



MASTER SCIENCES SOCIALES
Parcours « Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation »

MÉMOIRE DE DEUXIÈME ANNÉE

Adaptations professionnelles face aux particularités
alimentaires des enfants en situation de handicap

Présenté par :
Élodie Pouyanné

Année universitaire : 2021-2022

Sous la direction de : Amandine Rochedy



MASTER SCIENCES SOCIALES
Parcours « Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation »

MÉMOIRE DE DEUXIÈME ANNÉE

Adaptations professionnelles face aux particularités
alimentaires des enfants en situation de handicap

Présenté par :
Élodie Pouyanné

Année universitaire : 2020-2021

Sous la direction de : Amandine Rochedy

« L'ISTHIA de l'Université de Toulouse – Jean Jaurès
n'entend donner aucune approbation,
ni improbation dans les projets tuteurés et mémoires de recherche.
Les opinions qui y sont développées doivent être considérées
comme propres à leur auteur(e). »

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Rochedy, maître de mémoire, pour son écoute, son professionnalisme et ses conseils véhiculés tout au long de ces deux années. Ses connaissances, ses remarques pertinentes et ses pistes de réflexion m'ont permis d'avancer tout au long de ces exercices.

De plus, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont été présentes dans le cadre de mon stage de fin d'études. Grâce à elles, j'ai pu apprendre, découvrir et m'épanouir pleinement. Je pense notamment à ma directrice et tutrice de stage Isabelle, Julien, Christophe, Ghislaine, Patrick, Sonia et Isabelle. Dans ce sens, mes remerciements s'adressent à toutes les personnes interviewées pour le temps qu'ils m'ont accordé et pour les informations qu'ils ont pu me transmettre.

Aussi, je remercie l'ensemble du corps professoral du Master Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation (SSAA) de l'Institut Supérieur du Tourisme, de l'Hôtellerie et de l'Alimentation. Tant par leurs enseignements théoriques que par leurs échanges, ils m'ont aidé et guidé dans l'intégralité de la rédaction de ce mémoire.

Enfin, je remercie ma famille, mes amis et mes proches pour leur soutien et leur aide quotidienne autant dans les bons moments que dans ceux de doutes. Merci à Aurore, Hinde, Léonie, Marion et Mathilde pour leurs nombreuses relectures.

Sommaire

Introduction générale.....	7
PARTIE I –.....	9
LE REGARD DES SCIENCES SOCIALES SUR L'ALIMENTATION ET LE HANDICAP	9
Introduction à la partie I.....	10
Chapitre 1 : Pratiques alimentaires des enfants et contexte des repas.....	11
Chapitre 2 : L'alimentation des enfants en situation de handicap – Manger avec des différences	26
Chapitre 3 : Adaptations professionnelles mises en place face aux particularités alimentaires d'enfants en situation de handicap - Focus sur le secteur médico-social	36
 PARTIE II –	 52
CONSTRUCTION DE LA PROBLÉMATIQUE ET DES HYPOTHÈSES ILLUSTRÉES PAR UNE MÉTHODOLOGIE	52
Introduction à la partie II.....	53
Chapitre 1 : Structure, missions de stage et positionnement.....	54
Chapitre 2 : Problématique et hypothèses	65
Chapitre 3 : Méthodologie pour répondre à la problématique et aux hypothèses.....	71
 PARTIE III -.....	 84
TERRAIN DE RECHERCHE, RÉSULTATS ET RETOURS RÉFLEXIFS	84
Introduction à la partie III	85
Chapitre 1 : Première hypothèse -	86
Les professionnels anticipent les repas pour accompagner les enfants en situation de handicap face à leurs particularités alimentaires	86
Chapitre 2 : Seconde hypothèse -	96
Les professionnels formés sur le sujet « alimentation » s'adaptent aux particularités alimentaires des enfants en situation de handicap.....	96
Chapitre 3 : Retours réflexif sur la recherche et le parcours réalisé.....	104
 Conclusion générale	 109

Introduction générale

Au sein du réfectoire de cet établissement, l'ambiance est lourde. Les enfants s'agitent, s'agacent, s'impatientent. Certains ne mangent pas seuls. D'autres se restaurent avec leurs doigts. Les uns refusent les plats mijotés alors que d'autres en redemandent.

Face à des situations comme cela, des professionnels se démènent et se questionnent. « *Comment des enfants du même âge peuvent-ils avoir une alimentation si différente ?* » mais encore « *Pourquoi Léo ne mange-t-il que certains aliments ?* ». Autant d'interrogations régulières pour ne pas dire quotidiennes pour les thérapeutes présents durant les temps de repas.

« *Et toi, Nadine, pourquoi tu ne goûtes pas les haricots verts ?* » questionne sa collègue. Celle-ci ne sait quoi répondre. Elle s'interroge mais ne parvient pas à donner une justification à ses propos.

Des goûts similaires, tel qu'une appétence pour le sucré, sont perceptibles dès les premiers mois de vie. Puis, l'enfant grandit et commence à construire son répertoire alimentaire (Rigal, 2005). Au fil du temps, le panel alimentaire s'élargit et l'alimentation se diversifie. Une alimentation saine et variée est importante. Cependant, pourquoi les enfants présents dans cette structure, n'ont-ils pas les mêmes pratiques alimentaires ?

L'alimentation des enfants en situation de handicap est un sujet qui intéresse de plus en plus de chercheurs. Les sciences sociales s'y attachent elles aussi pour décrire, comprendre et expliquer certains faits alimentaires. Depuis plusieurs années, cette thématique touche et interpelle. En tant que professionnel, ce sujet ne laisse pas indifférent. Cette idée au carrefour de multiples disciplines nous percute. L'alimentation des enfants en situation de handicap et les actions mises en place par les professionnels, pour s'adapter aux demandes qui leurs sont faites, ont constitué les portes d'entrée de cet exercice.

Ainsi, notre étude s'est attachée à analyser les pratiques professionnelles en lien avec l'alimentation de ces jeunes mangeurs en situation de handicap. Au fur et à mesure de lectures,

d'échanges et de réflexion, le « fil rouge » de cet exercice a pris forme. Sous de précieux conseils, notre problématique a finalement abouti à l'interrogation suivante :

« Comment les professionnels du secteur médico-social accompagnent-ils les enfants en situation de handicap dans leur alimentation et/ou face à leurs particularités alimentaires ? »

Ce choix de sujet a été préalablement réfléchi. En parallèle de cette décision, une recherche active d'un lieu de stage prêt à m'accueillir s'est installée. À la suite de candidatures spontanées, avec les avantages et les limites qu'elles engendrent, une réponse positive a rendu possible l'investigation concrète de cette question.

Dans un premier temps, nous nous attacherons à apposer le regard des sciences sociales sur l'alimentation des enfants et le handicap. Nous analyserons les pratiques alimentaires des enfants, et particulièrement celles des enfants en situation de handicap. Nous nous intéressons également au secteur médico-social et étudierons les professionnels qui y évoluent.

Pour donner suite à cette première partie théorique, nous nous focaliserons sur le lieu d'action. Nous présenterons notre lieu de stage. Nous verrons comment la revue de littérature et le terrain de recherche ont participé à la formulation de notre problématique et de nos hypothèses. La méthodologie pour y répondre sera aussi exposée.

Enfin, une troisième partie développera les résultats obtenus grâce aux outils mis en place. Le dernier chapitre dressera un bilan.

PARTIE I –
LE REGARD DES SCIENCES SOCIALES
SUR L'ALIMENTATION ET LE HANDICAP

Introduction à la partie I

Commençons par l'enfance, la période où tout débute ; enfin où tout se poursuit car la vie in-utérus est importante. Le développement récent de la théorie des 1 000 jours en témoigne. Les aliments ingérés par la maman exercent une influence conséquente sur l'évolution de l'enfant. A la naissance et durant les premiers mois, l'alimentation lactée est majoritaire. Petit à petit, l'enfant apprend dans tous les domaines, alimentation y compris.

Durant ces derniers mois et particulièrement à la suite du mémoire précédent, une question de départ a continuée à émerger et s'est développée, autour de l'alimentation et du handicap. Ainsi, la réflexion a rendu possible l'élaboration d'une première interrogation, à savoir :

« Comment les professionnels en institution s'adaptent pour faire face aux "problèmes" alimentaires des enfants en situation de handicap ? »

Cette première partie va nous permettre d'établir le cadre théorique nécessaire à la compréhension de notre sujet. Nous étudierons les pratiques alimentaires des enfants et le contexte dans lequel le repas est pris. Dans le second chapitre, nous aborderons l'alimentation des enfants en situation de handicap. Pour terminer, nous aborderons le secteur médico-social et les professionnels qui y évoluent. Nous nous intéressons aux adaptations qu'ils mettent en place pour accompagner ces enfants.

Chapitre 1 : Pratiques alimentaires des enfants et contexte des repas

Dans ce premier chapitre, nous allons nous intéresser aux enfants ainsi qu'à leurs pratiques alimentaires. Nous aborderons également les repas et les contextes dans lesquels ils sont pris.

1. Les enfants : un public singulier

Les enfants... Source d'amour et de joie mais aussi de discussions et de doutes, c'est un public particulièrement intéressant pour les sociologues. Tout en étant dépendants de leurs parents, ils s'imposent et revendiquent leurs positions. Leurs façons de manger, partagées entre éducation et sélectivité alimentaire ou encore entre transmissions parentales et découvertes personnelles sont captivantes. Analysons ces enfantins mangeurs.

A. L'enfance, les enfants et les tranches d'âge

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'enfance est une période allant de la naissance à 18 ans. Cependant, des tranches d'âges différentes peuvent être distinguées selon les stades de développement moteur et cognitif. Dans un premier temps, les termes de « bébé » puis « d'enfant » sont employés. Par la suite, l'enfant évolue : il devient pré-adolescent, adolescent et jeune adulte. Des chercheurs se sont appuyés sur diverses théories pour comprendre le développement de l'enfant, nous permettant également de mieux cerner leur rapport avec leurs pairs. Indirectement, ces théories nous permettent d'en connaître davantage sur leur alimentation. Nous pouvons faire référence à Freud avec les stades psychosexuels ou encore à Piaget avec les stades cognitifs ¹.

Comme le met en avant la phrase suivante, nous pouvons parler d'enfants jusqu'au stade de l'adolescence (dans quel cas nous parlerons d'adolescents) :

« Pour la prise en charge de sa santé et au cours de ses parcours de soins, différents termes vont qualifier l'enfant : nouveau-né (28j-2 ans), enfant (2 ans –puberté) avec

¹ Pinel-Jacquemin Stéphanie. *Psycho-sociologie de l'Alimentation*. Master 1 Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation, ISTHIA, Université Toulouse Jean-Jaurès, 2020-2021.

distinction entre petits (2-6 ans) et grands (6-puberté) enfants, adolescents (puberté-autonomie) »².

Cette phrase nous semble particulièrement intéressante puisqu'elle évoque l'accompagnement de l'enfant, comme cela peut être fait au sein d'établissements médico-sociaux comme nous le verrons par la suite. Les premiers signes de la puberté arrivent, de manière générale, aux alentours de 12 ans³. Nous considérerons dans le cadre de cet exercice un enfant comme un individu âgé de 12 ans maximum.

Il est important d'apporter une précision quant à cette définition concernant les enfants en situation de handicap, public qui sera particulièrement étudié tout au long de ce mémoire. Comme le met en avant l'Annexe 1 nommé Les âges de l'enfant : réflexions sur l'usage des catégorisations du *Dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant* :

« Pour les enfants handicapés, si l'âge théorique va de 0-18 ans, depuis l'amendement Creton, la prise en charge est fixée jusqu'à 21 ans afin de permettre que des jeunes placés en Institutions n'en soient pas exclus le jour de leurs 18 ans et laisser le temps aux parents de s'organiser pour trouver un établissement " pour adultes " ».

Les enfants en situation de handicap seront largement étudiés dans la suite de ce mémoire, ce qui nous paraît être un élément important à préciser ici. La dernière définition figurant juste au-dessus est plus large que la première. Elle permet plus de souplesse dans l'accompagnement des jeunes.

B. Socialisations : périodes importantes chez l'enfant

Directement en lien avec les différentes tranches d'âge évoquées, c'est le développement (cognitif, mental, physique) qui permettra d'apporter des précisions concernant l'évolution de l'individu en question. L'alimentation est intimement liée avec l'évolution du mangeur. En effet, nous pouvons observer diverses phases en lien avec l'âge. Dans le ventre de sa maman,

² Haut Conseil de la Santé Publique – Dispositif statistique de surveillance et de recherches sur la santé de l'enfant, mis à jour en novembre 2019. Annexe I : Les âges de l'enfant : réflexion sur l'usage des catégorisations, Nicole Vernazza-Licht.

³ Support de cours - Item 38 : Puberté normale et pathologique. Collèges des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques, 2010-2011. [En ligne]. Disponible sur : [Item 38 – Puberté normale et pathologique \(cerimes.fr\)](#) Consulté le 12/05/2022.

