

Mémoire de fin d'études



Institut Limousin de FOrmation aux MÉtiers de la Réadaptation Orthophonie

**Etat des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles
des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes sur les troubles
alimentaires pédiatriques**

Mémoire présenté et soutenu par

Gladys GASTINEAU

En juin 2025

Mémoire dirigé par

Elise DURIN CARPE

Orthophoniste

Membres du jury

Mme. Marie-Laure Bertrand-Bertoumieux, orthophoniste

Mme. Juliette Elie-Deschamps, maître de conférences



Remerciements

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens avant tout à remercier Madame Élise DURIN CARPE pour avoir accepté d'encadrer ce travail. L'intérêt que vous avez porté à ma thématique, votre disponibilité et vos conseils sur le plan clinique ont constitué un véritable soutien dans l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie sincèrement les membres du jury de ce mémoire, Mesdames ELIE-DECHAMPS et BERTRAND-BERTOUMIEUX, pour l'intérêt qu'elles ont porté à ce travail.

Mes remerciements vont également à Madame Virginie D'ANGELO, chirurgienne-dentiste, pour le temps qu'elle a consacré à tester mon questionnaire et pour sa relecture de ce mémoire.

Je souhaite également remercier les organismes ayant accepté de diffuser mon questionnaire, ainsi que l'ensemble des chirurgiens-dentistes et orthodontistes qui ont pris le temps d'y répondre. Leur participation a été essentielle à la réalisation de cette étude.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance envers l'équipe pédagogique de l'ILFOMER pour son accompagnement, sa disponibilité et son écoute tout au long de ces cinq années d'études. Un remerciement particulier à Madame Juliette ELIE-DESCHAMPS pour ses conseils lors de la conception du questionnaire, ainsi qu'à Madame Audrey PEPIN-BOUTIN pour son précieux accompagnement sur le plan méthodologique.

Je remercie également Monsieur Olivier PROT pour son accompagnement dans le traitement statistique des données.

Je souhaite également remercier toutes les orthophonistes qui m'ont accueilli en stage. Merci notamment à Karine, Margaux, Marion, Emeline, Adeline et Jordane pour leur accueil, leur bienveillance et leur confiance. Ces expériences m'ont permis de gagner en assurance dans ma pratique professionnelle.

Je n'oublie pas ma promotion, avec qui j'ai partagé ces cinq années d'études. Merci pour votre bienveillance et pour la bonne humeur constante qui a rythmé notre parcours.

Une pensée particulière à ma « lignée ortho », Alice, Emeline, Morgane, Lucie et Anouk, pour nos échanges d'année en année, nos soirées jeux et toutes ces discussions qui ont permis de souffler.

Un immense merci à Sheryn, Selin, Mathilde, Juliette, Emeline et Alexandre (alias le statisticien de l'ombre). Vos encouragements, votre énergie contagieuse (girafes en toutes situations !), nos longues discussions après les cours et nos fous rires partagés ont rendu ces années plus savoureuses. L'avenir a encore de belles surprises à nous offrir... Alors, à bientôt, pour un séjour en « Lufthansa », autour d'un creusois ou d'un taboulé digne de ce nom, adossés à un mythique mur de briques.

Enfin, je souhaite remercier du fond du cœur ma famille. Merci à vous, mes parents, pour m'avoir offert la possibilité de suivre cette voie et pour votre soutien indéfectible, jusqu'à votre relecture de dernière minute. Je vous en suis très reconnaissante. À mon frère, Brice : merci de toujours m'encourager à viser plus haut, d'éclairer mes réflexions par ton regard critique et pour ton anglais avisé. Flora, merci pour ta présence bienveillante, tes messages réguliers et ta curiosité pour mes études et pour ce mémoire.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 4.0 France** »

disponible en ligne : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussignée Gladys GASTINEAU

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformée.**

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le mardi 6 mai 2025

Suivi de la signature.



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagitaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagitaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Session de juin 2025

Attestation de vérification d'anonymat

Je soussigné(e) Gladys GASTINEAU

Etudiant.e de 5ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : mardi 6 mai 2025

Signature de l'étudiant.e



Glossaire

ARFID : Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

IC : Intervalle de Confiance

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TAP : Trouble Alimentaire Pédiatrique

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

TOA : Trouble de l'Oralité Alimentaire

URPS : Union Régionales des Professionnels de Santé

Table des matières

Introduction	13
Partie théorique	14
1. Introduction aux troubles alimentaires pédiatriques : contexte et définition	14
1.1. Oralité alimentaire et éléments développementaux	14
1.1.1. Développement de l'oralité alimentaire	14
1.1.1.1. Oralité primaire	14
1.1.1.2. Oralité secondaire	14
1.1.2. Périodes sensibles	15
1.2. Présentation des troubles alimentaires pédiatriques	15
1.2.1. Caractéristiques des troubles alimentaires pédiatriques	15
1.2.1.1. Définition	15
1.2.1.2. Terminologie rencontrée	16
1.2.1.3. Classifications internationales	16
1.2.1.4. Prévalence	16
1.2.2. Etiologies multiples	17
2. Expression clinique et répercussions des troubles alimentaires pédiatriques	17
2.1. Signes et symptômes cliniques	17
2.1.1. Manifestations sensorielles	17
2.1.2. Manifestations motrices	18
2.1.3. Manifestations psycho-comportementales	18
2.2. Conséquences des troubles alimentaires pédiatriques	19
2.2.1. Répercussions familiales et sociales	19
2.2.2. Répercussions médicales	20
2.2.2.1. Répercussion sur la santé physique et mentale	20
2.2.2.2. Répercussions sur la santé bucco-dentaire	20
2.3. Prévenir les conséquences : vers une prise en soin pluridisciplinaire et un repérage précoce	21
Problématique et hypothèses	23
1. Problématique	23
2. Hypothèses de recherche	23
Méthodologie	25
1. Caractéristiques de l'étude	25
1.1. Type d'étude	25

1.2. Population d'étude	25
1.3. Recrutement des participants	25
1.4. Taille de l'échantillon	25
2. Outil de collecte des données	26
2.1. Choix de l'outil utilisé	26
2.2. Objectifs du questionnaire	26
2.3. Conception du questionnaire	26
2.3.1. Organisation du questionnaire	26
2.3.1.1. Instruction aux participants	26
2.3.1.2. Architecture du questionnaire	27
2.3.2. Type de questions	28
3. Déroulement de l'étude	29
3.1. Pré-test et validation	29
3.2. Diffusion du questionnaire	29
4. Analyse des données	30
Présentation des résultats	31
1. Description de l'échantillon	31
1.1. Caractéristiques des participants	31
1.2. Année d'obtention du diplôme	31
1.3. Ville de formation	32
1.4. Département d'exercice	32
2. Connaissances des répondants sur les TAP	33
2.1. Connaissance terminologique	33
2.2. Sources de connaissance terminologique	33
2.3. Enseignement lors de la formation initiale	34
2.4. Estimation du niveau de connaissance	34
2.5. Définition des troubles alimentaires pédiatriques	34
2.5.1. Analyse de la complétude des réponses	34
2.5.2. Analyse thématique des définitions	35
2.6. Identification des signes cliniques des TAP	35
2.6.1. Connaissances théoriques des signes cliniques	35
2.6.2. Caractéristiques de la patientèle	36
2.6.3. Comparaison entre connaissances théoriques et identification clinique	36
2.7. Connaissance de la population présentant des TAP	38

3. Pratiques professionnelles des répondants	38
3.1. Utilisation d'outils de dépistage	38
3.2. Mise en place d'adaptations	39
3.3. Incidence sur la prise en soin	40
3.4. Orientation des patients	40
3.5. Perception du besoin de formation	41
3.6. Bénéfice d'un dépistage systématique	41
3.7. Remarques supplémentaires	42
Discussion	43
1. Interprétation des résultats au regard de nos hypothèses de recherche	43
1.1. Vérification de la première hypothèse générale portant sur les connaissances théoriques des TAP par les chirurgiens-dentistes	43
1.1.1. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 1.1 portant sur la notoriété des termes TAP et TOA dans le milieu odontologique	43
1.1.2. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 1.2 portant sur l'intégration des TAP dans les cursus universitaires des chirurgiens-dentistes	43
1.1.3. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 1.3 portant sur le ressenti des chirurgiens-dentistes et orthodontistes vis-à-vis de leurs propres connaissances	44
1.1.4. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 1.4 portant sur la capacité à définir les TAP	44
1.1.5. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 1.5 portant sur la connaissance des populations pouvant présenter un TAP	44
1.1.6. Synthèse des constats portant sur les connaissances théoriques des TAP	45
1.2. Vérification de la deuxième hypothèse générale portant sur la pratique clinique des chirurgiens-dentistes dans le cadre des TAP	46
1.2.1. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.1 portant sur l'identification des signes cliniques des TAP	46
1.2.2. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.2 concernant le recours à des outils de dépistage des TAP	46
1.2.3. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.3 portant sur l'adaptation de la pratique clinique en cas de TAP	47
1.2.4. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.4 portant sur la proportion de professionnels orientation leurs patients présentant un TAP	47
1.2.5. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.5 portant sur l'incidence des TAP sur la prise en soin des chirurgiens-dentistes	47
1.2.6. Synthèse des constats concernant la pratique clinique des chirurgiens-dentistes autour des TAP	48

1.3. Vérification de la troisième hypothèse générale relative à la perception des TAP comme un enjeu par les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes	49
1.3.1. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 3.1 portant sur le ressenti d'un besoin de formation.....	49
1.3.2. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 3.2 portant sur la disposition des chirurgiens-dentistes à intégrer un dépistage des TAP	49
1.3.3. Synthèse des observations concernant la perception des TAP comme un enjeu significatif par les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes	50
2. Limites et biais de l'étude	50
2.1. Limites théoriques	50
2.2. Biais et limites méthodologiques	51
2.2.1. Limites liées au recrutement de l'échantillon.....	51
2.2.1.1. Biais liés à la diffusion du questionnaire	51
2.2.1.2. Taille de l'échantillon et significativité	51
2.2.2. Biais et limites liés à la conception du questionnaire	51
2.2.2.1. Choix terminologique.....	51
2.2.2.2. Formulation des questions	52
2.2.2.3. Biais de désirabilité sociale	52
2.2.2.4. Contenus manquants ou insuffisamment explorés	52
2.2.3. Biais et limites liées à l'analyse des questions ouvertes.....	53
3. Apports et perspectives de l'étude	53
3.1. Intérêts de l'étude	53
3.2. Perspectives	54
3.2.1. Approfondir les analyses en étudiant l'influence des variables sociodémographiques sur les connaissances des TAP	54
3.2.2. Sensibilisation théorique des chirurgiens-dentistes et orthodontistes aux TAP	54
3.2.2.1. Enrichir les formations initiales	54
3.2.2.2. Enrichir les formations continues	55
3.2.3. Interroger et développer la collaboration orthophoniste et chirurgien-dentiste .	55
Conclusion.....	57
Références bibliographiques	58
Annexes.....	65

Table des illustrations

Figure 1 : Critères diagnostiques des troubles alimentaires pédiatriques (traduit de Goday et al, 2019).....	19
Figure 2 : Histogramme représentant la distribution des participants selon leur année d'obtention du diplôme	31
Figure 3 : Carte de France représentant la répartition des répondants selon leur département d'exercice	32
Figure 4 : Histogramme comparant la notoriété des termes « TOA » et « TAP »	33
Figure 5 : Graphique en barres présentant les différents canaux de découverte des termes TOA et TAP en fonction du pourcentage de participants	33
Figure 6 : Histogramme illustrant la perception qu'ont les chirurgiens-dentistes et orthodontistes de leur niveau de connaissance des TAP	34
Figure 7 : Histogramme illustrant les signes évocateurs de TAP les plus rencontrés au sein de la patientèle des chirurgiens-dentistes et orthodontistes	36
Figure 8 : Histogramme représentant les populations pouvant être affectées par des TAP selon les répondants	38
Figure 9 : Diagramme représentant la proportion de chirurgiens-dentistes et orthodontistes utilisant des outils de dépistage des TAP	38
Figure 10 : Diagramme en barres représentant les adaptations mises en place par les chirurgiens-dentistes dans le cadre de manifestations de TAP	39
Figure 11 : Diagramme représentant les conséquences des TAP sur la prise en soin des chirurgiens-dentistes et orthodontistes	40
Figure 12 : Graphique à barres représentant la répartition des professionnels vers lesquels les chirurgiens-dentistes et orthodontistes orientent les patients atteints de TAP	40
Figure 13 : Diagramme représentant le besoin de formation ressenti par les chirurgiens-dentistes au sujet des TAP	41
Figure 14 : Diagramme représentant l'opinion des professionnels sur l'introduction d'un protocole de dépistage des TAP en cabinet dentaire.....	41
Figure 15 : Histogramme représentant les freins à l'utilisation d'un outil de dépistage systématique des TAP	41

Table des tableaux

Tableau 1 : Architecture du questionnaire	27
Tableau 2 : Répartition des types de question dans le questionnaire	29
Tableau 3 : Répartition des participants en fonction du sexe et de la profession	31
Tableau 4 : Croisement entre les signes évoqués spontanément comme indicateurs de TAP et les signes cliniquement observés par les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes	37
Tableau 5 : Villes de formation initiale des participants	71

Introduction

Peut-on réellement soigner la bouche d'un enfant qui ne supporte même pas la présence d'un aliment ? C'est en observant des enfants détourner la tête à la vue d'une cuillère de purée ou exprimer de la détresse en touchant des aliments que nous nous sommes posée cette question. Ces réactions, souvent interprétées à tort comme un refus sans fondement, sont le signe d'un trouble alimentaire pédiatrique. Définis par Goday et al. (2019) comme une « altération de l'ingestion orale d'aliments, associée à une perturbation du fonctionnement médical, nutritionnel, des compétences alimentaires et/ou psychosociales » (p.125), les troubles alimentaires pédiatriques (TAP) affectent la capacité de l'enfant à s'alimenter de manière sécuritaire, suffisante et adaptée à son développement. Ces troubles, touchant environ 25 % des enfants (Manikam & Perman, 2000), entraînent des conséquences majeures non seulement sur la qualité de vie de l'enfant et de son entourage (Fernández de Valderrama Rodríguez et al., 2022; Goh & Jacob, 2012), mais aussi sur sa santé générale (Cooney et al., 2018; Feillet et al., 2019). Des effets délétères sont notamment observés sur la santé bucco-dentaire de l'enfant (Limme, 2010; Spira & Kupietzky, 2005).

Ainsi, par leur sévérité, leur prévalence, leur coût pour le système de santé et leur sensibilité face à des actions adaptées, les TAP constituent un véritable enjeu de santé publique.

Compte tenu de la complexité de ces troubles et de la diversité de leurs symptômes, leur prise en charge nécessite une approche pluridisciplinaire. L'orthophoniste joue un rôle central dans cette prise en soin, intervenant à chaque étape du parcours de soin : bilan, dépistage, prévention et suivi. En effet, les TAP ont été intégrés à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des orthophonistes depuis le 1er avril 2018 (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017). Les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes sont également concernés par cette problématique. En effet, leur intervention porte directement sur la zone orale, principal lieu d'expression des troubles alimentaires pédiatriques. De plus, ces professionnels sont amenés à traiter les conséquences bucco-dentaires associées aux particularités alimentaires de ces enfants, telles que les caries, l'érosion dentaire (Presskreischer et al., 2023) ou encore les altérations de la croissance maxillo-faciale (Limme, 2010) liées à une alimentation sélective. A ce titre, leur rôle dans le repérage, l'orientation et la coordination des soins avec les orthophonistes mérite d'être approfondi.

C'est dans ce contexte que s'inscrit notre étude, qui vise à répondre à la question suivante : Quelles sont les représentations et les connaissances des chirurgiens-dentistes et orthodontistes à propos des troubles alimentaires pédiatriques ? À travers un questionnaire destiné aux chirurgiens-dentistes et orthodontistes, nous chercherons à dresser un état des lieux des savoirs actuels et à identifier les pratiques cliniques mises en œuvre par ces professionnels dans le cadre des TAP.

Partie théorique

1. Introduction aux troubles alimentaires pédiatriques : contexte et définition

1.1. Oralité alimentaire et éléments développementaux

Le développement du fœtus in-utero est caractérisé par l'émergence de nombreuses fonctions qui le rendent viable. L'oralité est l'une d'entre elles. Elle renvoie à l'ensemble des fonctions réalisées avec la bouche : alimentation, ventilation, communication, exploration de l'environnement (Abadie et al., 2018). Bien qu'intrinsèquement liées, on distingue alors l'oralité verbale (expression) de l'oralité alimentaire (alimentation) (Couly, 2010; Thibault & Pitrou, 2018). Ce mémoire s'attachera à l'oralité alimentaire. Elle représente l'ensemble des comportements et processus qui permettent à un enfant de se nourrir par la bouche (Thibault & Pitrou, 2018). Cette capacité évolue significativement au cours des premiers mois de la vie. Les termes d'oralité primaire et d'oralité secondaire sont utilisés pour décrire les étapes de développement de l'oralité alimentaire.

1.1.1. Développement de l'oralité alimentaire

1.1.1.1. Oralité primaire

L'oralité primaire désigne les premières étapes du développement de la fonction orale chez le nourrisson. Elle apparaît in-utéro aux alentours du troisième mois de développement du fœtus (Thibault, 2017) et couvre les premiers mois de la vie (jusqu'à environ six mois) (Thibault, 2015). Il s'agit d'une phase réflexe où la succion, caractérisée par les mouvements de la langue d'avant en arrière, puis la déglutition, se développent. Ces deux actions finissent par se coordonner sous l'action du tronc cérébral (Abadie et al., 1999). Ces actions sont essentielles pour l'alimentation et pour le développement sensoriel et affectif du nourrisson (Thibault & Pitrou, 2018).

1.1.1.2. Oralité secondaire

A mesure que l'enfant grandit, il entre dans une phase d'oralité secondaire. Celle-ci commence généralement entre quatre et six mois (Assurance maladie, 2021) avec le passage à la cuillère. Durant cette période, les comportements alimentaires se complexifient et deviennent volontaires (Briatte & Barreau-Drouin, 2021). La succion laisse peu à peu place à la mastication. Cette transition est permise par une corticalisation des structures (maturation des réseaux neuronaux) qui s'accompagne de changements anatomiques (Thibault & Pitrou, 2018). En effet, le larynx descend, la cavité buccale s'agrandit avec l'apparition des premières dents, laissant davantage de place à la langue qui va alors gagner en mobilité (Abadie et al., 2018).

Ces modifications vont permettre d'introduire, de manière progressive, des aliments semi-solides ou solides, en complément du lait maternel ou infantile (Assurance maladie, 2021; Organisation Mondiale de la Santé, 2023). C'est ce qu'on appelle la diversification alimentaire, une étape clé de l'oralité secondaire qui permet de répondre aux besoins nutritionnels nécessaires à la croissance du nourrisson (Turck et al., 2015). C'est à ce moment que l'enfant commence à développer ses préférences alimentaires et à découvrir diverses textures et saveurs (Thibault & Pitrou, 2018).

1.1.2. Périodes sensibles

Les périodes sensibles sont des phases du développement durant lesquelles l'enfant est particulièrement réceptif à certains types de stimuli et d'apprentissage (Hartley & Lee, 2015). Au-delà de ces périodes, certaines stimulations peuvent devenir difficiles à tolérer et risquent de compromettre le développement normal. Ce concept s'applique également à l'apprentissage alimentaire, notamment en ce qui concerne le goût et la texture. Il est donc essentiel de respecter ces fenêtres développementales pour optimiser l'acceptation alimentaire (Coulthard et al., 2009; Harris & Mason, 2017).

Les recommandations actuelles suggèrent de débuter la diversification alimentaire dès quatre mois et au plus tard à six mois (Assurance maladie, 2021). Cette période optimale pour exposer l'enfant à une variété d'aliments, y compris les allergènes alimentaires, est appelée « fenêtre d'opportunité » (Girardet, 2010). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) quant à elle conseille une alimentation lactée exclusive jusqu'à l'âge de 6 mois, âge auquel il est nécessaire d'ajouter des aliments complémentaires pour répondre aux besoins nutritionnels de l'enfant (Organisation Mondiale de la Santé, 2023). Effectivement, les premières expériences alimentaires sont importantes car elles jouent un rôle crucial dans le développement du plaisir gustatif alimentaire et dans l'appréciation des aliments à des stades ultérieurs (Nicklaus, 2016). La littérature indique d'ailleurs que les troubles alimentaires se manifestent fréquemment au moment de la diversification alimentaire (Senez, 2015).

Vers l'âge de deux ans, les enfants traversent une phase de néophobie alimentaire. Ce mécanisme de protection naturelle contre l'ingestion de substances potentiellement nocives, se caractérise par une réticence ou une peur d'essayer de nouveaux aliments (Bialek-Dratwa et al., 2022; Dovey et al., 2008). La néophobie alimentaire peut être influencée par des facteurs génétiques, cognitifs, environnementaux ainsi que par les expériences alimentaires précoces et la personnalité de l'enfant (Lafraire et al., 2016; Torres et al., 2020).

La néophobie est une étape normale et transitoire du développement de l'enfant (Kerzner et al., 2015). Ce comportement tend généralement à s'atténuer autour de l'âge de 6 ans, ce qui le distingue des troubles alimentaires durables (Dovey et al., 2008).

1.2. Présentation des troubles alimentaires pédiatriques

1.2.1. Caractéristiques des troubles alimentaires pédiatriques

1.2.1.1. Définition

En s'appuyant sur le cadre de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) et l'expertise de professionnels de santé, l'OMS définit le trouble alimentaire pédiatrique (TAP) comme « *une altération de l'ingestion d'aliments par voie orale, inadaptée à l'âge et associée à au moins l'un des éléments suivants : une pathologie médicale, des dysfonctionnements nutritionnels, un déficit des compétences alimentaires et/ou un dysfonctionnement psychosocial* » (traduit de Goday et al., 2019, p.125).

Les TAP se développent majoritairement durant la petite enfance avec un pic observé dans la première année de vie, lors de la diversification alimentaire (Briatte & Barreau-Drouin, 2021). Les auteurs distinguent les TAP aigus (durant entre 2 semaines et 3 mois) et les TAP chroniques (perdurant au-delà de 3 mois) (Goday et al., 2019). Bien que plus fréquents chez les enfants, ces troubles peuvent affecter tous les âges de la vie.

Par ailleurs, il est important de préciser que le diagnostic de TAP ne peut être posé qu'en l'absence de troubles de l'image corporelle, afin de le distinguer des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, mérycisme) (Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2021).

