentaire. En créer un permettrait d'élargir la sensibilisation autour des troubles de l'oralité alimentaire.

D'autres études pourraient s'axer sur des observations sur les temps de repas afin d'être au plus près des problématiques particulières dans chaque crèche et de conforter le sentiment de compétence des professionnels. Cette action de prévention pourrait ainsi être rendue pérenne, comme nous l'ont demandé certaines crèches.

D'autres professionnels pourraient également être concernés par la problématique de l'oralité alimentaire. Dans la continuité de notre mémoire, des études autour des connaissances et des besoins des cuisiniers et intervenants en restauration scolaire pourraient également être intéressante pour agir sur les enfants plus grands.

Enfin, d'autres questionnements autour de problématiques prises en charge par les orthophonistes sont ressorties lors des échanges avec les professionnels de la petite enfance. D'autres ateliers de sensibilisation spécifiques pourraient être proposés autour des concepts de périodes sensibles, de promotion des comportements porteurs pour le langage, du dépistage des troubles du langage et de la communication et des échanges avec les parents.

CONCLUSION

25% à 45% des enfants peuvent rencontrer des difficultés alimentaires et une prise en charge précoce permet d'en limiter les conséquences. Or, ces enfants sont régulièrement accueillis en crèche. L'étude menée par Sophie Lonchamp en 2021 avait montré un besoin de connaissances des professionnels de la petite enfance dans le champ de l'oralité alimentaire.

Ainsi, nous avons proposé des ateliers de sensibilisation autour de l'oralité alimentaire. Nous voulions déterminer si ce mode d'intervention aurait un impact intéressant sur les connaissances et le sentiment de compétences des professionnels.

Nous avons construit un atelier mêlant théorie et mise en pratique afin d'aborder les points essentiels autour du repas et les signes d'appel des troubles de l'oralité alimentaire. Nous l'avons ensuite évalué à l'aide de questionnaires.

Il apparaît que les ateliers ont satisfait les participants et ont amélioré de manière significative leurs connaissances et leur sentiment de compétences par rapport aux oralités. La mise en place d'ateliers auprès de ce public leur permet de mieux comprendre, accompagner, dépister et orienter les troubles de l'oralité alimentaire.

La prévention orthophonique auprès des professionnels de la petite enfance est donc une pratique à encourager et à développer.

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie. (2012). Développement de l'oralité alimentaire. In *L'oralité chez le nouveau-né et son rôle dans le développement psychique de l'enfant* (2^e éd.). Doin.
- Abadie, Véronique. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. In *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant* (p. 57-68). Fédération Nationale des Orthophonistes.
- Adessi, E., Galloway, A. T., Visalberghi, E., & Birch, L. L. (2005). Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2–5-year-old children. *Appetite*, 45(3), 264-271.
- Afssa. (2019). *Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents*. PNNS.
- Als, H., Duffy, F. H., McAnulty, G. B., Rivkin, M. J., Vajapeyam, S., Mulkern, R. V., Warfield, S. K., Huppi, P. S., Butler, S. C., Conneman, N., Fischer, C., & Eichenwald, E. C. (2004). Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*, 113(4), 846-857.
- Amaizu, N., Shulman, R., Schanler, R., & Lau, C. (2008). Maturation of oral feeding skills in preterm infants. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 97(1), 61-67.
<https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00548.x>
- ANSA. (2021). *Le programme national Parler Bambin BILAN ET ENSEIGNEMENTS DE L'EXPÉRIMENTATION*.
- Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Dunod.
- Babik, I., Movva, N., Baraldi Cunha, A., & Lobo, M. A. (2019). Development of self-feeding behavior in children with typical development and those with arm movement impairments. *Developmental Psychobiology*, 61(8), 1191-1203.
<https://doi.org/10.1002/dev.21861>
- Bandelier. (2015). *Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant*. Orthoédition.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioural change*. 84.

- Barbier, J.-M., & Wittorski, R. (2015). La formation des adultes, lieu de recompositions ? *Revue française de pédagogie*, 190, 5-14. <https://doi.org/10.4000/rfp.4672>
- Bellis, F., Buchs-Renner, I., & Vernet, M. (2009). De l'oralité heureuse à l'oralité difficile. Prévention et prise en charge dans un pôle de pédiatrie. *Spirale*, 51(3), 55-61. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spi.051.0055>
- Béné-tier et al. (2009). *Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 2 (INCA 2)* (N° 2). Anses.
- Brown, A., & Lee, M. (2013). An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style : Developmental readiness for complementary foods. *Maternal & Child Nutrition*, 9(2), 233-243. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00360.x>
- Brown, A., & Lee, M. D. (2015). Early influences on child satiety-responsiveness : The role of weaning style. *Pediatric Obesity*, 10(1), 57-66. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2013.00207.x>
- Bullinger. (2007). *Sensorialité et émotionnalité primaire, approche sensori-motrice et développementale. Bulletin du GERPEN.*
- Bullinger, A. (2015a). Le développement psychomoteur. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 15-55). Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/le-developpement-sensori-moteur-enfant--9782749248103-p-15.htm>
- Bullinger, A. (2015b). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 2 – L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED.* Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/le-developpement-sensori-moteur-enfant--9782749248103.htm>
- Butterworth, G., & Hopkins, B. (1988). Hand-mouth coordination in the new-born baby. *British journal of developmental psychology*, 6(4), 303-314.
- Cabanac, M. (1979). Sensory pleasure. *The quarterly review of biology*, 54(1), 1-29.

- Cameron, S., Heath, A.-L., & Taylor, R. (2012). How Feasible Is Baby-Led Weaning as an Approach to Infant Feeding? A Review of the Evidence. *Nutrients*, 4(11), 1575- 1609. <https://doi.org/10.3390/nu4111575>
- Cameron, S. L., Heath, A.-L. M., & Taylor, R. W. (2012). Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: A content analysis study: Table 1. *BMJ Open*, 2(6), e001542. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001542>
- Cameron, S. L., Taylor, R. W., & Heath, A.-L. M. (2013). Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. *BMJ Open*, 3(12), e003946. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003946>
- Cameron, S. L., Taylor, R. W., & Heath, A.-L. M. (2015). Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids--a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatrics*, 15, 99. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0422-8>
- Cascales, T. (2015). *Les troubles alimentaires du bébé : Approche psychanalytique et développementale*. Éditions Érès.
- Cascio, C. J. (2010). Somatosensory processing in neurodevelopmental disorders. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 2(2), 62- 69. <https://doi.org/10.1007/s11689-010-9046-3>
- Caton, S. J., Ahern, S. M., & Hetherington, M. M. (2011). Vegetables by stealth. An exploratory study investigating the introduction of vegetables in the weaning period. *Appetite*, 57(3), 816- 825.
- Científico, C., & Nogueira-de-Almeida, C. A. (2017). *A Alimentação Complementar e o Método BLW (Baby-Led Weaning)*.
- Cullen, K. W., Baranowski, T., Owens, E., Marsh, T., Rittenberry, L., & de Moor, C. (2003). Availability, accessibility, and preferences for fruit, 100% fruit juice, and vegetables influence children's dietary behavior. *Health Education & Behavior*, 30(5), 615- 626.

