



**Université Paul Sabatier – Toulouse III  
Faculté de médecine de Toulouse Rangueil  
Enseignement des techniques de réadaptation**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité  
d'Orthophoniste

**Pratiques actuelles d'adaptations de plats dans la restauration  
commerciale : état des lieux.  
Julie Garcès**

Sous la direction de  
**Anaïs Galtier - Orthophoniste**  
Unité de la voix et de la déglutition - Hôpital Larrey CHU de Toulouse  
Centre de réhabilitation des Laryngectomisés (CRIL) – Hôpital Larrey CHU de Toulouse  
et  
**Virginie Woisard - Praticien Hospitalier**  
Unité de la voix et de la Déglutition - Hôpital Larrey CHU de Toulouse  
Unité d'oncoréhabilitation, Institut universitaire du cancer (IUCT) de Toulouse

Membres du jury : M. Balaguer et Mme Martineau

**Juin 2022**

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes ayant contribué à l'aboutissement de ce mémoire.

Mme Anaïs Galtier pour avoir accepté l'encadrement de ce travail et pour l'enseignement précieux que tu m'as apporté en stage. Merci pour ta confiance et ta bonne humeur communicative.

Mme Virginie Woisard pour le temps que vous avez dédié à ce projet, vos précieux conseils (notamment d'un point de vue statistique) et de manière plus globale pour tout ce que vous m'aurez appris.

Les membres du jury pour leur lecture attentive.

Les professionnels qui ont accepté d'échanger avec moi en amont de la réalisation des questionnaires ; je remercie tout particulièrement M. Zancanaro pour ses conseils méthodologiques et M. Mondon pour le temps qu'il m'a consacré.

Les élèves, enseignants et restaurateurs ayant participé aux pré-tests : merci pour votre disponibilité et vos retours précieux.

Les participants à l'étude pour leurs réponses essentielles et sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

Mes maîtres de stage : vous avez su me faire découvrir les nombreuses et belles facettes de ce métier. Merci pour vos retours, vos conseils et l'envie que vous avez su transmettre.

L'équipe pédagogique du centre de formation de Toulouse pour l'accompagnement apporté tout au long du cursus.

La promotion 2017-2022 pour votre bonne humeur et les riches échanges durant ces cinq années : vous resterez un excellent souvenir de ma vie étudiante. Une mention toute spéciale aux copines de l'Oééo, et notamment à Lucie : c'était un plaisir de partager tous ces rebondissements avec toi !

Mes précieuses amies Lola, Sophie et Floriane, pour le piment que vous avez apporté à ce cursus. Ce n'est que le début de nos aventures internationales, préparez-vous !

Mes parents, mes grands-parents et mon frère Clément. Merci d'avoir su me soutenir sur tous les plans et d'avoir cru en moi : je vous dois la réussite de ce cursus. J'espère que vous serez fiers et je suis heureuse de vous dédier ce travail.

Enfin, Wil d'avoir été à mes côtés durant tout ce temps et de m'avoir encouragée. Je te promets d'arrêter de monologuer au sujet de ce mémoire (mais ne t'en fais pas, je trouverai bien un autre domaine sur lequel le faire !).

## TABLE DES MATIERES

<b>TABLE DES FIGURES</b> .....	<b>6</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX</b> .....	<b>7</b>
<b>TABLE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
<b>PARTIE THEORIQUE</b> .....	<b>10</b>
<b>1. LES TROUBLES DE LA DEGLUTITION</b> .....	<b>10</b>
1.1. GENERALITES .....	10
1.1.1. <i>La déglutition : définitions</i> .....	10
1.1.2. <i>Physiologie de la déglutition normale</i> .....	10
1.1.3. <i>La protection des voies aériennes</i> .....	11
1.2. DESCRIPTION DES TROUBLES DE LA DEGLUTITION .....	12
1.2.1. <i>Définitions et physiopathologie des troubles de la déglutition</i> .....	12
1.2.2. <i>Etiologies et prévalence</i> .....	13
1.3. LES ADAPTATIONS PROPOSEES AUX PATIENTS AVEC TROUBLES DE LA DEGLUTITION .....	13
1.3.1. <i>Les adaptations environnementales</i> .....	13
1.3.2. <i>Les adaptations comportementales</i> .....	15
<b>2. TROUBLES DE LA DEGLUTITION ET VIE SOCIALE</b> .....	<b>15</b>
2.1. LES CONSEQUENCES SOCIALES DES TROUBLES DE LA DEGLUTITION .....	15
2.1.1. <i>La notion de handicap</i> .....	15
2.1.2. <i>La qualité de vie et la qualité de vie relative à la santé</i> .....	17
2.1.3. <i>Impact des troubles de la déglutition sur la vie sociale, la perception de soi et la qualité de vie</i> .....	18
2.2. LE REPAS : UN RITUEL DE PARTAGE ET DE SOCIALISATION .....	19
2.2.1. <i>La sortie au restaurant en France</i> .....	20
2.2.2. <i>Quelle accessibilité des restaurants commerciaux pour les personnes dysphagiques ? Quelles adaptations possibles ?</i> .....	21
<b>PROBLEMATIQUE</b> .....	<b>22</b>
<b>METHODOLOGIE</b> .....	<b>23</b>
<b>3. POPULATIONS</b> .....	<b>23</b>
3.1. LES RESTAURATEURS COMMERCIAUX .....	23
3.2. LES ELEVES ET LES ENSEIGNANTS EN CUISINE .....	23
<b>4. MOYENS</b> .....	<b>23</b>
4.1. ENTRETIENS PRELIMINAIRES .....	24

4.2. PHASE DE PRE-TEST ET AJUSTEMENTS .....	24
4.3. CREATION ET DIFFUSION DES QUESTIONNAIRES.....	25
4.3.1. Plateforme choisie et recueil du consentement.....	25
4.3.2. Forme des questionnaires.....	26
4.3.3. Points de vigilance à propos de la formulation des questions .....	27
4.3.4. Méthode d'analyse des données .....	28
<b>RESULTATS .....</b>	<b>29</b>
<b>5. RECODAGE DES DONNEES ET TRAITEMENT STATISTIQUE .....</b>	<b>30</b>
<b>6. DESCRIPTION DES POPULATIONS .....</b>	<b>30</b>
6.1. PROFIL DES ETUDIANTS.....	30
6.2. PROFIL DES ENSEIGNANTS .....	31
6.3. PROFIL DES RESTAURATEURS.....	32
<b>7. RESULTATS SELON LES HYPOTHESES.....</b>	<b>34</b>
7.1. HYPOTHESE 1 : LES RESTAURATEURS COMMERCIAUX NE PROPOSENT PAS DE PLATS ADAPTES POUR LES PERSONNES DYSPHAGIQUES .....	34
7.1.1. <i>Sous-hypothèse 1 : Les restaurateurs commerciaux n'ont pas de connaissances spécifiques concernant les adaptations de plats pour les personnes présentant des troubles de la déglutition .....</i>	34
7.1.1.1. Etudiants.....	34
7.1.1.2. Enseignants.....	35
7.1.1.3. Restaurateurs .....	37
7.1.2. <i>Sous-hypothèse 2 : Les restaurateurs commerciaux ne sont pas sollicités par des personnes présentant des troubles de la déglutition pour des demandes d'adaptation de plats à la carte.....</i>	38
7.1.2.1. Etudiants.....	38
7.1.2.2. Enseignants.....	38
7.1.2.3. Restaurateurs .....	39
7.2. HYPOTHESE 2 : LES RESTAURATEURS COMMERCIAUX SONT INTERESSES POUR AMELIORER L'ACCES DES PERSONNES DYSPHAGIQUES A LEUR ETABLISSEMENT .....	41
7.2.1. Etudiants.....	41
7.2.2. Enseignants.....	43
7.2.3. Restaurateurs .....	43
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>49</b>
<b>8. DISCUSSION DES RESULTATS .....</b>	<b>49</b>
8.1. CONNAISSANCE D'UNE PERSONNE DYSPHAGIQUE, PRATIQUE DES ADAPTATIONS ET EXERCICE EN COLLECTIVITE .....	49
8.2. COURS DISPENSES SUR LES ADAPTATIONS.....	49
8.3. RECHERCHE D'INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.....	50

8.4. OBSTACLES RELEVES PAR LES RESTAURATEURS .....	50
8.4.1. Quels plats proposer aux personnes dysphagiques ? .....	50
8.4.2. Comment réaliser les adaptations ? .....	52
8.4.3. Comment intégrer ces enseignements dans la formation initiale des cuisiniers ? .....	52
<b>9. VALIDATION DES HYPOTHESES .....</b>	<b>53</b>
<b>10. APPORTS .....</b>	<b>54</b>
<b>11. LIMITES.....</b>	<b>54</b>
<b>12. PERSPECTIVES.....</b>	<b>55</b>
12.1. NECESSITE D'INTERROGER LES PATIENTS.....	55
12.2. FORME ET CONTENU D'UNE INTERVENTION .....	56
12.3. AUTRES OUTILS ENVISAGEABLES.....	57
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>58</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>60</b>
<b>TABLE DES ANNEXES .....</b>	<b>63</b>

## TABLE DES FIGURES

<b>FIGURE 1.</b> REPRESENTATION DE LA CLASSIFICATION IDDSI.....	14
<b>FIGURE 2.</b> REPRESENTATION DES INTERACTIONS DES COMPOSANTES DU HANDICAP PROPOSEE PAR LA CIF .....	17
<b>FIGURE 3.</b> FORMATIONS OBTENUS PAR LES ETUDIANTS AVANT LE BTS DANS LEQUEL ILS SONT INSCRITS .....	31
<b>FIGURE 4.</b> FORMATIONS AUXQUELLES LES ENSEIGNANTS PARTICIPENT.....	32
<b>FIGURE 5.</b> COMPARAISON DE LA DISTRIBUTION DES GENRES DANS L'ÉCHANTILLON DES RESTAURATEURS AUX VALEURS THEORIQUES DE LA POPULATION DE REFERENCE.....	32
<b>FIGURE 6.</b> REPRESENTATION DE L'ÂGE DES RESTAURATEURS .....	33
<b>FIGURE 7.</b> REPRESENTATION DU TYPE DE CUISINE PROPOSEE PAR LES RESTAURATEURS DE L'ÉCHANTILLON.....	34
<b>FIGURE 8.</b> CONNAISSANCE D'UNE PERSONNE DYSPHAGIQUE PARMIS LES RESTAURATEURS AYANT UNE EXPERIENCE EN RESTAURATION COLLECTIVE ET CEUX N'EN AYANT PAS .....	37
<b>FIGURE 9.</b> PRATIQUE DES ADAPTATIONS CHEZ LES RESTAURATEURS AYANT EXERCE EN COLLECTIVITE.....	40
<b>FIGURE 10.</b> PRATIQUE DES ADAPTATIONS CHEZ LES RESTAURATEURS AYANT EXERCE EN COLLECTIVITE .....	40
<b>FIGURE 11.</b> ADAPTATIONS DE TEXTURES EFFECTUEES DANS LES ETABLISSEMENTS DES RESTAURATEURS SUR LA SEMAINE PASSEE.....	41
<b>FIGURE 12.</b> ADAPTATIONS DES PLATS A D'AUTRES REGIMES ALIMENTAIRES EFFECTUEES DANS LES ETABLISSEMENTS DES RESTAURATEURS SUR LA SEMAINE PASSEE .....	41
<b>FIGURE 13.</b> REPRESENTATION DES RESTAURATEURS INTERESSES POUR AVOIR PLUS D'INFORMATIONS PARMIS LES RESTAURATEURS AYANT EXERCE EN COLLECTIVITE ET LES RESTAURATEURS N'Y AYANT PAS EXERCE.....	44
<b>FIGURE 14.</b> COMPARAISON DE L'ÂGE DES RESTAURATEURS SELON LA VOLONTE A INTEGRER DES INFORMATIONS A DESTINATION DES PERSONNES DYSPHAGIQUES DANS LEUR CARTE.....	45
<b>FIGURE 15.</b> REPRESENTATION DU TYPE DE CUISINE PROPOSEE DANS L'ÉTABLISSEMENT DES RESTAURATEURS VOLONTAIRES ET NON VOLONTAIRES POUR INTEGRER DES INFORMATIONS A LEUR CARTE .....	46
<b>FIGURE 16.</b> REPOSE APPOREE PAR LES RESTAURATEURS AYANT EXERCE EN COLLECTIVITE OU NON A UNE DEMANDE D'UN CLIENT PRESENTANT DES TROUBLES DE LA DEGLUTITION .....	47
<b>FIGURE 17.</b> REPOSE APPOREE PAR LES RESTAURATEURS A UNE DEMANDE D'UN CLIENT PRESENTANT DES TROUBLES DE LA DEGLUTITION, SELON LE TYPE DE CUISINE PROPOSEE DANS LEUR ETABLISSEMENT .....	48

## TABLE DES TABLEAUX

<b>TABLEAU 1.</b> CADRE DE LA RELATION DES ETUDIANTS AVEC UNE PERSONNE DYSPHAGIQUE.....	35
<b>TABLEAU 2.</b> CADRE DE LA RELATION DES ENSEIGNANTS AVEC UNE PERSONNE DYSPHAGIQUE .....	36
<b>TABLEAU 3.</b> NIVEAU D'INTERET DES RESTAURATEURS SELON LE TYPE DE CUISINE PROPOSEE DANS LEUR ETABLISSEMENT.....	44

## LISTE DES ABREVIATIONS

**APR** : Agent Polyvalent de Restauration

**BEP** : Brevet d'Etudes Professionnelles

**BTS** : Brevet de Technicien Supérieur

**STHR** : Sciences et Technologies de l'Hôtellerie et de la Restauration

**CAP** : Contrat d'Apprentissage Professionnel

**CAPET** : Certificat d'Aptitude au Professorat de l'Enseignement Technique

**CAPLP** : Concours d'Accès au corps des Professeurs de Lycée Professionnel

**CIF** : Classification Internationale du Fonctionnement

**CREDOC** : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

**CNIEL** : Centre national interprofessionnel de l'économie laitière

**DARES** : Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques

**EHPAD** : Etablissement Hospitalier pour Personnes Âgées Dépendantes

**IDDSI** : International Dysphagia Diet Standardisation Initiative

**INED** : Institut national d'études démographiques

**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques

**INSPE** : Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education

**MEEF** : Métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation

**OCHA** : Observatoire CNIEL des Habitudes Alimentaires

**ONISEP** : Office national d'information sur les enseignements et les professions

**RDTP** : Retard de déclenchement du temps pharyngé

**SLA** : Sclérose latérale amyotrophique

**SSO** : Sphincter supérieur de l'œsophage

**VADS** : Voies aéro-digestives supérieures



---

## Introduction

---

Les troubles de la déglutition touchent environ 8% de la population mondiale (Cichero et al., 2017). S'ils ont des répercussions sur l'état de santé des patients, que ce soit d'un point de vue nutritionnel ou respiratoire, ils altèrent aussi leur qualité de vie (Ekberg et al., 2002). Ces troubles modifient les habitudes alimentaires des patients, qui sont amenés à modifier leurs repas à domicile. Nous avons également fait le constat, en clinique, de la difficulté pour ces patients de reprendre une vie sociale satisfaisante : les sorties au restaurant en sont un exemple fréquent. Le repas, et plus largement le repas au restaurant, joue pourtant une place centrale en France : il s'agit d'un moment de partage, de convivialité et de célébration (Masson, 2013; Lahlou, 1998; Fischler, 1990). Les patients que nous rencontrons en orthophonie évoquent notamment leur difficulté à demander des adaptations de consistances et de textures à l'équipe du restaurant. Différentes stratégies peuvent être employées par les patients : très souvent, les sorties au restaurant sont évitées mais il arrive qu'ils choisissent de prévenir en amont l'établissement pour demander si des adaptations seront possibles, de demander au moment de la commande ou de choisir un plat à la carte correspondant aux textures et consistances recommandées.

Notre postulat de départ est que les restaurateurs commerciaux sont peu sensibilisés aux troubles de la déglutition. Les formations sont généralement plutôt adressées aux équipes travaillant en restauration collective. Pourtant, avec une information sur la nature de ces troubles et les types d'adaptations utilisées, leurs connaissances techniques leur permettraient de répondre aux demandes de cette clientèle.

Nous proposerons donc dans ce travail un état des lieux des adaptations aujourd'hui proposées aux personnes dysphagiques dans la restauration commerciale. Nous chercherons à la fois à voir si les restaurateurs commerciaux proposent des plats adaptés aux personnes dysphagiques, s'ils ont suffisamment de connaissances sur cette thématique et s'ils sont sollicités par des patients, mais aussi à déterminer leur niveau d'intérêt pour permettre une meilleure accessibilité de leurs établissements. Nous présenterons tout d'abord quelques assises théoriques sur les troubles de la déglutition et la qualité de vie, en lien avec la dimension sociale et symbolique de l'alimentation. Puis, nous présenterons la méthode employée pour répondre à notre problématique de travail. Enfin, nous présenterons et discuterons les résultats obtenus.

---

---

## Partie théorique

---

### 1. Les troubles de la déglutition

#### 1.1. Généralités

##### 1.1.1. La déglutition : définitions

La déglutition correspond à l'acte d'avaler et permet de transporter les aliments de la bouche à l'estomac, tout en assurant la protection des voies aériennes (Woisard-Bassols & Puech, 2011). Pour décrire la déglutition normale, Forster et al. (2011 : 356) parlent d'« un processus complexe bien coordonné entre deux fonctions essentielles et vitales : le transport du bolus et la protection des voies aériennes. » C'est la bonne interaction entre la fonction de déglutition et celle de respiration qui permet une déglutition efficace et sécuritaire.

La déglutition est un phénomène physiologique extrêmement fréquent : Desport et al. (2011) décrivent ainsi 300 déglutitions par heure lors d'un repas et une déglutition par minute hors temps de repas.

##### 1.1.2. Physiologie de la déglutition normale

Le centre de la déglutition est situé dans le bulbe du tronc cérébral : les noyaux sont en lien avec les centres de la ventilation et de la mastication pour fonctionner de façon coordonnée (Woisard-Bassols & Puech, 2011). Un contrôle hémisphérique de la déglutition est également retrouvé grâce à différentes structures (insula, cortex frontal, substance blanche périventriculaire). Des régions corticales sont également impliquées (Auzou, 2007) mais n'exerceraient qu'un rôle facilitateur pour initier la déglutition (Woisard-Bassols & Puech, 2011).

La déglutition est traditionnellement décrite en trois temps, détaillés ci-dessous. Si les deux premières phases sont à la fois volontaires et réflexes, le temps pharyngé et le temps œsophagien sont quant à eux uniquement réflexes (Desport et al., 2011). On parle d'ailleurs parfois de « temps réflexe pharyngo-laryngo-œsophagien » (Lacau St Guily et al., 2005).

Le **temps de préparation orale** sert à transformer les aliments ingérés en un bolus homogène pour en permettre la propulsion. Ce temps est composé d'actes volontaires, à savoir la préhension et l'introduction des aliments, la mastication et l'insalivation puis la contention des aliments grâce à une

sangle labio-jugale efficace (Woisard-Bassols & Puech, 2011). Auzou (2007) souligne que la durée de ce temps est variable, selon les caractéristiques du bolus (goût, viscosité, homogénéité et volume).

Le **temps de transport oral** correspond à la propulsion du bolus de la cavité buccale au pharynx. L'apex lingual se positionne sur les alvéoles dentaires en avant et en gouttière en arrière, pour que le bolus progresse vers l'arrière grâce à l'application progressive de la langue sur le palais. L'application du voile du palais sur le dos de langue protège le larynx encore ouvert (Woisard-Bassols & Puech, 2011). Les pressions intra-pharyngées augmentent et le bolus est entraîné vers le pharynx (Senez, 2015). L'os hyoïde s'élève, l'épiglotte bascule et le voile du palais s'élève pour fermer le passage vers la cavité nasale.

Le **temps pharyngé** est déclenché lorsque le bolus franchit l'isthme du gosier (constitué des piliers antérieurs du voile du palais), en stimulant les récepteurs sensitifs sur la base de langue, les vallécules et les parois oropharyngées (Lacau St Guily et al., 2005). La fermeture laryngée s'effectue alors en trois niveaux (fermeture des cordes vocales, du vestibule laryngé et bascule de l'épiglotte). Le voile s'abaisse sur la base de langue (fermeture oro-pharyngée) pour empêcher les pénétrations laryngées. L'ascension laryngée permet l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO). Le bolus est dirigé dans l'œsophage grâce à la contraction des parois pharyngées : ce temps dure environ une seconde (Auzou, 2007 ; Senez, 2015, Woisard & Puech, 2011).

Le **temps œsophagien** est caractérisé par le péristaltisme de la musculature œsophagienne qui permet la progression du bolus vers l'estomac.

### 1.1.3. La protection des voies aériennes

La protection des voies aériennes permet une déglutition sécuritaire. Elle est assurée par différentes structures selon le temps de la déglutition impliqué.

Au temps oral, il s'agit de la fermeture de la cavité buccale, en avant grâce à la contraction de la sangle labio-jugale et en arrière grâce à la fermeture vélo-linguale (accolement de la langue au voile du palais) (Woisard-Bassols & Puech, 2011).

Au temps pharyngé, l'inhibition de la respiration permet la première protection des voies respiratoires. On parle ensuite de fermeture supérieure (ou vélo-pharyngée), correspondant à l'accolement du voile du palais contre la paroi pharyngée postérieure. Elle permet de protéger les fosses nasales des pénétrations. La fermeture inférieure correspond à la fermeture laryngée : elle permet le rejet vers le pharynx des résidus alimentaires éventuels. La bascule de l'épiglotte permet finalement de protéger totalement les voies aériennes (Woisard-Bassols & Puech, 2011).

Si des particules alimentaires ou salivaires pénètrent le larynx, différents mécanismes d'expulsion protègent l'arc bronchique, avant ou après le déclenchement du temps pharyngé. Il s'agit du réflexe de fermeture laryngée et du réflexe de toux. Le système mucociliaire et le système immunitaire protègent également l'organisme si des corps étrangers pénètrent le système bronchique (Woisard-Bassols & Puech, 2011).

## 1.2. Description des troubles de la déglutition

### 1.2.1. Définitions et physiopathologie des troubles de la déglutition

La dysphagie correspond à la perturbation de la fonction de déglutition, c'est-à-dire toute altération empêchant le processus de transport du bolus de la bouche à l'œsophage puis à l'estomac tout en préservant les voies aériennes (Lacau St Guily et al., 2005). On parle également d'odynophagie pour décrire la déglutition douloureuse ainsi que d'aphagie lorsque toute prise alimentaire orale est impossible (Desport et al., 2011). Quand le processus altéré se situe entre le temps oral et le temps pharyngé, la dysphagie est dite « haute » tandis qu'elle est qualifiée de « basse » si l'altération se situe au niveau de la phase œsophagienne (Lacau St Guily et al., 2005).

On peut décrire les mécanismes physiopathologiques des troubles de deux façons : chronologique (selon le temps où ils interviennent) ou selon le type de mécanisme (défauts de protection des voies aériennes ou défauts de transport) (Woisard-Bassols & Puech, 2011).

Il existe des symptômes spécifiques des troubles de la déglutition, permettant de situer le trouble et d'aiguiller vers un mécanisme physiopathologique, et des symptômes non spécifiques, relatifs à l'alimentation ou l'état nutritionnel, qui permettent de déterminer la gravité et le retentissement du trouble de la déglutition.

Les fausses routes correspondent au passage de salive ou d'aliments dans les voies aériennes. Elles sont dites primaires (quand elles surviennent avant le temps réflexe de la déglutition), synchrones (au temps réflexe) ou secondaires (après le temps réflexe) (Marie et al., 2006).

En cas de fausses routes trachéales ne déclenchant pas le réflexe de toux, on parle de fausses routes silencieuses (Forster et al., 2011). Elles sont en lien avec un trouble de la sensibilité laryngée (Marie et al., 2006).

### 1.2.2. Etiologies et prévalence

Les étiologies des troubles de la déglutition sont nombreuses. Elles sont en général classées de la manière suivante : étiologie infectieuse (œsophagite, maladie de Lyme mucites...), structurelle (tumeur des VADS, diverticule de Zeinker, dysfonctionnement du SSO...), métabolique (diabète, maladie de Wilson...), neurologique (SLA, démences, accidents vasculaires...), myopathique (dystrophie oculo-pharyngée, myasthénie...) ou iatrogène (sonde nasogastrique, intubation et trachéotomie, radiothérapie...) (Woisard-Bassols & Puech, 2011). On peut également citer la presbyphagie, qui correspond aux modifications de la déglutition entraînées par l'âge chez des personnes âgées en bonne santé (Forster et al., 2011).