1.2.1.2. Terminologie rencontrée

La terminologie utilisée pour décrire ces troubles alimentaires est variée. Nous retrouvons des expressions telles que « troubles de l'oralité alimentaire » (TOA), « syndrome de dysoralité sensorielle » (Senez, 2015) ou « aversions alimentaires ». Dans la littérature anglophone, d'autres termes sont également employés pour décrire ces mêmes troubles. Les termes suivants sont rencontrés : « picky eaters » (Dovey et al., 2008) ou encore « Avoidant Restrictive Food Intake Disorder » présent dans la dernière version du DSM-V (Micali & Tombeur, 2019).

Cependant, depuis 2019, une nouvelle terminologie tend progressivement à remplacer ces différents termes. Dans un souci de clarté et pour faciliter les recherches scientifiques, la communauté scientifique semble converger vers une définition commune. Goday et al. (2019), propose ainsi l'expression « Pediatric Feeding Disorder », que l'on peut traduire en français par « trouble alimentaire pédiatrique ». À ce jour, cette définition est la plus communément admise. Nous emploierons ainsi le terme de trouble alimentaire pédiatrique (TAP) dans la suite de ce mémoire.

1.2.1.3. Classifications internationales

Au niveau international, le terme « trouble alimentaire pédiatrique » (ou Pediatric Feeding Disorder) n'est pas encore présent dans toutes les classifications.

En 2013, la 5e version du DSM reconnaît les troubles d'alimentation sélective et/ou évitante ou Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) en anglais (Crocq & Guelfi, 2015). Ils se caractérisent par une incapacité persistante à atteindre les besoins nutritionnels et énergétiques appropriés, non attribuable à un manque de nourriture ou à une pratique culturelle, et sans préoccupations concernant le poids ou la forme corporelle (Zimmerman & Fisher, 2017).

Cette même dénomination (ARFID) est également retrouvée dans la Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) (Organisation mondiale de la santé, 2019). Le consensus sur les troubles alimentaires pédiatriques ayant été publié la même année que l'adoption de la onzième révision de la CIM, leur intégration dans cette classification n'a pas été possible. Il est cependant prévu qu'un code spécifique leur soit attribué dans une prochaine mise à jour (Feeding Matters, 2020).

Goday et al. (2019) ont utilisé la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS pour enrichir la compréhension des troubles alimentaires pédiatriques et élaborer un cadre diagnostique multidisciplinaire (Sharp et al., 2017).

1.2.1.4. Prévalence

Les auteurs s'accordent à dire que les troubles alimentaires sont fréquents chez les enfants, affectant environ un quart des enfants ayant un développement typique (Benjasuwantep et al., 2013; Machado et al., 2016; Manikam & Perman, 2000). Il est également établi que ces troubles sont plus répandus parmi les enfants souffrant de maladies chroniques ou de troubles développementaux (Kovacic et al., 2021). D'après Manikam et Perman (2000), 80 % des

enfants en situation de handicap seraient concernés par ces troubles. Une corrélation significative est également observée entre les troubles alimentaires et les troubles du spectre autistique (Cermak et al., 2015).

De plus, il est important de relever que les TAP sont plus fréquents chez les enfants de moins de 5 ans, bien qu'ils continuent d'être courants tout au long de l'enfance (Kovacic et al., 2021).

Néanmoins, il convient d'interpréter ces chiffres avec prudence car la diversité terminologique complique l'estimation précise de la prévalence des troubles alimentaires pédiatriques (Benjasuwantep et al., 2013).

1.2.2. Etiologies multiples

Les TAP sont complexes et résultent de multiples facteurs (Briatte & Barreau-Drouin, 2021; Manikam & Perman, 2000). D'après Goday et al. (2019), quatre domaines interdépendants contribuent à leur développement. Ainsi, les TAP sont liés à l'un des aspects suivants (Briatte & Barreau-Drouin, 2021; Goday et al., 2019) :

- Un dysfonctionnement médical (également appelé « cause organique ») : pathologie digestive, trouble neurologique (comme les encéphalopathies), maladie cardio-respiratoire, ou un trouble neurodéveloppemental (ex : TSA).
- Un dysfonctionnement nutritionnel : risque de malnutrition ou de carence nutritionnelle lié à un panel alimentaire réduit et à une prise alimentaire insuffisante.
- Un dysfonctionnement des compétences alimentaires : difficultés motrices orales (altération de la succion, déglutition et/ou mastication), dysfonctionnement sensoriel (ex : trouble du processus sensoriel), anomalie structurelle (ex : fente labiale ou frein de langue restrictif) ou encore expériences alimentaires altérées.
- Un dysfonctionnement psycho-social : interactions familiales dysfonctionnelles (comportement de forçage alimentaire, stress), influence des facteurs environnementaux (influences culturelles, distractions pendant les repas), expériences alimentaires traumatisques.

2. Expression clinique et répercussions des troubles alimentaires pédiatriques

2.1. Signes et symptômes cliniques

Les troubles alimentaires pédiatriques présentent des formes variées. On peut les regrouper en trois grandes catégories : les manifestations sensorielles, motrices et psycho-comportementales.

2.1.1. Manifestations sensorielles

Les enfants présentant des TAP peuvent avoir des réponses sensorielles atypiques face à la nourriture. L'hyposensibilité et l'hypersensibilité sont deux réponses sensorielles opposées chez les enfants lors de l'alimentation (Boudou & Lecoufle, 2015; Goday et al., 2019; Guillerme, 2014) :

- Hyposensibilité orale : L'hyposensibilité se caractérise par une faible réaction aux stimuli. Chez les enfants, cela se manifeste par une réduction de la perception des goûts, des odeurs et des textures, ainsi qu'une tendance à garder longtemps de grandes quantités d'aliments en bouche, ce qui peut entraîner des risques de fausse route. L'hyposensibilité peut également causer une incontinence salivaire due à un manque de sensibilité et de tonicité buccale. Ces enfants recherchent souvent des sensations intenses, préférant les saveurs, les températures et les textures marquées. Ils peuvent également avaler les aliments « tout rond ».
- Hypersensibilité orale : À l'inverse, ces enfants réagissent de manière excessive à certains goûts, textures ou tailles des aliments, ce qui peut entraîner une sélectivité alimentaire. L'acceptation ou le rejet d'un aliment est alors basé sur ses caractéristiques sensorielles, telles que la couleur, la texture, la forme ou l'emballage. Cette sélectivité rend l'introduction de nouveaux aliments difficile, freinant ainsi la diversification alimentaire. Face à un stimulus désagréable, ces enfants adoptent des comportements de défense tels que des frissons, des pleurs, des grimaces, de l'agitation ou encore le déclenchement du réflexe nauséux, que Senez (2004) décrit comme étant « hypernauséux » (p. 93).

Ces manifestations sensorielles ne vont pas uniquement concerner l'aspect alimentaire. En effet, on pourra assister à des refus de stimulations tactiles (difficulté à se laisser essuyer le visage, peu ou pas de port d'objet en bouche, peu de contact des aliments avec les doigts...) (Guillerme, 2014).

2.1.2. Manifestations motrices

Les manifestations motrices des TAP concernent principalement les difficultés de succion, mastication et de déglutition (Cascales et al., 2014) qui vont principalement affecter la capacité à former, contrôler et propulser efficacement le bol alimentaire. Parmi les manifestations observées figurent une augmentation du temps de repas (> 30 minutes) (Lesecq-Lambre, 2019), un trouble du tonus bucco-facial (hypo ou hyper-tonie), une mauvaise coordination des muscles oro-pharyngés (Manikam & Perman, 2000) pouvant entraîner toux et fausse-route (Kerzner et al., 2015). Les enfants peuvent également présenter une mauvaise coordination bouche-main, rendant difficile la manipulation des aliments et des ustensiles (Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2021).

2.1.3. Manifestations psycho-comportementales

Les TAP s'expriment également à travers l'attitude et les comportements spécifiques de l'enfant. Cette composante est dite psycho-comportementale. La manifestation principale est le refus alimentaire, où l'enfant utilise diverses stratégies d'évitement telles que cris, pleurs, agitation, détournement de la tête ou fermeture des lèvres pour rejeter les aliments proposés (Cascales et al., 2014). De plus, les enfants souffrant de troubles alimentaires présentent souvent un manque d'intérêt marqué pour la nourriture (Sanchez-Cerezo et al., 2024). Ils éprouvent une absence de plaisir à manger, une perte d'appétit, et subissent les repas plutôt que d'en tirer du plaisir. Leur alimentation est généralement lente, avec des bouchées petites et minutieuses (Guillerme, 2014). Enfin, la composante psycho-comportementale se traduit par une peur des conséquences négatives lors des repas (Sanchez-Cerezo et al., 2024). Elle est souvent associée à la peur d'avaler ou de s'étouffer. Cette anxiété est fréquemment liée à des expériences orales traumatiques antérieures (ex : soins bucco-dentaires, l'alimentation

par sonde, malformations telles que la fente labio-palatine) (Kerzner et al., 2015) ainsi qu'à des situations conflictuelles qui détériorent la relation parent-enfant (Barbier, 2014; Guillerme, 2014).

Plus récemment, Goday et al. (2019) définissent les critères diagnostiques suivants.

Figure 1 : Critères diagnostiques des troubles alimentaires pédiatriques (traduit de Goday et. al, 2019)

-
- A. Altération des prises alimentaires, inappropriées par rapport à l'âge chronologique, qui dure au moins deux semaines, associée à un ou plusieurs critère(s) suivant(s) :
1. Trouble d'origine médicale, attesté par l'un des éléments suivants :
 - a. Troubles cardio-respiratoires, gastro-intestinaux, neurologiques pendant la prise alimentaire (ex. tachypnée chronique, atresie de l'œsophage)
 - b. Fausses routes et pneumopathies d'inhalation
 2. Trouble nutritionnel, attesté par l'un des éléments suivants :
 - a. Dénutrition (quantité réduite)
 - b. Carence nutritionnelle ou apports restreints d'un ou plusieurs nutriment(s) résultant d'une restriction du panel alimentaire (variété réduite)
 - c. Dépendance à une nutrition artificielle ou à des suppléments oraux pour soutenir l'alimentation et l'hydratation (qualité réduite de la prise alimentaire)
 3. Trouble des fonctions sensori-motrices alimentaires (ex. trouble de l'intégration sensorielle, difficultés de mastication, de succion, de déglutition) nécessitant :
 - a. de modifier la texture pour l'alimentation solide ou liquide
 - b. d'adapter les postures, l'installation et les outils
 - c. d'adapter les stratégies alimentaires
 4. Troubles psychosociaux, attestés par l'un des éléments suivants :
 - a. Comportement d'évitement actif ou passif pour se nourrir ou être nourri
 - b. Mise en place de stratégies parentales inadaptées (ex. distracteurs télévisuels, non-adaptation aux capacités de l'enfant, forçage)
 - c. Trouble du fonctionnement social en lien avec le repas
 - d. Difficultés relationnelles entre l'enfant et l'aïdant au moment du repas
- B. Trouble non lié à un trouble du comportement alimentaire, ni à un manque de nourriture ou à des pratiques culturelles
-

Bien que leur identification se soit améliorée ces dernières années, les TAP restent difficiles à diagnostiquer en raison de la diversité et de la banalisation des symptômes, souvent apparentés à des caprices (Brigham et al., 2018; Norris et al., 2014). Ces obstacles retardent le diagnostic et la mise en place d'une prise en soin adaptée et engendre l'apparition de conséquences néfastes sur le plan médico-social de l'enfant.

2.2. Conséquences des troubles alimentaires pédiatriques

2.2.1. Répercussions familiales et sociales

Les TAP ont un impact significatif sur la dynamique familiale et les interactions sociales. Les parents et les soignants d'enfants souffrant de tels troubles éprouvent un stress élevé (Fernández de Valderrama Rodríguez et al., 2022; Greer et al., 2007), en raison des défis quotidiens liés à la gestion de comportements alimentaires difficiles et des inquiétudes concernant la qualité de l'alimentation de leur enfant, dont ils se sentent directement responsables (Goh & Jacob, 2012).

Ce stress affecte leur capacité à gérer les repas de manière efficace et à contrôler leurs émotions (Goh & Jacob, 2012). Souvent, dépassés par la situation, les parents tentent de mettre en place des stratégies alimentaires qui s'avèrent inappropriées (Galloway et al., 2005). Par exemple, certains exercent une pression sur leur enfant en recourant à des menaces ou en élevant la voix (Budd et al., 1992). Cependant, ces comportements peuvent entraîner un refus complet de l'enfant de consommer certains aliments (Thibault, 2015) ou accentuer le stress durant les repas (Greer et al., 2007).

Par ailleurs, l'ensemble de la sphère sociale de l'enfant et de ses parents se trouve également impacté par ces troubles alimentaires pédiatriques. Plus de la moitié des parents (54 %) reconnaissent que le trouble de leur enfant limite leur vie sociale (Fernández de Valderrama Rodríguez et al., 2022). En outre, ces troubles affectent la participation sociale de l'enfant, restreignant son implication dans les activités comprenant des repas, telles que les sorties scolaires, les fêtes d'anniversaire ou encore les réunions familiales (Goday et al., 2019; Simione et al., 2020). Ainsi, ce sont tant la qualité de vie de l'enfant que celle de son environnement familial qui sont affectées (Fernández de Valderrama Rodríguez et al., 2022; Simione et al., 2023).

2.2.2. Répercussions médicales

2.2.2.1. Répercussion sur la santé physique et mentale

Les difficultés alimentaires chez l'enfant provoquent des répercussions notables sur sa santé. Le caractère restrictif de l'alimentation peut entraîner des carences nutritionnelles, en particulier en vitamines et en fer (Cascales et al., 2014; Taylor & Taylor, 2021). Ces carences peuvent engendrer plusieurs conséquences, telles que l'anémie, des retards dans la motricité et le développement, ainsi qu'une perte de poids significative (American Psychiatric Association, 2013; Cooney et al., 2018; Feillet et al., 2019). De plus, elles peuvent causer des troubles osseux, comme une diminution de la densité osseuse, augmentant ainsi le risque de fractures (Proctor et al., 2023). Ces effets varient en fonction de la nature des aliments exclus (Feillet et al., 2019). Dans les cas les plus graves, une diminution de la prise orale peut nécessiter la mise en place d'une sonde afin de garantir des apports nutritionnels suffisants (Taylor & Taylor, 2021).

Une alimentation de qualité dès les premières années favorise le développement cognitif de l'enfant (Nyaradi et al., 2013), tandis qu'un apport insuffisant en nutriments essentiels nuit à son développement neurologique et à ses performances scolaires futures (Schwarzenberg et al., 2018). Par ailleurs, des troubles alimentaires peuvent provoquer des complications intestinales, telles que la constipation ainsi qu'une altération de la qualité du sommeil (Taylor & Taylor, 2021), fréquemment altérée en parallèle des troubles alimentaires (Tauman et al., 2011). Il est donc possible de retrouver ces manifestations chez les enfants atteints de TAP.

Enfin, les troubles alimentaires pédiatriques sont souvent associés à des problèmes de santé mentale (Cooney et al., 2018). Les enfants atteints de TAP peuvent éprouver des dysfonctionnements des mécanismes de signalisation de l'appétit (Goday et al., 2019), notamment une diminution de la ghréline, dont un faible taux peut induire de l'anxiété (Sellal et al., 2023). Zucker et al. (2015) ont constaté que les enfants souffrant d'un trouble de l'alimentation sélective étaient deux fois plus susceptibles de développer des symptômes élevés d'anxiété ou de dépression.

2.2.2.2. Répercussions sur la santé bucco-dentaire

Les publications récentes sur les répercussions bucco-dentaires des troubles alimentaires demeurent peu nombreuses (Frydrych et al., 2005). Cependant, la littérature souligne que les principales manifestations buccales des troubles alimentaires incluent l'érosion dentaire provoquée par des régurgitations fréquentes (Frydrych et al., 2005; Presskreischer et al., 2023), ainsi que des problèmes tels que les caries, les maladies parodontales, les lésions des muqueuses, et des altérations de la salive ou des glandes salivaires (Monda et al., 2021).

De plus, les pratiques alimentaires exercent une influence déterminante sur l'émergence des pathologies dentaires (Wagner & Heinrich-Weltzien, 2017). Les enfants souffrant de TAP ont des habitudes alimentaires spécifiques liées à un déficit du fonctionnement sensoriel (Goday et al., 2019). Une réduction de la diversité alimentaire est observée (Van Hoorn et al., 2023), accompagnée de préférences prononcées pour certaines textures ou catégories d'aliments. Certains enfants sont attirés par les aliments sucrés (Taylor & Taylor, 2021). Or, une alimentation riche en sucre constitue le principal facteur de risque de caries dentaires (Tungare & Paranjpe, 2024).

Les enfants atteints de TAP souffrent d'un déficit du processus sensoriel, les amenant à rejeter certaines textures ou certaines apparences. En cas d'hypersensibilité, ils privilégient des aliments mous et sans grains (Goday et al., 2019) ce qui limite la stimulation masticatoire et peut entraîner des malpositions et des malocclusions dentaires (Limme, 2010). De plus, le déficit de mastication peut inhiber la croissance des mâchoires et favoriser les dysmorphoses dento-faciales (Limme, 2010). Par ailleurs, le fonctionnement sensoriel atypique complique les pratiques d'hygiène buccale, notamment le brossage des dents, en raison de l'inconfort provoqué par la brosse à dents ou le dentifrice (Briatte & Barreau-Drouin, 2021; Spira & Kupietzky, 2005). Cette hypersensibilité orale contribue également aux TAP et rend les soins dentaires difficiles à administrer en raison de l'inconfort ressenti lors de l'exploration buccale par le praticien (Senez, 2015; Spira & Kupietzky, 2005). De surcroît, les enfants encore dotés de dents de lait possèdent un émail plus fin, facilitant l'apparition des caries. Les TAP se manifestant précocement exacerbent ce risque (Wagner & Heinrich-Weltzien, 2017). En conséquence, les TAP favorisent l'apparition des pathologies dentaires nécessitant des soins spécialisés, tandis que la sensibilité orale de ces enfants complique l'accès aux soins.

2.3. Prévenir les conséquences : vers une prise en soin pluridisciplinaire et un repérage précoce

L'intervention précoce constitue un levier pour prévenir l'apparition de ces conséquences délétères. En effet, il est établi qu'une détection précoce favorise le développement de l'enfant en permettant une prise en soin rapide de ses difficultés et en limitant les risques de complications ainsi que leur durée (Aldridge et al., 2010; Ibañez et al., 2020).

En raison de la complexité des TAP, une approche collaborative impliquant plusieurs professionnels de santé et les parents est nécessaire à la réussite de la prise en soin (Gosa et al., 2020). En effet, il est prouvé qu'une intervention interdisciplinaire entraîne notamment une augmentation de l'apport oral, une amélioration des comportements alimentaires et une réduction du stress parental (Sharp et al., 2017). Différents professionnels peuvent être impliqués dans cette prise en soin, tels que des médecins généralistes et spécialisés, des psychologues, des diététiciens, des ergothérapeutes, des orthophonistes et des chirurgiens-dentistes (Briatte & Barreau-Drouin, 2021; Dharmaraj et al., 2023; Silverman, 2010).

Parmi ces professionnels, le rôle des chirurgiens-dentistes est particulièrement important car leur intervention sur la sphère buccale, zone clé dans le développement des TAP, les place au cœur de la problématique.

De plus, des programmes de prévention initiés par l'Assurance Maladie et l'Union Française de la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) facilitent un contact précoce et régulier des chirurgiens-dentistes avec les enfants (Assurance maladie, 2024). Ces programmes font des chirurgiens-dentistes des interlocuteurs privilégiés pour le repérage de tout trouble affectant la sphère buccale, dont les TAP. Sur le territoire français, la campagne « M'T dents » est

particulièrement développée. Elle offre un bilan gratuit tous les trois ans aux jeunes de 3 à 24 ans (Assurance Maladie, 2021) tandis que la campagne « Première dents » s'adresse aux enfants de moins de trois ans et permet d'aborder l'importance de l'hygiène bucco-dentaire (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, 2018).

Ainsi, les chirurgiens-dentistes figurent parmi les premiers professionnels de santé susceptibles de recevoir des patients souffrant de troubles alimentaires non diagnostiqués (Frydrych et al., 2005). C'est pourquoi ce mémoire se concentre sur ces professionnels : interroger les chirurgiens-dentistes sur leurs connaissances afin d'identifier les besoins éventuels de sensibilisation dans le but d'améliorer leur rôle dans le repérage précoce des TAP.

Problématique et hypothèses

1. Problématique

Les troubles alimentaires pédiatriques se manifestent par des difficultés importantes à s'alimenter, incluant des comportements comme la peur d'avaler, le refus de manger ou encore l'alimentation sélective (Cascales et al., 2014; Zimmerman & Fisher, 2017). Ces troubles peuvent avoir diverses origines, notamment une composante sensorielle marquée, dans laquelle l'enfant rejette toute forme de stimulation orale (Goday et al., 2019; Senez, 2004). L'existence de ces spécificités sensorielles peut alors compliquer, voire compromettre, la réalisation de soins dentaires ou orthodontiques (Cermak et al., 2015; Sharp et al., 2017). Or, nous savons que l'existence de TAP peut majorer le risque de troubles bucco-dentaires, entraînant alors des troubles tels qu'une mauvaise hygiène orale, des caries ou des anomalies du développement des structures dentaires (Limme, 2010; Senez, 2015; Spira & Kupietzky, 2005). En pratique, le phénomène se caractérise par une augmentation des besoins en soins dentaires, associée à des particularités sensorielles majeures qui entravent leur mise en œuvre. On peut ici évoquer un processus auto-renforcé ou causes et conséquences des troubles s'alimentent.

Ainsi, les TAP représentent un défi important pour les chirurgiens-dentistes, dont l'intervention est centrée sur la région bucco-dentaire, exigeant une adaptation spécifique auprès des enfants souffrant de TAP. Ces éléments soulèvent des questionnements sur la sensibilisation des professionnels aux caractéristiques des TAP. C'est pour cette raison que l'objectif principal de ce travail est de dresser un état des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles des chirurgiens-dentistes et orthodontistes concernant les TAP. Une telle étude permettra également de repérer les besoins de formations en mettant en lumière les points qui pourraient être abordés dans une action de sensibilisation.

Au regard des éléments énoncés ma question de recherche est la suivante :

Quelles sont les représentations et les connaissances des chirurgiens-dentistes et orthodontistes à propos des troubles alimentaires pédiatriques ?

