



Faculté de Santé
Département Médecine Maïeutique et Paramédical
Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

Certificat de Capacité d'Orthophoniste
Grade Master

Mémoire

Troubles de l'Oralité Alimentaire chez l'adulte dit·e
« tout-venant » : État des lieux des connaissances des
Médecins Généralistes

Abigaël Cameijo-Flamand

Sous la direction de :

Madame Anaïs BARRY, orthophoniste libérale

Jury composé de :

Docteur Sabine CRESTANI
Madame Émilie LORRAIN

Juin 2024

REMERCIEMENTS

Je tiens à dédier ce mémoire à Valentine. Sans ta présence et ton soutien inconditionnel toutes ces années, je n'aurais pas pu en arriver là où j'en suis, merci pour tout. Ce mémoire je l'ai écrit en pensant à te rendre fière (et à tes moqueries pour calmer mes moments de panique). Je ne sais pas si je serai une super orthophoniste, mais j'en suis meilleure grâce à toi.

Je remercie Sabine Crestani et Émilie Lorrain d'avoir accepté d'étudier ce travail et d'en être examinatrices.

Je remercie ma directrice de mémoire, Anaïs, pour son soutien pendant cette année, alors même qu'on ne s'était jamais rencontrées avant. Merci de m'avoir suivie dans mes idées et dans les changements de trajectoire, merci pour les corrections nocturnes et les messages vocaux de plusieurs minutes ; c'est un vrai plaisir d'avoir traversé cette étape à tes côtés.

Merci aux différent·e·s orthophonistes m'ayant accueillie en stage pour toute l'expérience et les conseils qu'ils et elles m'ont apportés, et particulièrement à Nathalie, pour ta confiance, tes conseils et ta souplesse durant ce dernier semestre crucial.

Les copines orthos de la Dream Team, merci pour l'accueil de la pièce un peu rapportée que j'étais, pour les soirées, les brunchs, le renfort émotionnel, les partages de doutes et de joies. Cette année aurait sans aucun doute été plus longue sans vous.

Merci à ma deuxième famille, et particulièrement à Laure et Émilie, de m'avoir écoutée surtout me plaindre et douter sans broncher, pendant nos coups de fil de quatre heures et nos salons de thé de cinq heures. Merci à celles qui étaient trop loin pour m'écouter paniquer quotidiennement mais suffisamment proches pour me sortir la tête du guidon de temps en temps – Zoë, Mél, Em.

Laulau, je ne vais pas refaire le monde avec trois lignes dans mon mémoire, mais merci pour tout ces dernières années, mémoire, hors mémoire, je n'aurais sûrement pas pu le faire sans toi, ou alors avec beaucoup plus de mal (et moins de pissenlits). Merci pour la safe place, le soleil, les karaokés dans les bouchons, la diversification alimentaire, les câlins qui redonnent des points de vie, et le reste.

Enfin, merci à toute ma famille, dont ceux que je ne cite pas ; merci aux Saint-Martinois pour l'accueil plein d'amour, et à mon chien pour le soutien émotionnel. Papa, maman, merci pour la réassurance constante même sans connaître grand-chose au sujet, les vacances forcées imposées sans le vouloir, la nourriture anti-stress, et le soutien et l'amour inconditionnels. Maman, merci de m'avoir rendu la pareille avec tes relectures attentives. Anjali, merci de t'être approchée de mon écran, d'avoir lu trois lignes, fait une tête horrifiée parce que tu n'as rien compris, et d'être repartie ; c'était digne de la meilleure sœur que tu es. Et merci aussi pour tout ton amour. Je vous dois tou·te·s beaucoup.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET ANNEXES	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS	6
INTRODUCTION.....	7
PARTIE THÉORIQUE	9
1. L'oralité alimentaire et son développement.....	9
1.1. L'oralité primaire	9
1.2. L'oralité secondaire	9
1.3. L'oralité tertiaire.....	10
2. Les Troubles Alimentaires Pédiatriques (TAP)	10
2.1. Définition générale et prévalence.....	10
2.2. Terminologies retrouvées dans la littérature.....	11
2.2.1. Trouble de l'Oralité Alimentaire (TOA).....	11
2.2.2. Néophobie alimentaire.....	11
2.2.3. Syndrome de dysoralité sensorielle et trouble de l'intégration neurosensorielle.....	12
2.2.4. « Picky eating » ou sélectivité alimentaire	12
2.2.5. ARFID	13
2.3. Définition du consensus de 2019 (Goday et al., 2019).....	13
2.4. Étiologies et facteurs prédisposants	14
2.4.1. Historique des classifications.....	14
2.4.2. Classification du consensus de 2019	15
2.5. Manifestations et signes d'appel	16
2.6. Diagnostics différentiels	17
2.7. Dépistage, diagnostic et prise en charge.....	18
3. Les Troubles de l'Oralité Alimentaire (TOA) chez l'adulte	19
3.1. Terminologies et état actuel de la littérature	19
3.2. Diagnostics différentiels	20
3.3. Diagnostic et prise en charge	21
PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES	23
1. Problématique et objectif	23
2. Hypothèses.....	23
MÉTHODOLOGIE	24
1. Choix du questionnaire en ligne	24
2. Population et recrutement.....	24

3. Élaboration du questionnaire.....	25
3.1. Section 1 : Caractéristiques du/de la praticien-ne	25
3.2. Section 2 : Troubles Alimentaires Pédiatriques (TAP) chez l'enfant	26
3.3. Section 3 : Troubles apparentés chez l'adulte (Troubles de l'Oralité Alimentaire – TOA)....	26
3.4. Section 4 : Désir et besoin d'information.....	26
4. Analyse des résultats.....	27
RÉSULTATS ET ANALYSES	28
1. Caractéristiques socio-démographiques	28
2. Connaissances relatives aux TAP chez l'enfant	30
2.1. Présence d'enfants dans la patientèle	30
2.2. Connaissance des termes de TAP et de TOA.....	30
2.3. Facteurs prédisposants, signes cliniques et conséquences des TAP/TOA chez l'enfant.....	31
3. Connaissances relatives aux troubles apparentés type TOA chez l'adulte	34
3.1. Notion sur l'existence de ces troubles dans la population adulte	34
3.2. Interrogation de l'alimentation en consultation chez les adultes	35
3.3. Signes cliniques	36
3.4. Fréquence et orientation des adultes présentant ces difficultés.....	37
4. Avis et attentes quant à la création d'un support d'information sur les TOA de l'adulte	38
DISCUSSION.....	39
1. Validation ou invalidation des hypothèses	39
1.1. Hypothèse 1.....	40
1.1.1. Hypothèse Secondaire 1.....	40
1.1.2. Hypothèse Secondaire 2.....	41
1.1.3. Hypothèse Secondaire 3.....	41
1.2. Hypothèse 2.....	41
2. Apports et limites	42
3. Perspectives de l'étude	43
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	46
ANNEXES	51
RÉSUMÉ.....	65
ABSTRACT.....	65

LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET ANNEXES

Figures

Figure 1 – Répartition des MG de notre échantillon en fonction de leur genre (question 1)	28
Figure 2 – Répartition des MG de notre échantillon en fonction de leur âge (question 3)	28
Figure 3 – Répartition des MG de notre échantillon en fonction de leur nombre d'années d'exercice (question 4)	28
Figure 4 – Répartition des MG de notre échantillon en fonction de leur région d'exercice (question 5)	29
Figure 5 – Répartition des MG de notre échantillon en fonction de leur mode d'exercice (questions 2-2A-2B)	29
Figure 6 – Présence d'enfants dans la patientèle de notre échantillon au cours des cinq dernières années (question 6)	30
Figure 7 – Connaissance des termes de TAP, de TOA, et des difficultés associées (question 7)	30
Figure 8 – Connaissance des facteurs prédisposants principaux d'un TAP/TOA (question 8)	31
Figure 9 – Connaissance des manifestations / signes d'appel d'un TAP/TOA chez le bébé/l'enfant (question 9)	32
Figure 10 – Connaissance des conséquences à plus ou moins long terme des TAP/TOA chez l'enfant (question 10)	32
Figure 11 – Notion de troubles apparentés dans la population adulte (question 11)	34
Figure 12 – Fréquence d'interrogation de l'alimentation en consultation chez les adultes (question 12)	35
Figure 13 – Thématiques abordées en consultation (question 12C)	36
Figure 14 – Connaissance des manifestations / signes d'appel principaux d'un TOA/trouble apparenté chez l'adulte (question 13)	36
Figure 15 – Présence d'adultes porteur-se-s de ces difficultés dans la patientèle (question 14)	37
Figure 16 – Présence d'une plainte explicite concernant l'alimentation chez ces adultes (question 14A)	37
Figure 17 – Orientation réelle ou hypothétique des adultes porteur-se-s de TOA ou troubles apparentés par les MG (questions 14B et 14C)	37
Figure 18 – Préférences concernant le contenu du support d'information (question 15B)	38
Figure 19 – Préférences concernant le format du support d'information (question 15C)	38

Tableaux

Tableau 1 – Signes d’appel cliniques des TAP/TOA – adapté de Leseq-Lambre (2019) et Guillon-Invernizzi et al. (2020)	16
Tableau 2 – Table de contingence et test du chi-2 concernant la connaissance des termes TAP et TOA en fonction de l’année du diplôme	31
Tableau 3 – Tables de contingence et tests du chi-2 concernant la connaissance des facteurs prédisposants, signes d’appel et conséquences possibles du TAP en fonction de l’année du diplôme	33
Tableau 4 – Critères de validation des hypothèses	39

Annexes

Annexe 1 – Tables additionnelles présentant des exemples de troubles, maladies et dysfonctions associés au TAP (Goday et al., 2019)	51
Annexe 2 – Questionnaire à destination des médecins généralistes	52
Annexe 3 – Document récapitulatif disponible au téléchargement à la fin du questionnaire	60
Annexe 4 – Première version d’une plaquette d’information à destination des médecins généralistes	64

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AEBQ = Adult Eating Behavior Questionnaire

APEQ = Adult Picky Eating Questionnaire

ARFID = Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder

CIF = Classification Internationale du Fonctionnement

CPTS = Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DES = Diplôme d'Exercice Spécialisé

EDY-Q = Eating Disorders in Youth Questionnaire

FNS = Food Neophobia Scale

IPP = Inhibiteur de Pompe à Protons

MG = Médecin(s) Généraliste(s)

MSP = Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NIAS = Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Screen

ORL = Oto-Rhino-Laryngologiste

PARDI = Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview

SDS = Syndrome de Dysoralité Sensorielle

SOS (approach) = Sequential Oral Sensory (approach)

SSE = Service de Santé Étudiante

TAP = Trouble Alimentaire Pédiatrique

TCA = Trouble(s) des Conduites Alimentaires / du Comportement Alimentaire

TCC = Thérapie Cognitivo-Comportementale

TOA = Trouble(s) de l'Oralité Alimentaire

INTRODUCTION

Les Troubles Alimentaires Pédiatriques (TAP), encore souvent appelés Troubles de l'Oralité Alimentaire (TOA) en France, sont aujourd'hui de mieux en mieux connus et accompagnés. Effectivement, après une première mise en lumière datant d'une vingtaine d'années, de nombreux travaux ont depuis été menés ; il existe aujourd'hui un consensus anglophone de définition et de terminologie, un acte orthophonique dédié, un nombre croissant de formations, et de nombreux mémoires d'orthophonie sur le sujet – dont plusieurs interrogeant l'importance de la pluridisciplinarité dans l'accompagnement des TAP, et notamment le rôle clef des médecins généralistes et des pédiatres dans le dépistage et l'orientation de ces troubles.

Pour autant, une partie de la population touchée par ces troubles est encore écartée d'une proportion non négligeable des études, formations, terminologies existantes : les adultes « tout-venant », sans pathologie associée. Si la possibilité d'une persistance et donc de l'existence de troubles apparentés aux TAP à l'âge adulte est abordée dans la littérature scientifique, les études sur le sujet datent pour les plus anciennes d'une dizaine d'années seulement, et le grand public comme les professionnel·le·s de santé sont encore extrêmement peu conscient·e·s de cette possibilité ; il semble que les adultes touché·e·s par ces difficultés aient pour la plupart appris à vivre avec, ou réalisent leurs propres recherches sur le sujet.

C'est pourtant maintenant, même en l'absence de littérature sur le sujet, qu'il apparaît essentiel d'améliorer la considération de ces adultes : âgé·e·s de 18 ans ou plus, le diagnostic de TAP ou de TOA n'existait pas pendant leur enfance et il était rare d'être pris·e en charge. Du fait de la quantité grandissante de recherches chez l'enfant, dont une partie s'accorde à améliorer l'information et le rôle de dépistage des médecins, la population d'adultes n'ayant reçu ni diagnostic, ni accompagnement pendant l'enfance va a priori aller en diminuant dans les années à venir ; on peut toutefois supposer, de manière empirique, que parmi ces enfants passé·e·s sous le radar diagnostique et n'ayant pas reçu d'accompagnement spécifique, une certaine proportion d'entre eux ait pu grandir pour devenir des adultes toujours porteur·se·s de ces troubles. Ces dernières années, les récits florissants d'adultes plus ou moins en souffrance ou en difficulté du fait de tels troubles, sur divers forums et groupes de discussion en ligne, témoignent de cette réalité.

Depuis quelques années, des travaux commencent donc à étudier ces troubles et leurs manifestations chez l'adulte, le besoin et les méthodes de prise en charge, le degré d'information du public et des professions concernées telles que les orthophonistes. Mais les connaissances des

médecins généralistes, elles, sont pour l'instant laissées de côté ; pourtant, leur position dans le parcours de soin les poste a priori en première ligne dans le dépistage de ces troubles et l'orientation de ces patient·e·s. Il nous semble donc essentiel d'explorer leurs connaissances sur le sujet, ainsi que leur manière d'aborder l'alimentation et les problématiques liées en consultation, afin d'éveiller l'intérêt de cette profession sur ce sujet trop peu connu, et d'enclencher le mécanisme qui permettra une meilleure prise en compte de ces adultes dans le futur.

PARTIE THÉORIQUE

1. L'oralité alimentaire et son développement

L'oralité est un terme issu du latin « os, oris » signifiant « la bouche », qui a été mis en lumière par la psychanalyse ; dans cette discipline, ce terme renvoie à l'activité et au comportement oral de l'enfant, et constitue une ouverture entre le dedans et le dehors. Historiquement, le terme d'oralité désigne le langage parlé et la communication (notion d'oralité verbale), puis sa définition s'est vue étendue il y a un peu plus d'une vingtaine d'années, pour se rapporter, additionnellement, à toute fonction impliquant la bouche – incluant donc l'oralité non verbale ou alimentaire – : l'exploration, l'alimentation, la respiration (Abadie, 2004). Les fonctions liées à l'oralité s'organisent dès le développement in-utero, jusqu'au début de l'adolescence dans le cadre d'un développement typique ; leur développement se divise ainsi en deux phases, les oralités primaire et secondaire, et une troisième, l'oralité tertiaire, peut être évoquée dans un cadre plus social et environnemental de l'alimentation.

1.1. L'oralité primaire

L'oralité primaire, ou succionnelle, est à la base de toutes les fonctions d'alimentation : son développement commence in utero, et s'étend jusqu'au quatrième mois de vie environ ; après quoi, sa maturation permet l'installation progressive de l'oralité secondaire (Thibault, 2017). L'installation de la première est objectivée par l'apparition, entre le 40^e et le 50^e jour, de l'oralité motrice, puis du réflexe de Hooker¹ au début du troisième mois, qui marque le passage du stade d'embryon à celui de fœtus. L'oralité primaire est une phase réflexe contrôlée par le tronc cérébral, durant laquelle les fonctions de succion (dixième semaine), déglutition (12^e-15^e semaine) puis respiration se mettent en place progressivement, dans un procédé coordonné automatique permettant ensuite au bébé d'assurer les deux actions nécessaires à sa survie : avaler et respirer (Thibault, 2017).

Les réflexes de succion et de déglutition, matures à la naissance, sont accompagnés de divers réflexes archaïques spécifiques à cette phase primaire, dont le réflexe nauséeux : signe du fonctionnement neuronal du tronc cérébral, il a fonction initiale de protection, lorsque le nouveau-né détecte une odeur, un goût ou une texture trop éloignés de ce qu'il a l'habitude de manger.

1.2. L'oralité secondaire

¹ Ouverture buccale et sortie de la langue provoquées par le port de sa main à sa bouche par le fœtus.

L'oralité secondaire, ou de mastication, correspond à la corticalisation de la fonction d'alimentation ; elle se met en place progressivement entre quatre et sept mois, dans une phase de coexistence avec l'oralité primaire qui peut durer entre un et deux ans dans les pays occidentaux : c'est la double stratégie alimentaire (Thibault, 2017). L'oralité secondaire est une phase volontaire, durant laquelle l'enfant commence à contrôler ses mouvements. Durant cette période, les dents de lait vont commencer à pousser, la succion va progressivement laisser plus de place à la cuillère, et le lait aux aliments mixés et solides : on parle de la période clef de diversification alimentaire (Briatte & Barreau-Drouin, 2021). Ces changements corticaux mais aussi anatomiques, physiologiques et sensoriels vont permettre peu à peu à l'enfant de traiter les différences de goûts, de textures, de températures, etc.

1.3. L'oralité tertiaire

L'oralité tertiaire ou « cognitive » est une notion introduite récemment par Élisabeth Levavasseur : il s'agirait, après un certain âge, ainsi qu'une cognition et un langage plus « élaborés », de la construction de représentations autour de l'alimentation, forgées aussi bien par les aspects sensoriels et moteurs cités plus tôt que par l'environnement. Ainsi, *« ce ne sont plus seulement sa sensorialité [...] ou ses compétences motrices qui vont l'orienter vers le plaisir ou le déplaisir, mais aussi la représentation qu'il va avoir construite autour de l'alimentation »* (Levavasseur, 2017). Cet aspect peut se retrouver chez des adultes « bien-portant-e-s » face aux différences alimentaires culturelles qu'ils et elles peuvent rencontrer dans d'autres cultures que la leur ; chez l'adulte comme chez l'enfant, on peut ainsi penser que ce n'est pas seulement la sensorialité activée par l'alimentation qui guiderait celle-ci, mais également les représentations qui lui sont liées.

2. Les Troubles Alimentaires Pédiatriques (TAP)

2.1. Définition générale et prévalence

Différents termes, plus ou moins connus ou utilisés, viennent décrire les difficultés de prise alimentaire par voie orale rencontrées chez l'enfant comme chez l'adulte : on trouvera dans la littérature les notions de troubles de l'oralité alimentaire, de trouble alimentaire pédiatrique, de néophobie alimentaire, ou encore, en anglais, de « feeding disorder » (trouble de la prise alimentaire) ou de « picky eating » (souvent traduit en français par le terme de « sélectivité alimentaire » ou de « petits mangeurs »).

Le terme de « Trouble de l'Oralité Alimentaire » n'a pas de définition universellement acceptée, mais il est généralement utilisé de manière englobante pour décrire un ensemble de réalités cliniques, dont celles nommées ci-dessus ; Catherine Thibault (2017) le définit comme *« l'ensemble des*

difficultés de l'alimentation par voie orale. Il peut s'agir de troubles par absence de comportement spontané d'alimentation ou par refus d'alimentation et de troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective ».

Plusieurs études ont estimé la prévalence de ces difficultés à environ ¼ des enfants « tout-venant » au développement neurotypique, comme l'abordent Senez (2020) et Levavasseur (2017), qui à elles deux citent les travaux de Manikam (2000), Ramsay (2001) et Kerzner et al. (2015) ; cette proportion peut monter à 80% dans le cadre de troubles du neurodéveloppement, et jusqu'à 87% des enfants autistes selon les études (Brais, 2023).

2.2. Terminologies retrouvées dans la littérature

2.2.1. Trouble de l'Oralité Alimentaire (TOA)

Le terme de « Trouble de l'Oralité Alimentaire », évoqué et défini plus haut, est un terme spécifique à la littérature francophone ; il s'agit également de celui utilisé dans notre nomenclature des actes orthophoniques, depuis la création avec l'avenant 16 du « Bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » (AMO 34) et de l'acte « Rééducation des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » (AMO 13.5) (Avis relatif à l'avenant n° 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996, 2017).