Au niveau du rythme des repas, là aussi une évolution est visible. D'abord très régulier, le nombre de tétées est conséquent voire à la demande de l'enfant. Progressivement, ce nombre et les doses vont diminuer pour laisser place aux aliments à proprement parler. Les quantités vont être majorées, pour arriver à trois voire quatre repas par jour ⁴.

Repères d'introduction des aliments chez l'enfant de 0 à 3 ans*												Surveillance médicale					
D'après les recommandations du Programme National Nutrition Santé (PNNS)																	
<input type="checkbox"/> Pas de consommation <input type="checkbox"/> Début de consommation possible <input type="checkbox"/> Début de consommation recommandée																	
	1 ^{er} mois	2 ^e mois	3 ^e mois	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois	10 ^e mois	11 ^e mois	12 ^e mois	2 ^e année	3 ^e année			
Lait	lait maternel exclusif ou « lait 1 ^{er} âge » exclusif **					« lait 1 ^{er} âge ou 2 ^e âge » **	Lait maternel ou « Lait 2 ^e âge » 500 ml/j**					« Lait 2 ^e âge » ou « de croissance »**					
Produits laitiers						Yaourt	ou fromage blanc nature → Fromages										
Fruits						Tous: très mûrs	ou cuits, mixés; texture homogène, lisse → crus, écrasés***					en morceaux, à croquer***					
Légumes						Tous: purée lisse	→ petits morceaux***					écrasés, morceaux***					
Pommes de terre						Purée	lisse → petits morceaux***										
Légumes secs											15-18 mois: en purée***						
Farines infantiles (céréales)						Sans gluten					Avec gluten						
Pain, produits céréaliers											Pain, pâtes fines, semoule, riz***						
Viandes, poissons						Tous, mixés: **** 10 g/j = 2 cuillères à café					Hachés: 20 g/j = 4 cuillères à café			30 g/j = 6 cuillères à café			
Œufs						1/4 (dur)					1/3 (dur)			1/2			
M.G. ajoutées						Huile (olive, colza...) ou beurre (1 cuiller à café d'huile ou 1 noisette de beurre au repas)											
Boissons	Eau pure: proposer en cas de fièvre ou de forte chaleur					Eau pure											
Sel											Peu pendant la cuisson: ne pas resaler à table						
Produits sucrés ****						Sans urgence; à limiter											

* S'il existe dans votre famille un risque d'allergie, parlez-en à votre médecin avant toute diversification.
 ** Appellations réglementaires: préparation pour nourisson, préparation de suite et aliment lacté destiné aux enfants en bas âge.

*** A adapter en fonction de la capacité de mastication et de déglutition, et de la tolérance digestive de l'enfant.
 **** Limiter les charcuteries, sauf le jambon blanc.
 ***** Biscuits: biscuits secs ou digestifs, gâteaux, bonbons, confitures, confiseries, miel.

L'enfance est une période durant laquelle plusieurs bouleversements sont visibles. En effet, nous pouvons remarquer que l'enfant évolue, apprend et s'exprime. D'un point de vue

13

alimentaire, il observe, goûte, mange, sent ou encore touche des aliments. Une phase importante et parfois complexe, nommée la néophobie alimentaire est repérable. Chez l'enfant, elle se manifeste « *par une résistance opposée aux aliments nouveaux, inconnus de lui ou peu familiers* » (Fischler, 2001, p. 113). Claude Fischler (2001), sociologue de l'alimentation, poursuit en décrivant plus en détails le comportement des enfants qui trient, observent, examinent, goûtent et parfois même recrachent les premières bouchées d'un nouvel aliment. L'enfant se retrouve dans une ambivalence alimentaire entre néophobie et néophilie, autrement dit entre peur de l'inconnu et soif de découvertes. Comme le nomme Claude Fischler, il s'agit du « *paradoxe de l'omnivore* ». Afin de réduire ce paradoxe, un équilibre est à trouver, une « solution » est présente, à savoir la culture. La culture déterminera les pratiques autour de l'acte alimentaire puisqu'on sait qu'elle est vectrice de comportements, d'habitudes, de savoirs (Fischler, 2001). Cette solution plutôt propre à l'adulte peut être davantage adaptée aux enfants par la familiarisation à l'aliment.

Comme le met en avant Philippe Riutort dans « La socialisation. Apprendre à vivre en société » publiée dans *Premières leçons de sociologie* en 2013 ; deux étapes sont significatives dans la socialisation, à savoir « *la socialisation primaire qui commence dès la naissance et se prolonge durant l'enfance, et la socialisation secondaire qui se déroule ensuite, tout au long du parcours social de l'individu* » (Riutort, 2013, p. 63).

Les sciences humaines et sociales, et particulièrement la sociologie, a mis en avant la socialisation « primaire » comme étant liée à la famille (parents, frères et sœurs, grands-parents). Celle qui suit, la « secondaire » est davantage en lien avec l'école, les groupes de pairs, les divers univers culturels et religieux, etc.⁵. La socialisation est un processus de construction identitaire. En effet, dans ce processus l'individu se construit, se façonne, se forme au sein de la société dans laquelle il se situe. Cela est valable de manière générale mais aussi dans l'alimentation. Dans ce cas, on parle de « *socialisation alimentaire* » comme le mettent en avant les sociologues Anne Dupuy et Marie Watiez (2018). Tout au long de l'enfance et au-delà, les apprentissages transmis par ses pairs via la socialisation primaire puis secondaire, impacteront les pratiques de l'individu, dont les pratiques alimentaires.

⁵ Serra-Mallol Christophe. *Fondements sociologiques*. Licence 3 Sociologie de l'Alimentation, ISTHIA, Université Toulouse Jean-Jaurès., 2019-2020.

2. Les pratiques alimentaires des enfants

Dans le rapport d'expertise scientifique collective de l'Institut National de la Recherche Agronomique (INRA), des sociologues décrivent les pratiques alimentaires comme « *l'ensemble des dimensions matérielles et symboliques qui recouvrent l'acte alimentaire : nature et diversité des aliments consommés ; quantités et dépenses afférentes ; cuisine et approvisionnement ; horaire et structure des repas* » (Gojard et Hébel, 2020, p. 13). Cette définition fait écho à toutes les dimensions autour de l'alimentation. Nous développerons cela plus en détails par la suite. L'alimentation est aussi différente d'un milieu social à un autre. En outre, le rythme et la composition des repas sont des caractéristiques importantes dans la compréhension des pratiques alimentaires.

Chez les enfants, une déstructuration des repas, avec un déclin du petit déjeuner est de plus en plus repérable. Comme en témoigne l'avis de l'Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du travail (ANSES) relatif à l'étude INCA 3 datant de 2017, il est annoncé que le petit déjeuner est le repas le plus souvent « sauté » en France. L'étude Comportements et Consommations Alimentaires (CCAF) de 2013 ajoute que c'est particulièrement le cas pour les jeunes et les personnes en situation de précarité.

Les études mettent en avant une uniformisation des goûts, en lien étroit avec la mondialisation de l'alimentation. Peu importe l'origine des produits, l'accès alimentaire est tel qu'il est possible de s'approvisionner facilement. Les saveurs propres à certaines régions ou pays sont retrouvées partout dans le monde ce qui permet d'avancer que « *les goûts ont une géographie dont on semble craindre partout l'uniformisation* » (Gilles Fumey, 2007, p. 78). En lien avec cette idée, Claude Fischler observe une alimentation moderne gastro-anomique et déstructurée. Cela signifie que les mangeurs sont soumis à des règles plus souples ou en cours de désagrégation. De ce fait, il met en avant que des individus modernes sont « *atomisés* » (Fischler, 2001, p. 214) par des règles de conduites traditionnelles plus vraiment actuelles. La déstructuration des habitudes alimentaires et des repas est visible par des modifications de régularité, de composition et de déroulement des repas. Le chercheur, depuis la fin des années 70, observe une augmentation du nombre de repas « sautés », une fréquence augmentée de la suppression d'un plat ou encore la simplification du repas du soir (Fischler, 2001).

Enfin, nous pouvons également nous rendre compte qu'il y a une montée « *d'alimentations particulières* ». Comme l'écrit le sociologue de l'alimentation Claude Fischler dès le sommaire de son ouvrage « Les alimentations particulières - Mangerons-nous encore ensemble

demain ? » (2013), ces alimentations particulières sont liées à des préoccupations « *médicales* » en lien avec la santé, « *sanitaires* », « *religieuses* » ou « *éthiques* ».

Des observations de l’OMS/Europe mettent en avant des habitudes alimentaires enfantines préoccupantes pour les professionnels de santé. En effet, celles-ci avancent que les enfants consomment des collations ainsi que des boissons sucrées au quotidien. Aussi, ces études ajoutent que les enfants ne consomment pas assez de fruits et de légumes par rapport aux recommandations. De ce fait, des campagnes de promotion d’habitudes alimentaires saines ont été mises en place car une nutrition saine constitue « *un des piliers de la prévention des maladies non transmissibles* »⁶. Nous faisons ici référence au nouveau programme européen « Lait et Fruit à l’Ecole » (LFE) qui devrait être accentué et facilité afin de pérenniser les campagnes et leurs effets.

Grâce à ces études, nous pouvons remarquer que les pratiques alimentaires des enfants sont particulièrement marquées par une déstructuration des repas, une uniformisation des goûts ainsi qu’une augmentation des alimentations particulières. Quoi qu’il en soit, le milieu de vie de l’enfant et son environnement, influenceront ses habitudes et ses pratiques alimentaires. Les parents, et plus largement les pairs ont des rôles essentiels à jouer dans le développement de « bonnes » habitudes alimentaires. La santé, de manière générale, apparaît comme un facteur indispensable à prendre en compte et « *s’impose désormais aussi bien aux pouvoirs publics, qu’aux industriels ou aux professionnels de la restauration qui doivent la prendre en compte [...]* » (De Saint Pol, 2017, p. 17).

A. Contexte familial et alimentation des enfants

Au sein de la famille, l’enfant se développe et grandit avec ses parents, frères et sœurs et/ou autres membres. Le milieu familial a un impact considérable comme nous l’avons vu sur l’apprentissage et le développement des habitudes alimentaires. L’étude INCA 3 réalisée par l’ANSES en 2017 est une source intéressante d’informations sur les comportements et habitudes alimentaires des Français. Elle aborde l’alimentation des enfants mais aussi le

⁶ Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional de l’Europe. *Les habitudes alimentaires des enfants sont-elles saines ? Conclusions des observations de l’OMS/Europe*, 03/03/21. [En ligne]. Disponible sur : [OMS/Europe | Obésité - Les habitudes alimentaires des enfants sont-elles saines ? – Conclusions des observations de l’OMS/Europe \(who.int\)](#). Consulté le 08/05/22.

contexte familial dans lequel les repas sont pris. Plus concrètement, l'objectif de cette étude est d'analyser l'alimentation des enfants et le contexte familial dans lequel ils grandissent.

De ce fait, nous pouvons lire que les habitudes alimentaires des enfants vont de pair avec leurs parents et notamment avec leur niveau d'étude. Les résultats sont d'autant plus flagrants pour des aliments spécifiques, en référence aux denrées alimentaires labellisés « agriculture biologique » par exemple. Plus le diplôme des parents est élevé, plus les enfants mangent « bio ».

Dans le même sens, nous apprenons avec les éléments mis en avant par l'ANSES que le niveau d'étude a un impact non négligeable sur les critères de qualité d'un produit alimentaire. Autrement dit, plus le niveau du parent de référence est élevé, plus ce dernier sera attentif à la provenance, au mode de production ou encore à la composition nutritionnelle. Cela met en lumière des inégalités sociales puisque les enfants issus de familles d'un niveau d'études faible, auront accès à des produits de moins bonne qualité nutritionnelle par exemple. Dans ce cadre-là, c'est le prix qui déterminera l'achat de tel ou tel produit.

Le dernier point que nous souhaitons évoquer ici est la corrélation entre le surpoids voire l'obésité et niveau d'études. En effet, toujours grâce aux données collectées, les chiffres annoncent que la prévalence de l'obésité infantile est fortement liée au niveau d'études et à la profession des parents. Cela rejoint les analyses précédentes et les résultats obtenus. Plus le niveau d'études des parents est élevé, plus les moyens alloués à l'alimentation sont importants (moyens humains, financiers, organisationnels, etc.).

L'expertise de l'ANSES datant de 2013 s'est intéressée à la question des relations entre alimentation et niveau socio-économique chez les enfants et les adolescents en France, qui est un sujet peu traité. Cette analyse conclut une moins bonne qualité nutritionnelle de l'alimentation chez les enfants issus de milieux défavorisés ⁷. Cela va dans le même sens que les résultats de l'étude INCA 3 plus récente.

⁷ Disparités socioéconomiques et alimentation des enfants et des adolescents : un état des lieux sur un sujet peu étudié, 2013. ANSES – Nutrition et alimentation humaine. [En ligne]. Disponible sur : [Disparités socioéconomiques et alimentation des enfants et adolescents : un état des lieux sur un sujet peu étudié | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail](#). Consulté le 15/05/2022.

B. L'alimentation « en vacances »

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'alimentation des enfants est influencée par l'alimentation des parents, de leurs pairs, etc. En fonction des contextes, les pratiques alimentaires des enfants sont plus ou moins semblables d'un jour à l'autre. Cependant, dans le cadre des vacances, nous pouvons remarquer que l'alimentation a un statut spécial.