La prévalence des troubles de la déglutition est estimée à 8% de la population mondiale (Cichero et al., 2017). Une incidence moyenne de 6 à 50 % est retrouvée dans les études, selon les populations étudiées et les méthodes de diagnostic utilisées (Timmerman et al., 2014). De manière générale, la dysphagie concernerait « au moins 30 à 59 % des personnes âgées institutionnalisées, 10 à 19 % des personnes hospitalisées et 9 à 38 % des personnes âgées vivant à domicile » (Desport et al., 2011 : 248).

### 1.3. Les adaptations proposées aux patients avec troubles de la déglutition

Pour permettre aux patients dysphagiques de conserver une alimentation per os, différentes stratégies adaptatives pourront être proposées. Elles permettent de diminuer les symptômes dysphagiques, sans agir pour autant directement sur le mécanisme du trouble (Woisard-Bassols & Puech, 2011). Ce sont des stratégies de compensation proposées au patient de manière transitoire ou définitive.

#### 1.3.1. Les adaptations environnementales

La modification de la texture et de la consistance permet de proposer au patient une alimentation adaptée à ses capacités, si une alimentation per os est possible (Woisard-Bassols & Puech, 2011). La texture correspond aux sensations perçues dans la cavité buccale alors que la consistance correspond à la solidité et à la cohésion des parties d'un aliment. Pour qualifier les liquides, le terme de « viscosité » sera employé. Les liquides peuvent être épaissis en cas de retard de déclenchement du temps pharyngé (RDTP) ou de défaut de protection des voies aériennes, afin de ralentir la vitesse d'écoulement dans le pharynx. On peut également augmenter la viscosité des liquides en cas de défaut

d'ouverture du SSO (Logemann, 2007). A l'inverse, en cas de défaut de propulsion oro-pharyngée, les boissons plus liquides sont à privilégier.

L'IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative), publiée en 2016, est une standardisation internationale des termes employés pour définir les caractéristiques des plats modifiés pour les troubles de la déglutition. Elle propose 8 niveaux et s'organise sous la forme de deux pyramides inversées, l'une correspondant aux liquides et l'autre aux solides. L'objectif de ce travail de standardisation est que tous les intervenants autour des personnes dysphagiques utilisent le même vocabulaire, notamment pour limiter le risque d'erreur et d'incompréhension autour des textures prescrites aux patients (Cichero et al., 2017). Il est à noter que cet outil ne tient pas compte de la difficulté engendrée par l'absorption de certaines textures comme les aliments dits dispersibles, que l'on ne peut rassembler dans un bolus homogène ou les aliments dits à double texture, c'est-à-dire les aliments dont la texture change entre la mise en bouche et la déglutition (glace) ou qui en bouche présentent à la fois du solide et du liquide (fruits, agrumes).

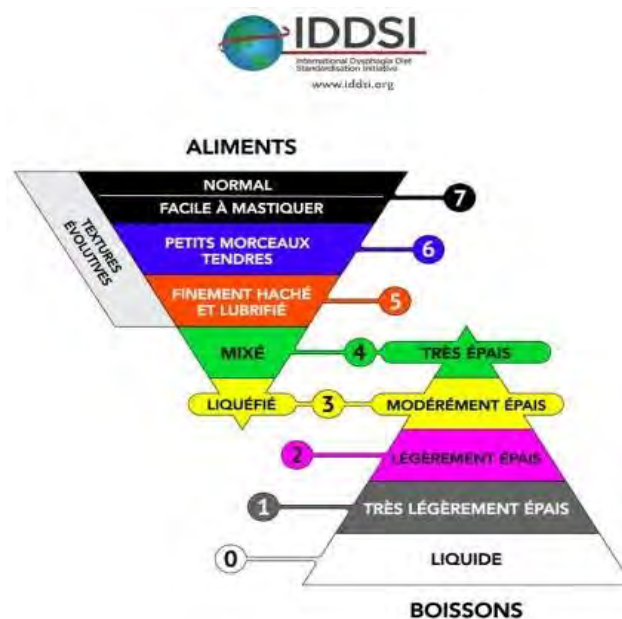


Figure 1. Représentation de la classification IDDSI (IDDSI 2.0 - Traduction française (Europe) RUGLIO V., GIROD-ROUX M., ERU 42 LURCO – Révision 2021)

Les saveurs des aliments, c'est-à-dire leur odeur et leur goût, peuvent également être des éléments intéressants sur lesquels jouer, notamment en cas de défaut d'initiation ou de RDTP (Logemann, 2007). L'acidité ou l'amertume stimulent le temps oral (Woisard-Bassols & Puech, 2011). Une température plus basse ou supérieure à la température ambiante accélère le déclenchement du réflexe de déglutition (Watando et al., 2004). Les liquides gazeux ont également cette propriété.

Ces adaptations sont discutées avec le patient lors de son suivi pluridisciplinaire, afin de trouver les solutions les plus adaptées à ses capacités et à son mode de vie. Plusieurs ouvrages existent pour que

les patients puissent cuisiner chez eux en adaptant leurs plats. On peut notamment citer *Saveurs partagées, la gastronomie adaptée aux troubles de déglutition* (Sidobre, Chevallier, Soriano et Puech, 2011) ou encore *Mix & Délices, 80 recettes mixées gastronomiques* (édité par le Réseau Lucioles, 2014).

### 1.3.2. Les adaptations comportementales

Un contrôle volontaire, par le biais de postures et de manœuvres, change également le mécanisme de la déglutition (Logemann, 2007).

Les manœuvres de déglutition correspondent au « contrôle volontaire exercé sur des éléments spécifiques de la déglutition pharyngée » (Logemann, 2007). Les manœuvres de protection laryngée visent à pallier les défauts de protection des voies aériennes inférieures. Il s'agit de la fermeture précoce du larynx, de la déglutition sus-glottique et de la déglutition super-sus-glottique. Elles peuvent être associées à une posture de tête et à une déglutition à vide (Woisard-Bassols & Puech, 2011). Grâce à ces manœuvres, la durée et le temps de déclenchement de fermeture des voies aériennes sont augmentés (Logemann, 2007). Les manœuvres de vidange sont nécessaires dans les cas de défauts de transport du bolus, pour permettre la vidange du larynx et du pharynx en présence de stases. Il s'agit principalement de la déglutition d'effort et de la déglutition de Mendelsohn, qui permet d'augmenter la durée d'ouverture du SSO par le maintien en haut et en avant du larynx après la déglutition (Logemann, 2007). Pour vidanger, d'autres manœuvres peuvent être proposées au patient, telles que les déglutitions répétées, l'alternance liquide/solide ou l'ingestion de liquides à la fin du repas, la dépression intra-buccale ou l'aide manuelle pour le maintien de la sangle labio-jugale (Woisard-Bassols & Puech, 2011).

Les postures de tête permettent quant à elles de rediriger le bolus vers le pharynx. Il s'agit principalement de la flexion antérieure, de la rotation, de la flexion-rotation, de l'inclinaison, de l'extension de la tête ou, plus rarement, de la position en décubitus latéral ou dorsal (Logemann, 2007; Woisard-Bassols & Puech, 2011).

## 2. Troubles de la déglutition et vie sociale

### 2.1. Les conséquences sociales des troubles de la déglutition

#### 2.1.1. La notion de handicap

Les troubles de la déglutition ont un impact majeur sur la qualité de vie des patients, notamment sur la qualité de leur vie sociale. D'après la loi de février 2005 (LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour

l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, 2005), est considérée comme un handicap « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant ». Si l'on se fie au modèle proposé par la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (World Health Organization, 2001) les troubles de la déglutition peuvent donc entraîner un handicap, puisqu'ils impliquent une déficience organique (notamment au niveau des organes des voies aérodigestives supérieures) et/ou physiologique (correspondant aux mécanismes physiopathologiques du trouble), qui sera à l'origine d'une incapacité (incapacité à manger une texture spécifique par exemple). Cette incapacité à se nourrir de façon classique entraîne une restriction de participation, comme une limitation voire un arrêt des sorties au restaurant, et donc une potentielle diminution de la socialisation. Il est à noter que l'environnement joue un rôle essentiel dans la définition de la notion de handicap. C'est l'interaction entre les incapacités de la personne et un environnement donné qui crée la situation de handicap. Pour illustrer ce propos, une personne présentant des troubles de la déglutition peut se retrouver en situation de handicap lors d'une sortie au restaurant car l'environnement n'est pas adapté aux incapacités fonctionnelles qu'elle présente (par exemple, les textures proposées ne sont pas celles qui lui sont nécessaires, de nombreux distracteurs sont présents, les couverts sont inadaptés...). De la même manière, l'environnement social peut être à l'origine de la situation de handicap : ainsi, si l'on envisage que les patients dysphagiques se rendent au restaurant, une problématique centrale est également le regard extérieur sur l'acceptation du bavage et des expectorations présentés par les patients au cours du repas (Guatterie & Lozano, 2008). Nous pouvons également imaginer que les postures et manœuvres de déglutition peuvent attirer la curiosité des autres clients.



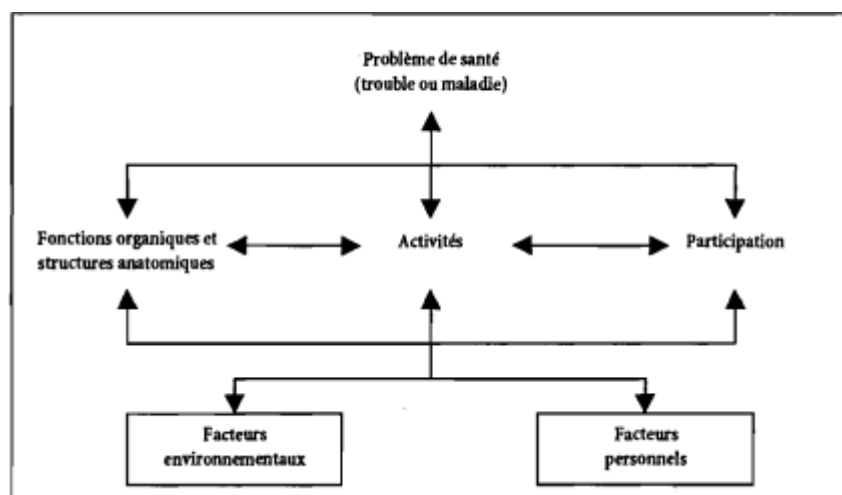


Figure 2. Représentation des interactions des composantes du handicap proposée par la CIF (World Health Organization, 2001)

### 2.1.2. La qualité de vie et la qualité de vie relative à la santé

Les incapacités générées par l'apparition des troubles de la déglutition entraînent des difficultés à reprendre une vie sociale. On peut donc parler d'une réduction de la qualité de vie. La qualité de vie est une notion relative à la manière dont un individu souhaite mener sa vie, selon ses croyances, sa culture et ses idéaux mais aussi à la façon dont il la mène effectivement, selon les attentes qu'il possède (Swan et al., 2015). Ce terme a été utilisé pour désigner des concepts très divers dans la littérature : on y englobe souvent le statut médical, le fonctionnement physique et les symptômes présentés, les caractéristiques psychosociales du patient, son bien-être ainsi que son niveau de satisfaction et de bonheur. Il est ainsi difficile de mettre en corrélation les résultats d'études portant sur ce sujet, tant la définition des termes peut être vaste. La notion de qualité de vie relative à la santé permet donc de résoudre en partie ce problème de terminologie pour évoquer plus spécifiquement les effets de la santé, de la maladie et des traitements sur la qualité de vie (Ferrans et al., 2005).

Ce concept étant donc fortement subjectif, il est intéressant d'utiliser des échelles d'auto-évaluation. Nous pouvons notamment citer le SWAL-QOL, créé dans les années 2000 et traduit et validé en français en 2009 (Khalidoun et al., 2009; McHorney et al., 2000) le DHI (Deglutition Handicap Index, Puech, Woisard et Andrieux, 2006), le DHI' (Dysphagia Handicap Index, Silbergleit et al, 2011), le MDADI (M.D. Anderson Dysphagia Inventory, Chen et coll, 2001), le EAT-10 (Eating Assesment Tool, Belafsky et al, 2008) et le SSQ (Sydney Swallowing Questionnaire). Ces outils sont à destination des personnes présentant des troubles de la déglutition quelle que soit l'étiologie des troubles, à l'exception du MDADI et du SSQ, à destination des patients présentant un cancer de la tête et du cou.

### 2.1.3. Impact des troubles de la déglutition sur la vie sociale, la perception de soi et la qualité de vie

Plusieurs dimensions de la qualité de vie sont touchées par les troubles de la déglutition. La dysphagie impacte les sensations aux moments des repas et, par conséquent, les habitudes liées à ce dernier. Elle implique une réduction de l'estime de soi, de la sécurité lors des repas, de la capacité à travailler, à faire de l'exercice physique ou à avoir des loisirs (Gustafsson & Tibbling, 1991). Ekberg et al. (2002) ont proposé des entretiens à 360 patients en maisons de retraite en Allemagne, en France, en Espagne et au Royaume-Uni, qui présentaient une plainte subjective concernant leur déglutition. Les auteurs cherchaient à déterminer les effets de la dysphagie sur les mesures de qualité de vie mais aussi explorer la relation entre les handicaps psychologiques liées à la dysphagie et la fréquence de diagnostic et de traitement. Sur cet échantillon, 59% des patients ont adopté des stratégies de compensation au moment des repas (alternance liquides/solides, plus grande mastication, temps de repas allongé). De la même façon, 84% des patients pensent que manger devrait être une expérience agréable mais seulement 45% d'entre eux le considèrent comme tel (Ekberg et al., 2002). Ces difficultés sont source d'anxiété pour une partie des patients, qui se sentent en insécurité aux moments des repas, souvent en lien avec une crainte de l'obstruction (Gustafsson & Tibbling, 1991).

Eslick et Talley (2008), cherchant à déterminer l'ampleur et l'impact de la dysphagie en population générale australienne, ont démontré une altération de la qualité de vie sur le questionnaire d'auto-évaluation SF-36 pour les personnes présentant des symptômes de dysphagie comparativement à celles n'en présentant pas. La vie sociale des patients est également impactée : la plupart déclarent éviter de manger avec les autres en raison de leur dysphagie (Ekberg et al., 2002; Gustafsson & Tibbling, 1991). De manière générale, plus de la moitié des patients trouvent leur vie moins agréable en raison de leur dysphagie et y relient également leur sentiment accru d'isolement et leur perte d'estime d'eux-mêmes : il y a ainsi une relation de cause à effet entre la dysphagie et la réduction du fonctionnement social et psychologique des patients (Ekberg et al., 2002). Cet isolement social est particulièrement déprimant pour ceux ayant mené auparavant une vie active importante (Gustafsson & Tibbling, 1991). Lorsque l'on observe l'impact des modifications en termes de textures et de consistances, les modifications sont systématiquement associées à une baisse de la qualité de vie. Les modifications sur les liquides et les modifications de bolus les moins importantes sont moins préjudiciables à la qualité de vie : il est difficile de déterminer si cette différence est uniquement liée aux modifications proposées ou à la gravité du trouble de déglutition influençant les adaptations nécessaires (Swan et al., 2015). Parmi les conséquences des troubles de la déglutition, la dépression,

l'isolement social et la baisse de l'estime de soi sont retrouvées (Swan et al., 2015; Timmerman et al., 2014).

## 2.2. Le repas : un rituel de partage et de socialisation

D'après le dictionnaire du Larousse, l'alimentation correspond à la fois à « l'action d'alimenter, de s'alimenter ou à la manière de s'alimenter ». L'alimentation est également chargée d'un sens émotionnel et symbolique important (Hausser, 2014). On ne s'alimente pas uniquement pour répondre à un besoin nutritionnel mais également pour retrouver une forme de plaisir, comme l'a expliqué Lecerf (Lecerf, 2013 : 247) : « L'acte alimentaire a une triple finalité : nourrir, réjouir et réunir ; et cette triple finalité doit être de mise chaque fois que possible ». Ainsi, manger est un acte social et culturel, qui a pour vocation de réunir et de créer du lien entre les personnes partageant le même repas (Masson, 2013; Fischler, 1990). Dans nos sociétés, le fait de s'alimenter ensemble est au centre de la plupart de nos rites sociaux : anniversaires, mariages, réunions familiales... Ainsi, Lahlou (Lahlou, 1998 : 9) explique que « presque tous les événements donnant lieu à une célébration sont l'occasion d'un partage d'aliments ou de boissons. Partout, s'alimenter ensemble est un signe de réjouissance, de partage et scelle l'appartenance à une communauté ». Lorsque on demande aux Français ce que représente pour eux « bien manger », on retrouve très rapidement la notion du plaisir à manger ensemble et la « convivialité » entre amis ou en famille (Fischler, 2013). En 1990, le CREDOC (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie), dans le cadre de l'enquête périodique « *Aspirations et conditions de vie des français* », avait posé la question : « Qu'est-ce que bien manger ? » à 2000 personnes : 12 à 14% des répondants évoquaient alors le caractère convivial du repas, quand 6 à 8% évoquaient le restaurant (Lahlou, 1998).

Dans une grande majorité de sociétés, refuser de partager un repas sera jugé de manière plus ou moins négative par la communauté. « Le fait de manger ensemble est réputé rapprocher : puisque manger la même chose, c'est produire la même chair, le même sang, c'est construire ou reconstruire symboliquement une communauté de destin. La commensalité intègre donc, mais elle désintègre aussi, au sens où elle exclut qui ne *participe* pas » (Fischler, 2013 : 14). Dans les sociétés occidentales, notamment en France, nous retrouvons pourtant de plus en plus de particularismes alimentaires. Il peut s'agir d'allergies, d'intolérances alimentaires, particulièrement au gluten, ou de choix idéologiques (végétarisme ou veganisme par exemple). Dans les rayons de supermarché ou sur les cartes des restaurants, on voit apparaître des plats adaptés à ces particularismes répandus et donc socialement acceptés. Si cette dynamique est en plein essor en France, elle est beaucoup plus

développée Outre-Atlantique. L'enquête commandée par l'OCHA (Observatoire CNIEL<sup>1</sup> des Habitudes Alimentaires) et réalisée entre 2000 et 2002 s'est intéressée à cette question : elle visait à interroger, dans 6 pays, les habitudes alimentaires ainsi que les représentations que les sujets se faisaient autour de l'alimentation. Ainsi, « on observe qu'aujourd'hui en France, le niveau de tolérance à l'égard des exceptions alimentaires s'avère encore relativement faible par rapport à ceux ayant cours dans d'autres pays occidentaux, et notamment aux Etats-Unis (Fischler et Masson, 2008) » (Masson, 2013 : 241). Ainsi, les Britanniques et les Américains de l'échantillon trouvent normal que l'on précise son régime alimentaire lorsque l'on est invité à dîner, alors qu'un tel comportement ne sera toléré en France que si la raison de la restriction alimentaire est médicale (Fischler, 2013).

Ainsi, notre façon de nous alimenter est régie par un certain scénario ou script, appelé « hétéronomie », qui correspond à la manière dont les « règles qui structurent ou déterminent les conduites des individus sont produites en dehors de lui, dans la culture, et portées collectivement » (Fischler, 2013 : 28). Ainsi, le script « sortir au restaurant » est en pleine évolution, comme nous le voyons avec les propositions de plats pour répondre aux demandes végétariennes, végétaliennes ou aux régimes d'éviction les plus courants. Il serait donc peut-être envisageable, grâce à une information plus complète à propos des troubles de la déglutition et des adaptations nécessaires, que les restaurants proposent également des indications ou adaptations spécifiques au profil alimentaire des personnes dysphagiques.

### 2.2.1. La sortie au restaurant en France

D'après l'étude menée par les instituts de sondage Qualimétrie et Vertone en août 2019, 75% des Français déclarent aller au restaurant une fois par mois dans le cadre privé. 74% d'entre eux déclarent aller au restaurant pour passer un bon moment. On note également que 20% des actifs font appel à la restauration rapide pour leur pause repas et que 13% d'entre eux fréquentent les établissements de restauration traditionnelle (Vertone et Qualimétrie, 2019).

En 2011, entre 21% (pour la province) et 36% (pour l'Ile de France) du budget alimentaire des Français est dédié aux repas à l'extérieur, d'après le rapport « Alimentation à domicile : une part plus importante de la consommation des ménages franciliens les plus modestes » (INSEE, 2014). Les dépenses dédiées aux hôtels, cafés et restaurants concernent 7,8% du budget total de dépenses des ménages en 2019 (INSEE, 2021).

---

<sup>1</sup> CNIEL : Centre national interprofessionnel de l'économie laitière.

## 2.2.2. Quelle accessibilité des restaurants commerciaux pour les personnes dysphagiques ? Quelles adaptations possibles ?

Aller au restaurant n'est souvent plus considéré comme un plaisir dans les cas de dysphagie oropharyngée (Timmerman et al., 2014). Dans son mémoire de fin d'études en orthophonie, Camille Le Net (2016) a étudié les bénéfices pour les patients dysphagiques d'un accueil adapté dans un restaurant de ville. Pour cela, elle a convié 9 patients à une dégustation adaptée. Le chef d'un restaurant de ville privatisé pour l'expérience a élaboré une entrée, un plat principal et un dessert dont les textures et consistances ont été adaptées pour convenir à tous les participants. Plusieurs questionnaires ont été proposés aux patients en amont puis suite à la dégustation pour évaluer l'impact des troubles de la déglutition, les apports de cette sortie et les bénéfices estimés de la répétition de sorties adaptées au restaurant.

Dans l'étude, 56 % des patients ont réduit leur fréquence de sortie au restaurant depuis l'apparition de leur trouble. Grâce aux adaptations testées lors de la dégustation, 78% des participants souhaiteraient augmenter leur fréquence de sortie si des adaptations étaient proposées. La même part de participants a pris plus de plaisir lors du repas adapté que durant leurs repas habituels. La dégustation a permis d'augmenter l'estime de soi des participants. Pour ces patients, ce sont leur qualité de vie et leur vie sociale qui profiteraient le plus de la répétition de telles sorties. Il s'agit évidemment de données prédictives, puisque les patients sont encouragés à estimer les bénéfices qu'ils tireraient de nouvelles sorties adaptées dans les restaurants.

Ainsi, nous voyons les effets positifs d'une proposition de menu adapté aux patients. Nous voyons aussi qu'il est possible pour les restaurateurs de proposer un repas adapté aux troubles de la déglutition.

---

---

## Problématique

---

---

L'objectif de ce travail, à long terme, serait d'améliorer la qualité de vie des personnes dysphagiques, notamment en permettant un accès plus large et systématique à l'offre de restauration commerciale. Notre étude aura donc pour but de déterminer quelles sont les pratiques actuelles d'adaptations des plats face aux troubles de la déglutition dans la restauration commerciale à Toulouse.

Nous avons démontré que les troubles de la déglutition impactent la qualité de vie des personnes dysphagiques, notamment leurs possibilités de partager un repas dans un espace public tel que le restaurant. Dans une dynamique de meilleure accessibilité de la société au handicap, nous chercherons à savoir quelles sont les adaptations aujourd'hui proposées aux personnes dysphagiques dans la restauration commerciale.

Afin de mener à bien cet état des lieux, les hypothèses suivantes sont proposées.

**Hypothèse 1 (H1) :** Les restaurateurs commerciaux ne proposent pas de plats adaptés pour les personnes dysphagiques.

- Sous-hypothèse 1 (SH1) : Les restaurateurs commerciaux n'ont pas de connaissances spécifiques concernant les adaptations de plats pour les personnes présentant des troubles de la déglutition.
- Sous-hypothèse 2 (SH2) : Les restaurateurs commerciaux ne sont pas sollicités par des personnes présentant des troubles de la déglutition pour des demandes d'adaptation des plats à la carte.

**Hypothèse 2 (H2) :** Les restaurateurs commerciaux sont intéressés pour améliorer l'accès des personnes dysphagiques à leur établissement.

---

## Méthodologie

---

---

### 3. Populations

#### 3.1. Les restaurateurs commerciaux

Afin de répondre à notre question, il est nécessaire d'interroger les restaurateurs commerciaux. Les critères d'inclusion pour répondre au questionnaire dédié aux restaurateurs sont :

- Exercer le métier de cuisinier
- Exercer à Toulouse

Sont exclus de l'étude les restaurateurs exerçant dans le secteur de la restauration collective.

#### 3.2. Les élèves et les enseignants en cuisine

Pour répondre à notre problématique, il est également intéressant d'interroger les élèves, les restaurateurs de demain, et leurs enseignants. Notre but est ici d'observer la place des problématiques médicales, et plus spécifiquement des troubles de la déglutition, dans les enseignements proposés. Nous cherchons aussi à voir quel est le degré de connaissances et l'expérience des enseignants concernant l'adaptation des plats à la dysphagie.

Sont inclus dans l'étude :

- Les élèves en section cuisine, tous niveaux confondus, actuellement en formation à Toulouse.
- Les enseignants exerçant à Toulouse, à tous les niveaux confondus.