2.2.2. Néophobie alimentaire

La néophobie alimentaire se définit avant tout comme une phase à part entière du développement de tout enfant, on parlera alors de néophobie physiologique : il s'agit du « *rejet d'aliments nouveaux ou inconnus pour l'enfant [...] rencontré chez tous les omnivores et se résolvant avec des expositions répétées* » (Kerzner et al., 2015) ; cette définition peut également intégrer la propension à trouver mauvais un aliment que l'on a accepté de goûter avant. C'est une période normale entre deux et 11 ans, avec un pic notable entre quatre et sept ans pour environ trois quarts de la population (Guillon-Invernizzi et al., 2020).

Lorsque cette néophobie se maintient au-delà de 12 ans, on ne se trouve plus dans le cadre d'une néophobie physiologique mais persistante : isolée ou bien signe d'alerte psycho-socio-comportemental associé à d'autres signes pouvant constituer un TAP/TOA, elle pourra entraîner des conséquences psychosociales et sur la santé de la personne ; elle concerne environ 6% de la population (Guillon-Invernizzi et al., 2020).

Dans le grand public, on trouvera assez régulièrement ce terme utilisé en tant qu'équivalent de TAP ou de TOA, avec souvent un flou définitionnel, mais cela relève plutôt d'un abus de langage ; la

néophobie alimentaire constitue, comme nous venons de l'expliquer, un phénomène distinct mais co-occurent avec les TAP/TOA (Kauer et al., 2015).

2.2.3. Syndrome de dysoralité sensorielle et trouble de l'intégration neurosensorielle

Le syndrome de dysoralité sensorielle (SDS), parfois trouvé seulement sous l'appellation de dysoralité sensorielle, est un terme introduit par Catherine Senez en 2002 pour décrire une hyper ou une hyposensibilité olfactive et/ou gustative, pouvant entraîner des difficultés alimentaires telles qu'une sélectivité importante, un réflexe hypernauséeux ou des aversions alimentaires (Senez, 2020) ; différent du terme de « trouble de l'intégration neurosensorielle »², il tombe ainsi tout de même sous son spectre de manifestations. S'il est bon de le connaître car l'on peut encore le retrouver dans la littérature francophone, son utilisation a été aujourd'hui majoritairement supplantée par les termes plus larges de TAP et de TOA notamment, car le SDS ne décrit que la portion de ces troubles étant d'origine sensorielle.

2.2.4. « Picky eating » ou sélectivité alimentaire

Le « Picky eating », ou sélectivité alimentaire, est l'un des termes les plus retrouvés dans la littérature ; il n'existe cependant pas à l'heure actuelle de consensus de définition, et des appels aux recherches ont été lancés pour clarifier les tenants et les aboutissants de ce trouble, sa continuité de l'enfance à l'âge adulte, et si oui ou non il peut être considéré comme un trouble alimentaire à part entière (Cardona Cano et al., 2017; Thompson et al., 2015; Wildes et al., 2012). Cardona Cano et al. expliquent d'ailleurs que le terme est utilisé de manière interchangeable dans la littérature avec d'autres termes tels que « fussy », « faddy », ou « selective eating (disorder) » – qui ont souvent la même traduction française de « (trouble de) la sélectivité alimentaire », ou de « mangeur-se difficile ».

Ainsi, s'il n'existe pas à l'heure actuelle de définition officielle du terme, Taylor et al. (2015) ont, dans leur revue de littérature, sélectionné quelques-unes des définitions les plus retrouvées dans la littérature ; on pourra notamment citer :

« Consommation inadéquate d'une variété d'aliments caractérisée par le rejet d'une quantité considérable d'aliments familiers ou non familiers ce qui inclus des éléments de néophobie alimentaire allant jusqu'au rejet d'une texture spécifique d'aliments » (traduction libre de Brais, 2023)

« Refus de manger de la nourriture familière ou de goûter à de nouveaux aliments, de façon

² Trouble du traitement des informations sensorielles qui affecte la capacité d'une personne à traiter les informations sensorielles provenant de son corps ou de son environnement.

suffisamment sévère pour interférer avec la routine quotidienne et à un degré qui s'avère problématique pour le parent, l'enfant ou pour la relation parent-enfant » (traduction libre de Brais, 2023)

En résumé, ce trouble est généralement classé comme faisant partie d'un spectre de difficultés alimentaires, incluant des préférences alimentaires prononcées, une réticence à goûter de nouveaux aliments voire à manger des aliments familiers, pouvant ainsi à terme avoir des répercussions négatives sur la santé (Taylor et al., 2015).

2.2.5. ARFID

Le terme « ARFID », acronyme de « Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder », traduit par « Trouble de la prise alimentaire évitant/restrictif », est à l'heure actuelle le seul trouble alimentaire sans perception perturbée de l'image corporelle reconnu par le DSM-5, venant remplacer le « Trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant » (« Feeding Disorder of Infancy and Early Childhood ») du DSM-IV. Il se définit par *« une limitation de la prise alimentaire ; ce trouble ne comprend pas une image corporelle distordue ou une préoccupation concernant l'image corporelle (contrairement à l'anorexie mentale et à la boulimie mentale) »* (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition, 2013b).

Il se caractérise par une consommation de nourriture suffisamment restreinte pour qu'un ou plus des critères suivants soient présents : perte de poids importante ou retard de croissance, carences nutritionnelles importantes, dépendance à l'alimentation entérale ou aux compléments alimentaires, fonctionnement psychosocial nettement perturbé.

Si ce terme a l'avantage de ne pas limiter le diagnostic à une tranche d'âge pédiatrique (contrairement à son prédécesseur), il reste limitant dans son utilisation notamment du fait de la sévérité attendue des signes cliniques et de son exclusion d'une partie de la population : en effet, dans le cas d'une comorbidité, le trouble alimentaire doit dépasser la sévérité habituellement observée dans la pathologie associée ou sous-jacente ; cela peut par exemple exclure de ce diagnostic les personnes autistes (Jule, 2021).

Cardona Cano et al. (2017) tentent d'explicitier le lien étroit entre « picky eating » et ARFID, en postulant que puisque le picky eating est considéré comme un spectre de difficultés alimentaires, l'ARFID peut être envisagé comme une forme extrême de picky eating ; spéculant ainsi précautionneusement que les personnes présentant un « picky eating » persistant seraient à plus haut risque de développer un ARFID.

2.3. Définition du consensus de 2019 (Goday et al., 2019)

Parmi tous ces termes, dans une volonté d'établir un consensus de définition utilisable de manière universelle, dans la littérature scientifique et dans la clinique courante, un seul a ainsi été retenu en 2019 : il s'agit du « Pediatric Feeding Disorder », traduit en français par « Trouble Alimentaire Pédiatrique » (Guillon-Invernizzi et al., 2020). Ce terme, défini comme une « *altération de l'absorption orale alimentaire, qui n'est pas appropriée à l'âge et qui est associée à des problèmes médicaux, nutritionnels, des compétences alimentaires et/ou à un dysfonctionnement psychosocial* » (traduction de Guillon-Invernizzi et al., 2020; d'après Goday et al., 2019) regroupe ainsi l'ensemble des difficultés alimentaires pouvant être rencontrées dans l'enfance et les différents domaines d'expression associés, rappelant également que ces domaines sont étroitement liés et qu'un seul signe clinique peut trouver son origine dans différentes causes chez un même enfant ; mettant en avant l'importance de l'évaluation pluridisciplinaire de ces troubles.

La récence et la proximité de parution de ce consensus, et, dans la nomenclature orthophonique, de l'acte de rééducation de l'oralité cité plus tôt, expliquent en partie pourquoi les deux termes sont utilisés et retrouvés de manière concomitante en clinique et en recherche francophone.

2.4. Étiologies et facteurs prédisposants

2.4.1. Historique des classifications

Différentes classifications de la genèse des TAP/TOA ont été établies par différent·e·s auteur·trice·s ces dernières décennies :

- Chatoor (2009) propose une classification des troubles du comportement alimentaire du bébé et du jeune enfant basée sur la psychologie du développement : elle y inclut six troubles principaux (anorexie infantile, défaut de régulation homéostatique, trouble alimentaire lié à la réciprocité parent-bébé, sélectivité alimentaire, trouble post-traumatique, trouble associé à un trouble somatique) et trois troubles secondaires (mérycisme, pica, vomissements psychogènes).
- Thibault (2017) oppose les causes organiques (pathologies digestives, extra-digestives, anomalies congénitales et acquises de la déglutition) aux causes non organiques ou psychogènes (anorexies infantiles et post-traumatique, psychoses infantiles).
- Senez (2020) distingue les causes non neurologiques (prématurité, fentes vélo-palatines non syndromiques, atteintes organiques) des causes neurologiques (encéphalopathies).

Ces classifications ne permettent en revanche pas de rendre compte de la complexité des situations cliniques et des imbrications étiologiques à la fois internes et environnementales qui sont

parfois en cause ; il existe un autre type de classification proposée notamment par Dubedout et al. (2016) qui se place en termes de facteurs de risque ou de facteurs « prédisposants », citant notamment :

- La présence de TCA (Troubles du Comportement Alimentaire ici) dans la famille (TCA incluant ici anorexie et boulimie mentales mais aussi profil de « petit mangeur » dans l'enfance et difficultés alimentaires avant 3 ans chez les parents et dans l'entourage proche – oncles, tantes, cousins et cousines).
- La prématurité et les antécédents de pathologies néonatales : pathologies digestives (laparoschisis, atrésies de l'œsophage), pathologies cardiaques, traumatismes précoces de la sphère oro-digestive liés à l'hospitalisation (alimentation entérale prolongée par sonde naso-gastrique, aspirations répétées, difficultés respiratoires, chirurgie, etc.), hypotrophie néonatale.
- Les prises en charge nutritionnelles ou médicamenteuses : changements multiples de laits, utilisation d'hydrolysats de protéines, traitements par inhibiteurs de la pompe à protons (IPP).

2.4.2. Classification du consensus de 2019

Le consensus de 2019 (Goday et al., 2019), s'inspirant de ces différents travaux, propose un nouveau type de classification diagnostique : non plus catégorielle et fermée, elle est construite à partir de quatre domaines étiologiques, et des formes d'expression clinique associées (soit les signes d'appel) pouvant être observées selon le domaine atteint. Les quatre domaines en cause sont les suivants :

- Les facteurs / dysfonctionnements médicaux : atteinte structurelle ou fonctionnelle des systèmes gastrointestinal (œsophagite, atrésie de l'œsophage, gastroparésie, hypomotilité, etc.), cardiorespiratoire (tachypnée/dyspnée, pneumonies et pneumopathies, cardiopathie congénitale, association de ces différents facteurs à une hospitalisation prolongée et à des interventions, etc.) et neurologique (paralysies cérébrales, troubles neurodéveloppementaux dont trouble du spectre autistique).
- Les facteurs / dysfonctionnements dans les compétences alimentaires : expériences orales et alimentaires altérées du fait de maladies, de blessures, de troubles neurodéveloppementaux, d'un déficit neurologique, d'une structure ou d'une fonction sensorimotrice oro-pharyngée altérée, pouvant mener au mauvais développement des compétences alimentaires (oro-motrices et sensorielles).
- Les facteurs / dysfonctionnements nutritionnels : restriction en qualité, en quantité et/ou en variété des aliments et boissons consommées, voire exclusion de groupes alimentaires entiers tels que les fruits et légumes.

- Les facteurs / dysfonctionnements psychosociaux : décalage entre les attentes parentales et les capacités de l'enfant (notamment dans le cadre de troubles neurodéveloppementaux), difficultés de santé mentale ou comportementales chez l'enfant ou l'adulte en charge ou difficultés relationnelles entre les deux, mésinterprétations par l'adulte des signaux (faim et satiété) envoyés par l'enfant, décalage entre les croyances culturelles de l'adulte et les attentes des autres (sociétales ou de l'entourage), facteurs environnementaux (contexte des repas).

L'équipe a ainsi proposé plusieurs tableaux s'appuyant sur la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), mettant en parallèle les parties du corps ou les fonctions pouvant être affectées dans chacun des quatre domaines, et les limitations d'activité pouvant en découler et devenir ainsi des signes cliniques de TAP. Ces tableaux non traduits sont disponibles en annexe (*annexe 1*).

2.5. Manifestations et signes d'appel

De la même manière que les causes et facteurs de risques peuvent être intriqués et s'influencer, les manifestations et signes d'appel des TAP sont nombreux et peuvent, comme nous l'avons dit plus tôt, trouver leur origine dans différentes causes. Les tableaux cliniques rencontrés peuvent ainsi être drastiquement différents. Les critères diagnostiques proposés par Goday et al. (2019) sont exposés en annexe (*tableau 1*). S'inspirant de ces travaux mais aussi des leurs, Leseq-Lambre et Lecoufle (2019) et Guillon-Invernizzi et al. (2020) proposent deux inventaires similaires des signes d'appel cliniques à repérer lors du bilan orthophonique ou des repas, que nous avons réunis et condensés dans le *tableau 1*.

Tableau 1 – Signes d'appel cliniques des TAP/TOA – adapté de Leseq-Lambre (2019) et Guillon-Invernizzi et al. (2020)

Signes d'ordre oro-moteur et fonctionnel	Signes d'ordre sensoriel	Signes d'ordre psycho-socio-comportemental
Incoordination succion-déglutition-respiration	Recherche de stimulation (mises en bouche excessives)	Néophobie persistante
Troubles des réflexes oraux	Investissement limité de la sphère orale (peu ou pas de réactions orales)	Absence d'appétence orale et/ou désintérêt pour l'alimentation
Troubles du tonus (hypo/hypertonie bucco faciale, défaut de pression intra-buccale, ...)	Réactions d'aversion : orales, faciales, corporelles (grimaces, frissons, réflexe nauséux exacerbé, nausées, vomissements)	Anxiété post-traumatique (<i>exemple : peur d'avaler et/ou de s'étouffer</i>)

Difficultés motrices de passage à la cuillère (persistance de mouvements de succion)		Adaptation et stratégies environnementales, matérielles et humaines (<i>interactions perturbées sur le temps de repas : conduites d'évitement, conflit/anxiété, durée du repas > 30 min, stratégies parentales, ...</i>)
Difficultés de passage aux morceaux (peuvent être d'origine motrice / praxique (mastication) ou sensorielle)		
Allongement du temps buccal (nourriture stockée en bouche, fatigabilité), fausses routes (voix mouillée, toux), blocages alimentaires		
Sélectivité alimentaire (aversions alimentaires importantes pouvant être liées à une atteinte sous-jacente oro-motrice et/ou d'intégration sensorielle, obligeant l'enfant à se restreindre)		

Si nous ne les aborderons pas en détail, les conséquences d'un TAP sont très fortement intriquées avec ses manifestations : en effet, dans l'enfance et dans l'adolescence, une sélectivité et une néophobie alimentaires qui persistent sur le long terme pourront être évocatrices d'un trouble durable ; des carences nutritionnelles ou des difficultés de prise de poids la conséquence d'un déséquilibre installé depuis une longue période de temps. De plus, l'installation pérenne de difficultés psychosociales et/ou anxieuses, liées aux temps de repas, en conséquence des conflits familiaux ou à la cantine pendant l'enfance, pourra également être observée (Cardona Cano et al., 2017; Mascola et al., 2010; Van Tine et al., 2017). Enfin et de manière moins connue, en cas de troubles sensoriels au niveau de la sphère bucco-faciale, un point de vigilance à avoir sera l'apparition de problèmes bucco-dentaires, en lien avec une mauvaise hygiène (Geray, 2019). Bien sûr, une résolution naturelle des difficultés n'est pas exclue, mais les conséquences citées d'un TAP dans l'enfance pourront ainsi mener au maintien du trouble à l'âge adulte (Van Tine et al., 2017).

2.6. Diagnostics différentiels

Les TAP/TOA sont souvent cités aux côtés des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA), dont ils sont pourtant bien distincts. Goday et al. (2019) indiquent d'ailleurs que pour bien distinguer un TAP d'un TCA de type anorexie ou boulimie mentales, le premier ne pourra être diagnostiqué qu'en l'absence de troubles de l'image corporelle. Ils indiquent également que le mérycisme et le pica

peuvent, eux, être associés à un TAP, mais que leur seule présence n'en constitue pas un.

Pourtant, la frontière entre TAP/TOA et TCA semble demeurer assez fine et le flou différentiel persister : dans la littérature francophone récente, on trouve encore le terme de « trouble du comportement alimentaire » pour parler des difficultés de prise alimentaire dans leur ensemble (TAP, TOA, sélectivité alimentaire, etc.) comme chez Dubedout et al. (2016) ou Cascales et al. (2014) ; de plus, dans le DSM-5, l'ARFID, que nous avons mentionné plus tôt, est bien distingué de l'anorexie mentale et de la boulimie, mais tout de même classé au sein des TCA (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition, 2013b).

Autre trouble souvent cité aux côtés des TAP/TOA : la dysphagie ; elle se définit comme « *une difficulté à la déglutition [... résultant] d'une anomalie du transport des aliments liquides et/ou solides, du pharynx à l'estomac* » (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition, 2013a). Citée en tant que facteur aggravant du TAP dans les travaux de Goday et al. (2019), elle ne constitue en revanche pas en elle-même un critère diagnostique ou un signe d'appel de TAP.

Concernant cette dernière pathologie, le diagnostic différentiel demeure toutefois imprécis et il n'y a pas de consensus sur le sujet ; en effet, selon la perspective adoptée, le TAP d'expression oro-motrice peut être assimilé à une dysphagie. Il est donc crucial de clarifier les raisons de l'utilisation de l'un ou l'autre terme et d'expliquer, le cas échéant, notre choix terminologique.

2.7. Dépistage, diagnostic et prise en charge

Ces dernières années dans la littérature francophone, de nombreux travaux, notamment des mémoires d'orthophonie, ont été menés pour améliorer le dépistage précoce des TAP : auprès des médecins généralistes et pédiatres, qui sont les professionnel-le-s de soin en première ligne (Jule, 2021; Lesecq-Lambre, 2019; Mouchel, 2021), des dentistes, disposé-e-s à repérer des signes ou des facteurs de risque (Geray, 2019), ou encore auprès des écoles et des crèches, dont les équipes, notamment lors des repas, sont particulièrement à même de repérer des signes d'appel de difficultés alimentaires (Lacheré, 2021; Lonchampt, 2021). Les médecins ORL et gastropédiatres pourront également être amené-e-s à repérer ces difficultés et orienter en fonction (Briatte & Barreau-Drouin, 2021).

Concernant l'évaluation et le suivi de ces troubles, si l'orthophonie est à l'heure actuelle la seule profession médicale/paramédicale dont la nomenclature générale des actes fait mention de troubles de l'oralité, il est aujourd'hui reconnu qu'une approche pluridisciplinaire de ces troubles est primordiale, afin de cibler au mieux le ou les domaines d'expression du trouble, et de proposer un ou des suivis auprès des professionnel-le-s les plus compétent-e-s. (Jule, 2021). Ainsi, orthophonistes, masseur-se-s-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotricien-ne-s peuvent être amené-e-s à

intervenir dans le cadre de troubles d'ordre praxique ou sensoriel, selon les difficultés rencontrées ; un-e psychologue pourra également contribuer au suivi en cas de manifestations psycho-comportementales importantes et/ou résistantes, ou d'un contexte traumatique et/ou phobique avéré ; l'intervention d'un-e diététicien-ne/nutritionniste sera primordiale dans le cas de répercussions nutritionnelles des troubles.

De manière plus spécifique, l'évaluation orthophonique se concentrera sur une anamnèse approfondie avec une description précise des difficultés et de leur arrivée ; on réalisera également un inventaire précis du panel alimentaire, un bilan sensoriel et fonctionnel, et éventuellement un essai-repas (Briatte & Barreau-Drouin, 2021). Le suivi orthophonique, quant à lui, pourra ainsi prendre différentes formes, que nous ne détaillerons pas ici : travail autour de la sensorialité (désensibilisation et/ou investissement de la sphère orale), travail moteur et praxique, travail de diversification alimentaire via différentes techniques (chaînage alimentaire, méthode SOS (Sequential Oral Sensory) si présence de troubles sensoriels, essais-repas, ...). Ces différents axes de travail ne sont pas exclusifs et dépendront de chaque profil de TAP.

3. Les Troubles de l'Oralité Alimentaire (TOA) chez l'adulte

3.1. Terminologies et état actuel de la littérature

Malgré des recherches en augmentation sur le sujet, il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus terminologique et symptomatologique concernant les TOA chez l'adulte sans troubles associés. En effet, l'état actuel des données disponibles aborde principalement les difficultés d'oralité et d'alimentation de l'adulte dans le cadre du handicap (situations de handicap complexe notamment : paralysies cérébrales, autisme, trisomie, pathologies neuroévolutives, etc.), dans lequel elles sont connues et documentées – on peut notamment citer en France les travaux de Catherine Senez (2020) ou de Catherine Thibault (2017) sur le sujet.