L'alimentation a un statut différent dans le contexte des « vacances ». Elle possède des statuts, selon les auteurs Bessière, Mognard et Tibère (2016). Elle se réfléchit en amont du voyage. En effet, avant de partir dans un lieu différent du quotidien, le touriste se renseigne : culture, religion, climat, etc. L'alimentation n'y échappe pas : produits consommés, manières de cuisiner et de consommer, modes d'approvisionnement, lieux de prises alimentaires, etc. Durant le séjour, l'alimentation tient une place particulière puisqu'elle rythme la journée du touriste-mangeur. L'incorporation alimentaire est associée à l'incorporation de la culture de l'Autre et constitue un voyage en soi (Morin, 1962 cité par Bessière, et al., 2016). Par l'intermédiaire des manières de table, des ustensiles, des ingrédients ou encore des denrées alimentaires cuisinés, l'alimentation durant le séjour de vacances, permet à l'individu en vacances de « *découvrir, [...], les limites de sa propre culture alimentaire* » (Bessière et al., 2016, p. 8). Enfin, après le séjour, c'est le « *souvenir alimentaire* » qui opère une « *interpénétration du monde des vacances et du quotidien* » (Bessière et al., 2016, p. 9).

Quand les enfants quittent leur quotidien pour passer quelques jours en séjours de vacances ou en colonies, l'alimentation tient, là aussi, une place particulière. Les repas constituent un moment de plaisir partagé, au cœur des projets pédagogiques. Les équipes encadrantes et d'animations portent une attention particulière pour que les repas soient un moment de plaisir partagé. Les repas sont aussi un instant durant lequel il est important de rappeler les règles d'hygiène tels que le brossage des dents et le lavage des mains. Aussi, il s'agit d'un moment pour adopter une attitude citoyenne en respectant la diversité culturelle, le partage, etc.⁸. En parallèle de cela et en lien avec les directives, l'introduction de produits locaux, de saison ou sous label de qualité comme l'agriculture biologique, sont des points de plus en plus importants lors de séjours découverte et/ou de vacances.

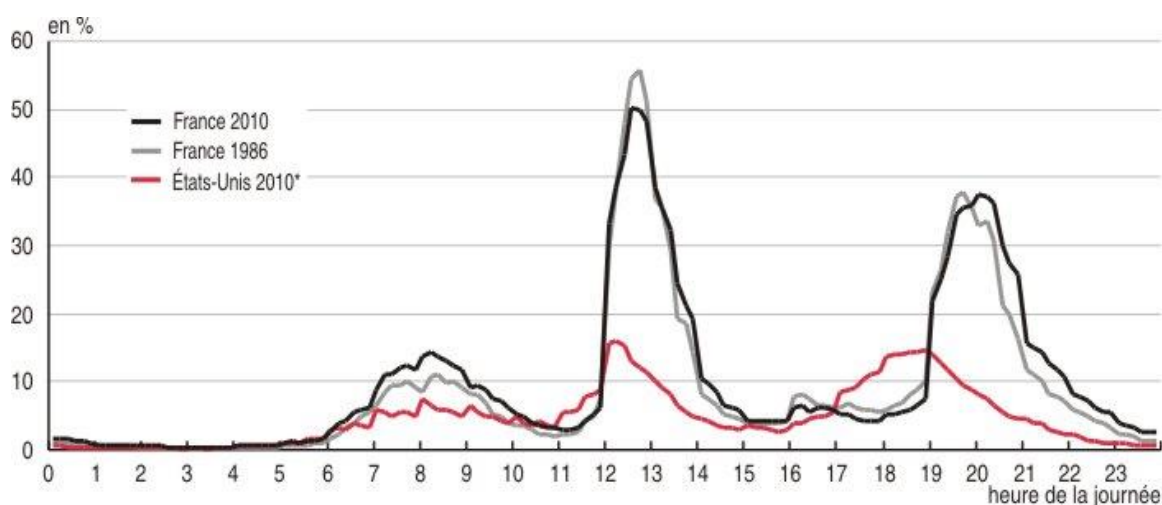
⁸ Unosel – Confiance, Qualité, Résultats. L'alimentation en colonie de vacances, 2019. [En ligne]. Disponible sur : [L'alimentation en colonie de vacances \(unosel.org\)](https://unosel.org). Consulté le 18/05/2022.

Finalement, de même qu'au quotidien, l'alimentation tient une place importante dans le cadre des vacances. Les enfants découvrent de nouvelles recettes, de nouvelles cultures alimentaires et élargissent leurs goûts. Le rythme des repas ; petit-déjeuner, déjeuner, goûter et dîner ; est un élément essentiel à respecter pour maintenir les apprentissages transmis par la famille et l'école.

3. Les repas en France

Selon le dictionnaire en ligne Le Robert, le repas est une « *nourriture prise en une fois à des heures réglées* ». Cette définition est courte mais intéressante puisqu'elle renvoie à des notions importantes vues dans différents enseignements de notre parcours universitaire. Tout d'abord, la notion de nourriture qui renvoie directement au verbe « se nourrir ». Se nourrir est une réponse aux besoins vitaux et physiologiques. Indirectement, « se nourrir » fait écho au verbe « manger » et diffère donc du verbe précédent. « Manger » renvoie à diverses notions en lien avec l'alimentation au sens large telles que les dimensions culinaires, culturelles ou encore religieuses. Ensuite, cette définition nous indique que la nourriture est ingérée en une seule fois. Là encore, nous comprenons que le repas n'est pas fractionné, il est pris en une seule fois. Enfin, cette définition met en avant la régularité des prises et nous savons que les Français sont à table plus ou moins tous au même moment. Cela est particulièrement visible avec la courbe ci-dessous :

Figure 2 : « Répartition du temps alimentaire au cours de la journée en 1986 et 2010 »



Source : INSEE, Enquêtes Emploi du temps 1985-1986 et 2009-2010, 2010

Le pic « franc » à 13h démontre que la moitié des Français déjeunent (50% en 2010). Le temps du dîner est davantage réparti entre 19h et 21h alors que le pic désignant le petit-déjeuner a une amplitude horaire plus étalée dans la matinée et moins élevé que les autres repas. Cela conforte nos propos précédents quant à la tendance des Français à « sauter » ce repas. Nous pouvons établir une comparaison avec les Etats-Unis, pour qui, contrairement à la France, ont des repas qui sont davantage étalés tout au long de la journée.

D'un point de vue sociologique, le repas n'est pas seulement un moment de rassasiement mais un lieu de création et d'entretien de lien social. Le repas peut être qualifié de « *fait social* » pour reprendre les mots du sociologue Emile Durkheim ⁹. Ce dernier dit que les institutions sociales sont « *toutes les croyances et tous les modes de conduite institués par la collectivité [...]* » (Durkheim, 1937, p. XX). Aujourd'hui, nous pourrions ajouter qu'une institution est un organisme social stable qui est soumis à des règles de fonctionnement. Nous pourrions élargir cette définition et avancer le fait qu'une institution est une organisation sociale liant des valeurs, des normes, des règles, des rôles, etc., qui, en cas de non-respect, sont sanctionnables. Le repas familial peut être qualifié d'institution sociale ¹⁰. Par exemple, en cas de non-respect de certaines « *manières de table* », des sanctions peuvent être mises en place.

A. Les repas en restauration collective scolaire

En France, l'école est obligatoire à partir de 6 ans, les enfants sont « scolarisés ». L'école, en tant qu'établissement est donc une obligation à partir des 6 ans de l'enfant. L'instruction est obligatoire à partir de 3 ans pour tous les enfants français et étrangers jusqu'à 16 ans révolu ¹¹. Elle se réfère à la transmission de connaissances d'une génération à une autre. La restauration collective scolaire regroupe les crèches, les écoles maternelles, les écoles primaires, les collèges, les lycées et les universités. Au vu de la population étudiée, nous nous intéresserons particulièrement aux restaurations collectives maternelles, primaires et collèges, fournissant un grand nombre de repas, à une population qualifiée de « *captive* » et à un prix modéré ¹².

⁹ Serra-Mallol Christophe. *Fondements sociologiques*. Licence 3 Sociologie de l'Alimentation, ISTHIA, Université Toulouse Jean-Jaurès., 2019-2020.

¹⁰ Serra-Mallol Christophe. *Fondements sociologiques*. Licence 3 Sociologie de l'Alimentation, ISTHIA, Université Toulouse Jean-Jaurès., 2019-2020.

¹¹ République Française – *Instruction obligatoire*. [En ligne]. Disponible sur : [Instruction obligatoire | service-public.fr](https://www.service-public.fr/instruction-obligatoire) Consulté le 23/04/2022.

¹² Laporte Cyrille. *Sociologie des Organisations*. Master 1 Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation, 2020-2021. ISTHIA, Université Toulouse Jean-Jaurès.

Selon la deuxième étude Individuelle Nationale sur les Consommations Alimentaires (INCA 2), menée par l'Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES) en 2006-2007, « 63 % des enfants de maternelle et primaire et 69 % des collégiens et lycéens déjeunent au restaurant scolaire au moins une fois par semaine ». L'étude ajoute qu'ils sont respectivement « 50% et 64% à y déjeuner au moins trois fois par semaine ». La plupart des enfants se restaurent sur leur lieu d'école, tout en sachant qu'une part déjeunent hors de l'école (foyer familial, domicile des grands-parents, etc.).

Les repas servis doivent répondre à des exigences réglementaires à la fois nutritionnelles (Recommandation Nutrition du Groupe d'Etude des Marchés de la Restauration Collective et Nutrition, le GEM-RCN) et sanitaires (méthode Hazard Analysis Critical Control Point soit HACCP et Paquet Hygiène) pour garantir une alimentation équilibrée, variée et saine. Ces dernières années ont été particulièrement marqué par une amélioration des repas notamment en lien avec la loi EGalim qui exige 50% de produits durables de qualité dont au moins 20% de produits issus de l'Agriculture Biologique ¹³.

B. Les « hors-repas » : goûters, collations et/ou grignotages ?

« *Il faut manger 3 repas par jour* ». Nous avons tous entendu cette phrase... Mais qu'en est-il des autres repas ? Pourquoi ne pas les comptabiliser avec le petit-déjeuner, le déjeuner et le dîner sous-entendu dans la phrase précédente ? La collation matinale, c'est-à-dire l'encas pris en milieu de matinée, a été au centre de nombreuses discussions. Instaurée aux enfants au milieu des années 50 pour lutter contre la malnutrition et les carences, elle a été pointée du doigt après sa mise en place.

Associée à une majoration de l'apport énergétique journalier de 4% environ, à un caractère « *systématique et indifférencié* » d'un élève à l'autre, la collation matinale a finalement était jugée comme non « *justifiée* ». Elle ne constitue donc pas une réponse correcte dans le cadre d'absence de petit-déjeuner (1,4% des enfants âgés de 3 à 17 ans interrogés dans le cadre de l'enquête INCA 2 n'ont pas pris de petit-déjeuner durant les 7 jours de l'enquête) ¹⁴.

¹³ Ministère de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports – *La restauration scolaire*. Mise à jour en février 2020. [En ligne]. Disponible sur : [La restauration scolaire | Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports](#). Consulté le 22/04/22.

¹⁴ ANSES. *Les collations à l'école* – Alimentation et Nutrition humaine, le 11/12/2012. [En ligne]. Disponible sur : [Les collations à l'école | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail](#). Consulté le 03/05/2022.

Le goûter ou « quatre heures » est quant à lui pris dans l'après-midi. Il est très consommé par les enfants, souvent associé à la saveur sucrée. Synonyme de plaisir, de gourmandise, de réconfort, il est très important dans la journée d'un enfant. Comme le met en avant Géraldine Comoretto (2016), il est « *souvent composé de produits ludiques et édulcorés* »¹⁵. Il constitue « *la prise alimentaire réservée aux enfants* ». Il peut être qualifié d' « *encas, [...] collation, grignotage [...], « vrai » repas* ». D'une manière générale, l'ANSES estime qu'il n'est pas souhaitable d'introduire des occasions de prises alimentaires en dehors des repas structurés (petit-déjeuner, déjeuner, goûter, dîner) pour limiter le risque d'apports énergétiques quotidiens excessifs. L'agence considère donc le goûter comme un repas structuré. De même, la sociologue Anne Dupuy (2013) met en avant que la collation du matin et le goûter « *s'affirment comme quatrième et cinquième repas chez les enfants* »¹⁶.

De manière générale, les enfants ont des habitudes alimentaires mais aussi des goûts qui peuvent être semblables (appétence pour la saveur sucrée). Certes, des individualités sont présentes. Les repas en France, et particulièrement la collation matinale et le goûter, sont intimement liés aux jeunes mangeurs. Des influences sont présentes lors des prises alimentaires, constituant des contextes de repas sensiblement différents au quotidien.

C. Les dimensions de l'alimentation et les influences lors des repas

Jean Pierre Poulain, sociologue de l'alimentation, a développé « l'espace social alimentaire » comme un concept où « *plusieurs dimensions s'emboîtent les unes dans les autres [...]* » (Poulain, 2002, p. 228). Les enfants, comme tous les autres mangeurs, font des choix. Ils constituent un ensemble de produits sélectionnés pour se nourrir, c'est « *l'espace du mangeable* ».