2. Hypothèses de recherche

Notre réflexion nous mène à formuler les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : Les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes méconnaissent les troubles alimentaires pédiatriques

- Hypothèse 1.1 : Les termes "troubles de l'oralité alimentaire" et "troubles alimentaires pédiatriques" ont déjà été entendus par les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes
- Hypothèse 1.2 : Les chirurgiens-dentistes et orthodontistes n'ont pas reçu d'enseignement spécifique aux TAP lors de leur formation initiale
- Hypothèse 1.3 : Les chirurgiens-dentistes et orthodontistes estiment avoir un faible niveau de connaissance concernant les TAP
- Hypothèse 1.4 : Les chirurgiens-dentistes donnent une définition incomplète des TAP
- Hypothèse 1.5 : Les chirurgiens-dentistes ne considèrent pas que les TAP peuvent concerter toutes les tranches d'âge

Hypothèse 2 : Les TAP sont insuffisamment pris en compte dans la pratique clinique des chirurgiens-dentistes et orthodontistes.

- Hypothèse 2.1: Les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes repèrent les signes cliniques sans systématiquement les associer aux TAP.
- Hypothèse 2.2 : Les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes n'utilisent pas d'outils de dépistage des TAP dans leur pratique clinique
- Hypothèse 2.3 : Les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes n'adaptent pas leur approche clinique en présence de TAP
- Hypothèse 2.4 : Les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes n'orientent pas leurs patients présentant un TAP vers un orthophoniste
- Hypothèse 2.5 : La présence de TAP entraîne des conséquences délétères sur la poursuite de la prise en charge

Hypothèse 3 : Les TAP sont perçus comme un enjeu de santé significatif par les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes.

- Hypothèse 3.1 : Les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes ressentent le besoin de se former à propos des TAP
- Hypothèse 3.2 : Les chirurgiens-dentistes et orthodontistes sont favorables à la mise en place d'un dépistage systématique des TAP dans leur pratique

Méthodologie

1. Caractéristiques de l'étude

1.1. Type d'étude

Dans le cadre de ce mémoire, l'étude menée est de type observationnelle (Gedda, 2017). La méthode retenue pour la collecte des données est la réalisation d'un questionnaire, permettant de recueillir un grand nombre de réponses auprès de participants répartis sur un vaste territoire, ici à l'échelle nationale (Combessie, 2007).

1.2. Population d'étude

La population cible de cette étude est constituée de chirurgiens-dentistes et d'orthodontistes exerçant en France. Nous avions alors deux critères d'inclusion : être chirurgien-dentiste ou spécialisé en orthodontie et exercer en France métropolitaine.

1.3. Recrutement des participants

Le recrutement des participants s'est déroulé par l'envoi d'un courrier électronique à l'ensemble des conseils départementaux des chirurgiens-dentistes du territoire français métropolitain. Ceci dans une démarche d'exhaustivité. Ce premier courriel (envoyé le 29/10/24) consistait à faire une présentation brève de l'étude afin de solliciter l'aide des conseils départementaux pour diffuser notre questionnaire. Après l'envoi du questionnaire, nous avons reçu des retours favorables de 20 conseils départementaux des chirurgiens-dentistes. Face à cette réponse limitée, nous avons décidé d'adopter une stratégie de diffusion complémentaire afin de maximiser le nombre de répondants et de garantir une représentativité suffisante pour l'étude.

Pour cela, nous avons sollicité les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) représentant les chirurgiens-dentistes. Une tentative de diffusion du questionnaire sur un groupe Facebook® dédié aux chirurgiens-dentistes a été réalisée mais refusé. Cette stratégie nous aurait permis d'atteindre une grande part de notre population cible, sans passer par des intermédiaires.

1.4. Taille de l'échantillon

En France, la population de chirurgiens-dentistes (spécialisés en orthodontie ou non) s'élève à 45200 (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [DREES], 2023). L'ensemble des chirurgiens-dentistes ne pouvant être interrogé, nous avons cherché à déterminer la taille d'un échantillon significatif pour cette population. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur la formule suivante (Serhier et al., 2020) :

$$n = \frac{z^2 \times p \times (1 - p)}{i^2}$$

Avec :

- n = taille de l'échantillon que nous cherchons à déterminer
- z = niveau de confiance souhaité (ici, niveau de confiance de 95%, soit $z = 1,96$)
- p = proportion estimée de la population ($p = 0,5$ lorsqu'elle est inconnue)
- i = marge d'erreur acceptée (pour une marge d'erreur de 10%, $i = 0,10$).

Ainsi, à partir de la formule précédente, nous obtenons un résultat de 97. Il conviendrait donc d'obtenir au minimum 97 réponses de chirurgiens-dentistes et d'orthodontistes afin d'assurer la significativité des résultats, permettant leur généralisation à l'ensemble de la population de référence.

2. Outil de collecte des données

Afin de recueillir les données de cette étude, nous avons choisi d'élaborer un questionnaire numérique.

2.1. Choix de l'outil utilisé

Le choix du questionnaire comme méthode de collecte des données permet d'assurer une uniformité dans les informations recueillies, facilitant ainsi leur analyse. Cet outil offre par ailleurs une large portée, permettant d'atteindre un grand nombre de professionnels répartis sur un large territoire (ici à l'échelle nationale), tout en étant peu contraignant pour les participants (Combessie, 2007 ; Jean, 2015). En effet, le questionnaire a été conçu sur la plateforme en ligne SphinxOnline®, ce qui garantit une complétion simplifiée, évitant ainsi de décourager les répondants. Ces derniers peuvent répondre à leur convenance, sans contrainte de lieu ni de déplacement. De plus, le caractère anonyme du questionnaire encourage les professionnels à exprimer librement leurs opinions et à partager leurs pratiques sans crainte du jugement. Cela permet de limiter le biais de désirabilité sociale, en réduisant l'influence des réponses conformistes (Jean, 2015).

2.2. Objectifs du questionnaire

Ce questionnaire a été élaboré dans le but de recueillir des données permettant de tester les hypothèses formulées. Son objectif principal est d'évaluer le niveau de connaissance des chirurgiens-dentistes et orthodontistes sur les TAP, afin de répondre à notre question de recherche.

2.3. Conception du questionnaire

Les questions ont été rédigées en tenant compte des hypothèses formulées dans notre étude. Nous avons veillé à ce que chaque variable dépendante soit explorée par une ou plusieurs questions, afin d'obtenir des données précises et pertinentes pour valider ou invalider les hypothèses à l'issue de la collecte des réponses.

2.3.1. Organisation du questionnaire

2.3.1.1. Instruction aux participants

Un texte introductif a été rédigé et placé en début de questionnaire (annexe I) pour présenter le contexte et la thématique de l'étude, ainsi que pour informer les participants sur sa durée. Ce texte définit également les mesures de protection des données, précisant que la participation est anonyme et recueillant le consentement libre et éclairé des participants. Nous avons choisi de présenter la thématique de l'étude sans préciser l'objectif exact du mémoire, afin de ne pas influencer les réponses des participants et de limiter ainsi le biais de désirabilité sociale.

2.3.1.2. Architecture du questionnaire

Le questionnaire se divise en trois sections principales.

La première section s'intitule « informations préalables ». Elle comprend des questions introducives visant à définir la population étudiée (telles que le sexe, la profession, l'année d'obtention du diplôme et le lieu de formation). Ces informations permettent de dresser un profil sociodémographique des répondants, et pourront servir à analyser leur influence sur les résultats observés.

La deuxième section porte sur la connaissance des troubles alimentaires pédiatriques par les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes. Les questions de cette partie cherchent à évaluer dans quelle mesure les chirurgiens-dentistes et orthodontistes sont familiers avec les notions de troubles alimentaires pédiatriques.

Enfin, la troisième section se concentre sur la pratique clinique des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes en lien avec les TAP. Cette section analyse la manière dont les connaissances théoriques sont intégrées et appliquées dans la pratique quotidienne. Elle établit ainsi un lien entre le niveau de connaissances cliniques et la pratique clinique.

Un système de renvoi ciblé a été mis en place pour que les participants ne voient que les questions les concernant. Un changement de page a été effectué après chacune de ces parties afin d'éviter l'influence des réponses des participants avec les questions suivantes.

Voici un tableau présentant l'architecture du questionnaire. Le questionnaire dans sa forme finale est présenté en annexe II).

Tableau 1 : Architecture du questionnaire

Section I : informations préalables	
1- Profession	
2- Sexe	
3- Année d'obtention du diplôme	
4- Ville de formation	
5- Numéro du département dans lequel vous exercez	
Section II : notions théoriques sur les troubles alimentaires pédiatriques	
6- Avez-vous déjà entendu le terme « troubles alimentaires pédiatriques » ?	
Si « oui » à la question 5	Si « non » à la question 5
7- Lors de quelle(s) occasion(s) en avez-vous déjà entendu parler ?	
8- Avez-vous déjà entendu le terme « troubles de l'oralité alimentaire » ?	
Si « oui » à la question 8 :	Si « non » à la question 8
9- Lors de quelle(s) occasion(s) en avez-vous déjà entendu parler ?	

- 10- Avez-vous suivi un cours spécifiquement axé sur les troubles alimentaires pédiatriques ou les troubles de l'oralité alimentaire pendant vos études ?
- 11- Estimez votre niveau de connaissance sur les troubles alimentaires pédiatriques / troubles de l'oralité alimentaire
- 12- Comment définiriez-vous les « troubles alimentaires pédiatriques » ou « troubles de l'oralité alimentaire » ?
- 13- Selon vous, quels peuvent être les signes évocateurs d'un trouble alimentaire pédiatrique ou troubles de l'oralité alimentaire ?
- 14- D'après vous, quelles sont les populations pouvant être touchées par un trouble alimentaire pédiatrique/trouble de l'oralité alimentaire ?

Section III : la pratique clinique auprès des patients atteints de TAP

- 15- Dans votre pratique, utilisez-vous des outils pour dépister ces troubles ?
- 16- Dans votre patientèle, rencontrez-vous des patients présentant...(liste de signes cliniques à cocher)
- 17- Lorsque vous rencontrez ces symptômes, procédez-vous à des adaptations dans votre prise en charge ?

Si « oui » à la question 17

- 18- Quelles sont-elles ?

Si « non » à la question » 17

- 19- Ces symptômes vous ont-ils déjà conduit à... (liste d'items à cocher)

- 20- Dans ce cadre, adressez-vous vos patients vers d'autres professionnels de santé ?

Si « oui » à la question 20

- 21- Si oui, lesquels ?

Si « non » à la question 20

- 22- Ressentez-vous le besoin de vous former sur les troubles alimentaires pédiatriques (ou troubles de l'oralité alimentaire) et leurs conséquences bucco-dentaires ?
- 23- Pensez-vous qu'il serait bénéfique d'introduire un protocole systématique de dépistage des troubles alimentaires pédiatriques (ou troubles de l'oralité alimentaire) dans les cabinets dentaires ?
- 24- Vous arrivez à la fin de ce questionnaire, si vous souhaitez ajouter des commentaires ou des informations supplémentaires qui vous semblent important(e)s, vous pouvez le faire ici

Fin du questionnaire et remerciements

2.3.2. Type de questions

Le questionnaire élaboré dans le cadre de cette étude comporte un total de 24 questions adoptant différentes formes.

Les questions fermées constituent la majeure partie du questionnaire. Ces questions proposent des réponses prédéfinies (par exemple, « oui » ou « non ») simplifiant à la fois la participation des répondants et l'analyse statistique des résultats. Nous en comptons 12 dans ce questionnaire. Parmi celles-ci nous retrouvons des questions à réponse unique, d'autres à

réponses multiples ainsi qu'une échelle de Likert (question n°11 du questionnaire). Pour cette dernière, nous avons choisi de proposer une échelle à 4 niveaux afin d'inciter les répondants à prendre position.

Le questionnaire comprend également 8 questions ouvertes. En effet, bien qu'elles soient plus complexes à traiter, elles offrent au répondant une plus grande liberté d'expression (Fenneteau, 2015). Ce type de question est particulièrement intéressant pour évaluer les connaissances des répondants sans les influencer.

En complément, 4 questions mixtes sont présentes. Celles-ci offrent une liste de réponses préétablies, tout en permettant aux répondants d'ajouter des précisions ou des nuances en sélectionnant et en détaillant l'option « autre ».

Tableau 2 : Répartition des types de question dans le questionnaire

Type de questions	Numéro des questions concernées	Nombre de questions concernées
Fermées	1, 2, 6, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 22	12
Mixte (semi-ouverte ou semi-fermée)	7, 9, 19, 23	4
Ouverte	3, 4, 5, 12, 13, 18, 21, 24	8

3. Déroulement de l'étude

3.1. Pré-test et validation

Une première relecture du questionnaire a été réalisée en novembre 2024, par ma directrice de mémoire ainsi que par un expert de la méthodologie du questionnaire. Cette relecture critique a permis de vérifier la cohérence globale du questionnaire et de limiter les biais méthodologiques. A la suite de cette relecture, nous avons notamment supprimé une phrase susceptible d'influencer la participation à l'étude et ajouté un item.

Puis, nous avons réalisé une phase de pré-test avant la diffusion du questionnaire en décembre 2024. Celle-ci a été effectuée auprès de 2 chirurgiens-dentistes, professionnels correspondant à la population cible de l'étude. Cette étape nous a permis de recueillir des retours sur la clarté et la formulation des questions sélectionnées, ainsi que d'évaluer le temps requis pour compléter le questionnaire. Le questionnaire étant ainsi validé, nous avons pu passer à la phase de diffusion.

3.2. Diffusion du questionnaire :

La collecte des données s'est déroulée du 02 janvier au 22 février 2025 (soit une période d'un mois et 20 jours). Nous avons transmis le lien permettant de répondre au questionnaire aux conseils départementaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes ainsi qu'aux URPS des chirurgiens-dentistes ayant répondu favorablement à notre demande de diffusion. Une relance a été effectuée le 22 janvier 2025.

Le questionnaire pouvait être complété par les répondants sur le support de leur choix (ordinateur, tablette, téléphone).

4. Analyse des données

Une fois les résultats obtenus, les données ont été exportées de la plateforme SphinxOnline® vers le tableur Excel® pour en faciliter le traitement. Nous avons ensuite procédé à une double analyse des données associant à la fois une approche quantitative et une approche qualitative.

D'une part, une analyse descriptive des données quantitatives a été réalisée pour obtenir des tendances générales, avec des pourcentages calculés via Excel®. Puis, une analyse plus approfondie des données quantitatives a été effectuée avec le logiciel R®. Sur le plan statistique, un test de proportionnalité (prop.test) a été réalisé pour chaque hypothèse afin de vérifier la significativité des résultats. Ce test nous a permis de calculer des intervalles de confiance (IC) pour les données extraites, avec un niveau de confiance de 95%. Un résultat est alors considéré comme significatif si la p-value est inférieure à 5%.

Par ailleurs, afin de juger de la validité des hypothèses opérationnelles, un seuil décisionnel de 70 % a été fixé. Cela signifie qu'une hypothèse est considérée comme validée si au moins 70% des participants adoptent un comportement conforme à cette hypothèse. En dessous de ce seuil, l'hypothèse est considérée comme invalidée.

En complément de l'analyse descriptive et du test de proportionnalité, un test de McNemar a été réalisé. Ce test statistique s'applique à des données appariées binaires (ici : "signe mentionné" / "signe non mentionné") et permet de déterminer s'il existe une différence significative entre deux conditions dépendantes (en l'occurrence, les réponses aux questions 13 et 16). Il a été utilisé pour évaluer si les signes des TAP mentionnés spontanément par les chirurgiens-dentistes diffèrent de ceux qu'ils identifient effectivement en pratique clinique. Le test compare les réponses discordantes entre les deux conditions, selon la formule : $\chi^2 = (|b - c| - 1)^2 / (b + c)$, où b et c représentent les effectifs des réponses opposées (présence dans une question seulement). La statistique suit une distribution du χ^2 à 1 degré de liberté. Un résultat est considéré comme significatif si la valeur calculée dépasse 3,84, ce qui correspond à une probabilité d'erreur inférieure à 5 % ($p < 0.05$). Les calculs ont été effectués à l'aide d'un tableau de contingence construit sous Excel®.

D'autre part, une analyse thématique des questions ouvertes a été menée afin d'explorer les réponses qualitatives. Plus particulièrement, les questions 10 (définition des TAP), 11 (signes évocateurs des TAP) et 18 (adaptations de la prise en soin) ont fait l'objet d'une analyse particulière pour faire émerger les représentations des chirurgiens-dentistes et orthodontistes.

Pour analyser les définitions recueillies à la question 10, nous nous sommes appuyée sur la littérature et avons sélectionné trois dimensions caractéristiques des TAP : les difficultés motrices, les troubles psycho-comportementaux et les troubles sensoriels (Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2021). Chaque réponse a ainsi été analysée en fonction de la présence ou non de ces trois éléments. Une définition a été considérée comme complète lorsqu'elle faisait explicitement référence à l'ensemble de ces critères. Cette grille d'analyse nous a permis de catégoriser les réponses selon leur niveau de complétude et de mieux cerner les représentations professionnelles des TAP.

Présentation des résultats

Nous avons collecté 141 réponses à ce questionnaire. Toutes les réponses étaient complètes ce qui n'a entraîné l'exclusion d'aucun participant. Cette section s'organise en trois temps. Nous commencerons par décrire les caractéristiques de l'échantillon étudié. Nous examinerons ensuite le niveau de connaissances théoriques des professionnels interrogés au sujet des TAP. Enfin, nous analyserons leurs pratiques cliniques en lien avec cette problématique.

1. Description de l'échantillon

1.1. Caractéristiques des participants

Tableau 3 : Répartition des participants en fonction du sexe et de la profession

	Féminin	Masculin	Total	Pourcentage
Chirurgiens-dentistes	82	44	126	89,4 %
Orthodontistes	9	6	15	10,6 %
Total	91	50	141	100 %
Pourcentage	64,5 %	35,5 %	100%	

L'échantillon est composé de 126 chirurgiens-dentistes (89,4 %) et 15 chirurgiens-dentistes spécialisés en orthodontie (10,6 %). Parmi l'ensemble des participants, 64,5 % sont des femmes et 35,5 % sont des hommes.

1.2. Année d'obtention du diplôme

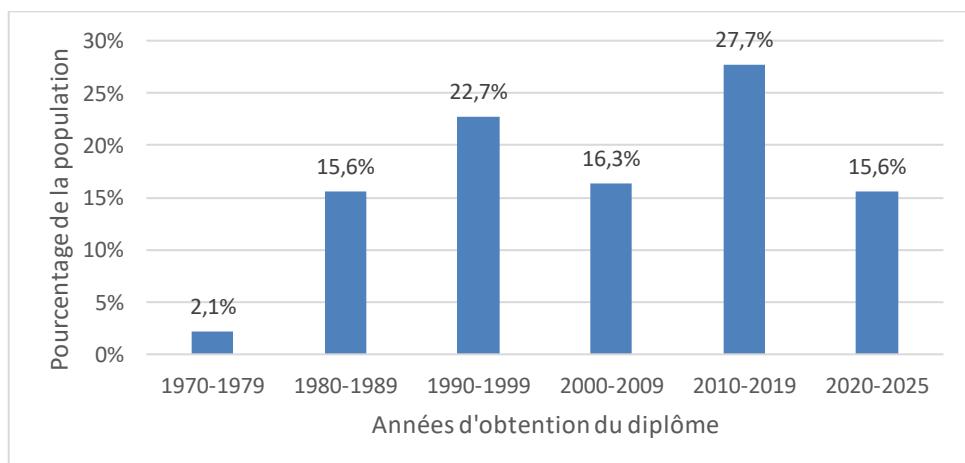


Figure 2 : Histogramme représentant la distribution des participants selon leur année d'obtention du diplôme

Les années d'obtention du diplôme étant variées, nous avons opté pour un regroupement par tranches d'années d'obtention du diplôme. Nous retrouvons des groupes hétérogènes. La

majorité des participants à l'enquête ont obtenu leur diplôme récemment, avec une concentration plus importante entre 2010 et 2019, période durant laquelle 27,7 % des répondants ont été diplômés. Les chirurgiens-dentistes ayant obtenu leur diplôme entre 1970 et 1979 sont très peu représentés (2,1 %). De manière générale, il y a une majorité de participants (59,6 %) diplômés récemment (entre 2000 et 2025).

1.3. Ville de formation

Les participants ont été formés dans 21 villes différentes. 95 % des répondants ont effectué leur formation initiale en France (soit 134 répondants). Parmi les participants formés en France, la ville de Lille ressort particulièrement avec 54 réponses (soit 38,3 % des répondants), suivie de Toulouse avec 22 réponses (15,6 %), de Strasbourg (7,1 %) et de Lyon (5 %) et Paris (5 %). De manière plus marginale, les répondants ont été formés à Nantes (4,3 %), Bordeaux (3,5 %), Clermont-Ferrand (3,5 %), Reims (3,5 %), Nancy (2,8 %), Rennes (2,8 %) et enfin Montpellier, Marseille et Nice (0,7 % des participants chacun).

Les 5 % restants (soit 7 répondants) se sont formés à l'étranger dans les villes suivantes : Barcelone, Brisbane, Bruxelles, Constanta, Liège, Madrid et Oran.

Détail de l'ensemble des villes en annexe (annexe III).