- Daniels, L., Heath, A.-L. M., Williams, S. M., Cameron, S. L., Fleming, E. A., Taylor, B. J., Wheeler, B. J., Gibson, R. S., & Taylor, R. W. (2015). Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) study : A randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatrics*, *15*(1), 179. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0491-8>
- Darby, M. R., & Karni, E. (1973). Free competition and the optimal amount of fraud. *The Journal of law and economics*, *16*(1), 67- 88.
- Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, (2002). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005632884&d ateTexte=20200507>
- Delaney, A. L., & Arvedson, J. C. (2008). Development of swallowing and feeding : Prenatal through first year of life. *Developmental Disabilities Research Reviews*, *14*(2), 105- 117. <https://doi.org/10.1002/ddrr.16>
- Demonteil, L., Tournier, C., Marduel, A., Dusoulier, M., Weenen, H., & Nicklaus, S. (2019). Longitudinal study on acceptance of food textures between 6 and 18 months. *Food Quality and Preference*, *71*, 54- 65. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2018.05.010>
- Di Francesco, R. C. (2017). Respirador oral sem obstáculo das vias aéreas superiores. *Obstrução nasal-o direito de respirar pelo nariz. 2nd ed. Rio de Janeiro: Atheneu*, 69.
- Doré, N., & Le Hénaff, M. (2020). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : Guide pratique pour les parents* (p. 840). Institut national de santé publique du Québec.
- Drewnowski, A. (1998). Energy density, palatability, and satiety : Implications for weight control. *Nutrition reviews*, *56*(12), 347- 353.
- Dumont, V., Delaunay El Allam, M., Guillois, B., Zabalia, M., & Roche-Labarbe, N. (2018). La perception tactile et ses implications dans la prise en charge néonatale. *Revue de Médecine Périnatale*, *10*(4), 184- 190. Cairn.info.

- Fangupo, L. J., Heath, A.-L. M., Williams, S. M., Erickson Williams, L. W., Morison, B. J., Fleming, E. A., Taylor, B. J., Wheeler, B. J., & Taylor, R. W. (2016). A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics*, *138*(4), e20160772. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0772>
- Felcar, J. M., Bueno, I. R., Massan, A. C. S., Torezan, R. P., & Cardoso, J. R. (2010). Prevalence of mouth breathing in children from an elementary school. *Ciencia & saude coletiva*, *15*(2), 427-435.
- Fenart R. (2003) — Craniométrie vestibulaire. Analyse morphométrique positionnelle. *Biom. hum. et anthrop.*, 21, n°3-4, pp. 231-284.
- Fenouillet, F. (2011). La place du concept de motivation en formation pour adulte. *Savoirs*, *25*(1), 9. <https://doi.org/10.3917/savo.025.0009>
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Fidler Mis, N., Hojsak, I., Hulst, J. M., Indrio, F., Lapillonne, A., & Molgaard, C. (2017). Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, *64*(1), 119-132. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>
- Frazier, B. N., Gelman, S. A., Kaciroti, N., Russell, J. W., & Lumeng, J. C. (2012). I'll have what she's having: The impact of model characteristics on children's food choices. *Developmental science*, *15*(1), 87-98.
- Fry Vennerød, F. F., Nicklaus, S., Lien, N., & Almlí, V. L. (2018). The development of basic taste sensitivity and preferences in children. *Appetite*, *127*, 130-137. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.04.027>
- Futagi, Y., Ozaki, N., Matsubara, T., Futagi, M., Suzuki, Y., & Kitajima, H. (2016). Eye-mouth associated movement in the human newborn and very young infant. *Pediatric neurology*, *58*, 75-82.
- Garde, J. B., Suryavanshi, R. K., Jawale, B. A., Deshmukh, V., Dadhe, D. P., & Suryavanshi, M. K. (2014). An epidemiological study to know the prevalence of deleterious oral habits among 6 to 12 year old children. *Journal of international oral health: JIOH*, *6*(1), 39.

- Girolametto, L., & Weitzman, E. (2006). It takes two to talk—The Hanen program for parents : Early language intervention through caregiver training. In *Treatment of language disorders in children* (Brookes, p. 77-104).
- Granier-Deferre, C. (2011). Sensibilité visuelle prénatale. *Spirale*, 59(3), 59-66. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spi.059.0059>
- Granier-Deferre, C., & Busnel, M.-C. (2011). L'audition prénatale, quoi de neuf ? *Spirale*, 59(3), 17-32. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spi.059.0017>
- Granier-Deferre, C., & Schaal, B. (2005). Aux sources fœtales des réponses sensorielles et émotionnelles du nouveau-né. *Spirale*, 33(1), 21-40. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spi.033.0021>
- Guatterie, M., & Lozano, V. (2005). *Quelques éléments de physiologie de la déglutition*. 42, 2-9.
- Guillerme, C. J. (2014). L'oralité troublée : Regard orthophonique. *Spirale*, N° 72(4), 25. <https://doi.org/10.3917/spi.072.0025>
- Halberstadt, A. G., Parker, A. E., & Castro, V. L. (2013). 5 Nonverbal communication : Developmental perspectives. In *Nonverbal communication* (p. 93-128). De Gruyter Mouton.
- HCSP. (2020). *Révision des repères alimentaires pour les enfants de 0-36 mois et 3-17 ans*.
- Hearn, M. D., Baranowski, T., Baranowski, J., Doyle, C., Smith, M., Lin, L. S., & Resnicow, K. (1998). Environmental influences on dietary behavior among children : Availability and accessibility of fruits and vegetables enable consumption. *Journal of Health Education*, 29(1), 26-32.
- Hiiemae, K. M., & Palmer, J. B. (1999). Food transport and bolus formation during complete feeding sequences on foods of different initial consistency. *Dysphagia*, 14(1), 31-42. <https://doi.org/10.1007/PL00009582>
- Kholmurzaev, A. A., & Tokhirov, I. Kh. (2021). *The active participation of students in the formation of the educational process is a key to efficiency*. 11(4), 435-439.

