

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Orthophonie**

**Poursuite de la création d'un outil de dépistage des troubles
alimentaires pédiatriques**

Pré-test de la version consensuelle du QUINOA élaborée par Grueau
(2020)

Mémoire présenté et soutenu par
Hélène Demonteil

En **Juin 2022**

Mémoire dirigé par
Elyse Raynaud-Bellanger
Orthophoniste

Remerciements

Pour la réalisation de ce travail, je tiens à remercier plusieurs personnes qui m'ont épaulée durant cette longue période.

D'abord, je remercie tous les professionnels qui ont répondu à mes questions et surtout, tous les professionnels qui ont pris du temps pour participer à mon étude. Je remercie aussi les patients qui ont accepté que ces professionnels leur administrent le questionnaire QUINOA.

Je remercie Madame Raynaud-Bellanger, la directrice de ce mémoire, qui a accepté de poursuivre avec moi ce long projet et m'a accompagnée tout au long.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique et tout particulièrement Madame Elie-Deschamps et Madame Pépin-Boutin qui nous ont accompagnées dans la construction de notre mémoire, de la première à la dernière étape. Je remercie aussi Monsieur Prot pour son aide pour les statistiques.

Merci à Pauline, Louise et Léa, les étudiantes et maintenant orthophonistes qui sont à l'origine de ce projet et qui m'ont permis d'en prendre la suite. Merci pour leur aide dans la diffusion des questionnaires. Et merci à Pauline pour ses conseils et ses relectures.

Merci à Jeanne, Marie et Sophie, mes maîtres de stage de 5^{ème} année, qui m'ont aidée dans la recherche de professionnels de santé. Merci à Jeanne pour sa participation et pour m'avoir permis de pratiquer dans le domaine des troubles alimentaires pédiatriques.

Merci à Roxane, une amie en or, sans qui ces 5 années n'auraient pas été les mêmes. Nos sessions de travail sur le mémoire ont été précieuses. Merci à Constance et Manuela.

Merci à Apolline, ma future collègue, pour sa relecture et sa participation.

Merci par avance au professionnel qui a accepté d'évaluer mon travail.

Enfin, je remercie toute ma famille, qui m'a supportée et soutenue. Et surtout, Corentin, qui a été présent chaque jour.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



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, soussigné Hélène Demonteil

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

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 mercredi 11 mai 2022

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 plagiaire) 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 plagiaire 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 Orthophoniste
Session de juin 2022
Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée(e) Hélène Demonteil

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 : **mercredi 11 mai 2022**

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

PMI : Protection maternelle et infantile

QUINOA : Questionnaire d'investigation de l'oralité alimentaire

TAP : Trouble alimentaire pédiatrique

TOA : Trouble de l'oralité alimentaire

Table des matières

Introduction	12
Partie théorique.....	13
1. L'oralité.....	13
1.1. Développement physiologique.....	13
1.2. Développement troublé : la genèse des troubles de l'oralité alimentaire (TOA)	13
2. Terminologie et classifications des TOA	14
2.1. Termes rencontrés	14
2.2. Classification de Chatoor.....	15
2.3. Classifications récentes.....	16
2.3.1. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)	16
2.3.2. Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)	16
3. Manifestations et signes d'appel des TAP.....	17
4. Répercussions des TAP.....	18
4.1. Sur la santé	18
4.1.1. Sur l'hygiène bucco-dentaire.....	18
4.1.2. Sur la denture et les compétences masticatoires	18
4.1.3. Sur l'état nutritionnel	19
4.2. Sur la sphère familiale et sociale	19
4.3. Sur le langage	20
5. Prise en charge des TAP	20
5.1. Les enjeux de la prise en charge précoce	20
5.2. Le rôle de l'orthophoniste	21
6. Les professionnels de santé impliqués dans les TAP : rôle et connaissances.....	22
6.1. Médecins généralistes, pédiatres, médecins scolaires et de PMI	22
6.2. Autres médecins spécialistes	23
6.3. Dentistes et orthodontistes	23
6.4. Autres professionnels de santé	23
6.4.1. Kinésithérapeutes	23
6.4.2. Psychomotriciens.....	24
6.4.3. Ergothérapeutes	24
6.4.4. Psychologues et pédopsychiatres.....	25
6.4.5. Diététiciens	25
7. Le dépistage des TAP : outils existants.....	26
8. Méthodologie du questionnaire	27
8.1. Les étapes d'élaboration	27
8.2. L'importance de la rédaction des questions et du choix des modalités de réponse	27
8.3. La phase de pré-test.....	28
Problématique et hypothèses	29
1. Problématique.....	29
2. Hypothèses.....	29
Protocole expérimental.....	31
1. Participants.....	31
1.1. Population d'expérimentation	31
1.2. Recrutement des participants	32

2. Matériel.....	33
3. Méthode.....	34
3.1. Le questionnaire de pré-test.....	34
3.1.1. Principes de création.....	34
3.1.2. Choix des items	34
3.1.3. Choix des types de questions et des modalités de réponse	35
3.2. Consignes pour les participants.....	35
3.3. Validation du questionnaire	35
4. Méthode d'analyse des réponses.....	36
Présentation des résultats	37
1. Description des participants	37
1.1. Les professionnels interrogés.....	37
1.1.1. Nombre	37
1.1.2. Professions représentées.....	37
1.2. Les patients interrogés par les professionnels	38
1.2.1. Nombre de patients interrogés	38
1.2.2. Ages des patients interrogés.....	39
2. Réponses aux questions de pré-test.....	39
2.1. Eléments principaux explorés par le pré-test	39
2.1.1. Que pensez-vous de la longueur du questionnaire ?.....	39
2.1.2. L'ordre des questions vous paraît-il pertinent ?	40
2.1.3. Tous les termes ont-ils été compris par les patients ?	40
2.1.4. La modalité de réponse est-elle adaptée ?.....	41
2.2. Autres questions.....	42
2.2.1. Qu'avez-vous pensé du questionnaire QUINOA ?	42
2.2.2. La coopération des parents a-t-elle été facile à obtenir lors de l'administration du questionnaire ?	44
2.2.3. Avez-vous d'autres remarques ?.....	45
2.3. Corrélations	46
2.3.1. 1 ^{ère} consultation / coopération	46
2.3.2. Diagnostic / coopération.....	47
2.3.3. Diagnostic / compréhension des questions	47
3. Précisions des répondants.....	47
Discussion.....	49
1. Interprétation des résultats.....	49
1.1. Longueur du questionnaire	49
1.2. Ordre des questions	49
1.3. Compréhension des termes par les patients.....	50
1.4. Modalités de réponse	51
1.5. Autres informations issues de l'analyse	52
1.5.1. Formulation des questions : ajout de précisions.....	52
1.5.2. Professionnels souhaitant l'ajout de questions	52
1.5.3. Coopération des parents.....	53
1.5.4. Avis général sur le questionnaire QUINOA	53
1.5.5. Population visée par le questionnaire QUINOA.....	54
1.5.5.1. Les enfants présentant des difficultés alimentaires.....	54
1.5.5.2. Les parents des enfants présentant des troubles.....	54

1.5.6. Support du questionnaire	54
1.5.7. Autres remarques	54
2. Vérification des hypothèses	55
2.1. Première hypothèse générale : L'outil de dépistage QUINOA est jugé valide par les professionnels de santé interrogés.....	55
2.2. Seconde hypothèse générale : Il est possible de mettre en évidence des limites et d'y remédier en apportant des modifications au questionnaire QUINOA.	56
3. Biais et limites de cette étude.....	58
4. Intérêts de cette étude	59
5. Perspectives	60
5.1. Prochaines étapes dans la validation du questionnaire QUINOA.....	60
5.2. Perspectives concernant le questionnaire QUINOA.....	61
5.3. Autres perspectives.....	62
Conclusion	64
Références bibliographiques	65
Sitographie	70
Annexes	71

Table des illustrations

Figure 1 : Histogramme concernant la répartition des répondants au questionnaire de pré-test	38
Figure 2 : Diagramme de fréquence concernant les réponses à la question « à combien de patients avez-vous proposé le questionnaire QUINOA ? »	38
Figure 3 : Diagramme de fréquence concernant les réponses à la question « que pensez-vous de la longueur du questionnaire ? »	39
Figure 4 : Diagramme de fréquence concernant la répartition des réponses à la question « l'ordre des questions vous paraît-il pertinent ? ».....	40
Figure 5 : Diagramme de fréquence concernant la répartition des réponses à la question « tous les termes ont-ils été compris par les patients ? ».....	40
Figure 6 : Diagramme de fréquence concernant la répartition des réponses à la question « la modalité de réponse est-elle adaptée ? »	41
Figure 7 : Diagramme de fréquence concernant la répartition des réponses à la question « la coopération des parents a-t-elle été facile à obtenir lors de l'administration du questionnaire ? », pour les professionnels ayant proposé le questionnaire à un patient.....	45
Figure 8 : Diagramme de fréquence concernant la répartition des réponses à la question « la coopération des parents a-t-elle été facile à obtenir lors de l'administration du questionnaire ? », pour les professionnels ayant proposé le questionnaire à deux patients ou plus	45

Table des tableaux

Tableau 1 : [Synthèse des signes d'appel des TOA. Reproduit à partir de Lecoufle (2019) cité dans « Sensibilisation des professionnels de santé aux troubles de l'oralité » par Leseq-Lambre, E., 2019, <i>Rééducation orthophonique</i> , 277, 105-119]	17
Tableau 2 : [Précisions des professionnels ayant répondu « non » à la question « la modalité de réponse est-elle adaptée ? »]	41
Tableau 3 : [Réponses des professionnels à la question « qu'avez-vous pensé du questionnaire QUINOA ? »].....	42
Tableau 4 : [Remarques apportées par les professionnels à la question « avez-vous d'autres remarques ? »].....	46
Tableau 5 : [Répartition des familles interrogées selon : coopération obtenue / première consultation (ou non)].....	46
Tableau 6 : [Répartition des familles interrogées selon : coopération obtenue / présence (ou absence) de diagnostic].....	47
Tableau 7 : [Répartition des familles interrogées selon : compréhension des questions / présence (ou absence) d'un diagnostic]	47
Tableau 8 : [Précisions apportées dans un second temps par certains professionnels].....	47
Tableau 9 : [Synthèse des modifications apportées au questionnaire QUINOA].....	56

Introduction

Le terme oralité provient du vocabulaire psychanalytique, il fait référence aux activités effectuées par la bouche, à savoir la respiration, la communication et l'alimentation (Thibault, 2015, Boudou, Lecoufle, 2015). Ici, nous nous intéressons plus particulièrement à l'alimentation.

A ce jour, l'alimentation occupe une place importante dans notre quotidien. Dans notre culture, le temps de repas et le partage qui en découle sont très importants. Nous passons beaucoup de temps à table dans notre journée. C'est un moment qui permet de se réunir. Il s'agit également d'une préoccupation importante pour les parents d'un jeune enfant : entrer dans la diversification alimentaire, lui présenter de nouveaux aliments, lui proposer des aliments aimés par les parents du fait de leur vécu ou de leur culture (Daresse et al., 2018). Chaque famille a ses propres représentations et valeurs autour de l'alimentation : préférences, aliments à ne pas manger, régimes particuliers, causes défendues telles que la protection animale, importance du temps de repas. (Levasseur, 2017)

Ainsi, l'alimentation constitue un enjeu important. Mais elle peut être entravée en cas de troubles alimentaires pédiatriques (ou troubles de l'oralité alimentaire), c'est-à-dire lorsque l'enfant présente des difficultés d'alimentation par la bouche. Aujourd'hui, ces troubles concernent 25% des enfants, mais ce chiffre monte à 80% lorsque les enfants présentent un handicap (Senez, 2020). Les TAP constituent un sujet d'actualité et sont de plus en plus investigués. Leurs origines et manifestations sont multiples mais surtout, leurs répercussions peuvent être nombreuses. En effet, ils peuvent impacter la santé de l'enfant, son langage mais aussi sa sphère familiale et sociale. Le dépistage des TAP apparaît donc nécessaire. Cette action doit permettre une prise en charge précoce et ainsi, elle doit permettre d'éviter la chronicisation des difficultés et de limiter leurs répercussions.

Les professionnels pouvant rencontrer ces troubles sont nombreux. Chacun d'eux peut être amené à devoir dépister pour mieux orienter le patient.

Actuellement, il n'existe pas d'outil permettant le dépistage des TAP chez les enfants à « développement normal » de plus de 36 mois. La création d'un tel outil a été initiée dans un mémoire d'orthophonie (Barral, 2018) et a été poursuivie dans deux autres mémoires (Bardousse, 2019, Grueau, 2020). Il s'agit du questionnaire QUINOA (questionnaire d'investigation de l'oralité alimentaire). Cependant, la validation de cet outil n'est pas achevée.

Notre étude a donc pour objectif de poursuivre le travail entamé afin d'aboutir à la production d'un outil de dépistage des TAP qui pourra être utilisé en consultation, par de nombreux professionnels de santé. Nous avons effectué le pré-test du questionnaire QUINOA. Pour réaliser cette étape, nous avons recruté des professionnels de santé afin qu'ils utilisent le questionnaire QUINOA en consultation. Nous leur avons ensuite demandé de répondre à un questionnaire de pré-test afin d'émettre un retour après utilisation. Enfin, nous avons analysé les réponses à ce dernier questionnaire afin de pouvoir valider, ou non, la phase de pré-test et identifier d'éventuelles limites.

Partie théorique

1. L'oralité

1.1. Développement physiologique

Le développement des compétences orales de l'enfant débute in utero : le fœtus lèpe et déglutit le liquide amniotique, tète ses doigts ... (Lecoufle, 2020). Dès la 10^{ème} semaine, les premiers mouvements antéropostérieurs de succion se mettent en place, puis la déglutition apparaît entre la 12^{ème} et la 15^{ème} semaine et la coordination succion-déglutition-respiration est efficace aux alentours de la 34^{ème} semaine d'aménorrhée (Thibault, 2017). C'est aussi in utero que se construisent les 5 sens (Leblanc, Ruffier-Bourdet, 2009). En effet, cette construction débute dès le deuxième mois de grossesse, avec l'apparition des récepteurs cutanés, puis des récepteurs olfactifs et des bourgeons gustatifs. Le fœtus sera ensuite capable de percevoir des bruits et sa vue se développera progressivement. Le développement des sens est très important pour le développement de l'oralité puisque « l'action de manger implique la quasi-totalité des sens : vue, toucher, odorat, goût » (Leblanc, Ruffier-Bourdet, 2009, p49).

La mise en place de l'oralité est objectivée par l'apparition du réflexe de Hooker, lors du 3^{ème} mois de l'embryogénèse (Thibault, 2017) : lorsque la main entre en contact avec les lèvres, la langue sort de la bouche et vient toucher la main.

Dans le développement de l'oralité du nouveau-né, deux étapes sont identifiées : l'oralité primaire et l'oralité secondaire. L'oralité primaire, qui est transitoire (Couly, 2015), automatique et sous le contrôle du tronc cérébral. Le réflexe de succion est alors déclenché par des stimulations sensorielles au niveau de la sphère orale (Thibault, 2015). A ce stade, l'enfant est nourri au sein ou au biberon et une dépendance nutritionnelle s'installe entre l'enfant et sa mère (Couly, 2015). L'oralité secondaire, qui est permanente (Couly, 2015), apparaît ensuite. Elle est corticale et volontaire. Cette étape est caractérisée par la diversification alimentaire et le passage à la cuillère, qui a lieu entre 4 et 7 mois (Thibault, 2015). C'est lors de cette phase que la praxie de mastication commence à se construire. Ainsi, l'acquisition de cette oralité doit passer par un apprentissage (Couly, 2015). La compétence praxique de mastication est mature à 6 ans (Blanchet et al., 2016), elle évolue notamment grâce à la construction de la dentition de l'enfant (Couly, 2015). Mais avant le passage à la mastication, les oralités primaire et secondaire coexistent pendant 1 à 2 ans ; il y a alors une double stratégie alimentaire qui se caractérise par une utilisation conjointe de la succion et de la cuillère (Thibault, 2017). L'évolution de l'oralité se fait en même temps que celle des organes impliqués dans l'alimentation (Briatte, 2021).

Dans ces deux étapes, les oralités alimentaire et verbale se développent conjointement (Thibault, 2015). Lors de l'oralité primaire, le nourrisson émet des cris, des vocalisations réflexes. Puis, il va progressivement contrôler ses émissions (babillage), ce qui sera signe d'un passage à l'oralité secondaire (Thibault, 2017). Dans ces deux oralités, la bouche est sollicitée (Briatte, 2021).

1.2. Développement troublé : la genèse des troubles de l'oralité alimentaire (TOA)

Levavasseur (2017) explique la genèse des troubles de l'oralité alimentaire par la coarticulation de deux boucles sensorielles : une boucle sensorielle primaire et une boucle sensorielle secondaire.

La boucle sensorielle primaire représente toute situation prédisposant à des difficultés alimentaires, entraînant un vécu négatif des repas et l'apparition d'un comportement difficile chez l'enfant. Ces situations prédisposantes sont multiples.

Nous pouvons d'abord évoquer les situations ayant nécessité une hospitalisation, la mise en place d'une nutrition artificielle, d'une ventilation artificielle, d'une intubation, une chirurgie : la prématurité, une maladie aiguë ou chronique, une malformation organique (Grevesse, Hermans, 2017, Guillerme, 2014). Ces situations privent l'enfant d'expériences autour de la sphère orale et créent ainsi une hypersensibilité (Leblanc, Ruffier-Bourdet, 2009, Thibault, 2017, Bellis et al., 2009). Par exemple, lors de la mise en place d'une nutrition artificielle, l'enfant ne perçoit pas les goûts, les odeurs, les textures, n'utilise pas sa bouche, il est alors privé d'expériences sensorimotrices et désinvestit sa bouche (Vidal, 2015, Barbier, 2015) qui devient hypersensible car elle n'a pas reçu de stimulations régulières et cohérentes (Senez, 2020, Delfosse et al., 2006). De plus, ce mode d'alimentation empêche l'enfant de percevoir le rythme des repas, l'alternance faim/satiété (Vidal, 2015) et le confronte également à des gestes invasifs, parfois traumatiques (Bellis et al., 2009).

Un hyper-nauséux peut aussi être la cause de TOA (Senez, 2004). Il s'agit d'une exagération du réflexe nauséux. Ce réflexe est normalement présent chez tous les sujets et leur permet de ne pas avaler ou inhaler une substance dangereuse pour l'organisme. Mais en cas d'hyper-nauséux, le réflexe est exacerbé et se déclenche également lorsque la stimulation n'est pas dangereuse (Senez, 2004).

Le reflux gastro-œsophagien provoque des douleurs au passage des aliments et peut ainsi être responsable de l'apparition de TOA (Senez, 2020).

Il existe d'autres causes à l'origine des troubles de l'oralité, telles qu'une atteinte de la sensorialité (Senez, 2020, Levavasseur, 2017). En effet, l'oralité peut être perturbée du fait d'un trouble de l'intégration neurosensorielle. Il s'agit d'une difficulté de modulation des signaux sensoriels (Boudou, Lecoufle, 2015) ce qui engendre des difficultés pour gérer les stimuli, qui sont mal interprétés, mal compris (Babington, 2018). L'enfant peut alors présenter une hypersensibilité : il surréagit car les stimuli sont perçus comme menaçants, il cherche donc à se protéger de sensations désagréables (Barbier, 2014). Son seuil de tolérance est inférieur à la norme (Babington, 2018). A l'inverse, un enfant présentant un trouble de l'intégration neurosensorielle peut être hyposensible : il réagit peu ou pas aux stimuli (Boudou, Lecoufle, 2015) car les informations qu'il reçoit ne sont pas assez précises (Barbier, 2014).

La boucle secondaire entre ensuite en jeu : les parents se sentent démunis face aux difficultés et au comportement de leur enfant et réagissent de façon plus ou moins adaptée (stratégies, forcing, punition, ...). Mais ces réponses au comportement de leur enfant sont contre-productives et ne font qu'ancrer davantage les perceptions négatives de l'enfant autour de l'alimentation.

2. Terminologie et classifications des TOA

2.1. Termes rencontrés

Lorsque l'enfant présente des difficultés d'alimentation, plusieurs termes peuvent être utilisés, notamment ceux de « dysoralité » et de « trouble de l'oralité ». Ces termes sont apparus autour des années 1980. Ils peuvent se définir par des « difficultés d'alimentation par voie orale » (Daresse-Lapendery et al., 2018, p354).

D'autres termes sont fréquemment rencontrés dans la littérature :

- **Néophobie alimentaire** : refus de manger des aliments nouveaux ou inconnus. Ce phénomène était déjà présent chez nos ancêtres et il leur permettait de se protéger de l'empoisonnement (Rigal, 2004). Aujourd'hui, c'est une période caractéristique du développement physiologique de l'enfant, elle se manifeste généralement entre 2 et 7 ans (Daresse-Lapendery et al., 2018). Cette peur disparaît grâce aux expositions répétées aux aliments. Ainsi, un nouvel aliment doit être présenté à de nombreuses reprises et dans de bonnes conditions avant de pouvoir être accepté par l'enfant (Le Heuzey, 2011a).
- « **Picky eater** » (petit mangeur) : ce terme peut avoir différentes significations en fonction des cultures. Ainsi, il peut désigner les enfants difficiles ayant un petit appétit ou encore une forme de troubles alimentaires. Généralement, il fait référence à un trouble passager ou léger (Kerzner et al., 2015). Mais d'après certains auteurs il s'agirait d'une forme atténuée d'anorexie infantile (Le Heuzey, 2011b).
- « **Feeding disorder** » (trouble de l'alimentation) : ce terme est très fréquemment utilisé, il désigne un trouble sévère ayant une origine organique, nutritive ou émotionnelle. Il est considéré comme équivalent au terme « ARFID ». (Kerzner et al., 2015)
- « **Feeding difficulty** » (difficulté d'alimentation) : il est aussi beaucoup utilisé mais il est très large. En effet, il englobe toutes les difficultés d'alimentation, qu'elles soient légères ou sévères. (Kerzner et al., 2015)

Lorsqu'il s'agit d'un trouble avec des particularités sensorielles, nous pouvons aussi rencontrer les termes suivants : « Syndrome de Dysoralité Sensorielle », « hyper-sensitivité corporelle et sensorielle », « trouble de la modulation sensorielle » (Boudou, Lecoufle, 2015).

Enfin, le terme « trouble de l'oralité alimentaire » serait aujourd'hui davantage utilisé pour désigner les difficultés alimentaires chez l'adulte et le sujet âgé (Briatte, 2021).

2.2. Classification de Chatoor

Dans la littérature anglophone, trois principaux comportements ont été relevés par certains auteurs : prise alimentaire insuffisante, alimentation sélective, crainte des repas (Kerzner et al., 2015). Ces trois comportements, et plus précisément ces trois types de refus alimentaires, permettent chacun de définir un trouble (Chatoor, Ganiban, 2003) :

- Le refus alimentaire imprévisible, associé à une prise alimentaire insuffisante, fait référence à l'**anorexie infantile** (ou du nourrisson). Elle apparaît souvent entre 6 mois et 3 ans avec un pic d'apparition entre 9 et 18 mois, lors du passage à l'alimentation autonome. Les enfants présentant cette anorexie mangent très peu et refusent de manger plus. Ils ne manifestent pas de signes de faim, ni d'intérêt pour la nourriture (Le Heuzey, 2011b, Acquaviva, 2011).
- Le refus de manger certains types d'aliments fait référence à l'**aversion sensorielle alimentaire**. Celle-ci se caractérise par une sélectivité, c'est-à-dire que l'enfant refuse des aliments avec un goût, une odeur ou une texture spécifiques. Ces aversions apparaissent souvent lors de la diversification, quand de nombreux goûts et textures sont proposés à l'enfant. L'enfant refuse alors de manger un aliment après une première expérience de dégoût avec celui-ci. Il pourra ensuite refuser tous les aliments semblables (par exemple selon la couleur). Ces enfants présentent souvent d'autres

particularités sensorielles (par exemple, ils n'aiment pas marcher dans l'herbe ou encore sont sensibles aux bruits forts) (Chatoor, 2009).

- Enfin, la peur, voire le refus total, de manger est à mettre en lien avec le **trouble alimentaire post-traumatique**, qui apparaît après un traumatisme de l'oropharynx. Par exemple suite à un épisode d'étouffement, la mise en place d'une intubation ou d'une sonde nasogastrique, une intervention chirurgicale ou encore une période de vomissements ou un épisode de réflexes nauséeux sévères (Cascales et al., 2014). L'enfant peut alors refuser d'avalier des aliments, solides ou liquides.