1.4. Département d'exercice

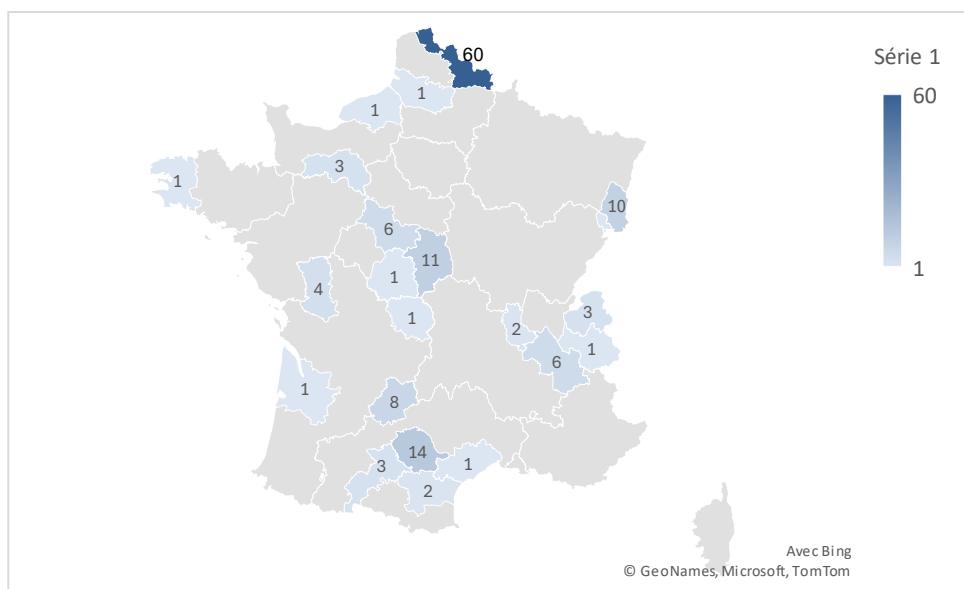


Figure 3 : Carte de France représentant la répartition des répondants selon leur département d'exercice

Les 141 participants à l'étude exercent dans 22 départements différents. Nous observons une distribution hétérogène des participants à travers le territoire français. Le département du Nord (59) se distingue particulièrement avec la participation la plus élevée (60 participants, soit 42,6 % de l'échantillon). Les autres départements représentés sur cette carte comptent entre 14 participants, comme c'est le cas pour le Tarn (81), et 1 participant pour la majorité des départements comme la Somme (80) ou encore la Creuse (23). La liste détaillée des départements d'exercice des participants se trouve en annexe (annexe IV).

2. Connaissances des répondants sur les TAP

2.1. Connaissance terminologique

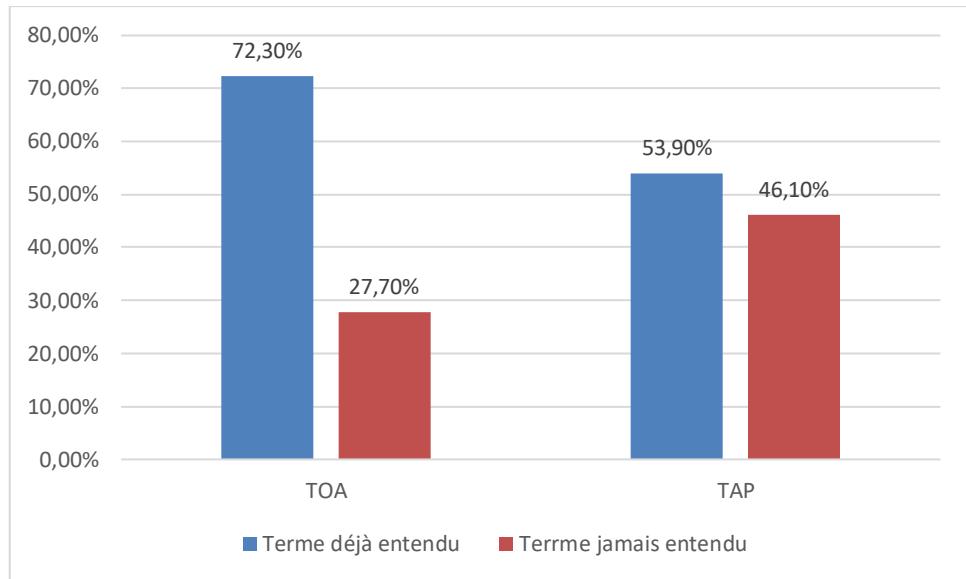


Figure 4 : Histogramme comparant la notoriété des termes « TOA » et « TAP »

Nous remarquons que la majorité des participants ont déjà entendu les deux termes, à savoir « troubles de l'oralité alimentaire » (TOA) à 72,3 % et « troubles alimentaires pédiatriques » (TAP) à 53,9 %. Néanmoins, le terme « TAP » est davantage méconnu des chirurgiens-dentistes, 46,1 % IC [37,7 ; 54,6] n'en ayant jamais entendu parler, contre 27,7 % IC [20,6 ; 35,9] pour le terme « TOA » qui est plus largement répandu.

2.2. Sources de connaissance terminologique

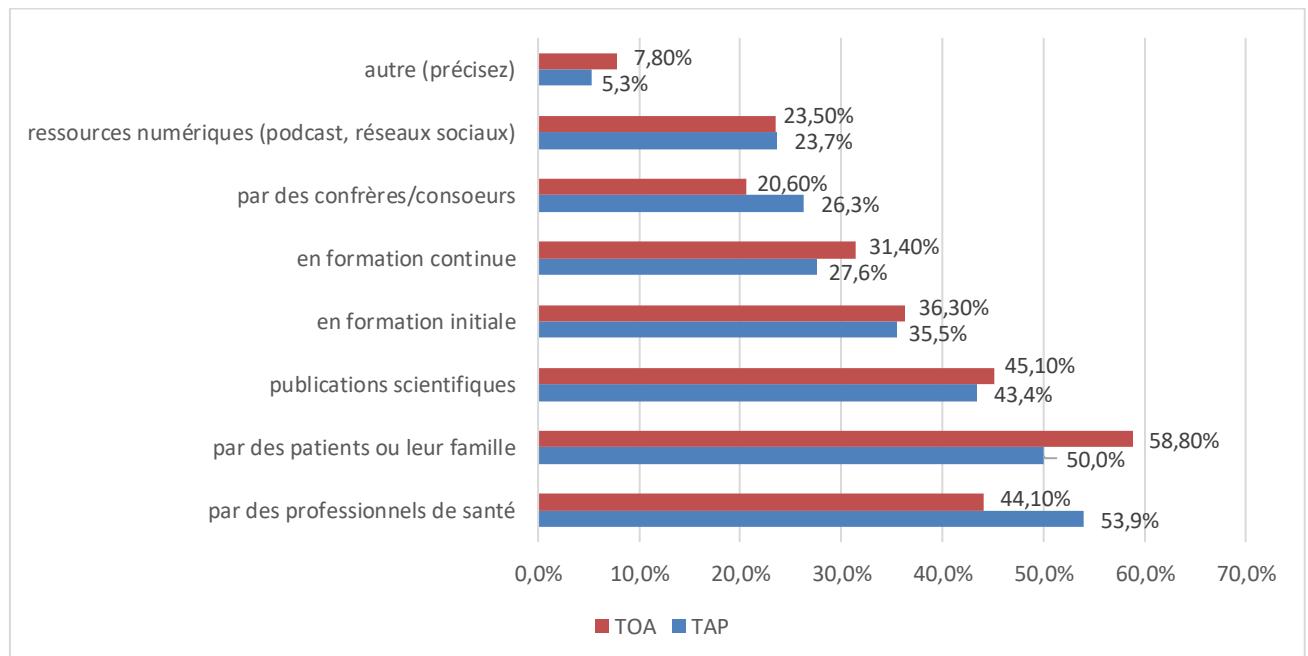


Figure 5 : Graphique en barres présentant les différents canaux de découverte des termes TOA et TAP en fonction du pourcentage de participants

Les sources d'apprentissage des termes « TOA » et « TAP » sont variées et plurielles pour la plupart des participants. Nous remarquons que le terme TAP est majoritairement entendu pour la première fois lors d'échange avec des professionnels de santé (53,9 %), tandis que le terme TOA est principalement découvert lors d'échanges avec les patients ou leur famille (58,8 %). L'acquisition de cette terminologie durant les études initiales concerne respectivement seulement 35,5 % des participants pour les TAP et 36,3 % pour les TOA.

La catégorie « autre » a fait émerger une source supplémentaire. En effet, les participants qui l'ont sélectionné mentionnent tous avoir découvert ces termes à travers des expériences personnelles (ex : membre de leur entourage touché par ces troubles).

2.3. Enseignement lors de la formation initiale

Seuls 10,6 % des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes interrogés ont déjà suivi un cours spécifique sur les TAP. Ainsi, 89,4 %, IC [82,7 ; 93,7] des participants à l'étude n'ont jamais bénéficié d'un tel cours.

2.4. Estimation du niveau de connaissance

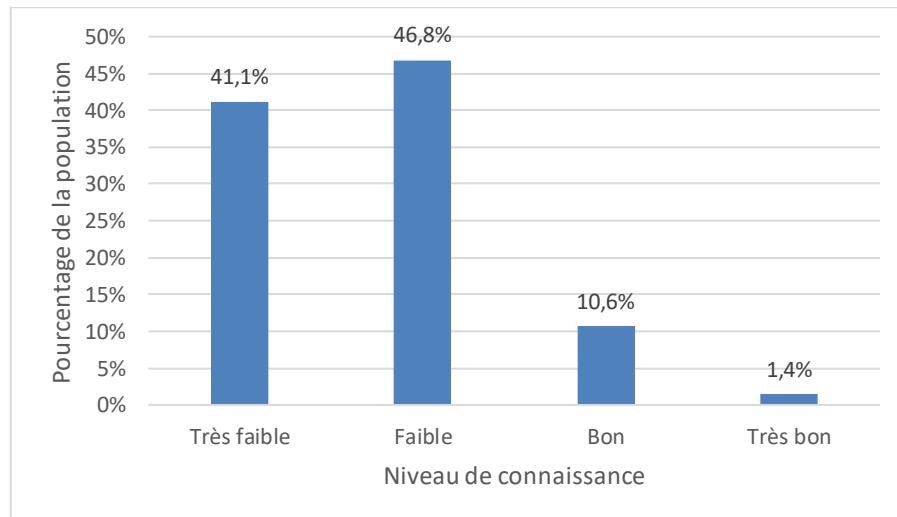


Figure 6 : Histogramme illustrant la perception qu'ont les chirurgiens-dentistes et orthodontistes de leur niveau de connaissance des TAP

Ce graphique met en évidence le ressenti des chirurgiens-dentistes et orthodontistes quant à leur niveau de connaissance des TAP. Il en ressort qu'une très large majorité des répondants évalue ce niveau comme étant faible (46,8 %) ou très faible (41,1 %), représentant au total 87,9 % IC [81,1 ; 91,6] des personnes interrogées. A l'inverse, seuls 10,6 % estiment avoir un bon niveau de connaissance et 1,4 % un très bon niveau. Ainsi, seulement 12 % des participants portent un regard favorable sur leur maîtrise du sujet.

2.5. Définition des troubles alimentaires pédiatriques

2.5.1. Analyse de la complétude des réponses

Les réponses à la question ouverte ont été analysées selon l'identification des trois dimensions des TAP : motrice, sensorielle et psycho-comportementale. L'analyse a consisté à repérer, pour chaque réponse, la présence ou l'absence d'éléments correspondant à

chacune de ces dimensions. Nous considérons une définition comme complète lorsqu'elle faisait apparaître les trois versants.

Sur l'ensemble des réponses recueillies, seuls 3 chirurgiens-dentistes (2,1 %) ont proposé une définition des TAP intégrant les trois dimensions attendues. Voici un exemple de définition jugée complète : « c'est une difficulté en lien avec la prise alimentaire, à tout âge. Le trouble peut être d'ordre « mécanique », quand il concerne la qualité de la mastication, de la déglutition, succion, etc ; ou en lien avec la sensorialité (difficulté quant à la gestion des informations sensorielles). La réaction de protection la plus courante est alors un refus de manger ».

La grande majorité des réponses se sont révélées incomplètes : 10,6 % des répondants ont mentionné deux versants, 35,5 % en ont mentionné un seul, tandis que 51,8 % n'ont évoqué aucun des trois versants. Ainsi, 97,9 % IC [93,4 ; 99,4] des participants n'ont pas intégré l'ensemble des trois versants retenus dans leur définition des TAP.

2.5.2. Analyse thématique des définitions

Le versant sensoriel est le plus cité par les répondants (des éléments caractéristiques de ce versant étant cité par 24,8 % des répondants). Dans ce domaine, nous retrouvons les notions d' « hypersensibilité », de « refus de toucher les aliments » ou encore « non tolérance des aliments ou d'objets en bouche ». Les difficultés d'ordre moteur sont ensuite mentionnées par 24,1 % des répondants avec des réponses comme « altération de la fonction de déglutition », « problèmes de mastication » ou « troubles moteurs ». Enfin, 14,2 % des chirurgiens-dentistes évoquent des signes représentatifs du versant psycho-comportemental (« réactions psychologiques de refus », « difficultés comportementales »....).

D'autres thématiques apparaissent dans des proportions plus faibles. 9,9 % des répondants déclarent ne pas savoir définir les TAP, en indiquant par exemple « aucune idée » ou « je ne sais pas ». 9,2 % des participants ont associé les TAP à des troubles d'origine psychiatrique tels que les troubles du comportement alimentaire (TCA) de type anorexie et boulimie ou les troubles obsessionnels compulsifs (TOC). D'autres aspects font référence à de « mauvaises habitudes alimentaires » (5,7 %), à un déséquilibre nutritionnel (5,7 %) ainsi que des problèmes de satiété (1,4 %).

2.6. Identification des signes cliniques des TAP

2.6.1. Connaissances théoriques des signes cliniques

Les répondants ont identifié plusieurs types de signes comme pouvant évoquer des TAP. L'analyse thématique des réponses a permis de dégager 6 grandes thématiques.

La catégorie la plus représentée concerne les troubles alimentaires eux-mêmes (33,3 %), avec la mention de signes tels que le refus de manger (15,6 %), la sélectivité alimentaire (6,4 %) ou les difficultés de diversification de l'alimentation (6,4 %).

Les problèmes de poids arrivent en deuxième position (32,6 %), les répondants mentionnant principalement des signes tels que les variations de poids (prise ou perte) avec 21,3 % ainsi que l'existence d'un indice de masse corporelle (IMC) dit « anormal » (11,3 %) se manifestant par une maigreur ou une obésité.

Les problèmes dentaires sont également évoqués par 27,7 % des répondants. Les chirurgiens-dentistes évoquent des manifestations bucco-dentaires comme des caries multiples (10,6 %), une béance (5 %), un développement anormal des mâchoires (3,5 %) une

érosion dentaire (3,5 %), des problèmes d'hygiène buccale (2,8 %) ou encore des malpositions dentaires (2,1 %).

Les répondants ont également évoqué des difficultés motrices (20,6 %), avec des signes comme les troubles de la déglutition (6,4 %) ou un réflexe nauséux marqué (5,7 %), un mauvais placement lingual (5 %) et des difficultés de succion et mastication (4,3%).

Les aspects comportementaux et émotionnels sont aussi relevés par 19,1 % des participants, avec des éléments tels que l'anxiété (5,7 %), le refus des soins bucco-dentaires (8,5 %) ou une sensibilité orale marquée (3,5 %).

Enfin, des problèmes de santé généraux ou associés ont été cités dans 16,3 % des cas. Les chirurgiens-dentistes identifient des marqueurs tels que des troubles de la croissance, des vomissements, des troubles digestifs ou encore des carences nutritionnelles.

À noter que 10,6 % des participants ont indiqué ne pas savoir répondre à cette question.

2.6.2. Caractéristiques de la patientèle

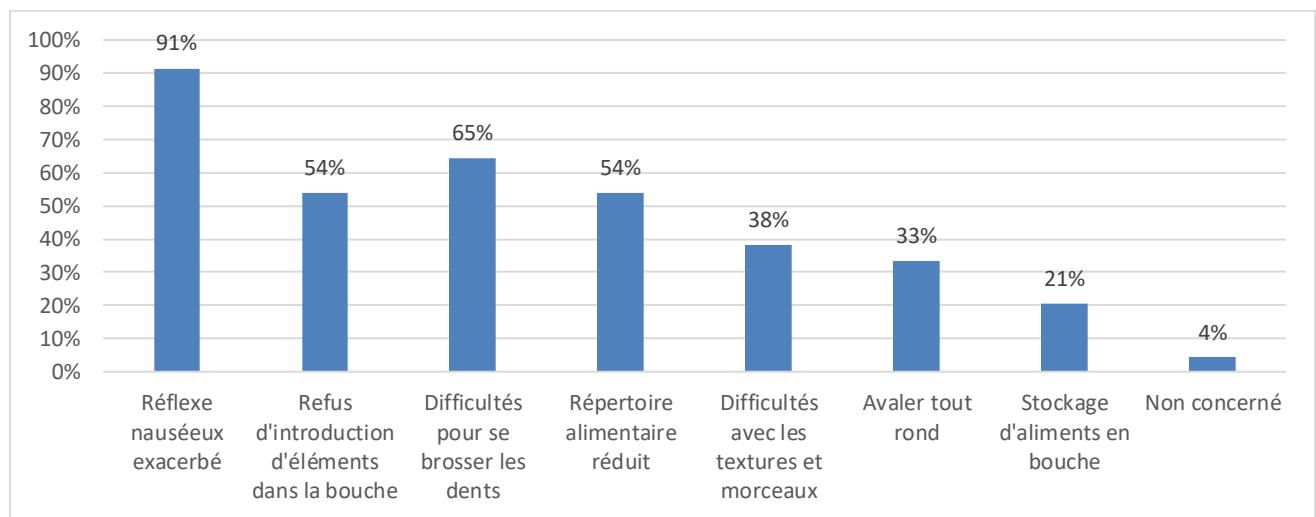


Figure 7 : Histogramme illustrant les signes évocateurs de TAP les plus rencontrés au sein de la patientèle des chirurgiens-dentistes et orthodontistes

Les chirurgiens-dentistes et orthodontistes ont désigné le réflexe nauséux comme le symptôme de TAP le plus fréquemment observé en cabinet (par 91 % des participants). Le second signe le plus courant chez leurs patients est la difficulté, voire l'impossibilité, de se brosser les dents (65 %). Plus de la moitié des praticiens ayant répondu à l'étude (54 %) signalent également le refus d'introduire des objets ou doigts dans la bouche et un répertoire alimentaire limité. La tendance à avaler sans mâcher (« tout rond ») concerne 33 % des patients, tandis que 21 % stockent les aliments en bouche. Enfin, 4 % des praticiens affirment ne constater aucun de ces signes chez leurs patients.

2.6.3. Comparaison entre connaissances théoriques et identification clinique

Nous avons comparé les résultats décrits précédemment, c'est-à-dire les réponses obtenues aux questions 13 et 16.

Tableau 4 : Croisement entre les signes évoqués spontanément comme indicateurs de TAP et les signes cliniquement observés par les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes

	Réflexe nauséux	Refus d'introduction d'élément en bouche	Difficultés de brossage des dents	Répertoire alimentaire réduit	Difficultés à accepter les variations de textures	Avaler sans mâcher	Stockage d'aliments en bouche
Evocation théorique (question 13)	8,5 %	9,2 %	4,3 %	7,8 %	8,5 %	0 %	0 %
Reconnaissance clinique (question 16)	91 %	54 %	65 %	54 %	38 %	33 %	21 %

Les résultats obtenus montrent des différences notables entre connaissances théoriques et reconnaissance clinique. En ce qui concerne le réflexe nauséux, 8,5 % des participants ont mentionné ce signe dans une approche théorique, tandis que 91 % ont réussi à le reconnaître en pratique clinique. Le test de McNemar a révélé une différence statistiquement significative ($\chi^2 = 113,076$), ce qui suggère une forte divergence entre les deux contextes. Pour le refus d'introduction d'élément en bouche, 9,2 % des professionnels l'ont évoqué théoriquement, et 54 % l'ont identifié lors des consultations cliniques ($\chi^2 = 54,141$, confirmant cette différence significative). Concernant les difficultés de brossage des dents, 4,3 % des répondants le mentionnent spontanément comme un signe évocateur des TAP, alors que 65 % ont pu le repérer en pratique clinique ($\chi^2 = 84,012$). 7,8 % des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes évoquent le répertoire alimentaire réduit comme un signe évocateur des TAP, tandis que 54 % des professionnels l'ont reconnu dans leur patientèle en clinique ($\chi^2 = 59,362$). En ce qui concerne les difficultés à accepter les variations de textures et à introduire les morceaux, 8,5 % des répondants l'ont mentionné théoriquement, et 38 % l'ont identifié en pratique clinique ($\chi^2 = 36,543$). Aucun participant n'a fait mention du signe « avaler » sans mâcher de manière spontanée mais 33 % des professionnels l'ont repéré en consultation ($\chi^2 = 44,022$). Enfin, le stockage d'aliments en bouche n'a été évoqué par aucun participant dans un cadre théorique, alors que 21 % des chirurgiens-dentistes et orthodontistes ont su l'identifier en pratique clinique ($\chi^2 = 28,033$).

Le test de McNemar (χ^2) a été utilisé pour comparer les réponses théoriques (question 13) et cliniques (question 16) pour chacun des six signes cliniques. Les résultats détaillés, indiquant des différences significatives pour chaque signe ($p < 0,05$), sont présentés en annexe (annexe V).

2.7. Connaissance de la population présentant des TAP

Il apparaît que 46,1 % des répondants ont sélectionné les quatre options indiquant que, selon eux, les TAP peuvent exister à tout âge de la vie (c'est-à-dire chez le nourrisson, l'enfant, l'adulte et chez la personne âgées). A l'inverse, 53,9 %, IC [45,3 ; 62,3] n'ont pas sélectionné l'ensemble de ces options.

Par ailleurs, nous notons que les termes « troubles alimentaires pédiatriques » et « troubles de l'oralité alimentaire » sont majoritairement associés à une population jeune avec 97 %, des participants qui pensent que les TAP affectent les enfants et 83 % qui pensent que ces troubles affectent les nourrissons. Plus de la moitié des participants (respectivement 56 % et 55 %) considèrent que les TAP affectent également les adultes et les personnes âgées.