Le terme de Trouble Alimentaire Pédiatrique exclut par son nom même la population adulte, même s'il est noté que « *dans la vie future, un TAP peut nuire à l'atteinte des relations sociales et de l'emploi* » (traduction libre, Goday et al., 2019). Nous parlons pourtant dans la majorité des cas du même trouble, puisque la population dont nous traitons ici rapporte généralement l'apparition de ces difficultés à la petite enfance (Fourcade, 2022; Thompson et al., 2015).

Les termes retrouvés dans la littérature scientifique pour parler de la population adulte sont ceux retrouvés aussi encore fréquemment pour la population enfant, en dehors du TAP :

- Le « *picky eating* » est retrouvé dans la plupart des articles traitant des troubles alimentaires

chez l'adulte cette dernière décennie (Barnhart et al., 2021; Cardona Cano et al., 2017; Dial et al., 2021; Ellis et al., 2017, 2018; Fox et al., 2018; Kauer et al., 2015; Thompson et al., 2015; Wildes et al., 2012), et est également utilisé dans les échelles d'évaluation à destination de cette population, sur lesquelles nous reviendrons plus loin. C'est également un terme bien connu du grand public anglophone.

- L'ARFID peut également être retrouvé : seul trouble alimentaire sans mention d'âge reconnu par le DSM-5, son utilisation semble aller de soi dans ce contexte ; mais les limites d'utilisation de ce terme dans la clinique, abordées plus haut, montrent qu'il n'est pas suffisant.
- Le terme de néophobie alimentaire se remarque également, notamment dans le grand public francophone (*Néophobie alimentaire ou, trouble de l'alimentation sélective* / Groupes / Facebook, s. d.; *Phobie alimentaire*, s. d.; Perchey, 2021) : s'il permet à de nombreux·ses adultes de se retrouver dans une description et éventuellement un diagnostic auquel ils et elles n'ont pas eu accès plus jeunes, il est à manier avec précaution comme expliqué précédemment.
- Enfin, le terme de TOA est le plus retrouvé dans la littérature francophone à l'heure actuelle : n'induisant pas de classe d'âge, il a pu être utilisé en tant que terme équivalent au TAP pour parler de l'adulte (Fourcade, 2022). Il est également bon de noter qu'il peut être retrouvé pour parler des troubles de cet ordre – touchant les phases pré-orale et orale, donc hors dysphagie – pouvant se manifester lors du vieillissement pathologique, notamment dans le cadre de maladies neuroévolutives comme la maladie d'Alzheimer (Briatte & Barreau-Drouin, 2021).

Ainsi, malgré l'absence de consensus, les données s'accordent à dire que si une certaine proportion des enfants avec un TAP verra ses difficultés se résorber naturellement en grandissant, une partie verra les siennes persister plus ou moins à l'âge adulte (Van Tine et al., 2017) ; dans ce cas-là, les manifestations et signes d'appel semblent ne pas grandement différer de ceux retrouvés chez l'enfant d'âge scolaire (sélectivité alimentaire, particularités sensorielles, néophobie alimentaire persistante, absence d'intérêt pour l'alimentation, déséquilibre nutritionnel), mais on aura tendance à retrouver une anxiété sociale (notamment autour des repas) plus grande, des tensions avec l'entourage et notamment la famille, et plutôt une normalisation des temps de repas – pouvant être expliquée par la gestion autonome des repas de l'adulte (Cardona Cano et al., 2017; Ellis et al., 2017; Garroté, 2023; Kauer et al., 2015; Van Tine et al., 2017).

3.2. Diagnostics différentiels

Les diagnostics différentiels à considérer sont les mêmes que chez l'enfant, cités plus tôt, à savoir :

- Les Troubles des Conduites Alimentaires (anorexie mentale, boulimie, hyperphagie) ;

- La dysphagie et la presbyphagie³.

Cependant, encore une fois, la frontière différentielle peut être fine, comme nous l'avons expliqué plus haut dans le cadre de la dysphagie.

3.3. Diagnostic et prise en charge

Nous avons donc établi précédemment que le diagnostic et le suivi de ces troubles étaient, encore aujourd'hui, majoritairement limités à la population pédiatrique. Les difficultés et les plaintes des adultes présentant ces difficultés sont de plus en plus abordées par les études, comme nous l'avons montré, mais aussi par les personnes concernées qui parviennent progressivement à partager leurs difficultés entre elles, au travers de blogs et de forums dédiés, pouvant ainsi poser des mots sur leur vécu. De plus, le site web *Phobie Alimentaire* (*Phobie alimentaire*, s. d.) et le livre qui s'en est suivi, *Néophobie Alimentaire et troubles de l'oralité de l'ado & de l'adulte* (2021), tous deux créés par Marie Perchey, elle-même porteuse de ces troubles, ont permis une médiatisation supplémentaire et un accès à de premières informations pour le grand public intéressé par ce sujet.

Cet accès à l'information sur les difficultés alimentaires de l'adulte par les médias et le bouche à oreille semble être le canal majoritaire pour beaucoup. En effet, un mémoire d'orthophonie (Fourcade, 2022) ayant interrogé des adultes porteurs de ces difficultés, a montré que seulement 8% des personnes sondées ont abordé leurs difficultés avec un·e médecin à l'âge adulte, contre 25% durant l'enfance ; or, dans ce même échantillon, le taux de consultation psychologique est stable, et le taux de consultation d'autres professions (orthophonistes, diététicien·ne·s/nutritionnistes, hypnothérapeutes) a augmenté, ce qui semble indiquer une tendance de ces adultes à s'orienter par leurs propres moyens chez des professionnel·le·s, sans passer par leur médecin. De plus, 6% de ces adultes s'étaient auto-diagnostiqué·e·s par des recherches personnelles, et 87,5% de celles et ceux ayant consulté un·e orthophoniste pour des difficultés alimentaires ont trouvé cette voie grâce à des recherches personnelles également. Enfin, parmi les personnes de l'échantillon n'ayant pas consulté d'orthophoniste pour leur alimentation, 40% invoquent le manque d'orientation des médecins, et 3% disent même s'être vu refuser une prescription médicale de bilan et/ou de rééducation orthophonique.

Dans la littérature anglophone, différentes échelles existent pourtant afin d'évaluer le comportement alimentaire de l'adulte en dehors des TCA : on pourra notamment citer l'APEQ (Adult Picky Eating Questionnaire), une échelle d'auto-évaluation de 16 questions développée par Ellis et al. (2017) et permettant de mesurer le comportement alimentaire parmi quatre domaines (présentation

³ Difficultés de déglutition retrouvées dans le cadre du vieillissement normal sans pathologie associée.

du repas, désengagement par rapport aux repas, variété de nourriture, aversions), validée et traduite pour le moment en chinois et en italien. On pourra également citer l'AEBQ (Adult Eating Behavior Questionnaire), la PARDI (Pica, ARFID and Rumination Disorder Interview), la NIAS (Nine Item ARFID Screen) et la EDY-Q (Eating Disorder in Youth – Questionnaire) – construites pour évaluer ou auto-évaluer les comportements liés à l'ARFID –, ou encore la FNS (Food Neophobia Scale), évaluant la réticence ou le refus d'essayer des aliments nouveaux (Garroté, 2023).

En France, l'évaluation et le suivi de ces difficultés chez l'adulte sans pathologie associée vont s'apparenter à ceux de l'enfant : pluridisciplinaires si possible, on retrouvera pour le bilan orthophonique l'anamnèse avec les antécédents précis, le panel alimentaire, le bilan fonctionnel et sensoriel et éventuellement l'essai-repas. Le suivi sera également adapté au profil de la personne et à l'expression de ses troubles (Briatte & Barreau-Drouin, 2021).

En termes de prise en charge, la population adulte présentera souvent, comme nous l'avons évoqué plus tôt, des difficultés psycho-sociales et anxieuses plus importantes, souvent en lien avec les repas ; il est d'ailleurs intéressant de noter que les premiers cas d'adultes suivi-e-s pour une néophobie alimentaire isolée rapportés dans la littérature se sont vu proposer un suivi de type thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (Marcontell et al., 2003), et que celle-ci peut toujours être largement proposée (*Phobie alimentaire*, s. d.). Un mémoire d'orthophonie a proposé une prise en charge des TOA de l'adulte alliant travail « classique » (praxique, sensitif, sensoriel, essai-repas) et travail de détente corporelle et de réduction du stress chez cinq personnes de plus de 18 ans ; les résultats orientent vers une efficacité de cette double approche chez les personnes suivies, à la fois pour les difficultés inhérentes au trouble et pour les impacts psycho-sociaux (Le Bars, 2019).

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

1. Problématique et objectif

Les TAP sont aujourd'hui de mieux en mieux connus du grand public et orientés par les médecins généralistes et les pédiatres. Plusieurs travaux, notamment des mémoires d'orthophonie, comme nous l'avons mentionné plus tôt, ont interrogé leurs connaissances sur le sujet dans la dernière décennie, et ont permis la création de divers supports d'information pour améliorer l'orientation et l'accompagnement de ces enfants dès le plus jeune âge.

Ce travail reste récent, et les adultes – ancien·ne·s enfants – porteurs et porteuses de ces troubles en sont majoritairement exclu·e·s. Notre objectif est donc de mettre en lumière l'existence de ces difficultés chez l'adulte « tout-venant », et d'améliorer de ce fait leur orientation et leur prise en charge, comme cela a été fait chez l'enfant.

Notre travail s'inscrit ainsi dans la continuité des travaux de Brand Vincent & Lefevre (2014), Gouhier et Muller (2018) et Fourcade (2022), dans le but d'interroger le niveau d'information des médecins généralistes sur la possibilité d'une persistance et donc de l'existence de troubles alimentaires apparentés aux TAP chez l'adulte (ou TOA), et l'état actuel de leur approche et de leur prise en compte des questions d'alimentation chez leurs patient·e·s adultes.

2. Hypothèses

Deux hypothèses ont été posées pour répondre à cette problématique :

H1 : Les médecins généralistes (MG) ne sont pas assez (in)formé·e·s sur la persistance et donc l'existence possible de TOA chez l'adulte

SH1 : les MG n'ont pas de point de formation initiale ou continue abordant ces difficultés chez l'adulte

SH2 : les MG explorent la problématique de l'alimentation chez l'adulte en consultation seulement via le spectre des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) ou des troubles de la déglutition (dys/presbyphagie)

SH3 : les MG ne reçoivent pas ou peu de plaintes alimentaires de la part de leurs patient·e·s adultes.

H2 : Un support d'information et d'orientation sur les TOA chez l'adulte serait pertinent et souhaité par les MG.

MÉTHODOLOGIE

1. Choix du questionnaire en ligne

Pour mener cette enquête, différentes possibilités s'offraient à nous : les entretiens individuels, le questionnaire papier, et le questionnaire en ligne.

Notre choix s'est rapidement porté sur le questionnaire face aux entretiens individuels : en effet, si les seconds permettent d'approfondir les croyances, connaissances et expériences des répondant-e-s, ils sont en revanche chronophages et admettent un nombre limité de réponses. Le questionnaire, quant à lui, limite l'investigation individuelle et la personnalisation des réponses, mais permet d'en obtenir un plus grand nombre ; ici, nous cherchions à obtenir un aperçu des connaissances d'une population sur un sujet précis, le questionnaire semblait ainsi plus adapté (Borel et al., 2022).

Nous avons fait le choix du questionnaire en ligne (versus papier) car il présente plusieurs avantages : il permet un plus grand nombre de réponses, plus rapidement, et dans un périmètre géographique plus large ; l'analyse des résultats est facilitée par l'outil informatique et la limitation des erreurs pouvant être causées par la saisie manuelle des données. Cependant, nous sommes également conscientes des limites de cet outil : avec une diffusion à si grande échelle, le taux de réponse peut se montrer plus faible qu'en passant par l'outil papier, et exclut par définition les personnes ne disposant pas d'un ordinateur et/ou d'une connexion internet (Borel et al., 2022). Toutefois, notre population cible étant constituée uniquement de médecins généralistes en exercice, nous avons postulé qu'une majorité avait accès à l'outil informatique.

2. Population et recrutement

L'objectif de notre étude étant d'améliorer la prise en compte des adultes présentant un TOA, nous souhaitions nous focaliser sur les MG pouvant recevoir et interroger ces adultes dans leur pratique courante ; nos critères d'inclusion étaient ainsi les suivants :

- Être titulaire d'un Diplôme d'Exercice Spécialisé (DES) en médecine générale
- Exercer en cabinet libéral, en exercice mixte, ou en salariat unique si celui-ci comprend un temps au moins partiel en Service de Santé Étudiante (SSE).

Les critères d'exclusion étaient ainsi :

- Exercer en salariat unique ne comprenant pas de temps en SSE
- Ne pas ou plus exercer son activité de MG.

Pour l'envoi du questionnaire aux MG exerçant en libéral, il a été difficile d'obtenir des retours positifs, mais deux syndicats, quelques Unions Régionales des Professions de Santé – branche médecins

libéraux, ainsi que certaines CPTS et MSP, ont accepté de le diffuser ; nous l'avons également mis en ligne sur les réseaux sociaux. Concernant les MG travaillant en SSE, nous avons obtenu les adresses mails des différents services en ligne, qui ont ensuite fait suivre le questionnaire aux MG de leur service.

Si les SSE et MG de leurs services ont fait preuve d'une réactivité et d'un intérêt marqués pour notre travail, obtenir des retours des MG libéraux et libérales a été plus difficile et chronophage, comme en attestent le nombre de réponses en comparaison avec le nombre d'organismes contactés.

3. Élaboration du questionnaire

Le choix des sections, questions et réponses a été fait principalement à partir de données de la littérature :

- La trame générale des sections et questions a été construite en s'inspirant du questionnaire réalisé par Brand Vincent & Lefevre (2014), puisque leur mémoire interrogeait les connaissances des médecins généralistes et pédiatres concernant les TOA de l'enfant ;
- Les réponses ont été développées à partir de données de la littérature citées dans notre partie théorique.

Le questionnaire a ensuite été testé auprès de quelques médecins (deux MG travaillant au moins à temps partiel en Service de Santé Étudiante, deux MG travaillant exclusivement en libéral et une médecin non MG) qui ont complété le questionnaire puis nous ont fait des retours par mail, afin d'évaluer la pertinence des questions et des réponses, la présence ou non de problèmes informatiques lors de la complétion, et une moyenne de temps de passation.

Le questionnaire comporte majoritairement des questions fermées – binaires, à choix unique ou à choix multiple – car cela simplifie l'analyse des réponses (Borel et al., 2022), mais nous avons également inclus deux questions libres ainsi que dix questions/sous-questions comportant un choix « autre » et permettant d'élaborer sa réponse, pour permettre au répondant·e de personnaliser un minimum sa réponse si des choix lui semblaient manquants.

Nous avons monté ce questionnaire via EUSurvey, du fait de son accès libre et de la protection des données assurée.

Quelques définitions succinctes (TAP, TOA), sont données après les questions de description des troubles afin de pouvoir répondre aux questions suivantes avec les bonnes informations en tête. Le questionnaire complet est disponible en annexe (*annexe 2*).

3.1. Section 1 : Caractéristiques du/de la praticien·ne

Cette section comporte cinq questions ; elle vise à obtenir les données socio-démographiques des répondant-e-s utiles à l'analyse des réponses (tranche d'âge, nombre d'années et région d'exercice), mais également à filtrer les médecins ne correspondant pas à nos critères d'inclusion (MG travaillant exclusivement en salariat et sans temps partiel en Service de Santé Étudiante ; MG n'exerçant pas ou plus leur activité généraliste).

3.2. Section 2 : Troubles Alimentaires Pédiatriques (TAP) chez l'enfant

Cette section comporte cinq questions ; elle vise à apprécier le niveau de connaissance des MG concernant les TAP/TOA de l'enfant. En effet, même si cet aspect a été étudié lors de précédents mémoires, nous avons souhaité l'interroger de nouveau pour plusieurs raisons :

- Les mémoires effectués datent d'il y a plusieurs années et relevaient en majorité un manque de connaissances des MG sur les TAP/TOA de l'enfant, ayant conduit à la création de supports d'information censés pallier ce manque ;
- Nous avons postulé que ces connaissances étaient aujourd'hui meilleures ;
- Nous avons postulé que ces connaissances étaient également meilleures que les connaissances concernant le TOA de l'adulte ; pour une comparaison faisable, il nous fallait ainsi interroger notre échantillon directement sur les deux domaines de connaissances.

3.3. Section 3 : Troubles apparentés chez l'adulte (Troubles de l'Oralité Alimentaire – TOA)

Cette section comporte quatre questions dont trois comportant des sous-questions ; elle vise le cœur de notre sujet, c'est-à-dire apprécier les connaissances des MG concernant les TOA de l'adulte. Comme nous l'avons dit plus tôt, ces données pourront également être croisées avec les données de la section précédente, afin d'explorer notre hypothèse concernant la différence de connaissances entre les TAP/TOA de l'enfant et ceux de l'adulte.

L'un des objectifs de cette partie est également d'explorer d'éventuelles disparités dans les connaissances ou les méthodes de travail selon le mode d'exercice (SSE accueillant de jeunes adultes ou non) ou l'année du diplôme.

La présence de réponses se rattachant aux TCA ou aux troubles de la déglutition dans les descriptions des TOA ont pour objectif de rendre compte de l'éventuelle existence du flou différentiel entre ces différentes pathologies dont nous parlions plus tôt.

3.4. Section 4 : Désir et besoin d'information

Cette section comporte deux questions et trois sous-questions pour l'une d'elles : son but est de mettre en exergue le besoin ou l'absence de besoin (et de souhait) de l'accès à un support d'information

sur les TOA de l'adulte (question 15) ; si absence de besoin ou d'envie, pour quelle(s) raison(s) (question 15A), et si présence, quelles informations devraient apparaître sur le support (question 15B) et quelle forme de support semble préférable (question 15C). La question 16 est un espace de commentaire libre relatif à tout le questionnaire.

Suite aux retours d'une MG lors du pré-test, nous avons décidé de joindre à la fin du questionnaire un support contenant les réponses « correctes » / attendues et « incorrectes » / non attendues concernant les questions descriptives des troubles, ainsi que quelques références bibliographiques, pour les MG intéressé·e·s par le sujet ; en effet, même si l'une de nos hypothèses est d'évaluer le besoin et le souhait de création d'un support, cette MG nous a fait remarquer que ce sujet est très peu connu et que n'avoir aucun retour sur ses réponses après la complétion « *[laissait] un peu sur sa faim* ». Nous avons donc choisi de créer ce document récapitulatif, en précisant bien qu'il ne s'agissait en aucun cas d'un support d'information exhaustif. Le document est disponible en annexe (*annexe 3*).

4. Analyse des résultats

L'analyse des réponses au questionnaire a été réalisée via les logiciels Excel et Jamovi. Nous avons tout d'abord étudié chaque réponse pour ne conserver que les complétions totales du questionnaire.

Nous avons choisi de représenter les réponses aux questions fermées via divers graphiques, et d'inclure dans l'analyse de certaines questions des filtres en fonction de la durée (jeune diplômé·e ou non) ou du mode d'exercice (travail en SSE ou non). Pour évaluer l'impact éventuel de ces données, nous avons effectué des tests du chi-2 et obtenu des tables de contingence et des p-value ; ces dernières sont données dans notre analyse.

Les questions ouvertes n'ont pas nécessité d'analyse plus approfondie car les réponses ont été rares et constituées de mots clefs pouvant être analysées comme des questions à choix unique.

RÉSULTATS ET ANALYSES

1. Caractéristiques socio-démographiques

Les graphiques ci-dessous représentent les données suivantes relatives à notre échantillon : genre, tranche d'âge, années d'exercice depuis l'obtention du diplôme, région d'exercice.

66 médecins ont accédé au questionnaire, et 58 l'ont rempli intégralement car huit médecins présentaient un critère d'exclusion ; nous avons ainsi utilisé l'effectif déduit de ces données pour l'analyse des réponses.

Des médecins de toutes les régions ont été contacté-e-s pour tenter d'assurer une représentation globale, mais pour certaines régions, nous n'avons obtenu aucune réponse (figure 4).