### 4. Moyens

Pour parvenir à un état des lieux des pratiques d'adaptations dans la restauration commerciale, nous avons créé trois questionnaires auto-administrés en ligne. Cet outil permettait une large diffusion des questionnaires dans un temps raisonnable afin de pouvoir traiter au mieux les données ensuite.

Les questionnaires sont destinés respectivement aux trois populations cibles de notre enquête, à savoir :

- Les restaurateurs commerciaux exerçant à Toulouse.
- Les enseignants en cuisine exerçant à Toulouse.
- Les étudiants en cuisine suivant leur formation à Toulouse.

#### 4.1. Entretiens préliminaires

Une phase d'entretiens exploratoires a été menée entre le mois de septembre et le mois de novembre 2021. L'utilisation de l'entretien est en effet recommandée en début d'enquête, avant l'élaboration définitive des hypothèses de départ (Blanchet & Gotman, 2015). Ces échanges comportaient quatre buts :

- Prendre connaissance du fonctionnement des cuisines, notamment face à la demande d'adaptation de plats (quelles réactions et quels sentiments)
- Estimer la fréquence des demandes d'adaptation des plats dans les restaurants
- Prendre connaissance des voies de formation en cuisine
- Prendre connaissance du contenu des programmes scolaires en cuisine concernant les notions d'adaptations des plats

Ainsi, ces entretiens n'avaient pas pour but de comprendre les pistes explicatives mais avaient plutôt pour objectif de faire « apparaître les processus et les « comment » » (Blanchet & Gotman, 2015 : 37). Les entretiens étaient semi-directifs car nous disposions de peu d'informations sur le milieu de la restauration au début de cette étude. Un guide d'entretien (Annexe I) a été conçu pour être certain de récupérer tous les renseignements nécessaires. Le consentement des participants a été demandé de façon orale en début d'entretien. Ce temps d'échange a eu lieu en visioconférence pour 2 participants et en face à face pour 3 participants. Les entretiens ont été proposés à un restaurateur, un enseignant et trois élèves.

#### 4.2. Phase de pré-test et ajustements

A la suite de cette phase d'entretiens, il a été demandé aux mêmes participants de pré-tester les questionnaires établis. Le but de ce pré-test était de déterminer :

- Si les questions étaient facilement comprises par tous.
- Si le temps de passation n'excédait pas dix minutes.
- Si la plateforme choisie (EUSurvey) était pertinente et fonctionnelle.

Il était donc demandé aux participants de répondre au questionnaire en conditions réelles et de se chronométrer. Il leur était également demandé de faire remonter toutes leurs remarques. Selon les retours des testeurs, les questionnaires ont été modifiés pour parvenir à leur version finale, que nous détaillons ci-dessous.



### 4.3. Création et diffusion des questionnaires

#### 4.3.1. Plateforme choisie et recueil du consentement

Le choix de la plateforme de diffusion du questionnaire s'est porté sur le site EU Survey, qui est un outil proposé par l'Union Européenne afin de répondre aux exigences de protection des données en lien avec la loi « *Informatiques et Libertés* » (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés - Légifrance).

Pour recueillir le consentement des participants, une introduction a été proposée en début de questionnaire, à laquelle a été jointe une notice d'information (annexe II). Nous y avons stipulé les droits des participants, notamment le droit de retrait à tout moment de l'étude. Les participants consentaient de facto à participer à l'étude en répondant aux questions après lecture de la notice d'information. Les données recueillies sont stockées de manière sécurisée sur un ordinateur protégé par un mot de passe et ne seront utilisées que dans le cadre de cette enquête.

#### 4.3.2. Forme des questionnaires

Les trois questionnaires sont disponibles en annexes (annexes III, IV et IV). Ils sont totalement anonymes.

Ils sont composés de deux parties communes :

- Une partie introductive, visant à exposer les buts du questionnaire mais aussi les données législatives concernant les données recueillies
- Une partie conclusive, visant à récolter les éventuels commentaires des participants et à les remercier pour leur participation. Les contacts des encadrantes de ce mémoire leur étaient également donnés s'ils souhaitaient plus d'informations au sujet de cette étude. Enfin, deux liens internet menant vers des ressources sur les troubles de la déglutition étaient indiqués s'ils souhaitaient s'informer plus spécifiquement.

Ainsi que d'une partie intitulée « Questions », propre à chaque questionnaire. Le choix a été fait de rendre toutes les questions obligatoires afin d'éviter les absences de réponses.

#### Questionnaire aux restaurateurs

Le questionnaire est composé de quatorze questions obligatoires. Concernant le type de questions, nous retrouvons :

- 11 questions fermées (questions 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14), c'est-à-dire avec une possibilité de réponse restreinte à des modalités données. Parmi ces questions fermées, selon la modalité de réponse choisie, 4 questions conditionnelles (questions 1a, 7a, 12a, 14a) peuvent apparaître afin de préciser la réponse. Elles sont elles-mêmes mixtes, c'est-à-dire proposant des modalités de réponse anticipées mais aussi une catégorie « autre ». Cette catégorie « autre » permet l'apparition de 5 nouvelles questions ouvertes (questions 1b, 7b, 12b, 12c et 14b) laissant le répondant préciser librement sa réponse.
- 2 questions ouvertes (questions 9 et 11).
- 1 question mixte (question 13), avec possibilité de compléter par la modalité « autre », à préciser dans une question conditionnelle apparaissant si cette modalité est cochée (question 13a).

Au total, il est possible pour le participant de répondre à 24 questions maximum, s'il coche toutes les modalités appelant une question conditionnelle.

#### Questionnaire aux enseignants

Le questionnaire est composé de onze questions obligatoires. La typologie des questions est la suivante :

- 5 questions fermées (questions 1, 2, 3, 7, 9). Elles permettent de faire apparaître une question conditionnelle selon la modalité de réponse choisie. Au sein de ces 5 questions conditionnelles, on retrouve 3 questions mixtes (1a, 2a, 3a, 7a, 9a), faisant apparaître 6 nouvelles questions conditionnelles ouvertes (1b, 7b, 7c, 7d, 7e, 9b).
- 2 questions ouvertes (questions 4 et 5).
- 1 question mixte (question 8), avec possibilité de compléter par la modalité « autre », à préciser dans une question conditionnelle ouverte (question 8a) apparaissant si cette modalité est cochée.

Au total, il est possible pour le participant de répondre à 20 questions maximum, s'il coche toutes les modalités appelant une question conditionnelle.

#### Questionnaire aux étudiants

Le questionnaire est composé de douze questions obligatoires. La typologie des questions est la suivante :

- 9 questions fermées (questions 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12). Parmi elles, 5 permettent de faire apparaître une question conditionnelle selon la modalité de réponse choisie, dont 3 ouvertes (1a, 6a, 10a) et 2 mixtes (3a et 12a). Ces deux dernières peuvent donc faire apparaître 2 questions ouvertes pour préciser la modalité « autre » ayant été cochée (3b et 12b).

- 2 questions ouvertes (questions 7 et 11).
- 1 question mixte (question 9), faisant apparaître une question conditionnelle libre (question 9a).

Au total, il est possible pour le participant de répondre à 20 questions maximum, s'il coche toutes les modalités appelant une question conditionnelle.

#### 4.3.3. Points de vigilance à propos de la formulation des questions

Nous avons choisi de positionner les questions portant sur les déterminants sociaux, c'est-à-dire sur l'âge, le parcours scolaire, le genre, le niveau d'études et les expériences professionnelles, en fin de questionnaire pour éviter le découragement en début de participation. En effet, « les questions sur les déterminants sociaux n'ont pas à être placées en début d'enquête (même si c'est la tradition de l'INSEE ou de l'INED) » (De Singly, 2020 : 78).

Nous avons également veillé à respecter d'autres principes de construction :

- Une majorité de questions fermées ont été proposées car elles sont plus pratiques à analyser. Pour autant, nous avons veillé à respecter les 2 conditions préalables pour que le questionnaire soit tout de même pertinent : « a) Procéder au préalable à des entretiens afin de recueillir la palette des catégories mentales et des mots utilisés par des personnes dont le profil social correspond à celui des individus de l'échantillon pour l'enquête quantitative. b) Prévoir, dans la liste des réponses, une catégorie « autres » avec de la place pour ces réponses libres « imprévues ». (...). Cette solution est surtout intéressante lorsque les questionnaires sont remplis par les personnes interrogées elles-mêmes » (De Singly, 2020, : 69).
- Nous avons préférentiellement utilisé le passé composé dans les réponses, afin d'éviter que les questions de faits (interrogeant les pratiques) ne deviennent des questions d'opinion (De Singly, 2020).
- « Cerner la pratique étudiée en référence à un cadre temporel, à une situation précise (De Singly, 2020 : 63) ». Notre vigilance s'est portée sur ce point pour les questions 4 et 5 adressées aux restaurateurs, en leur proposant un cadre temporel sur la semaine passée. Cela permet d'éviter que le participant ne donne une estimation moyenne et générale du nombre de demandes. Ainsi, la question reste une question de fait et ne devient pas une question d'opinion.

Le nombre de questions a également été pensé pour que la passation complète du questionnaire n'excède pas dix minutes. Ce temps nous paraissait confortable pour les répondants, tout en

répondant à l'exigence de pertinence de nos questions, c'est-à-dire d'avoir suffisamment de réponses pour valider ou invalider nos hypothèses. Il est en effet essentiel de tenir compte de deux principes lors de la construction des questions « – l'imperfection de la mesure, étant donné les conditions de déroulement de toute enquête ; – l'imperfection de l'indicateur, étant donné le fait qu'aucune question ne peut jamais approcher de manière entièrement satisfaisante la notion » (De Singly, 2020). Ainsi, nous avons ici 13 questions pour répondre à notre première hypothèse, 7 questions pour répondre à la seconde et 11 questions destinées à définir des pistes explicatives.

Deux questions (question 4 à destination des étudiants et question 7 à destination des restaurateurs) proposent un continuum de réponses, avec des réponses extrêmes (« pas du tout intéressé / très intéressé ») et des réponses plus centrées (« peu intéressé/intéressé »). En effet, il est recommandé de garder les réponses extrêmes car il est impossible de savoir si un rejet ou une approbation marquée seront exprimées par les participants, même si ces modalités de réponse sont généralement moins choisies (De Singly, 2020). A ce jour, il est difficile de trouver un consensus sur l'intérêt de proposer des modalités de réponses plus centrées, « celles-ci sont critiquées car elles peuvent servir de position de refuge » (De Singly, 2020 : 82). Il nous a cependant paru intéressant de les proposer, afin d'observer le degré d'intérêt des participants.

#### 4.3.4. Méthode d'analyse des données

Suivant les recommandations de De Singly (2020), chaque question a été justifiée et chaque hypothèse a été reliée aux questions permettant d'y répondre au sein du document en annexe VI. La répartition est donc la suivante :

- ◆ Sous-hypothèse 1 : questions 2 et 8 du questionnaire restaurateurs ; questions 1 et 4 du questionnaire enseignants ; question 2 du questionnaire étudiants.
- ◆ Sous-hypothèse 2 : questions 1, 3, 4 et 5 du questionnaire restaurateurs ; questions 2 du questionnaire enseignants ; questions 1 et 3 du questionnaire étudiants.
- ◆ Hypothèse 2 : questions 6 et 7 du questionnaire restaurateurs ; question 3 du questionnaire enseignants ; questions 4, 5 et 6 du questionnaires étudiants.
- ◆ Données sur l'échantillon : questions 9, 10, 11, 12, 13 et 14 du questionnaire restaurateurs ; questions 3a, 5, 6, 7, 8 et 9 du questionnaire enseignants ; questions 6a, 7, 8, 9, 10, 11 et 12 du questionnaire étudiants.

Suite au recueil des réponses, nous procéderons à une analyse statistique descriptive des données. Pour ce faire, il a été nécessaire de coder les réponses fournies dans le cadre des questions ouvertes :

les occurrences proches ont été regroupées sous une dénomination synthétique et les réponses non pertinentes ont été éliminées.

---

## Résultats

---

### 5. Recodage des données et traitement statistique

Pour pouvoir analyser au mieux les données, notamment d'un point de vue statistique, un recodage des réponses obtenues a été nécessaire. Ainsi, certaines modalités de réponses ont été regroupées dans les résultats des restaurateurs :

- pour les types de cuisine : les modalités "cuisine traditionnelle française" et "cuisine du monde" ont été regroupées sous la dénomination "cuisine classique". La dénomination « autre » regroupe les occurrences correspondant à la cuisine végétarienne, végétalienne ou sans gluten.
- pour l'intérêt à obtenir plus d'informations : les modalités "pas du tout intéressé" et "peu intéressé" ont été regroupées sous la dénomination "peu intéressé". Les modalités "intéressé" et "très intéressé" ont été regroupées sous le terme de "intéressé".

Pour interpréter les résultats obtenus dans le groupe des enseignants et des élèves, nous avons principalement effectué une analyse descriptive. En effet, la petite taille de nos échantillons ne nous a pas permis de confirmer statistiquement les liens que nous avons observés entre certaines variables. La taille de l'échantillon des restaurateurs nous a permis d'appliquer des tests de  $\text{Khi}^2$  pour analyser les liens avec des variables qualitatives ainsi que des tests-t pour analyser les liens avec des variables quantitatives continues. Nous avons utilisé le logiciel XLSTAT.

Les commentaires laissés par les répondants dans le champ dédié en fin de questionnaires seront directement analysés dans la discussion.

Notre lecture des résultats s'est concentrée sur la question des adaptations de solides. En effet, les patients sont compétents pour adapter les boissons qui leur sont proposées dans la restauration : s'ils ont besoin d'un liquide stimulant, ils peuvent facilement commander une boisson glacée, demander l'ajout de glaçons ou commander une boisson pétillante par exemple. S'ils ont au contraire besoin d'épaissir les liquides, ils peuvent se servir des poudres déjà utilisées au quotidien. Ainsi, il nous semble

que la question de l'accessibilité des restaurants se pose plutôt pour les aliments solides, qui nécessitent un ajustement en cuisine.

## 6. Description des populations

### 6.1. Profil des étudiants

Nous proposons, afin de faciliter la lecture des résultats, un rapide point d'éclairage sur l'offre de formation pour devenir cuisinier ou cuisinière en France. Nous nous contenterons ici de définir l'offre d'enseignement dans le domaine public. Le Contrat d'Apprentissage Professionnel (CAP) est accessible à l'issue de la classe de 3ème. Il existe deux formations : le CAP Cuisine et le CAP Agent Polyvalent de Restauration (APR), qui vise spécifiquement la formation à la cuisine collective (cafétarias, établissements scolaires ou médicaux). Les deux cursus s'effectuent en deux ans. Les élèves peuvent également intégrer la filière du baccalauréat professionnel cuisine (durant 3 ans). Au bout de 2 ans, ils peuvent prétendre dans ce cursus à l'obtention du Brevet d'Etudes Professionnelles (BEP) Restauration option Cuisine. Il existe un autre diplôme de niveau baccalauréat, dans la voie technologique : le Baccalauréat Sciences et Technologie de l'Hôtellerie et de la Restauration (STHR), en 3 ans. A l'issue de l'obtention du baccalauréat, deux formations sont proposées : la Mention Complémentaire Desserts de Restaurants, d'une durée d'un an, et le BTS Management en Hôtellerie-Restauration, d'une durée de deux ans (ONISEP).

8 élèves (5 femmes, 3 hommes), tous scolarisés dans un cursus de BTS ont répondu à l'étude. Il nous aurait fallu obtenir 40 réponses pour avoir un échantillon représentatif des élèves scolarisés en BTS Management en Hôtellerie restauration (calcul en annexe VII, basée sur le nombre de 239 élèves inscrits dans les filières hôtellerie-restauration à Toulouse à la rentrée 2020 - *Bienvenue sur data.education.gouv.fr — Éducation Nationale - Accueil*). La moyenne d'âge des répondants est de 19,67 ans (17 ; 23 ans). 7 étudiants ont une formation en cuisine antérieure à leur BTS, représentées ci-dessous.

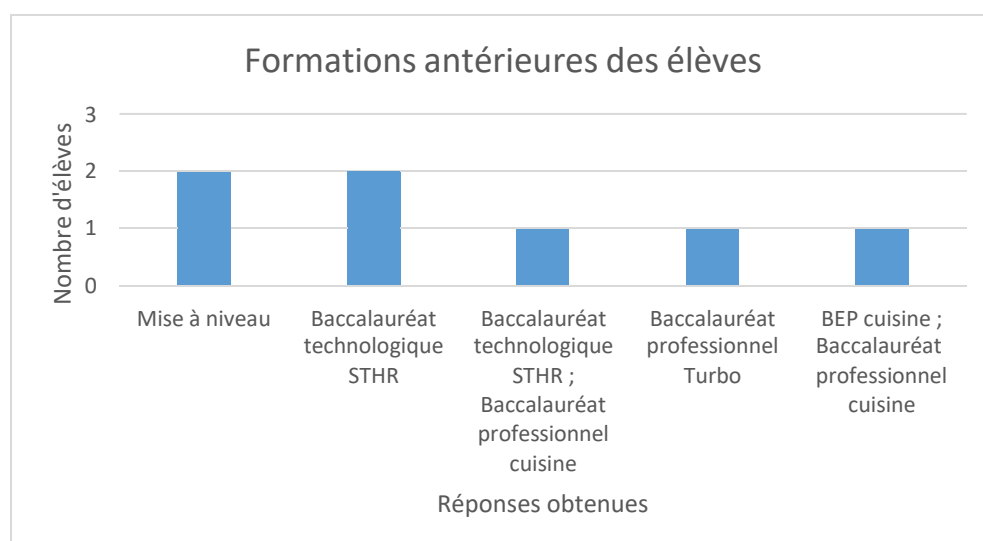


Figure 3. Formations obtenues par les étudiants avant le BTS dans lequel ils sont inscrits.

## 6.2. Profil des enseignants

Dans la voie professionnelle, on retrouve environ 140 enseignants dans l'académie de Toulouse (information émanant d'échanges avec le rectorat). Ainsi, notre échantillon d'enseignants représente environ 5,71% des enseignants de la voie professionnelle dans l'académie.

Pour devenir enseignant en restauration dans l'Education Nationale, il est nécessaire d'obtenir un concours, le CAPET (Certificat d'Aptitude au Professorat de l'Enseignement Technique) qui permet d'enseigner au sein des lycées technologiques ou le CAPLP (Concours d'Accès au corps des Professeurs de Lycée Professionnel) pour enseigner dans la filière professionnelle. Pour présenter ce concours, il est possible de le passer en candidat libre ou en étant inscrit en Master MEEF (Métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation) au sein des INSPE (Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education) (Ministère de l'Education nationale, de la Jeunesse et des Sports, 2021).

L'âge moyen de l'échantillon est de 47,14 ans (37 ; 61 ans). On trouve 6 hommes pour 2 femmes dans notre population de répondants. 6 enseignants ont plusieurs diplômes en cuisine, les enseignants restants ayant uniquement un BTS Management en Hôtellerie-Restauration et une formation autre. Parmi les 6 enseignants avec plusieurs diplômes, on retrouve chez 4 d'entre eux un CAP cuisine, un BEP restauration option cuisine et un baccalauréat professionnel cuisine qu'ils ont chacun complété par d'autres formations :

- un BTS Management en Hôtellerie restauration et une formation autre
- un BTS Management en Hôtellerie restauration et un MEEF

- un BTS Management en Hôtellerie restauration, une MC cuisinier en desserts de restaurant et un MEEF
- un baccalauréat technologique STHR, un BTS Management en Hôtellerie Restauration et une formation autre.

Les trois derniers restaurateurs ont le cursus suivant :

- un CAP cuisine, un BEP restauration option cuisine et un BTS Management en Hôtellerie restauration
- un CAP cuisine, un baccalauréat professionnel cuisine et une formation autre
- un CAP cuisine, un BEP restauration option cuisine et un BTS Management en Hôtellerie-Restauration.

Les enseignants de notre échantillon ont obtenu leur dernier diplôme en cuisine entre 1995 et 2019, avec une médiane située en 2005. La répartition des formations dans lesquelles ils donnent cours est représentée ci-dessous.

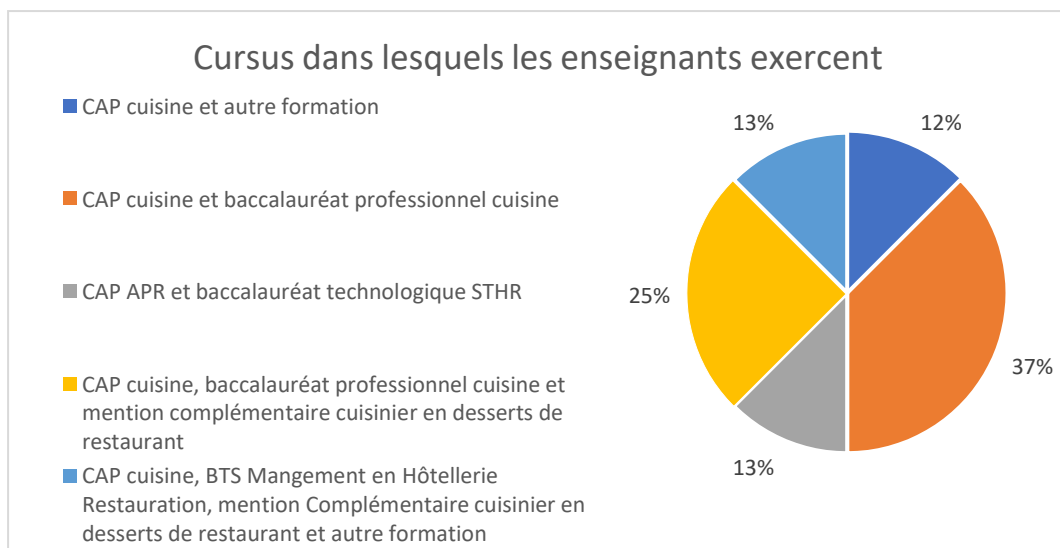


Figure 4. Formations auxquelles les enseignants participent.

### 6.3. Profil des restaurateurs

On dénombrait 2 879 établissements de restauration et de restauration rapide à Toulouse en 2020 (INSEE, 2020). La représentativité de l'échantillon était donc estimée à 339 réponses (cf annexe VII), ce que nous n'avons pas pu atteindre. 28 % des cuisiniers sont des femmes en 2018 (Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES), 2021). Nous retrouvons dans notre échantillon de restaurateurs 63,08% d'hommes (41 réponses) et 35,38% de femmes (23



réponses). Nous pouvons donc voir que nous avons une légère sur-représentation des femmes dans notre échantillon.

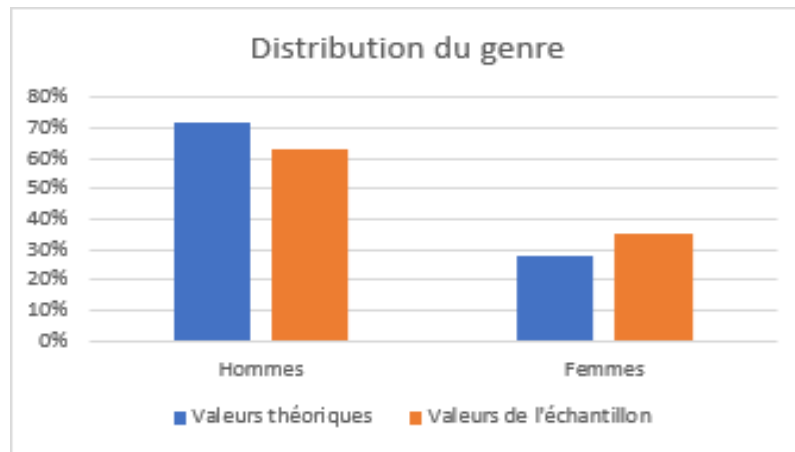


Figure 5. Comparaison de la distribution des genres dans l'échantillon des restaurateurs aux valeurs théoriques de la population de référence.

Dans l'échantillon, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 31-40 ans (avec 31 restaurateurs). D'après la DARES, la majorité des cuisiniers avaient entre 30 et 49 ans entre 2017 et 2019. Notre échantillon est donc représentatif concernant l'âge des participants.

L'âge moyen des restaurateurs et restauratrices est de 38,6 ans (22 ; 62 ans). La tranche d'âge la plus représentée est celle des 31-40 ans (31 restaurateurs), suivie de la tranche d'âge inférieure ou égale à 30 ans (13 restaurateurs). On retrouve ensuite la tranche des 41-50 ans (12 réponses) puis des 51-60 ans (8 réponses). Un seul participant a plus de 60 ans

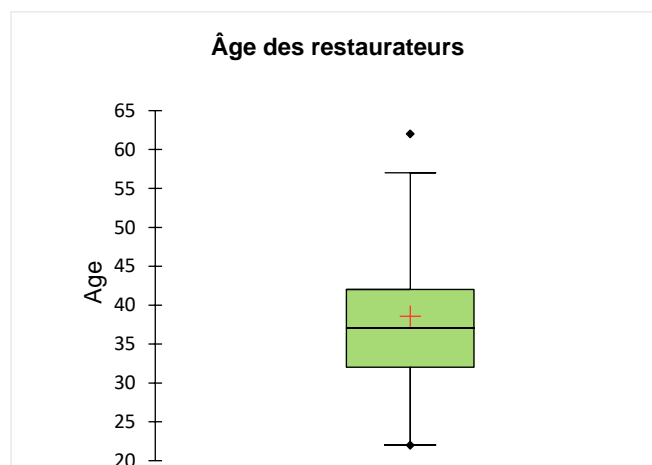


Figure 6. Représentation de l'âge des restaurateurs.