- Kloeckner, A. (2011). Modalités d'appropriation de l'approche sensori-motrice et incidences cliniques dans la pratique psychomotrice. *Contraste*, 34-35(1-2), 133-155. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cont.034.0133>
- Koenig, J. S., Davies, A. M., & Thach, B. T. (1990). Coordination of breathing, sucking, and swallowing during bottle feedings in human infants. *Journal of Applied Physiology (Bethesda, Md.: 1985)*, 69(5), 1623-1629. <https://doi.org/10.1152/jappl.1990.69.5.1623>
- Kratt, P., Reynolds, K., & Shewchuk, R. (2000). The role of availability as a moderator of family fruit and vegetable consumption. *Health Education & Behavior*, 27(4), 471-482.
- Lau, C. (2006). Oral Feeding in the Preterm Infant. *NeoReviews*, 7(1), e19-e27. <https://doi.org/10.1542/neo.7-1-e19>
- Lau, C. (2016). Development of infant oral feeding skills : What do we know? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 103(2), 616S-21S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.109603>
- Lau, C., Sheena, H. R., Shulman, R. J., & Schanler, R. J. (1997). Oral feeding in low birth weight infants. *The Journal of Pediatrics*, 130(4), 561-569. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(97\)70240-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(97)70240-3)
- Lau, C., Smith, E. O., & Schanler, R. J. (2003). Coordination of suck-swallow and swallow respiration in preterm infants. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 92(6), 721-727.
- Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs, Hors série*(5), 59. <https://doi.org/10.3917/savo.hs01.0059>
- Lecoufle. (2021). *La prise en soins orthophoniques des troubles de la succion du nourrisson (0-4/6 mois)*. 287.
- Liberman, Z., Woodward, A. L., Sullivan, K. R., & Kinzler, K. D. (2016). Early emerging system for reasoning about the social nature of food. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(34), 9480-9485.
- Lipchock, S. V., Reed, D. R., & Mennella, J. A. (2011). The gustatory and olfactory systems during infancy : Implications for development of feeding behaviors in the

- high-risk neonate. *Clinics in Perinatology*, 38(4), 627-641.
<https://doi.org/10.1016/j.clp.2011.08.008>
- Lobbé, J. (2019). Chapitre 9. Neurodéveloppement et stimulation de la zone orale. In *Autisme, corps et psychomotricité* (p. 77-81). Dunod; Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2019.01.0077>
- Lonchamp, S. (2021). *REPERAGE PRECOCE EN CRECHE: Etat des lieux des besoins de prévention en orthophonie auprès des professionnels de la petite enfance dans l'Hérault*. Université de Montpellier.
- Lopes, T. S., Moura, L. F., & Lima, M. C. (2014). Association between breastfeeding and breathing pattern in children : A sectional study☆☆☆. *Jornal de pediatria*, 90, 396-402.
- Lumeng, J. C., Patil, N., & Blass, E. M. (2007). Social influences on formula intake via suckling in 7 to 14-week-old-infants. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 49(4), 351-361.
- MacNeilage, P. F. (2000). On the Origin of Internal Structure of Word Forms. *Science*, 288(5465), 527-531. <https://doi.org/10.1126/science.288.5465.527>
- Martin-Royer, A., & Cazenave, M.-F. (2014). Les observations repas et le groupe goûter. (Re)voir la vie avec appétit. *Contraste*, 39(1), 327-340. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/cont.039.0327>
- Marty, L., Chambaron, S., Nicklaus, S., & Monnery-Patris, S. (2018). Learned pleasure from eating : An opportunity to promote healthy eating in children? *Appetite*, 120, 265-274. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.09.006>
- Matsuo, K., Hiemae, K. M., Gonzalez-Fernandez, M., & Palmer, J. B. (2008). Respiration during feeding on solid food : Alterations in breathing during mastication, pharyngeal bolus aggregation, and swallowing. *Journal of Applied Physiology*, 104(3), 674-681. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00527.2007>
- McGrath, J. M., & Braescu, A. V. B. (2004). State of the science : Feeding readiness in the preterm infant. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 18(4), 353-368; quiz 369-370. <https://doi.org/10.1097/00005237-200410000-00006>

- Michaelsen, K. F., & World Health Organization (Éds.). (2000). *Feeding and nutrition of infants and young children: Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries*. WHO Regional office for Europe.
- Cadre national pour l'accueil du jeune enfant, (2020). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/accueil_jeune_enfant_cadre_national.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). *La stratégie nationale de santé 2018-2022*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
- Morais-Almeida, M., Wandalsen, G. F., & Solé, D. (2019). Growth and mouth breathers. *Jornal de Pediatria*, 95, 66-71. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.11.005>
- Nelson, P. (1970). Information and consumer behavior. *Journal of political economy*, 78(2), 311-329.
- Nicklaus, S. (2016a). Complementary feeding strategies to facilitate acceptance of fruits and vegetables: A narrative review of the literature. *International journal of environmental research and public health*, 13(11), 1160.
- Nicklaus, S. (2016b). The role of food experiences during early childhood in food pleasure learning. *Appetite*, 104, 3-9.
- Nicklaus, S., & Remy, E. (2013). Early origins of overeating: Tracking between early food habits and later eating patterns. *Current Obesity Reports*, 2(2), 179-184.
- Nouwen. (2021). La beauté se respire par le nez. In *TedX*.
- Oryadi-Zanjani, M. M. (2020). Development of the Childhood Nonverbal Communication Scale. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(4), 1238-1248. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04356-8>
- Ouss, L. (2021). L'oralité chez le nouveau-né et son rôle dans le développement psychique de l'enfant. *Cahiers de la Puéricultrice*, 58(345), 24-28. <https://doi.org/10.1016/j.cahpu.2021.02.005>
- Pearce, J., Taylor, M. A., & Langley-Evans, S. C. (2013). Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: A systematic review.