Ensuite, s'imbrique le système alimentaire qui regroupe toutes les étapes de la confection du repas, allant du « *champ à l'assiette* » et permettant, finalement, au mangeur de reconnaître un aliment comme « *mangeable* ». En lien direct avec cette dimension, la cuisine constitue à elle seule un élément clef. En effet, elle regroupe tous les processus techniques, religieux, symboliques et chimiques mais aussi sociaux et culturels aboutissant « *à la construction de*

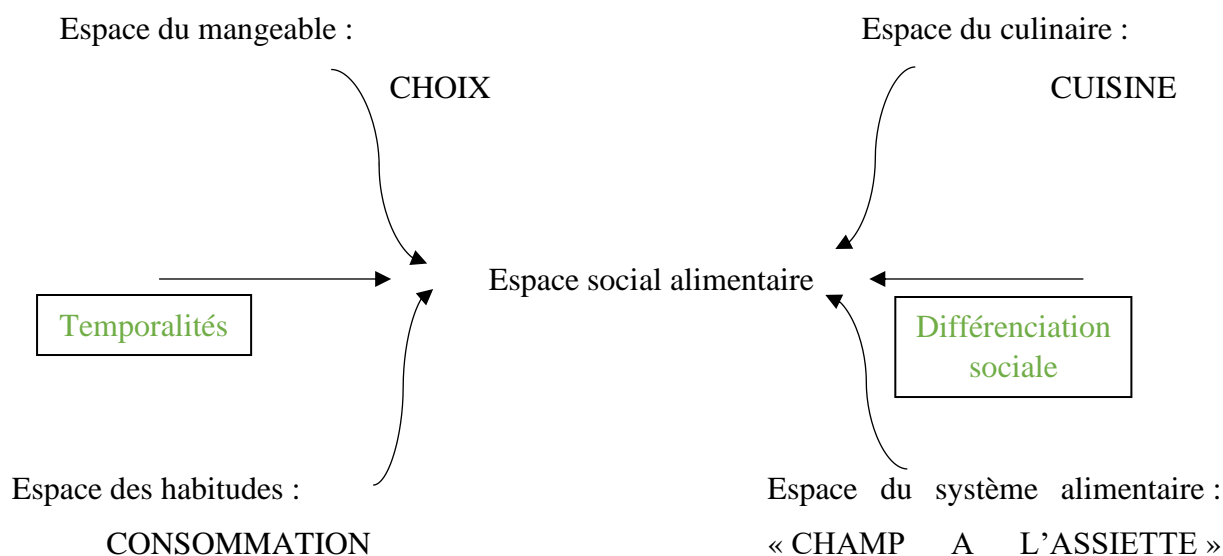
¹⁵ Comoretto Géraldine. Le goûter de 16h30 comme symbole de patrimoine alimentaire enfantin ? Analyse de transactions non marchandes dans deux cours de récréation (France), 2016. [En ligne]. Disponible sur : [Le goûter de 16h30 comme symbole du patrimoine alimentaire enfantin ? Analyse des transactions non marchandes dans deux cours de récréation \(France\) \(openedition.org\)](#). Consulté le 22/04/2022.

¹⁶ Notes de lecture de Caroline Giacomoni sur Plaisirs alimentaires ; Socialisation alimentaire des enfants et des adolescents d'Anne Dupuy, 2013. [En ligne]. Disponible sur : [Anne Dupuy : Plaisirs alimentaires ; Socialisation des enfants et des adolescents \(openedition.org\)](#). Consulté le 02/05/22.

l'identité alimentaire d'un produit naturel et le rendent consommable » (Poulain, 2002, p. 233). Puis, s'ajoute les habitudes de consommation, soit la quatrième dimension de cet espace social alimentaire. Ce sont les rituels autour de l'acte alimentaire : structure de la journée alimentaire, organisation et localisation du repas, modalités de consommation, etc.

Jean-Pierre Poulain poursuit son développement par une dimension transversale, à savoir la temporalité. Il s'agit à la fois de la temporalité en lien avec le cycle de vie (nourrisson, enfant, adolescent, adulte et vieillard), en adéquation avec des temps cycliques (saisons, migration, pénurie ou abondance) et enfin en lien avec un rythme journalier (temps de travail/ temps de repos, divers repas et hors repas). La dernière dimension est l'espace de différenciation sociale. Comme déjà évoqué plus haut, l'alimentation marque les délimitations des groupes sociaux. L'acte alimentaire façonne les « *frontières identitaires* » (Poulain, 2002, p. 235) entre et au sein même des groupes humains.

Figure 3 : Représentation de « L'espace social alimentaire »



Légende : Dimension commune

Dimension transversale

Source : D'après J-P Poulain, Elodie Pouyanné (2022)

Toutes ces dimensions sont présentes à chaque repas. Consciemment ou pas, les mangeurs sont soumis à des influences. Divers aspects interviennent lors des prises alimentaires et sont à prendre en compte. La dimension culturelle a déjà été abordée et peut-être complétée par les pratiques religieuses. Elle impose aux croyants des interdits alimentaires impactant la composition d'un repas dès le plus jeune âge. Le budget familial, et notamment la part du budget allouée à l'alimentation, entraînera des conséquences positives ou négatives sur l'alimentation des enfants. L'environnement dans lequel un repas est pris modifie considérablement le caractère convivial et commensal de ce dernier. En restauration collective scolaire notamment, le bruit ou encore les agitations seront sources d'excitation et de désagrément pour les « apprentis » mangeurs. Les goûts auront eux aussi une place importante dans l'alimentation des enfants. Evoluant petit à petit et au fil de l'âge, le goût des enfants passe d'une appétence pour le sucré à une tolérance de plus en plus importante pour l'amer ou encore l'acide. L'enfant peut consommer, ou au contraire, refuser certains plats en fonction de ses préférences.

Enfin, la dernière influence que nous tenions à souligner, essentielle pour la suite est l'encadrement du repas. A la maison, ce sont les parents, les frères et sœurs ou éventuellement d'autres membres de la famille qui sont exclusivement présents lors des repas. A la cantine, l'encadrement qui est présent n'est pas le même que celui du foyer familial. Ce sont des agents de restauration, des professeurs ou encore des animateurs qui sont disponibles pour les mangeurs. Ils sont là pour répondre à leurs éventuelles questions, pour leur présenter les plats, les aider à se servir si nécessaire tout en favorisant leur autonomie. Nous verrons donc par la suite que des adaptations professionnelles sont mises en place lors des repas pour faire face notamment à des mangeurs singuliers.

*
**

Les pratiques alimentaires des enfants sont intimement liées à l'alimentation de leur parents et de leur pairs, de manière générale. La socialisation primaire mais aussi la socialisation secondaire, marquent l'évolution de l'alimentation des enfants. Celle-ci est influencée par de nombreux facteurs : sociaux, culturels, symboliques et physiologiques, présents tout au long du développement des mangeurs.

A présent, nous allons nous intéresser à l'alimentation des enfants en situation de handicap, population cible de notre étude. Nous allons étudier l'ancrage de certaines pratiques alimentaires communes à tous les enfants et également se rendre compte de certaines différences.

Chapitre 2 : L'alimentation des enfants en situation de handicap – Manger avec des différences

Le précédent chapitre nous a permis de prendre connaissance des pratiques alimentaires des enfants. A présent, intéressons-nous à l'alimentation des enfants en situation de handicap. Nous commencerons par évoquer les situations de handicap avant de nous focaliser sur les alimentations particulières qui y sont liées.

1. Le ou les handicap(s) : « du débat autour d'une définition » (Cunin, 2008, p. 159)

Qu'est-ce que le handicap ? Cette question attire une « *multiplicité de réponses tant chacun a une idée plus ou moins arrêtée de la signification du terme « handicapé* » » (Arnal, 2008, p. 45).

Le mot handicap est présent dans la langue anglo-saxonne depuis le XVII^{ème} siècle. A cette époque, il désignait « *la charge supplémentaire portée par les chevaux les plus brillants, afin de les mettre au niveau de leurs concurrents, moins performants* » (Gayda et Lebovici, 2002, p. 47). Ensuite, quelques années plus tard, le dictionnaire Le Robert, met en lumière une autre définition, à savoir « *le désavantage, l'infériorité, la gêne par rapport aux conditions normales de l'existence* » (Gayda et Lebovici, 2002, p. 47). Ces auteurs rajoutent par la suite qu'aujourd'hui, on parle de « *poly, multi et surhandicaps* » (Gayda et Lebovici, 2002, p. 47-48). L'évolution de cette définition met en avant les limites, les restrictions ou encore les difficultés que peuvent rencontrer ces personnes. Ces éléments ne décrivent pas les personnes en situation de handicap mais seulement les contextes dans lesquels elles évoluent.

La littérature différencie, voire oppose, le modèle « médical » du modèle « social » du handicap. Le modèle médical du handicap définit les patients comme étant atteints d'une pathologie ou d'un syndrome nécessitant des soins. Ce modèle met en avant que sont des personnes handicapées. A l'inverse, le modèle « social » du handicap décrit la société comme handicapante puisqu'elle n'est pas capable de fournir des pratiques adaptées. La société est handicapante.

Ce changement de point de vue et de vision nous permet d'aborder la notion de handicap différemment en insistant davantage sur les capacités de chaque individu plutôt que d'accentuer sur leurs difficultés ¹⁷.

La loi du 11 février 2005, que nous évoquerons plus en détails dans le chapitre suivant, propose une définition du handicap, à savoir :

« constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction à la participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Un autre élément particulièrement pertinent partagé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 1980, ayant estimé ¹⁸:

« qu'est handicapé un sujet dont l'intégralité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises ».

L'OMS, dont le but est d'améliorer les perspectives et la santé future pour toutes les populations du monde, propose dans ce contexte une définition orientée vers le modèle médical du handicap.

Mais finalement, parlons-nous de « personne handicapée » ou de « personne en situation de handicap » ?

A. Personne handicapée, personne en situation de handicap et handicap

Une personne handicapée est une personne « ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes ». Cette définition est inscrite dans la loi assurant l'exercice des droits des

¹⁷ Neurostyles. *Le modèle social du handicap*. [En ligne]. Disponible sur : [Le modèle social du handicap – NeuroStyles - Neurodiversités \(cle-autistes.fr\)](http://le-modele-social-du-handicap-neurostyles-neurodiversites.cle-autistes.fr) Consulté le 12/05/2022.

¹⁸ CCAH Ensemble, *Handicap et société. Les différents types de handicap*. [En ligne] Disponible sur : [Les-différents-types-de-handicap - CCAH](http://les-differents-types-de-handicap-ccah). Consulté le 02/06/22.

personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. Derrière le mot « incapacité », la définition fait référence à l'incapacité motrice, visuelle, auditive ou encore intellectuelle.

Une personne en situation de handicap est une personne qui se retrouve confronter à des difficultés, donc « en situation de handicap », pour la réalisation d'activités de la vie courante. Comme le met en avant Pierre Ancet, maître de conférences en psychologie, dans *Le Carnet Psy*, la situation de handicap « *porterait donc [...] un décentrement par rapport à un point de vue validiste dominant (qui considère la normalité comme relevant de l'évidence)* » (Ancet, 2011, p. 30). Cette dénomination plus large, englobe les personnes ayant des incapacités significatives et persistantes ainsi que des personnes ayant des incapacités temporaires ou légères.

Dans le cadre de cet exercice, nous allons aborder l'alimentation des enfants handicapés, c'est-à-dire l'alimentation d'enfants atteints d'incapacités ou de difficultés en lien avec une maladie. Aussi, nous allons aborder les enfants en situation de handicap soit les enfants confronter à des difficultés induites par la société.

Nous tenions également à ajouter que le handicap est un processus contextuel et dynamique. Il est contextuel puisqu'il met en lumière un environnement inhospitalier dans lequel l'individu agit. Toute une série de caractéristiques et de facteurs freinent, limitent voire empêchent l'individu de participer à la vie sociale et sociétale. Aussi, c'est un processus dynamique puisque dans une situation de handicap, toutes les caractéristiques personnelles, de santé et liées à l'environnement sont prises en considération à un « instant T », pouvant évoluer par la suite. Finalement, parler de situation de handicap c'est aborder d'un processus évolutif où se trouve un individu et vouloir agir sur cette situation en adaptant, autant que possible son environnement (Lallemand, 2016, p. 7).

B. La classification des handicaps

Le professeur Philip Wood a créé un cadre conceptuel permettant de classer les handicaps. En 1980, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié la Classification Internationale des Handicaps (CIH), nommée « Manuel de classification des conséquences des maladies ». Selon Philip Wood, les conséquences se répartissent en trois niveaux :

- La déficience : perte ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique, à la naissance ou acquise plus tardivement. L'auteur poursuit et identifie neuf catégories : déficiences intellectuelles et du psychisme, déficiences du langage et de la parole, déficiences auditives, déficiences de l'œil, déficiences des autres organes, déficiences du squelette, déficiences esthétiques, déficiences des fonctions générales, sensibles et autres.
- L'incapacité : conséquence de la déficience sur l'activité (réduction ou impossibilité). Là aussi, neuf catégories sont présentées : comportement, communication, soins corporels, locomotion, utilisation du corps, maladresse et incapacités générées par certaines situations ou aptitudes particulières et les autres restrictions d'activités.
- Le désavantage : conséquence de l'incapacité, ce qui limite ou interdit les rôles réalisables par un individu.