Les hommes sont majoritairement représentés dans l'échantillon (63,08% des participants, 41 réponses) par rapport aux femmes (35,38% des participants, 23 réponses) et au genre « autre » (1,5% des participants, 1 réponse). Concernant l'ancienneté dans le métier, les restaurateurs ont été diplômés entre 1979 et 2020, la médiane se situant en 2009. La majorité des restaurateurs (36) ont une formation professionnelle en cuisine. Le type de cuisine exercée par les restaurateurs est représenté ci-dessous.

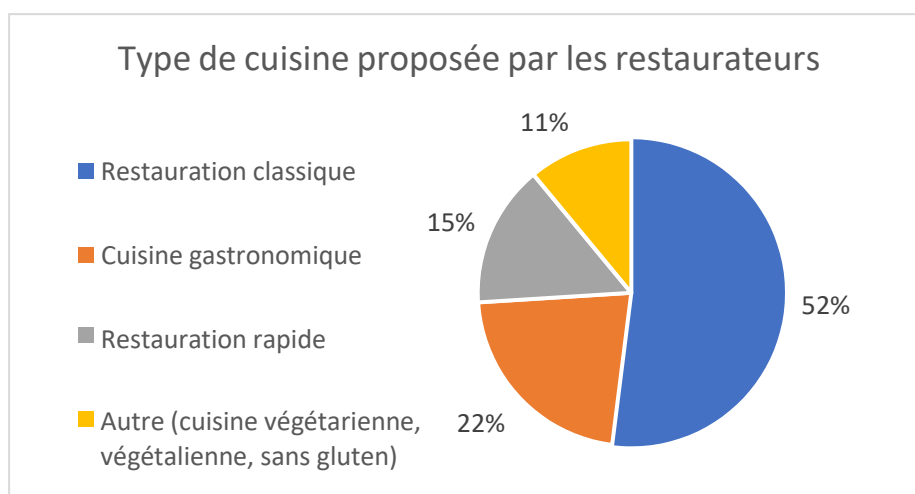


Figure 7. Représentation du type de cuisine proposée par les restaurateurs de l'échantillon.

## 7. Résultats selon les hypothèses

7.1. Hypothèse 1 : Les restaurateurs commerciaux ne proposent pas de plats adaptés pour les personnes dysphagiques.

7.1.1. Sous hypothèse 1 : Les restaurateurs commerciaux n'ont pas de connaissances spécifiques concernant les adaptations de plats pour les personnes présentant des troubles de la déglutition.

### 7.1.1.1. Étudiants

5 élèves déclarent avoir reçu des cours sur les troubles de la déglutition. Tous ces élèves n'ont pas forcément la même formation avant leur BTS : deux ont un baccalauréat STHR, un autre un baccalauréat professionnel cuisine et un baccalauréat STHR, le quatrième un BEP cuisine suivi d'un baccalauréat professionnel cuisine et le dernier aucune formation antérieure. Il semblerait donc que les cours sur les adaptations de textures sont donnés en BTS. La moitié des élèves connaissent une

personne ayant des troubles de la déglutition. Les relations avec ces personnes sont résumées dans le tableau ci-dessous :

*Tableau 1. Cadre de la relation des étudiants avec une personne dysphagique.*

<b>Participant</b>	<b>Type de relation avec la personne dysphagique</b>
Participante Et5	Proche
Participante Et7	- Proche - Participant au projet de son lycée avec des patients présentant une SLA
Participant Et3	- Participant au projet de son lycée avec des patients présentant une SLA - Client en restauration commerciale
Participante Et8	Client en restauration collective

#### *7.1.1.2. Enseignants*

La majorité des enseignants (7 sur 8) n'a pas reçu d'information à ce sujet au cours de leur formation initiale. Un seul participant déclare avoir reçu des cours sur les adaptations. Cet enseignant possède un CAP, un baccalauréat professionnel cuisine et un BTS (formation dans laquelle il a reçu ces cours). Il ne s'agit pas de l'enseignant ayant été formé le plus récemment (2003) ni du seul possédant un BTS : on ne peut donc pas faire de lien entre l'ancienneté dans le métier ni avec la formation BTS. Ce participant a déjà adapté en restauration collective (EHPAD) : cet enseignant était donc peut-être déjà intéressé par une adaptation de sa cuisine à des particularités des usagers et s'est informé à ce sujet dès sa formation initiale. Ainsi, il est impossible de conclure à une incidence de l'ancienneté du diplôme sur les informations reçues.

5 enseignants connaissent une personne dysphagique. 4 d'entre eux ont uniquement une connaissance "professionnelle" d'une personne dysphagique comme présenté ci-dessous. Un seul participant, le plus âgé des enseignants (61 ans) connaît une personne dysphagique dans son entourage.

Tableau 2. Cadre de la relation des enseignants avec une personne dysphagique.

Participant	Type de relation avec la personne dysphagique
Participant En3	- Client en restauration collective - Client en restauration commerciale
Participant En4	Client en restauration commerciale
Participant En1	Participant au projet du lycée avec des patients présentant une SLA
Participant En8	- Client en restauration collective (milieu hospitalier, milieu médico-social et restauration d'entreprise) - Proche

Il n'y a pas de différence d'âge significative entre les deux groupes (45 ans en moyenne pour les participants ne connaissant pas de personne dysphagique ; 43 ans en moyenne dans l'autre groupe). De la même façon, l'ancienneté dans le métier n'est pas forcément liée au fait de connaître une personne dysphagique (diplôme obtenu en moyenne en 2001 pour les participants ne connaissant pas de personne dysphagique et en 2009 pour les autres). Tous ceux connaissant une personne dysphagique ont proposé des adaptations dans leur carrière. Pour 2 participants, les adaptations proposées ne l'ont été que dans la restauration collective (maison de retraite, centre médico-social), dans les deux secteurs de la restauration pour un autre (EHPAD et hôtellerie) et enfin seulement dans la restauration commerciale pour le dernier enseignant. Un seul enseignant ne connaissant pas de personne dysphagique a exercé en restauration collective : la connaissance d'un patient n'est donc pas forcément liée à une expérience dans la restauration collective.

Tous les enseignants ont un CAP, suivi de diplômes différents. On ne retrouve pas un parcours scolaire typique des enseignants connaissant ou ne connaissant pas de personne dysphagique.

Un seul enseignant déclare que le nombre d'heures dédiées aux enseignements sur les adaptations de textures sont "variables en fonction des thèmes des repas proposés", quand les autres enseignants relèvent qu'il n'y en a aucune ou très peu. Cet enseignant est âgé de 48 ans et fait partie des 3 enseignants ayant le plus de diplômes (CAP cuisine, BEP cuisine, Bac STHR, BTS Management Hôtellerie-restauration, CAP pâtisserie). Il enseigne à deux niveaux (CAP cuisine et bac pro cuisine) comme deux autres participants : on ne peut donc pas faire de lien entre les formations dans lesquelles

les enseignants donnent cours et le nombre d'heures allouées aux enseignements. Il est le deuxième participant le plus anciennement diplômé (1997).

### 7.1.1.3. Restaurateurs

Seuls trois restaurateurs disent avoir reçu des informations sur les troubles de la déglutition pendant leur formation. Deux d'entre eux possèdent un CAP cuisine et le troisième possède un master MEEF. Les restaurateurs ayant reçu des cours ont obtenu leur diplôme plus récemment (en moyenne en 2012) que ceux n'en ayant pas reçu (2003 en moyenne).

15 restaurateurs connaissent une personne dysphagique. Certains participants ont connu une personne dysphagique dans différents cadres. Sur les 18 réponses ainsi obtenues, la moitié des connaissances dysphagiques des restaurateurs sont des proches (9/18), suivie par une rencontre dans la restauration collective (5/18) puis dans la restauration commerciale (4/18).

L'âge des restaurateurs n'est pas significativement différent entre le groupe connaissant une personne dysphagique et le groupe n'en connaissant pas ( $p = 0,287$ ). Le fait d'avoir exercé en restauration collective n'est pas non plus significativement lié à la connaissance d'une personne dysphagique ( $p = 0,371$ ) : on retrouve une minorité de participants ayant exercé en restauration collective dans les deux catégories de restaurateurs (25% des restaurateurs connaissant une personne dysphagique et 20% n'en connaissant pas).

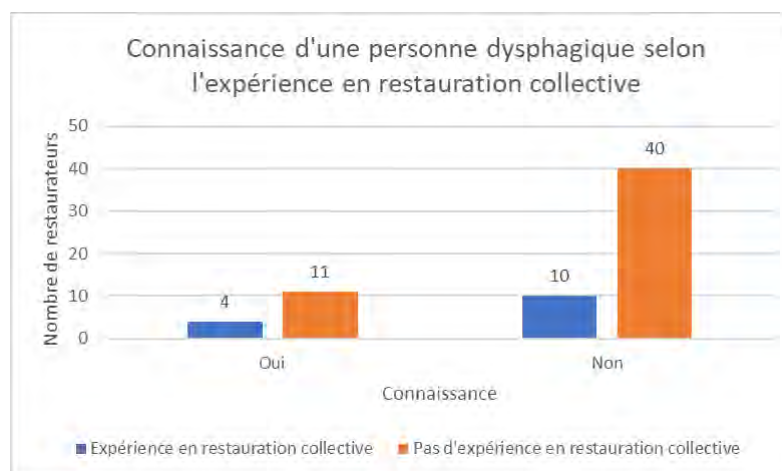


Figure 8. Connaissance d'une personne dysphagique parmi les restaurateurs ayant une expérience en restauration collective et ceux n'en ayant pas.

7.1.2. Sous-hypothèse 2 : Les restaurateurs commerciaux ne sont pas sollicités par des personnes présentant des troubles de la déglutition pour des demandes d'adaptation des plats à la carte.

#### *7.1.2.1. Etudiants*

Les trois-quarts des élèves n'ont jamais eu à adapter un plat en raison d'un trouble de déglutition d'un patient. Seul un participant a pratiqué des adaptations au cours d'un stage en maison de retraite. Les deux autres participants ont adapté des plats dans le cadre d'un projet scolaire de BTS pour proposer des livrets de recettes adaptés aux patients présentant une SLA.

Ce ne sont pas les mêmes participants qui ont reçu des cours et qui ont pratiqué des adaptations lors des stages : 3 élèves ayant reçu des cours ont déjà adapté des plats en stage et les 2 autres élèves ayant reçu des cours n'ont pas proposé d'adaptations.

Tous les élèves n'ayant pas pratiqué d'adaptation, ont une formation antérieure à leur BTS : la majorité d'entre eux (4/5) ont un niveau baccalauréat, à l'exception d'une élève qui a effectué uniquement une mise à niveau avant d'entrer en BTS. Parmi les élèves ayant déjà adapté, on retrouve des diplômes très différents : une élève possède une mise à niveau, le deuxième participant possède un baccalauréat technologique STHR tandis que la dernière participante n'a pas de formation en cuisine antérieure à son BTS.

La seule élève ayant apporté des adaptations lors d'un stage a pu le faire dans une maison de retraite. Elle n'a pas eu de cours à ce sujet mais se déclare à l'aise et pense pouvoir proposer des adaptations sur son futur lieu de travail. Elle ne ressent pas le besoin d'avoir plus d'informations.

#### *7.1.2.2. Enseignants*

5 enseignants ont déjà adapté un plat en raison du trouble de la déglutition d'un client. Le groupe ayant déjà proposé des adaptations de textures a été diplômé plus récemment (2009 en moyenne) que le groupe n'en ayant pas proposé.

La plupart des enseignants (7/8), qu'ils aient pratiqué ou non des adaptations dans leur carrière, n'ont pas reçu de cours sur les adaptations pour ce public dans leur formation. Un exercice en restauration collective ne semble pas lié à une pratique plus importante puisqu'on retrouve des participants ayant exercé dans la restauration collective dans les deux groupes.

La moitié des enseignants a déjà travaillé en collectivité. L'ancienneté dans le métier est plus grande chez ceux n'ayant pas exercé en restauration collective (année d'obtention moyenne du dernier diplôme en 2008 contre 2004 dans le groupe n'ayant pas eu cette expérience). Parmi les enseignants provenant de la collectivité, un seul dit ne pas avoir apporté de modification pour une personne dysphagique : il a travaillé en restauration d'entreprise ou scolaire alors que les autres enseignants ont plutôt exercé dans des établissements médico-sociaux.

Chez les enseignants ayant exercé en restauration collective, seul 1 participant sur 4 a reçu un enseignement à ce sujet en formation initiale : il n'y a donc pas de lien entre l'exercice en restauration collective et le fait d'avoir reçu des cours sur les adaptations. Il n'y a pas de profil particulier de formation initiale chez les participants ayant exercé en restauration collective par rapport aux autres enseignants.

La moitié des participants ayant travaillé uniquement dans le milieu commercial ont déjà apporté des modifications de textures dans des restaurants traditionnels : nous pouvons donc voir que les restaurateurs commerciaux sont sollicités pour adapter les plats (dans une moindre mesure qu'en restauration collective, seuls 3 enseignants de l'échantillon total déclarent avoir déjà adapté dans la restauration commerciale).

#### *7.1.2.3. Restaurateurs*

80% des restaurateurs n'ont jamais adapté un plat à des troubles de la déglutition. Il y a plus de restaurateurs possédant un diplôme en cuisine dans le groupe ayant déjà pratiqué des adaptations (76,92%) que dans le groupe n'en ayant pas pratiqué (51,92%). Parmi les restaurateurs ayant déjà pratiqué des adaptations, la majorité d'entre eux possèdent un CAP cuisine (30,77%), un BTS ou un master MEEF (15,38% chacun). Parmi les restaurateurs n'ayant pas proposé d'adaptations dans leur carrière, la majorité ont un BTS (23,53% des formations) suivi du CAP cuisine (21,57%). Il est à noter qu'une proportion importante des restaurateurs n'ayant jamais proposé d'adaptations possède une formation "autre".

Tous les restaurateurs n'ayant pas adapté de plats déclarent également ne jamais avoir reçu de cours sur les adaptations pour les personnes ayant des troubles de la déglutition. Les trois participants déclarant avoir reçu des cours font partie du groupe ayant déjà adapté des plats. Le type de cuisine proposée par les restaurateurs et le fait d'avoir déjà proposé des adaptations ne sont pas liés ( $p = 0,350$ ).

Les formations à propos des adaptations étant souvent destinées au personnel de la restauration collective, nous pensons que les restaurateurs ayant connu ce milieu auraient été plus confrontés au fait d'adapter les plats. La différence entre les deux groupes n'est pas significative ( $p = 0,565$ ). Dans le groupe des restaurateurs ayant déjà adapté, comme dans l'autre, la majorité n'ont pas travaillé en restauration collective. Si l'on observe uniquement les restaurateurs ayant travaillé en restauration collective (16 restaurateurs), 4 d'entre eux seulement (25%) ont déjà adapté un plat contre 12 professionnels n'ayant jamais adapté de plats (75%).

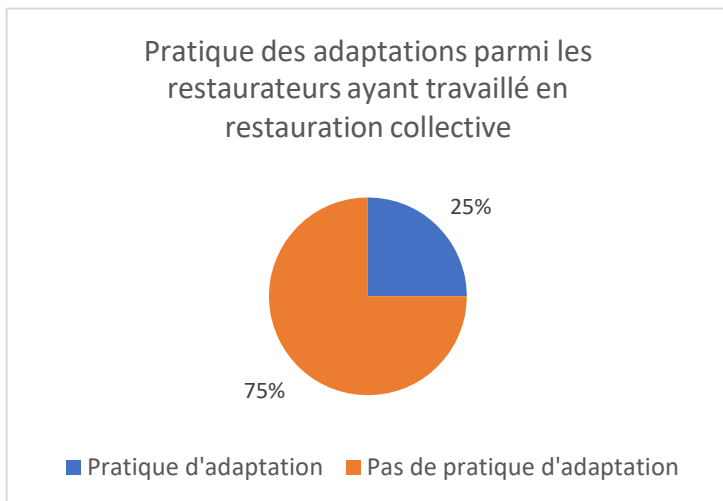


Figure 9. Pratique des adaptations chez les restaurateurs ayant exercé en collectivité.

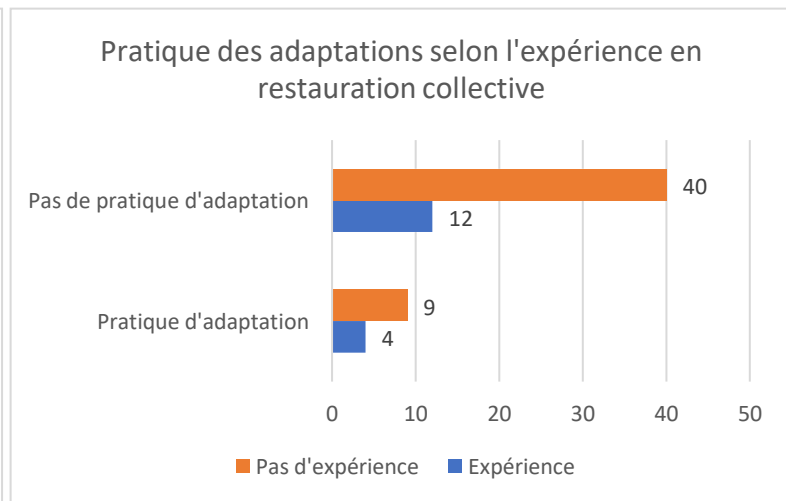


Figure 10. Pratique des adaptations chez les restaurateurs ayant exercé en collectivité.

Les participants ayant exercé dans ce milieu et ayant déjà adapté des plats ont plutôt travaillé dans des établissements médico-sociaux, notamment en EHPAD (3/4) alors que ceux ayant travaillé en collectivité sans avoir adapté ont exercé majoritairement en restauration scolaire ou d'entreprise (9/12).

La majorité des restaurateurs n'ont pas été sollicités pour adapter la texture d'un plat au cours de la semaine passée. Seuls 5 restaurateurs déclarent avoir adapté des textures au cours de la dernière semaine, entre 1 et 5 fois pour 4 d'entre eux et 6 à 10 fois pour un autre. Nous avons également demandé aux restaurateurs combien de fois ils avaient été amenés à adapter des plats pour des régimes alimentaires socialement plus acceptés, afin de comparer nos données à nos lectures (voir l'ouvrage de Claude Fischler précédemment cité). Nous voyons en effet que les restaurateurs sont



entre 6 et 10 fois plus sollicités pour adapter leur carte à des régimes végétariens, végétaliens ou sans gluten.

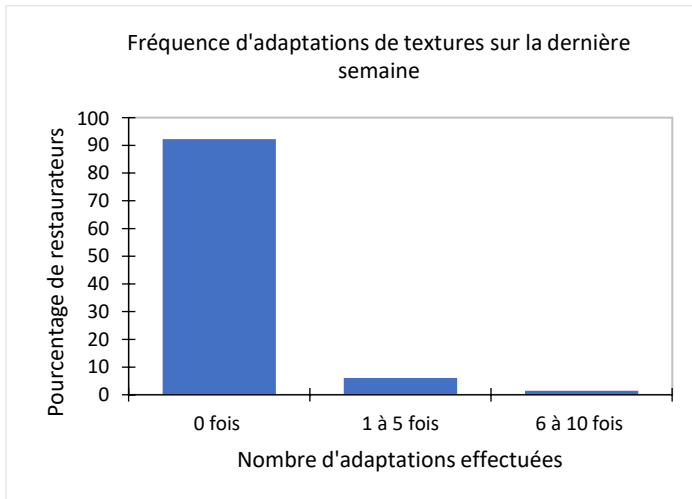


Figure 11. Adaptations de textures effectuées dans les établissements des restaurateurs sur la semaine passée.

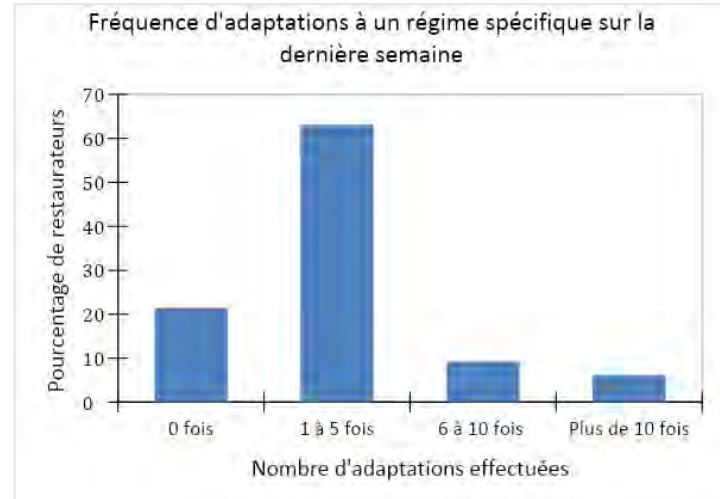


Figure 12. Adaptations des plats à d'autres régimes alimentaires effectuées dans les établissements des restaurateurs sur la semaine passée.

7.2. Hypothèse 2 (H2) : Les restaurateurs commerciaux sont intéressés pour améliorer l'accès des personnes dysphagiques à leur établissement.

### 7.2.1. Etudiants

7 élèves déclarent être à l'aise pour proposer des adaptations. La seule étudiante ayant déclaré ne pas se sentir à l'aise n'a pas reçu de cours à ce sujet : elle a suivi une mise à niveau avant d'intégrer le BTS, n'a pas proposé d'adaptations de textures en stage et n'a pas effectué de stage en collectivité. Elle ne connaît pas de personne dysphagique, mais se dit intéressée pour recevoir plus d'informations et proposer des adaptations. On observe que tous les élèves ayant reçu des cours se disent à l'aise pour proposer des adaptations. Cependant, nous ne pouvons conclure à un lien entre les cours reçus et le niveau d'aisance, les élèves n'ayant pas reçu de cours se déclarant également à l'aise.

Le niveau d'aisance et le fait de connaître une personne dysphagique ne sont pas liés. Parmi les élèves à l'aise, trois connaissent une personne dysphagique et deux n'en connaissent pas. Parmi les élèves à l'aise, une majorité (4/7) n'a jamais proposé d'adaptations.

La moitié des élèves seraient intéressés pour avoir plus d'informations sur ces troubles et sur les outils à leur disposition. Aucun des participants intéressés pour avoir plus d'infos n'a pratiqué d'adaptation ou n'a effectué de stage en collectivité. Les  $\frac{3}{4}$  des participants ne souhaitant pas être plus informés ont déjà adapté des plats.

Nous n'observons pas de lien entre les cours reçus et la volonté d'avoir plus d'informations. Dans les deux groupes, une majorité de participants a reçu des cours à ce sujet (la moitié des participants intéressés et les  $\frac{3}{4}$  des participants non intéressés). Les  $\frac{3}{4}$  des participants intéressés se disent pourtant à l'aise dans cet exercice.

Nous n'observons pas non plus de lien entre la connaissance d'une personne dysphagique et la volonté de se former : un seul des participants intéressés connaît une personne dysphagique (un proche) et deux participants non intéressés en connaissent.

Les  $\frac{3}{4}$  des élèves souhaitant recevoir plus d'informations ont une formation antérieure de niveau baccalauréat. Parmi les élèves ne souhaitant pas plus de renseignements, nous retrouvons la seule participante ayant effectué un stage en restauration collective, notamment dans des établissements médico-sociaux. Aucun des participants intéressés pour avoir plus d'infos n'a adapté de préparations lors de ses stages.

7 élèves pensent pouvoir adapter la texture ou la consistance d'un plat sur demande. Le seul élève ne pensant pas possible de s'adapter à la demande d'un client sur son futur lieu de travail est le participant le plus jeune de l'échantillon (17 ans). Il ne souhaite d'ailleurs pas obtenir plus d'informations. Il n'a pas apporté de modifications à des plats ni effectué de stage en restauration collective, mais a reçu des cours à ce sujet.

Nous observons que la connaissance d'une personne dysphagique n'implique pas une plus grande envie de répondre positivement aux demandes des patients : parmi ceux pensant répondre positivement, une majorité (4/7) ne connaissent pas de personne dysphagique.