- International Journal of Obesity*, 37(10), 1295-1306.
<https://doi.org/10.1038/ijo.2013.99>
- Peterson, K. M., Ibañez, V. F., Kirkwood, C. A., Crowley, J. G., & Piazza, C. C. (2018). Assessment of Pediatric Feeding Disorders. In J. L. Matson (Éd.), *Handbook of Childhood Psychopathology and Developmental Disabilities Assessment* (p. 415-431). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-93542-3_22
- Peyron, M. A., Woda, A., Bourdiol, P., & Hennequin, M. (2017). Age-related changes in mastication. *Journal of Oral Rehabilitation*, 44(4), 299-312.
<https://doi.org/10.1111/joor.12478>
- Piteo, A. M., Kennedy, J. D., Roberts, R. M., Martin, A. J., Nettelbeck, T., Kohler, M. J., & Lushington, K. (2011). Snoring and cognitive development in infancy. *Sleep medicine*, 12(10), 981-987.
- Podzimek, Š., Dušková, M., Broukal, Z., Rácz, B., Stárka, L., & Dušková, J. (2018). The Evolution of Taste and Perinatal Programming of Taste Preferences. *Physiological Research*, S421-S429. <https://doi.org/10.33549/physiolres.934026>
- Rapley, G., & Murkett, T. (2008). *Baby-led weaning : Helping your baby to love good food*. Random House.
- Roper, S. D., & Chaudhari, N. (2017). Taste buds : Cells, signals and synapses. *Nature Reviews. Neuroscience*, 18(8), 485-497.
<https://doi.org/10.1038/nrn.2017.68>
- Rozin, P., Fischler, C., Imada, S., Sarubin, A., & Wrzesniewski, A. (1999). Attitudes to food and the role of food in life in the USA, Japan, Flemish Belgium and France : Possible implications for the diet–health debate. *Appetite*, 33(2), 163-180.
- Ruff, H. (1989). The infant's use of visual and haptic information in the perception and recognition of objects. *Canadian journal of psychology*.
<https://doi.org/10.1037/H0084222>

- Ruff, H. A., Saltarelli, L. M., Capozzoli, M., & Dubiner, K. (1992). The differentiation of activity in infants' exploration of objects. *Developmental Psychology*, 28(5), 851-861. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.851>
- Savian, C. M., Bolsson, G. B., Botton, G., Antoniazzi, R. P., de Oliveira Rocha, R., Zanatta, F. B., & Santos, B. Z. (2021). Do breastfed children have a lower chance of developing mouth breathing? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*, 25(4), 1641-1654. <https://doi.org/10.1007/s00784-021-03791-1>
- Schaal, B., & Soussignan, R. (2008). L'enfant face aux aliments : D'avant-goûts en préférences en programmations. *Enfance*, 60(3), 213-218. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/enf.603.0213>
- Schwartz, C., Issanchou, S., & Nicklaus, S. (2009). Developmental changes in the acceptance of the five basic tastes in the first year of life. *British journal of nutrition*, 102(9), 1375-1385.
- Schwartz, C., Madrelle, J., Vereijken, C., Weenen, H., Nicklaus, S., & Hetherington, M. M. (2013). Complementary feeding and "donner les bases du goût"(providing the foundation of taste). A qualitative approach to understand weaning practices, attitudes and experiences by French mothers. *Appetite*, 71, 321-331.
- Senez, C. (2004). Hyper nauséux et troubles de l'oralité chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 91-100.
- Shaker, R., Dodds, W. J., Dantas, R. O., Hogan, W. J., & Arndorfer, R. C. (1990). Coordination of deglutitive glottic closure with oropharyngeal swallowing. *Gastroenterology*, 98(6), 1478-1484.
- Silver, E., Korja, R., Mainela-Arnold, E., Pulli, E. P., Saukko, E., Nolvi, S., Kataja, E., Karlsson, L., Karlsson, H., & Tuulari, J. J. (2021). A systematic review of MRI studies of language development from birth to 2 years of age. *Developmental Neurobiology*, 81(1), 63-75. <https://doi.org/10.1002/dneu.22792>
- Singly, F. de. (2012). *L'enquête et ses méthodes : Le questionnaire*. Nathan.

- Soussignan, R., & Schaal, B. (2001). Les systèmes émotionnels chez le nouveau-né humain : Invariance et malléabilité des réponses aux odeurs. *Enfance*, 53(3), 236-246. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/enf.533.0236>
- Soysa, C. K., & Wilcomb, C. J. (2015). Mindfulness, Self-compassion, Self-efficacy, and Gender as Predictors of Depression, Anxiety, Stress, and Well-being. *Mindfulness*, 6(2), 217-226. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0247-1>
- Tarini, B. A., Carroll, A. E., Sox, C. M., & Christakis, D. A. (2006). Systematic Review of the Relationship Between Early Introduction of Solid Foods to Infants and the Development of Allergic Disease. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(5), 502. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.5.502>
- Thibault, C. (2015). L'éducation gnoso-praxique orale précoce au sein de l'accompagnement orthophonique chez le jeune enfant né prématuré. *Contraste*, 41(1), 253-270. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cont.041.0253>
- Thibault, C., Abadie, V., Couly, G., Manach, Y., Goulet, O., Golse, B., & Schmitt, M. (2017). *Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant*.
- Thibault, C., & Pitrou, M. (2018). 2. De l'oralité alimentaire à l'oralité verbale (0-18 mois). In *Troubles du langage et de la communication: Vol. 3e éd.* (p. 15-52). Dunod; Cairn.info. <https://www.cairn.info/troubles-du-langage-et-de-la-communication--9782100784738-p-15.htm>
- Thinès, G., & Lempereur, A. (1984). *Dictionnaire général des sciences humaines*. CIACO.
- Thinès & Lempereur. (1975). *Dictionnaire général des sciences humaines*. Editions universitaires.
- Townsend, E., & Pitchford, N. J. (2012). Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *BMJ Open*, 2(1), e000298. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000298>
- Tuorila, H., Cardello, A. V., & Leshner, L. L. (1994). Antecedents and consequences of expectations related to fat-free and regular-fat foods. *Appetite*, 23(3), 247-263.

- Utami, A. F., & Wanda, D. (2019). Is the baby-led weaning approach an effective choice for introducing first foods? A literature review. *Enfermeria Clinica*, 29 Suppl 2, 87-95. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.014>
- Valera, F. C., Anselmo-Lima, W. T., & Tamashiro, E. (2017). A criança respiradora oral. *Obstrução nasal-o direito de respirar pelo nariz*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 31.
- van den Engel-Hoek, L., van Hulst, K. C. M., van Gerven, M. H. J. C., van Haaften, L., & de Groot, S. A. F. (2014). Development of oral motor behavior related to the skill assisted spoon feeding. *Infant Behavior and Development*, 37(2), 187-191. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.01.008>
- van der Bilt, A., Engelen, L., Pereira, L. J., van der Glas, H. W., & Abbink, J. H. (2006). Oral physiology and mastication. *Physiology & Behavior*, 89(1), 22-27. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2006.01.025>
- Vasseur, R., & Delion, P. (2010). *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*. Érès.
- Vasseur, R., Delion, P., & Cairn.info. (2010). *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*. ERES. <https://go.openathens.net/redirector/umoncton.ca?url=https%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Fperiodes-sensibles-dans-le-developpement-psychomot--9782749212760.htm>
- Veyssièrre, J., & Le Peintre, M. (2021). Trouble de l'oralité alimentaire du prématuré : Pour un travail pluridisciplinaire en libéral. *Cahiers de la Puéricultrice*, 58(345), 31-35. <https://doi.org/10.1016/j.cahpu.2021.02.007>
- Wallon, H., & Tran-Thong. (1985). *L'Enfant turbulent : Étude sur les retards et les anomalies du développement moteur et mental*. PUF.
- Weltgesundheitsorganisation (Éd.). (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*.
- West, K. S., & McNamara Jr, J. A. (1999). Changes in the craniofacial complex from adolescence to midadulthood: A cephalometric study. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*, 115(5), 521-532.