En plus de ces 3 types de troubles alimentaires, Irène Chatoor en a décrit 3 autres (Cascales, Olives, 2012) : trouble alimentaire de la régulation des états, trouble alimentaire associé avec un manque de réciprocité mère-nourrisson, trouble alimentaire associé avec des conditions médicales concurrentes.

Mais parmi tous ces troubles, seuls le trouble alimentaire post-traumatique et l'aversion sensorielle alimentaire semblent relever du champ d'intervention de l'orthophoniste. En effet, les autres se rapprochent davantage des troubles du comportement alimentaire. Mais ils peuvent être rencontrés lors de consultations orthophoniques. Ainsi, si ces problématiques sont soulevées au cours d'un bilan, l'orthophoniste devra les prendre en compte et réorienter le patient, notamment vers un pédiatre ou pédopsychiatre (Le Heuzey, 2011a).

2.3. Classifications récentes

2.3.1. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)

Les troubles alimentaires ont fait leur apparition dans le DSM-IV sous le terme de « feeding disorder of infancy or early childhood » (trouble de l'alimentation des bébés et des jeunes enfants). Celui-ci a ensuite été remplacé par le terme « ARFID », lors de la publication du DSM-V en 2013. Ce nouveau terme signifie « trouble de l'alimentation sélective et/ou d'évitement ». Il peut être utilisé pour des enfants, des adolescents ou des adultes. « L'ARFID se caractérise par un manque d'intérêt pour l'alimentation ou un évitement de certains aliments, en raison de leurs caractéristiques sensorielles se traduisant par un déficit d'apports nutritionnels » (Feillet et al., 2020, p40). Des symptômes gastro-intestinaux et psychiatriques sont fréquemment associés à l'ARFID. Ainsi, nous retrouvons souvent chez ces patients des troubles anxieux, un trouble du spectre de l'autisme, des déficits attentionnels avec hyperactivité ou encore des troubles obsessionnels compulsifs, une émétophobie (peur de vomir), ... Les critères diagnostiques permettent d'écarter l'anorexie et la boulimie : il n'y a pas de perturbation de l'image corporelle, ni de préoccupation concernant le poids (Zimmerman, Fisher, 2017).

Mais, selon Diraison (2019), cette définition se situe « à l'intersection des troubles de l'oralité alimentaire et des troubles du comportement alimentaire » (p8).

2.3.2. Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)

Aujourd'hui, il existe un consensus américain autour du terme « pediatric feeding disorder » qui signifie « trouble alimentaire pédiatrique » (TAP) (Guillon-Invernizzi et al., 2020). Ce terme a été proposé dans la CIF par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) afin de fournir aux professionnels un terme commun et précis. Les TAP se définissent par « une altération de la prise orale des aliments par rapport à ce qui est attendu pour l'âge de l'enfant » (Lecoufle,

Lesecq-Lambre, 2021, p18), associée à des troubles organiques, nutritionnels, sensori-moteurs ou psychosociaux. Pour que ce diagnostic soit posé, il faut que les difficultés soient présentes tous les jours, depuis au moins deux semaines (Goday et al., 2019, Lecoufle, 2020). Le TAP est aigu lorsque les difficultés durent entre deux semaines et trois mois, chronique lorsqu'elles persistent au-delà de trois mois (Lecoufle, Lesecq-Lambre, 2021). Il faut également que les difficultés alimentaires ne soient pas imputables à l'une des raisons suivantes : présence d'un trouble du comportement alimentaire, manque d'accès à la nourriture, pratique alimentaire culturelle ou religieuse (Lecoufle, 2020). Les signes permettant de distinguer les TAP des troubles du comportement alimentaire sont les suivants : absence d'obsession pour le poids et de trouble de l'image corporelle (Briatte, 2021).

Ainsi, ce diagnostic semble davantage correspondre à la patientèle rencontrée par les orthophonistes. Nous préférons donc utiliser ce terme pour la suite de ce mémoire.

3. Manifestations et signes d'appel des TAP

Les TAP peuvent s'exprimer de diverses façons, avec une variabilité en fonction de l'âge (Guillaume, 2014). Notamment en cas d'hypersensibilité, les enfants présentant de tels troubles mettent en place des défenses orales, tactiles, tonico-posturales, comportementales (Leblanc et al., 2015). Nous pouvons citer les manifestations suivantes : mouvements de recul, pleurs à l'approche de la cuillère (Albert, 2011), dégoûts, refus de manger, refus des morceaux, triage de l'assiette, réduction des quantités et du nombre d'aliments, inappétence, lenteur lors des repas et pour venir à table, haut-le-cœur voire vomissements (Senez, 2004), refus de la nouveauté (Boudou, Lecoufle, 2015), sélectivité alimentaire (Senez, 2020). Les enfants présentant une sélectivité alimentaire pourront éprouver des difficultés pour manger des aliments avec une texture, une consistance, une température ou une odeur particulières (Leblanc et al., 2015). D'autres enfants seront « grognons », mangeront très rapidement ou alors s'éterniseront (Barbier, 2014). De plus, d'autres manifestations sont observées chez les enfants hyposensibles : besoin de mettre en bouche beaucoup d'aliments, de les garder longtemps dans la bouche avant de les avaler, préférence pour les plats relevés, épicés, les aliments croquants ou durs, les liquides pétillants ou encore les plats à températures extrêmes (Boufou, Lecoufle, 2015).

Lecoufle, 2019, cité dans Lesecq-Lambre (2019), a synthétisé les signes d'appel et les a classés en trois grands groupes.

Tableau 1 : [Synthèse des signes d'appel des TOA. Reproduit à partir de Lecoufle (2019) cité dans « Sensibilisation des professionnels de santé aux troubles de l'oralité » par Lesecq-Lambre, E., 2019, *Rééducation orthophonique*, 277, 105-119]

Signes oro-moteurs	Signes sensoriels	Signes psycho-comportementaux
Hypotonie bucco-faciale	Investissement limité de la sphère orale	Désintérêt pour l'alimentation
Hypertonie bucco-faciale	Recherche de stimulation excessive	Absence d'appétence orale

Trouble des praxies fonctionnelles (succion, mastication ...)	Grimaces, réflexe nauséux important, nausées, vomissements	Refus alimentaire
Voix mouillée, fausses-routes	Aversions sélectives alimentaires	Conduites d'évitement avec mise en place de défenses et stratégies
Repas longs (>30 min)	Hyper/hypo-réactivité sensorielle globale et/ou orale	Conflit/anxiété au cours des repas
Fatigabilité	Difficultés lors de changement de textures alimentaires	Mise en place de stratégies alimentaires parentales
Nourriture stockée en bouche		Peur d'avaler/de s'étouffer

Ces signes d'appel ont été repris par Grueau (2020), pour l'élaboration d'un questionnaire de dépistage des troubles de l'oralité alimentaire. Elle y a ajouté un autre signe d'appel, également évoqué par Chatoor (2009) : l'état de santé.

4. Répercussions des TAP

D'après Albert (2011), « quand un bébé mange avec difficulté, tous les aspects de son développement s'en trouvent affectés » (p7).

4.1. Sur la santé

4.1.1. Sur l'hygiène bucco-dentaire

Lorsque l'enfant présente une hypersensibilité, il peut être difficile d'effectuer quotidiennement le brossage des dents : le contact de la brosse (ou du dentifrice) est trop désagréable pour l'enfant (Briatte, 2021). La réalisation des soins dentaires, chez le dentiste, peut aussi rencontrer des obstacles. En effet, l'intrusion dans la bouche de l'enfant peut être insupportable (Babington 2018, Senez, 2020).

En outre, certains enfants présentant un trouble alimentaire pédiatrique peuvent restreindre leur alimentation à la consommation de produits sucrés. Or, la consommation accrue de sucre peut être à l'origine de caries dentaires (Limme, 2010). De plus, comme nous l'avons indiqué précédemment, certains enfants stockent la nourriture en bouche, ce phénomène peut également accroître le risque d'apparition de caries.

4.1.2. Sur la denture et les compétences masticatoires

La consommation d'aliments durs, fibreux, non ramollis, est nécessaire à l'enfant afin qu'il puisse développer une mastication efficace et par conséquent « obtenir une croissance harmonieuse et suffisante des arcades dentaires » (Limme, 2010, pS219) : la mastication va stimuler le développement des mâchoires et des arcades dentaires. A l'inverse, lorsque l'enfant mange des aliments mous, semi-liquides, attendris, le travail musculaire nécessaire est moins important. La mastication est alors insuffisante, ce qui peut avoir des conséquences sur la denture définitive et engendrer des malpositions dentaires ou encore des malocclusions.

Le manque de stimulations va réduire la croissance des arcades dentaires qui seront alors trop étroites pour accueillir les dents définitives. Ainsi, lorsqu'un enfant présente un trouble alimentaire pédiatrique avec une sélectivité et qu'il refuse, par exemple, les morceaux, nous pouvons supposer que ses expériences de mastication seront réduites. D'après les données exposées dans ce paragraphe, il apparaît donc possible qu'un TAP ait des répercussions sur le développement des compétences oro-motrices de l'enfant mais aussi sur sa denture, avec l'apparition de dysmorphoses dento-faciales. (Chatoor, Ganiban, 2003, Limme, 2010).

4.1.3. Sur l'état nutritionnel

Les difficultés alimentaires peuvent être à l'origine d'une malnutrition, d'une sous-nutrition, de carences vitaminiques ou encore de surpoids et d'obésité (Goday et al., 2019, Cascales et al., 2014). En effet, un enfant sélectif peut restreindre son alimentation à seulement deux ou trois aliments différents. Les déficits nutritionnels engendrés par ces troubles sont étroitement liés aux types d'aliments exclus par les enfants (Feillet et al., 2020). Par exemple, le refus de manger des légumes ou des fruits peut générer des carences en vitamines et celui de boire du lait ou de manger la viande, des carences en protéines, en zinc ou en fer (Chatoor, 2009). A l'inverse, lorsque l'enfant ne mange que des aliments sucrés ou alors des aliments très salés, à fort indice lipidique, tels que les chips, cela peut générer du surpoids (Chatoor, 2009).

Le pronostic vital de l'enfant peut parfois être mis en jeu et une hospitalisation peut être nécessaire lorsqu'il présente une malnutrition sévère ou lorsque la prise en charge en externe ne suffit pas (Feillet et al., 2020). Cette hospitalisation s'accompagne alors souvent de la mise en place d'une nutrition artificielle, afin de stopper la dénutrition (Cascales, Olives, 2018).

4.2. Sur la sphère familiale et sociale

Face aux troubles alimentaires de leur enfant, les parents peuvent mettre en place des comportements inadaptés. Inquiets, mal informés, inexpérimentés, dépassés ... ils peuvent être maladroits (Thibault, 2017). Ainsi, certains vont cajoler leur enfant, d'autres vont le menacer ou encore le supplier de manger et se plier à ses exigences (Ramsay, 2001). D'autres vont tenter de le distraire pendant le repas (par exemple en lui permettant de regarder la télévision ou encore en le laissant jouer), de négocier avec lui, lui faire du chantage ou pourront essayer, lorsqu'il s'agit d'un jeune enfant, de lui donner le biberon une fois qu'il est endormi (Barbier, 2014, Thibault, 2017).

Ces situations peuvent générer chez l'enfant une appréhension des moments de repas et des conflits avec ses parents (Cascales, Olives, 2012). L'enfant peut aussi en souffrir puisqu'il ne répond pas aux exigences de ses parents (Senez, 2020).

Ce contexte génère également un stress parental important et peut être à l'origine de conflits conjugaux (Ramsay, 2001).

Le besoin de mettre en place des stratégies peut être amplifié par les attentes et les normes auxquelles les parents sont soumis de la part du pédiatre, de l'entourage mais aussi des médias : l'enfant doit prendre du poids (Barbier, 2014, Abadie, 2004a, Senez 2020), manger 5 fruits et légumes par jour, ne pas manger trop sucré ni trop salé (Levavasseur, 2017), manger à heure fixe, sain, dans un ordre spécifique (entrée-plat-dessert) (Briatte, 2021). Mais ces attentes ne font qu'accroître la culpabilité et l'anxiété des parents.

Ces troubles affectent particulièrement la mère de l'enfant (ou le référent maternel). En effet, ils atteignent directement son rôle de mère nourricière. Elle se sent alors incompetente pour

nourrir correctement son enfant et remet parfois en cause sa capacité d'être mère, ce qui peut affecter sa relation avec son enfant (Thibault, 2015, Abadie, 2004a). Ceci génère encore angoisse et culpabilité (Thibault, 2017). Mais le père (ou le référent paternel) peut également pâtir de cette situation puisque, très souvent, c'est lui qui revêt le rôle du « père sévère » lors des repas, ce qui peut impacter sa relation avec son enfant (Senez, 2020).

Mais ces troubles n'impactent pas que les parents : ils peuvent impacter tout l'entourage. En effet, il est parfois nécessaire de modifier le rythme ou le schéma des repas (Levavasseur, 2017). L'organisation de sorties ou de voyages est aussi plus difficile : il faut par exemple trouver le bon restaurant ou encore préparer tous les repas à l'avance (Chatoor, 2009).

Enfin, les troubles alimentaires pédiatriques impactent la sphère sociale de l'enfant, ou de l'adulte. En effet, afin de ne pas être confronté aux moments de repas et aux aliments rejetés, l'enfant (ou l'adulte) peut éviter certaines situations comme par exemple aller à un repas d'anniversaire. Il peut aussi être difficile pour l'enfant de manger à la cantine ou pour l'adulte de manger à son travail en compagnie de collègues (Goday et al., 2019, Chatoor, 2009). De plus, l'activité alimentaire tenant une place très importante en France, il peut être difficile d'intégrer un enfant qui mange mal (Levavasseur, 2017), notamment du fait de l'image que cela renvoie.

4.3. Sur le langage

Les troubles alimentaires pédiatriques peuvent engendrer l'apparition de troubles du langage (Bellis et al., 2009), notamment en cas d'hypersensibilité de la bouche (Delfosse et al., 2006). Par exemple, un enfant présentant un hyper-nauséeux peut ne pas produire certains phonèmes postérieurs (tels que le R) puisque leur production déclenche des sensations désagréables (Senez, 2004). De plus, un enfant qui n'éprouve pas de plaisir avec sa bouche « aura souvent peu de plaisir à vocaliser » (Leseq-Lambre, 2019, p109).

Mais une sensibilité accrue n'est pas l'unique source de la perturbation du langage de l'enfant. En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, les oralités alimentaire et verbale sont liées et le refus d'aliments nécessitant la mastication peut générer un retard de développement des compétences oro-motrices. Or, le développement de ces compétences est nécessaire pour le développement des capacités articulatoires de l'enfant (Chatoor, 2009) : ce sont les mêmes organes qui sont utilisés pour les praxies de mastication et pour le langage (Thibault, 2017).

5. Prise en charge des TAP

5.1. Les enjeux de la prise en charge précoce

D'après une étude citée par Chatoor (2009) et son expérience clinique, les premières années de l'enfant sont primordiales dans le développement de ses préférences alimentaires : le nombre d'aliments aimés à 4 ans serait prédictif du nombre d'aliments aimés à 8 ans. Acquaviva (2011) a également cité une étude de Dahl qui indique que, pour 70% des enfants ayant eu des difficultés alimentaires dans leur première année de vie, ces problèmes persistaient à l'école élémentaire.

La prise en charge précoce des troubles alimentaires pédiatriques est primordiale afin de limiter leurs répercussions et d'éviter que les difficultés de l'enfant ne s'ancrent davantage (Lecoufle, 2020). Le forçage, ou autres stratégies parentales, va augmenter le refus de l'enfant (Cascales, Olives, 2012). De plus, si nous reprenons le modèle des boucles sensorielles, plus

l'enfant sera grand, plus ses difficultés et comportements seront ancrés, il sera aussi plus difficile d'identifier l'origine de ses difficultés. Au contraire, lorsque l'enfant est jeune, la boucle secondaire est encore peu développée. Une prise en charge entre 0 et 3 ans serait donc optimale (Levavasseur, 2017).

L'importance d'une prise en charge précoce est également à mettre en lien avec la notion de plasticité cérébrale (Babington, 2018). Cette notion représente la capacité des neurones de se développer et compenser certaines fonctions. Pour que ce phénomène entre en jeu, il est nécessaire que ces neurones soient soumis à des stimulations répétées (Senez, 2020). La plasticité cérébrale étant plus importante chez les petits, plus l'enfant sera jeune, plus il progressera rapidement (Babington, 2018).

En outre, la rééducation de l'adulte est difficile, notamment lorsque des massages de désensibilisation sont nécessaires. Effectivement, ces massages doivent être effectués très régulièrement et cela est souvent peu compatible avec leur mode de vie (Senez, 2020).

Enfin, l'avis relatif à l'avenant n°16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie (2017) mentionne la création d'une majoration pour les prises en charge précoces des enfants présentant, notamment, des troubles de l'oralité « afin de prévenir les risques d'aggravation, de complication et de chronicisation ». Ce qui montre à nouveau l'importance de la précocité de ces prises en soin.

5.2. Le rôle de l'orthophoniste

L'orthophoniste joue un rôle majeur dans la prise en charge des troubles alimentaires pédiatriques. Ce domaine d'intervention est apparu dans la nomenclature générale des actes professionnels en orthophonie avec la création des AMO 34 « Bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » et 13.5 « Rééducation des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » (Leseq-Lambre, 2019). Une unité d'enseignement consacrée à ce champ d'intervention a également été créée (UE 5. Troubles de l'oralité), elle est mentionnée dans le Bulletin officiel du 5 septembre 2013 (2013).

La prise en charge orthophonique de ces troubles a pour objectifs :

- D'éviter le désinvestissement de la sphère orale et l'accumulation de mauvaises expériences (Bellis et al., 2009), en proposant des expériences positives (Bandelier, 2015)
- De soutenir le lien parent-enfant fragilisé (Abadie, 2004b) et de revaloriser les compétences des parents ainsi que celles de leur enfant, par une implication dans la prise en charge (Bandelier, 2015)
- De « rendre l'enfant ACTEUR de son alimentation » (Bandelier, 2015, p21)
- D'améliorer l'état nutritionnel de l'enfant et d'assurer une prise alimentaire par la bouche suffisante et de qualité (Guillerme, 2014)

Au final, la prise en charge devra permettre d'associer le plaisir à la sphère orale (Vidal, 2015) et à l'acte de manger (Levavasseur, 2017).

La prise en charge est évidemment variable d'un enfant à l'autre. Elle variera notamment en fonction de l'histoire et de l'origine des difficultés alimentaires. Ainsi, il existe trois grands axes de travail : fonctionnalité, sensorialité, comportement (Grevesse, Hermans, 2017).

En cas d'hyper-nauséeux, Senez (2004) propose des massages de désensibilisation. Ceux-ci ont pour objectif de normaliser le réflexe nauséeux, qui est exacerbé, en fournissant à l'enfant « des stimulations répétées, pluriquotidiennes et progressives » (Senez, 2004, p99).

Une intervention orthophonique à visée préventive peut également être mise en place, notamment lorsque l'enfant est placé sous nutrition artificielle (Bellis et al., 2009). Cette intervention a alors pour objectif d'éviter le désinvestissement de la sphère orale en offrant à l'enfant des stimulations et en limitant les expériences désagréables.

6. Les professionnels de santé impliqués dans les TAP : rôle et connaissances

6.1. Médecins généralistes, pédiatres, médecins scolaires et de PMI

Nombreux sont les parents qui consultent le pédiatre de leur enfant pour des difficultés alimentaires (Grevesse, Hermans, 2017, Senez, 2020) : « les difficultés d'alimentation constituent 25 à 45% des motifs de consultation pédiatrique chez l'enfant de moins de 3 ans » (Bandelier, 2015, p3). S'ils ne sont pas l'objet d'une consultation, les parents peuvent souvent exprimer leurs préoccupations au sujet de l'alimentation de leur enfant au cours d'une consultation pour une toute autre raison (Zimmerman, Fisher, 2017). Le rôle du médecin généraliste, et du pédiatre, est donc de dépister le plus précocement les troubles alimentaires afin d'orienter et de permettre une prise en charge précoce et efficace (Daresse-Lapendery et al., 2018).

Les médecins, et surtout les pédiatres, ont connaissance des cas les plus fréquents et des populations les plus à risque de présenter ces troubles : enfants prématurés ou avec des malformations, ayant nécessité une assistance nutritionnelle, une intubation, des interventions ... (Cascales et al., 2014). Ainsi, une surveillance accrue est accordée à ces enfants (Le Heuzey, 2006) mais le dépistage de ces troubles est plus difficile chez les enfants tout-venant. En effet, lorsqu'aucune anomalie organique n'est observée, beaucoup concluent à des difficultés d'ordre psychologique (Senez, 2004) ou caractérisent ces patients de « petits mangeurs » ou encore d'« enfants difficiles » (Briatte, 2021). La majorité des médecins généralistes interrogés lors de l'enquête de Brand Vincent et Lefevre (2014) orientent (ou orienteraient) l'enfant vers un pédopsychiatre ou un psychologue. Cette enquête a également démontré que la majorité des médecins généralistes sont peu formés et informés sur les troubles alimentaires pédiatriques. Ainsi, ces professionnels de santé ont peu de connaissances sur les causes et les manifestations de ces troubles mais aussi sur le rôle de l'orthophoniste dans leur prise en charge. De plus, nombre d'entre eux associent les TAP à un trouble psychologique. Par ailleurs, cette étude a montré que la grande majorité des médecins généralistes interrogés aborde l'alimentation de l'enfant lors des consultations. Cependant, les questions se limitent à l'aspect nutritionnel (composition des menus et quantités ingérées).

Par ailleurs, les médecins de PMI (Protection Maternelle et Infantile) semblent mieux formés sur les troubles alimentaires pédiatriques que les médecins généralistes (Daresse-Lapendery et al., 2018). Cette observation a également été faite par Brand Vincent et Lefevre (2014) : un peu plus de la moitié des pédiatres et pédiatres/médecins de PMI interrogés étaient informés. La grande majorité questionne également l'alimentation au cours des consultations. Mais, à l'inverse des médecins généralistes, ils abordent plus de thèmes et ne se limitent pas à l'aspect nutritionnel. De plus, lorsqu'ils sont confrontés à ces troubles, ils sont plus nombreux à solliciter l'orthophoniste.

Enfin, les médecins généralistes, pédiatres et pédiatres/médecins de PMI plus jeunes sont plus nombreux à avoir reçu des informations sur ces troubles au cours de leurs études (Brand Vincent, Lefevre, 2014). Ceci nous laisse donc supposer qu'il y a une évolution de leur formation concernant ces troubles.

6.2. Autres médecins spécialistes

D'autres professionnels médicaux peuvent rencontrer des patients ayant ces troubles, tels que les gastroentérologues, les neuropédiatres, les ORL, les chirurgiens maxillo-faciaux ou encore les généticiens (Abadie, 2004b). D'après les données récoltées par Brand Vincent et Lefevre (2014), lorsqu'ils n'ont jamais été confrontés aux TAP, les pédiatres et pédiatres/médecins de PMI orienteraient l'enfant vers un ORL, un gastroentérologue ou encore un nutritionniste. Certains médecins généralistes interpelleraient également ces professionnels.

Certains de ces professionnels peuvent être confrontés à ces troubles car ils constituent le motif de consultation. Tel est le cas du gastroentérologue auquel ces patients peuvent être adressés puisque certaines étiologies de troubles de l'oralité alimentaire sont d'ordre digestif (par exemple, le reflux gastro-œsophagien). De plus, ce professionnel peut être sollicité lorsque le trouble a des répercussions nutritionnelles afin de mettre en place une nutrition artificielle (Pretet, 2020). L'ORL, peut également être sollicité pour réaliser des examens évaluant la déglutition (Blanchet et al., 2016) et rechercher une origine organique (Blanchet et al., 2015). Mais d'autres professionnels peuvent être confrontés à ces troubles car ils constituent un obstacle à la réalisation d'examen ou de soins. Nous pouvons, ici encore, citer l'exemple du gastroentérologue (Senez, 2020).