De la même manière nous n'observons pas de lien entre l'aisance ressentie pour pratiquer des adaptations et la volonté de répondre positivement à la demande d'un client dysphagique : la majorité (6/7) des participants imaginant répondre positivement se disent à l'aise, tout comme le participant n'imaginant pas possible d'adapter.

La volonté d'accueillir des clients dysphagiques n'est pas lié à une volonté d'avoir plus de renseignements : parmi les participants voulant répondre positivement, on retrouve une répartition plutôt égale entre les étudiants intéressés pour obtenir plus de renseignements et ceux non intéressés.

Tous les participants ayant déjà proposé des adaptations pensent répondre positivement à une demande d'adaptation sur leur futur lieu d'exercice.

### 7.2.2. Enseignants

Seul un enseignant ne pense pas utile d'apporter des enseignements sur les adaptations aux élèves, car il pense que cela ne concerne pas une demande suffisamment importante. Ce participant a pourtant lui-même été formé aux adaptations de textures durant son BTS (obtenu en 2003). Il s'agit du seul enseignant ne donnant cours que jusqu'au niveau baccalauréat (CAP et Baccalauréat professionnel). Il s'agit pourtant d'un enseignant ayant exercé en restauration collective dans plusieurs établissements, notamment médico-sociaux et ayant apporté des modifications à des plats à destination de personnes dysphagiques.

4 enseignants ayant déjà adapté un plat pensent pertinent de donner des cours aux élèves sur les adaptations, tout comme les 3 enseignants n'ayant jamais adapté un plat aux besoins d'une personne dysphagique : il n'y a donc pas de lien entre le fait d'avoir déjà adapté et l'intérêt pour former les jeunes. Le fait d'avoir travaillé dans le secteur de la restauration collective n'est pas lié non plus à un niveau d'intérêt plus grand puisque même ceux n'ayant pas exercé dans ce secteur pensent utile de former les élèves.

### 7.2.3. Restaurateurs

Près de 70% des restaurateurs (45 réponses) sont peu intéressés pour obtenir plus d'informations sur les troubles de la déglutition et les outils à leur disposition pour proposer des adaptations. 17 restaurateurs sont intéressés et 3 très intéressés. Aucun participant n'a choisi la modalité extrême « pas du tout intéressé ». Le niveau d'intérêt n'est pas dépendant des cours reçus en formation initiale : parmi les 3 restaurateurs ayant reçu des cours, deux sont tout de même intéressés.

Ni l'âge des restaurateurs ( $p = 0,571$ ) ni le fait d'avoir une formation en cuisine ( $p = 0,618$ ) ne sont significativement liés au niveau d'intérêt. Parmi les restaurateurs ayant une formation en cuisine, nous avons réuni d'un côté les formations de niveau inférieur ou égal à un baccalauréat (CAP, BEP, baccalauréat professionnel ou technologique) et d'un autre côté les formations du supérieur (mention complémentaire, BTS, master). Les formations « autres » ont été laissées dans une catégorie à part. Nous n'observons pas de lien significatif entre le niveau de formation et l'intérêt ( $p=0,660$ ).

Que ce soit parmi les restaurateurs intéressés ou parmi ceux non intéressés, on retrouve une majorité de restaurateurs n'ayant pas exercé en restauration collective : la différence n'est donc pas significative ( $p= 0,502$ ).

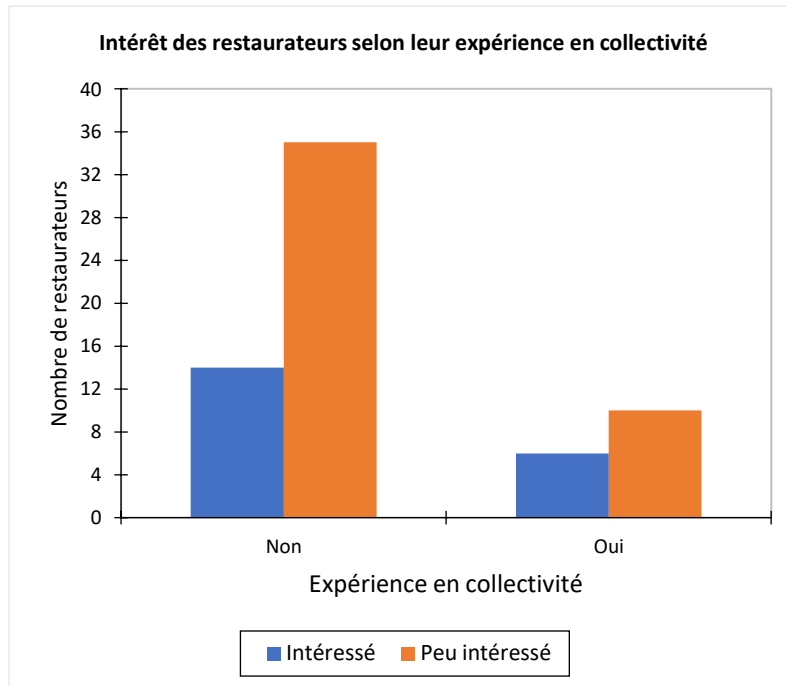


Figure 13. Représentation des restaurateurs intéressés pour avoir plus d'informations parmi les restaurateurs ayant exercé en collectivité et les restaurateurs n'y ayant pas exercé.

Nous avons réuni les données concernant le type de cuisine proposée et le degré d'intérêt ci-dessous. La différence entre les groupes est significative ( $p = 0,03$ ) : il semble donc que le type de cuisine influence le niveau d'intérêt des restaurateurs. Le test exact de Fischer nous permet de déterminer que ce sont la restauration classique ( $p=0,030$ ) et le type de cuisine autre ( $p=0,03$ ) qui sont significativement corrélées au niveau d'intérêt des restaurateurs.

Tableau 3. Niveau d'intérêt des restaurateurs selon le type de cuisine proposée dans leur établissement.

Type de cuisine \ Intérêt	Autre (cuisine végétarienne, végétalienne, sans gluten)	Cuisine gastronomique	Restauration classique (traditionnelle et cuisine du monde)	Restauration rapide
Intéressé	6	6	6	2
Peu intéressé	1	8	28	8

Lorsque l'on demande aux restaurateurs s'ils pensent possible d'intégrer à leur carte des informations à destination des personnes dysphagiques, 27 d'entre eux répondent oui. Ils proposent majoritairement une restauration classique (37,04%). On retrouve une répartition quasi égale de restaurateurs peu intéressés (14 répondants) et intéressés (13 répondants) pour avoir plus d'informations. On observe une différence d'âge significative entre les restaurateurs volontaires pour modifier leur carte et les autres ( $p=0,001$ ). Les 27 restaurateurs prêts à modifier leur carte sont plus jeunes que les restaurateurs ne pensant pas possible de modifier la carte.

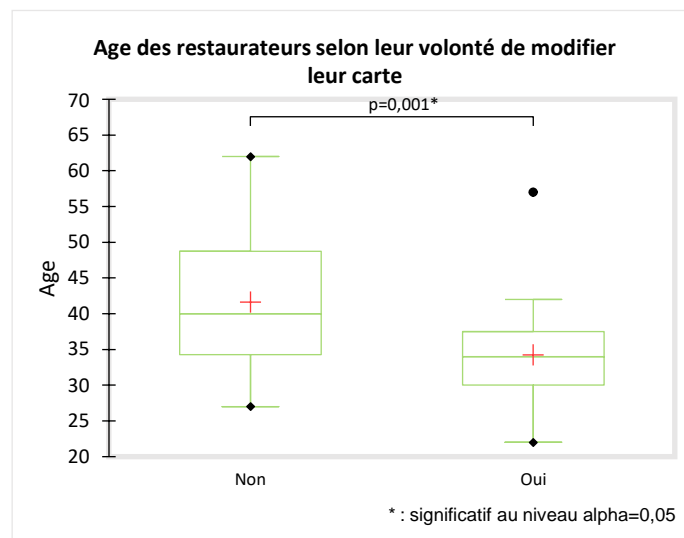


Figure 14. Comparaison de l'âge des restaurateurs selon la volonté à intégrer des informations à destination des personnes dysphagiques dans leur carte.

Le fait de connaître une personne souffrant de ces troubles n'influence pas significativement la volonté des restaurateurs à intégrer des informations à leur carte ( $p = 0,646$ ), tout comme le fait d'avoir une formation en cuisine ( $p = 0,300$ ). Un tiers des restaurateurs volontaires pour intégrer des informations à la carte possèdent un BTS. Parmi ceux ne souhaitant pas modifier leur carte, une majorité possède un CAP (26,83%) ou un BEP cuisine (21,95%). Nous avons ici aussi classé les diplômes obtenus par les participants en trois catégories (inférieur ou égal au baccalauréat, supérieur, autre) : le niveau de diplôme obtenu n'influence pas significativement la volonté de modifier la carte ( $p = 0,150$ ).

Parmi les participants ne pensant pas possible d'intégrer des informations à leur carte, la raison principalement avancée correspond au fait que ça ne concerne pas assez de clients (45,24% des réponses) et par manque de temps (28,57% des réponses données). Parmi ceux ne connaissant pas de personne dysphagique, la question de la lisibilité de la carte a aussi été avancée (14,29% des réponses) alors qu'on ne retrouve pas cette réponse dans le groupe des restaurateurs connaissant des patients.

Concernant le type de cuisine, on retrouve la répartition représentée ci-dessous. Le type de cuisine influence significativement la volonté des restaurateurs à intégrer des informations à leur carte ( $p = 0,022$ ). Comme pour l'intérêt à avoir plus d'informations, ce sont la restauration classique ( $p=0,047$ ) et le type de cuisine autre ( $p=0,017$ ) qui sont le plus corrélés à la volonté de modifier la carte.

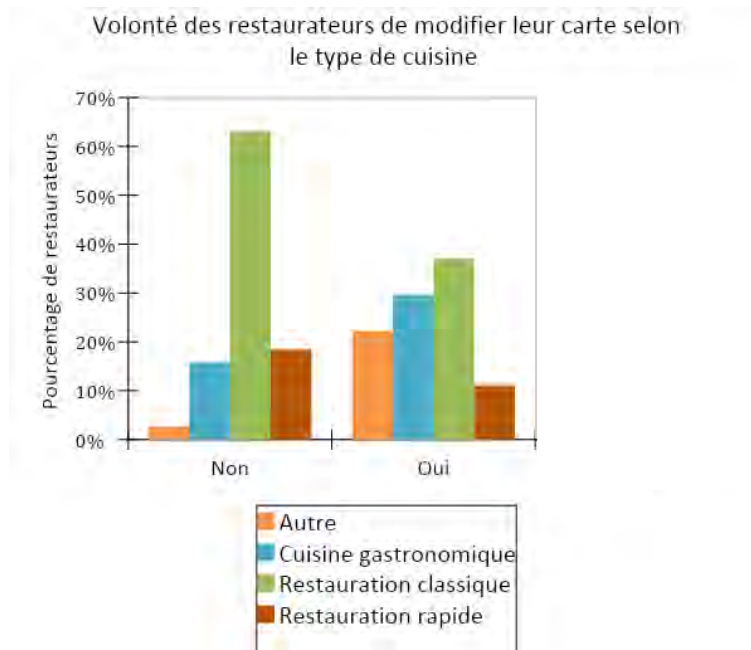


Figure 15. Représentation du type de cuisine proposée dans l'établissement des restaurateurs volontaires et non volontaires pour intégrer des informations à leur carte.

La pratique d'adaptation influence également significativement la volonté des restaurateurs à modifier leur carte ( $p = 0,023$ ), que ce soit l'envie d'y apporter de nouvelles informations ( $p = 0,031$ ) ou au contraire de ne pas le faire ( $p = 0,031$ ).

Lorsqu'on les interroge sur la réponse qu'ils pensent donner à la demande d'adaptation d'un client dysphagique, une majorité de restaurateurs (55) pense répondre positivement s'ils sont prévenus en amont. Le fait de connaître une personne dysphagique ne semble pas influencer la réponse apportée : parmi ceux répondant positivement, seuls 14 restaurateurs connaissent une personne dysphagique (toutes relations confondues) alors que parmi ceux ne pensant pas répondre favorablement, seul un restaurateur connaît une personne dysphagique.

Parmi les restaurateurs volontaires pour répondre favorablement à la demande d'un client dysphagique, l'année moyenne d'obtention du dernier diplôme est en 2005 alors qu'elle se situe en 1997 pour l'autre partie des restaurateurs : il semblerait donc que ce soient les restaurateurs les plus récemment formés qui soient enclins à adapter les plats sur demande. Tous les restaurateurs ayant

déjà adapté les textures d'un plat font partie des restaurateurs pensant possible d'adapter sur demande préalable d'un client.

La réponse donnée par les restaurateurs à une demande d'adaptation n'est pas significativement modifiée par l'obtention d'un diplôme en cuisine ( $p = 0,287$ ). Pourtant, parmi les participants prêts à répondre positivement, on retrouve une majorité de personnes possédant une formation en cuisine (58,18%), alors que l'on observe la répartition inverse dans l'autre groupe (60% de restaurateurs ne possédant pas de formation). Les restaurateurs répondant positivement à une demande d'adaptation ont en majorité un BTS (ou un CAP tandis que les restaurateurs ne pensant pas pouvoir répondre ont majoritairement un CAP cuisine.

La réponse donnée par les restaurateurs à une demande d'adaptation n'est pas non plus significativement reliée à une expérience en restauration collective ( $p = 0,220$ ). Chez les restaurateurs ayant exercé en collectivité comme chez les autres, une majorité de répondants pensent répondre positivement à une demande d'un client dysphagique.

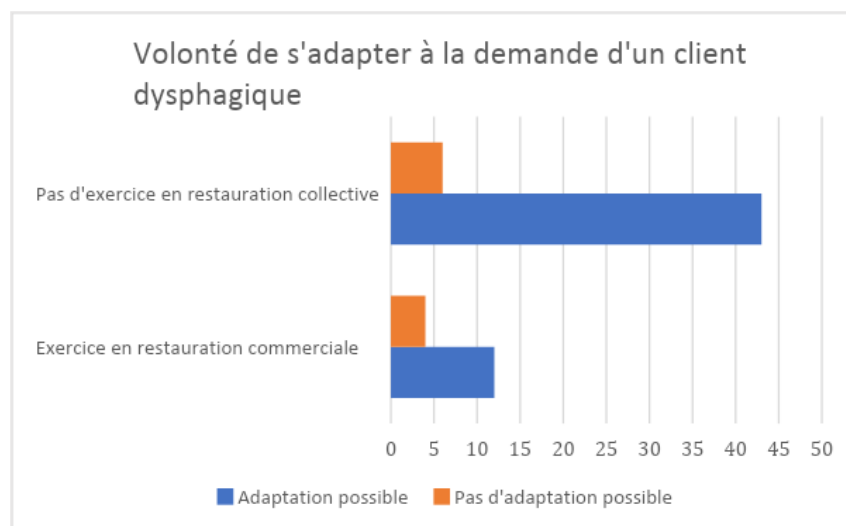


Figure 16. Réponse apportée par les restaurateurs ayant exercé en collectivité ou non à une demande d'un client présentant des troubles de la déglutition.

Quel que soit le type de cuisine proposé par les restaurateurs, on retrouve une majorité de restaurateurs prêts à répondre positivement aux demandes de cette clientèle.

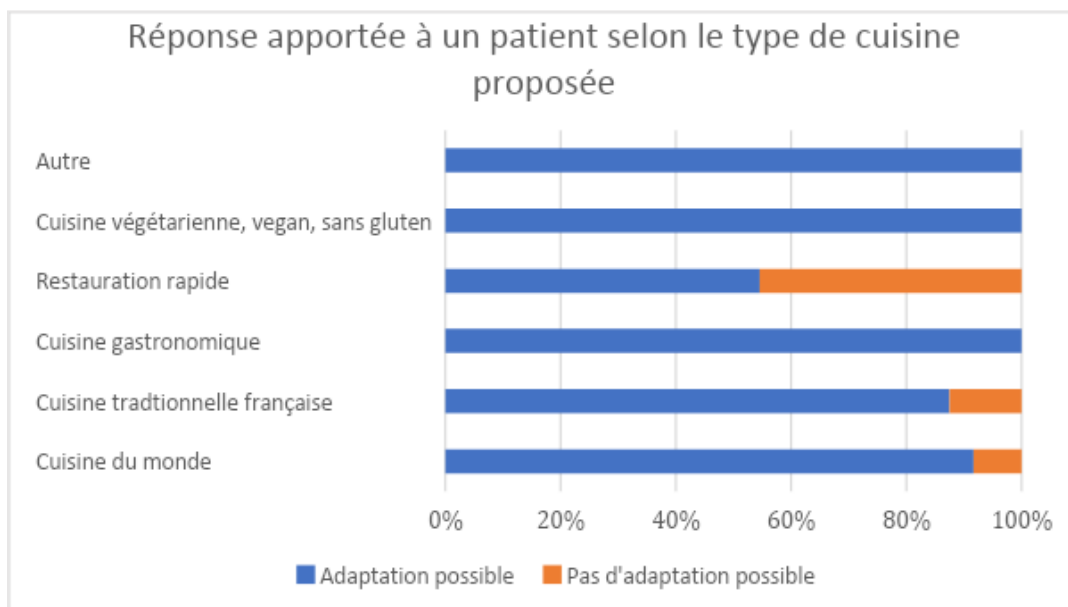


Figure 17. Réponse apportée par les restaurateurs à une demande d'un client présentant des troubles de la déglutition, selon le type de cuisine proposée dans leur établissement.



---

## Discussion

---

---

### 8. Discussion des résultats

#### 8.1. Connaissance d'une personne dysphagique, pratique des adaptations et exercice en collectivité

Dans nos trois populations, la connaissance d'une personne dysphagique n'était pas significativement liée à l'expérience en restauration collective ( $p > 0,05$ ). On observe cependant que, plus que le fait d'avoir exercé en restauration collective, c'est plutôt le type d'établissement dans lesquels les participants ont travaillé qui est lié à la pratique d'adaptations : chez les enseignants et les restaurateurs avec une expérience en collectivité, ce sont ceux ayant exercé dans des établissements médico-sociaux (notamment en EHPAD) qui ont déjà modifié les consistances et textures au motif de troubles de la déglutition. Le même constat est fait chez les restaurateurs. Nous savons que la proportion de patients dysphagiques est plus importante dans la population institutionnalisée (Desport et al., 2011) qu'en population générale : ce constat peut expliquer nos résultats, les professionnels de la restauration seraient donc plus amenés à rencontrer des patients dysphagiques dans ces établissements.

De la même manière, bien qu'une expérience en restauration collective ne soit pas significativement corrélée au fait d'avoir adapté des plats ( $p > 0,05$ ), nous avons remarqué que parmi les restaurateurs ayant exercé en collectivité, ceux ayant proposé des adaptations ont plutôt travaillé dans des établissements médico-sociaux (EHPAD).

#### 8.2. Cours dispensés sur les adaptations

5 élèves de notre échantillon disent avoir reçu des cours sur les troubles de la déglutition. Ils avaient tous suivi des formations antérieures différentes et étaient tous scolarisés en BTS : nous avons donc pensé que ces enseignements étaient dispensés en BTS. Pourtant, cela ne correspond pas aux réponses données par les enseignants, ni aux réponses données par les 3 étudiants qui n'ont pas eu de cours et

sont pourtant inscrits eux aussi en BTS. Il est possible que les élèves ayant répondu à nos questions soient ceux les plus intéressés par ce sujet, et donc ceux y ayant déjà été confrontés.

### 8.3. Recherche d'informations supplémentaires

Nous avons également interrogé le lien entre le niveau d'aisance des élèves pour proposer des adaptations et leur volonté de recevoir plus d'informations : il nous semblait que moins les élèves se sentiraient à l'aise, plus ils seraient volontaires pour se former. Une seule élève avait déclaré ne pas être à l'aise : elle avait intégré le BTS sans diplôme antérieur en cuisine, n'avait jamais pratiqué d'adaptations, ne connaissait pas de personne dysphagique et n'avait pas effectué de stage en restauration collective. Ce sont autant d'éléments pouvant expliquer son sentiment.

La majorité des élèves intéressés pour se former se sentaient pourtant à l'aise dans les adaptations de textures et consistances : ainsi, aisance et recherche d'informations supplémentaires n'étaient pas liées. Nous pouvons supposer que pour ces étudiants, il s'agit plutôt d'une recherche de perfectionnement et d'amélioration dans des techniques déjà maîtrisées. La seule participante qui n'était pas intéressée pour avoir plus d'informations était également la seule à avoir déjà effectué plusieurs stages en restauration collective : elle avait probablement déjà suffisamment adapté de plats lors de ses stages et ne ressentait donc pas le besoin de se former davantage.

### 8.4. Obstacles relevés par les restaurateurs

Plusieurs difficultés ont été pointées par les restaurateurs pour accueillir des clients avec troubles de la déglutition et adapter leur carte ou les plats préparés : manque de temps, lisibilité réduite de la carte et manque d'outils.

#### 8.4.1 Quels plats proposer aux personnes dysphagiques ?

Plusieurs restaurateurs et un élève pensaient nécessaire de préparer des plats spécifiques dédiés aux personnes dysphagiques. Cet élève soulevait la question d'un éventuel manque à gagner : *"[...] si l'on prend en compte cette clientèle ça voudrait dire qu'il faut préparer des denrées pour des clients qu'on ne verra peut-être pas ou peu et ça va causer plus de pertes que de revenu sauf si cette clientèle est régulière."* Pour accueillir des clients dysphagiques, Le Net (2016) avait privatisé l'établissement dans lequel elle menait son étude : seuls des repas adaptés étaient servis. La carte proposée avait été

conçue en amont par le cuisinier, en collaboration avec les orthophonistes. Il s'agissait donc d'un menu unique, dans lequel les patients ne pouvaient pas choisir leur propre composition de repas. Dans la réalité, les patients ont deux options : choisir des plats « faciles » pour eux à manger (quand ils en trouvent, ce qui correspond plutôt à un choix par défaut), ou demander aux cuisines des modifications sur un plat de leur choix à la carte. Cela nécessite une certaine flexibilité du cuisinier, qui devra apporter une modification individuelle au milieu des autres plats « classiques ». Pour autant, nous avons vu que les restaurateurs apportent déjà largement des modifications sur demande des clients pour d'autres demandes alimentaires (dans le cadre d'un régime alimentaire autre comme le véganisme, le végétarisme ou certains régimes d'éviction).

Pourtant il n'est pas forcément nécessaire de préparer des plats exclusivement dédiés à cette population. Les textures généralement les plus adéquates pour les patients sont les textures plutôt lisses et homogènes ou avec un élément liant (notamment des sauces ou des bouillons de viscosité plus ou moins importante). Or, des plats couramment rencontrés dans les menus des restaurants peuvent entrer dans les catégories que nous venons de présenter : le hachis parmentier, les écrasés de légumes ou purées, les verrines salées ou sucrées (notamment sous forme de mousses), les soupes/gaspachos si l'on adapte leur viscosité selon le profil du patient (en les fluidifiant, en les épaississant avec de la crème par exemple voire en laissant les patients eux-mêmes adapter la viscosité avec les poudres qu'ils utilisent déjà). Ainsi, pour permettre un meilleur accueil des patients, les restaurateurs pourraient donc s'assurer de toujours proposer ce type de textures à la carte.

Les plats que nous avons cités pourraient être commandés par tous les autres clients, ce qui n'engendrerait pas de manque à gagner pour les restaurants. Cela répondrait également au commentaire d'un restaurateur, qui indiquait sa difficulté de s'adapter aux multitudes de particularismes alimentaires auxquels il est confronté : *« Je pense que sur le principe d'autres difficultés alimentaires seraient aussi à prendre en compte et nous ne saurions même plus quoi inscrire sur les menus à force. »*

Il n'y aurait pas non plus de problème de lisibilité de la carte, puisque les patients pourraient repérer les plats « faciles », sans nécessité d'indications supplémentaires sur le menu. La lisibilité de la carte est d'ailleurs une inquiétude relevée uniquement chez les restaurateurs ne connaissant pas de personnes dysphagiques : les restaurateurs en connaissant une visualisent peut-être plus facilement quelles sont les informations essentielles à indiquer et comment les organiser. Notons également que les patients sont généralement éduqués en amont aux textures qui sont sécuritaires pour eux et sont donc compétents dans le choix d'un plat adapté.