- Winnicott, D. W., & Monod, C. (1999). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Gallimard.
- Wolf, L. S., Glass, R. P., & Carr, A. B. (1992). *Feeding and swallowing disorders in infancy : Assessment and management*. Therapy Skill Builders Tucson, AZ.
- Wolff, P. H. (1968). The serial organization of sucking in the young infant. *Pediatrics*, 42(6), 943-956.
- Wright, C. M., Cameron, K., Tsiaka, M., & Parkinson, K. N. (2011). Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods? *Maternal & Child Nutrition*, 7(1), 27-33. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2010.00274.x>
- Zimmerman, B. J. (2008). Goal setting : A key proactive source of academic self-regulation. In *Motivation and self-regulated learning : Theory, research, and applications*. (p. 267-295). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

ANNEXES

Table des annexes

Annexe 1 : Tableau de Bullinger (2015)

Annexe 2 : Postures pour l'installation

Annexe 3 : Listes descriptives d'aliments - Méthode BLISS (Cameron et al, 2015)

Annexe 4 : Flyers

Annexe 5 : Affiche ASPRO

Annexe 6 : Questionnaire pré-atelier

Annexe 7 : Complément - Questionnaire post-atelier

Annexe 8 : Cotation des questionnaires

Annexe 9 : Commentaires libres des participants

Annexe 1 : Tableau de Bullinger (2015)

Espace utérin	Naissance	Espace de la pesanteur	Espace oral	Espace du buste	Espace du torse	Espace du corps
Les stimulations sensorielles entraînent une réponse d'extension du buste contenue par la paroi utérine. Dialogue tonique entre le fœtus et son enceinte	Perte de l'enveloppe utérine et de l'alimentation en continu	Coordination proprioception-vestibule	Coordination Capture-exploration	Coordination arrière-avant	Coordination gauche-oral-droite	Coordination haut-bas
	Déplisser ses poumons et respirer	Regroupement Réactions d'appui	Alimentation fractionnée	Équilibre Flexion-extension	Relais oral Espace de préhension	Corps articulé Espace des déplacements
		Création de la verticale	Création d'une contenance	Création d'un arrière-fond	Création de l'axe corporel	Création du corps véhiculé
		Élaboration instrumentale de la pesanteur	Élaboration instrumentale de la bouche	Élaboration instrumentale de la vision	Élaboration instrumentale du torse et des mains	Élaboration instrumentale du bassin et des jambes

Annexe 2 : Postures pour l'installation

Enfant nourri au sein (Doré & Le Hénaff, 2020)



Enfant nourri au biberon (Lecoufle, 2021)



Annexe 3 : Listes descriptives d'aliments - Méthode BLISS

(Cameron et al, 2015)

Aliments classés comme aliments contenant du fer :

Bœuf, poulet, poisson, jambon, agneau, bacon, foie, saucisse, porc, céréales de riz enrichies en fer pour nourrissons, fèves au lard, lentilles, houmous, pois chichs

Aliments classés comme aliments à haute valeur énergétique :

Tous les aliments, à l'exception de la plupart des fruits et légumes, des craquelins de riz nature ou des soupes claires, ont été classés comme aliments à haute valeur énergétique.

Fruits classés à haute valeur énergétique : avocat et banane

Légumes classés à haute valeur énergétique : potiron, pomme de terre et patate douce

Aliments classés comme aliments à haut risque d'étouffement :

Légumes crus (par exemple, carottes, céleri, feuilles de salade), pommes crues, craquelins de riz, chips de pommes de terre, chips de maïs, noix entières, fruits secs (par exemple, raisins secs, canneberges), cerises, raisins, baies, tomates cerises, pois, maïs, sucreries ou bonbons, hot-dogs, autres aliments durs (c'est à dire aliments qui ne peuvent pas être écrasés contre le palais avec la langue)

Annexe 4 : Flyer

MEMOIRE D'ORTHOPHONIE
UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

ATELIER D'INFORMATION SUR L'ORALITE ALIMENTAIRE

Laurie Treilhou, 5ème année d'orthophonie
Encadrée par Lucie Boudouch et Feny Greco

Quoi ?

Suite du mémoire de Sophie Longchamp - **Atelier interactif oralité**
25% des enfants présentent des troubles de l'oralité alimentaire

??? COMPRENDRE
 DEPISTER
 ORIENTER
 ACCOMPAGNER

Pour qui ?

Professionnels de la petite enfance
Travaillant dans une crèche pour laquelle Sophie a fait
un point d'information suite au questionnaire en 2021

Quand ?

Janvier 2022 - Date et heure à votre convenance
Durée : 1h à 1h30

Où ?

Dans votre crèche



N'hésitez pas à me contacter si vous avez des questions
lau.treilhou@laposte.net
0767766826

Annexe 5 : Affiche ASPRO

ORALITÉ

ORTHOPHONIE

s'alimenter et s'exprimer

2 fonctions étroitement liées, mais parfois ...

... le développement de l'oralité est source de difficultés ...



dès sa naissance

- tétée lente (> 20 min)
- hauts-le-cœur, vomissements
- toux, reflux

et après ...

- évitement et/ou refus de la nourriture
- refus des textures nouvelles/morceaux
- absence de mastication
- nourriture gardée en bouche
- perte du plaisir, pleurs, colères
- angoisse des parents
- retard de langage
- difficultés d'articulation

... voici quelques conseils

favoriser le plaisir

NE PAS FORCER NI PUNIR

encourager avec bienveillance

Toucher Voir Goûter Sentir

proposer des jeux avec la bouche (complices, mimiques, jouets à mâcher)

... des professionnels de la Santé peuvent être consultés :

- Médecin
- Orthophoniste qui réalisera un bilan de l'oralité
- Puéricultrice
- Psychologue
- Diététicien ...



Liens utiles :

www.groupe-miam.miam.fr
www.info.langage.org
 association gourmandys



et pour vous accompagner ...