Figure 1 - Répartition des MG de notre échantillon en fonction de leur genre (question 1)

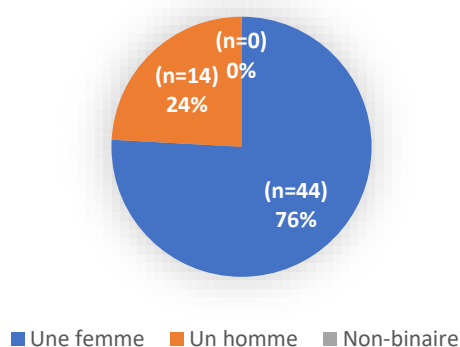


Figure 2 - Répartition des MG de notre échantillon en fonction de leur âge (question 3)

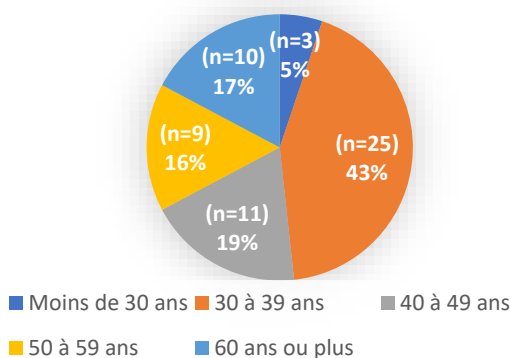


Figure 3 - Répartition des MG de notre échantillon en fonction de leur nombre d'années d'exercice (question 4)

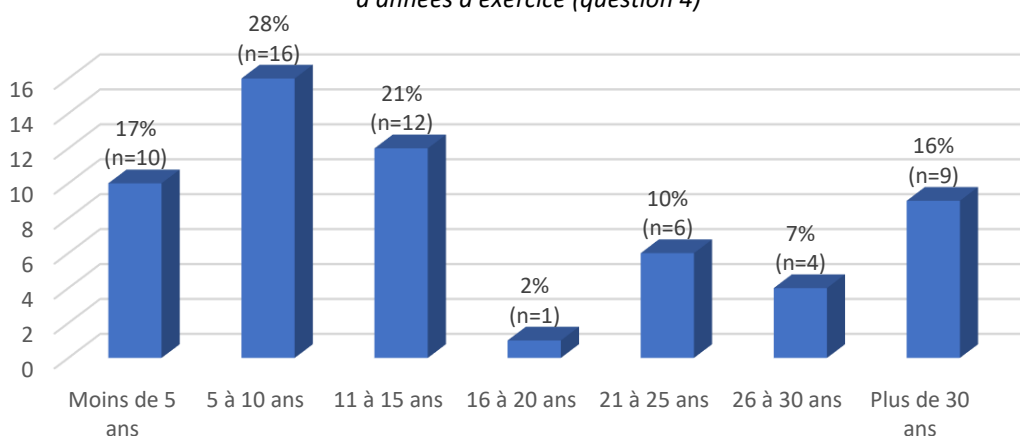
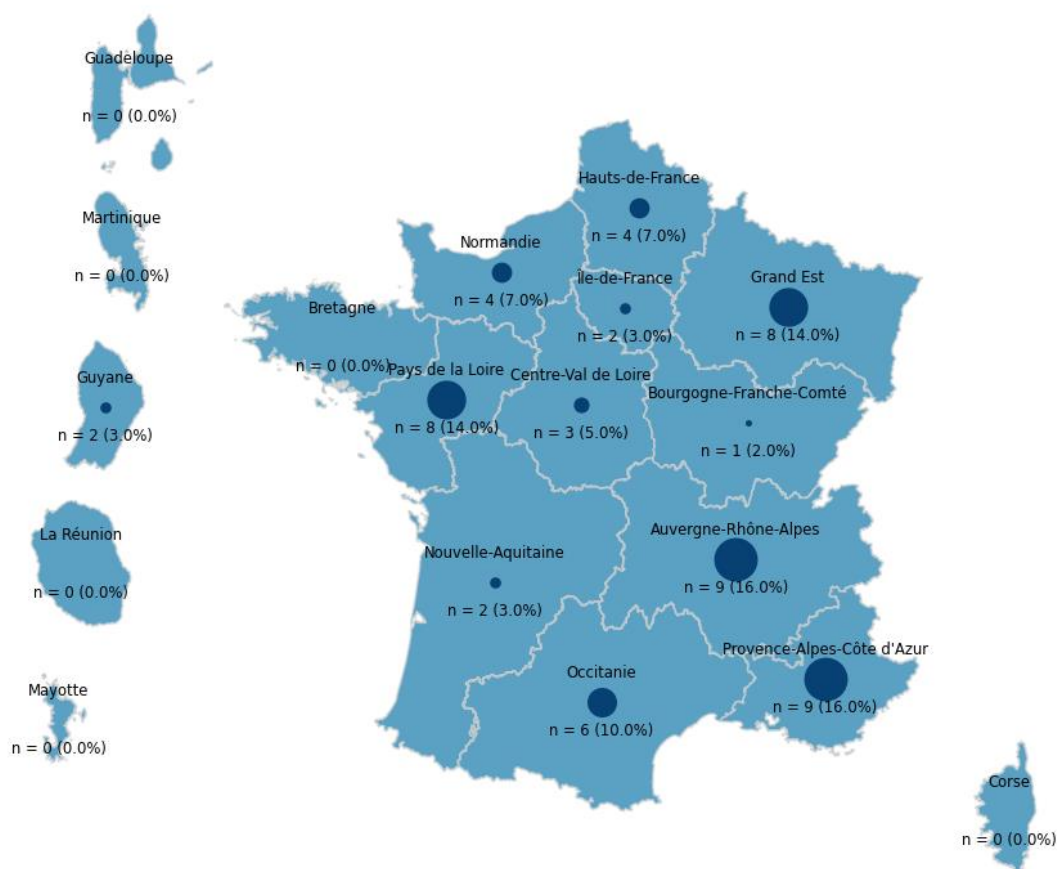
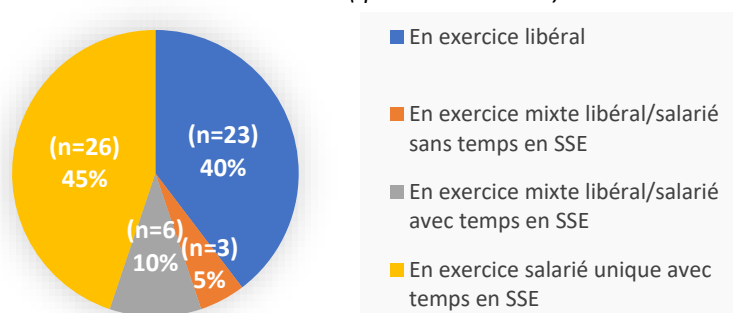


Figure 4 – Répartition des MG de notre échantillon en fonction de leur région d'exercice (question 5)



Le graphique ci-dessous représente le(s) mode(s) d'exercice des MG de notre échantillon : 45% exercent en libéral exclusif ou en exercice mixte hors service universitaire, tandis que 55% exercent en salariat unique ou en exercice mixte comprenant un temps au moins partiel en SSE. Ces proportions ne sont pas représentatives de la population, puisque même si les effectifs exacts des MG exerçant en SSE ne sont pas connus, au 1^{er} janvier 2023, environ 57% des MG travaillent en exercice libéral exclusif, et 8% en exercice mixte (contre 15% dans notre échantillon) (*Démographie des professionnels de santé - DREES, s. d.*).

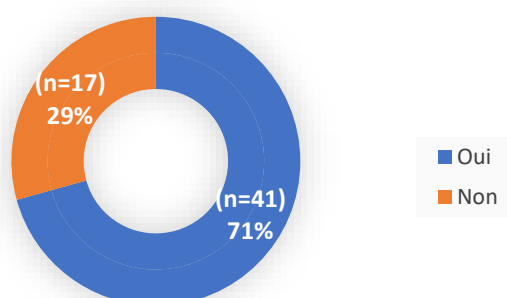
Figure 5 - Répartition des MG de notre échantillon en fonction de leur mode d'exercice (questions 2-2A-2B)



2. Connaissances relatives aux TAP chez l'enfant

2.1. Présence d'enfants dans la patientèle

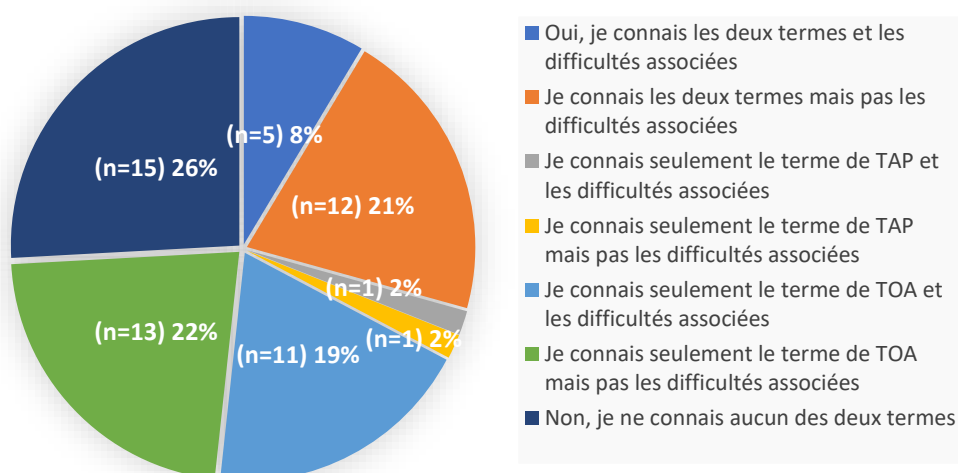
Figure 6 - Présence d'enfants dans la patientèle de notre échantillon au cours des cinq dernières années (question 6)



71% des répondant-e-s ont répondu « oui » à cette question ; parmi ce pourcentage, 10% (n=6) n'avaient pas d'exercice libéral au moment de la complétion du questionnaire.

2.2. Connaissance des termes de TAP et de TOA

Figure 7 - Connaissance des termes de TAP, de TOA, et des difficultés associées (question 7)



Le graphique nous montre qu'une majorité des MG interrogé-e-s (74%) connaît au moins l'un des deux termes ; en revanche, 26 de ces 43 MG disent ne pas connaître les difficultés associées et 26% de l'échantillon rapporte ne connaître aucun des deux termes. Il est intéressant de noter que le nombre de médecins ayant répondu ne connaître aucun des deux termes est ici significativement plus élevé chez les MG diplômé-e-s depuis plus de 20 ans que chez celles et ceux diplômé-e-s depuis 20 ans et moins ($p=0.009^{**}$) ; les détails se trouvent dans le *tableau 2* ci-dessous.

Parmi les MG connaissant au moins l'un des deux termes, une majorité (95%) rapporte les avoir connus grâce à des enfants de leur patientèle ou de leur entourage, des recherches personnelles / discussions interprofessionnelles ou d'autres moyens (« soirée d'information », « adulte », « InterURPS Hauts de France ») . 40% disent en avoir également entendu parler dans leur formation initiale et/ou continue ; un pourcentage pour lequel l'année de diplôme n'est pas une donnée significative ($p=0.523$).

Tableau 2 – Table de contingence et test du chi-2 concernant la connaissance des termes TAP et TOA en fonction de l'année du diplôme

Tables de contingence

"Question 4. Depuis combien de temps exercez-vous en tant que	"Question 7. Connaissez-vous le terme de Trouble Alimentaire		Total
	Oui	Non	
21 à >30 ans	10	9	19
0 à 20 ans	33	6	39
Total	43	15	58

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	6.82	1	0.009
N	58		

NB : Dans la table ci-dessus, la mention « oui » se rapporte à tous les items de la question 7 incluant une connaissance d'au moins un des deux termes.

2.3. Facteurs prédisposants, signes cliniques et conséquences des TAP/TOA chez l'enfant

Figure 8 - Connaissance des facteurs prédisposants principaux d'un TAP/TOA (question 8)

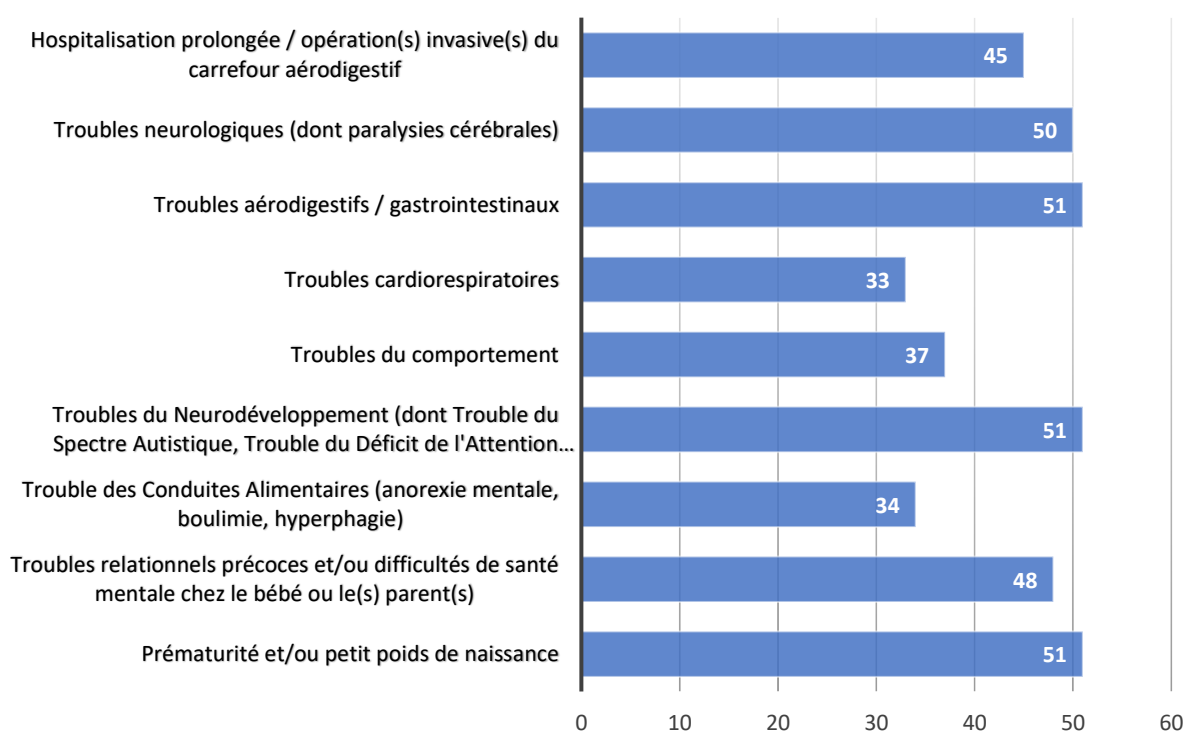


Figure 9 - Connaissance des manifestations / signes d'appel d'un TAP/TOA chez le bébé/l'enfant (question 9)

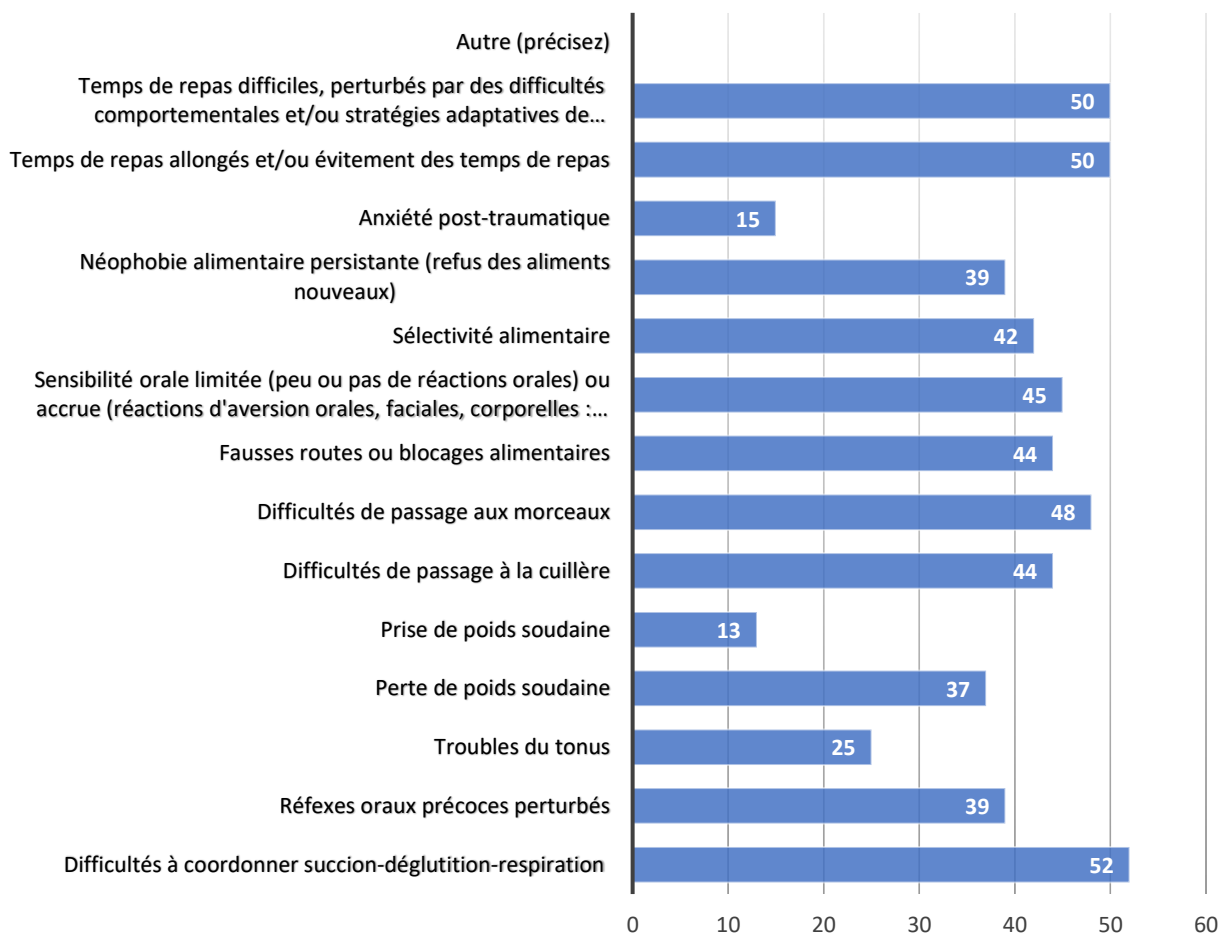
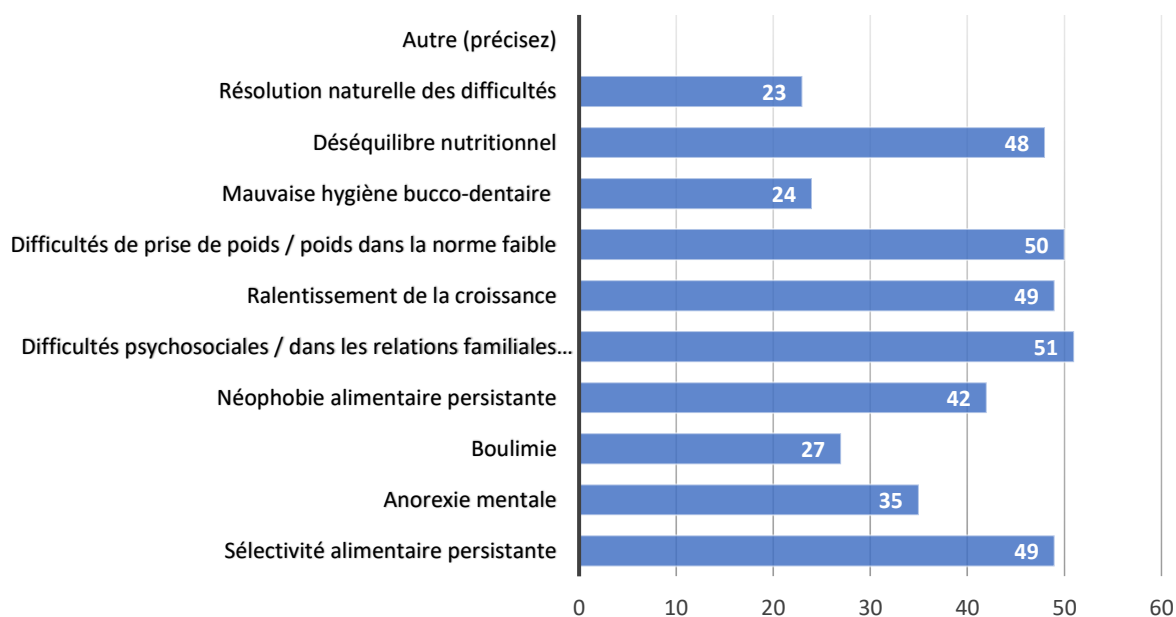


Figure 10 - Connaissance des conséquences à plus ou moins long terme des TAP/TOA chez l'enfant (question 10)



21% (n=12) des répondant·e·s ont coché au moins la moitié des facteurs prédisposants attendus (*figure 8*), 26% (n=15) au moins la moitié des signes cliniques (*figure 9*) et 3% (n=2) au moins la moitié des conséquences (*figure 10*). Les chiffres donnés ici concernent les réponses contenant un nombre partiel ou total de réponses attendues et aucune réponse non attendue.