#### 8.4.2. Comment réaliser les adaptations ?

Concernant le manque de connaissances relevé par les participants, les restaurateurs, du fait de la formation, maîtrisent toutes les techniques de base nécessaires. Ils pourraient seulement être informés des astuces permettant des adaptations réalisables en temps réel en cuisine : avec quels outils peut-on diminuer la taille des morceaux, comment s'assurer de la tendreté des morceaux de viande, comment épaissir un liquide ou un plat comme une purée trop liquide... Il s'agirait donc plutôt de leur permettre de faire le lien entre leurs connaissances techniques et la façon de les utiliser pour répondre à cette demande spécifique. Un restaurateur soulignait d'ailleurs qu'« *il existe des formations sur les textures modifiées mais qui sont à destination de la restauration collective. De manière globale sur beaucoup de sujets, il semble impératif que la restauration commerciale et collective se rejoignent* ». De plus, contrairement au sentiment des restaurateurs d'un manque d'outils, la plupart des adaptations ne demandent pas d'équipements particuliers : les mixeurs, les blenders, les hachoirs, la crème, le beurre ou le lait sont par exemple des outils et des ingrédients déjà présents dans les cuisines et qui permettraient de mettre en œuvre la plupart des ajustements nécessaires. Les restaurateurs pourraient également s'appuyer sur les indications des patients, qui maîtrisent les textures et consistances qui leur sont adaptées : ces derniers pourraient indiquer au cuisinier leurs besoins et ainsi l'aiguiller sur les techniques à utiliser si nécessaire.

#### 8.4.3. Comment intégrer ces enseignements dans la formation initiale des cuisiniers ?

Un enseignant trouvait à la fois peu utile (en raison du faible nombre de clients concernés) et difficile de former les élèves, pour la raison suivante : « *le nombre d'heures allouées à la formation professionnelle diminue, or les élèves auraient besoin de davantage de temps pour assimiler les fondamentaux et les techniques de base.* ». Un autre enseignant pointait également cette difficulté : il soulignait la diminution du nombre d'heures d'ateliers depuis son début d'exercice il y a 10 ans. Un enseignant manquerait donc déjà de temps pour transmettre toutes les techniques de base : cela rendrait compliqué, même pour un professionnel sensibilisé à la question de l'adaptation au handicap, d'intégrer ces notions aux cours proposés. D'après lui, aucun des référentiels de formation des niveaux CAP, baccalauréats ou mention complémentaire cuisinier en desserts de restaurant ne prévoit d'enseignement à ce sujet.

Un seul enseignant avait indiqué que le nombre d'heures dédiées à ces questions est « variable ». Ce professeur faisant partie des plus anciennement diplômés, il est possible que des heures aient été dédiées à ces enseignements à certaines périodes de sa carrière mais pas de manière récente. Les cours à ce sujet sont peut-être également enseignants-dépendants : ce serait alors les enseignants les plus intéressés par ce sujet qui décideraient de dédier des heures de cours à ces questions. Nous avons fait ce constat lors de nos pré-tests, certains élèves scolarisés en BTS avaient participé à un projet d'école en lien avec le service SLA de l'hôpital régional pour proposer un livret de recettes adaptées aux troubles de la déglutition. Il s'agissait d'un projet d'entrepreneuriat, porté par un des enseignants du lycée, visant à apprendre aux élèves à proposer une prestation de restauration de sa conception à sa proposition aux clients. Des patients, accompagnés d'une orthophoniste, étaient venus présenter aux élèves leurs difficultés de déglutition et les solutions proposés par l'équipe médicale et paramédicale. L'objectif était que les étudiants puissent adapter des recettes qu'ils maîtrisaient déjà, tout en étant attentif à la présentation des plats et au fait que les patients puissent les reproduire chez eux.

## 9. Validation des hypothèses

Notre première hypothèse était que les restaurateurs commerciaux ne proposent pas de plats adaptés pour les personnes dysphagiques, à la fois par manque de connaissances spécifiques concernant les adaptations (sous-hypothèse 1) et par manque de sollicitations de la part des patients dysphagiques (sous-hypothèse 2).

Seuls 5% des restaurateurs ont en effet reçu des cours à ce propos et peu voire aucune heure n'est prévue dans les programmes actuels d'enseignement. Dans nos trois populations, une minorité de participants (23% des restaurateurs, la moitié des étudiants et la moitié des enseignants) connaissait une personne présentant des troubles de la déglutition. Ces résultats vont dans le sens de la validation de notre première sous-hypothèse.

D'autre part, 80% des restaurateurs et 75% des élèves n'ont jamais adapté un plat pour une personne dysphagique alors que 62,5% des enseignants l'ont déjà fait. Une minorité d'élèves et de restaurateurs et seulement la moitié des enseignants ont déjà exercé en restauration collective (dans laquelle les plats sont plus facilement adaptés car les professionnels plus formés). Nous voyons que les restaurateurs sont entre 6 et 10 fois moins sollicités pour des adaptations de textures que pour d'autres demandes. Notre seconde sous-hypothèse est donc validée. En résumé, les résultats obtenus s'orientent donc plutôt dans le sens de la validation de notre hypothèse 1.

Notre seconde hypothèse était que les restaurateurs commerciaux sont intéressés pour améliorer l'accès des personnes dysphagiques à leur établissement. La moitié des futurs restaurateurs étaient intéressés pour obtenir plus de renseignements et 7 des 8 enseignants interrogés pensaient utile de former les élèves à la question des adaptations. La majorité des élèves étaient à l'aise pour proposer des adaptations et pensaient répondre positivement à la demande d'un client dysphagique. Ainsi, nous validons la seconde hypothèse en ce qui concerne les étudiants et les enseignants. Seulement 30% des restaurateurs étaient intéressés pour obtenir plus d'informations et seuls 27 d'entre eux étaient favorables à l'intégration d'informations à leur carte. Nous ne validons donc pas cette hypothèse pour la population des restaurateurs, même si près de 85% d'entre eux pensaient répondre positivement à la demande d'un client dysphagique.

## 10. Apports

Ce travail a permis de confirmer le manque de formation des restaurateurs : nous constatons ainsi que leurs connaissances concernant les troubles de la déglutition sont limitées, ce qui limite l'accueil des patients souffrant de ces troubles. Nous avons également pu confirmer que les restaurateurs sont peu sollicités par ce type de clientèle, même si cette absence peut aussi s'expliquer par différentes raisons (peur du regard porté sur le handicap, sur les manœuvres comportementales parfois utilisées lors du repas, difficulté à expliquer les adaptations nécessaires...).

Nos questionnaires nous ont également permis de relever le besoin de formation des élèves : les heures allouées aux questions d'adaptations de plats pour raisons médicales (et plus particulièrement concernant les troubles de la déglutition) sont très peu nombreuses voire inexistantes. Cependant, on note une volonté de la majorité des enseignants d'apporter ces connaissances à leurs élèves. Une moindre partie des restaurateurs actuellement en poste dans la restauration commerciale est également intéressée pour avoir plus d'informations sur les outils à leur disposition : cela nous permet de dégager un besoin de formation pour améliorer l'accueil des patients dans les établissements de restauration commerciale.

## 11. Limites

Un biais majeur de notre étude correspond à la petite taille d'échantillon : en effet, deux de nos populations (les étudiants et les enseignants) comportent une faible quantité de répondants, limitant ainsi la puissance de nos analyses.

Nous avons également relevé plusieurs limites dans la construction de nos questionnaires lors de l'analyse des résultats. Tout d'abord, la question sur la ville d'exercice s'est avérée inutile : elle avait été pensée dans l'optique d'une diffusion plus large du questionnaire puis avait été conservée afin de s'assurer que les participants correspondaient bien aux critères d'inclusion. Nous aurions préféré demander aux étudiants et enseignants dans quel établissement scolaire ils suivaient leur formation ou exerçaient, ce qui nous aurait permis de croiser nos résultats et d'affiner nos analyses.

Dans le questionnaire adressé aux enseignants, nous aurions pu les interroger sur la date depuis laquelle ils enseignent : leur ancienneté à ce poste d'enseignant peut être un facteur influençant leurs pratiques sur les adaptations de textures et leur intérêt à former les élèves. Dans la section commentaire, deux enseignants ont précisé qu'ils étaient également formateurs en milieu professionnel, notamment dans des EHPAD au sujet des adaptations de repas. Une question pour savoir si les enseignants exerçaient en parallèle en restauration commerciale et pour savoir si les restaurateurs avaient également un poste d'enseignant nous aurait permis de voir si leurs connaissances des troubles de la déglutition et leurs pratiques d'adaptations étaient liées à leur qualité d'enseignant.

Dans le questionnaire adressé aux étudiants, les réponses obtenues à la question 10a) ont été difficilement analysables. Le fait d'avoir laissé une réponse ouverte plutôt que de proposer des réponses multiples n'était pas optimal : nous n'avons pas l'assurance que les étudiants aient indiqué tous les diplômes qu'ils ont obtenu. Il est ainsi difficile de faire du lien entre les autres réponses obtenues et leur parcours scolaire intégral.

Enfin, puisque nous partions du postulat que les restaurateurs étaient peu sollicités, le choix d'une durée d'une semaine sur les questions 4 et 5 est discutable : il aurait sûrement été plus intéressant de donner une période d'un mois, pour obtenir des chiffres plus significatifs sur les adaptations proposées en lien avec des troubles de la déglutition.

## 12. Perspectives

### 12.1. Nécessité d'interroger les patients

La plupart des élèves et enseignants sont intéressés pour avoir plus d'informations, ainsi qu'une partie des restaurateurs (hypothèse 2 validée), ce qui révèle un besoin de formation.

Pour autant, la majorité d'entre eux sont peu sollicités par des patients présentant des troubles de la déglutition. Un restaurateur a d'ailleurs appuyé ce constat en commentaire : il indique n'avoir reçu qu'une seule demande de modification de textures en 5 ans dans son établissement. Il serait intéressant, en amont d'une proposition de formation aux restaurateurs et élèves, d'interroger l'absence des patients dans les restaurants commerciaux, à la fois pour mieux en comprendre les raisons et s'adapter à leurs besoins.

### 12.3. Forme et contenu d'une intervention

Nous avons constaté dans notre étude un besoin et un intérêt des élèves et d'une partie des restaurateurs pour se former à ces questions. Les enseignants pensaient également majoritairement qu'il est utile que les élèves reçoivent une information. Nous avons donc pensé que des ateliers de formation pourraient leur être proposé, dans la continuité de notre travail.

Concernant le contenu de ces ateliers, qu'ils soient destinés aux restaurateurs ou aux élèves, il serait nécessaire de les adapter aux connaissances déjà acquises. Il pourrait se découper en plusieurs temps :

- Un temps de présentation des mécanismes de déglutition, des principes de modification de texture, de consistance et de viscosité pourrait être prévu. Des patients pourraient participer à ce temps de rencontre mais aussi des restaurateurs déjà sensibilisés à ces notions.
- Un temps de pratique, comme l'on peut parfois le voir dans les services hospitaliers pour harmoniser les adaptations entre tous les intervenants, pourrait également s'envisager.

Nous pourrions nous focaliser lors de ces temps de formation sur les consistances lisses et homogènes, les techniques pour apporter du liant ou de l'hydratation ainsi que la manière de proposer une consistance molle ou petits morceaux, qui correspondent aux modifications que les patients ne peuvent apporter eux-mêmes au restaurant (alors qu'ils peuvent par exemple facilement rendre plus liquide en ajoutant un peu d'eau). Les participants pourraient être amenés à classer différentes préparations pour voir comment un même aliment peut aisément rentrer dans les différentes catégories : le riz ou la semoule peuvent par exemple correspondre à une consistance dispersible s'ils sont cuits de façon classique mais entrer dans la catégorie des aliments finement hachés et lubrifiés s'ils sont préparés en risotto, en riz ou en semoule au lait. De la même manière, un aliment comme l'avocat peut à la fois correspondre à une texture molle non dispersible en petit morceaux tout comme à une texture lisse et homogène en guacamole. Concernant les viandes, il serait intéressant de se servir des connaissances techniques déjà acquises par les participants pour démontrer que c'est la technique



de préparation qui permet de passer par exemple d'une texture filandreuse à une texture plus tendre : cuisson en sauce, mijotage, marinade avant cuisson... Les restaurateurs pourraient alors classer les plats de leur propre carte selon les différentes catégories et voir quels autres pourraient être proposés pour en avoir un, ou plusieurs, facilement accessibles aux personnes avec des troubles de la déglutition.

### 12.3. Autres outils envisageables

A l'issue de ces ateliers, un fascicule ou une plaquette d'informations pourraient être donnés aux participants. Cet outil reprendrait les éléments clefs de l'intervention et des références pour accéder à des ressources. Cela pourrait servir de memento aux participants s'ils sont un jour confrontés à une demande ou s'ils souhaitent proposer à leur carte des plats accessibles aux personnes dysphagiques, comme décrit plus haut.

La réalisation d'un temps de repas adapté avec des patients, comme la dégustation organisée par Le Net (2016) permettrait aux élèves et restaurateurs volontaires de mettre en œuvre leurs acquis dans la première partie de notre intervention. Les premiers concernés offriraient ainsi un retour des sur les propositions de plats.

Nous avons noté dans notre étude que les restaurateurs sont peu sollicités par des clients dysphagiques. Nous pouvons penser qu'il s'agit d'une double problématique : les patients n'osent pas venir au restaurant, entre autres parce que ce lieu n'est pas pensé pour leurs difficultés, et les restaurateurs ne s'y adaptent pas car ils ne sont pas interpellés par les patients. La demande pourrait augmenter si les patients pouvaient repérer quels sont les restaurants favorables à la proposition d'adaptations. Aussi, nous pourrions proposer aux restaurateurs ayant participé aux ateliers précédemment décrits ou même aux restaurateurs favorables à la proposition d'adaptations la signature d'une charte. Cette charte et la liste des restaurants signataires pourraient être à disposition des patients présentant des troubles de la déglutition (site internet, liste diffusée dans les services hospitaliers ou les cabinets libéraux accueillant les patients...).

---

## Conclusion

---

L'idée de ce travail émanait de la plainte exprimée par les patients concernant leur vie sociale depuis l'apparition de leur trouble. En effet, ils soulignent souvent que le fait de manger avec des proches, à domicile ou à l'extérieur, est rendu difficile par les multiples adaptations parfois mises en place (adaptations environnementales et comportementales). Cette difficulté à partager les repas avec les proches peut entraîner une diminution de l'estime de soi, une sensation d'isolement accrue ou de dépression.

Partant de ce constat, nous avons choisi de travailler sur la question de l'accueil réservé aux patients présentant des troubles de la déglutition dans les restaurants de ville. Pour ce faire, nous voulions dresser un état des lieux des pratiques d'adaptation des professionnels de la restauration commerciale à Toulouse. Afin d'avoir la vision la plus complète possible, nous avons à la fois interrogé des restaurateurs déjà en activité, des enseignants et des élèves en cuisine. Nous avons constitué trois questionnaires auto-administrés sur une plateforme en ligne destinés à chacun des groupes précédemment cités.

Cet état des lieux a révélé que les restaurateurs commerciaux sont peu formés à la question de l'adaptation au handicap : ceux déjà en poste sont faiblement sensibilisés à l'adaptation de plats pour des patients souffrant de dysphagie et aucune heure de cours n'est dédiée à ces questions dans les formations actuelles. Nous avons également observé que les restaurateurs commerciaux sont peu sollicités par les patients. Ces deux constats semblent être liés : puisque rien n'est pensé en amont pour l'accueil de cette clientèle, cette dernière n'ose pas accéder aux établissements de restauration, ce qui masque ainsi une demande pourtant existante. Notre étude nous a aussi permis de voir que les élèves, les enseignants et une partie des restaurateurs sont intéressés à la fois pour améliorer l'accueil des patients mais aussi pour avoir plus d'informations.

Pour autant, la systématisation d'adaptations pour accueillir ces patients, notamment le fait d'indiquer des informations à leur destination sur leur carte, ne semble pas convaincre la majorité des restaurateurs.

Pour conclure, ce travail est un point de départ pour améliorer l'accueil des patients présentant des troubles de la déglutition dans les restaurants. Il serait en premier lieu utile d'interroger les patients sur les raisons de leur absence dans les restaurants et donc sur leurs besoins et leurs attentes. En nous basant sur les besoins des patients, nous pourrions ainsi répondre au besoin de formation des restaurateurs actuels et futurs, en définissant et en mettant en œuvre le moyen le plus

adéquat : création d'une plaquette d'information, d'ateliers de sensibilisation sous la forme de rencontres avec des restaurateurs déjà formés, des orthophonistes et/ou des patients.

Lu et approuvé

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'S. G.', on a light-colored, slightly textured background.

---

## Bibliographie

---

- Auzou, P. (2007). Anatomie et physiologie de la déglutition normale. *Kinésithérapie, la Revue*, 7(64), 14-18. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(07\)70368-6](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(07)70368-6)
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2015). L'entretien (Armand Colin)
- Cichero, J. A. Y., Lam, P., Steele, C. M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R. O., Duivesteyn, J., Kayashita, J., Lecko, C., Murray, J., Pillay, M., Riquelme, L., & Stanschus, S. (2017). Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management : The IDDSI Framework. *Dysphagia*, 32(2), 293-314. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y>
- Desport, J.-C., Jésus, P., Fayemendy, P., De Rouvray, C., & Salle, J.-Y. (2011). Évaluation et prise en charge des troubles de la déglutition. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 25(4), 247-254. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2011.09.001>
- De Singly, F. (2020). *Le questionnaire*. Armand Colin.
- Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A., & Ortega, P. (2002). Social and Psychological Burden of Dysphagia : Its Impact on Diagnosis and Treatment. *Dysphagia*, 17(2), 139-146. <https://doi.org/10.1007/s00455-001-0113-5>
- Eslick, G. D., & Talley, N. J. (2008). Dysphagia : Epidemiology, risk factors and impact on quality of life - a population-based study: DYSPHAGIA - A POPULATION-BASED STUDY. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 27(10), 971-979. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2008.03664.x>
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>
- Fischler, C. (1990). *L'omnivore* (Odile Jacob).
- Fischler, C. (2013). Introduction. In *Les alimentations particulières : Mangerons-nous encore demain ?* Odile Jacob.
- Forster, A., Samaras, N., Gold, G., & Samaras, D. (2011). Oropharyngeal dysphagia in older adults : A review. *European Geriatric Medicine*, 2(6), 356-362. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2011.08.007>
- Guatterie, M., & Lozano, V. (2008). Problématiques de l'évaluation et du traitement de la dysphagie. *Kinésithérapie, la Revue*, 8(75), 24-29. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(08\)70056-1](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(08)70056-1)
- Gustafsson, B., & Tibbling, L. (1991). Dysphagia, an unrecognized handicap. *Dysphagia*, 6(4), 193-199. <https://doi.org/10.1007/BF02493525>

- Hausser, F. (2014). Sciences humaines et sociales : Un regard nécessaires sur l'alimentation. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 8, 3.
- INSEE. (2014, décembre 5). *Alimentation à domicile : Une part plus importante de la consommation des ménages franciliens les plus modestes—Insee Analyses Ile-de-France—7*.  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285826>
- INSEE. (2021, mai 28). *Consommation effective des ménages par fonction | Insee*.  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2830276#graphique-figure1>
- Khaldoun, E., Woisard, V., & Verin, É. (2009). Validation in French of the SWAL-QOL scale in patients with oropharyngeal dysphagia. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 33(3), 167-171.  
<https://doi.org/10.1016/j.gcb.2008.12.012>
- Lacau St Guily, J., Périé, S., Bruel, M., Roubeau, B., Susini, B., & Gaillard, C. (2005). Troubles de la déglutition de l'adulte. Prise en charge diagnostique et thérapeutique. *EMC - Oto-rhino-laryngologie*, 2(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.emcorl.2004.10.001>
- Lahlou, S. (1998). *Penser manger, Alimentation et représentations sociales*.
- Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Alimentation - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 23 septembre 2021, à l'adresse  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/alimentation/2276>
- Le Net, C. (2016). *Bénéfices d'un accueil adapté au restaurant pour les personnes ayant des troubles de la déglutition* [Mémoire d'orthophonie].
- Lecerf, J.-M. (2013). Chapitre 9 : Les dessous des régimes amaigrissants : Raisons et déraison. In *Les alimentations particulières : Mangerons-nous encore ensemble demain ?* (p. 133-148). Odile Jacob.
- Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés—Légifrance.  
Consulté 11 mars 2022, à l'adresse  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000886460/>
- LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1), 2005-102 (2005).
- Marie, J.-P., Bouccara, D., Abitbol, P., Jankowski, R., Périé, S., & Périé, S. (2006). Connaissances actuelles sur la toux apparue dans un contexte ORL. *Revue de Pneumologie Clinique*, 62(5), 293-298. [https://doi.org/10.1016/S0761-8417\(06\)75461-X](https://doi.org/10.1016/S0761-8417(06)75461-X)
- Masson, E. (2013). Chapitre 16 : Vers une alimentation sur mesure ? Régimes personnels et habitudes collectives. In *Les alimentations particulières : Mangerons-nous encore ensemble demain ?* (p. 235-248). Odile Jacob.

- McHorney, C. A., Bricker, D. E., Robbins, J., Kramer, A. E., Rosenbek, J. C., & Chignell, K. A. (2000). The SWAL-QOL Outcomes Tool for Oropharyngeal Dysphagia in Adults : II. Item Reduction and Preliminary Scaling. *Dysphagia*, 15(3), 122-133. <https://doi.org/10.1007/s004550010013>
- ONISEP. (s. d.). *ONISEP cuisinier—Cuisinière*. [www.onisep.fr](http://www.onisep.fr). Consulté 20 avril 2021, à l'adresse <https://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/cuisinier-cuisiniere>
- Senez, C. (2015). Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition (2e édition). De Boeck Solal.
- Swan, K., Speyer, R., Heijnen, B. J., Wagg, B., & Cordier, R. (2015). Living with oropharyngeal dysphagia : Effects of bolus modification on health-related quality of life—a systematic review. *Quality of Life Research*, 24(10), 2447-2456. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-0990-y>
- Timmerman, A. A., Speyer, R., Heijnen, B. J., & Klijn-Zwijnenberg, I. R. (2014). Psychometric Characteristics of Health-Related Quality-of-Life Questionnaires in Oropharyngeal Dysphagia. *Dysphagia*, 29(2), 183-198. <https://doi.org/10.1007/s00455-013-9511-8>
- Vertone et Qualimétrie. (2019, août). *Les habitudes des français au restaurant*. [www.fnb-info.fr](http://www.fnb-info.fr). <https://www.fnb-info.fr/actualites/etudes-et-publications/les-habitudes-des-francais-au-restaurant>
- Watando, A., Ebihara, S., Ebihara, T., Okazaki, T., Takahashi, H., Asada, M., & Sasaki, H. (2004). Effect of temperature on swallow reflex in elderly patients with aspiration pneumonia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(12), 2143-2144. [https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52579\\_3.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52579_3.x)
- Woisard-Bassols, V., & Puech, M. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte Le point sur la prise en charge fonctionnelle* (2e édition revue et augmentée, De Boeck Supérieur).
- World Health Organization (Éd.). (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*.

## TABLE DES ANNEXES

<b>ANNEXE I – GUIDES D’ENTRETIENS</b> .....	64
<b>ANNEXE II – NOTICES D’INFORMATION</b> .....	67
<b>ANNEXE III – QUESTIONNAIRE AUX RESTAURATEURS</b> .....	73
<b>ANNEXE IV – QUESTIONNAIRE AUX ENSEIGNANTS</b> .....	78
<b>ANNEXE V – QUESTIONNAIRE AUX ETUDIANTS</b> .....	83
<b>ANNEXE VI – JUSTIFICATION DES QUESTIONS ET LIEN AVEC LES HYPOTHESES.</b> ....	88
<b>ANNEXE VII – CALCUL DES ECHANTILLONS</b> .....	92

## Annexe I : Guides d'entretiens

### Buts de ces entretiens

- Prendre connaissance du fonctionnement des cuisines, notamment face à la demande d'adaptation de plats (quelles réactions/sentiments) ?
- Estimer la fréquence des demandes d'adaptation des plats dans les restaurants
- Prendre connaissance du contenu des programmes scolaires en cuisine : notion d'adaptation des plats évoquée en classe ?
- Estimer le temps disponible pour avoir un enseignement sur les questions d'adaptation de textures

### Entretiens étudiants

#### **Présentation**

##### 1. Remerciements et présentation du projet

Merci d'avoir accepté de répondre à mes questions aujourd'hui.

Pour me présenter rapidement, je suis étudiante en 5<sup>ème</sup> année d'orthophonie à Toulouse et je réalise cette année mon mémoire de fin d'études. Comme je vous l'ai très rapidement présenté par mail/au téléphone, le but de ce mémoire est de faire le lien entre le monde de l'orthophonie et celui de la restauration. Pour bien comprendre les dynamiques dans le domaine de la restauration, je mène différents entretiens, notamment avec des étudiants puisque vous êtes les prochains professionnels.

##### 2. Cadre de l'entretien

Cet entretien sera d'une durée de 30 minutes maximale et cet échange sera anonymisé, comme indiqué dans le formulaire de consentement que je vous ai fait parvenir par mail. Ce qui m'intéresse ici c'est d'apprendre de votre expérience, donc n'hésitez pas à parler le plus librement possible, même si vous avez la sensation que cela dépasse le cadre de mes questions : toutes les informations, notamment sur votre formation, sont bonnes à prendre.