Cette plaquette d'information a été réalisée par les bénévoles de

ASPRO

Association de Prévention en Orthophonie des Ardennes
 & le Syndicat des Orthophonistes des Ardennes

fno
 Fédération Nationale des Orthophonistes
 Champagne-Ardenne

SDP&C, Repère, Tr. commercial de la rue de la République - 10000 Reims - 03 26 39 00 00

Annexe 6 : Questionnaire pré-atelier

Questionnaire

Partie 1 : Mieux vous connaîtreFormation

Votre diplôme : Année d'obtention :

Votre poste au sein de l'établissement :

Avez-vous lors de vos études abordés la question de l'oralité alimentaire ?

Oui Non Je ne sais pas

Avez-vous suivi par la suite des formations concernant l'alimentation du jeune enfant ?

Oui, lesquelles ? Non

Avez-vous participé à l'atelier d'information dans le cadre du mémoire de Sophie Lonchamp en 2021 ?

Oui Non

Les troubles de l'oralité alimentaire dans votre crèche

Avez-vous rencontré, dans le cadre de votre travail, des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire ?

Oui Non Je ne sais pas

Avez-vous soupçonné chez certains enfants de la crèche un trouble de l'oralité alimentaire ?

Oui Non

Partie 2 : Les oralités

Citer 3 mots importants pour un repas réussi.

.....

Les propositions suivantes vont aider l'enfant à mieux appréhender le repas :

- Les aliments sont mélangés dans l'assiette Oui Non

- L'enfant entend les bruits de cuisine avant le repas Oui Non

- L'adulte fait sentir les préparations avant le repas Oui Non

- Les adultes encouragent l'enfant, par une main sur l'épaule lorsqu'ils passent Oui Non

Parmi ces situations durant un repas, lesquelles peuvent vous alerter ?

L'enfant rejette la tétine du biberon

L'enfant avale tout rond les aliments

Le repas dure entre 20 et 30mn

La prise du biberon dure plus de 30mn

L'enfant garde les aliments en bouche

L'enfant croque les aliments avec ses dents du côté

L'enfant fait d'amples mouvements de mastication

Y a-t-il un lien entre oralité verbale (langage) et oralité alimentaire (alimentation) ?

Oui Non

Doit-on moucher un enfant avant de le faire manger ?

Oui Non

Pendant le repas, l'enfant qui touche les aliments avec les mains... (cocher les réponses exactes)

- est moins concentré sur le repas
- découvre ce qu'il va manger
- risque de moins manger
- va se salir, l'adulte doit l'en empêcher
- s'habitue à la texture et à la température du repas

Parmi ces situations, lesquelles peuvent vous alerter ?

- L'enfant refuse de toucher les aliments qu'on lui présente
- L'enfant met ses mains dans la purée
- L'enfant met les jouets à la bouche
- L'enfant demande beaucoup à s'essuyer, à se laver les mains
- L'enfant observe l'aliment avant de le mettre en bouche

Est-ce important que l'adulte se mette à la hauteur de l'enfant lorsqu'il le nourrit ?

- Pour avoir son regard ? Oui Non

- Pour éviter l'extension de tête ? Oui Non

Parmi ces photos, quelles sont la ou les installation(s) qui vous semble(nt) correcte(s) ?



Pour vous, quelle est la chose la plus importante pendant un repas ?

- L'enfant est bien éveillé, a envie de manger et participe au repas
- L'enfant mange suffisamment pour obtenir les apports nutritifs dont il a besoin, même s'il faut parfois le forcer

Parmi ces situations durant un repas, lesquelles peuvent vous alerter ?

- L'enfant semble anxieux
- L'enfant a envie d'interagir avec les autres enfants qui mangent
- L'enfant pleure si on change un élément de la routine autour du repas
- Les parents sont inquiets par rapport aux repas

Quels sont les enjeux de l'alimentation ?

- Couvrir les besoins vitaux de l'enfant
- Procurer du plaisir
- Permettre une bonne croissance

Parmi ses situations durant un repas, lesquelles peuvent vous alerter ?

- L'enfant fait la grimace quand on lui amène son repas
- L'enfant veut manger plus vite que le rythme proposé par l'adulte
- L'enfant a besoin à chaque bouchée que l'adulte fasse l'avion avec la cuillère à chaque bouchée

Quels sont les intérêts des repas en groupe à la crèche ?

- L'enfant apprend en imitant ses camarades
- L'enfant apprend à manger dans un contexte bruyant
- L'enfant rencontre de nouveaux goûts
- L'enfant apprend à manger à heures fixes

Pour introduire les morceaux est ce que les pots industriels avec purée et morceaux sont adaptés ?

- Oui
- Non

À partir de quel âge doit-on introduire des aliments en plus du lait dans les repas de l'enfant ?

- 4 mois
- 6 mois
- 8 mois
- 12 mois
- Pas d'âge précis, chaque enfant doit suivre son propre rythme

Comment placer la cuillère pour faire manger un bébé ?

- Cuillère qui vient d'en haut pour que les dents recueillent la nourriture
- Cuillère qui vient d'en bas pour que les dents recueillent la nourriture
- Cuillère déposée sur la langue pour que les lèvres recueillent la nourriture
- Peu importe, tant que l'enfant parvient à prendre la cuillère en bouche

À partir de quel âge l'enfant doit manger une partie du repas à la cuillère, seul ou nourri par l'adulte ?

- 4 mois
- 6 mois
- 8 mois
- 12 mois
- Pas d'âge précis, chaque enfant doit suivre son propre rythme

Partie 3 : Evaluation de la formation

Auto-évaluation

Sur une échelle de 1 à 10, entourez le nombre qui vous correspond le mieux par rapport aux affirmations suivantes

1 fait référence à la note la plus faible et 10 à la plus élevée

J'ai de bonnes connaissances sur l'oralité alimentaire.

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Je pense avec suffisamment d'outils pour faire face aux difficultés autour de l'alimentation que je peux rencontrer avec les enfants de la crèche.

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Je me sens capable d'accompagner des enfants avec des difficultés autour de l'alimentation.

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Je me sens capable de dépister des enfants avec des difficultés autour de l'alimentation.

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Je me sens capable d'orienter des enfants avec des difficultés autour de l'alimentation.

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Annexe 7 : Complément - Questionnaire post-atelier

Le questionnaire post-atelier est identique au précédent. Seule la partie satisfaction a été ajoutée.