En effet, il est intéressant de noter plusieurs points ici :

- Les facteurs prédisposants sont assez bien connus des MG, mais les TCA et les troubles du comportement sont encore très cités (par respectivement 59 et 57% des MG)
- L'anxiété post-traumatique et les troubles du tonus sont très peu connus en tant que signes d'appel (cochés par respectivement 26 et 43% des répondant·e·s) tandis que la perte de poids soudaine est, elle, surreprésentée (64%)
- Le ralentissement de la croissance (84%), l'anorexie mentale (59%) et la boulimie (47%) sont surreprésentés – à tort – dans les conséquences à plus ou moins long terme des TAP.

De plus, sur ces trois questions, nous avons investigué le lien entre l'année du diplôme et le nombre de réponses attendues cochées – sans tenir compte de la présence de réponses non attendues – (*tableau 3*). Bien que non significative, une tendance de corrélation est observable entre la connaissance des facteurs prédisposants et l'ancienneté du diplôme ($p=0.062$) ; nous avons choisi de la relever car un lien significatif est bien présent si l'on prend les manifestations et signes d'appel ($p=0.02^*$) et les conséquences possibles ($p=0.012^*$) au regard de l'ancienneté du diplôme.

Tableau 3 – Tables de contingence et tests du chi-2 concernant la connaissance des facteurs prédisposants, signes d'appel et conséquences possibles du TAP en fonction de l'année du diplôme

Tables de contingence

"Question 4. Depuis combien de temps exercez-vous en tant que	"Question 8. Quels peuvent être, selon vous, les facteurs pré		Total
	OUI	NON	
21 à >30 ans	15	4	19
0 à 20 ans	37	2	39
Total	52	6	58

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	3.49	1	0.062
N	58		

Tables de contingence

"Question 4. Depuis combien de temps exercez-vous en tant que	"Question 9. Quels peuvent être, selon vous, les manifestatio		Total
	OUI	NON	
21 à >30 ans	14	5	19
0 à 20 ans	37	2	39
Total	51	7	58

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	5.40	1	0.020
N	58		

Tables de contingence

"Question 4. Depuis combien de temps exercez-vous en tant que	"Question 10. Quelles peuvent être, selon vous, les conséquen		Total
	OUI	NON	
21 à >30 ans	11	8	19
0 à 20 ans	34	5	39
Total	45	13	58

Tests χ^2

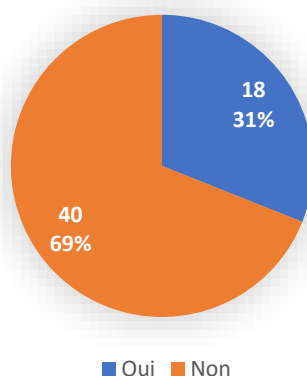
	Valeur	ddl	p
χ^2	6.30	1	0.012
N	58		

NB : Dans les trois tables, la mention « oui » signifie qu'au moins la moitié des réponses attendues sont cochées, et la mention « non » que moins de la moitié sont cochées.

3. Connaissances relatives aux troubles apparentés type TOA chez l'adulte

3.1. Notion sur l'existence de ces troubles dans la population adulte

Figure 11 - Notion de troubles apparentés dans la population adulte (question 11)



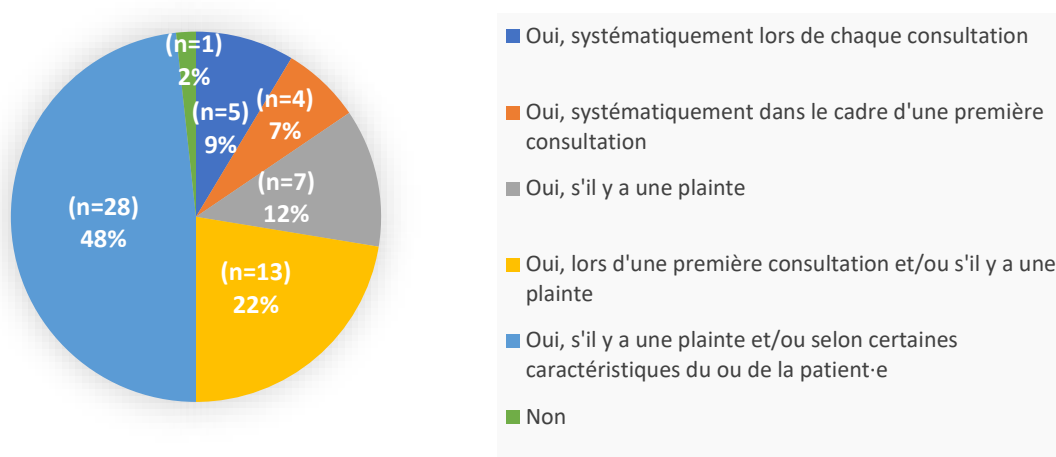
31% (n=18) des MG ayant répondu ont entendu parler de troubles de type TAP ou TOA chez l'adulte, soit environ une fois et demi de moins que chez l'enfant ; parmi ce pourcentage, 61% (n=11) en ont eu connaissance via des patient·e·s en ayant parlé en consultation ou étant concerné·e·s ; seules cinq

personnes en ont eu connaissance en formation continue, et une seule en formation initiale.

Il est intéressant de noter que parmi les MG qui connaissaient au moins l'un des deux termes de TAP ou de TOA dans la partie précédente, 40% (n=17) seulement ont noté avoir la notion de tels troubles chez les adultes. Additionnellement, la proportion de MG ayant connaissance de ces troubles chez l'adulte n'est pas significativement plus élevée chez ceux exerçant en SSE ($p=0.969$). Cela est particulièrement intéressant, car cette population de médecins reçoit majoritairement de jeunes adultes, une génération souvent non diagnostiquée durant l'enfance. Les quelques études existantes sur ce sujet et réalisées auprès de jeunes adultes en études supérieures, ont mis en évidence d'importantes répercussions psycho-sociales, comme nous l'avons discuté dans notre partie théorique. Il nous semble que ces médecins ont donc grand intérêt à connaître ces troubles.

3.2. Interrogation de l'alimentation en consultation chez les adultes

Figure 12 - Fréquence d'interrogation de l'alimentation en consultation chez les adultes (question 12)

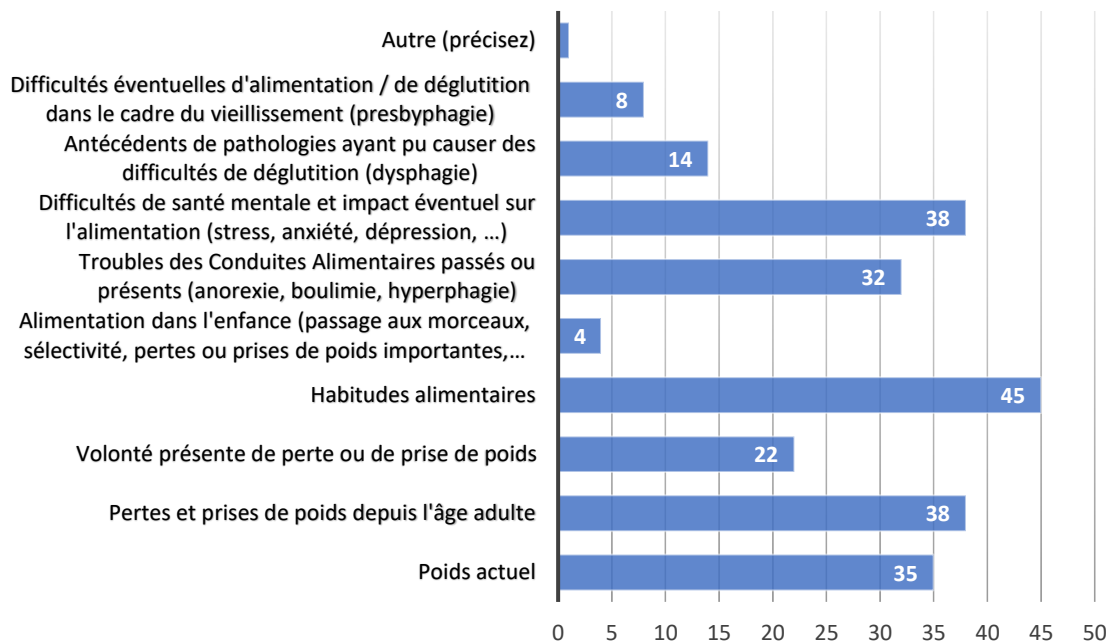


Le graphique ci-dessus montre que la majorité des MG interrogé·e·s (98%) questionne l'alimentation durant ses consultations, à une fréquence plus ou moins importante.

Parmi les MG ayant rapporté interroger l'alimentation s'il y avait une plainte ou selon certaines caractéristiques du ou de la patient·e (soit 48%), 36% ont rapporté que l'âge était un facteur en jeu dans la décision de questionner l'alimentation ; parmi cette proportion, 60% (n=6) ont noté interroger l'alimentation plus souvent chez les moins de 30 ans, et 30% (n=3) chez les plus de 60 ans.

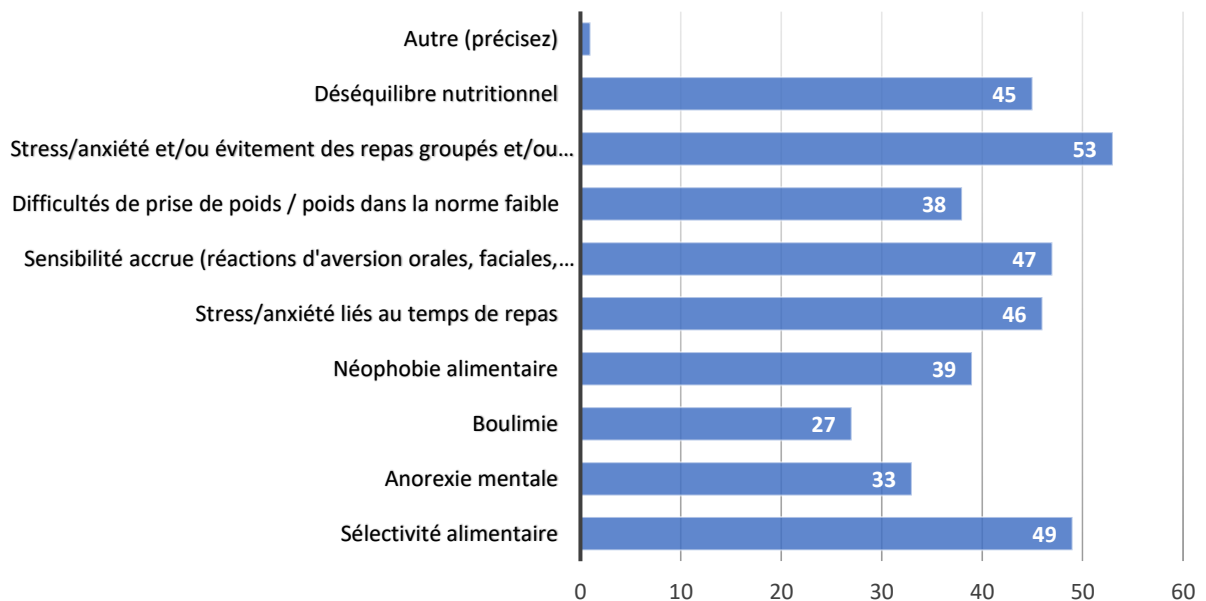
Les questions des MG (figure 13) de notre échantillon portent en grande partie sur les habitudes alimentaires (96%), les pertes et prises de poids depuis l'âge adulte (81%), le poids actuel (74%) et les TCA passés ou présents (68%) ; à noter que cette question a été complétée par seulement 47 des 57 MG concerné·e·s du fait d'une anomalie dans le questionnaire, mais nous avons choisi de l'analyser sans ces données.

Figure 13 - Thématiques abordées en consultation (question 12C)



3.3. Signes cliniques

Figure 14 - Connaissance des manifestations / signes d'appel principaux d'un TOA/trouble apparenté chez l'adulte (question 13)



Les manifestations principales du TOA chez l'adulte sont relativement bien connues ou trouvées par notre échantillon. Il reste important de noter que les difficultés de prise de poids ou un poids dans la norme faible (66%), l'anorexie mentale (57%) et la boulimie (47%) restent encore une fois très cités, et que la personne ayant coché « autre » a précisé « obésité », qui n'est pas non plus un signe d'appel connu de la littérature ; l'amalgame TAP/TOA et TCA est retrouvé.

3.4. Fréquence et orientation des adultes présentant ces difficultés

Figure 15 - Présence d'adultes porteur-se-s de ces difficultés dans la patientèle (question 14)

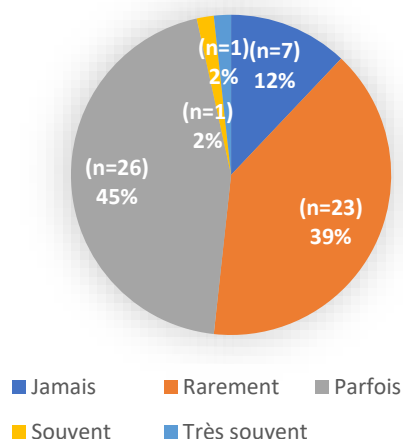
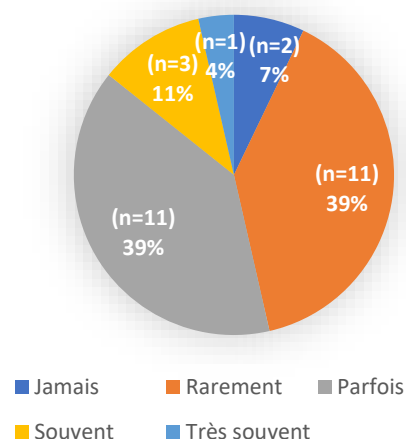


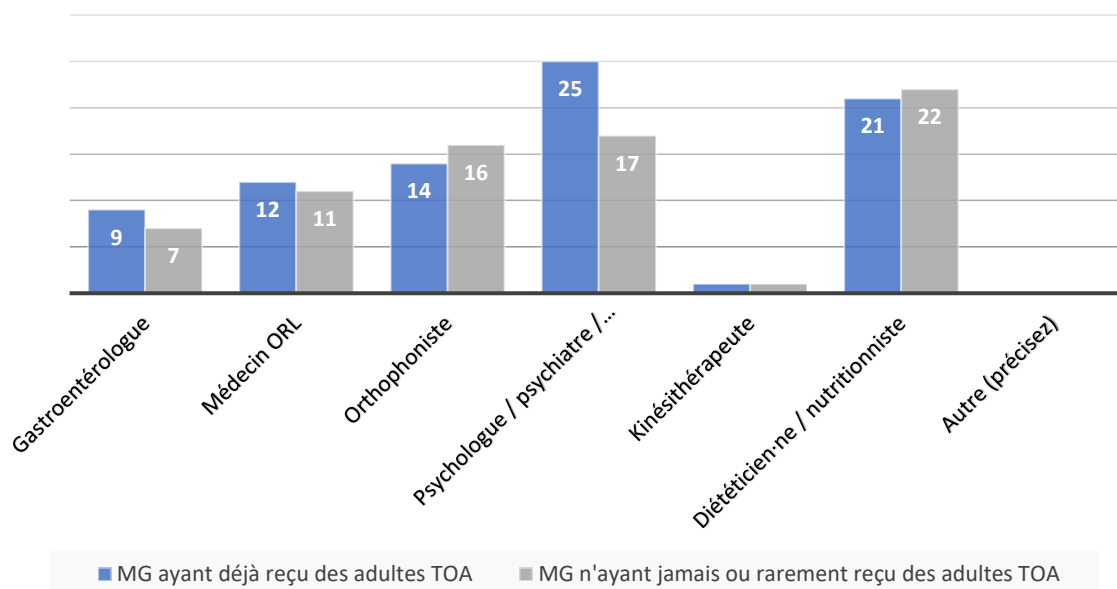
Figure 16 - Présence d'une plainte explicite concernant l'alimentation chez ces adultes (question 14A)



La proportion de MG rapportant n'avoir jamais ou rarement reçu des adultes éventuellement porteur-se-s de ces difficultés (51%) est proche de celle des médecins rapportant en avoir reçu parfois à très souvent (49%), même si seul-e-s 4% des médecins indiquent en avoir reçu souvent à très souvent.

Ces mêmes adultes présentent rarement (39%) ou parfois (39%) une plainte explicite concernant l'alimentation, d'après les médecins de notre échantillon.

Figure 17 - Orientation réelle ou hypothétique des adultes porteur-se-s de TOA ou troubles apparentés par les MG (questions 14B et 14C)



4

⁴ Pour les figures au sein desquelles le texte complet de certains items n'apparaît pas (figures 8, 9, 10, 14 et 17), se référer au questionnaire complet en annexe ci-besoin (annexe 2).

Concernant l'orientation de ces adultes, on remarque que les MG de notre échantillon proposent ou proposeraient majoritairement des suivis diététiques (74%) et des suivis psychologiques/psychiatriques (72%), et ce, devant les suivis orthophoniques, même si ceux-ci restent proposés par une partie des médecins (52%).

4. Avis et attentes quant à la création d'un support d'information sur les TOA de l'adulte

93% des MG ont répondu souhaiter des informations supplémentaires sur les TOA chez l'adulte ; les quatre médecins ayant répondu « non » ont expliqué que cela était par « *manque de temps* ».

Figure 18 - Préférences concernant le contenu du support d'information (question 15B)

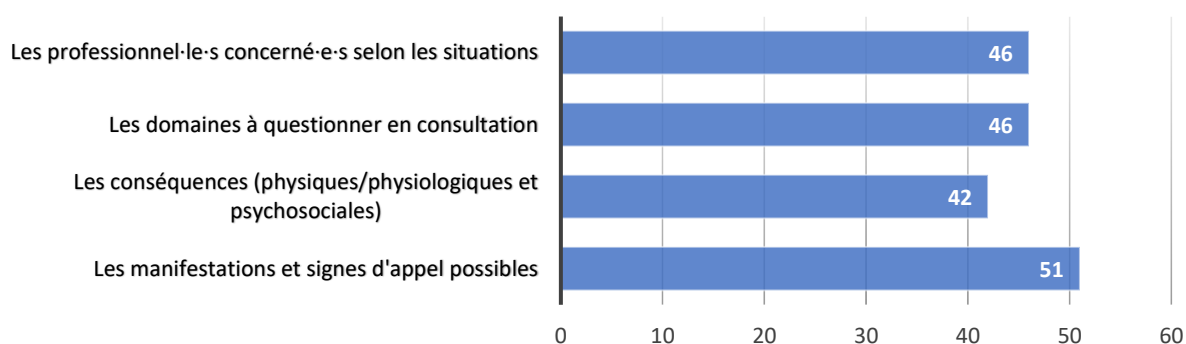
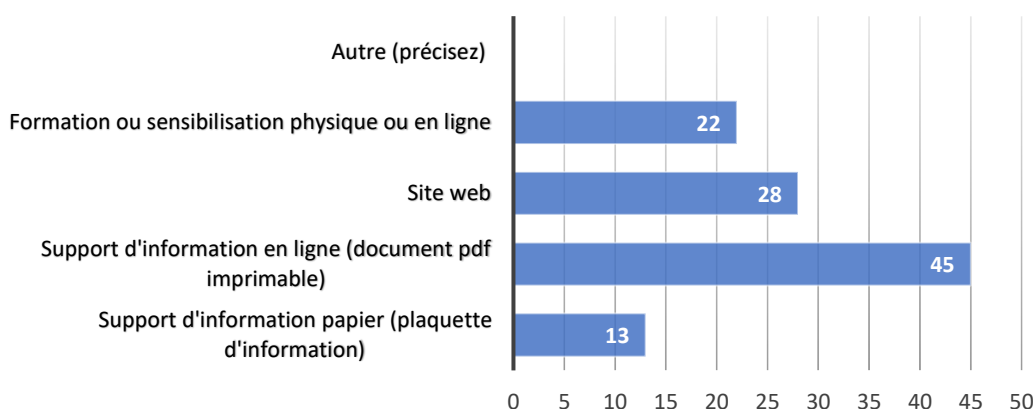


Figure 19 - Préférences concernant le format du support d'information (question 15C)



Les quatre domaines d'information proposés ont été largement sélectionnés par les MG de l'échantillon, même si les informations les plus souhaitées sur le support sont les manifestations et signes d'appel possibles. Le format de support préféré est très largement le support en ligne de type document PDF imprimable (83%).