6.3. Dentistes et orthodontistes

Les dentistes peuvent aussi être concernés, en effet, les soins dentaires sont parfois difficiles à réaliser chez les enfants présentant des TAP (Senez, 2020, Deprez, 2017, Geray, 2019). Par exemple, en cas d'hypersensibilité ou de trouble post-traumatique (traumatisme de la sphère orale ou digestive), l'approche de la bouche peut être difficile. Ainsi, certains enfants peuvent refuser l'introduction du matériel dans leur bouche (Deprez, 2017). De plus, certains professionnels, n'étant pas informés sur ces troubles, peuvent forcer pour parvenir à soigner l'enfant, ce qui rend les futurs soins dentaires encore plus difficiles (Deprez, 2017).

Les dentistes sont aussi peu nombreux à avoir acquis des connaissances sur les TAP lors de leur formation initiale et beaucoup se sentent démunis face à de tels troubles, ne sachant pas vers quel professionnel orienter et comment repérer les signes d'appel (Deprez, 2017, Geray, 2019).

6.4. Autres professionnels de santé

6.4.1. Kinésithérapeutes

D'après l'article R4321-5 du Code de la Santé Publique, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation de la mobilité faciale et de la mastication. Ainsi, ce professionnel peut être sollicité en cas de troubles alimentaires pédiatriques, lorsque l'enfant rencontre des difficultés d'ordre fonctionnel ou « gnoso-praxique » (Bandelier, 2015). Il va pouvoir travailler sur la posture, la désensibilisation de la sphère orale ou encore les aptitudes cérébro-motrices bucco-faciales (Daresse-Lapendery et al., 2018).

Le kinésithérapeute peut également travailler auprès de nourrissons ayant été hospitalisés durant plusieurs semaines et placés sous nutrition artificielle. Il proposera alors un travail sur le positionnement au lit de l'enfant, des mobilisations et des sollicitations musculaires, des massages, des sollicitations péri et endo-buccales et des stimulations sensorielles. (Menier, Berthaud, 2015)

Mais, à ce jour, il existe très peu de publications francophones évoquant le rôle des kinésithérapeutes dans ces prises en charge et leurs connaissances. Des échanges avec ces professionnels nous ont permis de déduire qu'ils restaient peu informés dans ce domaine.

De plus, les TAP ne sont pas abordés lors de leur formation initiale. Pour être formés, ils doivent donc le faire personnellement, en formation continue ou par le biais de la littérature (Daresse-Lapendery et al., 2018).

6.4.2. Psychomotriciens

Un psychomotricien est une « personne chargée de la rééducation des troubles psychomoteurs, c'est-à-dire des troubles des fonctions motrices intégrées dans l'activité psychique et adaptées aux besoins de la vie relationnelle » (Brin-Henry et al., 2011, p228).

Lorsque l'oralité alimentaire se développe mal, cela peut impacter le développement psychomoteur de l'enfant et plus précisément sa motricité fine, sa capacité à utiliser son tonus de manière fluide et l'intégration de son schéma corporel (Abadie et al., 2018). La bouche de l'enfant présentant un TAP est désinvestie car elle est source de sensations désagréables. Ce désinvestissement de la sphère orale peut perturber la construction de l'image corporelle de l'enfant et cette dernière peut se retrouver morcelée. En effet, le désinvestissement de la zone orale peut engendrer une limitation des explorations corporelles et environnementales (Pretet, 2020).

Dans le cadre des troubles alimentaires pédiatriques, l'intervention psychomotrice prend donc tout son sens.

La prise en charge psychomotrice de ces enfants a pour objectif de leur permettre d'investir leur corps de manière positive et globale. C'est cet investissement positif qui permettra ensuite une meilleure acceptation des stimulations de la sphère orale (Pretet, 2020). En premier lieu, le psychomotricien va aborder le corps de l'enfant dans sa globalité en travaillant sur le tonus, le positionnement, le portage, l'éveil sensorimoteur mais aussi en proposant du toucher sensoriel. Ensuite, il pourra proposer des sollicitations de la sphère orale (massages ...) (Matausch, 2004). Au final, il va permettre à l'enfant de trouver un vécu harmonieux de tout son corps (Ballouard, 2011).

Les psychomotriciens peuvent donc intervenir auprès de nourrissons ayant été ou étant hospitalisés et donc confrontés à des stimulations nociceptives, mais aussi auprès d'enfants plus âgés présentant des difficultés d'ordre sensoriel ou gnoso-praxique. (Bandelier, 2015)

6.4.3. Ergothérapeutes

L'ergothérapie est une « profession paramédicale qui vise à favoriser l'autonomie et l'indépendance d'une personne, que ce soit dans les activités élémentaires (manger, s'habiller, ...) de la vie quotidienne, les interactions sociales, les loisirs ou encore le milieu social ou professionnel » (Briatte, 2021, p108).

D'après le décret n°86-1195 du 21 novembre 1986, les ergothérapeutes sont habilités à accomplir la rééducation de la sensori-motricité. Comme nous venons de le voir pour les psychomotriciens, un travail sensori-moteur peut être nécessaire pour permettre à l'enfant, présentant un trouble alimentaire pédiatrique, un investissement positif de son corps.

Les ergothérapeutes peuvent aussi être sollicités lorsque l'enfant présente un TAP avec des difficultés d'ordre sensoriel, ou encore un trouble de l'intégration sensorielle. La prise en charge vise alors à modifier et créer des schémas neuronaux (Babington, 2018). En fonction des difficultés de l'enfant, ces professionnels pourront également proposer un travail sur la proprioception (Barbier, 2014).

Ainsi, l'ergothérapeute peut proposer des stimulations sensorielles ou encore travailler sur l'environnement lors du repas (limiter les distractions), l'ergonomie (installation de l'enfant) et adapter les outils utilisés. (Briatte, 2021)

6.4.4. Psychologues et pédopsychiatres

Les psychologues et pédopsychiatres peuvent être sollicités pour prendre en charge les difficultés d'ordre comportemental ou encore l'anxiété générée par les repas (Bandelier, 2015, Daresse-Lapendery et al., 2018). Le travail avec l'enfant permettra d'aborder les représentations négatives construites autour de l'alimentation ou encore le sentiment de dépréciation qu'il peut éprouver (Briatte, 2021). Les interactions parents-enfant pourront également être traitées puisque leurs relations peuvent être mises à mal par ces troubles (Cascales et al, 2014, Pretet, 2020). Une prise en charge peut aussi être intéressante lorsque les parents éprouvent une forte culpabilité ou du désespoir vis-à-vis des difficultés alimentaires de leur enfant (Le Heuzey, 2011). Cette prise en charge pourra les revaloriser dans leur rôle de parents (Abadie et al., 2018) et leur permettra d'exprimer toutes leurs inquiétudes (Briatte, 2021). Un travail peut être nécessaire afin de permettre aux parents de se détacher de la problématique alimentaire pour retrouver du plaisir dans les relations avec leur enfant (Abadie et al., 2018). Une thérapie familiale peut aussi être proposée, puisque toute la famille peut être impactée (Briatte, 2021).

Une prise en charge peut également être nécessaire dans le cadre d'une nutrition artificielle, afin de permettre à l'enfant la reprise de l'alimentation orale (Cascales, Olives, 2018).

De plus, nous avons évoqué le fait que certains professionnels, ne connaissant pas, ou pas suffisamment, les troubles alimentaires pédiatriques, concluent très rapidement à des difficultés d'ordre psychologique. Et de nombreux médecins généralistes orientent en premier lieu vers un pédopsychiatre ou un psychologue (Brand Vincent, Lefevre, 2014). Ainsi, psychologues et pédopsychiatres peuvent être amenés à rencontrer des enfants présentant un TAP non diagnostiqué.

6.4.5. Diététiciens

Selon l'article L.4371-1 du Code de la Santé Publique « est considérée comme exerçant la profession de diététicien toute personne qui, habituellement, dispense des conseils nutritionnels et, sur prescription médicale, participe à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle des patients atteints de troubles du métabolisme ou de l'alimentation, par l'établissement d'un bilan diététique personnalisé et une éducation diététique adaptée. ». Le diététicien va chercher à rééquilibrer l'alimentation (Briatte, 2021). Ainsi, un enfant présentant des difficultés d'alimentation pourrait être orienté en premier lieu vers un diététicien, sans qu'un diagnostic de trouble alimentaire pédiatrique ne soit encore posé.

D'après Abadie et al. (2018), le diététicien a deux rôles essentiels :

- Mener une **enquête diététique** afin d'évaluer les aspects qualitatifs et quantitatifs de l'alimentation de l'enfant. Il s'intéressera par exemple aux goûts de l'enfant, au contexte des repas mais aussi aux apports énergétiques ou à l'évolution de la courbe staturo-pondérale.
- Offrir des **conseils diététiques**. Il pourra proposer des compléments nutritionnels ou des enrichissements mais aussi élaborer des plats adaptés, notamment lorsqu'il s'agit de la reprise de l'alimentation per-os pour un enfant jusque-là placé sous nutrition artificielle. Il pourra orienter le choix des aliments si l'enfant présente des difficultés de mastication ou encore proposer des idées de recettes ou de présentation des plats (Briatte, 2021).

7. Le dépistage des TAP : outils existants

Au vu des données présentées ci-dessus, il existe de nombreux professionnels impliqués dans la prise en charge des troubles alimentaires pédiatriques. Ces professionnels doivent pouvoir dépister un TAP afin de le prendre en charge ou d'orienter le plus rapidement possible s'il ne rentre pas dans leur champ de compétences. D'autres professionnels ne participent pas à la prise en charge de ces troubles mais peuvent y être confrontés du fait de consultations fréquentes avec les enfants ou de soins pouvant être entravés par les TAP. Ces professionnels doivent pouvoir, eux aussi, repérer de tels troubles afin d'orienter le plus rapidement possible vers les bons professionnels.

Nos recherches nous ont permis d'identifier deux outils de dépistage existant en France :

- Le questionnaire ORALQUEST (Evaluation of ORALQUEST)
- La grille parentale exploratrice des troubles de l'oralité alimentaire pour des enfants âgés de 24 à 36 mois (Gelas, Monier-Guillaumin, 2016)

Le premier est un questionnaire d'investigation des troubles du comportement alimentaire du jeune enfant de 9 mois à 6 ans, élaboré par l'Hôpital Universitaire Necker. Il s'agit d'un questionnaire évaluant quatre dimensions : le comportement de l'enfant, ses compétences oro-motrices, sa sensibilité sensorielle et son environnement familial. Cependant, cet outil n'est pas encore publié, puisqu'il est en cours de validation. De plus, il est destiné aux enfants à risque de développer des troubles alimentaires (maladies chroniques ou congénitales) ou aux enfants consultant le centre pour des difficultés alimentaires. Il n'est donc pas certain qu'il sorte de ce cadre hospitalier et soit utilisable en médecine de ville, notamment pour les enfants tout-venant. Nous notons aussi qu'il a pour objectif de mener une évaluation objective afin de caractériser les difficultés et proposer une prise en charge (Institut Benjamin Delessert, s.d.). Nous pouvons alors nous demander s'il sera adapté pour l'utiliser comme un outil de dépistage.

Le deuxième outil a été élaboré lors d'un mémoire de recherche en orthophonie. Il a pour objectif de dépister les troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants de 24 à 36 mois. Cependant, la validation de cet outil a été effectuée sur un échantillon restreint (15 enfants). De plus, la tranche d'âge à laquelle il est destiné est très limitée.

Enfin, un projet de création d'un outil de dépistage des troubles de l'oralité alimentaire, à destination des médecins généralistes et pédiatres, a été initié par Barral (2018). Cette dernière a élaboré un questionnaire à partir d'un recueil de signes d'appel. Ensuite, Bardousse (2019) a administré ce questionnaire à une population saine afin de vérifier s'il permettait de

mettre en évidence un trouble de l'oralité alimentaire. Enfin, Grueau (2020) a élaboré une nouvelle version du questionnaire en s'appuyant sur les limites des travaux de ses prédécesseurs et sur un consensus d'experts. Mais la construction de ce questionnaire n'est pas achevée : le consensus d'experts doit être suivi d'une phase de pré-test afin de pouvoir clôturer la deuxième partie de la phase d'élaboration du questionnaire (l'évaluation qualitative). La dernière version de ce questionnaire est présentée en annexe I.

8. Méthodologie du questionnaire

8.1. Les étapes d'élaboration

La conception d'un questionnaire se divise en trois grandes étapes : élaboration du questionnaire, traduction et validation (Bouletreau et al., 1999).

Nous nous intéresserons ici à la première et à la dernière étape. Chacune est constituée de sous-étapes.

Ainsi, la phase d'élaboration du questionnaire comprend les étapes suivantes :

- Conception du questionnaire : c'est durant cette étape que l'on rédige les questions et sélectionne les modalités de réponse.
- Evaluation qualitative : le questionnaire est soumis à un jugement d'experts puis à une phase de pré-test.

Ensuite, la validation du questionnaire est réalisée grâce à la construction d'un score et une évaluation quantitative. Cette exploration a pour objectif d'évaluer les qualités métrologiques du questionnaire, à savoir fiabilité, validité et sensibilité au changement.

8.2. L'importance de la rédaction des questions et du choix des modalités de réponse

Afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions et de l'adhésion des participants, le questionnaire et ses questions doivent pouvoir répondre à certains critères. Ainsi, les questions doivent être rédigées de manière à être comprises par tous les participants et de la même façon. Leur ordre doit être pertinent et une attention particulière doit être apportée à la formulation et à la position des questions « délicates » afin qu'elles soient acceptées par les interviewés. Il est également nécessaire de contrôler la formulation des questions pour ne pas induire un type de réponse. De plus, il faut veiller à ne pas proposer des questions et un questionnaire trop longs afin d'éviter l'abandon des participants au cours de l'administration du questionnaire. (Bouletreau et al., 1999, Pelaccia, 2019).

Le choix des modalités de réponse est également très important et peut influencer sur les réponses des participants. Par exemple, lorsque l'on choisit des réponses qualitatives ordonnées (gradation : jamais/souvent/toujours ...), il est préférable de proposer un nombre pair de possibilités de réponses. En effet, un nombre impair de possibilités incite les participants indécis à sélectionner la réponse centrale. Au contraire, un nombre pair de possibilités les oblige à faire un choix. De plus, dans ce cas-là, il est nécessaire que l'écart entre les différentes réponses soit équivalent afin de permettre un meilleur traitement des données. (Bouletreau et al., 1999)

8.3. La phase de pré-test

La phase de pré-test est essentielle dans la construction d'un questionnaire. En effet, le respect de cette étape permet d'obtenir un outil pertinent, avec de bonnes qualités métrologiques (Gallé-Tessonneau et al., 2018).

Cette phase peut se définir comme une « mise à l'épreuve » du questionnaire, elle doit permettre la mise en évidence d'éventuelles limites persistantes. Ainsi, le pré-test ne permet pas d'obtenir des informations sur les objectifs de l'enquête, il est uniquement centré sur l'outil en tant que tel. (Mucchielli, 1993)

Cette mise à l'épreuve doit permettre de vérifier les points suivants (Mucchielli, 1993) :

- Clarté et précision des termes : tous les termes doivent être compris par les personnes interrogées et ne doivent pas nécessiter d'explications de la part de l'enquêteur.
- Démultiplication des questions : les réponses obtenues pourront indiquer la nécessité, par exemple, de diviser une question en plusieurs questions.
- Ordre des questions : l'ordre des questions proposées est pertinent, les questions délicates sont correctement placées dans le questionnaire (ne pas commencer par celles-ci).
- Introduction du questionnaire : les différentes remarques, questions ou encore inquiétudes des interviewés pourront permettre d'élaborer une introduction qui accompagnera le questionnaire.
- Forme des questions.

Elle permet également de déterminer si le questionnaire est adapté à la population cible, au lieu de passation (Gallé-Tessonneau et al., 2018).

Différents moyens peuvent être mis en place pour effectuer cette étape : discussion après administration du questionnaire, analyse des réponses, ... (Mucchielli, 1993). Il peut également être demandé aux participants d'annoter les items ou encore de faire des commentaires (Gallé-Tessonneau et al., 2018).

Enfin, le pré-test doit être effectué auprès d'individus appartenant à la population cible (Mucchielli, 1993). Leur nombre peut être restreint (Mucchielli, 1993) mais il est essentiel que chaque participant puisse y consacrer du temps afin d'éviter tout abandon et ainsi des biais de sélection (Bouletreau et al., 1999).

Problématique et hypothèses

1. Problématique

De nombreux professionnels de santé sont confrontés aux troubles alimentaires pédiatriques (Daresse et al., 2018). Certains, tels que les orthophonistes, les prennent en charge. D'autres professionnels rencontrent ces troubles parce que la problématique alimentaire est évoquée par les parents au cours d'un entretien, ou alors parce que les troubles interfèrent avec les consultations, par exemple lorsqu'ils rendent impossible la réalisation de soins ou d'exams au niveau de la sphère orale. De plus, de nombreux professionnels ne connaissent pas suffisamment ces troubles et ne savent pas quelles questions poser lorsque cette problématique est abordée (Daresse et al., 2018, Brand Vincent, Lefevre, 2014). Or, le dépistage des TAP est primordial afin de permettre une prise en charge précoce.

Aujourd'hui, peu d'outils permettent le dépistage des troubles alimentaires pédiatriques. Un questionnaire est en cours de création : QUINOA (Grueau, 2020), la phase de pré-test est à effectuer afin de repérer si des modifications de la proposition émanant du consensus d'experts doivent être réalisées. Cette phase participe également à l'obtention de critères de fiabilité et de validité de qualité.

Il apparaît donc nécessaire d'obtenir un retour, après utilisation du questionnaire QUINOA, de la part de tous les professionnels de santé susceptibles d'être confrontés aux troubles de l'oralité alimentaire et donc de les dépister.

Ainsi, nous formulons la problématique suivante : **L'analyse des réponses des professionnels de santé, susceptibles de repérer les enfants présentant des troubles alimentaires pédiatriques, à un questionnaire sur l'outil de dépistage QUINOA (Grueau, 2020) nous permet-elle de valider la phase de pré-test concernant cet outil et d'identifier des éléments de modification ?**

2. Hypothèses

Notre réflexion nous permet de proposer deux hypothèses générales :

La réalisation de la phase de pré-test a pour objectif de répondre à l'hypothèse suivante :

Première hypothèse générale : **L'outil de dépistage QUINOA est jugé valide par les professionnels de santé interrogés.**

Nous avons posé les hypothèses opérationnelles suivantes :

1-a : Les professionnels interrogés jugent que la longueur du questionnaire est correcte.

1-b : Les professionnels interrogés estiment que l'ordre des questions est pertinent.

1-c : Les professionnels interrogés indiquent que tous les termes ont été compris par les patients.

1-d : Les professionnels interrogés signalent que les modalités de réponse sont adaptées.

Cependant, compte tenu du stade auquel se situe notre travail dans la création du questionnaire et de ce qui va être réalisé à travers cette phase, nous nous attendons à ce qu'il y ait des limites. En effet, l'utilisation du QUINOA en situation réelle de consultation pourrait nous permettre de cibler des modifications devant être apportées. Nous décidons donc de poser une seconde hypothèse, qui est la suivante :

Seconde hypothèse générale : **Il est possible de mettre en évidence des limites et d'y remédier en apportant des modifications au questionnaire QUINOA.**

Les hypothèses opérationnelles sont les suivantes :

2-a : L'analyse des réponses des professionnels nous permet d'identifier des limites.

2-b : L'identification des limites nous permet d'apporter des modifications au questionnaire QUINOA.

Protocole expérimental

Notre étude est un mémoire de production, nous participons à la validation du QUINOA en réalisant le pré-test du questionnaire de Grueau (2020).

Afin de préparer cette phase de pré-test, nous avons recherché des questionnaires déjà existants, notamment des questionnaires utilisés par les orthophonistes, pour comprendre comment cette étape avait été réalisée. Peu d'auteurs ont suivi cette phase pour la réalisation de leurs questionnaires. Cependant, le QLC-3,5 (questionnaire langage et comportement – 3 ans ½) a respecté cette étape de conception. Le QLC-3,5 est un questionnaire de dépistage destiné aux enseignants de petite section de maternelle, pour l'observation des enfants. Lors du pré-test, il a été demandé aux enseignants de tester ce questionnaire auprès de leurs élèves, afin de s'assurer de la « faisabilité » du protocole. Les concepteurs ont ensuite échangé avec les enseignants afin de modifier le protocole en fonction de leurs suggestions (Chevrie-Muller et al., 2005). Cette observation nous a fourni une première idée concernant le déroulement de la phase de pré-test et de la population d'étude.

1. Participants

1.1. Population d'expérimentation

La phase de pré-test doit être effectuée auprès de la population concernée (Fenneteau, 2015). Ainsi, pour cette étude, nous avons choisi de solliciter les professionnels de santé susceptibles d'être confrontés aux troubles alimentaires pédiatriques, afin d'obtenir un retour après utilisation de tous les professionnels qui pourront être amenés à utiliser le questionnaire QUINOA. Nous nous sommes basée sur les données issues de la littérature et sur notre expérience clinique afin de répertorier ces professionnels.

Ainsi, les professions suivantes ont été retenues :

- Médecin généraliste
- Pédiatre
- Médecin ou pédiatre de PMI
- Médecin scolaire
- Dentiste
- Orthodontiste
- Diététicien
- Kinésithérapeute
- Ergothérapeute
- Psychomotricien
- Orthophoniste
- Psychologue
- Psychiatre
- Pédopsychiatre
- Gastro-pédiatre
- Gastro-entérologue
- Oto-rhino-laryngologue

Il n'était pas nécessaire pour les participants d'avoir des connaissances sur les troubles alimentaires pédiatriques.

Peu de sources évoquent le nombre de participants nécessaires pour la phase de pré-test. Nous avons seulement relevé que lors de la phase de pré-test du QLC-3,5, le protocole a été testé par les enseignants sur 90 enfants (Chevrie-Muller et al., 2005). D'autres auteurs (Fenneteau, 2015) conseillent d'effectuer cette étape sur un échantillon de 20 à 30 individus.

1.2. Recrutement des participants

Nous avons créé une affiche de présentation de notre recherche (annexe II). Cette affiche était jointe aux sollicitations envoyées ou diffusées.

Nous avons choisi de contacter les professionnels de santé de trois manières différentes :

- Nous avons d'abord décidé de solliciter des professionnels issus de nos réseaux afin de cibler plus précisément et d'augmenter les chances d'obtenir des réponses positives de la part des personnes contactées. Ces personnes ont été contactées par mail ou par téléphone.
Ainsi, 92 professionnels ont été joints via ce biais.
- Le nombre de réponses étant insuffisant nous avons ensuite contacté les syndicats ou associations représentant chacune des professions ciblées.
Nous avons sollicité 18 associations. Certaines ont accepté de diffuser notre demande à leurs membres. Et 50 autres professionnels ont été contactés par le biais du département de la Vienne.
- Enfin, afin de cibler plus précisément les professionnels susceptibles d'être intéressés par cette problématique, nous nous sommes tournée vers les réseaux sociaux et les groupes privés de professionnels existant autour de cette thématique. Nous avons ainsi pu diffuser notre message dans cinq groupes : un groupe réunissant des professionnels autour des troubles alimentaires pédiatriques, un regroupant des chirurgiens-dentistes spécialisés en pédiatrie (pédodontistes) et trois composés de diététiciens et/ou nutritionnistes. Suite à ces demandes, nous avons été contactée par des professionnels souhaitant participer à la phase de pré-test.

De plus, la majorité des professionnels ayant accepté de participer ont diffusé notre recherche à leurs contacts.

Le premier contact s'est fait durant le mois de juillet 2021. Nous avons contacté les syndicats et les groupes sur les réseaux sociaux en novembre 2021.

Nous avons choisi de lancer une première sollicitation en juillet afin de permettre aux participants de s'organiser comme ils le souhaitaient pour la passation du questionnaire QUINOA et ensuite le remplissage du questionnaire de pré-test. Cela nous a aussi permis d'avoir le temps de recontacter les professionnels en septembre 2021 et en novembre 2021 afin de relancer ceux n'ayant pas répondu aux premières sollicitations et ainsi d'obtenir davantage de participations. En novembre et janvier, nous avons également fait le choix de relancer ceux ayant accepté de participer afin de faire un rappel (annexe III.IV).

Lorsque nous avons sollicité les professionnels par mail, ou répondu à leur accord de participation, nous avons utilisé le même modèle de mail (annexe III.I). Ce modèle a été revu pour les relances 1 (annexe III.II) et 2 (annexe III.III) et adapté en fonction des contextes et des destinataires (associations, groupes Facebook, profession).