Nous entendons souvent parler de handicaps moteurs ou mentaux. De quoi s'agit-il ? N'y a-t-il pas d'autres situations pour lesquelles nous pouvons aborder la notion de handicap ?

a. Le handicap social

Romuald Bodin, dans son ouvrage *L'institution du handicap*, propose une analyse particulièrement intéressante du handicap nous permettant de faire le lien avec le handicap social. Pour cet auteur, le handicap correspond à une réalité sociale et relationnelle, résultant d'un double procédé institutionnel. Dans un premier temps, une institution pointe une « anormalité » et ensuite, elle l'administre et reconnaît cette anormalité comme un handicap. N'est-ce pas la société qui « crée » un handicap social ? Cette notion n'est pas toujours reconnue. La littérature met en avant plusieurs études et analyses de cette notion qui ne vont pas toutes dans le même sens. Nous retiendrons le cas du Canada où la Cour Suprême s'est positionnée et a défini le handicap social comme étant la « *réaction de la société à un handicap réel ou présumé* »¹⁹. Cette définition, large, suggère diverses situations dans lesquelles les individus peuvent ressentir une réaction sociétale face à un handicap, réel ou pas.

¹⁹ Commission ontarienne des droits de la personne. *Qu'entend-on par handicap ?* [En ligne] Disponible sur : [2. Qu'entend-on par handicap ? | Commission ontarienne des droits de la personne \(ohrc.on.ca\)](#). Consulté le 02/06/2022.

b. Le handicap moteur

La définition du handicap moteur mise en avant par le Comité national Coordination Action Handicap (CCAH) nous apporte des éclairages quant à cette spécificité. Le comité met en avant qu'il s'agit d'un ensemble de troubles entraînant une atteinte partielle ou totale des membres supérieurs et/ou inférieurs ²⁰. De ce fait, de nombreuses personnes peuvent être atteintes de handicap moteur étant donné la généralité des causes figurant dans cette définition.

c. Le handicap mental

Le handicap mental est quant à lui défini comme étant une situation dans laquelle la personne atteinte présente des troubles intellectuels ou cognitifs, pouvant entraîner plus ou moins fortement des limites dans la réflexion, l'expression ou la conceptualisation ²¹.

L'Association Départementale de Parents et d'Amis des Personnes Handicapées Mentales (ADAPEI) qualifie le handicap mental comme étant, à la fois une déficience intellectuelle et aussi comme étant les conséquences qu'elles entraînent quotidiennement. Les difficultés éprouvées peuvent être soutenues par un accompagnement humain, adapté à chaque personne et à chaque situation.

Ces diverses situations sont intéressantes puisque chacune d'entre elle est différente. Chaque personne est singulière et chaque situation est unique.

A l'inverse, peu importe le caractère remarquable de chaque individu ; des points communs et des ressemblances peuvent être avancés sur certains sujets, notamment sur l'alimentation. Certaines situations de handicap ou certaines pathologies mettent en relief des conduites alimentaires similaires.

Analysons de plus près l'alimentation d'enfants en situation de handicap.

²⁰ CCAH Ensemble, Handicap et société. *Les différents types de handicap*. [En ligne] Disponible sur : [Les-differents-types-de-handicap - CCAH](#). Consulté le 02/06/22.

²¹ République Française – ONISEP. Scolarité et troubles intellectuels et cognitifs, *Définition du handicap mental*. [En ligne]. Disponible sur [Définition du handicap mental - Onisep](#). Consulté le 27/05/22.

2. L'alimentation des enfants en situation de handicap

Nous allons regarder quels sont les points communs et, à l'inverse, les différences notables observables par rapport aux pratiques alimentaires des enfants, évoquées précédemment.

Nous tenions à souligner le caractère émergent de ce sujet. Beaucoup de chercheurs se sont intéressés pendant des années à une population « bien portante » et peu à une population spécifique telle que la population en situation de handicap. De ce fait, de nombreuses informations sont présentes sur les enfants grâce aux nombreux chercheurs ayant analysé ces mangeurs. Plus récemment, des chercheurs ont mis en évidence des analyses approfondies et pertinentes sur la thématique de l'alimentation et de la situation de handicap. Une littérature profane, proposée à la fois par des parents ou par des professionnels, est présente depuis quelques années enrichissant les connaissances sur le sujet. Cela constitue un point d'ancrage intéressant.

A. Les points communs et les différences alimentaires

Les pratiques alimentaires des enfants présentent des similitudes car « *les enfants en situation de handicap sont avant tout des enfants* » (Rochedy, 2022).

En effet, tous les enfants semblent présenter une préférence pour la saveur sucrée. Comme nous l'avons déjà évoqué, les enfants durant les premiers mois de vie, semblent apprécier tout particulièrement cette saveur. À l'inverse, la saveur amère qui leur est présentée provoque une réaction de dégoût. Des auteurs parlent même de « goût infantin » (Chiva, 1979) pour caractériser l'attraction par les produits sucrés et/ou gras (fruits, pâtisseries, glaces) et au contraire, l'aversion pour les saveurs amères et fortes. Il s'agirait d'un phénomène inné. Ensuite, les préférences alimentaires de l'enfant vont se développer jusqu'à 2 ans en fonction du contexte dans lequel l'enfant grandit ainsi que de l'environnement qui l'entoure.

Aussi, tous les enfants semblent être sensibles aux textures. D'abord lactée, l'alimentation se diversifie petit à petit. Cela passe avant tout par une modification de textures : mous, mixé, lisse, haché, coupé, en morceaux, etc. D'un parent à un autre et/ou d'un professionnel à l'autre, le vocabulaire adopté diffère mais quoi qu'il en soit, les textures évoluent pour passer d'une alimentation exclusivement lactée sous forme liquide à une alimentation diversifiée sous forme de morceaux.

A côté de ces similitudes, nous pouvons aussi voir des différences. Les repas pour les enfants en situation de handicap ont un caractère encore plus important que pour les autres enfants. Cela constitue la première différence notable par rapport aux pratiques alimentaires des enfants étudiés précédemment. Les enfants en situation de handicap accordent une place primordiale aux temps des prises alimentaires. Les repas rythment leur journée et constituent un moment incontournable de leur vie quotidienne. Au-delà des besoins physiologiques, le repas véhicule des valeurs humaines et sociales fortes, source de plaisir, d'échanges, de communication ou encore de partage.

Autre différence caractéristique des pratiques alimentaires des enfants en situation de handicap est la forte proportion de textures modifiées. Souvent une alimentation avec modification de textures est adoptée surtout face à certains troubles de la mastication et de la déglutition. Les repas sont alors plus agréables et les besoins nutritionnels sont couverts. Dans tous les cas, la modification de texture est adoptée qu'après une évaluation par un(e) orthophoniste rendant un rapport des capacités de mastication, déglutition et digestion de l'enfant en question.

B. En pratique

a. Gestion parentale de l'alimentation des enfants en situation de handicap

Pour tout parent, l'alimentation de son enfant est un sujet délicat. Entre doutes et recommandations en tout genre ; les parents se sentent parfois désemparés face à des discours contradictoires. Quand l'enfant est en situation de handicap et que celle-ci s'accompagne de difficultés autour de l'alimentation, *« il est particulièrement douloureux pour un parent de ne pas réussir dans cet acte si banal de la vie quotidienne qui est celui de nourrir son enfant »* (Réseau Lucioles, 2015, p. 99).

L'arrivée d'un enfant atteint de handicap modifie profondément la sphère familiale. Les parents font face à une double gestion vis-à-vis de la santé et aussi du développement de l'enfant par l'alimentation (Rochedy, 2020). Les parents proposent des adaptations bienveillantes puisque leur enfant ne mange pas tout le temps « avec » le reste de la famille, ni « comme » le reste de la famille. De temps en temps, l'enfant mange seul ce qui engendre une organisation différente pour les parents : préparer un plat et le réchauffer, mettre la table, débarrasser, etc. Aussi, cela arrive que l'enfant ne mange pas comme le reste de la famille, les préparations sont

plus ou moins complexes et spécifiques, en fonction des goûts de l'enfant que les parents respectent.

La gestion parentale des particularités alimentaires est certaine. Elle se caractérise par une modification du quotidien, notamment pour les femmes, jouant un rôle de tampon entre leur enfant et le monde social qui l'entoure. Leur charge mentale est forte. Elles possèdent un triple sentiment de culpabilité, à savoir d'avoir donné naissance à un enfant « différent », d'être considérées comme de « mauvaises » mères et de ne pas avoir assuré le « bon » fonctionnement du foyer (Rochedy, 2020). Cela les pousse à cesser leur activité professionnelle dans presque 60% des cas. Les parents parviennent à mettre en place des ajustements et des adaptations permanentes. Ils apprennent à « gérer au mieux » avec les difficultés et les incapacités auxquelles ils peuvent être confrontés. Petit à petit, ils acquièrent des connaissances de plus en plus spécifiques ce qui leur permet d'anticiper et de gérer davantage les particularités alimentaires de leur enfant en situation de handicap.

Comme le met en avant la citation suivante, les singularités des répertoires alimentaires et les particularités alimentaires s'appréhendent et se maîtrisent de plus en plus :

« Manger avec ses différences est une évidence car nous ne sommes pas tous égaux face à la nourriture. Des « bâfreurs » aux « pinailleurs », des gourmands aux difficiles, des végétariens aux carnivores, la palette est colorée de toutes les nuances qui font la richesse du tableau des mangeurs. Apprendre à connaître le style de mangeur qu'est son enfant peut permettre à chaque parent de mieux gérer l'avenir face à l'abondance du monde dans lequel nous vivons » (Boucher et Rigal, 2005, p. 53).

Les parents font de leur mieux pour assurer le bien-être et le développement de leur enfant. Face aux alimentations particulières d'enfants en situation de handicap, le point de vue de professionnels peut s'avérer être un élément à prendre en compte. *« C'est pourquoi il est fondamental pour les parents de ne pas rester isolés face à cette difficulté et de faire appel à des professionnels qui leur apporteront accompagnement, soutien et compétences » (Réseau Lucioles, 2015, p. 121)*

b. Gestion professionnelle de l'alimentation des enfants en situation de handicap

Les professionnels, médicaux ou paramédicaux, éducatifs ou d'animations, sont des personnes formées à certaines thématiques en lien avec le handicap dont l'alimentation. De ce fait, ils possèdent des connaissances sur ce sujet et peuvent répondre à des sollicitations parentales. Prenons l'exemple de l'obésité. Certaines personnes en situations de handicap ou certaines personnes atteintes de pathologies telles que la trisomie 21, ont davantage de risque d'être obèses. En plus, « *Le discours sur le surpoids et les risques d'obésité infantile est si présent sur la scène médiatique qu'il devient difficile, pour les parents, d'échapper à cette prise de conscience* » (Boucher et Rigal, 2005, p. 60). Les professionnels, peuvent accompagner et intervenir auprès des parents et des enfants en situation de handicap et d'obésité.

Aussi les professionnels sont présents pour les familles puisqu'une étroite collaboration entre eux est indispensable. Ils sont amenés à se rencontrer, à échanger, à observer, à mettre en place des outils ou des pratiques. Ces derniers encouragent les parents et les soutiennent dans leur démarche d'adaptation à certaines contraintes. Ils les aident à découvrir leur enfant tout en respectant le rythme de ce dernier. Les professionnels sont aussi en mesure de proposer une prise de recul, pouvant s'avérer nécessaire, pour aider les parents à différencier ce qui se réfère au handicap et ce qui relève des stratégies d'accompagnements. Enfin les professionnels sont là pour aider les parents à interpréter certains comportements (tel que le refus de manger) et à les informer sur certains risques (Réseau Luciole, 2015).

Les spécialistes sont en mesure de proposer des conseils et des préconisations auprès des parents : textures, aliments, régimes, positions, matériels, etc. Certains professionnels décident de cacher la nature de l'aliment ou de le décliner sous des formes différentes pour que l'enfant développe ses goûts. Dans d'autres cas, l'enfant est intégré à la préparation des repas ce qui lui permet de se familiariser avec certaines denrées en amont de la dégustation. Enfin, d'autres professionnels décident de répéter une exposition à un même aliment, pour en finalité faire « entrer » l'aliment en question dans le répertoire alimentaire de l'enfant (D'Andrès Caroline, 2016).

Nous pouvons donc en conclure « *qu’au fil du temps, les parents vont mettre en place des démarches et mobiliser du soutien social au-delà de la famille avec les professionnels de santé ainsi que leurs pairs pour comprendre et gérer les spécificités de leur enfant* » (Rochedy, 2017, p. 18). L’appui d’un professionnel est important voir même essentiel dans certaines situations.