Satisfaction par rapport à l'atelier d'information

Notions abordées lors de la formation

Totalement satisfait.e Satisfait.e Partiellement satisfait.e Non satisfait.e

Apport des mises en situation

Totalement satisfait.e Satisfait.e Partiellement satisfait.e Non satisfait.e

Qualité des explications

Totalement satisfait.e Satisfait.e Partiellement satisfait.e Non satisfait.e

Annexe 8 : Cotation des questionnaires

N°	compétence	Réponses attendues	Cotation										
1	1 3	Citer 3 mots importants pour un repas réussi.	Pas de cotation (qualitatif)										
2	1	<p>Les propositions suivantes vont aider l'enfant à mieux appréhender le repas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les aliments sont mélangés dans l'assiette <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non - L'enfant entend les bruits de cuisine avant le repas <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - L'adulte fait sentir les préparations avant le repas <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Les adultes encouragent l'enfant, par une main sur l'épaule lorsqu'ils passent <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non 	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0 éléments</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1 à 3 éléments</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4 éléments</td> </tr> </table>	0	0 éléments	1	1 à 3 éléments	2	4 éléments				
0	0 éléments												
1	1 à 3 éléments												
2	4 éléments												
3	4	<p>Parmi ces situations durant un repas, lesquelles peuvent vous alerter ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> L'enfant rejette la tétine du biberon <input checked="" type="checkbox"/> L'enfant avale tout rond les aliments <input type="checkbox"/> Le repas dure entre 20 et 30mn <input checked="" type="checkbox"/> La prise du biberon dure plus de 30mn <input checked="" type="checkbox"/> L'enfant garde les aliments en bouche <input type="checkbox"/> L'enfant croque les aliments avec ses dents du côté <input type="checkbox"/> L'enfant fait d'amples mouvements de mastication 	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0 éléments</td> </tr> <tr> <td>0,5</td> <td>1 ou 2 élément</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3 ou 4 éléments</td> </tr> <tr> <td>1,5</td> <td>5 ou 6 éléments</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>7 éléments</td> </tr> </table>	0	0 éléments	0,5	1 ou 2 élément	1	3 ou 4 éléments	1,5	5 ou 6 éléments	2	7 éléments
0	0 éléments												
0,5	1 ou 2 élément												
1	3 ou 4 éléments												
1,5	5 ou 6 éléments												
2	7 éléments												
4	1	<p>Y a-t-il un lien entre oralité verbale (langage) et oralité alimentaire (alimentation) ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0 éléments</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2 élément</td> </tr> </table>	0	0 éléments	2	2 élément						
0	0 éléments												
2	2 élément												
5	1	<p>Doit-on moucher un enfant avant de le faire manger ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0 élément</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1 élément</td> </tr> </table>	0	0 élément	2	1 élément						
0	0 élément												
2	1 élément												
6	1	<p>Pendant le repas, l'enfant qui touche les aliments avec les mains... (cocher les réponses exactes)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> est moins concentré sur le repas <input checked="" type="checkbox"/> découvre ce qu'il va manger <input type="checkbox"/> risque de moins manger <input type="checkbox"/> va se salir, l'adulte doit l'en empêcher <input checked="" type="checkbox"/> s'habitue à la texture et à la température du repas 	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0 élément</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1 à 4 éléments</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5 éléments</td> </tr> </table>	0	0 élément	1	1 à 4 éléments	2	5 éléments				
0	0 élément												
1	1 à 4 éléments												
2	5 éléments												

7	4	<p>Parmi ces situations, lesquelles peuvent vous alerter ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> L'enfant refuse de toucher les aliments qu'on lui présente</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant met ses mains dans la purée</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant met les jouets à la bouche</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> L'enfant demande beaucoup à s'essuyer, à se laver les mains</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant observe l'aliment avant de le mettre en bouche</p>	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0 élément</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1 à 4 éléments</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5 éléments</td> </tr> </table>	0	0 élément	1	1 à 4 éléments	2	5 éléments
0	0 élément								
1	1 à 4 éléments								
2	5 éléments								
8	3	<p>Est-ce important que l'adulte se mette à la hauteur de l'enfant lorsqu'il le nourrit ?</p> <p>- Pour avoir son regard ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>- Pour éviter l'extension de tête ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0 élément</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1 élément</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2 éléments</td> </tr> </table>	0	0 élément	1	1 élément	2	2 éléments
0	0 élément								
1	1 élément								
2	2 éléments								
9	3	<p>Parmi ces photos, quelles sont la ou les installation(s) qui vous semble(nt) correcte(s) ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">  <input checked="" type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> </div>	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0 élément</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1 à 3 éléments</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4 éléments</td> </tr> </table>	0	0 élément	1	1 à 3 éléments	2	4 éléments
0	0 élément								
1	1 à 3 éléments								
2	4 éléments								
10	1	<p>Pour vous, quelle est la chose la plus importante pendant un repas ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> L'enfant est bien éveillé, a envie de manger et participe au repas</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant mange suffisamment pour obtenir les apports nutritifs dont il a besoin, même s'il faut parfois le forcer</p>	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0 élément</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1 élément</td> </tr> </table>	0	0 élément	2	1 élément		
0	0 élément								
2	1 élément								
11	4	<p>Parmi ces situations durant un repas, lesquelles peuvent vous alerter ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> L'enfant semble anxieux</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant a envie d'interagir avec les autres enfants qui mangent</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> L'enfant pleure si on change un élément de la routine autour du repas</p>	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0 élément</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1 ou 3 éléments</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4 éléments</td> </tr> </table>	0	0 élément	1	1 ou 3 éléments	2	4 éléments
0	0 élément								
1	1 ou 3 éléments								
2	4 éléments								