#### **Principaux points à aborder**

Prise de contact : Est-ce que vous pouvez me parler de votre parcours ? De la formation que vous suivez ?

Consigne initiale : J'aimerais que vous me parliez de votre formation initiale, notamment pour savoir si vous étiez sensibilisé aux alimentations particulières (adaptations de plats à la demande médicale).

Autres thèmes

- Stages : en restauration collective et commerciale ? Quelles différences (orienter vers la question des adaptations)
- Contenu de la formation : assez de temps pour aborder tous les sujets nécessaires, sentiment d'être assez formé en sortant de formation ?

#### **Clôture**



Est-ce que vous voudriez ajouter quelque chose qui vous paraît important et que nous n'avons pas abordé ?

### **Entretiens enseignants**

#### **Présentation**

##### 1. Remerciements et présentation du projet

Merci d'avoir accepté de répondre à mes questions aujourd'hui.

Pour me présenter rapidement, je suis étudiante en 5<sup>ème</sup> année d'orthophonie à Toulouse et je réalise cette année mon mémoire de fin d'études. Comme je vous l'ai très rapidement présenté par mail/au téléphone, le but de ce mémoire est de faire le lien entre le monde de l'orthophonie et celui de la restauration. Pour bien comprendre les dynamiques dans le domaine de la restauration, je mène différents entretiens, notamment avec des enseignants.

##### 2. Cadre de l'entretien

Cet entretien sera d'une durée de 30 minutes maximale et cet échange sera anonymisé, comme indiqué dans le formulaire de consentement que je vous ai fait parvenir par mail. Ce qui m'intéresse ici c'est d'apprendre de votre expérience et de votre expertise, donc n'hésitez pas à parler le plus librement possible, même si vous avez la sensation que cela dépasse le cadre de mes questions : toutes les informations sont bonnes à prendre.

#### **Principaux points à aborder**

Consigne initiale : J'aimerais que vous me parliez de votre parcours, de la formation que vous avez suivie.

Autres thèmes à aborder

- Si expérience en restauration antérieure, beaucoup de demandes d'adaptations de plats ?
- Programmes à suivre en cuisine : quel contenu, assez de temps pour les mener à bien sur l'année ?
- Dans les programmes, un point sur l'adaptation des plats à des demandes spécifiques ?
- Stages au cours de la formation : en restauration commerciale et collective ? Quels objectifs à ces stages ?

#### **Clôture**

Est-ce que vous voudriez ajouter quelque chose qui vous paraît important et que nous n'avons pas abordé ?

## Entretiens restaurateurs commerciaux

### **Présentation**

#### 1. Remerciements et présentation du projet

Merci d'avoir accepté de répondre à mes questions aujourd'hui.

Pour me présenter rapidement, je suis étudiante en 5<sup>ème</sup> année d'orthophonie à Toulouse et je réalise cette année mon mémoire de fin d'études. Comme je vous l'ai très rapidement présenté par mail/au téléphone, le but de ce mémoire est de faire le lien entre le monde de l'orthophonie et celui de la restauration. Pour bien comprendre les dynamiques dans le domaine de la restauration, je mène différents entretiens avec des restaurateurs.

#### Cadre de l'entretien

Cet entretien sera d'une durée de 30 minutes maximale et cet échange sera anonymisé, comme indiqué dans le formulaire de consentement que je vous ai fait parvenir par mail. Ce qui m'intéresse ici c'est d'apprendre de votre expérience et de votre expertise, donc n'hésitez pas à parler le plus librement possible, même si vous avez la sensation que cela dépasse le cadre de mes questions : toutes les informations sont bonnes à prendre.

### **Principaux points à aborder**

Prise de contact : Est-ce que vous pouvez me parler de votre parcours, de la formation que vous avez suivie ? Dans quels types d'établissement avez-vous exercé ?

Autres thèmes à aborder :

- Fréquence des demandes d'adaptation de plats
- Quelles réactions face à ces demandes ? Quelles pratiques (demandes acceptées ou non) ?
- Information des cuisines de la raison de ces demandes de modification de plats ?
- Les clients avaient-ils téléphoné/prévenu avant ou ont-ils demandé directement sur place ?

### **Clôture**

Est-ce que vous voudriez ajouter quelque chose qui vous paraît important et que nous n'avons pas abordé ?

## **Annexe II : notices d'informations**

---

### **NOTE D'INFORMATION POUR LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE :**

« Pratiques actuelles d'adaptations des plats aux troubles de la déglutition en restauration commerciale : état des lieux »

---

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Julie Garcès dans le cadre de son mémoire d'orthophonie, dirigée par Mme Galtier, orthophoniste à l'hôpital Larrey à Toulouse, et le Pr Woisard, médecin ORL et phoniatre à l'hôpital Larrey et à l'IUCT, et encadrée par l'Université Toulouse III – Paul Sabatier.

**Le présent document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer et répond aux questions que vous êtes susceptible de vous poser à partir des informations actuellement disponibles.**

Avant de choisir d'y participer ou non, il est important que vous preniez connaissance du but de cette étude et de ce qu'elle implique.

\*

#### **1. Pourquoi vous propose-t-on de participer à cette étude ?**

Cette étude vous est proposée car vous êtes étudiant/étudiante en restauration à Toulouse.

#### **2. Quels sont les objectifs de l'étude ?**

L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux des pratiques d'adaptation de textures des plats dans la restauration commerciale, dans le cadre des troubles de la déglutition.

#### **3. Quels sont les bénéfices attendus de votre participation à l'étude ?**

Vous permettez à cette recherche de faire un premier état des lieux des pratiques d'adaptation de plats et, si ce projet est repris, pourrez participer à améliorer l'accessibilité des restaurants aux personnes souffrant de troubles de la déglutition.

#### **4. Votre participation à l'étude comporte-t-elle des risques et/ou des contraintes particulières ?**

Le recueil de données ne présente aucun risque pour les personnes qui s'y prêteront.

#### **5. Comment va se dérouler l'étude ?**

Il vous est demandé de répondre au questionnaire qui vous est proposé, d'une durée maximale de 10 minutes.

#### **6. Quels sont vos droits en tant que participant à la recherche ?**

Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à vous justifier, et sans que cela n'entraîne de conséquence pour vous.

Vous disposez du temps que vous estimez nécessaire pour prendre votre décision.

En cas d'acceptation, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision en adressant un e-mail à [julie.garces@univ-tlse3.fr](mailto:julie.garces@univ-tlse3.fr) ou à [galtier.a@chu-toulouse.fr](mailto:galtier.a@chu-toulouse.fr)

## **7. Cette étude implique-t-elle un traitement de vos données à caractère personnel ?**

Votre participation à cette étude nécessite de réaliser un traitement de données à caractère personnel.

Ce traitement poursuit une finalité de recherche universitaire et a pour base légale votre consentement, que vous pouvez exprimer via un formulaire de consentement spécifique.

La responsabilité du traitement relève de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier, 118 route de Narbonne, 31062 Toulouse.

Vos données sont traitées par l'étudiant porteur de l'étude.

Un processus de tri et d'anonymisation sera mis en œuvre afin qu'au terme de l'étude seules les informations anonymisées et d'intérêt scientifique soient conservées pour rédiger le rapport d'étude et évaluer le travail universitaire effectué.

Dans le cas où le directeur de l'étude souhaiterait conserver tout ou partie de vos données afin de les réutiliser pour une étude ultérieure, votre autorisation doit lui être remise via un formulaire de réutilisation spécifique.

## **8. Quels sont vos droits à l'égard de vos données à caractère personnel ?**

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de suppression, et de portabilité de vos données ; ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation du traitement.

L'exercice de vos droits doit être adressé par e-mail au Délégué à la protection des données de l'université à [dpo@univ-tlse3.fr](mailto:dpo@univ-tlse3.fr)

Il vous est également possible de porter toute réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

\*

Merci de votre participation.

---

## **NOTE D'INFORMATION POUR LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE :**

« Pratiques actuelles d'adaptations des plats aux troubles de la déglutition en restauration commerciale : état des lieux »

---

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Julie Garcès dans le cadre de son mémoire d'orthophonie, dirigée par Mme Galtier, orthophoniste à l'hôpital Larrey à Toulouse, et le Pr Woisard, médecin ORL et phoniatre à l'hôpital Larrey et à l'IUCT, et encadrée par l'Université Toulouse III – Paul Sabatier.

**Le présent document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer et répond aux questions que vous êtes susceptible de vous poser à partir des informations actuellement disponibles.**

Avant de choisir d'y participer ou non, il est important que vous preniez connaissance du but de cette étude et de ce qu'elle implique.

\*

### **9. Pourquoi vous propose-t-on de participer à cette étude ?**

Cette étude vous est proposée car vous êtes enseignant/enseignante en cuisine à Toulouse.

### **10. Quels sont les objectifs de l'étude ?**

L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux des pratiques d'adaptation de textures des plats dans la restauration commerciale, dans le cadre des troubles de la déglutition.

### **11. Quels sont les bénéfices attendus de votre participation à l'étude ?**

Vous permettez à cette recherche de faire un premier état des lieux des pratiques d'adaptation de plats et, si ce projet est repris, pourrez participer à améliorer l'accessibilité des restaurants aux personnes souffrant de troubles de la déglutition.

### **12. Votre participation à l'étude comporte-t-elle des risques et/ou des contraintes particulières ?**

Le recueil de données ne présente aucun risque pour les personnes qui s'y prêteront.

### **13. Comment va se dérouler l'étude ?**

Il vous est demandé de répondre au questionnaire qui vous est proposé, d'une durée maximale de 10 minutes.

### **14. Quels sont vos droits en tant que participant à la recherche ?**

Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à vous justifier, et sans que cela n'entraîne de conséquence pour vous.

Vous disposez du temps que vous estimez nécessaire pour prendre votre décision.

En cas d'acceptation, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision en adressant un e-mail à [julie.garces@univ-tlse3.fr](mailto:julie.garces@univ-tlse3.fr) ou à [galtier.a@chu-toulouse.fr](mailto:galtier.a@chu-toulouse.fr)

### **15. Cette étude implique-t-elle un traitement de vos données à caractère personnel ?**

Votre participation à cette étude nécessite de réaliser un traitement de données à caractère personnel.

Ce traitement poursuit une finalité de recherche universitaire et a pour base légale votre consentement, que vous pouvez exprimer via un formulaire de consentement spécifique.

La responsabilité du traitement relève de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier, 118 route de Narbonne, 31062 Toulouse.

Vos données sont traitées par l'étudiant porteur de l'étude.

Un processus de tri et d'anonymisation sera mis en œuvre afin qu'au terme de l'étude seules les informations anonymisées et d'intérêt scientifique soient conservées pour rédiger le rapport d'étude et évaluer le travail universitaire effectué.

Dans le cas où le directeur de l'étude souhaiterait conserver tout ou partie de vos données afin de les réutiliser pour une étude ultérieure, votre autorisation doit lui être remise via un formulaire de réutilisation spécifique.

### **16. Quels sont vos droits à l'égard de vos données à caractère personnel ?**

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de suppression, et de portabilité de vos données ; ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation du traitement.

L'exercice de vos droits doit être adressé par e-mail au Délégué à la protection des données de l'université à [dpo@univ-tlse3.fr](mailto:dpo@univ-tlse3.fr)

Il vous est également possible de porter toute réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

\*

Merci de votre participation.

---

## **NOTE D'INFORMATION POUR LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE :**

« Pratiques actuelles d'adaptations des plats aux troubles de la déglutition en restauration commerciale : état des lieux »

---

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Julie Garcès dans le cadre de son mémoire d'orthophonie, dirigée par Mme Galtier, orthophoniste à l'hôpital Larrey à Toulouse, et le Pr Woisard, médecin ORL et phoniatre à l'hôpital Larrey et à l'IUCT, et encadrée par l'Université Toulouse III – Paul Sabatier.

**Le présent document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer et répond aux questions que vous êtes susceptible de vous poser à partir des informations actuellement disponibles.**

Avant de choisir d'y participer ou non, il est important que vous preniez connaissance du but de cette étude et de ce qu'elle implique.

\*

### **17. Pourquoi vous propose-t-on de participer à cette étude ?**

Cette étude vous est proposée car vous êtes restaurateur/restauratrice à Toulouse.

### **18. Quels sont les objectifs de l'étude ?**

L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux des pratiques d'adaptation de textures des plats dans la restauration commerciale, dans le cadre des troubles de la déglutition.

### **19. Quels sont les bénéfices attendus de votre participation à l'étude ?**

Vous permettez à cette recherche de faire un premier état des lieux des pratiques d'adaptation de plats et, si ce projet est repris, pourrez participer à améliorer l'accessibilité des restaurants aux personnes souffrant de troubles de la déglutition.

### **20. Votre participation à l'étude comporte-t-elle des risques et/ou des contraintes particulières ?**

Le recueil de données ne présente aucun risque pour les personnes qui s'y prêteront.

### **21. Comment va se dérouler l'étude ?**

Il vous est demandé de répondre au questionnaire qui vous est proposé, d'une durée maximale de 10 minutes.

### **22. Quels sont vos droits en tant que participant à la recherche ?**

Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à vous justifier, et sans que cela n'entraîne de conséquence pour vous.

Vous disposez du temps que vous estimez nécessaire pour prendre votre décision.

En cas d'acceptation, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision en adressant un e-mail à [julie.garces@univ-tlse3.fr](mailto:julie.garces@univ-tlse3.fr) ou à [galtier.a@chu-toulouse.fr](mailto:galtier.a@chu-toulouse.fr)

### **23. Cette étude implique-t-elle un traitement de vos données à caractère personnel ?**

Votre participation à cette étude nécessite de réaliser un traitement de données à caractère personnel.

Ce traitement poursuit une finalité de recherche universitaire et a pour base légale votre consentement, que vous pouvez exprimer via un formulaire de consentement spécifique.

La responsabilité du traitement relève de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier, 118 route de Narbonne, 31062 Toulouse.

Vos données sont traitées par l'étudiant porteur de l'étude.

Un processus de tri et d'anonymisation sera mis en œuvre afin qu'au terme de l'étude seules les informations anonymisées et d'intérêt scientifique soient conservées pour rédiger le rapport d'étude et évaluer le travail universitaire effectué.

Dans le cas où le directeur de l'étude souhaiterait conserver tout ou partie de vos données afin de les réutiliser pour une étude ultérieure, votre autorisation doit lui être remise via un formulaire de réutilisation spécifique.

### **24. Quels sont vos droits à l'égard de vos données à caractère personnel ?**

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de suppression, et de portabilité de vos données ; ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation du traitement.

L'exercice de vos droits doit être adressé par e-mail au Délégué à la protection des données de l'université à [dpo@univ-tlse3.fr](mailto:dpo@univ-tlse3.fr)

Il vous est également possible de porter toute réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

\*

Merci de votre participation.



## **Annexe III : Questionnaire aux restaurateurs**

### **Questionnaire à destination des restaurateurs commerciaux - mémoire d'orthophonie**

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

#### **Introduction**

Madame, Monsieur,

Etudiante en 5<sup>ème</sup> année d'orthophonie au sein du centre de formation de Toulouse, je prépare cette année mon mémoire de fin d'études, encadré par Mme Galtier (orthophoniste) et le Pr Woisard (médecin ORL et phoniatre).

J'ai besoin de vous, restaurateurs et restauratrices, pour répondre à un questionnaire dans le cadre de ce travail, dont le titre est : « Pratiques actuelles d'adaptations des plats aux troubles de la déglutition en restauration commerciale : état des lieux. »

Ce questionnaire vise à permettre, à long terme, une meilleure accessibilité des restaurants aux personnes souffrant d'un handicap lié à un trouble de la déglutition. Les troubles de la déglutition, également appelés dysphagies, sont des difficultés à rendre avalables les aliments pour les transporter de la bouche à l'estomac. Ils sont causés par des pathologies infectieuses (maladie de Lyme, oesophagite...) ou métaboliques (diabète, hyperthyroïdie...), des pathologies neurologiques (AVC, traumatisme crânien, sclérose en plaques...), des tumeurs des voies aéro-digestives supérieures ou dans le cadre du vieillissement par exemple. Cela nécessite de modifier l'alimentation pour adapter les textures et éviter les aliments à risque de fausses routes. Ces précautions rendent souvent impossible l'accès au restaurant.

Il vous faudra environ 10 minutes pour le remplir. Il est totalement anonyme et les informations obtenues ne seront utilisées que dans le cadre de cette étude.

**Vous retrouverez dans la notice d'information en pièce jointe toutes les informations relatives à l'étude et au traitement de vos données.**

Pour finaliser votre participation à cette étude, votre consentement est nécessaire afin d'autoriser le porteur de l'étude à recueillir et utiliser vos données à caractère personnel, dans le respect de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel. En continuant à remplir ce formulaire, vous consentez à répondre à ce questionnaire.

A tout moment, il vous est possible de retirer votre consentement sans que cela n'entraîne de conséquence pour vous, en vous adressant à **julie.garces@univ-tlse3.fr**.

Je vous remercie pour l'attention que vous portez à ce projet et pour votre participation.

Julie Garcès

Notice d'information

[Notice\\_d\\_information\\_restaurateurs.pdf](#)

**\* 1. Avez-vous déjà rencontré des personnes ayant des troubles de la déglutition ?**

- Oui  
 Non

**\* 1a) S'agissait-il ?**

- D'un proche (membre de votre famille, ami, collègue de travail...)  
 De vous-même car vous souffrez ou vous avez déjà souffert d'un trouble de la déglutition  
 D'un client de l'établissement dans lequel vous travaillez actuellement  
 D'un client lors d'une expérience en restauration collective (en milieu hospitalier, en milieu médico-social, en restauration d'entreprise par exemple)  
 Autre

**\* 1b) Autre, merci de préciser :**

**\* 2. Avez-vous été formé à adapter des plats pour les troubles de la déglutition ?**

- Oui  
 Non

**\* 3. Dans votre pratique, avez-vous déjà adapté des plats en raison du trouble de la déglutition d'un client ?**

- Oui  
 Non

**\* 4. Sur la dernière semaine, combien de fois vous a-t-on demandé d'adapter la texture d'un plat ?**

- 0 fois  
 1 à 5 fois  
 6 à 10 fois  
 Plus de 10 fois

**\* 5. Sur la semaine dernière, combien de fois vous a-t-on demandé d'adapter un plat à un régime alimentaire spécifique (végétarien, végétalien ou sans gluten par exemple) ?**

- 0 fois  
 1 à 5 fois  
 6 à 10 fois  
 Plus de 10 fois

**\* 6. Seriez-vous intéressé pour avoir plus d'informations sur ces troubles et les outils à votre disposition pour adapter la carte de votre lieu de travail en fonction ?**

2

- Pas du tout intéressé
- Peu intéressé
- Intéressé
- Très intéressé

\* 7. Dans votre lieu de travail, pensez-vous possible d'intégrer à votre carte des informations pour le client présentant des troubles de la déglutition (par exemple : indication de la possibilité de modifier les plats, indication du type de texture à laquelle correspond le plat proposé...)?

- Oui
- Non

\* 7a) Si non, pourquoi ? Plusieurs réponses possibles.

- Par manque d'intérêt
- Par manque de temps
- Parce que vous pensez que ça ne concerne pas assez de clients
- Autre raison

\* 7b) Autre raison, merci de préciser :

\* 8. Si un client vous téléphone en avance pour vous prévenir d'un besoin d'adaptation de textures en raison d'un trouble de la déglutition, pensez-vous pouvoir adapter le plat de son choix ?

- Oui
- Non

Pour pouvoir analyser au mieux vos réponses, nous avons besoin de quelques informations vous concernant.

\* 9. Quel âge avez-vous ?

\* 10. Vous êtes :

- Un homme
- Une femme
- Autre

\* 11. Dans quelle ville exercez-vous ?

\* 12. Avez-vous une formation professionnelle en cuisine (type CAP, baccalauréat professionnel ou autre diplôme) ?

- Oui  
 Non

\* 12a) Quelle formation en cuisine avez-vous ? Merci d'indiquer si vous avez suivi plusieurs cursus.

- CAP cuisine  
 CAP APR (Agent Polyvalent de Restauration)  
 BEP Restauration option cuisine  
 Baccalauréat professionnel cuisine  
 Baccalauréat technologique STHR (Sciences et technologies de l'hôtellerie et de la restauration)  
 BTS Management en Hôtellerie Restauration  
 Mention Complémentaire cuisinier en desserts de restaurant  
 Master Métiers de l'Education, de l'Encadrement et de la Formation parcours « Hôtellerie Restauration »  
 Autre

\* 12b) Autre, merci de préciser :

\* 12c) En quelle année avez-vous obtenu votre dernier diplôme en cuisine ?

\* 13. Comment définiriez-vous le type de cuisine de l'établissement dans lequel vous travaillez actuellement ?

- Cuisine traditionnelle française (bistrot, brasserie par exemple)  
 Restauration rapide  
 Cuisine du monde.  
 Cuisine gastronomique  
 Autre

\* 13a) Autre, merci de préciser :

\* 14. Avez-vous déjà travaillé en restauration collective ?

- Oui  
 Non

\* 14a) Dans quel type d'établissement de restauration collective avez-vous travaillé ?

- EHPAD (Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes)  
 Maison de retraite privée  
 Etablissement hospitalier  
 Etablissement du secteur médico-social (IME, MAS, ITEP...)

- Restauration d'entreprise ou scolaire  
 Autre

\* 14b) Autre, merci de préciser :

### **Conclusion**

---

Vous pouvez laisser un commentaire ou une information que vous pensez être utile dans cette rubrique :

Si cette thématique vous intéresse et que vous souhaitez avoir plus d'informations, vous pouvez contacter les encadrantes de ce travail, Mme Galtier et Mme Woisard aux adresses suivantes : [galtier.a@chu-toulouse.fr](mailto:galtier.a@chu-toulouse.fr) et [woisard.v@chu-toulouse.fr](mailto:woisard.v@chu-toulouse.fr)

Vous pouvez également trouver des ressources à propos des troubles de la déglutition et des adaptations possibles à ces adresses :

- Conseils d'adaptation et exemples de recette : <https://www.happyvisio.com/dist/files/conference/a1126ff0122efcac48de989c7fec027a.pdf>

- Fiches synthétiques : <https://www.nutri-culture.com/fr/base-documentaire/articles/cuisiner/cuisine-et-sante/textures-modifiees>

Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions. Si vous souhaitez être informé des résultats de ce travail, vous pouvez me les demander à l'adresse suivante : [julie.garces@univ-tlse3.fr](mailto:julie.garces@univ-tlse3.fr)

### **Contact**

[Contact Form](#)

## Annexe IV : Questionnaire aux enseignants

### Questionnaire à destination des enseignants en cuisine - mémoire d'orthophonie

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

#### **Introduction**

---

Madame, Monsieur,

Etudiante en 5<sup>ème</sup> année d'orthophonie au sein du centre de formation de Toulouse, je prépare cette année mon mémoire de fin d'études, encadré par Mme Galtier (orthophoniste) et le Pr Woisard (médecin ORL et phoniatre).

J'ai besoin de vous, enseignants et enseignantes en cuisine, pour répondre à un questionnaire dans le cadre de ce travail, dont le titre est : « Pratiques actuelles d'adaptations des plats aux troubles de la déglutition en restauration commerciale : état des lieux. »

Ce questionnaire vise à permettre, à long terme, une meilleure accessibilité des restaurants aux personnes souffrant d'un handicap lié à un trouble de la déglutition. Les troubles de la déglutition, également appelés dysphagies, sont des difficultés à rendre avalables les aliments pour les transporter de la bouche à l'estomac. Ils sont causés par des pathologies infectieuses (maladie de Lyme, oesophagite...) ou métaboliques (diabète, hyperthyroïdie...), des pathologies neurologiques (AVC, traumatisme crânien, sclérose en plaques...), des tumeurs des voies aéro-digestives supérieures ou dans le cadre du vieillissement par exemple. Cela nécessite de modifier l'alimentation pour adapter les textures et éviter les aliments à risque de fausses routes. Ces précautions rendent souvent impossible l'accès au restaurant.

Il vous faudra environ 10 minutes pour le remplir. Il est totalement anonyme et les informations obtenues ne seront utilisées que dans le cadre de cette étude.

Vous retrouverez dans la notice d'information en pièce jointe toutes les informations relatives à l'étude et au traitement de vos données.

Pour finaliser votre participation à cette étude, votre consentement est nécessaire afin d'autoriser le porteur de l'étude à recueillir et utiliser vos données à caractère personnel, dans le respect de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel. En continuant à remplir ce formulaire, vous consentez à répondre à ce questionnaire.

A tout moment, il vous est possible de retirer votre consentement sans que cela n'entraîne de conséquence pour vous, en vous adressant à [julie.garces@univ-tlse3.fr](mailto:julie.garces@univ-tlse3.fr).