*
**

Les définitions proposées au début de ce chapitre, nous permettent de cibler notre sujet et d’avoir en tête des précisions quant à l’usage de certains termes. Les similitudes ou, à l’inverse, les différences de pratiques alimentaires entre les enfants, nous semblent particulièrement intéressantes. Nous nous interrogeons quant au fait que le handicap peut façonner les pratiques alimentaires mais aussi comment les pratiques alimentaires peuvent influencer la situation de handicap. Nous avons pris conscience que « l’équipe » formée entre les parents et les professionnels semble être indispensable.

Les « spécificités alimentaires », voir même les particularités alimentaires semblent impacter la situation de handicap puisque l’alimentation et le handicap sont liés. Quand-est-il des professionnels ? Comment se situent-ils ? De quelle manière interviennent-ils ? Autrement dit, quelles sont leurs actions ? Justement, ces questionnements sont développés dans le chapitre qui suit.

Chapitre 3 : Adaptations professionnelles mises en place face aux particularités alimentaires d'enfants en situation de handicap -

Focus sur le secteur médico-social

Dans ce dernier chapitre, nous allons nous intéresser aux différents professionnels et aux adaptations qu'ils mettent en place pour faire face aux particularités alimentaires de certains enfants. Nous allons exclusivement parler des acteurs qui sont présents dans le secteur médico-social au sein d'établissements accueillants des enfants en situation de handicap. Ce choix est fait directement en lien avec la suite de ce travail et notamment en lien avec le terrain associé.

1. Le secteur médico-social

A. De quoi parle-t-on ?

Le secteur médico-social regroupe les activités d'accompagnement et de prises en charge d'un public « fragile » en situation de précarité, de handicap, d'exclusion ou de dépendance. Les structures médico-sociales sont gérées par les Agences Régionales de Santé (ARS) qui ont pour mission d'organiser le système de soins en région ²². Comme le décrit justement Daniel Terral, dans le second chapitre d'*Accompagner la personne handicapée à domicile* (2013), le secteur médico-social « combine le sanitaire et le social » (Terral, 2013, p. 35). Derrière le sanitaire, l'auteur fait référence aux difficultés biologiques et à la réparation mise en place pour les réduire. Quant au social, Daniel Terral décrit la recherche d'égalité entre les individus au sein d'une même société. Finalement, « le médico-social, par ses attributions et ses pratiques, met en mouvement et synchronise les approches thérapeutiques, pédagogiques, éducatives » (Terral, 2013, p. 35).

Le secteur médico-social regroupe trois points principaux importants. Tout d'abord, il s'agit « d'une organisation complexe » (Bauduret, 2013, p. 4). Comparé à d'autres secteurs, l'organisation du secteur médico-social est plus difficile : de nombreuses structures, de nombreux organismes gestionnaires ou encore de nombreuses gouvernances aux échelles variables (départementales ou régionales). De plus, ce secteur est particulier puisque son

²² ARS Agence Régionale de Santé – Agir pour la santé de tous. République Française. *L'organisation de l'offre médico-sociale*, 8 février 2017. [En ligne]. Disponible sur : [L'organisation de l'offre médico-sociale | National \(sante.fr\)](https://www.sante.fr/actualites/l-organisation-de-l-offre-medico-sociale). Consulté le 29/05/2022.

« *architecture est mal appréhendée par les acteurs sociaux et médico-sociaux eux-mêmes* » (Bauduret, 2013, p. 4). Comme est décrit plus tard par ce même auteur, le secteur est « *hétérogène* » c'est-à-dire qu'il comporte de nombreuses divisions pouvant freiner les prises en charge. D'un établissement à l'autre, les acteurs présents peuvent mal connaître les dispositifs mis en place dans les autres établissements. Enfin, ce secteur est défini par beaucoup de « *prestations diversifiées* », peu ou pas connues par les établissements et les professionnels de ce champ. Donc, le secteur médico-social et les diverses institutions, sont des organisations mêlant des problématiques singulières dans lesquelles nous retrouverons des acteurs multiples au service des individus accueillis.

D'après la publication de l'ANAP (appui santé et médico-social), le secteur médico-social est un secteur en lien étroit avec les dispositifs de l'aide sociale. On distingue de nombreux acteurs :

- L'Etat : la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) ou encore la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) ;
- Les Agences Régionales de Santé (ARS) ;
- Les collectivités territoriales et en particulier les départements mais aussi les communes.

Finalement, « *c'est un secteur transversal où l'Etat joue un rôle primordial et qui implique le Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité et le secrétariat d'Etat en charge de la Solidarité, le Ministère de l'Education nationale pour l'intégration scolaire par exemple et le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports* » (Arnal, 2008, p. 19).

Ce secteur peut être abordé plus largement, avec les établissements sociaux et médico-sociaux où le public accueilli est diversifié impliquant une structuration du secteur par l'adoption de plusieurs textes essentiels, à savoir :

- La loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales ;
- La loi du 2 janvier 2002 relative à l'action sociale et médico-sociale ;
- La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap ;
- La loi du 21 juillet 2009 concernant la réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires.

a. Focus sur la loi du 11 février 2005

La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, impulsé par la Président de la République, à l'époque Jacques Chirac, a permis d'améliorer les conditions de vie de ce public et a favorisé leur participation à la vie en société. Cette loi a défini le handicap, a posé le principe du droit à la compensation et reconnaît à toute personne porteuse d'un handicap le droit à la scolarité, à l'emploi, etc.

Cette loi met en avant trois principes, à savoir :

- Garantir le choix en toute liberté du projet de vie des personnes en situation de handicap. C'est par l'intermédiaire du droit à la compensation notamment, que chaque personne en situation de handicap doit être capable de trouver des réponses adaptées à ses besoins en matière de prestations financières, d'aides techniques et/ou humaines, d'accompagnements, etc.
- Faciliter la participation à la vie sociale grâce à l'intégration scolaire puis professionnelle des personnes handicapées et rendre accessible le cadre de vie en élargissant les obligations d'accessibilité aux constructions individuelles et collectives.
- Simplifier les démarches grâce à la création de Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) assurant l'accueil et le suivi des choix opérés par les personnes en situation de handicap et leur famille.

b. La part importante d'associations dans le secteur du handicap

De nombreux établissements accueillants des enfants en situation de handicap, ou des adultes, sont gérés par des associations. Il y a différents types d'associations : certaines gèrent, d'autres revendiquent et enfin, certaines militent. Il y a finalement 5 000 associations en France dans le champ du handicap. D'une association à l'autre, nous pouvons remarquer des différences en lien avec un budget, des objectifs ou encore un rapport avec l'Etat différent. En réalité, les associations ont investi le secteur sanitaire et social, du travail aux loisirs en passant par le droit, l'insertion professionnelle ou le maintien à domicile (Arnal, 2008).

Nous pouvons également ajouter que les associations possèdent l'avantage considérable d'être implanté localement pour répondre aux demandes sociales pouvant s'avérer insuffisantes dans certains cas, et ainsi faire part aux pouvoirs publics de certains informations observables sur le terrain. Certaines, aux pouvoirs et moyens plus conséquents, sont aussi implantés à

l'échelle départementale, régionale ou nationale. Un classement a été établi, mettant en lumière les associations les plus représentées au niveau national, à savoir :

- La Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH),
- L'Association des Paralysés de France (APF),
- L'Union Nationale des Associations de Parents des Personnes Handicapées Mentales et de leurs Amis (UNAPEI),
- La Fédération des Associations pour Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH).

Ce classement est établi au vu du nombre d'adhérents, des places disponibles dans les établissements ou encore des salariés.

De nombreuses associations médico-sociales ont été créées par des parents et proches de jeunes handicapés qui se sont heurtés à des refus d'accès à des structures traditionnelles. Ces familles se sont rassemblées, organisées et rencontrées pour pallier ce manque en créant des structures adaptées et répondant aux besoins de leurs enfants : besoins de scolarisation, besoins éducatifs ou sociaux. Ce mouvement s'est consolidé et a abouti à la création de l'UNAPEI en 1960. Au départ, il s'agissait de l'Union Nationale des Parents d'Enfants Inadaptés, ce qui a évolué et qui s'est transformé en Union Nationale des Associations de Parents des Personnes Handicapées Mentales et de leurs Amis²³. D'autres associations ont vu le jour : APAJH (1962), AGEFIPH - Ouvrir l'emploi aux personnes handicapées (1987) ou encore Association Sourire d'Enfants (2012).

B. Qu'est-ce qu'un établissement médico-social ?

Pour créer, transformer ou agrandir un établissement médico-social qui reçoit des financements publics, une procédure est à suivre. À la suite d'un appel à projets réalisé par l'agence régionale de santé, et/ou le conseil départemental et/ou le préfet de la région concernée, l'établissement peut y répondre. À la suite de cela, le cahier des charges vient apporter des précisions quant aux besoins à satisfaire ainsi que concernant les éléments que doit contenir le projet. Après, des autorités compétentes acquiescent le caractère complet du projet et des candidatures. Elles s'assurent aussi de l'adéquation entre les besoins décrits par le cahier des

²³ UNAPEI. Pour une société solidaire et inclusive. *Notre histoire*. [En ligne]. Disponible sur : [Notre histoire - Unapei](#). Consulté le 22/06/22.

charges et la proposition faite. Une autorisation est ensuite délivrée si l'avis de la commission est positif. Une visite dans l'établissement est faite, deux mois avant l'ouverture ²⁴.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) veillent au bon fonctionnement des structures médico-sociales par l'intermédiaire de visites « d'inspection contrôle ». Elles vérifient que l'effectif salarié est en accord avec le nombre de personnes accueillies, elles s'assurent de la qualification du personnel présent, etc. Le but de ces visites est d'améliorer les prises en charge proposées et les conditions de vie des usagers ²⁵.



La figure ci-contre proposée par l'Agence Régionale de Santé, observable sur son site Internet, met en lumière un état des lieux en 2017 des établissements médico-sociaux. Nous pouvons nous rendre compte que l'argent alloué à ce secteur pour les 30 000 établissements et services concernés est conséquent. Grâce à ça, plus d'1,2 million de personnes sont accompagnées dans leur parcours de vie et de soins.

Figure 4 : Les chiffres clés de l'accompagnement médico-social

Source : L'organisation de l'offre médico-sociale | National (sante.fr)

C. Le secteur médico-social au service des enfants en situation de handicap

Après avoir décrit ce secteur, nous allons analyser de plus près les établissements présents pour accueillir les enfants en situation de handicap. En effet, les enfants en situation de handicap sont des personnes qui peuvent être accueillies dans des structures médico-sociales car elles

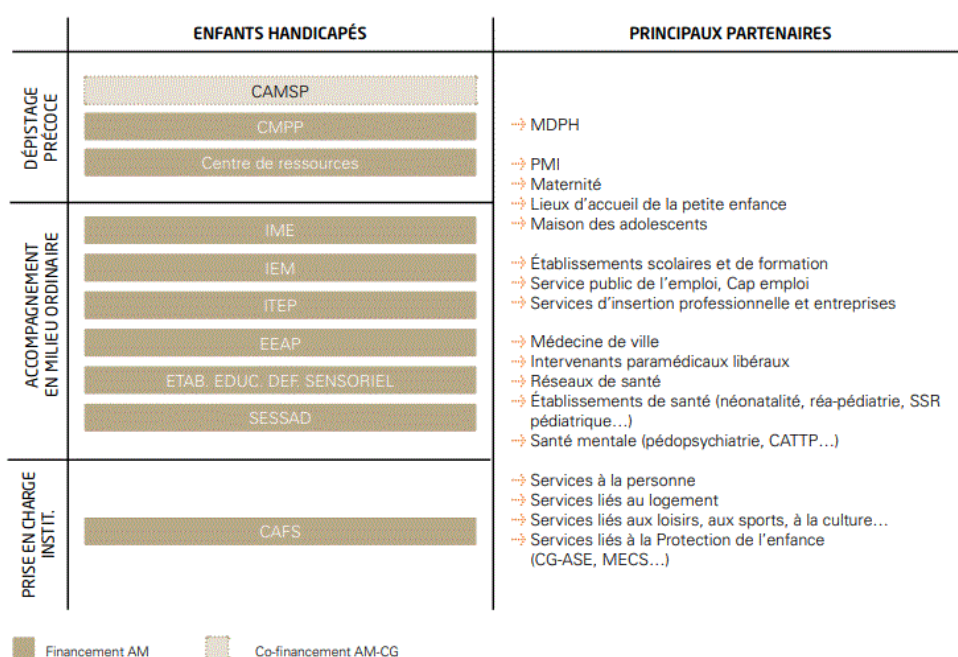
²⁴ ARS Agence Régionale de Santé – Agir pour la santé de tous. République Française. *L'organisation de l'offre médico-sociale*, 8 février 2017. [En ligne]. Disponible sur : L'organisation de l'offre médico-sociale | National (sante.fr). Consulté le 29/05/2022.