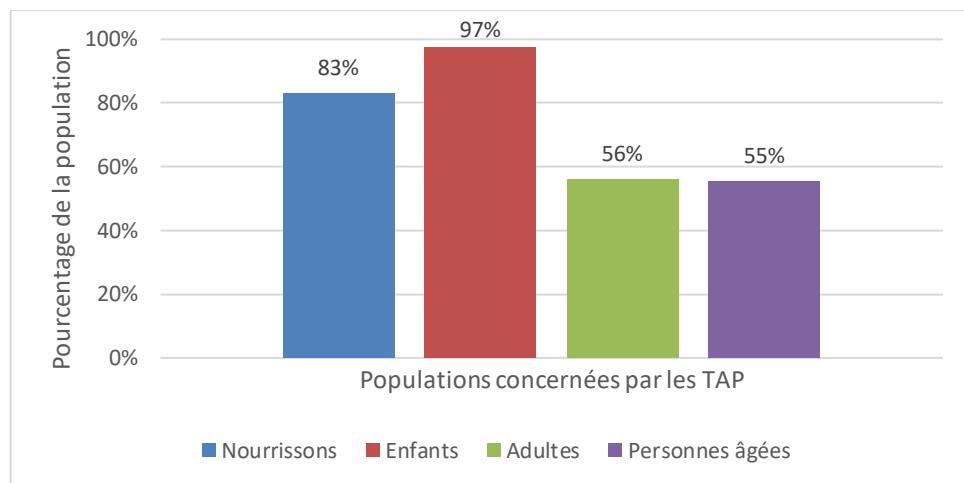


Figure 8 : Histogramme représentant les populations pouvant être affectées par des TAP selon les répondants

3. Pratiques professionnelles des répondants

3.1. Utilisation d'outils de dépistage

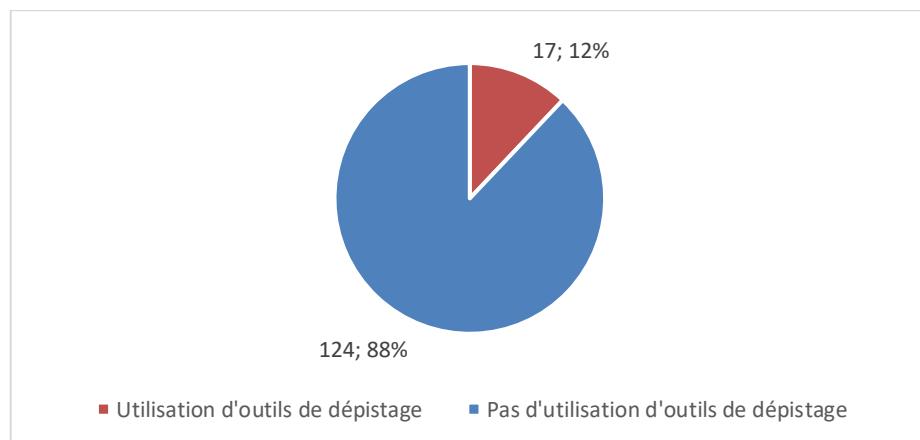


Figure 9 : Diagramme représentant la proportion de chirurgiens-dentistes et orthodontistes utilisant des outils de dépistage des TAP

Une grande majorité de l'échantillon étudié, soit 88 % (IC [81,1 ; 92,6]) n'emploie pas d'outils permettant de dépister les TAP dans sa pratique clinique. 12 % ont recours à des outils de dépistage.

3.2. Mise en place d'adaptations

Parmi les répondants, 70 % IC [61,8 ; 77,4] mettent en place des adaptations lorsqu'ils rencontrent des symptômes évocateurs d'un TAP. Les 30 % IC [22,5 ; 38,1] restant n'adaptent pas leur prise en soin.

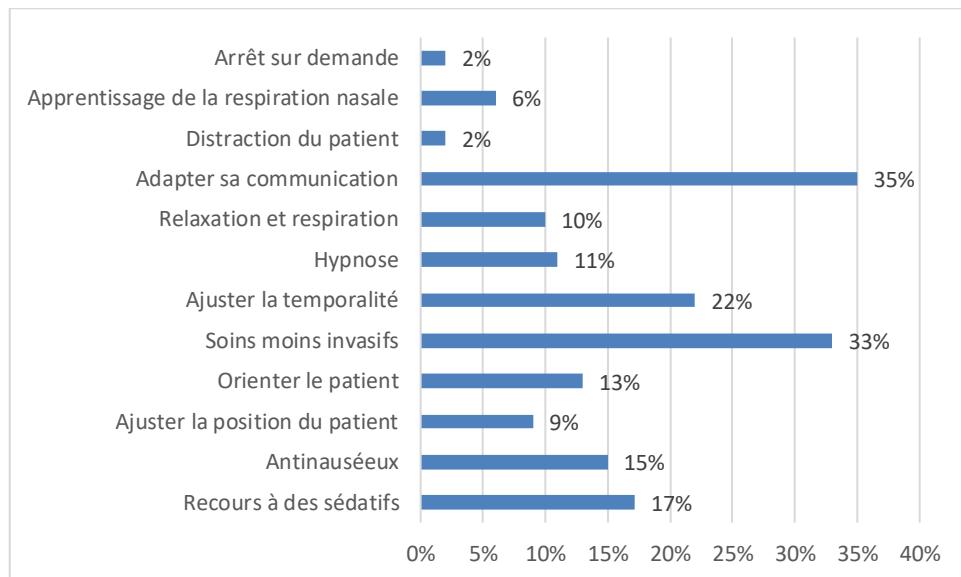


Figure 10 : Diagramme en barres représentant les adaptations mises en place par les chirurgiens-dentistes dans le cadre de manifestations de TAP

L'adaptation la plus fréquente parmi les répondants est l'ajustement de leur communication (35 %) en expliquant leurs gestes cliniques, en échangeant et en rassurant les patients. Par ailleurs, 33 % des chirurgiens-dentistes et orthodontistes recourent à des soins moins invasifs pour ces patients comme la réalisation d'empreintes optiques ou des précautions pour éviter de toucher la langue. 22 % des chirurgiens-dentistes vont également agir sur la temporalité pour les patients atteints de TAP en raccourcissant les rendez-vous ou au contraire en les rallongeant, en fixant des rendez-vous le matin... Les techniques de sédation sont utilisées par 17 % des professionnels (anesthésie locale, prémédication neuro-sédative, protoxyde d'azote) et 15 % agissent sur le réflexe nauséux (via des exercices ou une médication). L'orientation du patient (13 %), l'utilisation de l'hypnose (11 %) et des techniques de relaxation (10 %) sont également utilisées. D'autres adaptations sont moins fréquentes : apprendre la respiration nasale (6 %) ou encore distraire le patient (2 %).

3.3. Incidence sur la prise en soin

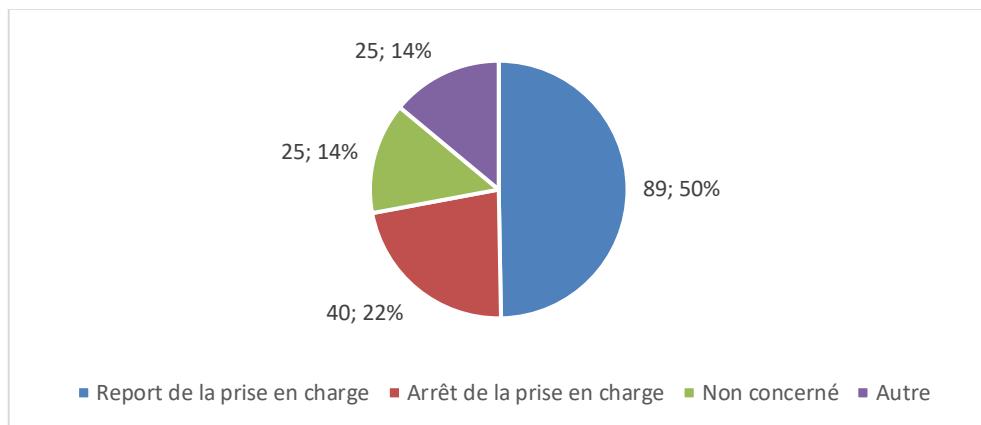


Figure 11 : Diagramme représentant les conséquences des TAP sur la prise en soin des chirurgiens-dentistes et orthodontistes

La moitié des praticiens (50%) a déjà dû reporter leur prise en soin en raison des manifestations des TAP. 22 % des répondants ont dû arrêter la prise en charge en raison de ces symptômes. Ainsi, dans 72,1% IC [64,8 ; 78,4] la présence de TAP a engendré une incidence sur la prise en soin. Les 14 % ayant répondu « autre » estiment que la prise en soin s'est poursuivie (avec adaptation) malgré la présence de TAP. Enfin, 14 % estiment ne pas être concernés par cette question.

3.4. Orientation des patients

Dans l'échantillon, 44 %, IC [35,7 ; 52,6] des chirurgiens-dentistes n'adressent pas leurs patients vers d'autres professionnels en cas de difficultés dans leur prise en soin, contre 56 % qui procèdent à une orientation.

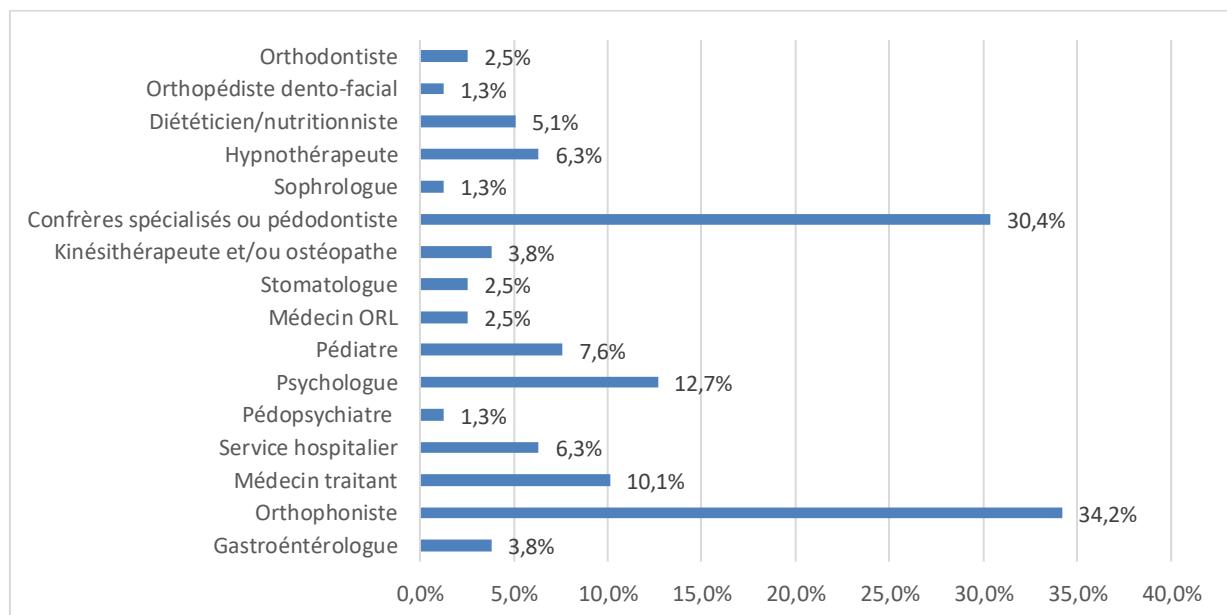


Figure 12 : Graphique à barres représentant la répartition des professionnels vers lesquels les chirurgiens-dentistes et orthodontistes orientent les patients atteints de TAP

L'orthophoniste est la première profession vers laquelle les chirurgiens-dentistes orientent leurs patients dans le cadre de TAP (34,2 % pour n = 79). En contrepartie, 65,4% IC [54,2 % ; 75,9 %] des professionnels orientant leurs patients n'évoquent pas l'orthophonie.

En deuxième position, soit 30,4 % des cas, les professionnels adressent leurs patients à des collègues spécialisés dans la prise en soin de cette population et/ou à des pédodontistes. Le psychologue (12,7 %) et le médecin traitant (10,1 %) sont également plébiscités dans ce cadre. De nombreuses autres professions ont également été citées dans des proportions moins importantes (diététicien ou nutritionniste, kinésithérapeute, sophrologue, gastroentérologue, médecin ORL...).

Ainsi, sur l'ensemble des répondants (n = 141) seulement 27 indiquent orienter leurs patients présentant des signes de TAP vers un orthophoniste (soit 19,1 %). L'autre partie de l'échantillon, soit 80,9 % IC [73,2 ; 86,8], n'orient pas vers l'orthophoniste

3.5. Perception du besoin de formation

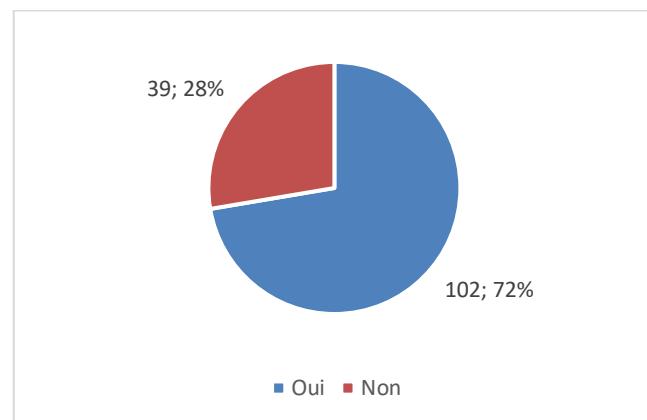


Figure 13 : Diagramme représentant le besoin de formation ressenti par les chirurgiens-dentistes au sujet des TAP

72%, IC [64,1 ; 79,4] des répondants ressentent le besoin de se former sur les troubles alimentaires pédiatriques et leurs conséquences bucco-dentaires. 28% estiment que cela n'est pas nécessaire.

3.6. Bénéfice d'un dépistage systématique

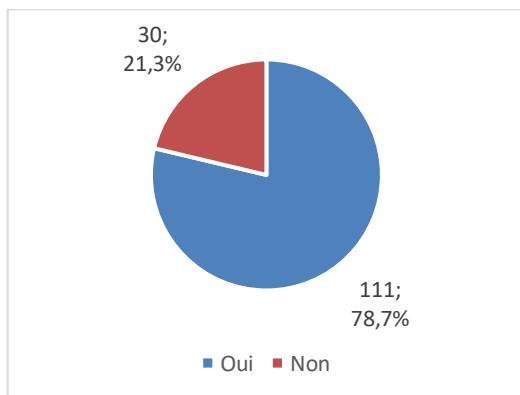


Figure 14 : Diagramme représentant l'opinion des professionnels sur l'introduction d'un protocole de dépistage des TAP en cabinet dentaire

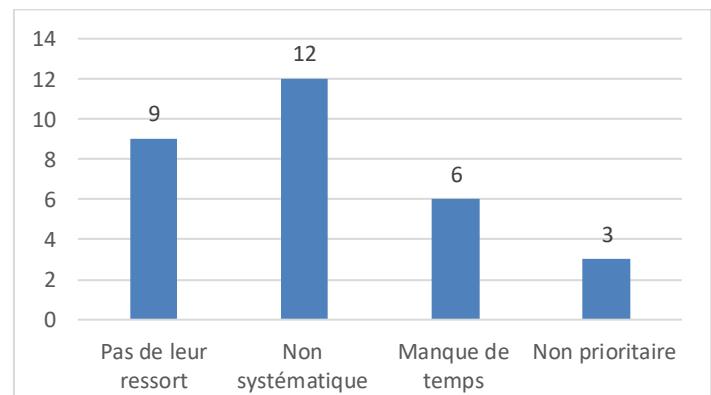


Figure 15 : Histogramme représentant les freins à l'utilisation d'un outil de dépistage systématique des TAP

Il ressort de cette question que 78,7 %, IC [70,9 ; 85] des participants jugent pertinent d'intégrer un dépistage systématique des TAP dans le cadre de leurs consultations. A l'inverse, 21 % des répondants considèrent qu'il ne serait pas bénéfique d'installer un tel dépistage, évoquant plusieurs raisons justifiant cette position. En effet, 12 des répondants défavorables (40 %) envisagent la mise en place d'un dépistage, mais de manière non systématique, tandis que 9 (30 %) estiment que ce dépistage n'est pas leur ressort (estimant que c'est le rôle d'autres professionnels de santé tels que le pédiatre, l'orthophoniste ou le médecin généraliste). En outre, 6 répondants (20 %) font valoir un manque de temps dans leur pratique pour instaurer un tel dépistage et 3 répondants (10 %) considèrent qu'il ne s'agit pas d'une priorité dans le cadre de leurs activités professionnelles.

3.7. Remarques supplémentaires

35 participants ont répondu à cette section et l'analyse de leurs réponses a fait émerger 6 thématiques. La principale idée qui ressort concerne l'intérêt manifesté pour une formation sur les TAP (20%). 20% rapportent un manque de formation (initiale et continue) à ce sujet. 17% sont intéressés par les résultats de l'étude et souhaitent y avoir accès. 11% des répondants valorisent le sujet abordé par cette étude. 11% expriment le désir d'en savoir davantage sur les traitements à proposer à leurs patients ainsi que sur les professionnels vers lesquels les orienter. Enfin, 11% manifestent l'envie d'obtenir un outil de dépistage.

Plusieurs répondants ont exprimé des préférences concernant la création d'un support de dépistage à intégrer dans leur pratique. Ils suggèrent, par exemple, l'élaboration d'un outil simple contenant deux à trois questions clés à poser aux patients, accompagné de recommandations sur les conduites à tenir, notamment en termes d'orientation vers les professionnels adaptés en fonction des signes observés.

Plusieurs attentes ressortent en matière de formation. Les participants mettent en avant l'importance de formations interdisciplinaires, favorisant les échanges entre professionnels. Ils manifestent de l'intérêt pour des formats courts, centrés sur la pratique clinique (inclusion d'une partie spécifique dédiée aux répercussions des TAP sur la santé bucco- dentaire).

Discussion

1. Interprétation des résultats au regard de nos hypothèses de recherche

L'objectif de ce projet de recherche est de faire un état des lieux des connaissances et des représentations des chirurgiens-dentistes et orthodontistes à propos des TAP. Pour cela, nous avons réalisé un questionnaire à destination de ces professionnels et émis plusieurs hypothèses. A présent, nous confrontons les résultats obtenus aux hypothèses formulées.

1.1. Vérification de la première hypothèse générale portant sur les connaissances théoriques des TAP par les chirurgiens-dentistes

Notre première hypothèse générale est la suivante : « *Les chirurgiens-dentistes et orthodontistes méconnaissent les TAP.* ». Elle se décline en 5 hypothèses opérationnelles.

1.1.1. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 1.1 portant sur la notoriété des termes TAP et TOA dans le milieu odontologique

Notre hypothèse opérationnelle 1.1 est la suivante : « *Les termes “troubles de l'oralité alimentaire” et “troubles alimentaires pédiatriques” ont déjà été entendus par les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes* ».

Afin d'étudier cette hypothèse, nous nous sommes appuyés sur les réponses obtenues aux questions « Avez-vous déjà entendu le terme « troubles de l'oralité alimentaire » et « Avez-vous déjà entendu le terme « troubles alimentaires pédiatriques ? ». Nous avons alors pu observer que 72,3% IC [64,1 ; 79,4] avaient déjà entendu la dénomination de « TOA » avec une p-value inférieure à 5% (p-value = 1,776^e-7).

Concernant le terme « TAP », 53,9% IC [45,3 ; 62,3] des participants l'avaient déjà entendu. Au regard du seuil de significativité fixé à 70%, ce pourcentage n'est ici pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle 1.1 est ainsi partiellement validée. La p-value étant strictement inférieure à 5%, nous pouvons affirmer que le terme « TOA » a déjà été entendu par les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes, en revanche, cela ne fait pas consensus pour l'appellation « TAP », qui semble nettement moins répandue.

1.1.2. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 1.2 portant sur l'intégration des TAP dans les cursus universitaires des chirurgiens-dentistes

Notre hypothèse opérationnelle 1.2 est la suivante : « *Les chirurgiens-dentistes et orthodontistes n'ont pas reçu d'enseignement spécifique aux TAP lors de leur formation initiale* ».

Pour traiter cette hypothèse nous nous sommes appuyés sur la question « Avez-vous suivi un cours spécifiquement axé sur les troubles alimentaires pédiatriques ou les troubles de l'oralité alimentaire pendant vos études ? ». Nous constatons que 89,4% IC [82,7 ; 93,7] des praticiens interrogés n'ont pas bénéficié d'un enseignement ciblé sur les TAP, élément pouvant participer à la méconnaissance de ces troubles.

Les résultats de la question portant sur les sources d'apprentissage terminologique vont également dans ce sens. En effet, pour les deux termes, la première source d'apprentissage n'est pas la formation initiale mais les échanges avec les patients et leur famille (58,8 %), suivi

d'échanges avec les professionnels de santé (53,9 % pour les TAP). La formation initiale comme première source d'exposition aux termes TOA et TAP concerne 35 % des participants.

Au vu de ce résultat et du pourcentage obtenu supérieur à notre seuil fixé à 70%, l'hypothèse opérationnelle 1.2 est validée.

1.1.3. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 1.3 portant sur le ressenti des chirurgiens-dentistes et orthodontistes vis-à-vis de leurs propres connaissances

Notre hypothèse opérationnelle 1.3 est la suivante : « *Les chirurgiens-dentistes et orthodontistes estiment avoir un faible niveau de connaissance concernant les TAP.* »

La validation de cette hypothèse repose sur les éléments de réponse obtenus à la question « Estimez votre niveau de connaissance sur les troubles alimentaires pédiatriques / troubles de l'oralité alimentaire ». Les participants avaient alors 4 possibilités de réponse : très bon, bon, faible, très faible.

Nous avons pu observer que 87,9% (IC [81,1 ; 91,6]) des personnes interrogées estimaient avoir un niveau de connaissance des TAP globalement faible (avec 46,8% qui percevaient leur niveau comme étant faible, et 41,1% le percevant comme très faible). Le seuil de significativité de 70% est ainsi dépassé.

Ainsi, ces éléments nous permettent de valider l'hypothèse opérationnelle 1.3.

1.1.4. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 1.4 portant sur la capacité à définir les TAP

Notre hypothèse opérationnelle 1.4 est la suivante : « *Les chirurgiens-dentistes donnent une définition incomplète des TAP.* »

Pour vérifier cette hypothèse nous avons procédé à l'analyse thématique de la question « Comment définiriez-vous les "troubles alimentaires pédiatriques" ou "troubles de l'oralité alimentaire" ? ». Les résultats obtenus montrent que 97,9 % IC [93,4 ; 99,4] des réponses n'ont pas couvert l'intégralité des critères, suggérant une vision partielle et/ou erronée des TAP.

Ces résultats valident l'hypothèse opérationnelle 1.4, confirmant que les chirurgiens-dentistes et orthodontistes ont une vision restreinte des troubles alimentaires pédiatriques.

1.1.5. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 1.5 portant sur la connaissance des populations pouvant présenter un TAP

Notre hypothèse opérationnelle 1.5 est la suivante : « *Les chirurgiens-dentistes ne considèrent pas que les TAP peuvent concerner toutes les tranches d'âge* ». Pour vérifier cette hypothèse, nous avons analysé la question 14 leur demandant de sélectionner les populations pouvant être touchées par des TAP.

Nous observons que 53,9 %, IC [45,3 ; 62,3] n'ont pas sélectionné les 4 propositions correspondant aux différentes tranches d'âges. Cela signifie que plus de la moitié ne considère pas que les TAP peuvent concerner à la fois les nourrissons, les enfants, les adultes et les personnes âgées.

Cependant, ce pourcentage ne dépasse pas le seuil de 70 % que nous avons retenu pour valider l'hypothèse.