DISCUSSION

1. Validation ou invalidation des hypothèses

Les critères de validation des hypothèses utilisés dans cette partie ont été définis de manière partiellement arbitraire, un consensus n'existant pas pour la méthodologie d'enquête et ces informations étant rarement données dans les travaux similaires. Après entretiens, nous avons retenu que la littérature les situait le plus souvent entre 70 et 90% et les avons ainsi définis d'après cette information. Le détail se trouve dans le *tableau 4* situé ci-dessous.

Tableau 4 – Critères de validation des hypothèses

Hypothèse	Question(s) liée(s)	Critères de validation
H1 : « Les médecins généralistes (MG) ne sont pas assez (in)formé·e·s sur la persistance et donc l'existence possible de TOA chez l'adulte »	Sous-hypothèses 1, 2 et 3	Validée : 3/3 sous-hypothèses validées Partiellement validée : 2/3 sous-hypothèses validées
SH1 : « Les MG n'ont pas de point de formation initiale ou continue abordant ces difficultés chez l'adulte »	Q11 : « Avez-vous entendu parler de troubles apparentés dans la population adulte ? » Q11A : « Si oui, dans quel cadre ? »	✓ >80% de « non » à la Q11 OU ✓ <80% de « non » à la Q11 mais >80% cumulés de « Recherches personnelles et/ou discussions interprofessionnelles » + « Patient·e·s en ayant parlé en consultation / Patient·e·s concerné·e·s » + « Autre » à la Q11A
SH2 : « Les MG explorent la problématique de l'alimentation chez l'adulte seulement via le spectre des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) ou des troubles de la déglutition (dys/presbyphagie) »	Q12 : « Interrogez-vous l'alimentation dans le cadre de vos consultations adultes ? » Q12C : « Vos questions portent sur »	✓ >75% de « non » à la Q12 OU ✓ <75% de « non » à la Q12 mais <25% de « Habitudes alimentaires » et de « Alimentation durant l'enfance » + >80% de « Troubles des Conduites Alimentaires passés ou présents » + >75% cumulés de « Antécédents de pathologies ayant pu causer des difficultés de déglutition » et de « Difficultés éventuelles d'alimentation / de déglutition dans le cadre du vieillissement » à la Q12C

SH3 : « Les MG ne reçoivent pas ou peu de plaintes alimentaires de la part de leurs patient-e-s adultes »	Q14A : « Ces adultes [porteur-s-es de ces difficultés] présentent-ils une plainte explicite concernant l'alimentation ? »	✓ >80% cumulés de « jamais » + « rarement »
H2 : « Un support d'information et d'orientation sur les TOA chez l'adulte serait pertinent et souhaité par les MG »	Q15 : « Souhaiteriez-vous obtenir des informations sur les Troubles de l'Oralité Alimentaire chez l'adulte ? »	✓ >80% de « oui »

1.1. Hypothèse 1

Notre première hypothèse était : « Les médecins généralistes (MG) ne sont pas assez (in)formé-e-s sur la persistance et donc l'existence possible de TOA chez l'adulte ». Elle comprenait trois hypothèses secondaires, que nous avons ainsi analysées séparément.

1.1.1. Hypothèse Secondaire 1

Nous avons répondu à notre hypothèse secondaire 1, « les MG n'ont pas de point de formation initiale ou continue abordant ces difficultés chez l'adulte », grâce aux questions 11 et 11A, qui cherchaient à savoir si les MG avaient entendu parler de tels troubles dans la population adulte, et si oui, dans quel cadre.

Comme nous l'avons noté précédemment, 69% des MG ont répondu « non » à la question 11 « avez-vous entendu parler de troubles apparentés dans la population adulte ? ». Parmi les 31% ayant répondu « oui », 33% (n=6) rapportent en avoir entendu parler en formation initiale (n=1) ou continue (n=5). Nos critères de validation ne sont donc pas atteints, mais il reste important de noter qualitativement que :

- Seul-e-s 31% des MG ont connaissance de ce trouble chez l'adulte quand 74% des répondant-e-s disent connaître le(s) terme(s) TAP et/ou TOA ;
- Au vu de notre échantillon réduit, les 33% qui en ont entendu parler en formation initiale ou continue ne représentent en réalité que six personnes : il semble important de nuancer l'existence de points d'information sur le sujet en formation, même si ces réponses semblent indiquer leur présence naissante et grandissante.

Notre hypothèse secondaire 1 est donc partiellement validée.

1.1.2. Hypothèse Secondaire 2

Notre hypothèse secondaire 2, « les MG explorent la problématique de l'alimentation chez l'adulte en consultation seulement via le spectre des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) ou des troubles de la déglutition (dys/presbyphagie) », était abordée grâce aux questions 12 et 12C. 98% des répondant·e·s abordent la question de l'alimentation en consultation, et parmi ces MG, 96% abordent les habitudes alimentaires, ce qui n'allait pas dans le sens de notre hypothèse, mais 68% questionnent les TCA. En revanche, la dysphagie, la presbyphagie, et l'alimentation pendant l'enfance sont très peu mentionnées, avec respectivement 30%, 17% et 9% des médecins qui les abordent.

Certains de ces résultats sont donc au moins partiellement en accord avec nos hypothèses (TCA très questionnés, alimentation dans l'enfance non abordée), mais d'autres ne le sont pas du tout (quasi-totalité des médecins qui abordent l'alimentation en consultation, habitudes alimentaires très questionnées, dysphagie et presbyphagie peu abordées).

Notre hypothèse secondaire 2 est donc invalidée.

1.1.3. Hypothèse Secondaire 3

Notre hypothèse secondaire 3 était « les MG ne reçoivent pas ou peu de plaintes alimentaires de la part de leurs patient·e·s adultes », et elle était abordée dans notre questionnaire par la question 14A. 46% (n=13) des MG ont répondu que les adultes porteur·se·s de ces difficultés dans leur cabinet ne présentaient « jamais » ou « rarement » une plainte sur l'alimentation.

Ce résultat ne remplit pas nos critères de validation, mais qualitativement, il semble important de noter que parmi les MG restant, 39% (n=11) ont répondu que ces adultes présentaient « parfois » une plainte, faisant monter le pourcentage précédent à 85%.

Notre hypothèse secondaire 3 est donc partiellement validée.

En conclusion, notre première hypothèse n'est pas validée.

1.2. Hypothèse 2

Notre seconde hypothèse, « un support d'information et d'orientation sur les TOA chez l'adulte serait pertinent et souhaité par les MG », était abordée grâce à la quatrième partie et plus précisément la question 15 de notre questionnaire. 93% des répondant·e·s ont souhaité obtenir des informations complémentaires sur les TOA chez l'adulte, parmi lesquels 83% (n=45) ont choisi le support

d'information en ligne type « document PDF imprimable » comme support le plus pertinent.

Notre seconde hypothèse est donc validée.

2. Apports et limites

Ce travail exploratoire aura permis de renforcer les fondations dans ce domaine encore naissant, et ainsi de laisser la porte ouverte à des études plus approfondies sur le sujet. De plus, même si nous avons manqué de temps pour passer à l'étape suivante, les réponses au questionnaire et échanges avec quelques MG nous ont également permis de monter une première version du support d'information, qui pourra être réutilisée et modifiée lors de travaux futurs. Celle-ci est toutefois disponible en annexe (*annexe 4*).

Nous remarquons également que même si les MG semblent avoir a minima “entendu parler” de TAP/TOA chez l'enfant et l'adulte, ils et elles ne maîtrisent pas tous les facteurs prédisposants et signes d'appels, et il semble y avoir une certaine confusion avec les TCA et le rapport au poids ; ces observations, ajoutées au fait que notre échantillon soit majoritairement demandeur d'un support dédié, semble signer un besoin d'information sur cette pathologie.

Cette étude nous a également permis d'établir un lien avec les médecins travaillant dans les Services de Santé Étudiante, ce qui, à notre connaissance, n'avait jamais été fait : au vu de leur intérêt envers le sujet, mais aussi de leur manque de connaissances qui avoisine celui de leur collègues n'exerçant pas en SSE, et de la population qu'ils et elles reçoivent, ce premier contact s'est avéré riche et pertinent, et un tremplin éventuel pour la suite.

Cependant, notre étude n'est pas sans biais ni limites.

Tout d'abord, étant donné la charge de travail importante et la difficulté d'atteindre la population des médecins généralistes, on peut supposer la présence d'un biais d'échantillonnage : les MG ayant complété le questionnaire étant possiblement les plus intéressé-e-s par le sujet.

Ajoutons que le format même du questionnaire en ligne présente ses limites - et ses biais -, comme nous en avons parlé dans la méthodologie ; l'une d'entre elles étant la formulation des questions sans possibilité de demander une explication : même si nous avons testé notre questionnaire auprès de quelques médecins, l'interprétation des questions est forcément soumise, dans une certaine mesure, à la subjectivité individuelle - on parle aussi de biais de formulation. Un exemple serait l'item des « habitudes alimentaires » (question 12C), qui, totalement à l'opposé de ce que nous avons postulé, mais aussi des retours de personnes atteintes dans une étude antérieure, seraient en très grande majorité interrogées par les médecins en consultation (96% de notre échantillon). C'est ici un point réellement

intéressant à soulever : en effet, nous pouvons supposer que ce terme recouvre des notions différentes selon qu'il soit interprété par un·e médecin ou par un·e orthophoniste, et aurait donc mérité d'être explicité.

Enfin, une autre limite à notre recherche est bien sûr celle de l'échantillon non significatif : nos résultats ne sont ainsi pas généralisables à la population des MG.

3. Perspectives de l'étude

Ce mémoire s'inscrivait lui-même dans la continuité de travaux antérieurs et princeps sur les TOA de l'adulte en France ; malgré ses résultats limités, il ouvre ainsi la porte à d'autres études ayant besoin d'être menées sur le sujet.

Tout d'abord, puisque ce travail s'est concentré sur l'état des lieux auprès des médecins, il serait intéressant d'en prendre la suite : communiquer le support d'information à quelques médecins pour modification puis à une population plus large, évaluer sa pertinence et son utilité, et envisager une version également adaptée aux patients et patientes.

Ensuite, il serait également justifié de reproduire cette étude auprès d'autres spécialités, médicales comme paramédicales, qui sont amenées à recevoir des adultes avec de telles difficultés : psychiatres, psychologues, diététicien·ne·s, médecins ORL, médecins du travail, gastroentérologues, et même kinésithérapeutes, sont autant de professions qui peuvent avoir à orienter ou à suivre ces adultes dans le cadre de leurs difficultés, sans forcément posséder toutes les clefs pour les accompagner. En effet, comme nous l'avons mentionné dans notre partie théorique, chez l'enfant, une prise en charge optimale d'un TAP est pluridisciplinaire : selon la ou les origine(s) et les manifestations du trouble, différents bilans pourront être effectués afin d'identifier le ou les suivi(s) les plus appropriés. Il semble ainsi adapté de suivre la même démarche chez l'adulte, mais cela nécessite donc une mise en lien et une information égale des différentes professions.

De plus, il pourrait également être pertinent d'axer une prochaine étude sur un travail plus approfondi auprès des médecins de SSE : comme nous l'avons dit plus tôt, leur intérêt pour le sujet et la population qu'ils et elles reçoivent les placent comme de parfait·e·s interlocuteur·trice·s pour des travaux futurs d'amélioration du dépistage (mise en place du support, d'ateliers d'information et de sensibilisation, etc.).

Enfin, nous avons choisi de ne pas axer notre travail sur les orthophonistes car un mémoire avait déjà emprunté ce chemin en 2022, mais il resterait tout de même du travail par la suite : effectivement, il revient assez souvent – de manière empirique, dans les échanges avec certain·e·s MG, dans certains mémoires – que les orthophonistes ne se sentiraient pas assez formé·e·s pour recevoir des adultes porteur·se·s de TOA, ou encore qu'il n'existerait pas de formation ou de prise en charge adaptée pour

ces adultes. Il serait donc pertinent de réaliser un état des lieux de la formation existante (initiale comme continue) sur les TOA/TAP de l'adulte en orthophonie, et d'évaluer les besoins des orthophonistes dans ce domaine.

CONCLUSION

À l'heure à laquelle nous écrivons ces lignes, les troubles alimentaires de l'adulte, qu'ils soient développementaux (type TAP) ou acquis, chez l'adulte « tout-venant » ou bien porteur-se d'un handicap ou d'une maladie, restent sous-étudiés et ne font pas consensus dans leur forme, leurs origines ou leurs manifestations.

Les TAP et les troubles voisins (ARFID, picky eating, TOA dans la littérature francophone) sont un domaine de recherche et de clinique en pleine expansion, mais les études sont encore majoritairement tournées vers les enfants et les adolescent·e·s. En France, quelques mémoires d'orthophonie récents ont commencé à étudier leurs manifestations et conséquences chez l'adulte, mais le sujet reste encore trop peu exploré, et le niveau de preuve limité.

Cette étude avait pour objectif de concrétiser la prise en compte de ces troubles chez l'adulte en faisant un premier lien auprès des médecins généralistes, d'apprécier ce que cette population savait et ne savait pas sur ces troubles afin d'avoir une idée de leurs besoins grâce à un questionnaire en ligne, et de continuer de construire les fondements nécessaires aux prochaines études sur le sujet.

En effet, si les preuves scientifiques sont encore limitées, les plaintes et témoignages des adultes sont bien réels, et il nous semblait essentiel de pouvoir améliorer la considération clinique de ces troubles et la pluridisciplinarité de leur prise en charge dans un futur proche, sans avoir à attendre les consensus théoriques.

Ainsi, malgré le nombre restreint de réponses à notre questionnaire, nous avons pu faire certaines observations, comme le fait que si les médecins de notre échantillon semblaient finalement connaître assez bien les manifestations et conséquences de tels troubles chez l'adulte, il demeurerait une importante confusion avec les Troubles du Comportement Alimentaire et les problèmes de poids.

De plus, s'il n'a pas pu être testé ni diffusé au sein de ce travail, les réponses des médecins de notre échantillon nous ont permis de monter une première version de support d'information sur les TOA de l'adulte, qui pourra être réutilisé dans de futurs travaux et éventuellement communiqué aux médecins ayant manifesté leur intérêt à la fin du questionnaire.

En conclusion, ce travail, bien que perfectible, s'inscrit dans la continuité des travaux précédemment menés, et ouvre la voie à une meilleure considération de cette population d'adultes porteuse de troubles de type TAP/TOA. Il nécessite cependant d'être repris, élargi et approfondi, afin de tendre, comme pour la population pédiatrique, à une détection facilitée et un accompagnement pluridisciplinaire adapté pour chaque adulte concerné·e.

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie, V. (2004). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de Pédiatrie*, 11(6), 603-605. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2004.03.040>
- Avis relatif à l'avenant n° 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996 (2017).
- Barnhart, W. R., Hamilton, L., Jordan, A. K., Pratt, M., & Musher-Eizenman, D. (2021). The interaction of negative psychological well-being and picky eating in relation to disordered eating in undergraduate students. *Eating behaviors*, 40, 101476. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101476>
- Borel, S., Gatignol, P., Gros, A., & Mai Tran, T. (2022). *Manuel de recherche en orthophonie* (1re édition). DeBoeck Supérieur.
- Brais, K. (2023, mai 30). *La sélectivité alimentaire chez l'enfant*. <https://cdn.fourwaves.com/static/media/filecontent/dacb5ffc-d01c-4e8b-86fa-c88197df529c/0ac5f55f-2d7d-44f8-be65-fa91c163a7ff.pdf>
- Brand Vincent, V., & Lefevre, C. (2014). *Docteur, notre enfant ne mange pas ! Et s'il s'agissait d'un trouble de l'oralité alimentaire... Evaluation du degré d'information des médecins sur les troubles de l'oralité alimentaire et sur le rôle de l'orthophoniste dans leur prise en charge*. [Mémoire d'orthophonie]. Université de Nantes.
- Briatte, L., & Barreau-Drouin, L. (2021). *Troubles alimentaires pédiatriques : Concrètement, que faire ?* Tom PouSse.
- Cardona Cano, S., Tiemeier, H. W., & Hoek, H. W. (2017). *Trajectories of Picky Eating : From normal rite of passage to a developmental problem*. Erasmus University Rotterdam.
- Cascales, T., Jean-Pierre, O., Bergeron, M., Aurelien, C., & Raynaud, J.-P. (2014). Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson : Classification, sémiologie et diagnostic [Disorders of the food behavior of the infant: Classification, semiology and diagnosis]. *Annales Médico-*

psychologiques, revue psychiatrique, 172, 700-707.

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.08.013>

Chatoor, I. (2009). *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children. Zero to three.*

Démographie des professionnels de santé—DREES. (s. d.). Consulté 22 avril 2024, à l'adresse <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

Dial, L. A., Jordan, A., Emley, E., Angoff, H. D., Varga, A. V., & Musher-Eizenman, D. R. (2021). Consequences of Picky Eating in College Students. *Journal of Nutrition Education and Behavior, 53*(10), 822-831. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2021.07.006>

Dubedout, S., Cascales, T., Mas, E., Bion, A., Vignes, M., Raynaud, J.-P., & Olives, J.-P. (2016). Troubles du comportement alimentaire restrictifs du nourrisson et du jeune enfant : Situations à risque et facteurs favorisants. *Archives de Pédiatrie, 23*(6), 570-576. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.03.015>

Ellis, J. M., Galloway, A., Webb, R., & Martz, D. (2017). Measuring Adult Picky Eating : The Development of a Multidimensional Self-Report Instrument. *Psychological Assessment, 29*, 955-966. <https://doi.org/10.1037/pas0000387>

Ellis, J. M., Zickgraf, H. F., Galloway, A., Essayli, J. H., & Whited, M. (2018). A functional description of adult picky eating using latent profile analysis. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 15*, null. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0743-8>

Fourcade, E. (2022). *Orientation des patients adultes présentant des troubles de l'oralité alimentaire : Création d'un support disponible sur internet à destination des orthophonistes, des médecins prescripteurs et des patients* [Mémoire d'orthophonie, Université Clermont Auvergne]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04057888>

Fox, G., Coulthard, H., Williamson, I., & Wallis, D. (2018). "It's always on the safe list" : Investigating experiential accounts of picky eating adults. *Appetite, 130*, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.07.023>

- Garroté, E. (2023). *Typologie et critères diagnostiques des troubles alimentaires chez l'adulte : Une revue de la littérature* [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse III - Paul Sabatier.
- Geray, E. (2019). *Interrelation orthophoniste et chirurgien-dentiste dans la prise en soin des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire sans pathologie associée : Création d'un outil permettant une meilleure collaboration* [Mémoire d'orthophonie]. Université de Lille.
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., Delaney, A. L., Feuling, M. B., Noel, R. J., Gisel, E., Kenzer, A., Kessler, D. B., Kraus De Camargo, O., Browne, J., & Phalen, J. A. (2019). Pediatric Feeding Disorder : Consensus Definition and Conceptual Framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 68(1), 124-129.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
- Gouhier, P., & Muller, L. (2018). *Étude des difficultés s'apparentant à des troubles de l'oralité alimentaire chez l'adulte : Par un questionnaire étudiant les profils, manifestations, évolutions, conséquences et la demande de prise en charge orthophonique* [Mémoire d'orthophonie].
- Guillon-Invernizzi, F., Lecoufle, A., & Leseq-Lambre, E. (2020). *Démarche diagnostique orthophonique des Troubles Alimentaires Pédiatriques. Le bilan orthophonique*(281), 33-41.
- Jule, A. (2021). *La prise en soin paramédicale et psychologique des Troubles alimentaires pédiatriques : Réalisation d'un schéma pour faciliter l'orientation des pédiatres et des médecins généralistes* [Mémoire d'orthophonie]. Université de Nantes.
- Kauer, J., Pelchat, M., Rozin, P., & Zickgraf, H. F. (2015). Adult picky eating. Phenomenology, taste sensitivity, and psychological correlates. *Appetite*, 90, 219-228.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.001>
- Kerzner, B., Milano, K., MacLean, W. C., Berall, G., Stuart, S., & Chatoor, I. (2015). A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics*, 135(2), 344-353.
<https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
- Lacheré, F. (2021). *Les troubles de l'oralité alimentaire en milieu scolaire : Quelle prise en considération ?* [Mémoire d'orthophonie]. Université de Lorraine.