		<input checked="" type="checkbox"/> Les parents sont inquiets par rapport aux repas							
12	1	Quels sont les enjeux de l'alimentation ? <input checked="" type="checkbox"/> Couvrir les besoins vitaux de l'enfant <input checked="" type="checkbox"/> Procurer du plaisir <input checked="" type="checkbox"/> Permettre une bonne croissance	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0 élément</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1 ou 2 éléments</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3 éléments</td> </tr> </table>	0	0 élément	1	1 ou 2 éléments	2	3 éléments
0	0 élément								
1	1 ou 2 éléments								
2	3 éléments								
13	4	Parmi ses situations durant un repas, lesquelles peuvent vous alerter ? <input checked="" type="checkbox"/> L'enfant fait la grimace quand on lui amène son repas <input type="checkbox"/> L'enfant veut manger plus vite que le rythme proposé par l'adulte <input checked="" type="checkbox"/> L'enfant a besoin à chaque bouchée que l'adulte fasse l'avion avec la cuillère à chaque bouchée	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0 élément</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1 à 2 éléments</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3 éléments</td> </tr> </table>	0	0 élément	1	1 à 2 éléments	2	3 éléments
0	0 élément								
1	1 à 2 éléments								
2	3 éléments								
14	5	Quels sont les intérêts des repas en groupe à la crèche ? <input checked="" type="checkbox"/> L'enfant apprend en imitant ses camarades <input type="checkbox"/> L'enfant apprend à manger dans un contexte bruyant <input checked="" type="checkbox"/> L'enfant rencontre de nouveaux goûts <input type="checkbox"/> L'enfant apprend à manger à heures fixes	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0 élément</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1 à 3 éléments</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4 éléments</td> </tr> </table>	0	0 élément	1	1 à 3 éléments	2	4 éléments
0	0 élément								
1	1 à 3 éléments								
2	4 éléments								
15	3	Pour introduire les morceaux est ce que les pots industriels avec purée et morceaux sont adaptés ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0 élément</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1 élément</td> </tr> </table>	0	0 élément	2	1 élément		
0	0 élément								
2	1 élément								
16	2	À partir de quel âge doit-on introduire des aliments en plus du lait dans les repas de l'enfant ? <input checked="" type="checkbox"/> 4 mois <input checked="" type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 8 mois <input type="checkbox"/> 12 mois <input type="checkbox"/> Pas d'âge précis, chaque enfant doit suivre son propre rythme	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0 élément</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1 élément (les 2 réponses sont acceptées)</td> </tr> </table>	0	0 élément	2	1 élément (les 2 réponses sont acceptées)		
0	0 élément								
2	1 élément (les 2 réponses sont acceptées)								
17	3	Comment placer la cuillère pour faire manger un bébé ? <input type="checkbox"/> Cuillère qui vient d'en haut pour que les dents recueillent la nourriture <input type="checkbox"/> Cuillère qui vient d'en bas pour que les dents recueillent la nourriture <input checked="" type="checkbox"/> Cuillère déposée sur la langue pour que les lèvres recueillent la nourriture <input type="checkbox"/> Peu importe, tant que l'enfant parvient à prendre la cuillère en bouche	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0 à 3 éléments</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4 élément</td> </tr> </table>	0	0 à 3 éléments	2	4 élément		
0	0 à 3 éléments								
2	4 élément								

18	2	<p>À partir de quel âge l'enfant doit manger une partie du repas à la cuillère, seul ou nourri par l'adulte ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 4 mois <input checked="" type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 8 mois <input type="checkbox"/> 12 mois</p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'âge précis, chaque enfant doit suivre son propre rythme</p>	0	0 élément
			2	1 élément (les deux réponses sont acceptées)

Annexe 9 : Commentaires libres des participants

Formation très agréable et apporte des connaissances en plus.

Cette réunion sur les troubles de l'oralité a été bénéfique pour moi, m'a permis de me remettre à niveau et proposer des ateliers a été fort intéressant.

La personne était très agréable et expliquait bien.

Mais il me manque des études de cas très pratiques par rapport à des enfants.

Comment faire si...

Très intéressante, je ne connaissais pas l'oralité alimentaire.

Pleins de mises en situation et de très bonnes explications.

La mise en situation et l'aspect pratique de la présentation des aliments étaient très intéressants. Ayant participé à la présentation de Sophie, j'aurais peut-être souhaiter aller plus loin dans les connaissances que vous nous avez apportées.

La formation a été très intéressante, très bien expliquée avec des mises en situation.

Elle m'a permis d'apprendre beaucoup concernant l'oralité alimentaire.

La formation a été très bien.

Intervention très intéressante.

Mise en situation et ateliers permettent de mieux comprendre l'enfant.

Mise en relief de l'importance du dépistage précoce des enfants ayant des difficultés d'oralité alimentaire. Il serait important que des orthophonistes puissent intervenir directement dans les crèches (sinon parcours du combattant pour mettre en place une éventuelle prise en charge : professionnel > parents > médecin > orthophoniste). Merci pour votre intervention !

Notions apportées très intéressantes. Élève à l'écoute de nos questions.

Atelier très intéressant.

J'ai appris beaucoup de choses sur ce trouble qui m'était inconnu et serais plus vigilante à l'avenir.

Formation très intéressante, dommage qu'elle n'ait pas duré plus longtemps.

Très bonne mise en scène.

Très intéressant. Sujet qui nous touche et nous parle en crèche.

Donc super d'apprendre des choses.

Très important de savoir que, dès bébé, en cas de troubles, un orthophoniste peut intervenir.

Peut-être un peu court, pourquoi pas faire la formation sur plusieurs petites journées pour que l'orthophoniste nous accompagne toutes sur un repas après avoir fait le théorique. Afin de pouvoir adapter au mieux ses conseils et informations à notre travail et aux enfants.

Très intéressant de proposer des mises en situation pour comprendre ce que ressent l'enfant.

Très intéressant, c'est vrai qu'on ne pense pas forcément à l'orthophoniste, mais maintenant j'y penserai lorsque je rencontrerai un trouble de l'oralité alimentaire.

Formation très intéressante et agréable. J'ai beaucoup appris.

Cela me sera très utile au quotidien. Merci !

Formation courte mais englobant l'essentiel, toutefois très intéressante, à ma portée.

RESUME

25 à 45% des enfants présentent des difficultés sur le plan alimentaire. Or, les études ont montré que les oralités se développent au cours de la petite enfance, période pendant laquelle les enfants sont accueillis en crèche. Ainsi, notre étude s'interroge sur la pertinence d'un atelier de sensibilisation sur l'oralité alimentaire auprès des professionnels de la petite enfance. Cinq ateliers ont été proposés dans des crèches de l'Hérault. Des questionnaires ont permis d'évaluer ces interventions. Malgré certaines limites, nos résultats montrent l'intérêt de ces ateliers : les participants améliorent leurs connaissances sur les oralités et leur sentiment de compétence. Notre étude montre donc que la prévention orthophonique auprès des professionnels de la petite enfance est à encourager et à développer.

Mots clés : oralités - alimentation - prévention - professionnels de la petite enfance - crèches - repérage précoce - accompagnement

ABSTRACT

25 to 45% of children have nutritional difficulties. Studies have shown that oralities develop during early childhood, period during which many children are welcomed into nurseries. Thus, our study questions the relevance of an awareness workshop on orality for child care givers. Five workshops were offered to nurseries in Hérault. Questionnaires were used to assess these interventions. Despite certain limitations, our results show the interest of these workshops : the participants improve their knowledge of orality and their sense of competence. Our study shows that speech therapy prevention with early child care givers has to be encouraged and developed.

Key words : orality - feed - prevention - child care givers - nursery - early detection - support