Ainsi, bien que la tendance aille dans le sens d'une méconnaissance partielle, l'hypothèse opérationnelle 1.5 ne peut être considérée comme validée sur le plan statistique.

1.1.6. Synthèse des constats portant sur les connaissances théoriques des TAP

Les résultats vont dans le sens d'une confirmation de notre deuxième hypothèse. L'ensemble des données témoigne d'une compréhension encore incomplète de ces troubles. Nous allons analyser ces constats et analyser les facteurs susceptibles d'expliquer ces résultats.

D'un point de vue terminologique, les chirurgiens-dentistes ont déjà été confrontés aux terminologies présentées. Néanmoins, le terme « troubles de l'oralité alimentaire » (TOA) est davantage connu que celui de « troubles alimentaires pédiatriques » (TAP). Cette disparité entre les terminologies peut s'expliquer par l'antériorité du terme TOA dans la littérature scientifique française, avec des publications remontant au début des années 2000 (Abadie, 2004), tandis que le terme TAP est plus récent (Goday et al., 2019) et d'origine anglophone. Cela suggère que les chirurgiens-dentistes ne maîtrisent pas encore la terminologie consensuelle existante.

Toutefois, une exposition à un terme ne garantit pas sa compréhension. Bien que la plupart des répondants affirment avoir déjà entendu ces termes, près de la moitié ne connaissent pas l'acronyme TAP. Il est donc peu probable qu'ils maîtrisent les concepts qui y sont associés. Ce constat met en évidence un manque de formation spécifique, renforcé par la nature des sources d'apprentissage mentionnées. En effet, celles-ci proviennent principalement du contexte clinique, comme les échanges avec les patients, leurs familles ou d'autres professionnels de santé, ce qui indique un apprentissage essentiellement empirique, basé sur l'expérience pratique plutôt que sur une formation théorique.

Cette absence de formation dédiée vient s'ajouter à une faible estime des praticiens dentaires quant à leur niveau de connaissance des TAP. Il convient toutefois de souligner que les données recueillies à cette question relèvent d'une auto-évaluation. Ainsi, elles ne reflètent pas nécessairement le niveau réel de connaissances des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes. En effet, bien que ce type d'évaluation soit enrichissant pour le développement professionnel, il présente des limites liées à sa nature subjective (Lopez, 2022). Ce sentiment de méconnaissance peut néanmoins servir de point d'appui pour développer les connaissances dans ce domaine.

L'analyse des définitions proposées par les répondants montre par ailleurs une compréhension partielle et réductrice des TAP, qui sont le plus souvent associés à une dimension sensorielle. Le plus souvent, les définitions données par les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes sont génériques, parlant de « difficultés de l'enfant à s'alimenter » par exemple. Cette représentation ne prend pas en compte la complexité des TAP et est en décalage avec la définition actuelle des TAP, qui les décrit comme des troubles multidimensionnels et multifactoriels, impliquant des dimensions médicales, sensorielles, psycho-affectives et relationnelles (Goday et al., 2019; Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2021). De plus, plusieurs définitions comportaient les idées de « sélectivité alimentaire » ou de « refus de l'alimentation ». Ce sont bien des symptômes retrouvés dans les TAP, néanmoins sans précision, doit-on attribuer ce signe au versant sensoriel ou psycho-comportemental ? Nous avons considéré que ces réponses étaient trop imprécises et incomplètes.

Nous pensons que cette vision simplifiée des troubles peut compromettre le repérage précoce des TAP. De plus, une proportion non négligeable de répondants confond TAP et troubles du comportement alimentaire (TCA), alors que ces derniers sont une condition d'exclusion au diagnostic de TAP (Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2021). Les TCA sont en effet liés à l'image corporelle et à des préoccupations pondérales (DSM-5, 2015), ce qui les distingue fondamentalement des TAP. Il est toutefois possible que ces troubles coexistent (Wildes et al., 2012). Cette confusion renforce la notion de méconnaissance et peut engendrer des erreurs d'orientation, un retard dans le diagnostic et une prise en charge inadéquate.

Enfin, en ce qui concerne les représentations des professionnels sur les populations concernées par les TAP, une majorité (53,9 %) ne considèrent pas que ces troubles puissent affecter toutes les tranches d'âge. Cette perception restrictive peut être influencée par la terminologie elle-même : l'emploi du terme « pédiatrique » dans l'expression « troubles alimentaires pédiatriques » peut potentiellement limiter, à tort, les représentations des professionnels et ainsi les diriger vers une population exclusivement infantile. La littérature vient rappeler que les TAP peuvent également concerner les sujets adultes (Wildes et al., 2012; Zickgraf et al., 2016).

1.2. Vérification de la deuxième hypothèse générale portant sur la pratique clinique des chirurgiens-dentistes dans le cadre des TAP

Notre deuxième hypothèse générale est la suivante : « *Les TAP sont insuffisamment pris en compte dans la pratique clinique des chirurgiens-dentistes et orthodontistes* ». Elle se décline en 5 hypothèses opérationnelles.

1.2.1. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.1 portant sur l'identification des signes cliniques des TAP

Notre hypothèse opérationnelle 2.1 est la suivante : « *Les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes repèrent les signes cliniques sans systématiquement les associer aux TAP* ».

Afin de valider cette hypothèse, nous nous sommes appuyée sur la comparaison des résultats obtenus aux questions 13 (« Selon vous, quels peuvent être les signes évocateurs des TAP ? ») et 16 (demandant de cocher les signes rencontrés dans leur patientèle).

En nous appuyant sur les résultats obtenus au test de McNemar, nous trouvons que les résultats sont significatifs pour chacun des signes cliniques avec $\chi^2 > 3,841$ (annexe V).

L'hypothèse opérationnelle 2.1 est ainsi validée : si l'identification des signes des TAP s'avère effective en contexte clinique, elle demeure limitée sur le plan théorique.

1.2.2. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.2 concernant le recours à des outils de dépistage des TAP

Notre hypothèse opérationnelle 2.2 est la suivante : « *Les chirurgiens-dentistes et orthodontistes n'utilisent pas d'outils de dépistage des TAP dans leur pratique clinique* ».

La validation de cette hypothèse repose sur l'analyse des réponses à la question « *Dans votre pratique, utilisez-vous des outils pour dépister ces troubles ?* ». Les résultats montrent que 88 % des chirurgiens-dentistes, IC [81,1 ; 92,6], déclarent ne pas utiliser d'outils de dépistage afin de détecter la présence de TAP potentiels.

Cette proportion, significativement supérieure à 70 %, permet ainsi de valider l'hypothèse opérationnelle 2.2.

1.2.3. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.3 portant sur l'adaptation de la pratique clinique en cas de TAP

Notre hypothèse opérationnelle 2.3 est la suivante : « *Les chirurgiens-dentistes et orthodontistes n'adaptent pas leur approche clinique en présence de TAP* ».

La validation de cette hypothèse repose sur les réponses obtenues à la question « *Lorsque vous rencontrez ces symptômes, procédez-vous à des adaptations dans votre prise en charge ?* ». Seuls 30%, IC [22,5 ; 38,1] ont indiqué ne pas adapter leur pratique clinique lors de la présence de signes évocateurs de TAP.

Ainsi, nous observons que la proportion est significativement plus petite que 70%. L'hypothèse opérationnelle 2.3 est donc invalidée. Face à des manifestations de TAP, les chirurgiens-dentistes et orthodontistes procèdent à des adaptations de leur prise en charge.

1.2.4. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.4 portant sur la proportion de professionnels orientant leurs patients présentant un TAP

Notre hypothèse opérationnelle 2.4 est la suivante : « *Les chirurgiens-dentistes et orthodontistes n'orientent pas leurs patients présentant un TAP vers un orthophoniste* ».

Pour vérifier cette hypothèse nous nous appuyons sur deux questions qui sont « *Dans ce cadre, adressez-vous vos patients vers d'autres professionnels de santé ?* » et « *Si oui, lesquels ?* ».

La première question nous montre que 44 % des chirurgiens-dentistes (IC [35,7 % ; 52,6 %]) n'orientent pas leurs patients vers d'autres professionnels lorsqu'ils rencontrent des difficultés dans leur prise en charge. Parmi ceux qui orientent leurs patients (n = 79), la seconde question révèle que 34,2 % recommandent de consulter un orthophoniste, signifiant que 65,8 % des chirurgiens-dentistes (IC [54,2 % ; 75,9 %]) ne le font pas. Ce taux de non-recours à l'orthophonie inclut le seuil de 70 %. Cela ne permet donc pas, à ce stade, de conclure avec certitude quant à la validation de l'hypothèse. Toutefois, la p-value associée est inférieure à 0,05 (p = 0,00693), ce qui indique une différence statistiquement significative et permet de valider l'hypothèse.

Lorsque l'on considère l'ensemble des répondants (n = 141, incluant ceux qui orientent et ceux qui n'orientent pas), on constate que 80,9 % des chirurgiens-dentistes et orthodontistes (IC [73,2 % ; 86,8 %]) ne recommandent pas de consulter un orthophoniste pour un TAP.

Cette proportion est supérieure à 70 %. L'hypothèse opérationnelle 2.4 est donc validée. En cas de difficultés s'apparentant à un TAP, les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes n'orientent pas leurs patients vers un orthophoniste.

1.2.5. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.5 portant sur l'incidence des TAP sur la prise en soin des chirurgiens-dentistes

Notre hypothèse opérationnelle 2.5 est la suivante : « *La présence de TAP entraîne des conséquences délétères sur la poursuite de la prise en charge* ».

La vérification de cette hypothèse repose sur l'analyse des réponses de la question à choix multiple 19 formulée ainsi : « *Ces symptômes vous ont-ils déjà conduit à :*

- Reporter la prise en charge
- Mettre fin à la prise en charge
- Je ne suis pas concerné(e)

- Autre ».

En regroupant les réponses comprenant au moins l'un des deux premiers items (soit le report ou la fin de la prise en charge), il apparaît que 72,1 %, IC [64,8 % ; 78,4 %] des chirurgiens-dentistes déclarent avoir vu leur suivi impacté par la présence d'un TAP, se manifestant par un report ou un arrêt de la prise en charge. Le seuil décisionnel de 70% est compris dans l'intervalle de confiance, néanmoins le calcul de la p-value rapporte que la proportion est significativement plus petite que 5% (p-value = 5.543e-09).

Ainsi, l'hypothèse opérationnelle 2.5 est validée. En présence de TAP, les chirurgiens-dentistes ont déjà été contraints de reporter ou de mettre fin à la prise en charge odontologique des patients.

1.2.6. Synthèse des constats concernant la pratique clinique des chirurgiens-dentistes autour des TAP

Les résultats issus des hypothèses opérationnelles ne permettent pas de valider pleinement l'hypothèse générale 2 qui suggérait une prise en compte limitée des TAP en pratique clinique par les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes.

Aborder la qualité de prise en soin des TAP nécessite d'examiner les pratiques concrètes des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes. Dans ce contexte, il est intéressant de relever que, malgré le peu de formation initiale spécifique aux TAP, une large majorité des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes, adapte leur approche. Ces éléments témoignent de leur faculté d'adaptation, leur expérience clinique constituant sans doute un levier pour l'adoption de pratiques suivant les recommandations professionnelles. Cependant, des marges de progrès existent, notamment en raison du recours encore trop limité aux outils de dépistage, qui pourraient être intégrés dans leur pratique quotidienne. En cela, nous pouvons dire que les TAP sont pris en compte.

Toutefois, cette prise en compte reste partielle. Un indicateur de cette limite se trouve dans le repérage des signes cliniques. En effet, les signes spontanément évoqués par les chirurgiens-dentistes et orthodontistes comme indicateurs des TAP ne sont pas totalement erronés, mais apparaissent globalement déconnectés de leur fréquence d'apparition réelle en pratique clinique. Le symptôme le plus souvent mentionné, à savoir les « difficultés alimentaires » (refus de manger, sélectivité, difficultés de diversification), ne représente en effet que 33,3 % des réponses, ce qui reste relativement faible au regard de son importance clinique. Ce décalage soulève la question de la reconnaissance fine des TAP.

Ce constat est renforcé par le croisement des données obtenues aux questions 13 et 16, qui met en évidence un décalage significatif entre les connaissances théoriques des professionnels et le repérage qu'ils font des signes des TAP au cabinet. Certains signes, comme l'exacerbation du réflexe nauséux (91 %) ou les difficultés de brossage des dents (65 %) sont largement repérés en pratique mais relativement peu évoqués de manière spontanée (respectivement 8,5 % pour le réflexe nauséux et 3,5 % pour les difficultés de brossage des dents). Deux éléments ressortent alors de ces résultats. Premièrement, nous notons une nouvelle fois une méconnaissance théorique des TAP, se traduisant par une évocation partielle des signes présents dans cette pathologie. Deuxièmement, ce constat suggère que les signes cliniques des TAP peuvent être perçus en consultation clinique mais qu'ils ne seront pas conceptuellement reliés aux TAP et considérés comme des marqueurs spécifiques de ces troubles. Ainsi, cela peut retentir sur le dépistage des TAP et l'orientation des patients vers

des professionnels spécialisés. Ces écarts viennent soutenir l'importance de renforcer la formation et de faire des liens entre théorie et pratique clinique.

De plus, l'orientation des patients vers un orthophoniste semble insuffisamment développée alors même que l'orthophoniste joue un rôle clé dans la prise en soin des TAP. L'orthophoniste intervient notamment en menant une rééducation sensori-motrice dans le but de restaurer une oralité positive à travers des stimulations sensorielles et, en renforçant les fonctions oro-myo-faciales (Barbier, 2014; Gosa et al., 2020; Guillerme, 2014). Cette observation, du peu de sollicitation de l'orthophonie, ajoutée à l'utilisation encore limitée des outils de dépistage, suggère l'existence d'une segmentation des pratiques et un déficit de communication interdisciplinaire. Renforcer la collaboration entre chirurgiens-dentistes, orthodontistes et orthophonistes, apparaît alors comme une perspective à développer. Une telle coordination permettrait de renforcer le repérage, d'améliorer l'accès aux soins et de limiter les effets délétères des TAP sur la santé bucco-dentaire des enfants, tout en assurant la continuité des soins odontologiques.

1.3. Vérification de la troisième hypothèse générale relative à la perception des TAP comme un enjeu par les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes

Notre troisième hypothèse générale est la suivante : « *Les TAP sont perçus comme un enjeu de santé important par les chirurgiens-dentistes et orthodontistes* ».

1.3.1. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 3.1 portant sur le ressenti d'un besoin de formation

L'hypothèse opérationnelle 3.1 est la suivante : « *Les chirurgiens-dentistes et orthodontistes ressentent le besoin de se former sur les TAP* ».

La validation de cette hypothèse repose sur le ressenti personnel d'un besoin de formation. Nous avons analysé les réponses à la question « *Ressentez-vous le besoin de vous former sur les troubles alimentaires pédiatriques (ou troubles de l'oralité alimentaire) et leurs conséquences bucco-dentaires ?* ». Un besoin de formation a été perçu par 72 %, IC [64,1 ; 79,4] des participants. Pour ce résultat, la proportion est strictement inférieure à 5% (p-value = 1,776^e-07).

L'hypothèse opérationnelle 3.1 est donc validée. Les chirurgiens-dentistes ressentent le besoin de se former sur les TAP.

1.3.2. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 3.2 portant sur la disposition des chirurgiens-dentistes à intégrer un dépistage des TAP

L'hypothèse opérationnelle 3.2 est la suivante : « *Les chirurgiens-dentistes et orthodontistes sont favorables à la mise en place d'un dépistage systématique des TAP dans leur pratique* ».

Afin de valider l'hypothèse, nous avons analysé les réponses obtenues à la question « *Pensez-vous qu'il serait bénéfique d'introduire un protocole systématique de dépistage des troubles alimentaires pédiatriques dans les cabinets dentaires ?* ». A cette question, 78,7 % IC [70,9 ; 85] des chirurgiens-dentistes et orthodontistes se sont dit favorables à l'installation d'un dépistage systématique des TAP. Le seuil de significativité est atteint et la p-value significativement inférieure à 5 % [p-value = 1,615^e-11].

Ainsi, l'hypothèse opérationnelle 3.2 est validée.

1.3.3. Synthèse des observations concernant la perception des TAP comme un enjeu significatif par les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes

Les résultats obtenus confirment l'hypothèse selon laquelle les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes perçoivent les TAP comme un véritable enjeu de santé. Les praticiens reconnaissent l'importance des TAP et se montrent favorables à leur dépistage. Leur volonté de se former sur ce sujet témoigne d'une prise de conscience croissante et d'une disposition à faire évoluer leurs pratiques cliniques.

Bien que la majorité des professionnels se montre favorable à l'instauration d'un dépistage systématique des TAP, certains freins sont mis en évidence. Parmi eux figurent le manque de temps, la perception que ce dépistage ne relève pas de leur rôle, ou encore l'absence de priorité accordée à cette problématique. L'évocation de ces deux derniers arguments souligne l'importance de renforcer la sensibilisation des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes, tant sur leur rôle dans le repérage précoce des TAP que sur l'importance d'en faire une priorité. Une détection précoce permet en effet d'engager rapidement une prise en charge adaptée, essentielle pour prévenir les complications et favoriser le développement global de l'enfant.

Enfin, la dernière section du questionnaire invitait les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes à formuler des remarques libres. Les commentaires recueillis ont confirmé les résultats précédemment exposés, révélant un réel intérêt pour le sujet. Certains professionnels ont exprimé le souhait d'accéder à l'étude, tandis que d'autres ont formulé une demande explicite d'outils de dépistage. Ces éléments ouvrent ainsi des perspectives concrètes pour répondre aux attentes identifiées, notamment en matière d'accompagnement et de formation.

2. Limites et biais de l'étude

Ce travail de recherche repose sur une démarche méthodologique rigoureuse, visant à garantir la significativité des résultats. Toutefois, malgré cette exigence de rigueur, certaines limites méthodologiques sont présentes, susceptibles de restreindre la portée généralisable des conclusions.

2.1. Limites théoriques

Le premier biais théorique identifié dans cette étude se situe dans la terminologie même de notre sujet d'étude. En effet, l'expression « trouble alimentaire pédiatrique », contient le qualificatif « pédiatrique », ce qui peut influencer les représentations des chirurgiens-dentistes interrogés. Les réponses des participants ont ainsi pu être orientées, notamment en ce qui concerne la question de la population concernée par les TAP. Afin de réduire ce biais, et en raison du caractère récent du terme TAP, nous avons fait le choix de mentionner la terminologie « troubles de l'oralité alimentaire » en parallèle à chacune des questions.

Par ailleurs, la rareté des publications scientifiques sur notre thématique de recherche constitue également une limite importante. Bien que le champ de recherche des TAP soit en plein essor, les études disponibles restent encore peu nombreuses, notamment lorsqu'il s'agit d'articuler les TAP avec les problématiques bucco-dentaires. Les liens entre les particularités sensorielles, les troubles de l'oralité et l'hygiène bucco-dentaire sont encore peu explorés, ce qui limite le cadre théorique de cette étude.

2.2. Biais et limites méthodologiques

2.2.1. Limites liées au recrutement de l'échantillon

2.2.1.1. Biais liés à la diffusion du questionnaire

Bien que la méthode de diffusion du questionnaire ait été pensée pour couvrir l'ensemble du territoire national, avec une prise de contact de l'ensemble des ordres départementaux des chirurgiens-dentistes, des disparités géographiques notables sont constatées au sein de l'échantillon. Il est difficile d'établir l'origine précise de ces disparités, qui constituent cependant un biais. Certains départements ont accepté de diffuser le questionnaire, tandis que d'autres ont refusé ou n'ont pas répondu. Cela engendre ainsi un biais géographique, les départements ayant répondu favorablement n'étant pas nécessairement représentatifs des autres départements.

Un autre biais potentiel réside dans l'implication variable des ordres départementaux, certains étant peut-être davantage sensibilisés aux TAP ou étant plus ou moins réceptifs à l'idée de relayer l'enquête auprès des praticiens de leur département. Le département du Nord enregistre un nombre particulièrement élevé de réponses, atteignant 60 participants. Cette forte participation pourrait résulter d'une mobilisation interne spécifique, marquée par l'intérêt manifesté par le directeur de l'ordre départemental à l'égard de notre étude, qui nous a contacté pour nous proposer de publier nos conclusions sur leur site internet.

Un biais de sélection peut également être envisagé, dans la mesure où les professionnels ayant répondu au questionnaire sont probablement ceux qui se sentent déjà concernés ou sensibilisés à la problématique des TAP.

2.2.1.2. Taille de l'échantillon et significativité

Avec 141 réponses obtenues, notre échantillon peut être considéré comme significatif, pour une marge d'erreur acceptée de 10%. Cependant, l'échantillon demeure trop restreint pour être représentatif de la population des chirurgiens-dentistes et orthodontistes de France, rendant difficile la généralisation des résultats à l'ensemble de la profession. Un échantillon plus grand aurait ainsi permis de généraliser les conclusions et d'affiner l'analyse statistique, notamment en permettant des croisements entre certaines variables.

Une période de collecte des données plus longue aurait peut-être permis d'obtenir davantage de réponses. Une relance a été effectuée auprès des ordres départementaux des chirurgiens-dentistes. Cependant, la majorité des ordres départementaux n'ont pas effectué de relance. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette absence de relance, notamment une forte sollicitation des ordres des chirurgiens-dentistes.

2.2.2. Biais et limites liés à la conception du questionnaire

Certains choix liés à la construction du questionnaire ont pu introduire des biais. Le choix du type de question, la terminologie utilisée, la formulation des questions ainsi que l'absence d'interrogation au sujet de certains items clés ont pu influencer les réponses et limiter la précision de l'analyse.

2.2.2.1. Choix terminologique

Le choix des termes « troubles alimentaires pédiatriques » (TAP) et « troubles de l'oralité alimentaire » (TOA), bien qu'actuellement les plus utilisés en France, a pu influencer la

compréhension des répondants. D'autres dénominations, comme « dysoralité sensorielle », ou « ARFID » n'ont pas été proposées car considérées comme moins actuelles dans le contexte francophone ou issues d'un lexique anglo-saxon. Ce choix terminologique, bien qu'intentionnel, a pu limiter l'accessibilité ou la reconnaissance du sujet par certains professionnels.

2.2.2.2. Formulation des questions

Des ambiguïtés dans la tournure de certaines questions ont pu altérer la compréhension attendue par les répondants.