Nous avons tenu un tableau récapitulatif des professionnels contactés, leurs coordonnées, leurs professions et leurs réponses, c'est-à-dire s'ils avaient accepté de participer. Nous y indiquons également les dates de contact, de relance et s'ils avaient répondu au questionnaire

de pré-test. Ceci nous a permis de mieux nous organiser, d'identifier les professionnels devant être recontactés et de nous éviter, par exemple, de solliciter à nouveau des professionnels ayant déjà répondu.

2. Matériel

Pour cette étude, nous avons choisi de créer un questionnaire de pré-test (annexe IV). D'après les données de la littérature, il est possible de récolter les données de différentes manières. Nous avons choisi le questionnaire car cet outil nous permettait de toucher plus de professionnels en le diffusant par mail mais aussi parce qu'il demandait moins de temps aux participants (pas de temps d'entretien ni de déplacement). De plus, les professionnels sollicités se trouvant dans des départements différents, il aurait été difficile d'organiser des rendez-vous avec chacun d'eux. Enfin, au vu du contexte sanitaire, cette modalité nous a permis d'éviter des entretiens en présentiel.

Le questionnaire en ligne présente de nombreux avantages (Fenneteau, 2015) :

- C'est un support gratuit.
- Les participants sont seuls face au questionnaire et celui-ci est anonyme, ils peuvent donc s'exprimer plus facilement et donner des réponses qu'ils n'auraient peut-être pas osé donner à un enquêteur lors d'un entretien (par exemple une critique).
- Les participants peuvent prendre le temps qu'ils souhaitent pour répondre. Ils peuvent aussi choisir quand ils répondront au questionnaire (dans la limite des dates de l'étude).
- La collecte des données est facilitée, puisque les réponses sont enregistrées automatiquement sur la plateforme en ligne et qu'il est ensuite possible d'extraire les données.
- Il est possible d'appliquer des « filtres » afin d'afficher des questions en fonction des réponses aux questions précédentes.

Ce questionnaire est disponible en ligne, sur le logiciel Sphinx. Mais, la littérature indique que le format papier permet de toucher plus de personnes et notamment celles n'étant pas à l'aise avec les nouvelles technologies (Fenneteau, 2015). Nous avons donc décidé, lors de la sollicitation par mail, de laisser la possibilité aux participants qui le souhaitaient de remplir le questionnaire manuellement (possibilité d'envoi des questionnaires en version PDF pour impression ou par voie postale).

Les participants ont répondu seuls au questionnaire, ils n'étaient pas interrogés par un enquêteur. Il s'agit donc d'un questionnaire auto-administré (Fenneteau, 2015).

Concernant le format d'affichage du questionnaire, nous avons choisi le paging (Fenneteau, 2015), c'est-à-dire que les questions sont réparties sur différentes pages, le participant ne peut pas découvrir toutes les questions lorsqu'il affiche le questionnaire. Ce format nous a permis de ne pas confronter les interviewés à une longue suite de questions et ainsi de ne pas les décourager à la vue du questionnaire. Nous avons aussi pu organiser le questionnaire en fonction des différentes données recherchées (une page par partie).

3. Méthode

3.1. Le questionnaire de pré-test

3.1.1. Principes de création

Pour l'élaboration du questionnaire de pré-test et afin que notre travail soit valide, nous avons respecté les points suivants (Pelaccia, 2019, Fenneteau, 2015) :

- Introduire le questionnaire, le présenter
- Donner un titre au questionnaire, qui indique son sujet
- Fournir des consignes brèves et précises sur la manière de répondre
- Proposer une première question claire, facile et attirante pour donner envie de continuer
- Proposer des questions courtes et claires
- Utiliser des termes qui seront compris de la même façon par tous les répondants
- Veiller à ce que la formulation des questions n'influence pas les réponses
- Préférer la forme affirmative à la forme négative et éviter les tournures trop complexes, telles que la double négation
- Veiller à ce que le questionnaire ne soit pas trop long, afin d'éviter la « démission » des enquêtés
- Mettre les questions ayant un rapport entre elles dans la même page
- Indiquer un titre pour chaque page afin que le participant puisse se repérer et connaître l'objet des questions
- Afficher les questions et les modalités de réponse de manière claire

Nous avons créé un algorithme permettant d'adapter les questions en fonction du nombre de patients interrogés par les professionnels (un ou plus). Ainsi, cet algorithme pourra faciliter l'interprétation des réponses.

3.1.2. Choix des items

Nous nous sommes appuyée sur la littérature pour identifier les éléments devant être évalués lors de la phase de pré-test d'un questionnaire. Nous avons ensuite créé un item pour chaque élément identifié :

- Longueur du questionnaire
- Clarté et précision des termes
- Ordre des questions
- Modalité de réponse

Nous avons fait le choix de demander aux participants de préciser à combien de patients ils ont fait passer le questionnaire QUINOA. Cela permettra de nuancer les réponses obtenues. En effet, un avis après administration auprès de 2 personnes sera considéré différemment d'un avis après administration auprès de 10 personnes.

Nous avons également proposé des questions sur le (ou les) patient(s) afin de faciliter l'interprétation des réponses : est-ce que les parents ont compris tous les termes parce qu'ils connaissaient déjà les troubles alimentaires pédiatriques ? Est-ce qu'ils ont répondu plus facilement aux questions parce qu'ils connaissaient déjà le professionnel de santé ? ...

Nous avons aussi créé une question au sujet de la coopération des parents (question 6). Cette question nous est apparue nécessaire car elle pourra nous permettre de déterminer si des

questions sont difficilement acceptées par les parents, si le questionnaire est jugé trop intrusif,
...

Enfin, nous avons choisi d'introduire deux questions moins précises avec des espaces de réponse libres. Dans cet espace, les participants auront la possibilité d'évoquer des choses qui n'auront pas nécessairement été abordées dans les autres questions, notamment en lien avec leur pratique.

3.1.3. Choix des types de questions et des modalités de réponse

Nous avons choisi d'utiliser dans ce questionnaire des questions fermées et ouvertes.

Les questions fermées sont plus précises et les réponses seront plus faciles à analyser (Fenneteau, 2015). Ces questions sont aussi plus appétentes et pratiques pour les participants car elles nécessitent un temps de réponse plus court (pas de rédaction).

Les questions ouvertes nous permettront d'interpréter les réponses des professionnels. Le traitement de ces questions est plus contraignant et certaines réponses peuvent ne pas être analysables. Mais les réponses des participants peuvent être très riches et peuvent même parfois apporter des éléments nouveaux, qui ne sont pas nécessairement explorés par les autres questions. De plus, il est intéressant de proposer quelques questions ouvertes parmi les questions fermées, afin de ne pas laisser l'interviewé (Fenneteau, 2015). Ainsi, nous avons choisi de ne mettre que quelques questions ouvertes.

Pour la question 8 (« que pensez-vous de la longueur du questionnaire ? »), nous avons proposé une graduation avec 4 réponses possibles. Le fait de proposer un nombre pair de réponses nous permet d'éviter que les participants indécis ne se placent au milieu. (Bouletreau et al., 1999)

3.2. Consignes pour les participants

Il a été demandé aux participants de faire passer le questionnaire QUINOA (Grueau, 2020), lors d'une consultation, aux parents de patients âgés de 1 à 6 ans. Les professionnels devaient ensuite répondre au questionnaire de pré-test afin d'exprimer leur avis après utilisation.

Nous avons décidé de laisser la possibilité aux participants de choisir le nombre de patients auxquels ils feront passer le questionnaire QUINOA. Ce choix a été fait afin de limiter le nombre de refus et d'abandons par les professionnels de santé. En effet, si nous avions imposé un nombre de passations, certains auraient peut-être refusé du fait d'un manque de temps.

Enfin, nous avons laissé aux participants la possibilité de répondre jusqu'au 28 janvier 2022.

3.3. Validation du questionnaire

Le questionnaire a été relu et validé par deux experts :

- Un dans le domaine des troubles alimentaires pédiatriques : Mme Raynaud-Bellanger, la directrice de ce mémoire
- Un dans le domaine de la méthodologie des questionnaires et de l'utilisation de la plateforme Sphinx : Mme Ellie-Deschamps

Le nombre de participants étant limité, nous avons fait le choix de ne pas effectuer de pré-test afin de ne pas le réduire davantage et ainsi d'avoir suffisamment de données pour valider, ou infirmer, nos hypothèses.

4. Méthode d'analyse des réponses

Les réponses des participants ont été récoltées sur la plateforme Sphinx puis extraites sous forme de tableur Excel®. Dans ce tableau, chaque ligne représente un professionnel de santé et chaque colonne représente une question. Cette mise en page permet une lecture rapide des réponses.

Pour l'analyse statistique, nous avons effectué une estimation de pourcentage pour chaque question. Nous nous sommes appuyée sur le logiciel R pour réaliser une estimation par intervalle de confiance sur les proportions. Nous avons choisi le test binomial puisque notre échantillon est inférieur à 30. Pour chaque question, nous avons fixé le niveau de confiance à 95%.

Nous avons également utilisé le test de Fisher pour observer l'homogénéité de certaines données. En effet, il nous a paru intéressant d'observer trois éventuelles corrélations, qui pourraient expliquer ou nuancer les résultats obtenus au questionnaire de pré-test. Nous préférons le test de Fisher au test de Student puisque l'échantillon est de petite taille.

Voici les corrélations recherchées :

- La coopération des parents est-elle plus facile à obtenir lorsqu'ils connaissent déjà le praticien ?
- La coopération des parents est-elle plus facile à obtenir lorsqu'un diagnostic est déjà posé ?
- Les parents comprennent-ils mieux les termes lorsqu'un diagnostic est déjà posé ?

Présentation des résultats

Dans cette partie, nous allons présenter les participants ainsi que les réponses recueillies au questionnaire de pré-test.

1. Description des participants

1.1. Les professionnels interrogés

1.1.1. Nombre

Parmi tous les professionnels contactés (présentés dans la méthodologie) :

- 36 n'ont répondu à aucune des sollicitations
- 37 ont accepté de participer
- 15 professionnels supplémentaires nous ont contactée par le biais des groupes Facebook
- 19 ont réellement participé

Certains professionnels ont refusé de participer ou n'ont finalement pas participé pour les raisons suivantes :

- Difficultés d'organisation du fait de la crise sanitaire (nombreuses absences par exemple)
- Problèmes personnels
- Absence de patients entrant dans la population cible parmi leur patientèle

Ainsi, 19 professionnels ont administré le questionnaire QUINOA et ont ensuite répondu au questionnaire de pré-test. Parmi leurs réponses, nous avons dû éliminer celle d'un professionnel, qui n'a pas respecté la consigne de passation et a laissé les parents remplir seuls le questionnaire QUINOA. Il nous a semblé que ce professionnel, en n'ayant pas fait passer le questionnaire, ne pouvait pas juger par exemple de sa longueur, de la compréhension des termes ou encore de la coopération des parents. Cela représentait un biais. Pour la suite de la présentation des résultats, nous observerons donc les réponses de 18 professionnels.

1.1.2. Professions représentées

Au total, nous avons obtenu 55.55% des professionnels que nous avons identifiés comme étant susceptibles d'être confrontés aux troubles alimentaires pédiatriques.

Cependant, lors de nos sollicitations, nous avons reçu au moins un accord de participation pour chaque profession, sauf pour celles de gastropédiatre et gastroentérologue.

N.B. : sur le graphique qui suit, nous comptabilisons encore 19 professionnels, après exclusion du participant n'ayant pas respecté la consigne (partie 1.1.1). Nous n'avons bien que 18 participants. Cela s'explique par le fait qu'un professionnel a sélectionné deux professions (dentiste et orthodontiste), comptant ainsi double.

Les répondants se répartissent de la manière suivante :

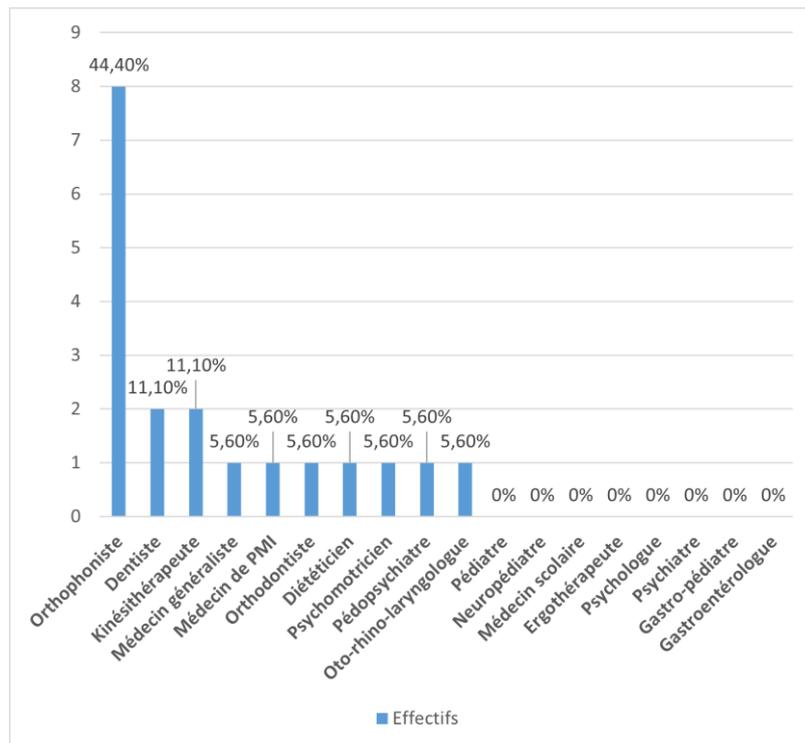


Figure 1 : Histogramme concernant la répartition des répondants au questionnaire de pré-test

1.2. Les patients interrogés par les professionnels

1.2.1. Nombre de patients interrogés

Au total, le questionnaire QUINOA a été proposé à 40 familles (parents des enfants).

- 8 professionnels ont proposé le questionnaire à une famille, soit 44.4%
- 10 professionnels l'ont proposé à deux familles ou plus, soit 55.6%

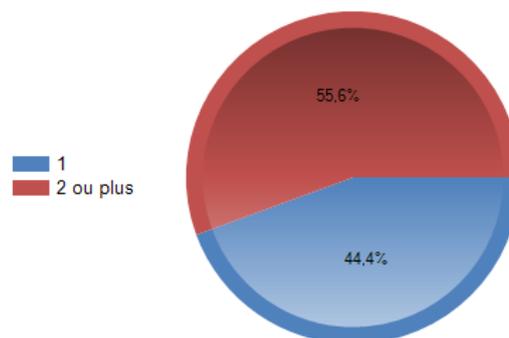


Figure 2 : Diagramme de fréquence concernant les réponses à la question « à combien de patients avez-vous proposé le questionnaire QUINOA ? »

Parmi les professionnels l'ayant proposé à deux familles ou plus :

- 5 l'ont proposé à 2 familles

- 3 l'ont proposé à 3 familles
- 1 l'a proposé à 6 familles
- 1 l'a proposé à 7 familles

1.2.2. Ages des patients interrogés

La majorité des professionnels a respecté la tranche d'âge imposée (1 à 6 ans). Cependant, un d'entre eux l'a proposé à un enfant plus jeune (7 mois) et deux l'ont proposé à des enfants plus âgés (8 et 13 ans). Il s'agit de professionnels ayant aussi administré le questionnaire QUINOA à au moins un enfant entrant dans la population cible, nous avons donc décidé de conserver leurs réponses.

Tous les âges ciblés par le test sont représentés.

Cependant, tous les professionnels n'ont pas saisi correctement les âges des enfants interrogés, cette question n'a donc pas été prise en compte pour l'analyse et l'interprétation des réponses.

2. Réponses aux questions de pré-test

2.1. Eléments principaux explorés par le pré-test

2.1.1. Que pensez-vous de la longueur du questionnaire ?

Parmi les professionnels interrogés :

- 1 le juge très long, soit 5.55% [0.001 ; 0.272]
- 4 le jugent long, soit 22.2% [0.064 ; 0.476]
- 13 jugent sa longueur correcte, soit 72.2% [0.465 ; 0.903]
- 0 le jugent court, soit 0% [0.000 ; 0.185]

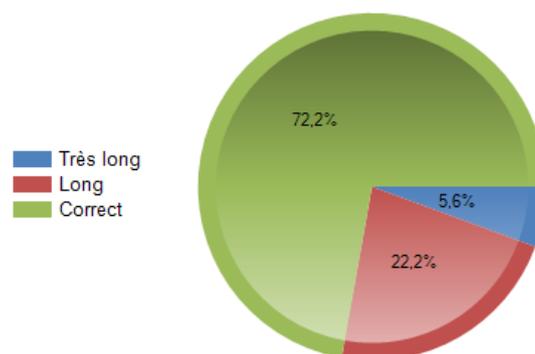


Figure 3 : Diagramme de fréquence concernant les réponses à la question « que pensez-vous de la longueur du questionnaire ? »

Nous avons ensuite regroupé les réponses à cette question de la manière suivante :

- 5 le jugent long ou très le long, soit 27.78% [0.096 ; 0.534]
- 13 le jugent correct ou court, soit 72.2% [0.465 ; 0.903]

La p-value est égale à 0.04813.

Parmi les professionnels ayant répondu « long » ou « très long » :

- 1 a proposé le questionnaire à 1 seul patient
- 3 l'ont proposé à 2 patients
- 1 l'a proposé à 3 patients

Ils exerçaient les professions suivantes : oto-rhino-laryngologue, pédopsychiatre, médecin de PMI, psychomotricien, orthophoniste.

2.1.2. L'ordre des questions vous paraît-il pertinent ?

Seul 1 professionnel estime que l'ordre des questions n'est pas pertinent, aussi, 94.4% [0.727 ; 0.998] des professionnels interrogés estiment que l'ordre des questions est pertinent.

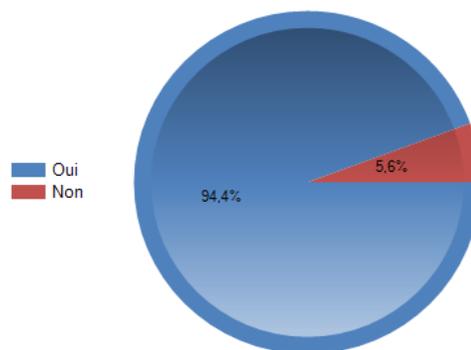


Figure 4 : Diagramme de fréquence concernant la répartition des réponses à la question « l'ordre des questions vous paraît-il pertinent ? »

La p-value est égale à 7.248e-05.

Le professionnel ayant jugé l'ordre des questions non pertinent a apporté l'explication suivante : « Un peu de redondance. Je mettrais par exemple « état de santé » avec « alimentation » ».

2.1.3. Tous les termes ont-ils été compris par les patients ?

A cette question, les 18 professionnels ont répondu « oui ». Aussi, 100% [0.814 ; 1.000] des professionnels interrogés estiment que tous les termes sont compris par les patients.

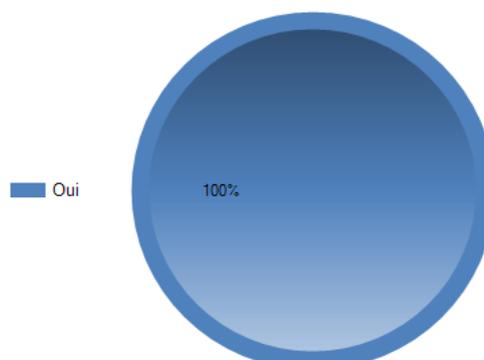


Figure 5 : Diagramme de fréquence concernant la répartition des réponses à la question « tous les termes ont-ils été compris par les patients ? »

La p-value est égale à 3.815e-06.

2.1.4. La modalité de réponse est-elle adaptée ?

A cette question :

- 13 ont répondu « oui », soit 72.2% [0.465 ; 0.903]
- 5 ont répondu « non », soit 27.8% [0.138 ; 0.684]

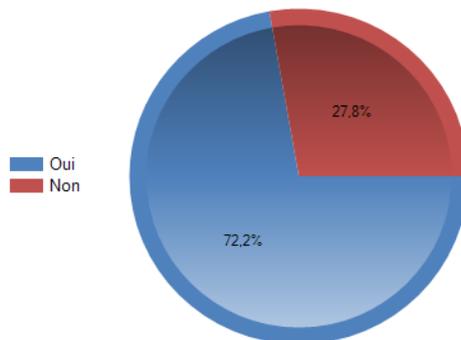


Figure 6 : Diagramme de fréquence concernant la répartition des réponses à la question « la modalité de réponse est-elle adaptée ? »

La p-value est égale à 0.04813.

Les professionnels ayant répondu « non » ont apporté les précisions suivantes :

Tableau 2 : [Précisions des professionnels ayant répondu « non » à la question « la modalité de réponse est-elle adaptée ? »]

La modalité de réponse est en grande partie adaptée. Une suggestion : Certaines questions prennent en compte deux éléments d'observation et les parents ne peuvent répondre qu'une seule fois. La réponse n'est pas forcément la même pour les deux éléments. Exemple : « l'enfant accumule-t-il de la nourriture dans ses joues et/ou la recrache après l'avoir stockée ? ». Il pourrait être intéressant de mettre ici deux échelles de fréquence « l'enfant accumule-t-il de la nourriture dans ses joues », « la recrache-t-il après l'avoir stockée ? »
Je dirais partiellement car il s'agit de demander des précisions et des nuances sont souvent à apporter par rapport au quotidien de l'enfant
Pouvoir faire une case OK quand tout va bien, ex : « les lèvres sont-elles toniques »
Car il en manquait dans le questionnaire Google Forms, je n'ai vu certains items que lors de l'impression
Juste pour une question : "l'enfant porte-t-il les objets à la bouche en dehors des poussées dentaires" => "exceptionnellement / parfois / très fréquemment" => peut-être qu'il faudrait nuancer et ajouter "souvent" ? => un des parents voulait en tout cas plutôt cocher cela

2.2. Autres questions

2.2.1. Qu'avez-vous pensé du questionnaire QUINOA ?

Pour cette question, nous avons obtenu des réponses qualitatives. Lors de leur analyse nous avons pu identifier des thématiques. Ainsi nous avons regroupé les réponses de la manière suivante :

Tableau 3 : [Réponses des professionnels à la question « qu'avez-vous pensé du questionnaire QUINOA ? »]

Thème identifié	Réponses des professionnels	Nombre de patients interrogés
Modifications à effectuer	Il manque des réponses « non » pour certaines questions posées. Ex, question sur la tonicité	1
	Il faudrait simplement rajouter les cases « RAS » ou « jamais » aux trois premières questions (je trouve que la formulation « ne sait pas » n'est pas adéquate)	1
	La question de l'hypertonie de la cavité buccale = il manque le choix de normalité, on est donc obligés de répondre « ne sait pas »	3
	J'y ajouterais certaines précisions notamment au niveau des items proposés pour certaines questions : - Pour la question concernant la tonicité des lèvres/langue/mâchoire, j'aurais ajouté un item « tonicité adaptée »	2
	Pour la question « l'enfant a-t-il porté les objets ou ses doigts à la bouche en dehors des poussées dentaires » j'aurais ajouté un item « jamais »	2
	Définir « casse-cou »	1
	Pour la question « l'enfant a-t-il besoin d'interrompre la prise alimentaire parce qu'il a l'air fatigué ... » j'aurais plutôt dit « a-t-il (ou a-t-il eu) car ça pouvait être présent avant mais ça ne l'est plus au moment de la passation du questionnaire	2
	Le domaine « sensorialité » mériterait quelques questions supplémentaires	1
	Redondance de certaines questions	6
	Très bonne approche de dépistage pour les non initiés	1

Avis sur le questionnaire QUINOA	Outil très bien pensé et très utile	1
	Le questionnaire est relativement bien fait, il est clair	2
	Questionnaire clair dans les questions et les réponses	2
	Précis et détaillé pour une ouverture à l'échange et la mise en place du partenariat avec la famille	1
	Questionnaire très intéressant qui balaye bien les différents thèmes à explorer lors de l'entretien avec les parents dans le cadre du bilan de l'oralité	1
	Intéressant, permet de relever de nombreux signes d'appel concernant les troubles de l'oralité.	2
	Les exemples donnés pour certaines questions sont judicieux, cela permet de mieux comprendre la question et de développer les réponses du parent (cela peut lui évoquer des choses qui se produisent avec son enfant dont il n'aurait pas parlé spontanément)	1
	Très précis, permet d'avoir des renseignements plus fins sur les troubles	2
	Très utile pour recueillir les premières informations	1
	Questionnaire intéressant pour le bilan diagnostique	1
	Bonne formulation pour confirmer l'hypothèse des troubles de l'oralité	2
	Intéressant de mon point de vue ...	3
	Passation simple	1
	Mais long à faire en consultation en ville Dans le cadre du dépistage, un questionnaire simplifié me paraîtrait plus pertinent en gardant les questions les plus significatives	1
	Cela reste relativement long si je dois le rajouter à mes propres questions d'anamnèse et au bilan. Pourtant recevant des grands prématurés cela me semble fondamental	3
Les parents ont trouvé le questionnaire un peu long.	2	

Difficultés techniques	Remarque plutôt relative au support : le questionnaire a amené de nouvelles questions du côté des parents, on a donc pris du temps pour le réaliser et en discuter et malheureusement, au bout d'un temps relativement court, la page ne fonctionne plus, on doit la recharger et re-renter toutes les réponses	7
	Je crois que tous les items n'apparaissaient pas, j'en ai vu de nouveaux lorsque j'ai imprimé le questionnaire (par exemple je n'avais pas Des difficultés d'articulation Aucune de ces difficultés)	1
Réponses nécessitant des précisions de la part des professionnels interrogés	Il est à poser lors du diagnostic, ou demander aux parents de se remettre dans la situation de début d'accompagnement	1
	Il fait se poser des questions et notamment savoir qu'elle serait une « bonne » réponse	3
	La population avec laquelle je travaille (parents parlant peu français, niveau socio-économique bas) peut passer le questionnaire (compréhension, parfois peu d'observation des enfants par les parents, pas de questions sur ce que l'on peut ou pourrait observer nous-même en consultation)	2
	... mais pas toujours si évident que cela pour les parents.	3

N.B. : nous avons fractionné les réponses de la majorité des professionnels qui évoquaient plusieurs points correspondant à des thématiques différentes.