- Le Bars, J. (2019). *La prise en charge orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire chez le patient adulte : Études de cas* [Mémoire d'orthophonie]. Université de Poitiers.
- Lesecq-Lambre, E. (2019). *Sensibilisation des professionnels de santé aux troubles de l'oralité alimentaire. La prévention*(277), 106-119.
- Levavasseur, E. (2017). *Prise en charge précoce des difficultés alimentaires chez l'enfant dit « tout-venant » ou « vulnérable »*. 271, 151-169.
- Lonchamp, S. (2021). *Repérage précoce en crèche : État des lieux des besoins de prévention en orthophonie auprès des professionnels de la petite enfance dans l'Hérault*. 207.
- Manikam, R., & Perman, J. A. (2000). Pediatric Feeding Disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 30(1), 34.
- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition. (2013a). *Dysphagie—Troubles gastro-intestinaux*. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-gastro-intestinaux/troubles-%C5%93sophagiens-et-de-la-d%C3%A9glutition/dysphagie>
- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition. (2013b). *Trouble de la prise alimentaire évitant/restrictif—Troubles psychiatriques*. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-du-comportement-alimentaire/trouble-de-la-prise-alimentaire-%C3%A9vitant-restrictif>
- Marcontell, D. K., Laster, A. E., & Johnson, J. (2003). Cognitive-behavioral treatment of food neophobia in adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 243-251. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(01\)00090-1](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(01)00090-1)
- Mascola, A., Bryson, S., & Agras, W. (2010). Picky eating during childhood : A longitudinal study to age 11 years. *Eating behaviors*, 11 4, 253-257. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.05.006>
- Mouchel, L. (2021). *Dix ans après le premier état des lieux : Connaissances, demandes et besoins des professionnels de santé confrontés aux troubles de l'oralité alimentaire*.
- Néophobie alimentaire ou, trouble de l'alimentation sélective | Groupes | Facebook*. (s. d.). Consulté

- 23 décembre 2023, à l'adresse <https://www.facebook.com/groups/neophobiealimentaire>
- Perchey, M. (2021). *Néophobie alimentaire et troubles de l'oralité chez l'ado & l'adulte* (Auto-édition). *Phobie alimentaire*. (s. d.). Phobie alimentaire. Consulté 23 décembre 2023, à l'adresse <https://www.phobie-alimentaire.fr/>
- Ramsay, M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. Une nouvelle perspective. *Devenir*, 13(2), 11-28. <https://doi.org/10.3917/dev.012.0011>
- Senez, C. (2020). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition: Vol. 3e éd.* De Boeck Supérieur; Cairn.info. <https://www.cairn.info/reeducation-des-troubles-de-l-oralite-et-de-la-deglutition--9782807328860.htm>
- Taylor, C., Wernimont, S., Northstone, K., & Emmett, P. (2015). Picky/fussy eating in children : Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*, 95, 349-359. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.026>
- Thibault, C. (2017). *Orthophonie et Oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant*. Elsevier Masson.
- Thompson, C., Cummins, S., Brown, T., & Kyle, R. (2015). What does it mean to be a 'picky eater'? A qualitative study of food related identities and practices. *Appetite*, 84, 235-239. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.09.028>
- Van Tine, M. L., McNicholas, F., Safer, D. L., & Agras, W. S. (2017). Follow-up of selective eaters from childhood to adulthood. *Eating Behaviors*, 26, 61-65. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.01.003>
- Wildes, J. E., Zucker, N. L., & Marcus, M. D. (2012). Picky eating in adults : Results of a web-based survey. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 575-582. <https://doi.org/10.1002/eat.20975>

ANNEXES

Annexe 1 – Tables additionnelles présentant des exemples de troubles, maladies et dysfonctions associés au TAP (Goday et al., 2019)

Supplementary Table 1: Examples of medical conditions associated with Pediatric Feeding Disorder

Impairment (Body structure/function*)	Dysfunction (Activity Limitations*)
Disorders that affect oral, nasal, or pharyngeal function • Macroglossia • Extensive dental disease • Labial or palatal clefts • Velopharyngeal insufficiency • Choanal atresia • Tonsillar hypertrophy Aerodigestive disease • Airway ○ Laryngeal clefts ○ Vocal fold paralysis or injury ○ Airway malacia (laryngo-, tracheo-, or bronchomalacia) ○ Subglottic stenosis • Pulmonary ○ Bronchopulmonary dysplasia ○ Any process resulting in chronic tachypnea • Gastrointestinal ○ Eosinophilic esophagitis ○ Esophageal motility disorder (post-esophageal atresia or achalasia) ○ Gastric or duodenal ulcers • Other gastrointestinal disorders ○ Feeding/volume intolerance of any cause ○ Gastroparesis Congenital and other heart disease • Any form of congenital heart disease (esp. hypoplastic left heart syndrome) and other conditions that result in staged single ventricle repair • Associated pulmonary hypertension • Myocarditis and other causes of heart failure Neurologic, developmental, and psychiatric disorders • Autism spectrum disorder • Disorders of motor control with hyper- or hypotonia ○ Cerebral palsy ○ Muscular dystrophies • Attention-deficit/hyperactivity disorder Iatrogenic • Prolonged hospitalization with critical care support • Invasive operative procedures affecting vital systems • Aversive feeding	• Malnutrition and its sequelae • Aspiration, recurrent aspiration pneumonias, chronic lung disease

Supplementary Table 2: Nutritional dysfunction associated with Pediatric Feeding Disorder



Goal	Dysfunction	Examples of Health Conditions
Macronutrient consumption Energy Protein Fat	Inadequate Energy Excessive Energy# Inadequate Protein Inadequate Fat	• Undernutrition • Overweight# • Stunting • Impaired neurodevelopment • Essential fatty acid deficiency • Need for tube feeding • Need for texture modification
Micronutrient consumption Key micronutrients^ - calcium, vitamin D, iron, zinc, vitamin C, vitamin A, beta-carotene	Inadequate Micronutrient Excessive Micronutrient#	• Rickets • Iron deficiency anemia • Impaired immune function • Loss of appetite • Scurvy • Toxicity of vitamin A/beta-carotene# • Other nutritional anemias
Consumption of other critical non-nutritive elements	Inadequate water/fluid Inadequate fiber	• Dehydration • Constipation
Dietary diversity Normal dietary diversity for social functioning^	Inadequate dietary diversity	• Impaired social functioning • Micronutrient deficiency • Macronutrient deficiency

Legend: ^ will vary depending on sociocultural and nutritional beliefs and practices; # these are less common

Supplementary Table 3: Examples of Feeding Skill impairments and Dysfunction associated with Pediatric Feeding Disorder

Impairment (Body functions and impairments *)	Dysfunction (Activities and participation/limitations and restrictions*)
Oral sensory functioning - Under- or over-response to sensory aspects of liquids and food textures inhibiting acceptance and/or tolerance Oral motor function - Reduced strength, coordination, range of motion, timing inhibiting oral movements required for acceptance, control, manipulation and/or oral transit of liquids and food textures Pharyngeal sensory processing and/or motor function - Under- or over-response to bolus during pharyngeal transit or residue remaining post-swallow - Reduced strength, coordination, range of motion, timing impacting pharyngeal transit of liquids and food textures - Inhibiting efficient swallowing and/or airway protection	Limitation in oral feeding skills - Unable to consume age-appropriate liquid and food textures - Unable to use age-appropriate feeding utensils and devices - Unable to self-feed at age-appropriate expectations - Unable to use age-appropriate mealtime seating - Requires more assistance or requires special strategies relative to other children of same age - Prolonged mealtime duration - Insufficient oral intake Restrictions in mealtime participation due to safety concerns: - Adverse mealtime events (e.g. coughing, choking, gagging, vomiting, discomfort, stress, fatigue, refusal) - Adverse cardio-respiratory events (e.g. apnea, bradycardia, increased work of breathing) - Aspiration

Legend: * International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) terminology

Supplementary Table 4: Examples of psychosocial conditions associated with Pediatric Feeding Disorder

Psychosocial Restriction (Health Conditions and Problems*)	Impact on Feeding Behaviors
Developmental (child and/or caregiver) - Delay - Disorder Mental/Behavioral Health (child and/or caregiver) - Diagnosed disorder - Undiagnosed signs/symptoms of disorder - Deregulated temperament/personality characteristics Social - Caregiver-child interaction problems - Cultural expectations are not commensurate with AAP nutrition guidelines Environmental - Disorganized/distracting feeding environment - Disorganized or poorly timed schedule of feedings - Access to food or other necessary resources - Inadvertent reinforcement of food refusal behavior	Learned aversion (child and/or caregiver) Stress/distress (child and/or caregiver) - Caregiver disengagement - Caregiver over-engagement Disruptive behavior - Food refusal (passive & active resistance) - Gagging/vomiting - Elopement/attempts to disengage or flee from meal Food over-selectivity Failure to advance to age-appropriate diet or feeding habit despite adequate skill - Reliance on formula beyond expected chronological age - Failure to consume age-typical texture - Not feeding self at age-typical level Grazing behavior Caregiver use of compensatory strategies to feed child

Legend: * International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) terminology; AAP: American Academy of Pediatrics

Annexe 2 – Questionnaire à destination des médecins généralistes

Troubles de l'Oralité Alimentaire chez l'adulte "tout-venant" : enquête auprès des Médecins Généralistes

Présentation de l'étude

Bonjour,

Vous êtes invité·e, en tant que **médecin généraliste**, à répondre au présent questionnaire réalisé dans le cadre du mémoire de fin d'études en **orthophonie** :

« État des lieux des connaissances des médecins généralistes concernant les Troubles de l'Oralité Alimentaire chez l'adulte dit-e « tout-venant » ».

Cette étude est menée par **Abigaël Cameijo-Flamand**, étudiante en 5e année d'orthophonie, dirigée par **Anaïs Barry**, orthophoniste libérale, et encadrée par l'Université Toulouse III – Paul Sabatier.

L'objectif de cette étude est d'**apprécier les connaissances des médecins généralistes sur les troubles alimentaires de l'adulte pour, à terme, proposer un support d'information, et ainsi améliorer dans le futur la prise en compte, le dépistage et le suivi de ces adultes.**

L'étude se déroule de façon suivante : complétion du questionnaire par des médecins issus de la population cible, recueil et analyse des données, éventuelle création d'un premier support prototype à partir des réponses au questionnaire.

Le questionnaire comporte 16 questions et sa complétion prend en moyenne 5 à 10min.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à vous justifier, et vous pouvez à tout moment cesser de remplir le questionnaire.

Il vous est possible d'adresser toute question à **abigael.cameijo-flamand@univ-tlse3.fr**.

En complétant ce questionnaire, vous exprimez votre consentement au traitement de vos données à caractère personnel.

Ce questionnaire est paramétré en mode anonyme afin qu'aucune donnée de connexion ne soit enregistrée par le système. Seules les informations renseignées dans le questionnaire sont conservées pour permettre de procéder à l'analyse des résultats de l'étude.

La responsabilité du traitement relève de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier (118 route de Narbonne, 31062 Toulouse) et poursuit une finalité de recherche universitaire.

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**

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

☐ *En cochant cette case, je confirme avoir lu et accepté la politique de confidentialité de l'étude.*

I. Caractéristiques du/de la praticien·ne

Question 1. Etes-vous...

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme
- ☐ Non-binaire

Question 2. Vous exercez...

- ☐ En cabinet libéral (*vers question 3*)
- ☐ En exercice mixte libéral/salarié (*vers question 2B*)
- ☐ En exercice salarié unique (*vers question 2A*)

Question 2A. Vous êtes salarié·e au moins à temps partiel en Service de Santé Étudiante

- ☐ Oui
- ☐ Non (*arrêt du questionnaire*)

Question 2B. Vous effectuez votre exercice salarié au moins partiellement en Service de Santé Étudiante

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 3. Votre tranche d'âge

- ☐ Moins de 30 ans
- ☐ 30 à 39 ans
- ☐ 40 à 49 ans
- ☐ 50 à 59 ans
- ☐ 60 ans ou plus

Question 4. Depuis combien de temps exercez-vous en tant que médecin généraliste (année de soutenance de la thèse / d'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) en médecine générale) ?

- ☐ Moins de 5 ans
- ☐ 5 à 10 ans
- ☐ 11 à 15 ans
- ☐ 16 à 20 ans
- ☐ 21 à 25 ans
- ☐ 26 à 30 ans
- ☐ Plus de 30 ans
- ☐ Je n'exerce pas ou plus mon activité de médecin généraliste (*arrêt du questionnaire*)

Question 5. Votre région d'exercice actuelle

- ☐ Auvergne-Rhône-Alpes
- ☐ Bourgogne-Franche-Comté
- ☐ Bretagne
- ☐ Centre-Val de Loire
- ☐ Corse
- ☐ Grand Est
- ☐ Guadeloupe
- ☐ Guyane
- ☐ Hauts-de-France
- ☐ Île-de-France
- ☐ La Réunion
- ☐ Martinique
- ☐ Mayotte
- ☐ Normandie
- ☐ Nouvelle-Aquitaine
- ☐ Occitanie
- ☐ Pays de la Loire

- ☐ Provence-Alpes-Côte d'Azur

II. Troubles Alimentaires Pédiatriques (TAP) chez l'enfant

Question 6. Avez-vous (actuellement) ou avez-vous eu (dans les cinq dernières années) des enfants dans votre patientèle ?

- ☐ Oui
☐ Non

Question 7. Connaissez-vous le terme de Trouble Alimentaire Pédiatrique (TAP), ou celui de Trouble de l'Oralité Alimentaire (TOA), et les difficultés qu'ils englobent ?

- ☐ Oui, je connais les deux termes et les difficultés associées (*vers question 7A*)
☐ Je connais les deux termes mais pas les difficultés associées (*vers question 7A*)
☐ Je connais seulement le terme de TAP et les difficultés associées (*vers question 7A*)
☐ Je connais seulement le terme de TAP mais pas les difficultés associées (*vers question 7A*)
☐ Je connais seulement le terme de TOA et les difficultés associées (*vers question 7A*)
☐ Je connais seulement le terme de TOA mais pas les difficultés associées (*vers question 7A*)
☐ Non, je ne connais aucun des deux termes (*vers question 8*)

Question 7A. Comment avez-vous eu connaissance de ce ou ces termes et éventuellement des difficultés qu'ils englobent ? (*plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Dans le cadre de ma formation initiale
☐ Dans le cadre de ma formation continue
☐ Recherches personnelles et/ou discussions interprofessionnelles
☐ Enfant·s concerné·e·s dans ma patientèle
☐ Enfant·s concerné·e·s dans mon entourage personnel
☐ Autre (*précisez*) :

Trouble Alimentaire Pédiatrique – définition simplifiée : « altération de l'absorption orale alimentaire, qui n'est pas appropriée à l'âge » « ensemble des difficultés [altérant la / de] prise alimentaire orale de manière accrue par rapport au / en dehors du cadre du développement typique »

Question 8. Quels peuvent être, selon vous, les facteurs prédisposants principaux d'un TAP/TOA ? (*plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Prématurité et/ou petit poids de naissance
☐ Troubles relationnels précoces et/ou difficultés de santé mentale chez le bébé ou le(s) parent(s)
☐ Trouble des Conduites Alimentaires (anorexie mentale, boulimie, hyperphagie)
☐ Troubles du Neurodéveloppement (dont Trouble du Spectre Autistique, Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans hyperactivité et Trouble du Développement Intellectuel)
☐ Troubles du comportement
☐ Troubles cardiorespiratoires

- ☐ Troubles aérodigestifs / gastrointestinaux
- ☐ Troubles neurologiques (dont paralysies cérébrales)
- ☐ Hospitalisation prolongée / opération(s) invasive(s) du carrefour aérodigestif

Question 9. Quels peuvent être, selon vous, les manifestations ou signes d'appel éventuels d'un TAP/TOA chez le bébé et/ou l'enfant ? (*plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Difficultés à coordonner succion-déglutition-respiration
- ☐ Réflexes oraux précoces perturbés
- ☐ Troubles du tonus
- ☐ Perte de poids soudaine
- ☐ Prise de poids soudaine
- ☐ Difficultés de passage à la cuillère
- ☐ Difficultés de passage aux morceaux
- ☐ Fausses routes ou blocages alimentaires
- ☐ Sensibilité orale limitée (peu ou pas de réactions orales) ou accrue (réactions d'aversion orales, faciales, corporelles : nausées, vomissements, mouvements de recul, grimaces, ...)
- ☐ Sélectivité alimentaire
- ☐ Néophobie alimentaire persistante (refus des aliments nouveaux)
- ☐ Anxiété post-traumatique
- ☐ Temps de repas allongés et/ou évitement des temps de repas
- ☐ Temps de repas difficiles, perturbés par des difficultés comportementales et/ou stratégies adaptatives de l'entourage pour pallier ces difficultés
- ☐ Autre (*précisez*) :

Question 10. Quelles peuvent être, selon vous, les conséquences à plus ou moins long terme des TAP/TOA chez l'enfant ? (*plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Sélectivité alimentaire persistante
- ☐ Anorexie mentale
- ☐ Boulimie
- ☐ Néophobie alimentaire persistante
- ☐ Difficultés psychosociales / dans les relations familiales et sociales
- ☐ Ralentissement de la croissance
- ☐ Difficultés de prise de poids / poids dans la norme faible
- ☐ Mauvaise hygiène bucco-dentaire
- ☐ Déséquilibre nutritionnel
- ☐ Résolution naturelle des difficultés
- ☐ Autre (*précisez*) :

III. Troubles apparentés chez l'adulte (Troubles de l'Oralité Alimentaire – TOA)

Question 11. Avez-vous entendu parler de troubles apparentés dans la population adulte ?

- ☐ Oui (*vers question 11A*)
- ☐ Non (*vers question 12*)

Question 11A. Si oui, dans quel cadre ? (*plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Dans le cadre de ma formation initiale
- ☐ Dans le cadre de ma formation continue
- ☐ Recherches personnelles et/ou discussions interprofessionnelles
- ☐ Patient·e·s en ayant parlé en consultation / Patient·e·s concerné·e·s
- ☐ Autre (*précisez*) :

Si vous exercez en salariat unique comprenant un temps en Service de Santé Étudiante (SSE), les questions suivantes concernent uniquement votre exercice en SSE.

Question 12. Interrogez-vous l'alimentation dans le cadre de vos consultations adultes ?

- ☐ Oui, systématiquement lors de chaque consultation (*vers question 12C*)
- ☐ Oui, systématiquement dans le cadre d'une première consultation (*vers question 12C*)
- ☐ Oui, s'il y a une plainte (*vers question 12C*)
- ☐ Oui, lors d'une première consultation et/ou s'il y a une plainte (*vers question 12C*)
- ☐ Oui, s'il y a une plainte et/ou selon certaines caractéristiques du ou de la patient·e (*vers question 12A*)
- ☐ Non (*vers question 12D*)

Question 12A. Parmi ces caractéristiques, diriez-vous que l'âge du ou de la patient·e est un facteur en jeu dans votre décision de questionner l'alimentation

- ☐ Oui (*vers question 12B puis 12C*)
- ☐ Non (*vers question 12C*)

Question 12B. Si oui, chez quelle tranche d'âge pensez-vous questionner l'alimentation le plus souvent

- ☐ Moins de 30 ans
- ☐ Entre 30 et 60 ans
- ☐ Plus de 60 ans

Question 12C. Vos questions portent sur : (*plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Poids actuel
- ☐ Pertes et prises de poids depuis l'âge adulte
- ☐ Volonté présente de perte ou de prise de poids
- ☐ Habitudes alimentaires
- ☐ Alimentation dans l'enfance (passage aux morceaux, sélectivité, pertes ou prises de poids importantes, autres difficultés rapportées, ...)
- ☐ Troubles des Conduites Alimentaires passés ou présents (anorexie, boulimie, hyperphagie)
- ☐ Difficultés de santé mentale et impact éventuel sur l'alimentation (stress, anxiété, dépression, ...)
- ☐ Antécédents de pathologies ayant pu causer des difficultés de déglutition (dysphagie)
- ☐ Difficultés éventuelles d'alimentation / de déglutition dans le cadre du vieillissement (presbyphagie)
- ☐ Autre (*précisez*) :

Question 12D. Si non, sauriez-vous expliquer pourquoi : *(réponse libre)*

Question 13. Quels peuvent être, selon vous, les manifestations ou signes d'appel principaux d'un TOA/trouble apparenté TAP chez l'adulte ? *(plusieurs réponses possibles)*

- ☐ Sélectivité alimentaire
- ☐ Anorexie mentale
- ☐ Boulimie
- ☐ Néophobie alimentaire
- ☐ Stress/anxiété liés au temps de repas
- ☐ Sensibilité accrue (réactions d'aversion orales, faciales, corporelles : nausées, vomissements, mouvements de recul, grimaces, ...)
- ☐ Difficultés de prise de poids / poids dans la norme faible
- ☐ Stress/anxiété et/ou évitement des repas groupés et/ou à l'extérieur
- ☐ Déséquilibre nutritionnel
- ☐ Autre *(précisez)* :

Il n'existe pas de consensus descriptif à l'heure actuelle, mais le trouble de l'oralité alimentaire chez l'adulte, généralement ancré dans une origine développementale, peut ainsi s'apparenter en différents points à celui de l'enfant (sélectivité alimentaire, néophobie alimentaire, particularités sensorielles, carences nutritionnelles) et en différer sur d'autres (stress/anxiété plus élevés notamment lors des repas – seul-e, groupés ou à l'extérieur, difficultés psychosociales, temps de repas maîtrisé grâce à l'autonomie, poids dans la moyenne).