La question ouverte demandant aux participants de citer les signes évocateurs des TAP aurait gagné en clarté si elle avait été formulée différemment. En effet, au vu des réponses recueillies, cette question s'est révélée trop similaire à la question précédente demandant de définir les TAP. Il semblerait que la nuance entre ces deux questions était peu évidente pour certains participants, ce qui a pu entraîner des réponses peu différenciées. Pour cela, nous aurions pu employer l'expression « signes d'alerte » plutôt que « signes évocateurs », ou alors nous aurions pu proposer une question fermée, sous forme d'items à cocher parmi une liste incluant des distracteurs. Un tel format aurait permis de mieux cerner les connaissances effectives des répondants, de réduire les difficultés d'interprétation et d'effectuer des croisements de données parfois impossible au vu de nos questions. A titre d'exemple, nous aurions aimé croiser l'année d'obtention du diplôme au niveau de connaissance des répondants afin de montrer une potentielle influence de l'un sur l'autre mais cela n'a pas été possible.

Par ailleurs, la formulation de la question 19 portant sur l'incidence des TAP sur la prise en soin odontologique a manqué de précision. Une catégorie intitulée « non concerné » avait été proposée, sans qu'aucune précision ne soit ajoutée. Il est ainsi difficile de déterminer si les répondants l'ayant cochée s'estimaient non concernés par la prise en charge des TAP, ou s'ils ne se sentaient pas concernés par l'éventualité d'un arrêt ou d'un report de cette prise en charge. Ainsi, il l'aurait fallu proposer une quatrième catégorie s'intitulant « poursuite des soins » et compléter l'item « non concerné » en précisant « non prise en soin d'enfants présentant un TAP ». Ces modifications auraient permis de dissocier les réponses possibles et de clarifier les intentions des participants.

2.2.2.3. Biais de désirabilité sociale

Une attention particulière a été portée à la réduction du biais de désirabilité sociale par la mise en place d'une méthodologie rigoureuse. La complétion du questionnaire était anonyme et le texte introductif ne précisait pas explicitement l'objectif de l'étude afin de ne pas influencer les réponses des participants. Néanmoins, l'élimination complète de ce biais ne peut être garantie. La nature de certaines questions, notamment celles portant sur l'autoévaluation du niveau de connaissance ou l'utilisation d'outils de dépistage, pouvait inciter certains répondants à fournir des réponses socialement attendues.

2.2.2.4. Contenus manquants ou insuffisamment explorés

Certaines dimensions des TAP n'ont pas été approfondies dans le questionnaire constituant ainsi une limite. Par exemple, une question aurait pu être ajoutée afin d'interroger les chirurgiens-dentistes sur leurs connaissances des étiologies des TAP, qui constituent un aspect central de leur compréhension et de leur prise en soin.

Une autre dimension aurait mérité d'être explorée : celle de la collaboration professionnelle. Une question portait sur l'orientation des patients vers d'autres professionnels de santé, dans l'objectif de déterminer si les répondants pensaient spontanément à l'orthophoniste. Cependant, aucune question n'a été intégrée pour explorer les raisons de l'absence éventuelle de réorientation vers un orthophoniste. Un tel questionnement aurait permis d'identifier de potentiels freins à la collaboration entre orthophonistes et chirurgiens-dentistes. Ainsi, cela aurait également permis d'affiner les perspectives de recherche.

Enfin, à la suite de la question portant sur le ressenti d'un besoin de formation concernant les TAP, il aurait été pertinent d'interroger les praticiens dentaires sur leurs besoins en outils de sensibilisation ou de formation, ainsi que sur leurs préférences quant au format de ces supports.

2.2.3. Biais et limites liées à l'analyse des questions ouvertes

Le recours à un nombre important de questions ouvertes a permis de recueillir des données riches et nuancées, offrant une vision approfondie des représentations des répondants. Néanmoins, ce choix méthodologique a complexifié le traitement des données. La nature qualitative des réponses a en effet exigé une phase d'analyse plus longue, basée sur une analyse thématique. Cette démarche présente un risque de subjectivité, notamment lors de la catégorisation des réponses en thématiques. Pour limiter ce biais, nous avons souhaité mettre en place un double codage afin de renforcer la fiabilité des résultats et de capturer l'ensemble des nuances présentées dans les réponses. Cependant, en raison de contraintes temporelles, cette procédure n'a pu être appliquée à l'ensemble des questions ouvertes. Seule la question à plus haut risque de subjectivité (à savoir la question 13 demandant de définir les TAP) a suivi cette double analyse. Cette absence de validation croisée limite la fiabilité de l'analyse qualitative et augmente le risque de subjectivité dans l'interprétation des réponses.

3. Apports et perspectives de l'étude

3.1. Intérêts de l'étude

La réalisation de cette étude s'inscrit dans une démarche de sensibilisation des chirurgiens-dentistes aux TAP, l'objectif global étant d'améliorer la prise en soin de ces troubles. La présence de TAP peut entraîner des réactions sensorielles et des comportements alimentaires qui peuvent constituer des signes précoces auxquels il est important que les chirurgiens-dentistes soient formés. En explorant les connaissances et les représentations des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes, cette étude permet de détecter certaines lacunes théoriques mettant ainsi en lumière un manque de formation des chirurgiens-dentistes et orthodontistes. L'étude permet ainsi d'envisager la mise en place d'actions concrètes pour y répondre telles que le développement d'actions de sensibilisation. Elle ouvre également la voie au développement d'outils cliniques facilitant le repérage des TAP en cabinet dentaire. Enfin, cela contribue à renforcer le repérage précoce de ces troubles par les chirurgiens-dentistes et à encourager une prise en charge pluridisciplinaire, notamment à travers une meilleure collaboration entre dentistes et orthophonistes.

De plus, l'étude a permis de mettre en lumière l'intérêt que portent les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes à cette thématique ainsi qu'à ses enjeux cliniques.

3.2. Perspectives

L'étude a mis en évidence une méconnaissance des TAP par les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes. Ces lacunes théoriques semblent avoir un impact direct sur la pratique clinique avec une prise en compte encore insuffisante de ces troubles en cabinet dentaire : le dépistage est rare, l'orientation vers des professionnels spécialisés peu fréquente et la continuité des soins dentaires peut s'en trouver affectée. Ces différents constats nous invitent à poursuivre notre réflexion et nous laissent envisager plusieurs actions, tant en matière de recherche que de pratique clinique, afin de répondre aux problématiques identifiées.

3.2.1. Approfondir les analyses en étudiant l'influence des variables sociodémographiques sur les connaissances des TAP

Une analyse ultérieure, et complémentaire au travail réalisé, pourrait être envisagée afin d'examiner l'influence de variables sociodémographiques sur les réponses obtenues, dans le but d'identifier les profils des professionnels les plus sensibilisés aux TAP. En effet, nous avons recueilli des données telles que le sexe, la profession (chirurgien-dentiste ou spécialisation en orthodontie), l'année d'obtention du diplôme et la ville de formation des répondants. Ces informations sociodémographiques ont été utilisées afin de décrire la population interrogée. Toutefois, aucune hypothèse spécifique n'avait été formulée quant à leur influence éventuelle sur le niveau de connaissance des TAP.

Ainsi, nous pourrions poursuivre notre étude en analysant, d'un point de vue statistique, l'existence d'une relation entre les caractères sociodémographiques de la population (sexe, profession, année de diplôme, ville de diplôme) et les résultats obtenus. A titre d'exemple, les connaissances sur les TAP ayant considérablement évolué ces dernières années, l'année d'obtention du diplôme pourrait constituer un facteur explicatif des différences de connaissance de ces troubles. De même, la ville de formation pourrait traduire des disparités dans les parcours de formation au niveau national et ainsi influencer les représentations ou les connaissances des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes sur les TAP.

Une telle analyse croisée permettrait d'enrichir la compréhension des résultats en identifiant des profils plus ou moins sensibilisés à la problématique des TAP.

3.2.2. Sensibilisation théorique des chirurgiens-dentistes et orthodontistes aux TAP

3.2.2.1. Enrichir les formations initiales

L'identification d'un manque de connaissances des troubles alimentaires pédiatriques met en évidence la nécessité d'étendre les savoirs dispensés lors de la formation initiale et de les uniformiser. Plus de 8 dentistes sur 10 déclarent ne pas avoir suivi de cours spécifique lors de leurs études. Cela implique donc de renforcer les contenus pédagogiques portant sur les TAP dans le cursus universitaire des étudiants en chirurgie-dentaire et en orthodontie, notamment en ce qui concerne le repérage des signes d'alerte précoce et l'impact des troubles sur la santé bucco-dentaire.

Le référentiel de formation des chirurgiens-dentistes n'inclut que peu, voire pas, de contenus relatifs aux TAP. En effet, il se limite à évoquer « l'analyse des conduites alimentaires et la prévention nutritionnelle » dans le cadre de la prévention des anomalies du développement (Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2013). L'organisation de la formation reste donc imprécise à ce sujet mais suggère néanmoins que les TAP trouvent leur place dans le champ de prévention des chirurgiens-dentistes.

Ainsi, il paraît pertinent d'intégrer des modules spécifiques à ces troubles. Une approche interprofessionnelle semble être le plus pertinent dans ce renforcement théorique, d'autant qu'en tant qu'orthophonistes nous avons nous aussi un rôle important à jouer dans la prévention des troubles que nous traitons. Ainsi, nous pensons que les différentes associations de prévention en orthophonie pourraient s'impliquer dans la formation des futurs chirurgiens-dentistes.

Ce projet constitue un levier envisageable pour favoriser le repérage précoce des TAP. Toutefois, malgré son potentiel, il convient de rester lucide quant aux freins administratifs et financiers rencontrés pour faire évoluer un programme de formation universitaire.

3.2.2.2. Enrichir les formations continues

Plus de 70% des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes ressentent le besoin de se former et sont favorables à la mise en place d'un dépistage systématique des TAP. Ainsi, une piste de recherche pourrait être de développer et de mettre en œuvre un programme de sensibilisation ciblé sur les TAP pour les orthodontistes et les chirurgiens-dentistes.

Dans cette étude, nous n'avons pas exploré les attentes concrètes des chirurgiens-dentistes quant au support d'information le plus pertinent. Il serait donc intéressant de mener une nouvelle étude afin de mieux cerner le type de support qu'ils jugeraient le plus adapté, ainsi que les contenus qu'ils souhaiteraient retrouver.

Au regard des réponses recueillies dans notre questionnaire, nous pouvons néanmoins dégager certaines pistes quant aux thématiques à cibler. Il paraît judicieux d'envisager un programme de formation continue qui combine un volet théorique (présentant les TAP, leurs répercussions et la place de l'orthophonie dans les TAP) et un volet pratique (intégrant des temps d'échange entre professionnels, ainsi que le partage d'outils concrets de repérage).

Afin d'assurer une vision complète et globale du sujet, il serait pertinent qu'une telle formation suive une approche pluridisciplinaire et soit dispensée par divers professionnels intervenant dans la prise en soin des TAP. Dans le cadre de la sensibilisation des chirurgiens-dentistes et orthodontistes, cette formation pourrait notamment se faire sous forme d'action conjointe chirurgien-dentiste et orthophoniste afin de favoriser une meilleure compréhension des rôles de chacun, d'apporter un regard croisé et de renforcer le travail de collaboration interprofessionnelle entre ces deux professions. Il serait d'autant plus pertinent que la voix du dentiste soit intégrée dans cette formation, notamment pour aborder les répercussions spécifiques des TAP sur la santé bucco-dentaire.

De plus, nous veillerons au contenu d'une telle formation. En effet, il est nécessaire qu'elle s'appuie sur des fondements théoriques récents et fiables. L'efficacité d'une telle formation pourrait d'ailleurs être étudiée avec un questionnaire pré et post-intervention, puis une évaluation des connaissances des participants à distance de la formation.

3.2.3. Interroger et développer la collaboration orthophoniste et chirurgien-dentiste

Une autre perspective intéressante soulignée par notre étude est la nécessité d'explorer plus en profondeur la collaboration interprofessionnelle, entre les orthodontistes, chirurgiens-dentistes et orthophonistes, dans la gestion des TAP. Notre étude a révélé que seulement 34,2% des chirurgiens-dentistes ayant recours à l'orientation dirigent les patients présentant un TAP vers un orthophoniste. La collaboration interprofessionnelle est encore totalement sous exploitée.

Pour approfondir cette question, une étude pourrait être menée sur les pratiques actuelles d'orientation et de collaboration entre ces deux professions. Cela permettrait d'identifier les obstacles à une collaboration fluide et d'examiner les perceptions des chirurgiens-dentistes et orthodontistes concernant l'implication des orthophonistes dans la gestion des TAP et de manière plus générale.

3.2.4. Optimiser le dépistage des TAP : vers des outils adaptés à la pratique des chirurgiens-dentistes

Les résultats de cette étude mettent en lumière un faible recours aux outils de dépistage des TAP parmi les chirurgiens-dentistes interrogés (12 %), ainsi qu'une orientation vers l'orthophoniste encore trop marginale. Pourtant, ces professionnels sont en première ligne pour repérer les manifestations orales des TAP. Renforcer le dépistage apparaît donc essentiel pour favoriser une prise en soin précoce et adaptée. Cette perspective soulève plusieurs axes de recherche complémentaires : tout d'abord, il semble pertinent d'interroger les outils actuellement disponibles pour le repérage des TAP et d'évaluer dans quelle mesure ils sont connus des praticiens, accessibles et compatibles avec la pratique des chirurgiens-dentistes. Ensuite, une réflexion doit être engagée autour des caractéristiques qu'un outil de dépistage adapté devrait présenter pour répondre aux contraintes spécifiques du cabinet dentaire (format court, indicateurs visuels, facilité d'intégration dans un temps de consultation limité). Mieux comprendre les attentes et les freins rencontrés par ces professionnels permettrait de coconstruire des outils ciblés, augmentant leur utilisation effective sur le terrain. Une telle démarche contribuerait à renforcer la collaboration entre les orthophonistes et les chirurgiens-dentistes, et, in fine, à améliorer le parcours de soin des enfants présentant un TAP.

Conclusion

Ces dernières années, les TAP ont fait l'objet de nombreuses études, contribuant à une meilleure compréhension de leurs manifestations et à l'enrichissement des connaissances dans ce domaine. En parallèle, la pluridisciplinarité est aujourd'hui un modèle qui s'impose dans le domaine de la santé. Ainsi, en réalisant un état des lieux des connaissances des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes sur les TAP, notre étude se situe au carrefour de ces approches.

Les TAP s'exprimant entre autres par une sensibilité accrue et un manque d'exploration de la zone buccale ainsi que des difficultés motrices orales, nous avons choisi de cibler les professionnels intervenant à ce niveau. Par ailleurs, la littérature établit un lien entre la présence de TAP et une altération possible de la santé bucco-dentaire. C'est dans cette optique que nous avons réalisé un questionnaire à destination des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes.

L'analyse des résultats a montré un manque de connaissances théoriques des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes à l'égard des TAP. Ces professionnels de santé n'ont pour la majorité, pas reçu d'enseignement à ce sujet et découvrent les TAP en contexte clinique. De plus, nous relevons une vision erronée des TAP parfois restrictive et pouvant être amalgamée avec d'autres pathologies. Ce constat se retrouve également sur le plan clinique avec un très faible dépistage des troubles et un adressage insuffisant vers un orthophoniste.

Or, pour améliorer la prise en soin du patient et diminuer les risques de complication, il est primordial qu'un repérage précoce soit effectué. Notre étude souligne ainsi l'importance de former et d'informer les chirurgiens-dentistes et orthodontistes sur les TAP, une priorité soutenue par les praticiens interrogés qui identifient un besoin de formation et se montrent favorables à la mise en place d'un dépistage des TAP. Il existe ainsi une convergence claire entre les besoins identifiés et les ressentis des professionnels.

Ainsi, au vu des constats établis, il apparaît essentiel de développer la sensibilisation des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes. Ce travail constitue une contribution en ce sens, guidé par la perspective de mieux connaître pour mieux agir.

Références bibliographiques

- Abadie, V. (2004). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de Pédiatrie*, 11(6), 603-605. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2004.03.040>
- Abadie, V., Alvarez, L., Barbier, V., Boucais, N., Cazenave, A., Chalouhi, C., du Fraysseix, C., Guinot, M., Léon, A., Malécot, G., Ouss, L., Soulié, M., Thibault, C., Thouvenin, B., & Royer, A. (2018). *Attention à mon oralité* (3ème éd.). Hôpital Necker-AP-HP. https://www.tete-cou.fr/medias/fichiers/Livret_attention_a_mon_oralite_2018.pdf
- Abadie, V., Champagnat, J., Fortin, G., & Couly, G. (1999). *Sucction-déglutition-ventilation et gênes du développement du tronc cérébral*.
- Aldridge, V. K., Dovey, T. M., Martin, C. I., & Meyer, C. (2010). Identifying clinically relevant feeding problems and disorders. *Journal of Child Health Care*, 14(3), 261-270. <https://doi.org/10.1177/1367493510370456>
- American Psychiatric Association. (2013). *APA - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision DSM-5-TR*. Consulté 14 septembre 2024, à l'adresse [https://www.appi.org/Products/DSM-Library/Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Di-\(1\)?sku=2576](https://www.appi.org/Products/DSM-Library/Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Di-(1)?sku=2576)
- Assurance Maladie. (2021, février 4). *M'T dents : Quels enjeux d'une consultation régulière dès le plus jeune âge*. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2021-02-04-cp-mt-dents-enjeux-consultation-reguliere-jeunes>
- Assurance maladie. (2021, novembre 17). *Alimentation du bébé : La diversification alimentaire*. Ameli. <https://www.ameli.fr/haute-vienne/assure/sante/themes/alimentation-0-3-ans/debut-diversification-alimentaire>
- Assurance maladie. (2024, février 26). *Prévention bucco-dentaire*. Ameli. <https://www.ameli.fr/haute-vienne/medecin/sante-prevention/prevention-bucco-dentaire>
- Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : De la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*, 39(1), 143-159. <https://doi.org/10.3917/cont.039.0143>
- Benjasuwantep, B., Chaithirayanan, S., & Eiamudomkan, M. (2013). Feeding Problems in Healthy Young Children: Prevalence, Related Factors and Feeding Practices. *Pediatric Reports*, 5(2), 38-42. <https://doi.org/10.4081/pr.2013.e10>
- Bialek-Dratwa, A., Szczepańska, E., Szymańska, D., Grajek, M., Krupa-Kotara, K., & Kowalski, O. (2022). Neophobia—A Natural Developmental Stage or Feeding Difficulties for Children? *Nutrients*, 14(7), Article 7. <https://doi.org/10.3390/nu14071521>
- Boudou, M., & Lecoufle, A. (2015). Les troubles de l'oralité alimentaire : Quand les sens s'en mêlent ! *Les entretiens de Bichat*, 8.
- Briatte, L., & Barreau-Drouin, L. (2021). *Troubles alimentaires pédiatriques concrètement que faire ? (Tom Pousse)*.
- Brigham, K. S., Manzo, L. D., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2018). Evaluation and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in Adolescents. *Current pediatrics reports*, 6(2), 107-113. <https://doi.org/10.1007/s40124-018-0162-y>

- Budd, K. S., McGraw, T. E., Farbisz, R., Murphy, T. B., Hawkins, D., Heilman, N., & Werle, M. (1992). Psychosocial Concomitants of Children's Feeding Disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(1), 81-94. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/17.1.81>
- Cascales, T., Jean-Pierre, O., Dubedout, S., & Bion, A. (2014). Les troubles alimentaires restrictifs du nourrisson et du jeune enfant. Intérêt d'une prise en charge coordonnée multidisciplinaire. *Nutrition & Pédiatrie*, 19, 12-15.
- Cermak, S. A., Stein Duker, L. I., Williams, M. E., Dawson, M. E., Lane, C. J., & Polido, J. C. (2015). Sensory Adapted Dental Environments to Enhance Oral Care for Children with Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Pilot Study. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(9), 2876-2888. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2450-5>
- Combessie, J.-C. (2007). III. Le questionnaire. In *La méthode en sociologie* (5^e éd., p. 33-44). La Découverte. https://shs.cairn.info/article/DEC_COMBE_2007_01_0033
- Cooney, M., Lieberman, M., Guimond, T., & Katzman, D. K. (2018). Clinical and psychological features of children and adolescents diagnosed with avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric tertiary care eating disorder program: A descriptive study. *Journal of Eating Disorders*, 6, 7. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0193-3>
- Coulthard, H., Harris, G., & Emmett, P. (2009). Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Maternal & Child Nutrition*, 5(1), 75. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2008.00153.x>
- Couly, G. (2010). *Les oralités humaines*. Doin. <https://www.eyrolles.com/Sciences/Livre/les-oralites-humaines-9782704012824/>
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (avec American psychiatric association). (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.
- Dharmaraj, R., Elmaoued, R., Alkhouri, R., Vohra, P., & Castillo, R. O. (2023). Evaluation and Management of Pediatric Feeding Disorder. *Gastrointestinal Disorders*, 5(1), Article 1. <https://doi.org/10.3390/gidisord5010008>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [DREES]. (2023, août 29). *Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2023*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023>
- Dovey, T. M., Staples, P. A., Gibson, E. L., & Halford, J. C. G. (2008). Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: A review. *Appetite*, 50(2), 181-193. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.09.009>
- DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (M.-A. Crocq & J.-D. Guelfi, Trad.; 5e éd) (avec American psychiatric association). (2015). Elsevier Masson.
- Feeding Matters. (2020, septembre 1). *Feeding Matters Announces Establishment of ICD-11 Code for Pediatric Feeding Disorder*. https://www.feedingmatters.org/press_release/feeding-matters-announces-establishment-of-icd-11-code-for-pediatric-feeding-disorder/