2.2.2. La coopération des parents a-t-elle été facile à obtenir lors de l'administration du questionnaire ?

Pour cette question, les modalités de réponse étaient différentes selon que les professionnels avaient fait passer le questionnaire soit à un patient soit à deux ou plus.

- Un patient : oui / non
- Deux patients ou plus : oui toujours / pas avec tous les parents / jamais

Ainsi, parmi les professionnels l'ayant proposé à un patient, 8 (sur 8) estiment que la coopération a été facile à obtenir, soit 100% [0.630 ; 1.000].

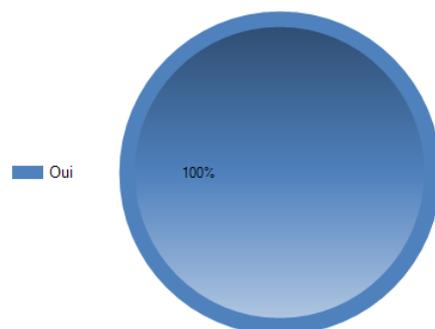


Figure 7 : Diagramme de fréquence concernant la répartition des réponses à la question « la coopération des parents a-t-elle été facile à obtenir lors de l'administration du questionnaire ? », pour les professionnels ayant proposé le questionnaire à un patient

Parmi les professionnels l'ayant proposé à deux ou plus de deux patients (soit 10) :

- 9 ont répondu « oui toujours », soit 90% [0.555 ; 0.997]
- 1 a répondu « pas avec tous les parents », soit 10% [0.002 ; 0.445]
- Aucun n'a répondu « jamais », soit 0% [0.000 ; 0.308]



Figure 8 : Diagramme de fréquence concernant la répartition des réponses à la question « la coopération des parents a-t-elle été facile à obtenir lors de l'administration du questionnaire ? », pour les professionnels ayant proposé le questionnaire à deux patients ou plus

Le professionnel ayant répondu « pas avec tous les parents » avait proposé le questionnaire à deux familles. Aussi, nous pouvons en déduire que la coopération a été difficile à obtenir pour un patient.

Afin de faciliter l'interprétation, nous avons donc regroupé les réponses à ces deux questions. Nous obtenons les résultats suivants : parmi les 18 professionnels interrogés, 17 estiment que la coopération des parents a été facile à obtenir, soit 94.44% [0.727 ; 0.998].

La p-value est égale à 7.248e-05.

2.2.3. Avez-vous d'autres remarques ?

Pour cette question, nous avons reçu les deux remarques suivantes (nous citerons ici des extraits des réponses, contenant les éléments essentiels des remarques) :

Tableau 4 : [Remarques apportées par les professionnels à la question « avez-vous d'autres remarques ? »]

Modalité de réponse adaptée sauf pour la question sur la tonicité
<p>Certaines questions mériteraient peut-être d'être retravaillées (dans leur formulation ou dans les possibilités de réponse) :</p> <p>*La question "L'enfant a-t-il besoin d'interrompre la prise alimentaire parce qu'il a l'air fatigué ou en difficulté ?" ne prend pas en compte le fait que l'enfant puisse interrompre la prise alimentaire pour d'autres raisons, ou tout du moins, le terme "en difficulté" n'est pas forcément compris ou accepté par le parent. Pour un parent interrogé, la prise est interrompue parce que l'enfant n'a « pas envie »</p> <p>*La question "l'enfant porte-il les objets à la bouche en dehors des périodes de poussées dentaires ?" ne laisse pas apparaître explicitement les conduites d'exploration par la bouche, la réponse "parfois, pour s'endormir ou se rassurer" est assez restrictive, il faudrait pouvoir répondre "parfois, dans le cadre de l'exploration buccale"</p> <p>*Les questions "Lors du repas ou de l'approche d'un aliment de la bouche, à quelle fréquence l'enfant manifeste-t-il un ou plusieurs de ces comportements ?" et "A quelle fréquence l'enfant a-t-il des haut-le-coeur lors de l'introduction d'un aliment ou d'un objet en particulier dans sa bouche" ne permettent pas de faire la différence entre les aliments supportés par l'enfant et ceux qui ne le sont pas. Parent répondant en fonction des aliments du quotidien, qui n'incluent pas les aliments rejetés puisqu'ils ne sont plus proposés (Par exemple proposer une échelle pour les aliments nouveaux et une échelle pour les aliments du quotidien).</p> <p>*Même remarque pour la question "L'enfant a-t-il des attitudes de défense, d'évitement envers les aliments ?" => faire apparaître les différences en fonction des aliments concernés.</p>

2.3. Corrélations

2.3.1. 1^{ère} consultation / coopération

Parmi les 40 familles interrogées, 26 avaient déjà été reçues par le professionnel de santé.

La coopération a été difficile à obtenir pour un seul des enfants n'ayant jamais été reçu par le professionnel. Pour les autres professionnels, la coopération a été facile à obtenir, qu'il s'agisse d'une première consultation ou non.

Tableau 5 : [Répartition des familles interrogées selon : coopération obtenue / première consultation (ou non)]

	Coopération facile	Difficile
Déjà reçus	25	0
Nouveaux	14	1

La p-value est égale à 0.375.

2.3.2. Diagnostic / coopération

Un diagnostic de trouble de l'oralité était déjà posé pour 9 des enfants interrogés.

La coopération a été difficile à obtenir pour un seul des enfants n'ayant pas de diagnostic posé. Pour les autres professionnels, la coopération a été facile à obtenir, qu'un diagnostic soit posé ou non.

Tableau 6 : [Répartition des familles interrogées selon : coopération obtenue / présence (ou absence) de diagnostic]

	Coopération facile	Difficile
Diagnostic déjà posé	9	0
Pas de diagnostic	30	1

La p-value est égale à 1.

2.3.3. Diagnostic / compréhension des questions

Les termes des questions ont été compris par tous les parents, qu'un diagnostic de TAP soit posé ou non.

Tableau 7 : [Répartition des familles interrogées selon : compréhension des questions / présence (ou absence) d'un diagnostic]

	Bonne compréhension des questions	Difficultés de compréhension
Diagnostic déjà posé	9	0
Pas de diagnostic	31	0

La p-value est égale à 1.

3. Précisions des répondants

A la question « qu'avez-vous pensé du questionnaire QUINOA », nous avons classé certaines remarques des professionnels comme nécessitant des précisions (partie 2.2.1). Nous avons donc décidé de recontacter ces professionnels afin de leur demander de clarifier leur commentaire et de nous permettre, par la suite, une meilleure analyse.

Voici les précisions que nous avons reçues :

Tableau 8 : [Précisions apportées dans un second temps par certains professionnels]

Commentaire initial du professionnel	Précisions apportées
Il est à poser lors du diagnostic, ou demander aux parents de se remettre dans la situation	Le questionnaire est plutôt adapté à un début de prise en soin, lors du diagnostic. Lorsque je l'ai posé aux parents, le suivi datait déjà de plusieurs mois et il y avait déjà de l'évolution. Nous avons donc dû essayer de nous remettre dans la position

de début d'accompagnement	de démarrage de l'accompagnement, soit plusieurs mois en arrière.
Il fait se poser des questions et notamment savoir qu'elle serait une « bonne » réponse	Le but est de chercher des TAP, quand on remplit le questionnaire on se demande si c'est normal. On n'a pas la réponse à la fin, on ne sait pas si c'est un trouble. J'étais déçue de ne pas avoir un résultat et des réponses.
La population avec laquelle je travaille (parents parlant peu français, niveau socio-économique bas) peut poser passer le questionnaire (compréhension, parfois peu d'observation des enfants par les parents, pas de questions sur ce que l'on peut ou pourrait observer nous-même en consultation)	La population avec laquelle je travaille (parents parlant peu français, ou ayant un niveau socio-économique bas) peut poser certaines difficultés avec ce questionnaire (problème de compréhension avec la barrière de la langue, parents qui observent peu leurs enfants, il n'y a pas de question sur ce que nous pourrions observer nous-même en consultation et donc sur des données plus « objectives »).
... mais pas toujours si évident que cela pour les parents	Les parents ont accepté très facilement de participer. Ils ont bien compris les questions car lorsque nécessaire j'ai pris le temps de les leur réexpliquer (notamment pour des parents d'origine étrangère ou plus limités intellectuellement). Par contre, ils étaient parfois en difficulté pour y répondre (exactement comme dans une anamnèse classique d'ailleurs) car il y a des domaines pour lesquels ils n'ont pas forcément fait attention (et ne s'étaient pas posé ce genre de question avant), ou parfois ils étaient hésitants entre 2 réponses. Par ailleurs, en fonction du contexte familial et social, un même évènement n'est pas toujours perçu (ou accepté de la même façon).

Discussion

Nous allons à présent interpréter les résultats exposés dans la partie précédente. Nous organisons cette analyse autour des quatre principaux aspects évalués dans la phase de pré-test, à savoir : longueur du questionnaire, ordre des questions, compréhension des termes, modalités de réponse. Nous ne traitons pas question par question puisque certains points sont évoqués par les professionnels dans des questions différentes, suivre ce plan génèrerait donc beaucoup de répétitions.

1. Interprétation des résultats

1.1. Longueur du questionnaire

La majorité des professionnels interrogés trouve le questionnaire QUINOA court ou de longueur correcte (72.2%). Ainsi, nous pouvons dire que ce questionnaire n'est pas trop long.

En revanche, il est tout de même important de prendre en compte le fait que quelques professionnels (27.8%) l'ont jugé long ou très long. En effet, à la question « avez-vous d'autres remarques », les professionnels ayant jugé le questionnaire long ou très long évoquent à nouveau cette problématique. Ceci montre que ce point apparaissait réellement problématique pour les professionnels estimant que le questionnaire QUINOA est trop long. De plus, chacun des professionnels ayant répondu « long » ou « très long » a fait passer le questionnaire à 2 ou 3 patients. Il apparaît donc important de prendre en compte leur avis. Les professionnels ayant sélectionné ces réponses exerçaient des professions différentes. Aussi, le questionnaire a été jugé long par des professionnels n'ayant pas les mêmes modalités de consultation (durée des séances différente par exemple).

Ainsi, le questionnaire, en l'état actuel semble être utilisable par les professionnels mais une solution devra être proposée afin que sa longueur ne soit un frein à son utilisation. Deux options nous apparaissent envisageables :

- Créer une version courte ne contenant que les questions les plus sensibles, les plus significatives. Un score serait généré et indiquerait un seuil à partir duquel il faudrait envisager de proposer la version longue (en cas de risque de trouble). Cette idée a déjà été proposée par les experts lors du consensus (Grueau, 2020) et a également été évoquée par l'un des répondants au questionnaire de pré-test. La version courte ne pourra être créée qu'une fois l'étalonnage réalisé.
- Laisser la possibilité aux professionnels de donner le questionnaire aux parents qui pourront le remplir au préalable, avant la consultation ou avant le prochain rendez-vous. En effet, il s'agit d'un procédé fréquent dans l'utilisation des questionnaires. Par exemple, pour le Profil Sensoriel de Dunn (Dunn, 2010) ou encore l'IFDC (Inventaire Français du Développement Communicatif) qui peuvent être remis aux parents dans la salle d'attente ou en fin de consultation (Bovet et al., 2005).

1.2. Ordre des questions

La majorité des professionnels interrogés estiment que l'ordre des questions est pertinent (94.4%). Ainsi, il n'apparaît pas nécessaire de le modifier.

A la question « l'ordre des questions vous paraît-il pertinent », un seul professionnel a répondu « non ». Ce commentaire n'est pas réapparu dans les remarques des autres professionnels,

il n'est donc pas majoritaire, nous ne pouvons pas lui donner la priorité, nous décidons de ne pas apporter de modification.

1.3. Compréhension des termes par les patients

La totalité des professionnels interrogés estiment que tous les termes ont été compris. Les questions peuvent être comprises par tous les sujets interrogés. Il n'est pas nécessaire de modifier la formulation des questions ou d'expliquer certains termes.

L'analyse des corrélations nous a également permis de voir que les termes étaient compris, qu'un diagnostic de TAP soit posé ou non. La compréhension n'a donc pas été influencée par d'éventuelles connaissances sur les TAP.

Néanmoins, à la question « qu'avez-vous pensé du questionnaire QUINOA », un professionnel suggère de définir le terme « casse-cou », il apparaît important de le prendre en compte même s'il s'agit du seul commentaire à ce sujet. En effet, cela nous assurera que ce terme sera compris de la même manière par tous les parents et tous les professionnels qui seront susceptibles de le réexpliquer. Cela nous interroge également sur la compréhension de ce terme par les autres participants : aucun n'a relevé de difficultés à ce sujet mais a-t-il été compris de la bonne manière ? Ce terme a peut-être entraîné des réponses qui ne correspondaient pas à la notion explorée par cette question.

Le terme casse-cou est mentionné dans la question suivante : « estimez-vous que votre enfant est plus « casse-cou » que les autres enfants de son âge ? ». Cette question a été créée pour évaluer l'hypo-réactivité sensorielle globale (Grueau, 2020). Dans la logique des autres questions de ce questionnaire et des décisions prises lors du consensus d'experts, nous avons décidé d'y ajouter des exemples pour préciser la question et s'assurer de la bonne compréhension du terme. Nous avons alors effectué des recherches dans la littérature. Nous avons notamment pris connaissance des questions du Profil Sensoriel de Dunn (Dunn, 2010) qui traitent de l'hypo-réactivité. Ainsi, nous ajouterons les exemples suivants à cette question : **« marche sur les jouets sans s'en rendre compte, aime se balancer, aime les jeux qui tournent comme les manèges, ne tient pas en place sur sa chaise, grimpe partout ... comportements pouvant aller jusqu'à une prise de risques, une mise en danger »** (Dunn, 2010, Barbier, 2014).

Enfin, même si l'ensemble des participants indiquent que tous les termes ont été compris, deux professionnels relèvent que certaines personnes ont présenté des difficultés de compréhension, du fait de leur niveau socio-culturel ou de leur langue. Ces remarques n'ont pas été émises à la question « tous les termes ont-ils été compris par les patients » mais lorsque les professionnels devaient donner un avis plus général. Ainsi, nous en déduisons qu'ils n'ont pas identifié de termes non compris ou devant être expliqués systématiquement aux parents. Les difficultés de compréhension semblent relever davantage des particularités de cette population. De plus, un de ces professionnels nous indique que les familles ont pu comprendre les questions grâce aux explications. Aussi, il semble difficile de modifier le questionnaire pour améliorer la compréhension des familles appartenant à cette population, en revanche, il est nécessaire que chaque question soit claire, accompagnée d'exemples si nécessaire, afin que le professionnel soit à l'aise avec tous les termes et puisse lui-même apporter des précisions aux parents. Des exemples ont déjà été apportés à certaines questions lors du consensus d'experts. Ceci conforte notre choix d'ajouter des exemples pour expliquer le terme « casse-cou ».

1.4. Modalités de réponse

La majorité des professionnels interrogés (72.2%) estiment que la modalité de réponse est adaptée.

Les commentaires des professionnels ayant répondu « non » à la question « la modalité de réponse est-elle adaptée ? » ciblent des questions précises qui, pour la majorité, manquent de propositions de réponses.

Un professionnel a évoqué une problématique au sujet de la question « lèvres/langue/joues/mâchoire de l'enfant sont-elles toniques ? ». Cette problématique apparaît également de manière majoritaire dans les réponses des professionnels à la question « avez-vous d'autres remarques ? » : il manque une possibilité de réponse indiquant que le tonus est normal. Cette réponse était présente dans le questionnaire avant le consensus d'experts et a par la suite été retirée, les médecins ne se sentant pas tous capables de juger de la normalité du tonus. Cependant, ce questionnaire est aujourd'hui destiné à de nombreux professionnels de santé qui, pour certains, sont familiarisés avec ces notions. Nous décidons donc de laisser la réponse « ne sait pas » pour les professionnels ne se sentant pas capables de juger le tonus et ajoutons la réponse « **tonus normal** ».

Un autre professionnel suggère d'ajouter une possibilité de réponse à la question « l'enfant porte-t-il (ou a-t-il porté) les objets ou ses doigts à la bouche en dehors des périodes de poussées dentaires ? ». En effet, les fréquences ne sont pas correctement réparties, il y a un écart trop important entre les choix « parfois » et « très fréquemment ». Nous avons donc décidé de rajouter à cette échelle la possibilité de réponse suivante : « **souvent** ». De plus, la littérature indique que lorsque l'on utilise une échelle de réponses, l'écart entre chaque possibilité doit être équivalent (Bouletreau et al., 1999). La réponse « jamais » apparaît aussi manquante à cette question, ce point a été relevé dans le commentaire d'un professionnel à la question « qu'avez-vous pensé du questionnaire ? ». Cependant, dans la littérature, les auteurs évoquent une limitation importante des explorations orales chez les enfants présentant une hypersensibilité et non une absence d'explorations. Il n'est donc pas pertinent d'ajouter cette possibilité de réponse (Boudou, Lecoufle, 2015). Le choix « exceptionnellement : l'enfant met (ou a mis) rarement en bouche » semble être le plus représentatif de ce phénomène. Les modalités de réponse pour cette question avaient déjà été retravaillées lors du consensus d'experts. Nous décidons de les modifier afin d'offrir aux patients des réponses plus précises leur permettant de se positionner plus facilement. De plus, la majorité des questions ont cinq réponses possibles, l'ajout de possibilités permettrait donc d'homogénéiser le questionnaire, souhait qui était fait lors du consensus d'experts (Grueau, 2020).

Nous proposons également d'ajouter une possibilité de réponse à la première question de la partie habiletés oro-motrices : « l'enfant a-t-il (ou a-t-il eu) (plusieurs réponses possibles) : des difficultés à téter, des difficultés à mâcher ». Avant la réunion avec les experts, il y avait un item de réponse supplémentaire : « aucune de ces difficultés ». Lors du consensus, cette réponse a été supprimée afin de laisser au répondant la possibilité de ne rien cocher (Grueau, 2020). Or, il apparaît que les praticiens veulent pouvoir cocher une case même lorsque c'est normal. De plus, cela serait plus pertinent par rapport au questionnaire dans sa globalité, en effet, les autres questions nécessitent forcément une réponse. Enfin, cela pourrait faciliter la création du score. Aussi, nous rétablissons la possibilité de réponse suivante : « **aucune de ces difficultés** ».

A la question « l'enfant a-t-il besoin d'interrompre la prise alimentaire parce qu'il a l'air fatigué ou en difficulté » il faudrait rajouter la réponse « **jamais** ». Ici encore, cela permettrait aux professionnels de cocher une case même si l'enfant n'a pas de difficultés.

Par ailleurs, un professionnel indique qu'il trouve la formulation « ne sait pas » maladroite, mais comme nous l'a précisé un autre professionnel, certains parents ne savent pas quoi répondre aux questions car ils ne se souviennent pas ou ils n'ont pas fait attention à ces comportements. Il nous semble donc important de laisser cette possibilité de réponse pour les parents ne sachant pas quoi répondre. Ils pourraient aussi ne rien cocher mais ceci pourrait augmenter le risque de réponse au hasard si certains parents souhaitent quand même cocher quelque chose.

1.5. Autres informations issues de l'analyse

1.5.1. Formulation des questions : ajout de précisions

Il n'apparaît pas nécessaire de modifier la formulation des questions, en effet, comme nous l'avons indiqué plus haut, toutes les questions ont été comprises par les participants.

Néanmoins, quelques ajustements peuvent être apportés afin de préciser les réponses des personnes interrogées et de s'assurer qu'ils répondent bien à ce qui est recherché par la question.

Ainsi, il apparaît nécessaire de remplacer la question « l'enfant a-t-il besoin d'interrompre la prise alimentaire parce qu'il a l'air fatigué ou en difficulté » par « l'enfant a-t-il **(ou a-t-il eu)** besoin d'interrompre la prise alimentaire parce qu'il a l'air fatigué ou en difficulté ». En effet, ce signe d'appel peut être absent au moment de la passation du questionnaire mais peut avoir été présent. Cet ajout (ou a-t-il eu) est déjà présent dans plusieurs des autres questions du questionnaire.

La question « lors du repas ou de l'approche d'un objet ou d'un aliment de la bouche, à quelle fréquence l'enfant manifeste-t-il l'un ou plusieurs de ces comportements ? » devrait aussi être précisée. Comme l'indique un professionnel, l'enfant peut ne présenter aucune de ces réactions car ses parents, face aux difficultés, ne lui proposent que les aliments acceptés. Ainsi, cette question n'apporte pas nécessairement la bonne réponse de la part des répondants. Nous proposons donc d'ajouter la précision suivante : **(en dehors des aliments favoris ou acceptés depuis toujours)**. Cette modification éviterait les « faux négatifs » à l'issue du questionnaire.

Le même ajustement doit être effectué pour les questions « à quelle fréquence l'enfant a-t-il des haut-le-cœur lors de l'introduction d'un aliment ou d'un objet en particulier dans sa bouche ? » et « l'enfant a-t-il des attitudes de défense, d'évitement envers les aliments ? ». Nous ajouterons donc : **(en dehors des aliments favoris ou acceptés depuis toujours)**.

1.5.2. Professionnels souhaitant l'ajout de questions

Certains professionnels ont suggéré d'ajouter des questions ou de poser des questions plus précises.

Par exemple :

- Pour la question « l'enfant a-t-il besoin d'interrompre la prise alimentaire parce qu'il a l'air fatigué ou en difficulté », un répondant suggère de la préciser ou de la diviser en plusieurs questions pour rechercher la cause de ces arrêts.

- Un professionnel indique qu'il est nécessaire d'ajouter des précisions et des nuances.
- Un autre participant a suggéré de diviser une question en deux questions car les parents interrogés ne souhaitaient pas répondre la même chose aux deux éléments traités par la question. Il s'agit de la question suivante : « l'enfant accumule-t-il de la nourriture dans ses joues et/ou la recrache après l'avoir stockée ».
- Un professionnel indique qu'il serait nécessaire d'ajouter des questions dans le domaine « sensorialité ».
- Enfin, un répondant suggère d'ajouter des précisions sur les aliments concernés par les attitudes de défense (« lors du repas ou de l'approche d'un objet ou d'un aliment de la bouche, à quelle fréquence l'enfant manifeste-t-il l'un ou plusieurs de ces comportements ? ») : une échelle pour les aliments nouveaux et une échelle pour les aliments du quotidien. Pour cette question nous avons apporté une précision plus concordante avec la logique du questionnaire, dans la partie 1.5.1.