Je vous remercie pour l'attention que vous portez à ce projet et pour votre participation.

Julie Garcès

Notice d'information

[Notice\\_d\\_information\\_enseignants.pdf](#)

## Questions

---

\* 1. Avez-vous déjà rencontré des personnes présentant des troubles de la déglutition ?

- Oui  
 Non

\* 1a) S'agissait-il ? Plusieurs réponses possibles.

- D'un proche (membre de votre famille, ami, collègue de travail...)  
 De vous-même car vous souffrez ou vous avez déjà souffert d'un trouble de la déglutition  
 D'un client lors d'une expérience en restauration commerciale  
 D'un client lors d'une expérience en restauration collective (en milieu hospitalier, en milieu médico-social, en restauration d'entreprise par exemple)  
 Autre

\* 1b) Autre, merci de préciser :

\* 2. Dans vos expériences professionnelles antérieures, avez-vous déjà apporté des modifications de textures à des plats pour une personne dysphagique ?

- Oui  
 Non

\* 2a) Dans quel type d'établissement avez-vous apporté des modifications de textures pour une personne ayant des troubles de la déglutition ?

\* 3. Pensez-vous qu'il est utile que les élèves se destinant à travailler en restauration commerciale soient formés à adapter la texture d'un plat pour un client présentant un trouble de la déglutition ?

- Oui  
 Non

\* 3a). Pourquoi ?

\*4. Dans les formations préparant les élèves à la restauration commerciale, combien d'heures environ sont dédiées aux enseignements sur les adaptations de textures ?

Pour pouvoir analyser au mieux vos réponses, nous avons besoin de quelques informations vous concernant.

\*5. Quel âge avez-vous ?

\*6. Vous êtes :

- Un homme
- Une femme
- Autre

\*7. Avez-vous une formation professionnelle en cuisine (type CAP, baccalauréat professionnel ou autre diplôme) ?

- Oui
- Non

\*7a) Quelle formation en cuisine avez-vous ? Merci d'indiquer si vous avez suivi plusieurs cursus.

- CAP cuisine
- CAP APR (Agent Polyvalent de Restauration)
- BEP Restauration option cuisine
- Baccalauréat professionnel cuisine
- Baccalauréat technologique STHR (Sciences et technologies de l'hôtellerie et de la restauration)
- BTS Mangement en Hôtellerie Restauration
- Mention Complémentaire cuisinier en desserts de restaurant
- Master Métiers de l'Education et de la Formation aux Métiers de la Restauration
- Autre

\*7b) Autre, merci de préciser :

\*7c) En quelle année avez-vous obtenu votre dernier diplôme en cuisine ?



**\* 7d) Durant votre formation scolaire, vous-a-t-on apporté des connaissances sur les adaptations de texture possibles ?**

- Oui  
 Non

**\* 7e) Si oui, dans quel cursus ?**

**\* 8. A quel(s) niveau(x) enseignez-vous aujourd'hui ? Merci de tous les indiquer s'il y en a plusieurs.**

- CAP cuisine  
 CAP APR (Agent Polyvalent de Restauration)  
 BEP Restauration option cuisine  
 Baccalauréat professionnel cuisine  
 Baccalauréat technologique STHR (Sciences et technologies de l'hôtellerie et de la restauration)  
 BTS Management en Hôtellerie Restauration  
 Mention Complémentaire cuisinier en desserts de restaurant  
 Master Métiers de l'Éducation et de la Formation aux Métiers de la Restauration  
 Autre

**\* 8a) Autre, merci de préciser :**

**\* 9. Avez-vous déjà exercé en restauration collective ?**

- Oui  
 Non

**\* 9a) Dans quel type d'établissement de restauration collective avez-vous exercé ? Plusieurs réponses possibles.**

- EHPAD (Établissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes)  
 Maison de retraite privée  
 Établissement hospitalier (hors EHPAD)  
 Établissement du secteur médico-social (MAS, IME, ITEP...)  
 Restauration d'entreprise ou scolaire  
 Autre

**\* 9b) Autre, merci de préciser :**

## Conclusion

---

Vous pouvez laisser un commentaire ou une information que vous pensez être utile dans cette rubrique :

Si cette thématique vous intéresse et que vous souhaitez avoir plus d'informations, vous pouvez contacter les encadrantes de ce travail, Mme Galtier et Mme Woisard aux adresses suivantes : [galtier.a@chu-toulouse.fr](mailto:galtier.a@chu-toulouse.fr) et [woisard.v@chu-toulouse.fr](mailto:woisard.v@chu-toulouse.fr)

Vous pouvez également trouver des ressources à propos des troubles de la déglutition et des adaptations possibles à ces adresses :

- Conseils d'adaptation et exemples de recette : <https://www.happyvisio.com/dist/files/conference/a1126ff0122efeac48dc989c7fec027a.pdf>
- Fiches synthétiques : <https://www.nutri-culture.com/fr/base-documentaire/articles/cuisiner/cuisine-et-sante/textures-modifiees>

Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions. Si vous souhaitez connaître les résultats de cette étude, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : [julie.garces@univ-tlse3.fr](mailto:julie.garces@univ-tlse3.fr)

## Contact

[Contact Form](#)

## **Annexe V : Questionnaire aux étudiants**

### **Questionnaire à destination des étudiants en cuisine - mémoire d'orthophonie**

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

#### **Introduction**

---

Madame, Monsieur,

Etudiante en 5ème année d'orthophonie au sein du centre de formation de Toulouse, je prépare cette année mon mémoire de fin d'études, encadré par Mme Galtier (orthophoniste) et le Pr Woisard (médecin ORL et phoniatre).

J'ai besoin de vous, étudiants et étudiantes en cuisine, pour répondre à un questionnaire dans le cadre de ce travail, dont le titre est : « Pratiques actuelles d'adaptations des plats aux troubles de la déglutition en restauration commerciale : état des lieux. »

Ce questionnaire vise à permettre, à long terme, une meilleure accessibilité des restaurants aux personnes souffrant d'un handicap lié à un trouble de la déglutition. Les troubles de la déglutition, également appelés dysphagies, sont des difficultés à rendre avalables les aliments pour les transporter de la bouche à l'estomac. Ils sont causés par des pathologies infectieuses (maladie de Lyme, oesophagite...) ou métaboliques (diabète, hyperthyroïdie...), des pathologies neurologiques (AVC, traumatisme crânien, sclérose en plaques...), des tumeurs des voies aéro-digestives supérieures ou dans le cadre du vieillissement par exemple. Cela nécessite de modifier l'alimentation pour adapter les textures et éviter les aliments à risque de fausses routes. Ces précautions rendent souvent impossible l'accès au restaurant.

Il vous faudra environ 10 minutes pour le remplir. Il est totalement anonyme et les informations obtenues ne seront utilisées que dans le cadre de cette étude.

Vous retrouverez dans la notice d'information en pièce jointe toutes les informations relatives à l'étude et au traitement de vos données.

Pour finaliser votre participation à cette étude, votre consentement est nécessaire afin d'autoriser le porteur de l'étude à recueillir et utiliser vos données à caractère personnel, dans le respect de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel. En continuant à remplir ce formulaire, vous consentez à répondre à ce questionnaire.

A tout moment, il vous est possible de retirer votre consentement sans que cela n'entraîne de conséquence pour vous, en vous adressant à [julie.garces@univ-tlse3.fr](mailto:julie.garces@univ-tlse3.fr).

Je vous remercie pour l'attention que vous portez à ce projet et pour votre participation.

Julie Garcès

Notice d'information

[Notice\\_d\\_information\\_tudiants.pdf](#)

## Questions

---

\* 1. A l'occasion de vos stages, avez-vous déjà adapté des plats en raison d'un trouble de la déglutition du client ?

- Oui  
 Non

\* 1a) Si oui, dans quel type d'établissement ?

\* 2. Durant vos travaux pratiques, vous êtes-vous déjà entraîné à adapter la texture des plats en vue d'une problématique médicale des clients ?

- Oui  
 Non

\* 3. Avez-vous déjà rencontré des personnes présentant des troubles de la déglutition ?

- Oui  
 Non

\* 3a) S'agissait-il ? Plusieurs réponses sont possibles.

- D'un proche (membre de votre famille, ami, collègue de travail...)  
 De vous-même car vous souffrez ou vous avez déjà souffert d'un trouble de la déglutition  
 D'un client lors d'un stage en restauration commerciale  
 D'un client lors d'un stage en restauration collective (en milieu hospitalier, en milieu médico-social, en restauration d'entreprise par exemple)  
 Autre

\* 3b) Autre, merci de préciser :

\* 4. Avec les enseignements reçus et les stages, à quel point pensez-vous être à l'aise pour adapter la texture des plats que vous préparez (concernant la texture ou la consistance du plat par exemple) ?

- Pas du tout à l'aise  
 Pas très à l'aise  
 A l'aise  
 Très à l'aise

\* 5. Seriez-vous intéressé pour avoir plus d'informations sur ces troubles et les outils à votre disposition pour vous adapter selon votre lieu de travail futur ?

- Oui  
 Non

\* 6. Si vous travaillez en restauration commerciale à l'issue de votre formation, pensez-vous que vous répondrez positivement à une demande d'adaptation de plats d'un client présentant un trouble de la déglutition ?

- Oui  
 Non

\* 6a) Si non, pourquoi ?

Pour pouvoir analyser au mieux vos réponses, nous avons besoin de quelques informations vous concernant.

\* 7. Quel âge avez-vous ?

\* 8. Vous êtes :

- Un homme  
 Une femme  
 Autre

\* 9. Dans quelle formation êtes-vous inscrit actuellement ?

- CAP cuisine  
 CAP APR (Agent Polyvalent de Restauration)  
 BEP Restauration option cuisine  
 Baccalauréat professionnel cuisine  
 Baccalauréat technologique STHR (Sciences et technologies de l'hôtellerie et de la restauration)  
 BTS Mangement en Hôtellerie Restauration  
 Mention Complémentaire cuisinier en desserts de restaurant  
 Master Métiers de l'Education et de la Formation aux Métiers de la Restauration  
 Autre

\* 9a) Autre, merci de préciser :

\* 10. Avez-vous suivi une ou plusieurs autres formations en cuisine avant ?

- Oui

Non

\* 10a) Merci de préciser votre (vos) formation(s) antérieure(s) en cuisine :

\* 11. Dans quelle ville êtes-vous en formation ?

\* 12. Avez-vous effectué des stages en restauration collective ?

Oui

Non

\* 12a) Si oui, dans quel type d'établissement ? Plusieurs réponses sont possibles.

- EHPAD (Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes)
- Maison de retraite privée
- Etablissement hospitalier
- Etablissement du secteur médico-social (IME, MAS, ITEP...)
- Restauration d'entreprise ou scolaire
- Autre

\* 12b) Autre, merci de préciser :

## Conclusion

---

Vous pouvez laisser un commentaire ou une information que vous pensez être utile dans cette rubrique :

Si cette thématique vous intéresse et que vous souhaitez avoir plus d'informations, vous pouvez contacter les encadrantes de ce travail, Mme Galtier et Mme Woisard aux adresses suivantes : [galtier.a@chu-toulouse.fr](mailto:galtier.a@chu-toulouse.fr) et [woisard.v@chu-toulouse.fr](mailto:woisard.v@chu-toulouse.fr)

Vous pouvez également trouver des ressources à propos des troubles de la déglutition et des adaptations possibles à ces adresses :

- Conseils d'adaptation et exemples de recette : <https://www.happyvisio.com/dist/files/conference/a1126ff0122efeac48dc989c7fec027a.pdf>

- Fiches synthétiques : <https://www.nutri-culture.com/fr/base-documentaire/articles/cuisiner/cuisine-et-sante/textures-modifiees>

Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions. Si vous souhaitez être informé des résultats de cette étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : [julie.garces@univ-tlse3.fr](mailto:julie.garces@univ-tlse3.fr)

## **Contact**

[Contact Form](#)

## Annexe VI : Justification des questions

### ➤ Questionnaire à destination des restaurateurs en activité

Q1 : Estimer si les restaurateurs connaissent des personnes ayant des troubles de la déglutition, pour estimer leur état d'information sur ce sujet.

Q1a) : déterminer dans quel cadre les restaurateurs connaissent une personne dysphagique (milieu professionnel, proches, autre).

Q1b) : préciser la réponse précédente.

Q2 : Déterminer s'ils ont été formés aux questions d'adaptation + analyser si la formation a évolué (corrélation avec les questionnaires enseignants/élèves et l'ancienneté).

Q3 : Déterminer si les restaurateurs ont déjà adapté les plats dans leur pratique professionnelle.

Q4 : Déterminer s'il est fréquent que les restaurateurs doivent s'adapter à des modifications de plats en lien avec un trouble de la déglutition + mettre en lien avec Q5 pour faire le comparatif avec d'autres régimes alimentaires particuliers

Q5 : Déterminer s'il est fréquent que les restaurateurs doivent s'adapter à des modifications de plats en lien avec des régimes alimentaires particuliers + mettre en lien avec Q4 pour faire le comparatif avec les troubles de la déglutition.

Q6 : Estimer l'intérêt des restaurateurs pour recevoir plus d'information à ce sujet.

Q7 : Estimer l'intérêt des restaurateurs pour proposer une signalétique sur leur carte Q7a) : déterminer les raisons de leur éventuel manque d'intérêt.

Q7b) : préciser la réponse précédente

Q8 : Estimer les capacités d'adaptation des restaurateurs face aux demandes d'adaptation de plats.

Q9 : Récolter des données sur l'échantillon (représentativité de l'échantillon).

Q10 : Récolter des données sur l'échantillon (représentativité de l'échantillon).

Q11 : Récolter des données sur l'échantillon.

Q12 : Récolter des données sur l'échantillon (analyse des liens entre niveau de formation et autres réponses obtenues).

Q12a) : Préciser la réponse précédente.

Q12b) : Préciser la réponse précédente.

Q12c) : Récolter des données sur l'échantillon (analyse des liens entre année d'obtention du dernier diplôme et autres réponses obtenues).

Q13 : Récolter des données sur l'échantillon (analyse des liens entre type de cuisine proposé et autres réponses obtenues).

Q13a) : préciser la réponse précédente.

Q14 : Déterminer si les restaurateurs ont exercé en restauration collective.

Q14 a) : préciser la réponse précédente. Q14b) : préciser la réponse précédente.

### Liens questions/hypothèses

Question	Données sur l'échantillon	Hypothèse 1		Hypothèse 2
		Sous hypothèse 1	Sous hypothèse 2	
1			x	
1a)			x	
1b)			x	
2		x		
3			x	
4			x	
5			x	



6				x
7				x
7a)				x
7b)				x
8		x		
9	x			
10	x			
11	x			
12	x			
12a)	x			
12b)	x			
13	x			
13a)	x			
14	x			
14a)	x			
14b)	x			

➤ **Questionnaire à destination des enseignants en cuisine**

Q1 : Estimer si les enseignants connaissent des personnes ayant des troubles de la déglutition, pour estimer leur état d'information sur ce sujet.

Q1a) : déterminer dans quel cadre les enseignants connaissent une personne dysphagique (milieu professionnel, proches dans le milieu personnel, autre).

Q1b) : préciser la réponse précédente.

Q2 : Déterminer si les enseignants ont déjà adapté des plats

Q2a) : déterminer le type d'établissement dans lequel les enseignants ont déjà adapté des textures de plats (restauration collective ou commerciale)

Q3: Déterminer si les enseignants voient l'intérêt d'enseigner aux élèves de la restauration commerciale les outils pour adapter les plats aux troubles de déglutition

Q3 : déterminer les raisons de leur réponse

Q4 : Estimer le temps d'enseignement consacrés aux troubles de la déglutition dans les cursus de cuisine pour les élèves destinés à la restauration commerciale.

Q5 : Récolter des données sur l'échantillon (représentativité de l'échantillon).

Q6 : Récolter des données sur l'échantillon (représentativité de l'échantillon).

Q7: Déterminer si les enseignants ont eux-mêmes une formation initiale en cuisine.

Q7a) : préciser la réponse précédente

Q7b) : Préciser la réponse précédente.

Q7c) : Récolter des données sur l'échantillon (analyse des liens entre l'année d'obtention du diplôme et les autres réponses obtenues).

Q7d) : Déterminer si les enseignants ont eux-mêmes reçu une information sur les troubles de la déglutition dans leur cursus de formation.

Q7e) : Préciser la réponse précédente.

Q8 : Récolter des données sur l'échantillon (analyse des liens les niveaux auxquels les enseignants donnent cours et les autres réponses obtenues).

Q8a) : Préciser la réponse précédente.

Q9: Déterminer si les enseignants ont déjà exercé en restauration collective (analyse des liens entre un exercice en restauration collective et les autres réponses obtenues).

Q9a) : Préciser la

réponse précédente.  
 Q9b) : Préciser la  
 réponse précédente.

### Liens questions/hypothèses

Question	Données sur l'échantillon	Hypothèse 1		Hypothèse 2
		Sous hypothèse 1	Sous hypothèse 2	
1		x		
1a)		x		
1b)		x		
2			x	
2a)			x	
3				x
3a)	x			x
4		x		
5	x			
6	x			
7	x			
7a)	x			
7b)	x			
7c)	x			
7d)	x			
7e)	x			
8	x			
8a)	x			
9	x			
9a)	x			
9b)	x			

#### ➤ Questionnaire à destination des étudiants

Q1 : Déterminer si les étudiants sont confrontés à la question de l'adaptation des plats durant leurs stages.

Q1a) : déterminer le type d'établissement de stage où les étudiants ont déjà été confrontés aux adaptations de textures face à un trouble de la déglutition.

Q2 : Déterminer si les étudiants ont déjà été formés lors de leurs travaux pratiques en formation à l'adaptation des textures.

Q3 : Estimer si les étudiants connaissent des personnes ayant des troubles de la déglutition, pour estimer leur état d'information sur ce sujet.

Q3a) : déterminer dans quel cadre les étudiants connaissent une personne dysphagique (milieu professionnel, proches, autre).

Q3b) : préciser la réponse précédente.

Q4 : Estimer si les étudiants se sentent capables de proposer des adaptations de textures.

Q5 : Déterminer si les étudiants sont intéressés pour recevoir de l'information au sujet des troubles de

la déglutition.

Q6 : Estimer si les futurs professionnels de la restauration commerciale s'imaginent adapter les textures sur demande des clients.

Q6a): estimer pourquoi les étudiants ne s'imaginent pas adapter les textures sur demande des clients.

Q7 : Récolter des données sur les participants (représentativité de l'échantillon).

Q8 : Récolter des données sur les participants (représentativité de l'échantillon).

Q9 : Récolter des données sur les participants (analyse des liens entre le niveau de formation et les autres réponses obtenues).

Q9a) : préciser la réponse précédente.

Q10 : Récolter des données sur les participants (analyse des liens entre le niveau de formation et les autres réponses obtenues).

Q10a) : préciser la réponse précédente.

Q11 : Récolter des données sur les participants (représentativité de l'échantillon).

Q12 : Déterminer si les étudiants ont déjà fait un stage en restauration collective (analyse des liens entre le stage en restauration collective et les autres réponses obtenues).

Q12a) : préciser la réponse précédente

Q12b) : préciser la réponse précédente

### Liens questions/hypothèses

Question	Données sur l'échantillon	Hypothèse 1		Hypothèse 2
		Sous hypothèse 1	Sous hypothèse 2	
1			x	
1a)			x	
2		x		
3			x	
3a)			x	
3b)			x	
4				x
5				x
6				x
6a)	x			
7	x			
8	x			
9	x			
9a)	x			
10	x			
10a)	x			
12	x			
12a)	x			
12b)	x			

## Annexe VII : Calculs des échantillons

$$\text{Formule utilisée : } \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left( \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 \times N} \right)}$$

### Taille de l'échantillon restaurateurs toulousains

$z = 1,96$  pour un intervalle de confiance de 95% (issu de la loi Normale étant donné que  $N > 30$ )

$p = 0,5$  (valeur communément admise donnant la dispersion maximale de la population)

$e = 0,05$  pour une marge d'erreur de 5%

$N = 2879$

$$\frac{\frac{1.96^2 \cdot 0.5(1 - 0.5)}{0.05^2}}{1 + \left( \frac{1.96^2 \cdot 0.5 \cdot (1 - 0.5)}{0.05^2 \cdot 2879} \right)} = 338,93^*$$

\* arrondi au centième

### Taille échantillon élèves en BTS en Occitanie

$$\frac{\frac{1.96^2 \cdot 0.5(1 - 0.5)}{0.05^2}}{1 + \left( \frac{1.96^2 \cdot 0.5 \cdot (1 - 0.5)}{0.05^2 \cdot 45} \right)}$$

$$= 40,28^*$$

\* arrondi au centième

$z = 1,96$  pour un intervalle de confiance de 95% (issu de la loi Normale étant donné que  $N > 30$ )

$p = 0,5$  (valeur communément admise donnant la dispersion maximale de la population)

$e = 0,05$  pour une marge d'erreur de 5%

$N = 45$

## **RÉSUMÉ**

### **Pratiques actuelles d'adaptations des plats aux troubles de la déglutition en restauration commerciale : état des lieux.**

On estime à 8% la prévalence des troubles de la déglutition dans le monde. Ces troubles sont à l'origine d'une diminution de la qualité de vie des patients : des liens ont notamment été établis entre l'apparition de la dysphagie et un sentiment d'isolement, une moindre estime de soi et une anxiété lors des repas. Ces difficultés poussent souvent les patients à éviter les repas avec les autres, que ce soit chez eux ou à l'extérieur, entraînant ainsi une diminution du nombre de sorties au restaurant. Pourtant, le repas est dans notre culture un moment majeur de la vie sociale : les célébrations de toutes sortes ont lieu autour de la table, il s'agit d'un instant de partage et de convivialité. Si les professionnels de la restauration collective sont souvent formés à l'adaptation de leur cuisine au handicap, de telles formations sont rares pour les professionnels du secteur commercial. L'objectif de notre étude est de déterminer quelles sont les pratiques actuelles d'adaptations de plats dans la restauration commerciale et de déterminer si les restaurateurs seraient prêts à s'informer sur le sujet.

Pour ce faire, nous avons interrogé les restaurateurs commerciaux, les élèves scolarisés en cuisine ainsi que les enseignants de l'hôtellerie-restauration de Toulouse grâce à 3 questionnaires auto-administrés en ligne. Grâce aux réponses obtenues dans chaque groupe (65 restaurateurs, 8 enseignants et 8 élèves), nous avons pu constater que seuls 5% des restaurateurs commerciaux sont formés aux adaptations mais aussi qu'ils sont peu sollicités par des personnes souffrant de troubles de la déglutition. Moins de la moitié des participants connaissaient une personne dysphagique et la majorité d'entre eux n'ont jamais adapté de plats. Cependant, 27 des restaurateurs interrogés, la moitié des élèves et 7 des 8 enseignants seraient intéressés pour recevoir plus d'informations à ce sujet.

Suite à cet état des lieux, il serait maintenant nécessaire d'interroger également les patients sur les raisons de leur absence au restaurant mais aussi sur leurs besoins et attentes lors d'une telle sortie. A partir de là, des outils de formation restant aujourd'hui à définir pourraient être proposés aux restaurateurs actuels ainsi qu'à ceux de demain.

**Mots-clés :** troubles de la déglutition, adaptation, accessibilité, restauration.

## **ABSTRACT**

### **Current practices for adapting dishes to swallowing disorders in commercial catering : state of play.**

The prevalence of dysphagia is estimated at 8% in the world. These troubles are the cause of a diminution of their quality of life: links have been established between the dysphagia's apparition and a feeling of isolation, a lower self-esteem and anxiety over meals. These difficulties often push patients to avoid meals with others, at their home or outside, leading to a decrease in the number of restaurant outings. However, the meal is in our culture a major moment of social life: celebrations of all kinds take place around the table, this is a moment of sharing and conviviality. If collective catering professionals are often trained in adapting dishes to people with disabilities, such training is rare for professionals in the commercial sector. The aim of our study is to establish what are the current practices for adapting dishes in commercial catering and to determine if restaurateurs will be interested in getting additional information.

In order to do so, we questioned commercial cooks, students in culinary school as well as teachers in the hotel and catering industry in Toulouse using 3 self-administered online questionnaires. Thanks to the answers obtained (65 cooks, 8 teachers and 8 students), we were able to observe that only 5% of cooks are trained in the adaptations but they're also rarely requested by people with swallowing disorders. Less than half of participants knew a person with swallowing disorder and most of them had never adapt a meal. However, 27 cooks, half of students and 7 of the 8 teachers would be interested in receiving more information about this.

Following this state of play, it would now be necessary to also interview patients on the reasons for their absence in restaurants but also on their needs and expectations during such outing. From there, training tools still to be defined today could be offered to current cooks as well as those of tomorrow.

**Key-words:** swallowing disorders, adaptation, accessibility, catering.