²⁵ ARS Agence Régionale de Santé – Agir pour la santé de tous. République Française. *L'organisation de l'offre médico-sociale*, 8 février 2017. [En ligne]. Disponible sur : L'organisation de l'offre médico-sociale | National (sante.fr). Consulté le 29/05/2022.

constituent un public fragile. Un seul type de structure ne suffit pas pour accueillir des enfants, il y en a donc plusieurs. En fonction des pathologies, de la nature des services proposés ou encore en fonction des interventions qui y sont faites, des établissements différents sont présents. Pour cela, nous allons nous appuyer sur le tableau proposé par l'agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP) en juillet 2013 qui récapitule les financements des établissements, les types de structures et le moment d'accompagnement proposé.

Voici l'illustration en question :

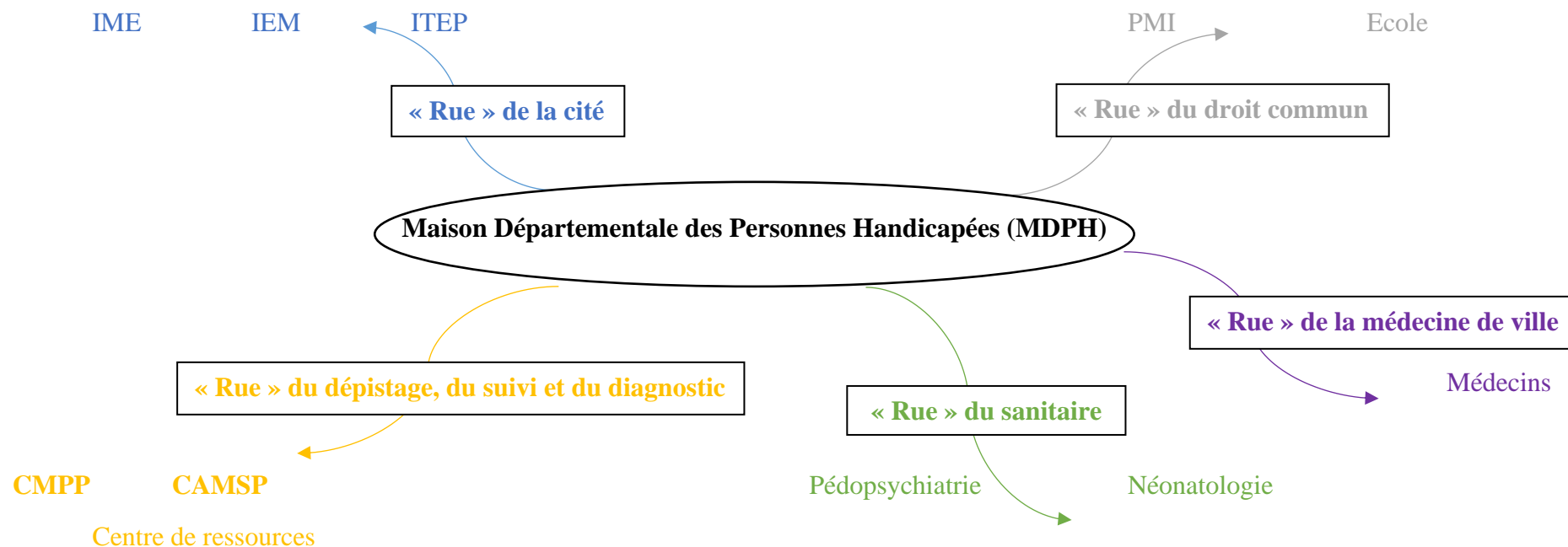
Tableau 1 : Schéma des établissements et services intervenant auprès d'enfants handicapés



Source : Le secteur médico-social. Comprendre pour agir mieux, ANAP, juillet 2013.

Un dépistage précoce est proposé au sein de Centre Médico Pédopsychologique (CMPP) ou en centre de ressources grâce à l'orientation faite par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Dans le cadre d'accompagnements, des structures telles que des Instituts Médico-Educatifs (IME) ou encore des Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP) sont des lieux d'accueil pour des enfants en situation de handicap. C'est par l'intermédiaire de médecins, d'intervenants libéraux ou par réseaux de santé que ces accompagnements sont proposés. Le schéma qui suit et qui prend appui de celui proposé par l'ANAP en 2013 (cf. Annexe A : « L'accompagnement des enfants handicapés »), illustre les diverses structures que l'on peut retrouver.

Figure 5 : Schéma de l'accompagnement pour les enfants en situation de handicap



Légende :

CAMSP = Centre d'Accueil Médico-Social Précoce

IEM = Institut d'Education Motrice

ITEP = Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

CMPP = Centre Médico Psycho Pédagogique

IME = Institut Médico-Educatif

PMI = Protection Maternelle et Infantile

Source : D'après Le secteur médico-social – Comprendre pour mieux agir (2013), Elodie Pouyanné (2022).

Cette illustration représente bien les diverses structures présentes pour accompagner les familles d'enfants en situation de handicap. Au centre, la Maison Départementale de Personnes Handicapées (MDPH) constitue la place centrale et joue un rôle de « pilote ». Ensuite, diverses trajectoires se dessinent pour répondre au mieux aux demandes qui sont opérées.

Dans le cadre de ce mémoire de recherche, nous allons nous intéresser particulièrement aux acteurs intervenant auprès des enfants en situation de handicap au sein d'établissements médico-sociaux. Pour cela, nous allons étudier les différents protagonistes aux rôles majeurs.

2. Les professionnels présents auprès des enfants dans les structures médico-sociales

A. Qui sont-ils ?

Essayons de comprendre ce qui se cache derrière le terme de professionnel. « Professionnel » est relatif à la profession, au métier²⁶. Nous définirons donc un professionnel comme étant une personne exerçant un métier dans lequel il est spécialisé. Il est l'expert de son domaine. Par exemple, un professionnel de santé : médecin.

Dans le cadre de notre sujet, nous allons nous focaliser sur les professionnels pouvant être présents autour des enfants. Dans le milieu de la petite enfance et de l'enfance, il y a une typologie de professionnels qui est présente et qui en distingue trois types²⁷ :

- Professionnels de soins paramédicaux : aide soignants, auxiliaires de puériculture, infirmiers. Après réflexion, il nous semble judicieux d'ajouter ici les professionnels médicaux : médecins, pédiatres, etc. ;
- Professionnels de rééducation et de réadaptation : audioprothésiste, ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste ;
- Professionnels sociaux et éducatifs : assistant social, aide médico-psychologique, éducateur spécialisé, enseignant référent, etc.

²⁶ Le Robert Dico en ligne. *Définition du terme « professionnel »*. [En ligne]. Disponible sur : [professionnel - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert](#). Consulté le 05/06/2022.

²⁷ Enfant différent. *Les différents professionnels autour de votre enfant, 14 avril 2020*. [En ligne]. Disponible sur : [Les différents professionnels autour de votre enfant | Enfant Différent \(enfant-different.org\)](#). Consulté le 27/05/2022.

Cependant, ce n'est pas la seule typologie existante. Par nos recherches, nous pouvons remarquer qu'une autre typologie met en avant les professionnels de l'éducation et du social, les professionnels de santé et les autres métiers de la santé ²⁸.

Lors des repas, certains thérapeutes n'apparaissant pas dans cette liste sont présents pour les enfants. En effet, un enfant a besoin d'être accompagné et aidé dans certains gestes de la vie quotidienne qu'il ne peut pas ou pas totalement faire seul (couper sa viande, se servir de l'eau, etc.). Sans compter qu'en amont pour élaborer et préparer les repas, l'enfant a besoin que des adultes soient là pour lui. Nous faisons ici référence aux chefs de cuisine, aux agents de service, ou encore aux agents de restauration. Nous reviendrons sur cette typologie par la suite. Analysons de plus près les professionnels de la précédente typologie.

a. Les acteurs paramédicaux et médicaux

Les professions médicales regroupent l'ensemble des professionnels qui soignent et qui préviennent des pathologies à partir de médicaments ou d'autres produits médicamenteux. Ce sont les acteurs médicaux qui peuvent fournir des ordonnances et/ou des prescriptions, quand cela est nécessaire, à la suite de leur diagnostic. Ce sont également leurs formations qui permettent de les désigner d'acteurs médicaux. La durée moyenne de leurs formations est de 9 ans. Il y a trois grands domaines, à savoir la médecine, la maïeutique et l'odontologie ²⁹. Dans les établissements accueillants des enfants en situation de handicap, nous pouvons citer les médecins, les pédiatres, les psychiatres, etc.

Les professions paramédicales désignent les professionnels qui prodiguent les soins à la suite des prescriptions médicales établis par leurs confrères. De ce fait, ils n'établissent pas eux même les diagnostics et ne peuvent pas fournir des ordonnances. Ils sont davantage synonymes de soins, de préparations et/ou de rééducations. A l'inverse des professionnels médicaux, les diplômes sont généralement des BAC+3 ou BAC+5. On distingue quatre grands domaines/groupes : les soins de santé, la rééducation, l'appareillage médical et l'assistance médicale et technique ³⁰. Dans des structures accueillants des personnes en situation de

²⁸ Diplomeo. *Tout savoir sur les métiers de la petite enfance*, 02/03/2021. [En ligne]. Disponible sur : [Tout savoir sur les métiers de la petite enfance ! \(diplomeo.com\)](https://diplomeo.com). Consulté le 15/05/2022.

²⁹ EUROPE EDUSS. Les différences entre le médical et le paramédical. [En ligne]. Disponible sur : [Différences entre métiers du médical et paramédical - Europe Eduss \(europe-eduss.com\)](https://europe-eduss.com). Consulté le 12/06/2022.

³⁰ EUROPE EDUSS. Les différences entre le médical et le paramédical. [En ligne]. Disponible sur : [Différences entre métiers du médical et paramédical - Europe Eduss \(europe-eduss.com\)](https://europe-eduss.com). Consulté le 12/06/2022.

handicap, les professions paramédicales les plus représentées sont les infirmiers, les aides-soignants, les orthophonistes et les kinésithérapeutes.

b. Les professionnels de rééducation et de réadaptation

En fonction des classifications, les professionnels désignés de « paramédicaux » et de rééducation/ réadaptation sont parfois les mêmes. Par exemple, un kinésithérapeute pourra quelquefois faire partie de la typologie d'acteur paramédical et d'autres fois, être désigné d'acteur de rééducation et de réadaptation. L'expertise statistique publique en santé et social classe un kinésithérapeute dans les « métiers de la rééducation » alors que d'autres structures mettent en lumière le kinésithérapeute d'acteur paramédical, sans être plus précis ³¹.

Il est donc difficile de proposer une définition simple et applicable en tous lieux puisque d'une structure, d'un organisme ou d'une étude à l'autre, les dénominations changent, entraînant une multitude de classifications.

c. Les professionnels sociaux et éducatifs

Les professionnels sociaux et éducatifs sont plus distinguables que les précédents professionnels cités puisque leur formation initiale est nettement différente. Nous retrouvons une multitude d'acteurs tels que :

- les Assistants de Service Social (ASS), les Accompagnants Éducatifs et Sociaux (AES) ou les assistants familiaux, en tant que professionnels sociaux ;
- les éducateurs de jeunes enfants, les éducateurs spécialisés et les éducateurs techniques spécialisés, pour les professionnels éducatifs ³².

Les professionnels du travail social « *visent à permettre l'accès à des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale et à exercer une pleine citoyenneté* » (Décret n°2017-877, 6 mai 2017). Le travail mis en avant par ces professionnels participe au développement des capacités à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement.

³¹ Défi Métiers. *Les métiers du paramédical*, 01/06/2016. [En ligne]. Disponible sur : [Les métiers du paramédical | defi-metiers.fr](https://defi-metiers.fr). Consulté le 15/06/2022.

³² Ministère de la Santé et de la Prévention. Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées. *Les fiches-métiers du travail social*. [En ligne]. Disponible sur : [Les fiches-métiers du travail social - Ministère de la Santé et de la Prévention \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr). Consulté le 16/06/22.

Les professionnels éducatifs mettent à disposition leur aide et soutien quotidien aux personnes nécessitant d'un accompagnement renforcé : population en situation de handicap, mineurs placés en foyers de l'aide sociale à l'enfance, adultes en difficultés sociale ou professionnelle.

d. Les autres professionnels

À la suite de la description de ces divers acteurs, nous souhaiterions soulever les derniers acteurs que nous n'avons pas encore évoqué, sans qui le fonctionnement d'une structure médico-sociale et/ou sanitaire serait impossible.

En effet, nous tenions à souligner les professionnels aux fonctions de direction. La direction d'un établissement doit relever d'un niveau de qualification déterminé par décret. De ce fait, les directeurs d'établissement doivent posséder un diplôme de niveau BAC+3 ou un CAFERUIS (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsabilité d'Unité d'Intervention Sociale). Du fait de ces exigences, les missions des chefs de service ont elles aussi évoluées. Des demandes à l'extérieur de l'établissement ont progressé amenant une réorganisation des tâches. Ainsi, « *Les organisations se sont adaptées et des fonctions de coordination et d'organisation de premier niveau peuvent être déléguées à des travailleurs sociaux* » (APEC, 2016, p. 24).

B. Les repas : lieux de rencontres

Finalement, la typologie précédente possède des avantages et des limites. Certes, les professionnels médicaux et paramédicaux, de même que les professionnels de rééducation et de réadaptation, éducatifs et d'animations sont importants. Les trois catégories proposées nous ont permis de mieux comprendre leurs formations et leurs actions.