Cependant, l'ajout de questions risquerait de modifier la destinée initiale de ce questionnaire : le dépistage. En effet, il s'agit d'un outil qui doit être proposé en première intention pour permettre aux professionnels d'orienter le patient. A la suite de ce questionnaire, si un trouble est suspecté, il est nécessaire de réaliser un bilan complet et plus détaillé. De plus, lors de la création de cette version, le choix a été fait de ne poser qu'une seule question par signe d'appel afin d'assurer l'homogénéité du questionnaire et de diminuer le temps de passation (Grueau, 2020). Par exemple, la première question citée plus haut a pour objectif d'évaluer la fatigabilité. Il s'agit ici d'observer si un signe d'appel est présent, cet aspect pourra être ensuite investigué de manière plus approfondie lors d'un bilan.

De plus, l'ajout de questions alourdirait le questionnaire et limiterait son utilisation par certains professionnels n'ayant pas assez de temps pour le proposer.

Un professionnel a émis un commentaire inverse : « redondance de certaines questions ». Comme nous l'avons indiqué plus haut, une question a été créée pour chaque signe d'appel, supprimer des questions romprait l'homogénéité du questionnaire et serait contraire aux choix faits lors du consensus d'experts.

1.5.3. Coopération des parents

La majorité des professionnels interrogés (94.4%) estiment que la coopération a été facile à obtenir. Les questions sont donc acceptées par les parents et n'apparaissent pas trop intrusives ou déplacées.

Les différentes corrélations effectuées nous ont également permis d'observer que la coopération n'était pas plus difficile à obtenir lorsque les troubles alimentaires pédiatriques n'étaient pas connus (ou peu) des patients, ni lorsque les patients rencontraient le praticien pour la première fois.

1.5.4. Avis général sur le questionnaire QUINOA

Les réponses à la question « qu'avez-vous pensé du questionnaire QUINOA » nous ont permis de recueillir les avis des professionnels.

Ainsi, les professionnels interrogés ont émis un avis positif au sujet de ce questionnaire. Ils le trouvent intéressant, complet et précis, simple à faire passer. Ils estiment aussi qu'il est utile pour le dépistage. Nous pouvons donc en conclure que ce questionnaire est pertinent pour les professionnels de santé susceptibles d'être confrontés aux troubles alimentaires pédiatriques.

De plus, lors de nos sollicitations, de nombreux professionnels se sont montrés intéressés par le sujet mais n'ont pas participé par manque de temps. En effet, cela demandait un certain investissement : faire passer le questionnaire QUINOA à un ou plusieurs patients puis prendre le temps de répondre au questionnaire de pré-test. Mais à travers ces échanges nous avons pu voir que les différents professionnels que nous avons identifiés dans cette population se montrent intéressés par cette problématique et la disponibilité d'un outil de dépistage.

1.5.5. Population visée par le questionnaire QUINOA

1.5.5.1. Les enfants présentant des difficultés alimentaires

Pour rappel, ce questionnaire cible les enfants âgés de 1 à 6 ans. Les professionnels ayant participé au pré-test ont proposé le questionnaire QUINOA à des enfants d'âges différents, ainsi en rassemblant les réponses des professionnels, tous les âges visés par ce questionnaire sont représentés. Dans les commentaires libres, aucun professionnel n'a fait de remarques à ce sujet. Le questionnaire QUINOA est donc bien utilisable pour les enfants âgés de 1 à 6 ans.

Néanmoins, lors de nos échanges, plusieurs professionnels ont émis le souhait de pouvoir le proposer à des enfants plus âgés, pour lesquels ils suspectaient des difficultés alimentaires.

1.5.5.2. Les parents des enfants présentant des troubles

Comme nous l'indiquons plus haut (partie 1.3), deux professionnels ont soulevé une problématique au sujet du niveau socio-culturel des familles interrogées. En effet, ces professionnels relatent des difficultés de compréhension des questions par les familles d'origine étrangère ou les parents présentant un faible niveau intellectuel. Il apparaît donc nécessaire que les professionnels soient à l'aise avec le questionnaire QUINOA afin de pouvoir l'administrer le mieux possible à cette population.

1.5.6. Support du questionnaire

Enfin, parmi les réponses des professionnels, deux commentaires n'ont pas encore été évoqués dans cette partie, car ils ne répondaient à aucun des aspects explorés par le pré-test mais ils nous ont cependant interpellée. En effet, ils abordent le support sur lequel se trouve le questionnaire : Sphinx. Un professionnel a dû rentrer à nouveau les réponses du questionnaire QUINOA car après un certain temps il a fallu réactualiser la page, ce qui a effacé les réponses déjà saisies. Un autre a rencontré un problème d'affichage des questions. Ainsi, nous nous demandons si ce support est le plus pertinent. Effectivement, les problèmes techniques ont pu entraver la qualité des réponses.

1.5.7. Autres remarques

Nous interprèterons ici des remarques n'ayant pas pu être classées dans les parties précédentes. Ces remarques ont toutes été faites à la question « qu'avez-vous pensé du questionnaire QUINOA ». Des précisions ont dû être demandées pour chacune d'entre elles.

Ainsi, un professionnel nous indique que le questionnaire QUINOA est plus adapté à la pose du diagnostic, lors d'un début de prise en soins. Effectivement, ce professionnel avait proposé le questionnaire à un patient déjà pris en charge et il avait été difficile pour les parents de se souvenir de certaines données. Toutefois, cette problématique ne sera pas rencontrée lors de la réelle utilisation du questionnaire. Ici, il s'agissait d'une mise à l'épreuve de l'outil, les

patients pouvaient déjà être pris en charge dans le cadre de ces troubles. Ce commentaire est donc propre à la situation de pré-test.

Un autre professionnel nous indique avoir été dans l'attente d'un résultat à l'issue de la passation. Ici aussi, il s'agit d'un commentaire propre à la situation de pré-test. En effet, la création d'un score arrive après la phase de pré-test, donc actuellement, aucun résultat n'est généré lors de l'utilisation du questionnaire. Mais, à terme, un score sera obtenu et permettra de déterminer s'il y a un risque de TAP.

Enfin, un professionnel observe qu'il manque des questions à l'intention du praticien dans lesquelles il pourrait saisir des observations, des « données plus objectives ». Or, initialement, il existait dans ce questionnaire des questions devant être remplies par le médecin mais ensuite, Grueau (2020) a fait le choix de les limiter. Cette décision avait été prise afin d'éviter un biais : la subjectivité du professionnel. Les parents étant experts de leur enfant, il apparaissait plus pertinent que ce soit eux qui répondent aux questions. L'ajout de telles questions serait donc contradictoire par rapport aux choix faits précédemment dans ce projet et risquerait de faire apparaître des biais lors de la passation du questionnaire. De plus, parmi les signes d'appel explorés, certains ne sont pas observables sur un temps de consultation, par exemple, les conflits et l'anxiété au cours des repas. Ils nécessitent d'être interrogés.

2. Vérification des hypothèses

A présent, nous allons confronter nos hypothèses aux résultats obtenus afin de les valider, ou invalider.

2.1. Première hypothèse générale : L'outil de dépistage QUINOA est jugé valide par les professionnels de santé interrogés.

Les hypothèses opérationnelles sont les suivantes :

1-a : Les professionnels interrogés jugent que la longueur du questionnaire est correcte

L'analyse des réponses à la question « qu'avez-vous pensé de la longueur du questionnaire » nous permet de déterminer que la majorité des professionnels interrogés estiment que la longueur du questionnaire est correcte. L'hypothèse opérationnelle 1a est validée.

1-b : Les professionnels interrogés estiment que l'ordre des questions est pertinent

L'analyse des réponses à la question « l'ordre des questions vous paraît-il pertinent » nous permet de déterminer que la majorité des professionnels interrogés estiment que l'ordre des questions est pertinent. L'hypothèse opérationnelle 1b est validée.

1-c : Les professionnels interrogés indiquent que tous les termes ont été compris par les patients

L'analyse des réponses à la question « tous les termes ont-ils été compris par les patients » nous permet de déterminer que la majorité des professionnels interrogés estiment que tous les termes ont été compris par les patients. L'hypothèse opérationnelle 1c est validée.

1-d : Les professionnels interrogés signalent que les modalités de réponse sont adaptées

L'analyse des réponses à la question « la modalité de réponse est-elle adaptée » nous permet de déterminer que la majorité des professionnels interrogés estiment que la modalité de réponse est adaptée. L'hypothèse opérationnelle 1d est validée.

Ainsi, grâce aux principales questions du pré-test, axées sur les éléments devant être évalués lors de cette phase, nous pouvons valider l'ensemble des hypothèses opérationnelles de cette première hypothèse générale. L'hypothèse générale numéro 1 est donc validée : l'outil de dépistage QUINOA est jugé valide par les professionnels de santé interrogés.

2.2. Seconde hypothèse générale : Il est possible de mettre en évidence des limites et d'y remédier en apportant des modifications au questionnaire QUINOA.

Les hypothèses opérationnelles sont les suivantes :

2-a : Les réponses des professionnels nous permettent d'identifier des limites persistantes

L'analyse des réponses au questionnaire de pré-test et notamment aux questions ouvertes nous ont permis de relever des points devant être retravaillés. L'hypothèse opérationnelle 2a est validée.

2-b : L'identification des limites nous permet d'apporter des modifications au questionnaire QUINOA

Nous avons étudié les différents points problématiques observés par les professionnels et avons identifié les modifications à effectuer. Pour la majorité il s'agit de précisions à apporter, ne nécessitant pas de modification importante du questionnaire, validé par le consensus d'experts. Ces modifications pourront être effectuées dans ce mémoire.

Trois autres points plus conséquents ont été identifiés mais ne pourront pas être modifiés dans ce mémoire :

- La longueur du questionnaire
- Le support
- La tranche d'âge visée

Ces points devront être repris ultérieurement.

L'hypothèse opérationnelle 2b est validée.

Ainsi, l'analyse des commentaires des professionnels interrogés nous permet de valider l'hypothèse générale numéro 2 : Il est possible de mettre en évidence des limites persistantes et de les supprimer en apportant des modifications au questionnaire QUINOA.

Voici un tableau récapitulatif des modifications devant être apportées, afin de supprimer les limites identifiées :

Tableau 9 : [Synthèse des modifications apportées au questionnaire QUINOA]

QUESTION et REPONSES POSSIBLES - version de Grueau (2020)			MODIFICATIONS APORTEES
Lèvres/langue/joues/mâchoire de l'enfant sont-elles toniques ?			Ajout d'un choix de réponse : - Tonus normal
Pas ou peu toniques : bavage	Ne sait pas	Hypertoniques : tête projetée en haut et mâchoire	

		exagérément ouverte			
L'enfant a-t-il (ou a-t-il eu) : <i>Plusieurs réponses possibles</i>					Ajout d'une possibilité de réponse : - Aucune de ces difficultés
Des difficultés à têter			Des difficultés à mâcher		
L'enfant a-t-il besoin d'interrompre la prise alimentaire parce qu'il a l'air fatigué ou en difficulté ?					Précision de la question : l'enfant a-t-il (ou a-t-il eu) besoin d'interrompre la prise alimentaire parce qu'il a (ou avait) l'air fatigué ou en difficulté ?
A chaque repas	1 fois par jour	Plusieurs fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Ne sait pas	
L'enfant porte-t-il (ou a-t-il porté) les objets ou ses doigts à la bouche en dehors des périodes de poussées dentaires ?					Ajout d'une possibilité de réponse : - Souvent
Exceptionnellement : l'enfant met (ou a mis) rarement en bouche		Parfois : pour s'endormir ou se rassurer	Très fréquemment et tout type d'objets		
Estimez-vous que votre enfant est plus « casse-cou » que les autres enfants de son âge ?					Définition du terme casse-cou par des exemples : marche sur les jouets sans s'en rendre compte, aime se balancer, aime les jeux qui tournent comme les manèges, ne tient pas en place sur sa chaise, grimpe partout ... comportements pouvant aller jusqu'à une prise de risques, une mise en danger
Beaucoup plus « casse-cou »	Un peu plus « casse-cou »	Pareil que les autres enfants	Plus prudent	Ne sait pas	
Lors du repas ou de l'approche d'un objet ou d'un aliment de la bouche, à quelle fréquence l'enfant manifeste-t-il l'un ou plusieurs de ces comportements ?					Précision de la question : Lors du repas ou de l'approche

<i>Par exemple : Grimaces de dégoût, réflexes nauséeux importants voire vomissements, frissons, réactions de retrait, pleurs, agitation, recrachement de la nourriture.</i>					d'un objet ou d'un aliment (en dehors des aliments favoris ou acceptés depuis toujours) de la bouche, à quelle fréquence l'enfant manifeste-t-il l'un ou plusieurs de ces comportements ?
Systématiquement	1 fois par jour	Plusieurs fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	jamais	
A quelle fréquence l'enfant a-t-il des haut-le-cœur lors de l'introduction d'un aliment ou d'un objet en particulier dans sa bouche ?					Nous modifions la formulation de la question : A quelle fréquence l'enfant a-t-il des haut-le-cœur lors de l'introduction d'un aliment (en dehors des aliments favoris ou acceptés depuis toujours) ou d'un objet en particulier dans sa bouche ?
Systématiquement	1 fois par jour	Plusieurs fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	
L'enfant a-t-il des attitudes de défense, d'évitement envers les aliments ? <i>Par exemple : ferme les lèvres pour ne pas laisser entrer la cuillère, détourne la tête et/ou le corps, se protège le visage avec la main, repousse la cuillère, refuse de manger, transpire, s'agite.</i>					Nous modifions la formulation de la question : L'enfant a-t-il des attitudes de défense, d'évitement envers les aliments (en dehors des aliments favoris ou acceptés depuis toujours) ?
A chaque repas	Une fois par jour	Plusieurs fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	

Ces modifications ont été effectuées, une nouvelle version du questionnaire a été générée. Cette version est présentée en annexe (annexe V).

3. Biais et limites de cette étude

Lors de la présentation des résultats, nous avons éliminé la réponse d'un professionnel. Ceci met en avant un biais dans cette étude : le non-respect des consignes. De plus, il n'a pas été possible de contrôler le respect des modalités de passation puisque les professionnels ont fait passer le questionnaire QUINOA puis répondu au questionnaire de pré-test de manière « autonome », il n'y avait pas d'enquêteur présent à ce moment-là. Nous ne pouvons donc pas nous assurer que le professionnel éliminé est le seul à ne pas avoir respecté la consigne de passation.

Un participant a rencontré des difficultés techniques et n'est pas certain d'avoir eu accès à toutes les questions du QUINOA. Ce professionnel a imprimé le questionnaire à la fin de son

administration au patient ; lors de son impression, de nouvelles questions sont apparues. Ainsi, cela a pu avoir un impact sur la qualité de ses réponses au questionnaire de pré-test. Toutefois, des échanges avec ce professionnel nous ont permis de mieux comprendre les problèmes qu'il a rencontrés. En effet, il semble que les nouvelles questions apparues sont en réalité des questions n'étant plus présentes dans la version consensuelle du QUINOA. Il nous a indiqué que peu de questions s'étaient ajoutées. Nous supposons donc que le professionnel a bien eu accès à l'ensemble des questions de la version consensuelle, qui était évaluée dans ce pré-test. De plus, ce participant présentait un profil intéressant puisqu'il représentait une profession pour laquelle nous n'avions pas d'autres répondants. Il s'agit également d'un professionnel qui peut participer à la prise en charge des TAP (diététicien). Enfin, les réponses de ce professionnel au questionnaire de pré-test nous paraissaient pertinentes, il a pu répondre à chacune des questions. Ainsi, nous avons décidé d'intégrer les réponses de ce participant mais il persiste un risque, ce qui constitue un potentiel biais.

Enfin, ce pré-test a été effectué auprès d'un échantillon restreint (19 participants), il est donc nécessaire de nuancer les réponses obtenues. Le manque de réponses est notamment dû au fait que certains professionnels ayant accepté de participer n'ont finalement pas répondu au questionnaire, nous n'avons donc finalement pas eu autant de participants que ce que nous avions initialement prévu (pour rappel, 37 professionnels avaient accepté de participer). La taille de cet échantillon ne nous a également pas permis d'effectuer des sous-groupes pour l'analyse des réponses (par exemple en fonction de l'âge des patients ou encore en fonction des professions).

4. Intérêts de cette étude

Cette étude nous a permis d'obtenir un avis après utilisation du questionnaire QUINOA. Cet avis présente un avantage supplémentaire par rapport au consensus d'experts : il permet de remarquer des éléments qui ne l'auraient pas été après simple lecture du questionnaire. En effet, c'est lors de l'utilisation que certains professionnels se sont rendu compte de dysfonctionnements, parce qu'ils y ont été confrontés. Ainsi, cela nous a permis d'avoir un aperçu des difficultés qui pouvaient être rencontrées par les professionnels lors de l'utilisation du questionnaire.

Cette étude assure l'obtention, à terme, d'un outil valide, avec de bonnes qualités métrologiques. Effectivement, la phase de pré-test est une phase importante dans la création d'un questionnaire. Et pour qu'un outil soit valide, il est important que chaque étape soit respectée. (Gallé-Tessonnet et al., 2018)

Cette étude a aussi permis de franchir une étape supplémentaire dans la création d'un outil qui permettra d'améliorer le dépistage des troubles alimentaires pédiatriques par de nombreux professionnels de santé.

Les professionnels pouvant rencontrer des enfants présentant des TAP ont pu être identifiés lors de nos recherches. La liste des professionnels pouvant utiliser le questionnaire QUINOA a alors été enrichie.

Ce travail nous a également permis d'échanger avec de nombreux praticiens, exerçant des professions différentes. Finalement nous aurons discuté avec divers professionnels pouvant être confrontés aux troubles alimentaires pédiatriques (prise en charge, soins entravés ...). Nous aurons pu recueillir leurs points de vue et avoir un aperçu de leurs connaissances. Nous

avons aussi pu répondre à leurs questionnements au sujet de certains patients. Cela nous a également permis de consolider notre réseau autour de cette thématique.

Enfin, cette étude a sollicité l'intérêt de certains professionnels pour ce domaine, qui ne s'y étaient pas encore intéressés.

5. Perspectives

5.1. Prochaines étapes dans la validation du questionnaire QUINOA

Dans ce mémoire, nous avons effectué la phase de pré-test dans la création du questionnaire QUINOA. Ce pré-test a permis d'achever la phase d'élaboration et plus précisément l'évaluation qualitative. Cependant, à la suite de ce pré-test, des modifications ont été apportées au questionnaire, ce qui signifie que cette nouvelle version va devoir être validée avant de poursuivre les prochaines étapes. Il faudra donc à nouveau solliciter des professionnels pour tester le questionnaire.

Ensuite, il sera nécessaire d'effectuer la validation du questionnaire. Celle-ci se déroule en deux étapes : création d'un score (ou « scoring ») et évaluation quantitative. L'évaluation quantitative permettra d'évaluer les qualités métrologiques du questionnaire, à savoir la fiabilité (liée à l'enquêteur et au cours du temps), la validité (de contenu, contre critère et de structure) et la sensibilité (au changement) (Bouletreau et al., 1999). La validation d'apparence a déjà été effectuée par Grueau (2020), à travers le consensus d'experts.

Le scoring permettra d'attribuer des notes à l'issue de la passation du questionnaire QUINOA. La note obtenue indiquera s'il y a un risque de TAP et donc indiquera aux professionnels s'ils doivent orienter pour qu'un bilan complet soit effectué. Il s'agit donc d'un étalonnage. Il devra être réalisé auprès de deux populations : des enfants présentant des TAP, pour lesquels un diagnostic a été posé et des enfants ne présentant pas de TAP. L'étalonnage doit être effectué auprès d'un échantillon suffisamment important afin d'obtenir des données fiables. Aussi, il nous semble préférable d'effectuer l'étalonnage auprès des deux populations (enfants sans et avec troubles) à tour de rôle. De plus, nous nous interrogeons sur les professionnels qui pourront participer à cette étape. Toujours dans un souci de fiabilité, les orthophonistes semblent les mieux placés pour sélectionner les patients auxquels sera administré le questionnaire QUINOA. En effet, il est important que les enfants inclus présentent réellement un TAP (pour la population avec trouble) ou présentent bien une absence de difficultés alimentaires (pour la population sans trouble), sinon, cela risque de biaiser les résultats. Cependant, notre étude a permis d'étendre la liste des professionnels pouvant utiliser le questionnaire QUINOA. Parmi ces professionnels, d'autres prennent en charge les TAP, tels que les ergothérapeutes et les psychomotriciens. Il pourrait donc être envisageable que ces professionnels participent à l'étalonnage. Il faudrait sélectionner les professionnels suffisamment experts dans ce domaine. Enfin, Grueau (2020) et un répondant du questionnaire de pré-test ont soulevé un point important : lors de l'étalonnage auprès d'enfants présentant des troubles, il sera nécessaire de sélectionner des enfants qui viennent juste d'entamer la prise en charge. Effectivement, plus tard, il peut être difficile pour les parents de se souvenir de certaines informations et donc de répondre à certaines questions. De plus, certaines réponses pourront être biaisées par l'évolution de l'enfant par exemple si des difficultés ne sont plus présentes.

Avant de procéder à l'étalonnage, il faudra déterminer comment sera calculé le score. L'analyse du Profil Sensoriel (Dunn, 2010), nous permet de suggérer d'établir un seuil à partir

duquel il y a un risque que l'enfant présente un TAP. La majorité des réponses étant réparties sur des échelles, il pourrait être pertinent d'associer un score à chaque item, par exemple de 0 à 5, 0 correspondant à un comportement « normal » et 5 à un comportement « pathologique ». Les notes à chaque réponse pourraient ensuite être additionnées pour obtenir un score global. Il faudra attribuer les notes aux items de réponse en fonction des signes d'appel. Le risque pourra également être qualifié de « plus ou moins important » en fonction de la note globale et de son écart à la moyenne.

Le questionnaire QUINOA ayant été retravaillé à plusieurs reprises, le nouveau pré-test devrait être validé. Si des limites persistantes sont identifiées, il ne sera pas obligatoire de modifier à nouveau le questionnaire. Il sera donc envisageable d'effectuer dans le même travail l'étalonnage sur une population.

Il s'agit donc d'un travail qui se poursuivra sur plusieurs années.

Grueau (2020) avait également évoqué la nécessité de retravailler les critères d'inclusion et d'exclusion pour l'étalonnage. Ces critères avaient été fixés par Barral (2018) mais généraient l'exclusion de beaucoup d'enfants et risquaient de limiter la taille de l'échantillon. Pour la redéfinition de ces critères, il nous paraît important de prendre en compte les difficultés de compréhension qui ont été rencontrées par les familles ayant un faible niveau socio-culturel ou ne parlant pas couramment français. Ces patients devront peut-être être exclus afin d'éviter des biais.

5.2. Perspectives concernant le questionnaire QUINOA

Comme nous l'avons indiqué dans la présentation des résultats, le questionnaire QUINOA a été proposé à des enfants qui n'appartenaient pas à la tranche d'âge 1-6 ans. Et certains professionnels auraient souhaité le proposer à des enfants plus âgés. Des auteurs indiquent que les difficultés alimentaires persistent souvent jusqu'à la fin de l'école élémentaire (Acquaviva, 2011), soit jusqu'à 11 ans. Un autre cite une étude ayant mis en évidence que les difficultés alimentaires peuvent durer jusqu'à 9 ans (Le Heuzey, 2011). Les enfants peuvent donc présenter des troubles alimentaires au-delà de 6 ans. Or, les TAP sont encore peu connus par certains professionnels de santé, ainsi, il est possible que certains enfants présentant ces troubles n'aient pas été repérés lorsqu'ils avaient moins de 6 ans. Il est nécessaire d'apporter une solution pour pouvoir dépister et diagnostiquer ces enfants. De plus, les TAP peuvent avoir de nombreuses répercussions, notamment sur la vie sociale. Il apparaît donc important que ces troubles puissent être repérés à tout âge. Nous pouvons donc nous interroger sur un éventuel élargissement de la tranche d'âge des enfants auxquels peut être proposé ce questionnaire. Par ailleurs, un professionnel, ayant proposé le questionnaire QUINOA aux parents d'un enfant déjà pris en charge depuis plusieurs mois, nous a indiqué qu'il a été difficile pour les parents de remonter en arrière. Aussi, nous nous demandons s'il sera facile pour les parents d'enfants de plus de 6 ans de répondre à ce questionnaire, est-ce que toutes les questions seront adaptées ?