- Feillet, F., Bocquet, A., Briand, A., Chouraqui, J.-P., Darmaun, D., Frelut, M.-L., Girardet, J.-P., Guimber, D., Hankard, R., Lapillonne, A., Peretti, N., Rozé, J.-C., Simeoni, U., Turck, D., & Dupont, C. (2019). Nutritional risks of ARFID (avoidant restrictive food intake disorders) and related behavior. *Archives de Pédiatrie*, 26(7), 437-441. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2019.08.005>
- Fenneteau, H. (2015). Chapitre 3. La préparation d'une enquête par questionnaire. In *Enquête : Entretien et questionnaire* (3e éd, p. 41-80). Les Topos. <https://shs-cairn-info.ezproxy.unilim.fr/enquete-entretien-et-questionnaire--9782100722341-page-41>
- Fernández de Valderrama Rodríguez, A., Ochoa Sangrador, C., Pedrón Giner, C., & Sánchez Hernández, J. (2022). Psychological and social impact on parents of children with feeding difficulties. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 97(5), 317-325. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2022.09.004>
- Frydrych, A., Davies, G., & McDermott, B. (2005). Eating disorders and oral health: A review of the literature. *Australian Dental Journal*, 50(1), 6-15. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2005.tb00079.x>
- Galloway, A. T., Fiorito, L., Lee, Y., & Birch, L. L. (2005). Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are “picky eaters”. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(4), 541-548. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.01.029>
- Gedda, M. (2017). Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 3(1), 13-17. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2017.01.007>
- Girardet, J.-P. (2010). Diversification alimentaire. *Archives de Pédiatrie*, 17, S189-S190. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(10\)70924-6](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(10)70924-6)
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., Delaney, A. L., Feuling, M. B., Noel, R. J., Gisel, E., Kenzer, A., Kessler, D. B., Kraus De Camargo, O., Browne, J., & Phalen, J. A. (2019). Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 68(1), 124-129. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
- Goh, D. Y., & Jacob, A. (2012). Perception of picky eating among children in Singapore and its impact on caregivers: A questionnaire survey. *Asia Pacific Family Medicine*, 11(1), 5. <https://doi.org/10.1186/1447-056X-11-5>
- Gosa, M. M., Dodrill, P., Lefton, -Greif Maureen A., & Silverman, A. (2020). A Multidisciplinary Approach to Pediatric Feeding Disorders: Roles of the Speech-Language Pathologist and Behavioral Psychologist. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2S), 956-966. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00069
- Greer, A. J., Gulotta, C. S., Masler, E. A., & Laud, R. B. (2007). Caregiver Stress and Outcomes of Children with Pediatric Feeding Disorders Treated in an Intensive Interdisciplinary Program. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(6), 612-620. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm116>
- Guillerme, C. J. (2014). L'oralité troublée : Regard orthophonique. *Spirale*, 72(4), 25-38. <https://doi.org/10.3917/spi.072.0025>
- Harris, G., & Mason, S. (2017). Are There Sensitive Periods for Food Acceptance in Infancy? *Current Nutrition Reports*, 6(2), 190-196. <https://doi.org/10.1007/s13668-017-0203-0>

- Hartley, C. A., & Lee, F. S. (2015). Sensitive Periods in Affective Development: Nonlinear Maturation of Fear Learning. *Neuropsychopharmacology*, 40(1), 50-60. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.179>
- Ibañez, V. F., Peterson, K. M., Crowley, J. G., Haney, S. D., Andersen, A. S., & Piazza, C. C. (2020). Pediatric Prevention: Feeding Disorders. *Pediatric Clinics of North America*, 67(3), 451-467. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.02.003>
- Jean, É. (2015). Les enjeux liés à la collecte de données en ligne : Le cas d'une recherche auprès de gestionnaires. *La Revue des Sciences de Gestion*, 272(2), 13-21. <https://doi.org/10.3917/rsg.272.0013>
- Kerzner, B., Milano, K., MacLean, W. C., Berall, G., Stuart, S., & Chatoor, I. (2015). A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*, 135(2), 344-353. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
- Kovacic, K., Rein, L. E., Szabo, A., Kommareddy, S., Bhagavatula, P., & Goday, P. S. (2021). Pediatric Feeding Disorder: A Nationwide Prevalence Study. *The Journal of Pediatrics*, 228, 126-131.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.07.047>
- Lafraire, J., Rioux, C., Giboreau, A., & Picard, D. (2016). Food rejections in children: Cognitive and social/environmental factors involved in food neophobia and picky/fussy eating behavior. *Appetite*, 96, 347-357. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.09.008>
- Lecoufle, A., & Lesecq-Lambre, É. (2021). Troubles alimentaires du nourrisson et du jeune enfant : Évaluation et axes de prises en soins en orthophonie. In *Troubles oromotofonctionnels chez l'enfant et l'adulte* (p. 18-25). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn-sciences.info/troubles-oro-myofonctionnels-chez-l-enfant-et-l-adulte--9782807331303-page-18.htm>
- Lesecq-Lambre, E. (2019). *Sensibilisation des professionnels de santé aux troubles de l'oralité alimentaire*. 57(277), 105-119.
- Limme, M. (2010). Diversification alimentaire et développement dentaire : Importance des habitudes alimentaires des jeunes enfants pour la prévention de dysmorphoses orthodontiques. *Archives de Pédiatrie*, 17, S213-S219. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(10\)70930-1](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(10)70930-1)
- Lopez, L. M. (2022). Auto-évaluation. In *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (Vol. 2, p. 73-76). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.jorro.2022.01.0073>
- Machado, B. C., Dias, P., Lima, V. S., Campos, J., & Gonçalves, S. (2016). Prevalence and correlates of picky eating in preschool-aged children : A population-based study. *Eating Behaviors*, 22, 16-21. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.035>
- Manikam, R., & Perman, J. A. (2000). Pediatric Feeding Disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 30(1), 34.
- Micali, N., & Tombeur, E. (2019). ARFID - Trouble de restriction/évitement de l'ingestion d'aliments : Caractéristiques cliniques. *Rev Med Suisse*, 638, 394-397.
- Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. (2013). *Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire* (Bulletin Officiel ESRS1308351A). <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/bo/13/Hebdo20/ESRS1308351A.htm>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017, octobre 26). *Avis relatif à l'avenant n° 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996* [Officiel]. Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000035880703?utm_source=c_hatgpt.com

Monda, M., Costacurta, M., Maffei, L., & Docimo, R. (2021). Oral manifestations of eating disorders in adolescent patients. A review. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 22(2), 155-158. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2021.22.02.13>

Nicklaus, S. (2016). The role of food experiences during early childhood in food pleasure learning. *Appetite*, 104, 3-9. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.08.022>

Norris, M. L., Robinson, A., Obeid, N., Harrison, M., Spettigue, W., & Henderson, K. (2014). Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients : A descriptive study. *The International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 495-499. <https://doi.org/10.1002/eat.22217>

Nyaradi, A., Li, J., Hickling, S., Whitehouse, A. J. O., Foster, J. K., & Oddy, W. H. (2013). Diet in the early years of life influences cognitive outcomes at 10 years: A prospective cohort study. *Acta Paediatrica* (Oslo, Norway: 1992), 102(12), 1165-1173. <https://doi.org/10.1111/apa.12363>

Organisation mondiale de la santé. (2019). *Classification internationale des maladies, 11e révision (CIM-11)* (11). Organisation mondiale de la Santé. <https://icd.who.int/fr>

Organisation Mondiale de la Santé. (2023, décembre 20). *Alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

Presskreischer, R., Prado, M. A., Kuraner, S. E., Arusilor, I.-M., & Pike, K. (2023). Eating disorders and oral health: A scoping review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00778-z>

Proctor, K. B., Rodrick, E., Belcher, S., Sharp, W. G., & Kindler, J. M. (2023). Bone health in avoidant/restrictive food intake disorder: A narrative review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00766-3>

Sanchez-Cerezo, J., Neale, J., Julius, N., Croudace, T., Lynn, R. M., Hudson, L. D., & Nicholls, D. (2024). Subtypes of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: A latent class analysis. *Clinical Medicine*, 68. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102440>

Schwarzenberg, S. J., Georgieff, M. K., Committee on Nutrition, Daniels, S., Corkins, M., Golden, N. H., Kim, J. H., Lindsey, C. W., & Magge, S. N. (2018). Advocacy for Improving Nutrition in the First 1000 Days to Support Childhood Development and Adult Health. *Pediatrics*, 141(2), e20173716. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3716>

Sella, A. C., Hadaway, N., Stern, C., Becker, K. R., Holsen, L. M., Eddy, K. T., Micali, N., Misra, M., Thomas, J. J., & Lawson, E. A. (2023). Lower Ghrelin Levels Are Associated With Higher Anxiety Symptoms in Adolescents and Young Adults With Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 84(3), 22m14482. <https://doi.org/10.4088/JCP.22m14482>

- Senez, C. (2004). Hyper nauséux et troubles de l'oralité chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 93-105.
- Senez, C. (2015). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition*. De Boeck Supérieur.
- Serhier, Z., Bendahhou, K., & Abdelaziz, A. B. (2020). Fiche Méthodologique n°1 : Comment calculer la taille d'un échantillon pour une étude observationnelle ? *La Tunisie Médicale*, 98(01), 7.
- Sharp, W. G., Volkert, V. M., Scahill, L., McCracken, C. E., & McElhanon, B. (2017). A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care? *The Journal of Pediatrics*, 181, 116-124.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.002>
- Silverman, A. H. (2010). Interdisciplinary Care for Feeding Problems in Children. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(2), 160-165. <https://doi.org/10.1177/0884533610361609>
- Simione, M., Dartley, A. N., Cooper-Vince, C., Martin, V., Hartnick, C., Taveras, E. M., & Fiechtner, L. (2020). Family-centered outcomes that matter most to parents: A pediatric feeding disorders qualitative study. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 71(2), 270-275. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002741>
- Simione, M., Harshman, S., Cooper-Vince, C. E., Daigle, K., Sorbo, J., Kuhlthau, K., & Fiechtner, L. (2023). Examining Health Conditions, Impairments, and Quality of Life for Pediatric Feeding Disorders. *Dysphagia*, 38(1), 220-226. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10455-z>
- Spira, G., & Kupietzky, A. (2005). Oral defensiveness. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 29(2), 119-122. <https://doi.org/10.17796/jcpd.29.2.cgp2830l073vh358>
- Tauman, R., Levine, A., Avni, H., Nehama, H., Greenfeld, M., & Sivan, Y. (2011). Coexistence of Sleep and Feeding Disturbances in Young Children. *Pediatrics*, 127(3), e615-e621. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2309>
- Taylor, T., & Taylor, S. A. (2021). Let's not wait and see: The substantial risks of paediatric feeding problems. *International Journal of Child & Adolescent Health*, 14(1), 17-29.
- Thibault, C. (2015). L'oralité positive. *Dialogue*, 209(3), 35-48. <https://doi.org/10.3917/dia.209.0035>
- Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant*. Elsevier Health Sciences.
- 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. <https://www.cairn.info/troubles-du-langage-et-de-la-communication--9782100784738-p-15.htm>
- Torres, T. de O., Gomes, D. R., & Mattos, M. P. (2020). Factors associated with food neophobia in children: Systematic review. *Revista Paulista de Pediatria*, 39. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020089>
- Tungare, S., & Paranjpe, A. G. (2024). Diet and Nutrition to Prevent Dental Problems. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534248/>

- Turck, D., Dupont, C., Vidailhet, M., Bocquet, A., Briand, A., Chouraqui, J.-P., Darmaun, D., Feillet, F., Frelut, M.-L., Girardet, J.-P., Hankard, R., Goulet, O., Rieu, D., Rozé, J.-C., & Simeoni, U. (2015). Diversification alimentaire: Évolution des concepts et recommandations. *Archives de Pédiatrie*, 22(5), 457-460. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2015.02.018>
- Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. (2018). *Materno-infantile*. UFSBD. <https://www.ufsbd.fr/espace-public/nos-actions/materno-infantiles-1/>
- Van Hoorn, M., Feuling, M. B., Allen, K., Berry, R., Brown, S., Sullivan, C. M., & Goday, P. S. (2023). Evaluation and Management of Reduced Dietary Diversity in Children with Pediatric Feeding Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(3), 1290-1297. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05715-8>
- Wagner, Y., & Heinrich-Weltzien, R. (2017). Risk factors for dental problems: Recommendations for oral health in infancy. *Early Human Development*, 114, 16-21. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.09.009>
- Wildes, J. E., Zucker, N. L., & Marcus, M. D. (2012). Picky eating in adults: Results of a web-based survey. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 575-582. <https://doi.org/10.1002/eat.20975>
- Zickgraf, H. F., Franklin, M. E., & Rozin, P. (2016). Adult picky eaters with symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder: Comparable distress and comorbidity but different eating behaviors compared to those with disordered eating symptoms. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0110-6>
- Zimmerman, J., & Fisher, M. (2017). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 95-103. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.005>
- Zucker, N., Copeland, W., Franz, L., Carpenter, K., Keeling, L., Angold, A., & Egger, H. (2015). Psychological and Psychosocial Impairment in Preschoolers With Selective Eating. *Pediatrics*, 136(3), e582-e590. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2386>

Annexes

Annexe I. Introduction au questionnaire	66
Annexe II. Questionnaire réalisé sur SphinxOnline®	67
Annexe III. Villes de formation des participants	71
Annexe IV. Départements d'exercice des répondants	72
Annexe V. Tableau de contingence des résultats du test de McNemar pour chaque signe clinique	73

Annexe I. Introduction au questionnaire

Bonjour,

Je suis Gladys GASTINEAU, étudiante en 5ème année d'études d'orthophonie à l'université de Limoges. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise un questionnaire à destination des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes sur la thématique des troubles alimentaires pédiatriques (également appelé « troubles de l'oralité alimentaire »).

Ce questionnaire est composé de 24 questions et prend environ 10 minutes à compléter. Vos réponses sont anonymes et seront utilisées uniquement dans le cadre de ce mémoire. En participant à ce questionnaire, vous donnez votre accord pour que vos réponses soient récoltées et analysées dans le cadre de ce mémoire. Vous pouvez arrêter de répondre au questionnaire à tout moment. En cliquant sur « enregistrer » en fin de questionnaire, vous donnez votre consentement libre et éclairé. Aucune rétribution financière n'est proposée pour la participation à ce questionnaire.

Je reste disponible pour toute question ou demande complémentaire (gladys.gastineau@etu.unilim.fr).

Je vous remercie pour le temps que vous consacrerez à répondre à ce questionnaire.

Gladys GASTINEAU

Annexe II. Questionnaire réalisé sur SphinxOnline®

1- Profession

- Chirurgien-dentiste
- Chirurgiens-dentistes spécialisés en orthodontie

2- Sexe

- Féminin
- Masculin

3- Année d'obtention du diplôme

4- Ville de formation (préciser)

5- Numéro du département dans lequel vous exercez

Notions théoriques sur les troubles alimentaires pédiatriques

6- Avez-vous déjà entendu le terme "troubles de l'oralité alimentaire" ?

Oui

Non

7- Lors de quelle(s) occasion(s) en avez-vous entendu parler ?



Autre (précisez) :

8- Avez-vous déjà entendu le terme "troubles alimentaires pédiatriques" ?

Oui

Non

9- Lors de quelle(s) occasion(s) en avez-vous entendu parler ?



Autre (précisez) :

10- Avez-vous suivi un cours spécifiquement axé sur les troubles alimentaires pédiatriques ou les troubles de l'oralité alimentaire pendant vos études ?

- Oui
 Non

11- Estimez votre niveau de connaissance sur les troubles alimentaires pédiatriques / troubles de l'oralité alimentaire

Très bon Très faible

12- Comment définiriez vous les "troubles alimentaires pédiatriques" ou "troubles de l'oralité alimentaire" ?

13- Selon vous, quels peuvent être les signes évocateurs des troubles alimentaires pédiatriques ou troubles de l'oralité alimentaire ?

14- D'après vous, quelles sont les populations pouvant être touchées par des troubles alimentaires pédiatriques/troubles de l'oralité alimentaire ?

- Les nourrissons
 Les enfants
 Les adultes
 Les personnes âgées

La pratique clinique auprès de patients atteints de troubles alimentaires pédiatriques

15- Dans votre pratique, utilisez-vous des outils pour dépister ces troubles ?

- Oui
- Non

16- Dans votre patientèle, rencontrez-vous des patients présentant :

Un réflexe nauséux exacerbé

Un refus d'introduction du doigt ou de tout outil dans la bouche

Des difficultés ou une impossibilité de se brosser les dents

Un répertoire alimentaire réduit

Des difficultés à accepter les variations de textures et à introduire des morceaux lors de la diversification alimentaire

Une tendance à avaler sans mâcher (avaler « tout rond »)

Une habitude à garder les aliments en bouche

Je ne suis pas concerné(e)

17- Lorsque vous rencontrez ces symptômes, procédez vous à des adaptations dans votre prise en charge ?

- Oui
- Non

18- Quelles sont-elles ?

19- Ces symptômes vous ont-ils déjà conduit à

- Reporter la prise en charge
- Mettre fin à la prise en charge
- Je ne suis pas concerné(e)
- Autre (précisez)

Autre (précisez) :

20- Dans ce cadre, adressez-vous vos patients vers d'autres professionnels de santé ?

- Oui
- Non

21- Si oui, lesquels ?

22- Ressentez-vous le besoin de vous former sur les troubles alimentaires pédiatriques (ou troubles de l'oralité alimentaire) et leurs conséquences bucco-dentaires ?

- Oui
- Non

23- Pensez-vous qu'il serait bénéfique d'introduire un protocole systématique de dépistage des troubles alimentaires pédiatriques (ou troubles de l'oralité alimentaire) dans les cabinets dentaires ?

- Oui
- Non (précisez pourquoi)

Non (précisez pourquoi) :

Vous arrivez à la fin de ce questionnaire, si vous souhaitez ajouter des commentaires ou des informations supplémentaires qui vous semblent important(e)s, vous pouvez le faire ici

Annexe III. Villes de formation des participants

Tableau 5 : Villes de formation initiale des participants

Ville de formation	Nombre de répondants	Pourcentage
Lille	54	38,3%
Toulouse	22	15,6%
Strasbourg	10	7,1%
Lyon	7	5,0%
Paris	7	5,0%
Nantes	6	4,3%
Bordeaux	5	3,5%
Clermont-Ferrand	5	3,5%
Reims	5	3,5%
Nancy	4	2,8%
Rennes	4	2,8%
Montpellier	3	2,1%
Marseille	1	0,7%
Nice	1	0,7%
Constanța	1	0,7%
Liège	1	0,7%
Barcelone	1	0,7%
Madrid	1	0,7%
Brisbane	1	0,7%
Oran	1	0,7%
Région de Bruxelles-Capitale	1	0,7%
	141	100%

Annexe IV. Départements d'exercice des répondants

Tableau 6 : Département d'exercice actuel des participants

Départements	Nombre de professionnels exerçant	Pourcentage
Nord	60	42,6%
Tarn	14	9,9%
Cher	11	7,8%
Haut-Rhin	10	7,1%
Lot	8	5,7%
Isère	6	4,3%
Loir-et-Cher	6	4,3%
Deux-Sèvres	4	2,8%
Haute-Garonne	3	2,1%
Orne	3	2,1%
Haute-Savoie	3	2,1%
Aude	2	1,4%
Rhône	2	1,4%
Creuse	1	0,7%
Finistère	1	0,7%
Gironde	1	0,7%
Hérault	1	0,7%
Indre	1	0,7%
Savoie	1	0,7%
Seine-Maritime	1	0,7%
Somme	1	0,7%
Territoire de Belfort	1	0,7%
	141	100,0%

Annexe V. Tableau de contingence des résultats du test de McNemar pour chaque signe clinique

Tableau 7 : Synthèse des résultats obtenus au test de McNemar pour la comparaison des résultats obtenus aux questions 13 et 16

Signes cliniques	en nombre de répondants				Résultat du test de McNemar (χ^2)	Significativité si $\chi^2 > 3,841$ (pour $\alpha = 0,05$)
	Signe non mentionné dans les deux questions (question 13 et 16)	Signe mentionné en question 13 seulement	Signe mentionné en question 16 seulement	Signe mentionné dans les deux questions (question 13 et 16)		
Réflexe nauséieux exacerbé	11	1	118	11	113,076	oui
Refus d'introduction d'éléments en bouche	61	4	67	9	54,141	oui
Difficultés de brossage de dents	50	0	86	5	84,012	oui
Répertoire alimentaire réduit	63	2	67	9	59,362	oui
Difficultés à accepter les morceaux et variations de textures	85	2	44	10	36,543	oui
Avaler sans mâcher	95	0	46	0	44,022	oui
Stockage d'aliments en bouche	111	0	30	0	28,033	oui

Etat des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes sur les troubles alimentaires pédiatriques

Les troubles alimentaires pédiatriques (TAP) représentent un enjeu de santé publique en raison de leurs répercussions multiples, notamment sur la santé bucco-dentaire. Bien que leur compréhension ait progressé ces dernières années, leur prise en compte dans certaines spécialités, comme l'odontologie, demeure peu documentée.

Cette étude propose un état des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes à l'égard des TAP. Un questionnaire numérique a été élaboré puis diffusé auprès de chirurgiens-dentistes et d'orthodontistes à l'échelle nationale, nous permettant de recueillir 141 réponses. Les résultats révèlent une certaine méconnaissance théorique des TAP avec une vision incomplète de ces derniers tandis que sur le plan clinique, le dépistage reste marginal et les orientations vers l'orthophoniste sont rares. Toutefois, les praticiens se montrent réceptifs à l'idée de se former et d'intégrer le dépistage dans leur pratique, soulignant ainsi un intérêt manifeste pour une meilleure prise en soin des TAP.

Ainsi, ce travail met en évidence la nécessité de renforcer l'information et la formation sur les TAP et d'encourager les collaborations interdisciplinaires, notamment avec les orthophonistes, en vue d'un repérage précoce et d'une prise en soin adaptée. Pour ce faire, des actions de sensibilisation ciblées pourraient être envisagées afin d'améliorer le repérage des TAP et de la précocité de la prise en soin.

Mots-clés : troubles alimentaires pédiatriques, connaissances, chirurgien-dentiste, orthodontiste, santé bucco-dentaire

Current state of knowledge and professional practices of dentists and orthodontists regarding pediatric feeding disorders

Pediatric feeding disorders (PFDs) represent a public health issue due to their wide-ranging impacts, particularly in oral health. Even if PFDs understanding has improved for recent years, their recognition within certain specialties, such as dentistry, remains underexplored.

This study provides an overview of the knowledge and professional practices of dental surgeons and orthodontists regarding PFDs. A digital questionnaire has been developed and distributed to dentists and orthodontists nationwide, allowing us to collect 141 responses. Results reveal a certain theoretical lack of knowledge regarding PFDs, with an incomplete understanding of these disorders. Clinically, screening remains limited, and referral to speech therapists is unusual. However, practitioners are open-minded to train themselves and to incorporate screening into their practice, indicating a clear interest improving care for individuals with PFDs.

Thus, this study highlights the need to strengthen information and training about PFDs and encourages interdisciplinary collaboration, particularly with speech therapists, so as to facilitate early detection and appropriate care. Lastly, targeted awareness campaigns should be considered to improve early detection of pediatric feeding disorders and the timeliness of care.

Keywords: pediatric feeding disorders, knowledge, dentist, orthodontist, oral health