Question 14. Avez-vous / pensez-vous avoir déjà reçu des adultes porteur-ses de telles difficultés ?

- ☐ Jamais *(vers question 14D)*
- ☐ Rarement *(vers question 14D)*
- ☐ Parfois *(vers question 14A puis B puis C)*
- ☐ Souvent *(vers question 14A puis B puis C)*
- ☐ Très souvent *(vers question 14A puis B puis C)*

Question 14A. Ces adultes présentent-ils une plainte explicite concernant l'alimentation ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Question 14B. Avez-vous eu des difficultés à les orienter ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement

- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Question 14C. Vers quel·le·s professionnel·le·s les avez-vous orienté·e·s ? (*plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Gastroentérologue
- ☐ Médecin ORL
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Psychologue / psychiatre / psychothérapeute
- ☐ Kinésithérapeute
- ☐ Diététicien·ne / nutritionniste
- ☐ Autre (*précisez*) :

Question 14D. Si vous étiez confronté·e à ces difficultés, vers quel·le·s professionnel·le·s orienteriez-vous ces adultes ? (*plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Gastroentérologue
- ☐ Médecin ORL
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Psychologue / psychiatre / psychothérapeute
- ☐ Kinésithérapeute
- ☐ Diététicien·ne / nutritionniste
- ☐ Autre (*précisez*) :

IV. Désir et besoin d'information

Question 15. Souhaiteriez-vous obtenir des informations sur les Troubles de l'Oralité Alimentaire chez l'adulte ?

- ☐ Oui (*vers question 15B puis C*)
- ☐ Non (*vers question 15A*)

Question 15A. Si non, pourquoi ?

- ☐ Manque de temps
- ☐ Manque d'intérêt pour le sujet
- ☐ Vous êtes suffisamment informé·e
- ☐ Autre (*précisez*) :

Question 15B. Sur quoi désireriez-vous être informé·e ?

- ☐ Les manifestations et signes d'appel possibles
- ☐ Les conséquences (physiques/physiologiques et psychosociales)
- ☐ Les domaines à questionner en consultation
- ☐ Les professionnel·le·s concerné·e·s selon les situations

Question 15C. Quel format vous paraît être le plus pertinent ? (*plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Support d'information papier (plaquette d'information)
- ☐ Support d'information en ligne (document pdf imprimable)

- ☐ Site web
- ☐ Formation ou sensibilisation physique ou en ligne
- ☐ Autre (*précisez*) :

Question 16. Si vous avez des commentaires ou des questions supplémentaires, n'hésitez pas à nous en faire part ici ou à nous recontacter par mail. (*réponse libre*)

Si vous souhaitez être recontacté-e concernant les suites éventuelles de l'étude (lecture du mémoire, création éventuelle du support), vous pouvez laisser votre e-mail ici :

Annexe 3 – Document récapitulatif disponible au téléchargement à la fin du questionnaire

Trouble Alimentaire Pédiatrique / Trouble de l'Oralité Alimentaire chez l'enfant et chez l'adulte

Réponses aux questions de description des troubles et références sur le sujet

Note – ce document ne constitue pas un support d'information exhaustif (visé comme aboutissement de ce travail), mais permet de vous donner un premier aperçu descriptif de ces troubles, chez l'enfant comme chez l'adulte, via une revue des réponses correctes et incorrectes, et quelques références bibliographiques pertinentes si vous souhaitez approfondir le sujet.

Trouble Alimentaire Pédiatrique – définition simplifiée : « ensemble des difficultés altérant la prise alimentaire orale en dehors du cadre du développement typique »

Question 8. Quelles peuvent être, selon vous, les facteurs prédisposants principaux d'un TAP/TOA ?

- ☐ **Prématurité et/ou petit poids de naissance**
- ☐ **Troubles relationnels précoces et/ou difficultés de santé mentale chez le bébé ou le(s) parent(s)**
- ☐ Trouble des Conduites Alimentaires (anorexie mentale, boulimie, hyperphagie)
- ☐ **Troubles du Neurodéveloppement (dont Trouble du Spectre Autistique, Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans hyperactivité et Trouble du Développement Intellectuel)**
- ☐ Troubles du comportement
- ☐ **Troubles cardiorespiratoires**
- ☐ **Troubles aérodigestifs / gastrointestinaux**
- ☐ **Troubles neurologiques (dont paralysies cérébrales)**
- ☐ **Hospitalisation prolongée / opération(s) invasive(s) du carrefour aérodigestif**

Les facteurs prédisposants faisant consensus dans la littérature sont : une prématurité et/ou un petit poids de naissance, des troubles relationnels précoces et/ou des difficultés de santé mentale chez le bébé ou le(s) parent(s), des TND, des troubles cardiorespiratoires, des troubles aérodigestifs / gastrointestinaux, des troubles neurologiques, une hospitalisation prolongée / une/des opération(s) invasive(s) du carrefour aérodigestif. Malgré les idées reçues, les données actuelles de la littérature ne vont pas dans le sens d'un lien entre la présence de TCA ou de troubles du comportement et l'apparition de TAP/TOA.

Pour plus d'informations sur le sujet : voir Goday, et al. (2019), *Pediatric Feeding Disorder : Consensus Definition and Conceptual Framework*. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 68(1), 124-129. <https://doi.org/10.1097/MPG.00000000000021882>

Question 9. Quels peuvent être, selon vous, les manifestations ou signes d'appel éventuels d'un TAP/TOA chez le bébé et/ou l'enfant ?

- ☐ **Difficultés à coordonner succion-déglutition-respiration**
- ☐ **Réflexes oraux précoces perturbés**
- ☐ **Troubles du tonus**
- ☐ Perte de poids soudaine
- ☐ Prise de poids soudaine
- ☐ **Difficultés de passage à la cuillère**
- ☐ **Difficultés de passage aux morceaux**
- ☐ **Fausse routes ou blocages alimentaires**
- ☐ **Sensibilité orale limitée (peu ou pas de réactions orales) ou accrue (réactions d'aversion orales, faciales, corporelles : nausées, vomissements, mouvements de recul, grimaces, ...)**
- ☐ **Sélectivité alimentaire**
- ☐ **Néophobie alimentaire persistante (refus des aliments nouveaux)**
- ☐ **Anxiété post-traumatique**
- ☐ **Temps de repas allongés et/ou évitement des temps de repas**
- ☐ **Temps de repas difficiles, perturbés par des difficultés comportementales et/ou stratégies adaptatives de l'entourage pour pallier ces difficultés**
- ☐ Autre

Les manifestations et signes d'appel des TAP/TOA chez le bébé et l'enfant retrouvés dans la littérature sont : des difficultés à coordonner succion-déglutition-respiration, des réflexes oraux perturbés, des troubles du tonus, des difficultés de passage à la cuillère et/ou aux morceaux, des fausses routes et/ou des blocages alimentaires, une sensibilité limitée (hyposensibilité) ou accrue (hypersensibilité) de la sphère orale, une sélectivité alimentaire, une néophobie alimentaire persistante, une anxiété post-traumatique, des temps de repas allongés et/ou un évitement des temps de repas, des repas difficiles. Les données de la littérature ne permettent pas d'établir un lien entre une prise de poids soudaine et la présence d'un TAP/TOA ; s'il n'existe pas de littérature suffisamment solide pour que le critère de perte de poids soudaine soit retenu comme signe d'appel de ces troubles (sa présence n'étant ni suffisamment spécifique, ni suffisamment fréquente), ils doivent

tout de même être envisagés et d'autres signes de la liste recherchés lorsqu'un tel signe se présente.

Pour plus d'informations sur le sujet, voir :

- Goday et al. (2019), *Pediatric Feeding Disorder : Consensus Definition and Conceptual Framework. Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 68(1), 124-129.

<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>

- Lesecq-Lambre, E. (2019), *Sensibilisation des professionnels de santé aux troubles de l'oralité alimentaire. La prévention*(277), 106-119

- Guillon-Invernizzi et al., 2020, *Démarche diagnostique orthophonique des Troubles Alimentaires Pédiatriques. Le bilan orthophonique*(281), 33-41.

Question 10. Quelles peuvent être, selon vous, les conséquences à plus ou moins long terme des TAP/TOA chez l'enfant ?

- ☐ **Sélectivité alimentaire persistante**
- ☐ Anorexie mentale
- ☐ Boulimie
- ☐ **Néophobie alimentaire persistante**
- ☐ **Difficultés psychosociales / dans les relations familiales et sociales**
- ☐ Ralentissement de la croissance
- ☐ **Difficultés de prise de poids / poids dans la norme faible**
- ☐ **Mauvaise hygiène bucco-dentaire**
- ☐ **Déséquilibre nutritionnel**
- ☐ **Résolution naturelle des difficultés**
- ☐ Autre

Les conséquences à plus ou moins long terme des TAP/TOA chez l'enfant peuvent être : une sélectivité et/ou une néophobie alimentaires persistantes, des difficultés dans les relations familiales et sociales, des difficultés de prise de poids ou un poids dans la norme faible, une mauvaise hygiène bucco-dentaire (dans le cas de troubles sensoriels notamment : des difficultés à se brosser les dents), un déséquilibre voire des carences nutritionnelles, ou éventuellement une résolution naturelle de tout ou partie des difficultés. Les données actuelles de la littérature ne vont pas dans le sens d'un lien entre la présence d'un TAP/TOA dans l'enfance et l'apparition d'un TCA, ni d'un impact significatif de ces troubles sur la croissance staturale.

Pour plus d'informations sur le sujet, voir :

- Mascola et al. (2010), *Picky eating during childhood: A longitudinal study to age 11 years, Eating Behaviors*, 11, 253-257. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.05.006>

- Van Tine et al. (2017), *Follow-up of selective eaters from childhood to adulthood. Eating Behaviors*, 26, 61-65. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.01.003>

- Cardona Cano et al. (2017), *Trajectories of Picky Eating : From normal rite of passage to a developmental problem. Erasmus University Rotterdam.*

- Geray, E. (2019), *Interrelation orthophoniste et chirurgien-dentiste dans la prise en soin des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire sans pathologie associée : Création d'un outil permettant une meilleure collaboration [Mémoire d'orthophonie]. Université de Lille.*

Question 13. Quelles peuvent être, selon vous, les manifestations ou signes d'appel principaux d'un TOA/trouble apparenté TAP chez l'adulte ?

- ☐ **Sélectivité alimentaire**
- ☐ Anorexie mentale
- ☐ Boulimie
- ☐ **Néophobie alimentaire**
- ☐ **Stress/anxiété liés au temps de repas**
- ☐ **Sensibilité accrue (réactions d'aversion orales, faciales, corporelles : nausées, vomissements, mouvements de recul, grimaces, ...)**
- ☐ Difficultés de prise de poids / poids dans la norme faible
- ☐ **Stress/anxiété et/ou évitement des repas groupés et/ou à l'extérieur**
- ☐ **Déséquilibre nutritionnel**
- ☐ Autre

Il n'existe pas de consensus descriptif à l'heure actuelle, mais le trouble de l'oralité alimentaire chez l'adulte, généralement ancré dans une origine développementale, peut ainsi s'apparenter en différents points à celui de l'enfant (sélectivité alimentaire, néophobie alimentaire, particularités sensorielles, carences nutritionnelles) et en différer sur d'autres (stress/anxiété plus élevés notamment lors des repas – seul-e, groupés ou à l'extérieur, difficultés psychosociales, temps de repas maîtrisés grâce à l'autonomie, poids dans la moyenne).

Le poids n'est pas nécessairement plus faible dans cette population que dans la population sans TOA, notamment car les adultes ont l'avantage de pouvoir contrôler le contenu de leurs repas. Tout comme chez l'enfant, les TCA ne constituent pas un signe d'appel de TOA.

Pour plus d'informations sur le sujet, voir :

- Wildes et al. (2012), Picky eating in adults : Results of a web-based survey. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 575-582. <https://doi.org/10.1002/eat.20975>

- Cardona Cano et al. (2017), Trajectories of Picky Eating : From normal rite of passage to a developmental problem. Erasmus University Rotterdam.

- Ellis et al. (2017), Measuring Adult Picky Eating : The Development of a Multidimensional Self-Report Instrument. *Psychological Assessment*, 29, 955-966. <https://doi.org/10.1037/pas0000387>

- Ellis et al. (2018), A functional description of adult picky eating using latent profile analysis. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15, null. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0743-8>

- Fourcade, E. (2022), Orientation des patients adultes présentant des troubles de l'oralité alimentaire : Création d'un support disponible sur internet à destination des orthophonistes, des médecins prescripteurs et des patients [Mémoire d'orthophonie, Université Clermont Auvergne]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04057888>

- Garroté, E. (2023), Typologie et critères diagnostiques des troubles alimentaires chez l'adulte : Une revue de la littérature [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse III - Paul Sabatier.

TROUBLES ALIMENTAIRES PÉDIATRIQUES - OU TROUBLES DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE - CHEZ L'ADULTE

Plaqueette à destination des Médecins Généralistes

MANIFESTATIONS ET SIGNES D'APPEL
Les plus retrouvés dans la littérature

- Sélectivité alimentaire** - préférences prononcées, parfois rejet de groupes alimentaires entiers (ex : fruits et légumes)
- Néophobie alimentaire** - difficulté à goûter des aliments nouveaux ; souvent présente
- Sensibilité accrue** - réactions d'aversion telles que des nausées ou vomissements, des mouvements de recul, des grimaces, ...
- Déséquilibre nutritionnel** en lien avec l'hypersélectivité - mais carences non systématiques

MAIS AUSSI

- Stress ou anxiété accrue**
 - liés aux temps de repas
 - +/- associés à un évitement des repas groupés et/ou à l'extérieur
 - difficultés psychosociales liées

CONSEQUENCES

Très intriquées avec les manifestations et signes d'appel :

- déséquilibre / Carences nutritionnelles
- vie sociale limitée
- anxiété plus élevée
- ...

À NOTER

- Les Troubles du Comportement Alimentaire (anorexie mentale, boulimie, hyperphagie) ne constituent ni un signe d'appel, ni une conséquence possible des TAP/TOA
- Chez les adultes, le poids est généralement dans la norme (repas gérés en autonomie, prises alimentaires souvent suffisantes, ...)
- Comme chez l'enfant, ces troubles sont plus souvent observés chez l'adulte neuro-atypique et/ou en situation de handicap (autisme, TDAH, trouble du développement intellectuel, polyhandicap, ...)
- De manière plus rare, ces troubles peuvent être acquis, dans le cadre de maladies neuroévolutives par exemple (de type maladie d'Alzheimer)

Trouble Alimentaire Pédiatrique = "altération de l'absorption orale alimentaire, qui n'est pas appropriée à l'âge et qui est associée à des problèmes médicaux, nutritionnels, des compétences alimentaires et/ou à un dysfonctionnement psychosocial" → exclut par son nom les adultes, même si les auteures/présentes que "dans la vie future, un TAP peut nuire à l'atteinte des relations sociales et de l'emploi"

MANIFESTATIONS ET SIGNES D'APPEL

Sélectivité alimentaire

Néophobie alimentaire

Sensibilité accrue

Déséquilibre nutritionnel

Stress ou anxiété accrue

MAIS AUSSI

CONSEQUENCES

À NOTER

REFERENCES

- Córdova Cano, S., Trémier, H. W., & Hoek, H. W. (2017). Trajectories of Picky Eating: From normal rite of passage to a developmental problem. *Erasmus University Rotterdam*.
- Ellis, J. M., Zickgraf, H. F., Galloway, A. T., Essy, J. H., & Whited, M. C. (2018). A Functional description of adult picky eating using latent profile analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s12936-018-0253-z>
- Fourcade, E. (2022). Orientation des patients adultes présentant des troubles de l'oralité alimentaire : Création d'un support disponible sur <https://adma.univ-corse.fr/medecins-prescripteurs-et-des-patients-memoire-dorthophonie>, Université Corse (Aurillac).
- Garrat, K. (2023). Typologie et critères diagnostiques des troubles alimentaires chez l'adulte : une revue de la littérature (Mémoire d'orthophonie). Toulouse III - Paul Sabatier.
- Jull, A. (2021). La prise en soin paramédicale et psychologique des Troubles alimentaires pédiatriques : Réalisation d'un schéma pour faciliter l'orientation des pédiatres et des médecins généralistes. Mémoire d'orthophonie, Université de Bordeaux.
- Trémier, H. W., & Hoek, H. W. (2015). Picky eating: A qualitative study of food related identities and practices. *Appetite*, 84, 235-239. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.09.026>
- Wilde, J. E., Zuck, N. L., & Marcus, M. D. (2012). Picky eating in adults: Results of a web-based survey. *International Journal of Eating Disorders*, 41(4), 575-582. <https://doi.org/10.1002/eat.20233>

Plaqueette réalisée dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie par Abigail Camelo-mand - Contact : abigail@abigailcamelo.fr

RÉSUMÉ

Les Troubles Alimentaires Pédiatriques (TAP) ou Troubles de l'Oralité Alimentaire (TOA) sont un domaine de recherche et de clinique en pleine expansion, avec des études menées en majorité auprès d'une population pédiatrique. Les recherches sur ces troubles chez l'adulte sont concentrées sur la dernière décennie, et concernent surtout la description clinique et l'évaluation des difficultés. Plusieurs travaux francophones ces dernières années se sont focalisés sur la mise en lumière des TAP auprès des professions en première ligne pour leur repérage chez l'enfant – notamment les médecins généralistes (MG) et les pédiatres. Aucun travail n'a fait de même pour les TOA de l'adulte sans pathologie associée.

Notre étude a cherché à établir un état des lieux des connaissances des MG sur ces troubles chez l'adulte « tout-venant », via un questionnaire en ligne, et à évaluer la pertinence de la création d'un support d'information sur le sujet. L'analyse des réponses a montré que malgré une connaissance relative des termes TAP et TOA et de leurs causes, signes et conséquences, une confusion persiste avec les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA). La majorité des médecins interrogé-e-s soutiennent la création d'un support d'information sur les TOA de l'adulte : un prototype a été pensé, mais ce travail est à reprendre afin de développer proprement le support et d'évaluer sa pertinence, la communication à une plus large variété de professions et la nécessité de formations plus spécifiques.

Mots clefs : *troubles de l'oralité alimentaire, médecins généralistes, adulte, alimentation, information*

ABSTRACT

Paediatric Feeding Disorders (PFD) and other Feeding Disorders (FD) are a rapidly expanding research and clinical field, with studies mostly conducted on paediatric populations. Research regarding these disorders in adults is concentrated on the last decade, and mostly depicts the clinical presentation and evaluation of the associated difficulties. A few French-speaking studies these last years focused on highlighting PFD to first-line healthcare professionals who are most able and likely to spot this disorder in children – including general practitioners (GP) and paediatricians. There are no similar studies regarding adult FD without associated pathology.

Our study aimed to give an overview of GP's knowledge regarding these difficulties in the “average” adult through an online survey, and to evaluate the relevance of the creation of a medium for information on this topic. Answers' analysis showed that despite relative knowledge of the terms PFD and FD and their causes, signs and consequences, confusion persists with Eating Disorders (ED). Surveyed practitioners mostly support the creation of a medium for information on adults with FD : a first draft was imagined, but this work needs to be resumed in order to properly develop the medium and evaluate its relevance, its communication to more professionals, and the need for specific background training.

Key words : *feeding disorders, general practitioners, adult, eating, information*