Lors d'échanges, plusieurs professionnels ont demandé que le questionnaire QUINOA leur soit transmis au format PDF afin qu'ils puissent l'imprimer et le remplir manuellement. Il apparaît donc important que, dans sa version finale, le questionnaire QUINOA soit utilisable en version papier (par exemple, laisser la possibilité aux professionnels de l'imprimer depuis un logiciel). Il faudra en tenir compte lors de l'étalonnage afin que les professionnels utilisant la version papier puissent calculer le score.

Une autre perspective a été évoquée précédemment (partie 1.1) : la création d'une version courte. Cette version permettrait de réduire le temps de passation du questionnaire et pourrait donc être utilisée par davantage de professionnels. Lors du consensus d'experts, les professionnels avaient évoqué un nombre maximum de 5 questions (Grueau, 2020). En effet, pour ces professionnels, il est courant d'utiliser des versions courtes, afin de limiter la durée du dépistage et sa répercussion sur le temps de consultation. Parmi les versions courtes existantes, nous pouvons citer le MNA-SF (Mini Nutritional Assessment) qui est la version courte du MNA (Hugonot-Diener, 2010). Il s'agit d'un test de dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées. Dans cette version courte, il n'y a que 6 items. Le score obtenu après l'administration de ces premiers items indique s'il y a un risque et s'il est nécessaire de proposer la version complète (ou longue) du questionnaire.

La possibilité de laisser les parents remplir le questionnaire eux-mêmes pourrait aussi être envisagée. Toutefois, il faudra être vigilant quant à la population dépistée. En effet, comme nous l'avons observé précédemment dans les réponses de deux professionnels (partie 1.5.5.2), le questionnaire a été difficile à comprendre pour les parents étrangers ou ayant un niveau socio-économique bas. Ces parents pourraient ne pas être en capacité de remplir le questionnaire seuls, il faudrait qu'ils soient accompagnés. Nous pouvons également ajouter à cette liste les parents présentant des difficultés en lecture (troubles spécifiques des apprentissages, analphabétisme, illettrisme).

Une réflexion devra également être menée au sujet du support sur lequel se trouve le questionnaire. Grueau (2020) a envisagé de l'intégrer aux logiciels utilisés par les professionnels de santé afin qu'ils puissent y accéder facilement et qu'il soit intégré aux dossiers des patients. Il pourrait aussi être intéressant d'intégrer la version courte au carnet de santé de l'enfant. Le carnet de santé est un outil utilisé par les médecins pour suivre la santé de l'enfant et son développement jusqu'à sa majorité. Des examens médicaux doivent être réalisés régulièrement, lors desquels différents points sont contrôlés, tels que le développement psychomoteur de l'enfant (Leblanc, 2018). Une grille de dépistage des troubles alimentaires pédiatriques aurait toute sa place parmi les pages du carnet de santé. Cela participerait à l'une des missions du carnet de santé de l'enfant : la prévention (à travers le dépistage des TAP) (Ministère de la santé et des solidarités, 2006). Cela permettrait également que tous les professionnels de santé rencontrant l'enfant aient accès au questionnaire de dépistage par ce biais.

5.3. Autres perspectives

Il serait intéressant de pouvoir proposer aux professionnels de santé, susceptibles de rencontrer des enfants présentant des TAP, des plaquettes d'information à ce sujet. Ces plaquettes pourraient détailler, notamment, les principaux signes d'appel. Ainsi, ils seraient plus en mesure d'informer les parents et peut-être plus à l'aise pour identifier les enfants devant être dépistés. En effet, nous avons abordé, dans la partie théorique, le manque de connaissances de certains professionnels à ce sujet (Brand Vincent, Lefevre, 2014).

De plus, cette plaquette d'information pourrait donner des pistes aux professionnels de santé pour observer les enfants et repérer des signes d'appel. Ceci pourrait faciliter le dépistage, notamment dans les cas où la passation du questionnaire est difficile : barrière de la langue, difficultés de compréhension, professionnels rencontrant peu les parents (par exemple ceux exerçant en structure ou lorsque les enfants viennent en taxi), parents observant peu leur enfant.

Lors de nos recherches, nous avons pu identifier, grâce à la littérature, les nombreux professionnels impliqués dans les TAP. Cependant, pour plusieurs de ces professionnels, nous n'avons pas pu déterminer leur niveau de connaissances ni recueillir de données concernant leur formation à ce sujet. Il serait intéressant de mener un travail pour combler ce manque. Cela permettrait notamment d'identifier les besoins de ces professionnels en termes de sensibilisation sur les troubles alimentaires pédiatriques. Ces données permettraient d'ajuster le contenu des plaquettes d'information envisagées précédemment dans cette partie. Un tel projet a déjà été mené par Brand Vincent et Lefevre (2014), pour les médecins généralistes, pédiatres et médecins de PMI. Une autre recherche, menée par une étudiante en masso-kinésithérapie à Amiens (Valentine Botte) dans le cadre de son mémoire de fin d'études, est en train d'aboutir. Cette étudiante a cherché à identifier les connaissances des kinésithérapeutes au sujet des TAP et a produit une plaquette d'informations, présentant les signes d'appel, adaptée aux besoins constatés lors de son travail.

Conclusion

Notre mémoire avait pour objectif la réalisation de la phase de pré-test de la version consensuelle du questionnaire QUINOA, élaborée par Grueau (2020), et d'identifier d'éventuelles limites, grâce à l'analyse des réponses des professionnels de santé à un questionnaire de pré-test.

Nous avons contacté de nombreux professionnels de santé, ceux que nous estimions susceptibles d'être confrontés aux troubles alimentaires pédiatriques. En parallèle, nous avons conçu un questionnaire de pré-test, auquel les professionnels de santé ont répondu après administration du questionnaire QUINOA à au moins un patient. Ensuite, nous avons analysé les réponses au questionnaire de pré-test. Nous avons traité des données qualitatives et quantitatives.

Grâce à ce travail, nous sommes parvenue à atteindre notre objectif : valider la phase de pré-test et identifier les limites. Nous avons pu réduire ces limites en apportant au questionnaire les modifications nécessaires.

La réalisation de cette phase de pré-test présente l'intérêt d'avoir pu tester l'outil en situation réelle de consultation et ainsi d'avoir pu identifier les difficultés pouvant être rencontrées lors de l'utilisation du questionnaire.

Nous avons pu identifier de nombreuses perspectives pour ce projet. Mais il faudra d'abord effectuer un nouveau pré-test, puisque nous avons apporté des modifications à la version validée par consensus. Ensuite, il sera nécessaire d'effectuer l'étalonnage du questionnaire QUINOA.

Il sera également important d'apporter une solution au sujet de la longueur du questionnaire. Elle a été validée lors de la phase de pré-test mais est apparue problématique pour certains professionnels. Or, notre objectif est que le questionnaire QUINOA puisse être utilisé par un maximum de professionnels, il ne faut donc pas que sa longueur soit un frein à son utilisation.

Nous espérons que ce travail sera poursuivi, afin d'aboutir à un outil valide, pour lequel toutes les étapes de création auront été respectées. Nous espérons que ce questionnaire sera utilisé par un grand nombre de professionnels de santé et plus précisément tous ceux pouvant rencontrer des enfants présentant des troubles alimentaires pédiatriques, que ce soit dans le cadre de la prise en charge de ces troubles ou parce qu'ils interfèrent avec les consultations. Notre objectif est que cet outil permette un meilleur dépistage des TAP, ce qui permettrait la bonne orientation des patients et leur prise charge précoce. Nous rappelons que la prise en charge précoce est importante et permet de limiter les troubles, leurs répercussions et leur chronicisation.

Nous nous tiendrons bien évidemment à disposition de toute personne souhaitant recevoir davantage d'informations à ce sujet ou pour toute personne souhaitant prendre part à ce projet, en poursuivant notre travail.

Références bibliographiques

- Abadie, V. (2004a). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 55-68.
- Abadie, V. (2004b). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de Pédiatrie*, 11(6), 603-605.
- Abadie, V., Alvarez, L., Barbier, V., Boucais, N., Cazenave, A., Chalouhi, C., Du Fraysseix, C., Guinot, M., Léon, A., Malécot, C., Ouss, L., Soulié, M., Thibault, C., Thouvenin, B., & Royer, A. (2018). *Attention à mon oralité ! Ou comment comprendre, prévenir et prendre en charge les troubles du comportement alimentaire du jeune enfant hospitalisé dans les premiers mois de vie* (3ème édition). TEMA.
- Acquaviva, E. (2011). Epidémiologie et classifications des troubles du comportement alimentaire de l'enfant. In *Troubles du comportement alimentaire de l'enfant. Du nourrisson au pré-adolescent* (p. 21-30). Elsevier Masson.
- Albert, C. (2011). Constitution d'un groupe de travail transversal autour des troubles de l'oralité alimentaire. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n° 85-86(2), 109-116.
- Article L. 4371-1 du Code de la Santé Publique. Consulté 23 juin 2021, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000822417>
- Article R4321-5 du Code de la Santé Publique. Consulté 30 novembre 2021, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913987
- Babington, I. (2018). *L'enfant extraordinaire. Comprendre et accompagner les troubles des apprentissages et du comportement chez l'enfant*. Eyrolles.
- Ballouard, C. (2011). *L'aide-mémoire de psychomotricité*. Dunod.
- Bandelier, E. (2015). *Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant : Pistes de prise en charge*. Ortho Edition.
- Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : De la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*, N° 39(1), 143-159.
- Barbier, I. (2015). Illustration clinique : Quand le bébé ne peut s'alimenter par la bouche. *Dialogue*, n° 209(3), 49-54.
- Bardousse, L. (2019). *Troubles de l'oralité alimentaire : Poursuite de la création d'un outil de dépistage à destination des médecins*. Université de Limoges.
- Barral, L. (2018). *Les troubles de l'oralité : Vers la fin du dépistage tardif ?* Université de Limoges.
- Bellis, F., Buchs-Renner, I., & Vernet, M. (2009). De l'oralité heureuse à l'oralité difficile. Prévention et prise en charge dans un pôle de pédiatrie. *Spirale*, n° 51(3), 55-61.
- Blanchet, C., Lathuillière, M., & Mondain, M. (2015). *Rôle de l'ORL dans l'évaluation et la prise en charge des troubles d'oralité de l'enfant jusqu'à 2 ans*. 1-3.
- Blanchet, C., Lathuillière, M., & Mondain, M. (2016). Quand les morceaux ne passent pas : Quel bilan chez l'enfant ? *Médecine & enfance*, 323-325.

- Boudou, M., & Lecoufle, A. (2015). *Les troubles de l'oralité alimentaire : Quand les sens s'en mêlent !* 3-7.
- Bouletreau, A., Chouanière, D., Wild, P., & Fontana, J.-M. (1999). *Concevoir, traduire et valider un questionnaire. A propos d'un exemple, Euroquest.*
- Bovet, F., Danjou, G., Langue, J., Moretto, M., Tockert, E., & Kern, S. (2005). Les inventaires français du développement communicatif (IFDC) : Un nouvel outil pour évaluer le développement communicatif du nourrisson. *Médecine & enfance*, 1-6.
- Brand Vincent, V., & Lefevre, C. (2014). *Docteur, mon enfant ne mange pas ! Et s'il s'agissait d'un trouble de l'oralité alimentaire ... Evaluation du degré d'information des médecins sur les troubles de l'oralité alimentaire et sur le rôle de l'orthophoniste dans leur prise en charge.* Université de Nantes.
- Briatte, L., & Barreau-Drouin, L. (2021). *Troubles alimentaires pédiatriques. Concrètement, que faire ?* (Tom Pousse).
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie* (3ème édition). Ortho Edition.
- Bulletin officiel n°32 du 5 septembre 2013, Pub. L. No. 32 (2013).
- Cascales, T., Olives, J. P., & Raynaud, J. P. (2014). Trouble du comportement alimentaire post-traumatique du nourrisson : Exemple d'une prise en charge conjointe psychologue/pédiatre. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(6), 358-366.
- Cascales, T., & Olives, J.-P. (2012). « Tu vas manger ! » Trouble alimentaire du nourrisson et du jeune enfant : Du refus au forçage alimentaire. *Spirale*, n° 62(2), 26-34.
- Cascales, T., & Olives, J.-P. (2018). Troubles alimentaires restrictifs du nourrisson et du jeune enfant : Avantages d'une consultation conjointe pédiatre et psychologue. In *Quand manger fait souffrir* (p. 195-204). Érès.
- Cascales, T., Olives, J.-P., Raynaud, J.-P., & Pirlot, G. (2014). Trouble alimentaire précoce avec une cause organique associée : Complémentarité des approches. *L'Évolution Psychiatrique*, 79(3), 567-581.
- Chatoor, I. (2009). Sensory Food Aversions in Infants and Toddlers. *Zero To Three*, 44-49.
- Chatoor, I., & Ganiban, J. (2003). Food refusal by infants and young children : Diagnosis and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(2), 138-146.
- Chevrie-Muller, C., Goujard, J., & coll. (2005). Questionnaire « langage et comportement – 3 ans ½ ». *Les cahiers pratiques d'ANAE, Edition 2005*, 2-16.
- Couly, G. (2015). *Oralité du fœtus. Neurogénèse—Sensorialité, Dysoralité—Anoralité, Echographie, Syndromes de Robin.* Sauramps Medical.
- Daresse-Lapendery, M., Rochedy, A., Charles, R., Rousselon, V., & Pillard, M. (2018). Mon enfant pinaille devant son assiette ! Comment aborder la dysoralité en médecine générale. *Médecine*, 14(8), 353-358.
- Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie, 86-1195 (1986).

- Delfosse, M.-J., Soullignac, B., Depoortere, M.-H., & Crunelle, D. (2006). Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. *Devenir*, Vol. 18(1), 23-35.
- Deprez, J. (2017). *Le syndrome de dysoralité sensorielle et ses conséquences pour le chirurgien dentiste*. Université de Lille.
- Diraison, A. (2019). *Traitement sensoriel et oralité alimentaire. Etat des lieux des thérapies sensorielles en lien avec l'oralité alimentaire*. Université de Lille.
- Dunn, W. (2010). *Profil Sensoriel. Evaluer l'impact des troubles sensoriels de l'enfant sur sa vie quotidienne*. ECPA.
- Feillet, F., Bocquet, A., Chouraqui, J.-P., Darmaun, D., Frelut, M.-L., Girardet, J.-P., Guimber, D., Hankard, R., Lapillonne, A., Peretti, N., Rozé, J.-C., Simeoni, U., Turck, D., & Dupont, C. (2020). Risques nutritionnels des troubles d'alimentation sélective et/ou d'évitement (ARFID). *Perfectionnement En Pédiatrie*, 3, 40-45.
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête : Entretien et questionnaire. 3ème édition*. Dunod.
- Gallé-Tessonneau, M., Grondin, O., Koleck, M., & Doron, J. (2018). *Considérations méthodologiques pour la construction de questionnaires : L'exemple de la School REfusal EvaluatioN (SCREEN)*. 178, 863-869.
- Gelas, F., & Monier-Guillaumin, H. (2016). *Création d'un outil de dépistage des troubles de l'oralité alimentaire. Grille parentale exploratrice pour des enfants âgés de 24 à 36 mois*. Université de Lyon.
- Geray, E. (2019). *Interrelation orthophoniste et chirurgien-dentiste dans la prise en soin des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire sans pathologie associée : Création d'un outil permettant une meilleure collaboration* [Université de Lille].
- 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 and Nutrition*, 68(1), 124-129.
- Grevesse, P., & Hermans, D. (2017). Evaluation de la sensorialité orale et des conduites alimentaires du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 271, 125-149.
- Grueau, P. (2020). *Production d'un outil de dépistage des troubles de l'oralité alimentaire : QUINOVA (Questionnaire d'investigation de l'oralité alimentaire). Evaluation et révision du questionnaire de Barral (2018)*. Université de Limoges.
- Guillermé, C. J. (2014). L'oralité troublée : Regard orthophonique. *Spirale*, N° 72(4), 25-38.
- Guillon-Invernizzi, F., Lecoufle, A., & Lesecq-Lambre, E. (2020). Démarche diagnostique orthophonique des troubles alimentaires pédiatriques. *Rééducation orthophonique*, 281, 33-41.
- Hugonot-Diener, L. (2010). Présentation du MNA ou MINI nutritional assessment. Un outil de dépistage et de suivi de la dénutrition. *Gerontologie et société*, 33134(3), 133-141.
- Kerzner, B., Milano, K., MacLean, W., Berall, G., Stuart, S., & Chatoor, I. (2015). A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics*, 135.

- Le Heuzey, M.-F. (2006). La prévention des troubles du comportement alimentaire du jeune enfant est-elle possible ? *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 19(7), 261-264.
- Le Heuzey, M.-F. (2011a). Le nourrisson qui ne mange pas : Quand recourir au pédopsychiatre ? *Archives de Pédiatrie*, 18, 917-920.
- Le Heuzey, M.-F. (2011b). Troubles du comportement alimentaire du jeune enfant : 0-6 ans. In *Troubles du comportement alimentaire de l'enfant. Du nourrisson au pré-adolescent* (Elsevier Masson, p. 31-36).
- Leblanc, A. (2018). Le carnet de santé de l'enfant : Quelles missions ? *Enfances Psy*, 77(1), 49-58.
- Leblanc, V., Bellaïche, M., Cohou, S., & Gouineau, M. (2015). *Troubles de l'oralité alimentaire : Tous les sens à l'appel*. Table ronde du Comité National de l'Enfance - Troubles de l'oralité chez l'enfant avant 2 ans.
- Leblanc, V., & Ruffier-Bourdet, M. (2009). Trouble de l'oralité : Tous les sens à l'appel. *Spirale*, n° 51(3), 47-54.
- Lecoufle, A. (2020). Le bilan orthophonique des fonctions alimentaires du nourrisson (0-6 mois). *Rééducation orthophonique*, 281, 7-32.
- Lecoufle, A., & Leseq-Lambre, E. (2021). Troubles alimentaires du nourrisson et du jeune enfant : Évaluation et axes de prises en soins en orthophonie. In *Troubles oro-myo-fonctionnels chez l'enfant et l'adulte* (DeBoeck Supérieur).
- Leseq-Lambre, E. (2019). Sensibilisation des professionnels de santé aux troubles de l'oralité. *Rééducation orthophonique*, 277, 105-119.
- Levasseur, E. (2017). Prise en charge précoce des difficultés alimentaires chez l'enfant dit « tout-venant » ou « vulnérable ». *Rééducation orthophonique*, 271, 151-169.
- 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.
- Matausch, C. (2004). Psychomotricité et oralité : Une approche spécifique en réanimation néonatale. *Rééducation orthophonique*, 220, 103-112.
- Menier, I., & Berthaud, C. (2015). Prévention et prise en charge kinésithérapique des troubles de l'oralité du nourrisson en réanimation pédiatrique : Une étape avant la pratique en ville. *Kinésither Scient*, 566, 35-43.
- Ministère de la santé et des solidarités. (2006). *Les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé de l'enfant. Guide à l'usage des professionnels de santé*.
- 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, (2017). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035880652/>
- Mucchielli, R. (1993). *Le questionnaire dans l'enquête psychosociale* (10ème édition). ESF.
- Pelaccia, T. (2019). *Comment réussir son mémoire ?* De Boeck Supérieur.
- Pretet, M. (2020). *Approche psychomotrice pour panser les troubles de l'oralité chez l'enfant*. Université de Bordeaux.

- Ramsay, M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. *Devenir*, Vol. 13(2), 11-28.
- Rigal, N. (2004). La consommation répétée permet-elle de dépasser la néophobie alimentaire ? Application chez des enfants français soumis à des produits salés. *European Review of Applied Psychology*, 55, 43-50.
- Senez, C. (2004). Hyper nauséeux et troubles de l'oralité chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 91-101.
- Senez, C. (2020). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (3ème édition). Deboeck supérieur.
- Thibault, C. (2015). L'oralité positive. *Dialogue*, n° 209(3), 35-48.
- Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant* (2ème édition). Elsevier Masson.
- Vidal, A. (2015). Prévention et lutte contre les troubles de l'oralité chez le petit enfant trachéotomisé sous nutrition entérale. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(164), 70-75.
- Zimmerman, J., & Fisher, M. (2017). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47, 95-103.

Sitographie

Evaluation of ORALQUEST. (2019, octobre 21). Consulté le 28 novembre 2020, à l'adresse <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04133038>

Institut Benjamin Delessert. (s. d.). *Étude ORALQUEST : Construction, standardisation et validation d'un hétéro-questionnaire destiné à l'évaluation des troubles du comportement alimentaire du jeune enfant de 3 mois à 6 ans.* Institut Benjamin Delessert. Consulté 28 novembre 2020, à l'adresse <https://www.institut-benjamin-delessert.net/laureats/etude-oralquest-construction-standardisation-et-validation-dun-hetero-questionnaire-destine-a-levaluation-des-troubles-du-comportement-alimentaire-du-jeune-enfant-de-3-mois-a-6-ans/>

Annexes

Annexe I. Questionnaire QUINOA, version consensuelle élaborée par Grueau (2020)	72
Annexe II. Affiche de présentation de l'objet et du déroulement de la recherche, transmise aux professionnels sollicités.....	76
Annexe III. Mails envoyés aux participants	77
Annexe III.I. Premier mail : juillet 2021	77
Annexe III.II. Première relance : septembre 2021	78
Annexe III.III. Seconde relance : novembre 2021	79
Annexe III.IV. Relance des professionnels ayant accepté de participer mais n'ayant pas encore répondu aux questionnaires	79
Annexe IV. Questionnaire de pré-test	80
Annexe V. Nouvelle version du questionnaire QUIONA, après modifications.....	85

QUINOA (QUestionnaire d'INvestigation de l'Oralité Alimentaire)

Partie réservée au médecin

Date de naissance de l'enfant :

Poids :

Taille (en cm) :

Lèvres/langue/joues/mâchoire de l'enfant sont-elles toniques ?

- Pas ou peu toniques : bavage Tonus normal Hypertoniques : tête projetée en haut et mâchoire exagérément ouverte Ne sait pas

Habiletés oro-motrices

L'enfant a-t-il (ou a-t-il eu) :

Plusieurs réponses possibles.

- Des difficultés à téter Des difficultés à mâcher Aucune de ces difficultés

L'enfant a-t-il (ou a-t-il eu) besoin d'interrompre la prise alimentaire parce qu'il a (ou avait) l'air fatigué ou en difficulté ?

- A chaque repas 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Ne sait pas

L'enfant accumule-t-il de la nourriture dans ses joues et/ou la recrache après l'avoir stockée ?

- A chaque repas 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Jamais

En général, le repas de l'enfant dure en moyenne :

- Moins de 15 minutes Entre 15 et 30 minutes Entre 30 et 45 minutes Entre 45 minutes et une heure Plus d'une heure

Sensorialité

Estimez-vous que votre enfant est plus "casse-cou" que les autres enfants de son âge ?

Par exemple : marche sur les jouets sans s'en rendre compte, aime se balancer, aime les jeux qui tournent comme les manèges, ne tient pas en place sur sa chaise, grimpe partout ... comportements pouvant aller jusqu'à une prise de risques, une mise en danger

- Beaucoup plus "casse-cou" Un peu plus "casse-cou" Pareil que les autres enfants Plus prudent Ne sait pas

A quelle fréquence l'enfant :

- refuse qu'on lui touche le visage ou le corps (caresses, bain, câlins)

ou

- refuse le contact des mains, des pieds ou du corps avec certaines matières (aliments, textiles, herbe, sable, pâte à modeler...)

- Jamais Rarement Parfois, dans certaines situations Assez souvent Très souvent

L'enfant porte-t-il (ou a-t-il porté) les objets ou ses doigts à la bouche en dehors des périodes de poussées dentaires ?

- Exceptionnellement : l'enfant met (ou a mis) rarement en bouche Parfois : pour s'endormir ou se rassurer Souvent Très fréquemment et tout type d'objets

Lors du repas ou de l'approche d'un objet ou aliment (en dehors des aliments favoris ou acceptés depuis toujours) de la bouche, à quelle fréquence l'enfant manifeste-t-il l'un ou plusieurs de ces comportements ?

Par exemple : Grimaces de dégoût, réflexes nauséux importants voire vomissements, frissons, réactions de retrait, pleurs, agitation, recrachement de la nourriture.

- Systématiquement 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Jamais

A quelle fréquence l'enfant a-t-il des haut-le-cœur lors de l'introduction d'un aliment (en dehors des aliments favoris ou acceptés depuis toujours) ou d'un objet en particulier dans sa bouche ?

- Systématiquement 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Jamais

L'alimentation de l'enfant

Diriez-vous que l'introduction de nouvelles textures (passage aux purées ou passage aux morceaux) a été :

- Facile Ni facile ni difficile Assez difficile Très difficile Impossible

L'enfant refuse-t-il de goûter des aliments nouveaux, choisit les aliments qu'il peut manger et trie son assiette ?

Par exemple : selon leur texture (purée, morceaux...) / leur couleur / leur odeur / leur forme / leur température (froid, tiède, chaud) / leur marque / leur emballage / la personne qui a cuisiné...

- Jamais Rarement Parfois Assez souvent Très souvent

L'enfant a-t-il une préférence pour les aliments au goût prononcé ? (Par exemple : cornichons, moutarde ...)

ou

L'enfant prend-il une grande quantité d'aliments en bouche ?

- Jamais Rarement Parfois Assez souvent Très souvent

Le comportement de l'enfant et de sa famille lors des repas

L'enfant manifeste-t-il sa faim ?

- Jamais Rarement Parfois Assez souvent Très souvent

L'enfant redoute-t-il les moments de repas, le passage à table se fait-il difficilement ?

- A chaque repas 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Jamais

L'enfant a-t-il des attitudes de défense, d'évitement envers les aliments (en dehors des aliments favoris ou acceptés depuis toujours) ?

Par exemple : ferme les lèvres pour ne pas laisser entrer la cuillère, détourne la tête et/ou le corps, se protège le visage avec la main, repousse la cuillère, refuse de manger, transpire, s'agite.

- A chaque repas 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Jamais
-

L'enfant réagit-il différemment (refus de manger...) selon la personne avec qui il mange ?

- Jamais Rarement Parfois Assez souvent Très souvent
-

L'enfant a-t-il peur d'avaler et/ou de s'étouffer ?

- A chaque repas Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Jamais Ne sait pas
-

Les repas sont-ils difficiles, sources de conflits et d'anxiété pour vous et votre enfant ?

- Jamais Rarement Parfois Assez souvent Très souvent
-

Utilisez-vous des stratégies dans le but que votre enfant mange ?

Par exemple : utiliser la ruse, lui faire du chantage, le distraire (télévision, jouets...), le forcer à goûter, le cajoler, modifier son menu...

- A chaque repas 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Jamais
-

Etat de santé

L'enfant fait-il des fausses-routes (la nourriture passe de travers) ?

Par exemple : il tousse, semble s'étouffer.

- A chaque repas 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Jamais
-

Enrichissez-vous l'alimentation de votre enfant parce que vous avez l'impression qu'il ne mange pas assez ?

Par exemple : Ajouter des matières grasses, du sucre... ou des compléments alimentaires.

- A chaque repas 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Jamais
-

Annexe II. Affiche de présentation de l'objet et du déroulement de la recherche, transmise aux professionnels sollicités

Hélène Demonteil
Etudiante en 5ème année d'orthophonie,
à l'ILFOMER (Limoges)
helene.demonteil@etu.unilim.fr
06.38.79.08.87

Mémoire dirigé par
Madame Elyse Raynaud-Bellanger
Orthophoniste
Directrice des études niveau master
à l'ILFOMER

Participation à la phase de pré-test du questionnaire de dépistage des troubles de l'oralité alimentaire

"QUINOA"



Les **troubles de l'oralité alimentaire** (TOA) peuvent se définir par des difficultés, voire une incapacité, à s'alimenter par la bouche.

Ces troubles, du fait de leurs multiples manifestations, ont de **nombreuses répercussions** : ils affectent le développement physique de l'enfant, son état de santé mais ils ont aussi un impact important sur les sphères familiales et sociales. Ils peuvent également être à l'origine de troubles du langage oral.

Une **prise en charge précoce** est donc nécessaire afin de limiter l'impact des troubles et leur chronicisation. Mais cette prise en soins n'est possible que si les troubles sont dépistés.

A ce jour, **il n'existe pas d'outil** permettant le **dépistage** des TOA chez les enfants tout-venant de plus de 36 mois, en médecine de ville.

Un projet de **création d'un outil de dépistage des TOA** a été initié par 3 étudiantes en orthophonie, dans le cadre de mémoires soutenus à l'ILFOMER (*Louise Barral en 2018, Léa Bardousse en 2019 et Pauline Grueau en 2020*). Maintenant, il est nécessaire de soumettre le questionnaire à un **pré-test**. Ce pré-test peut se définir comme une « mise à l'épreuve » du questionnaire, il doit permettre de mettre en évidence d'éventuelles limites persistantes et d'obtenir un outil pertinent, avec de bonnes qualités métrologiques.

Nous souhaitons donc savoir si le questionnaire de Pauline Grueau, dans sa forme actuelle, **convient et est adapté** à tous les professionnels qui seront susceptibles de l'utiliser lors de la rencontre avec un enfant pouvant présenter un TOA (cf liste ci-dessous).

Nous recherchons notamment :

- médecins généralistes, pédiatres, neuropédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires
 - dentistes, orthodontistes
 - diététiciens
 - kinésithérapeutes
 - ergothérapeutes
 - psychomotriciens
 - orthophonistes
 - psychologues
 - psychiatres, pédopsychiatres
 - gastro-pédiatres, gastroentérologues
 - oto-rhino-laryngologues
- ET tout autre professionnel de santé intéressé par ce projet

Si vous acceptez de participer à ce projet, il vous sera demandé d'**administrer le questionnaire QUINOA** au(x) parents(s) d'**au moins un patient (âgé de 1 à 6 ans)**, susceptible ou non de présenter des troubles de l'oralité alimentaire.

Vous devrez ensuite répondre à un court questionnaire de pré-test portant sur l'outil en tant que tel (longueur, clarté des termes utilisés ...).

*Nous vous remercions pour l'attention portée à notre projet
et restons disponibles pour toute interrogation.*

En espérant pouvoir lire vos retours.



Annexe III. Mails envoyés aux participants

Annexe III.I. Premier mail : juillet 2021

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante en 5^{ème} année d'orthophonie à Limoges, je vous sollicite dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études. Celui-ci a pour objet le dépistage des troubles de l'oralité alimentaire (pré-test d'un questionnaire). Vous trouverez en pièce jointe une présentation de mon projet.

Si vous acceptez de participer à cette recherche, il vous sera demandé d'administrer le questionnaire QUINOA (Questionnaire d'investigation de l'oralité alimentaire) au(x) parents(s) d'au moins un patient (âgé de 1 à 6 ans) (*l'administration à un seul patient peut suffire*), susceptible ou non de présenter des troubles de l'oralité alimentaire. Vous devrez ensuite répondre à un court questionnaire de pré-test portant sur l'outil en tant que tel (longueur, clarté des termes utilisés ...).

Votre participation nous permettra d'obtenir un retour après utilisation, en situation de consultation, du questionnaire QUINOA et ainsi de savoir s'il convient et est adapté aux professionnels de santé susceptibles de l'utiliser.

Lors de la passation du questionnaire QUINOA, nous vous conseillons de noter vos éventuelles remarques au fur et à mesure. Il vous sera également demandé de préciser le nombre de patients auxquels vous aurez fait passer QUINOA.

Certains d'entre vous ont peut-être déjà participé au consensus d'experts mené par Pauline Grueau, il s'agit de la poursuite de son travail afin, à terme, de produire l'outil.

Ces deux questionnaires sont informatisés et disponibles via les liens suivants :

- Questionnaire QUINOA : <https://sphinx.unilim.fr/v4/s/brhkm8>
- Questionnaire de pré-test : <https://sphinx.unilim.fr/v4/s/paoxny>

Mais, si vous le souhaitez, il est tout à fait possible de vous les transmettre par voie postale (avec une enveloppe timbrée pour le retour) ou en format PDF.

Les questionnaires sont anonymes.

Merci de nous confirmer votre participation par retour de mail. Vous avez la possibilité de remplir ces questionnaires jusqu'à la fin du mois de janvier 2022.

Si vous connaissez d'autres professionnels de santé susceptibles d'être intéressés par ce projet, n'hésitez pas à leur transférer ce mail.

Je reste disponible pour toute question.

En espérant pouvoir lire vos retours,

Bien cordialement,

Hélène Demonteil

Annexe III.II. Première relance : septembre 2021

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante en 5^{ème} année d'orthophonie à Limoges, je vous sollicite dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études. Celui-ci a pour objet le **dépistage des troubles de l'oralité alimentaire** (pré-test d'un questionnaire). Vous trouverez en pièce jointe une présentation de mon projet.

Vous avez déjà reçu une sollicitation de ma part au mois de juillet mais je me permets de vous recontacter car votre aide me serait très précieuse.

Si vous acceptez de participer à cette recherche, il vous sera demandé **d'administrer le questionnaire QUINOA** (Questionnaire d'investigation de l'oralité alimentaire) au(x) parents(s) d'au moins un patient (âgé de 1 à 6 ans) (*l'administration à un seul patient peut suffire*), susceptible ou non de présenter des troubles de l'oralité alimentaire. Vous devrez ensuite **répondre à un court questionnaire de pré-test** portant sur l'outil en tant que tel (longueur, clarté des termes utilisés ...).

Vos réponses seront étudiées et nous permettront d'obtenir un retour après utilisation, en situation de consultation, du questionnaire QUINOA et ainsi de savoir s'il convient et est adapté aux professionnels de santé susceptibles de l'utiliser.

Lors de la passation du questionnaire QUINOA, nous vous conseillons de noter vos éventuelles remarques au fur et à mesure. Il vous sera également demandé de préciser le nombre de patients auxquels vous aurez fait passer QUINOA.

Ces deux questionnaires sont informatisés et disponibles via les liens suivants :

- **Questionnaire QUINOA** : <https://sphinx.unilim.fr/v4/s/brhkm8>
- **Questionnaire de pré-test** : <https://sphinx.unilim.fr/v4/s/paoxny>

Mais, si vous le souhaitez, il est tout à fait possible de vous les transmettre par voie postale (avec une enveloppe timbrée pour le retour) ou en format PDF.

Les questionnaires sont anonymes.

Merci de nous **confirmer votre participation** par retour de mail. Vous avez la possibilité de remplir ces questionnaires jusqu'à la fin du mois de janvier 2022.

Si vous connaissez d'autres professionnels de santé susceptibles d'être intéressés par ce projet, n'hésitez pas à leur transférer ce mail.

Je reste disponible pour toute question.

En espérant pouvoir lire vos retours,

Bien cordialement,

Hélène Demonteil

Annexe III.III. Seconde relance : novembre 2021

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante en 5^{ème} année d'orthophonie à Limoges, je vous sollicite dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études. Celui-ci a pour objet le **dépistage des troubles de l'oralité alimentaire** (pré-test d'un questionnaire).

Vous avez déjà reçu une sollicitation de ma part mais je me permets de vous recontacter car votre aide me serait très précieuse. L'objectif étant d'obtenir un maximum de réponses de la part des professionnels susceptibles de rencontrer ces troubles afin d'adapter au mieux l'outil à leur pratique et de pouvoir par la suite le valider.

Si vous acceptez de m'aider dans mon projet, vous devrez tester un questionnaire de dépistage (QUINOA) auprès des parents d'un ou plusieurs patient(s) (âgé(s) de 1 à 6 ans) puis répondre à un court questionnaire afin d'émettre un retour après utilisation.

Les patients ne doivent pas nécessairement présenter de troubles de l'oralité alimentaire.

- **Questionnaire QUINOA** : <https://sphinx.unilim.fr/v4/s/brhkm8>
- **Questionnaire de pré-test** : <https://sphinx.unilim.fr/v4/s/paoxny>

Je vous joins une affiche présentant mon projet de manière un peu plus détaillée.

Je reste disponible pour toute information complémentaire.

En espérant pouvoir lire vos retours.

Bien cordialement,

Hélène Demonteil

Annexe III.IV. Relance des professionnels ayant accepté de participer mais n'ayant pas encore répondu aux questionnaires

Madame, Monsieur,

Je vous ai contacté il y a quelques temps dans le cadre de mon mémoire de fin d'études auquel vous avez accepté de participer. Pour rappel il s'agit du pré-test d'un questionnaire de dépistage des troubles de l'oralité alimentaire (QUINOA).

Avez-vous pu faire passer ce questionnaire de dépistage et remplir le questionnaire de pré-test ?

Je vous remets les liens vers les questionnaires si besoin :

- **Questionnaire QUINOA** : <https://sphinx.unilim.fr/v4/s/brhkm8>
- **Questionnaire de pré-test** : <https://sphinx.unilim.fr/v4/s/paoxny>

Dans l'attente de votre réponse,

Bien cordialement,

Hélène Demonteil

Etudiante en 5^{ème} année d'orthophonie à Limoges

Annexe IV. Questionnaire de pré-test

Consignes

Bonjour, vous avez accepté de participer à la phase de pré-test du questionnaire de dépistage QUINOA. Vous trouverez donc ci-dessous un questionnaire de pré-test à remplir après utilisation du QUINOA. Vous devrez administrer QUINOA, au minimum, au(x) parents(s) d'**un** patient (âgé de 1 à 6 ans). Vous pourrez sélectionner des enfants susceptibles **ou non** de présenter des troubles de l'oralité alimentaire.

Nous vous conseillons de noter vos éventuelles remarques au fur et à mesure de son administration.

Il vous sera également demandé de préciser le nombre de patients auxquels vous aurez fait passer QUINOA.

Le professionnel de santé

1) Quelle est votre profession ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Pédiatre |
| <input type="checkbox"/> Neuropédiatre | <input type="checkbox"/> Médecin de PMI |
| <input type="checkbox"/> Médecin scolaire | <input type="checkbox"/> Dentiste |
| <input type="checkbox"/> Orthodontiste | <input type="checkbox"/> Diététicien |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Psychomotricien | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Psychiatre |
| <input type="checkbox"/> Pédopsychiatre | <input type="checkbox"/> Gastro-pédiatre |
| <input type="checkbox"/> Gastroentérologue | <input type="checkbox"/> Oto-rhino-laryngologue |
| <input type="checkbox"/> Autre | |
-

2) A combien de patients avez-vous proposé le questionnaire QUINOA ?

- 1
 2 ou plus

2 ou plus :

Le patient

3) *Quel était l'âge de l'enfant dépisté ?*

4) *Un diagnostic de trouble de l'oralité alimentaire était-il déjà posé pour cet enfant ?*

- Oui
 - Non
 - Ne sais pas
-

5) *Aviez-vous déjà reçu ce patient en consultation ?*

- Oui
 - Non
-

6) *La coopération des parents a-t-elle été facile à obtenir lors de l'administration du questionnaire ?*

- Oui
 - Non
-

Qu'avez-vous alors observé ?

- Les parents ont paru gênés
 - Il a été difficile d'obtenir des précisions
 - Il a été difficile d'obtenir des réponses claires
 - Les parents n'ont pas souhaité répondre
 - Autre
-

Les patients

3) Quels étaient les âges des enfants dépistés ?

4) Un diagnostic de trouble de l'oralité alimentaire était-il déjà posé pour ces enfants ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Si oui, pour combien d'entre eux ?

5) Combien de ces patients avez-vous déjà reçus en consultation ?

6) La coopération des parents a-t-elle été facile à obtenir lors de l'administration du questionnaire ?

- Oui toujours
- Pas avec tous les parents
- Jamais

Qu'avez-vous alors observé ?

- Les parents ont paru gênés
- Il a été difficile d'obtenir des précisions
- Il a été difficile d'obtenir des réponses claires
- Les parents n'ont pas souhaité répondre
- Autre

Autre :

Le questionnaire QUINOA

7) Qu'avez-vous pensé du questionnaire QUINOA ?

8) Que pensez-vous de la longueur du questionnaire ?

- Très long
- Long
- Correct
- Court

9) L'ordre des questions vous paraît-il pertinent ?

- Oui
- Non

Si non, préciser :

10) Tous les termes ont-ils été compris par les patients ?

- Oui
- Non

Si non, de quels termes s'agit-il ?

11) La modalité de réponse est-elle adaptée ? (par exemple échelle jamais/rarement/parfois ...)

- Oui
 Non

Si non, préciser (possibilité d'émettre des suggestions) :

Pour finir ...

Avez-vous d'autres remarques ?

Si vous souhaitez rester informé des résultats de cette étude, veuillez renseigner votre nom ainsi que votre adresse mail :

QUINOA (QUestionnaire d'INvestigation de l'Oralité Alimentaire)

Partie réservée au médecin

Date de naissance de l'enfant :



Poids :



Taille (en cm) :



Lèvres/langue/joues/mâchoire de l'enfant sont-elles toniques ?

- Pas ou peu toniques : bavage Tonus normal Hypertoniques : tête projetée en haut et mâchoire exagérément ouverte Ne sait pas
-

Habiletés oro-motrices

L'enfant a-t-il (ou a-t-il eu) :

Plusieurs réponses possibles.

- Des difficultés à téter Des difficultés à mâcher Aucune de ces difficultés
-

L'enfant a-t-il (ou a-t-il eu) besoin d'interrompre la prise alimentaire parce qu'il a (ou avait) l'air fatigué ou en difficulté ?

- A chaque repas 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Ne sait pas
-

L'enfant accumule-t-il de la nourriture dans ses joues et/ou la recrache après l'avoir stockée ?

- A chaque repas 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Jamais
-

En général, le repas de l'enfant dure en moyenne :

- Moins de 15 minutes Entre 15 et 30 minutes Entre 30 et 45 minutes Entre 45 minutes et une heure Plus d'une heure
-

Sensorialité

Estimez-vous que votre enfant est plus "casse-cou" que les autres enfants de son âge ?

Par exemple : marche sur les jouets sans s'en rendre compte, aime se balancer, aime les jeux qui tournent comme les manèges, ne tient pas en place sur sa chaise, grimpe partout ... comportements pouvant aller jusqu'à une prise de risques, une mise en danger

- Beaucoup plus "casse-cou" Un peu plus "casse-cou" Pareil que les autres enfants Plus prudent Ne sait pas
-

A quelle fréquence l'enfant :

- refuse qu'on lui touche le visage ou le corps (caresses, bain, câlins)

ou

- refuse le contact des mains, des pieds ou du corps avec certaines matières (aliments, textiles, herbe, sable, pâte à modeler...)

- Jamais Rarement Parfois, dans certaines situations Assez souvent Très souvent
-

L'enfant porte-t-il (ou a-t-il porté) les objets ou ses doigts à la bouche en dehors des périodes de poussées dentaires ?

- Exceptionnellement : l'enfant met (ou a mis) rarement en bouche Parfois : pour s'endormir ou se rassurer Souvent Très fréquemment et tout type d'objets
-

Lors du repas ou de l'approche d'un objet ou aliment (en dehors des aliments favoris ou acceptés depuis toujours) de la bouche, à quelle fréquence l'enfant manifeste-t-il l'un ou plusieurs de ces comportements ?

Par exemple : Grimaces de dégoût, réflexes nauséux importants voire vomissements, frissons, réactions de retrait, pleurs, agitation, recrachement de la nourriture.

- Systématiquement 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Jamais
-

A quelle fréquence l'enfant a-t-il des haut-le-cœur lors de l'introduction d'un aliment (en dehors des aliments favoris ou acceptés depuis toujours) ou d'un objet en particulier dans sa bouche ?

- Systématiquement 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Jamais
-

L'alimentation de l'enfant

Diriez-vous que l'introduction de nouvelles textures (passage aux purées ou passage aux morceaux) a été :

- Facile Ni facile ni difficile Assez difficile Très difficile Impossible
-

L'enfant refuse-t-il de goûter des aliments nouveaux, choisit les aliments qu'il peut manger et trie son assiette ?

Par exemple : selon leur texture (purée, morceaux...) / leur couleur / leur odeur / leur forme / leur température (froid, tiède, chaud) / leur marque / leur emballage / la personne qui a cuisiné...

- Jamais Rarement Parfois Assez souvent Très souvent
-

L'enfant a-t-il une préférence pour les aliments au goût prononcé ? (Par exemple : cornichons, moutarde ...)

ou

L'enfant prend-il une grande quantité d'aliments en bouche ?

- Jamais Rarement Parfois Assez souvent Très souvent
-

Le comportement de l'enfant et de sa famille lors des repas

L'enfant manifeste-t-il sa faim ?

- Jamais Rarement Parfois Assez souvent Très souvent
-

L'enfant redoute-t-il les moments de repas, le passage à table se fait-il difficilement ?

- A chaque repas 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Jamais
-

L'enfant a-t-il des attitudes de défense, d'évitement envers les aliments (en dehors des aliments favoris ou acceptés depuis toujours) ?

Par exemple : ferme les lèvres pour ne pas laisser entrer la cuillère, détourne la tête et/ou le corps, se protège le visage avec la main, repousse la cuillère, refuse de manger, transpire, s'agite.

- A chaque repas 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Jamais
-

L'enfant réagit-il différemment (refus de manger...) selon la personne avec qui il mange ?

- Jamais Rarement Parfois Assez souvent Très souvent
-

L'enfant a-t-il peur d'avaler et/ou de s'étouffer ?

- A chaque repas Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Jamais Ne sait pas
-

Les repas sont-ils difficiles, sources de conflits et d'anxiété pour vous et votre enfant ?

- Jamais Rarement Parfois Assez souvent Très souvent
-

Utilisez-vous des stratégies dans le but que votre enfant mange ?

Par exemple : utiliser la ruse, lui faire du chantage, le distraire (télévision, jouets...), le forcer à goûter, le cajoler, modifier son menu...

- A chaque repas 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Jamais
-

Etat de santé

L'enfant fait-il des fausses-routes (la nourriture passe de travers) ?

Par exemple : il tousse, semble s'étouffer.

- A chaque repas 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Jamais
-

Enrichissez-vous l'alimentation de votre enfant parce que vous avez l'impression qu'il ne mange pas assez ?

Par exemple : Ajouter des matières grasses, du sucre... ou des compléments alimentaires.

- A chaque repas 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Moins d'une fois par semaine Jamais

[Poursuite de la création d'un outil de dépistage des troubles alimentaires pédiatriques : pré-test de la version consensuelle du QUINOA élaborée par Grueau (2020)]

[Les troubles alimentaires pédiatriques (TAP) ont de nombreuses répercussions. Une prise en charge précoce est nécessaire, afin de limiter leur impact et leur chronicisation. Actuellement, peu d'outils permettent le dépistage de ces troubles chez les jeunes enfants. C'est un manque à combler. Le pré-test du questionnaire QUINOA, élaboré par Grueau (2020), permettrait d'y remédier en rendant possibles un meilleur repérage des TAP et une meilleure orientation des patients, par tous les professionnels de santé susceptibles de rencontrer ces troubles. Cette étape a été réalisée grâce à l'analyse des réponses de 18 professionnels de santé à un questionnaire de pré-test. Les professionnels avaient, au préalable, administré le questionnaire QUINOA à au moins un patient, âgé entre 1 et 6 ans. Ainsi, notre travail a permis de tester cet outil de dépistage en situation de consultation et de valider la phase de pré-test. Il a aussi permis d'identifier des limites et par conséquent les modifications devant être apportées au questionnaire QUINOA. Notre travail devra être poursuivi afin d'effectuer un nouveau pré-test de la version modifiée du QUINOA et de procéder à la validation de cet outil.]

Mots-clés : [troubles alimentaires pédiatriques, dépistage, questionnaire, pré-test, professionnels de santé]

[Continuing with the creation of a pediatric feeding disorders' screening tool : pretest of QUINOA's consensual version developed by Grueau (2020)]

[Pediatric feeding disorders (PFD) have many consequences. Detection and early management is necessary to avoid the consequences of chronic conditions. To this day, few tools allow to detect pediatric feeding disorders among young children. This is a gap which needs to be filled. The pretest of the QUINOA questionnaire could enable a better screening of PFD and a better orientation of patients, by all the professionals who are likely to face these troubles. This stage have been realized due to the analysis of the pretest questionnaire answers of 18 health professionals. The professionals had previously administered the QUINOA to at least one patient, between 1 and 6 years old. As a result, our study allowed the validation of the pretest stage, thanks to a real test of the tool during consultations. Limits have also been identified and, therefore, the necessary adjustments of the QUINOA questionnaire. Our work must be continued in order to make a new pretest of the modified version of QUINOA and proceed with the validation of the tool.]

Keywords : [pediatric feeding disorders, screening, questionnaire, pretest, health professionals]