De ce fait, les repas ne sont-ils pas un lieu de rencontre entre ces professionnels puisqu'à leur échelle, ils sont tous présents lors de ces temps alimentaires ? En amont, pendant ou en aval des repas, tous les professionnels cités sont là. Quand est-il des autres professionnels ? Les chefs de cuisine, les commis, les agents de service et de restauration, ne sont-ils pas eux-aussi des professionnels indispensables pour les enfants ? Ne sont-ils pas des acteurs essentiels lors des repas ? Après réflexion, nous pensons que toutes les personnes citées ont une place importante, nous amenant à repenser la typologie précédente. De ce fait, nous maintiendrons la typologie suivante pour la suite de ce travail :

- Les professionnels de santé : nous faisons ici référence aux acteurs médicaux, paramédicaux, de rééducation et de réadaptation.
 - Les professionnels éducatifs et d'animations : animateurs, éducateurs, ATSEM.
- Les professionnels techniques et culinaires : chef et commis de cuisine, agent de service et de restauration.

Finalement, les repas constituent le lieu où tous les professionnels se rencontrent. En effet, ces derniers interviennent durant ce temps, chacun à leur échelle. En fonction de leurs statuts et des tâches associées, ils effectueront des actions spécifiques.

C. Quels sont les rôles des professionnels ?

Si nous reprenons la typologie d'acteurs vu précédemment, nous pourrions mettre en avant des rôles communs et spécifiques des acteurs présents pour les enfants en situation de handicap. L'objectif commun pour chacun de ces acteurs est d'assurer le bien-être de l'enfant et son développement. Ensuite, en fonction de leurs formations initiales, ils possèdent des connaissances et compétences spécifiques leur permettent de remplir des rôles précis :

- Pour les professionnels de santé c'est soigner. Chaque spécialiste accompagne l'enfant tout au long de son développement. Généralement, au quotidien, l'infirmier ou l'auxiliaire de puériculture assurent le bien-être des enfants. Ils orientent les enfants vers des spécialistes en cas de besoins précis.
- Pour les professionnels éducatifs et d'animations c'est éduquer et divertir. L'éducation des tout-petits et ensuite des enfants est assurée par des éducateurs jeunes enfants. Des assistantes maternelles contribuent à l'apprentissage des enfants. Aussi, pour les enfants en situation de handicap, des ATSEM sont souvent présents et des éducateurs ont aussi une place majeure.
- Pour les professionnels techniques et culinaires c'est nourrir. L'élaboration des menus, la préparation, la présentation des plats et le service pour répondre aux besoins et aux envies des enfants constituent leurs principales occupations.

Au-delà de cela, tous les professionnels auprès des enfants sont disponibles pour eux. Leurs actions et leurs rôles ne se réduisent pas seulement à ceux cités au-dessus. La liste non exhaustive présentée ne fait pas apparaître l'intégralité des actions menées par chacun d'entre

eux. En effet, un agent de restauration intervient facilement lors des repas en mettant en avant par exemple le plat qui est servi. L'animateur peut à la fois animer des séances pédagogiques et aussi, hors de celles-ci, proposer des animations aux enfants.

D. Quels sont leurs liens avec l'alimentation ?

En fonction de leur formation initiale, le lien des professionnels avec l'alimentation est forcément différent. Le chef de cuisine est l'un des professionnels ayant un lien direct avec l'alimentation. En effet, sa formation initiale lui apporte des connaissances sur le sujet ; en comparaison aux professionnels éducatifs et d'animations pour lesquels leur formation est plus faible sur ce domaine. Les professionnels de « santé » sont eux-aussi des professionnels pour qui la problématique alimentaire est forte. Toujours liés à leurs formations initiales, ces derniers ont étudié le champ en question durant leur études. Ils ont appris, plus ou moins en profondeur, certains éléments sur l'équilibre alimentaire, le comportement alimentaire, les catégories d'aliments et l'impact de l'alimentation sur la santé de l'individu.

Quoi qu'il en soit, ils sont tous présents, à leur échelle, lors des repas. Le chef de cuisine ainsi que les agents de restauration, autrement dit les professionnels techniques et culinaires, interviennent tout le long du repas afin que ce dernier se déroule dans les meilleures conditions possibles. Les professionnels éducatifs et d'animations sont eux-aussi présents avec les enfants pour encadrer ce temps et pour qu'ils partagent un moment convivial. Enfin, les professionnels de santé interviennent lors des prises alimentaires afin de s'assurer du bon développement de l'enfant par l'intermédiaire de l'alimentation.

Étant donné l'offre importante de formation, les thérapeutes peuvent facilement se former tout au long de leur carrière professionnelle. Par l'intermédiaire de recherches et de rencontres, nous remarquons que, peu importe la formation initiale, les professionnels qui le souhaitent peuvent se former sur divers sujets, dont celui de l'alimentation plus tard dans leur carrière. De ce fait, un animateur peut effectuer une formation supplémentaire de même qu'un chef de cuisine peut renforcer ses connaissances sur une problématique précise. Par exemple, l'alimentation sans gluten.

Nous souhaitons également mettre en avant qu'en fonction du parcours professionnel mais aussi personnel, leur lien avec l'alimentation est sensiblement différent. Une personne

dont un proche est atteint d'une pathologie nutritionnelle ou elle-même atteinte, aura des connaissances importantes sur le sujet. Finalement, cette personne deviendra « *patient expert* »³³. Cela est valable peu importe la formation initiale et peu importe le statut. La personne en question possède autant de connaissances qu'un spécialiste, voir même plus d'expérience que ce dernier. Un professionnel atteint de diabète de type 2 peut être un expert, étant donné son expérience et ses connaissances solides sur cette pathologie.

3. Adaptations professionnelles face au handicap de l'enfant

A. Adaptations professionnelles : de quoi s'agit-il ?

Dans le dictionnaire, nous trouvons plusieurs définitions du mot « adaptation ». La première mise en avant par le Larousse en ligne est l'« *action d'adapter ou de s'adapter à quelque chose. Adaptation aux circonstances* ». La seconde définition est une « *action d'adapter une œuvre, un texte pour un public, une technique artistique différents, œuvre ainsi réalisée* ». Certes, les notions sont différentes mais nous verrons par la suite que les adaptations professionnelles dont nous allons parler peuvent faire allusion à ces deux définitions.

Le glossaire des Sciences Sociales proposé par le sociologue Frank Elwell propose lui aussi une définition de l'adaptation comme faisant « *référence à la capacité d'un système socioculturel à changer avec les exigences d'un environnement physique ou social changeant* » (traduction française). Il ajoute qu'il s'agit d'un « *Processus par lequel les éléments culturels subissent des changements de forme et/ou de fonction en réponse à des changements dans d'autres parties du système* »³⁴. L'apport sociologique nous paraît important ici puisqu'il met en avant la capacité dont le système fait preuve face à un environnement social et culturel en perpétuel changement.

Dans le cadre de ce mémoire, l'adaptation professionnelle à laquelle nous faisons référence est la capacité d'adaptation d'un professionnel face à une situation. Cette capacité signifie qu'un professionnel est capable d'adapter sa pratique à des situations inédites et parfois singulières.

³³ Médecine / Sciences. *Le patient-expert. Un nouvel acteur clé du système de santé*, 2020. [En ligne]. Disponible sur : [Le patient-expert - Un nouvel acteur clé du système de santé \(medecinesciences.org\)](https://www.medecinesciences.org/). Consulté le 08/06/2022.

³⁴ Glossary of Social Science. Définition "adaptation". [En ligne]. Disponible sur : [Glossary of Social Science \(rsu.edu\)](https://www.rsu.edu/glossary-of-social-science/) Consulté le 29/06/2022.

Les adaptations professionnelles auxquelles nous faisons référence peuvent être multiples et nous allons les étudier plus en détails par la suite.

B. Adaptations des professionnels face à des enfants en situation de handicap : focus sur les adaptations mises en place autour de l'alimentation

Dans des situations professionnelles, certaines pratiques deviennent routinières. En effet, au bout d'un certain temps, les actions menées par les professionnels se reproduisent à de nombreuses reprises. Par exemple, un chef de cuisine peut être amené à cuisiner plusieurs fois dans sa carrière le même plat. Aussi, un directeur d'établissement médico-social va gérer des problématiques Ressources Humaines (RH) plusieurs fois dans son parcours.

En revanche, ces professionnels peuvent être amenés à faire face à des situations singulières et inédites. Par exemple, un enfant ayant une alimentation sans gluten peut séjourner dans un établissement médico-social amenant le chef de cuisine à potentiellement modifier en totalité ou en partie le repas initialement prévu. De ce fait, il existe des adaptations qui peuvent être mises en place pour faire face à ses situations singulières. C'est par l'intermédiaire de terrains ainsi que par des lectures que nous avons pu prendre connaissance de celles-ci.

Nous avons pu lire les « *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles* »³⁵ rédigées en lien étroit avec le 4^{ème} plan Autisme qui invite à tout mettre en œuvre pour favoriser l'autonomie, l'inclusion sociale et la qualité de vie des personnes avec autisme. Ces attentes sont possibles avec une coordination de différents professionnels. Cela fait directement le lien avec les propos annoncés plus haut, mettant en avant que chaque thérapeute possède une place importante dans l'accompagnement des enfants en institution.

A partir de ce guide, de recherches et de certaines observations, nous avons identifié plusieurs types d'adaptations que nous allons exposer plus en détails par la suite. En effet, les personnes en situation de handicap et dans le cadre de ce mémoire de recherche, les enfants en situation de handicap, sont, la plupart, des mangeurs qui possèdent une « alimentation particulière ». Comme le mettent en avant plusieurs auteurs dans l'avis n°77 nommé « *Les*

³⁵ Comprendre l'autisme. L'ANESM et la HAS. [En ligne]. Disponible sur : [Les RBPP Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles \(comprendrelautisme.com\)](https://www.autisme.gouv.fr/les-recommandations-de-bonnes-pratiques-professionnelles). Consulté le 29/06/2022.

enjeux de la restauration collective en milieu scolaire », leur alimentation est particulière puisqu'elle « *s'écarte de la norme* ». Chaque individu mange, à quelques différences près, la même chose, autour d'une table (notons ici le caractère européen de cette description...). Par contrainte ou librement, des mangeurs s'extraient de cette norme et possèdent une « alimentation particulière ».

Pour composer avec tous les mangeurs, les personnes accompagnant ces enfants mettent en place des actions pour s'adapter à leurs particularités. Nous pouvons mettre en avant plusieurs types d'adaptations que nous allons décrire par la suite en détails, à savoir :

- Les adaptations de l'environnement des repas : bruits, stimulations, places, etc.
- Les adaptations de l'équipement présents sur la table : couverts, verres, assiettes, etc.
- Les adaptations du contenu du repas : composition, textures, etc.

Les adaptations mises en place par les professionnels sont au cœur de notre sujet. Il s'agit d'un point important que nous avons évoqué ici mais qui sera davantage détaillé par la suite de cet exercice.



Le secteur médico-social a une place importante et est parfois difficilement descriptible. Les lois ont évoluées pour proposer des structures adaptées aux individus. Au sein des divers établissements évoluent des professionnels. Les professionnels majoritairement présents sont les éducateurs, animateurs, directeur d'établissement, médecin, infirmier, etc. Ils ont des actions quotidiennes adaptatives en fonction des individus face à eux pour s'accommoder au mieux à leurs particularités. Ces adaptations professionnelles constituent l'un des éléments majeurs de notre sujet et seront au cœur de notre recherche par l'intermédiaire des entretiens effectués auprès des professionnels.

Ce dernier chapitre vient clore la première partie de cet exercice et constitue une base solide quant à la suite de cet écrit. Une méthodologie et des questionnements de recherche plus approfondis doivent être posés avant de pouvoir aller les vérifier sur le terrain, à savoir notre lieu de stage. Cela sera le cœur de la partie suivante.

PARTIE II –
CONSTRUCTION DE LA
PROBLÉMATIQUE ET DES HYPOTHÈSES
ILLUSTRÉES PAR UNE MÉTHODOLOGIE

Introduction à la partie II

Poursuivons notre raisonnement. Les enfants sont des mangeurs captivants. De « goût enfantin » jusqu'à particularité alimentaire, ces mangeurs me questionne. En effet, j'utiliserai par la suite la première personne du singulier, à savoir le « je » car cet emploi se justifie sur le « *plan narratif, épistémologique, moral et méthodologique* » (Olivier De Sardan, 2008, p. 169). En tant qu'individu, professionnelle ou étudiante, cette population m'intrigue et à constituer ma cible de recherche.

Après avoir posé un cadre théorique suffisamment précis, tout en laissant présager certaines zones d'ombre, nous allons à présent nous intéresser au lieu dans lequel s'est déroulé mon stage de fin d'étude. Ce chapitre me permettra d'évoquer les missions associées à ce lieu et mon positionnement. De ce chapitre et du cadre théorique posé dans la partie précédente, découleront une problématique et des hypothèses de recherche. Finalement, je terminerai cette deuxième partie en mettant en lumière la méthodologie mise en place pour y répondre.

Chapitre 1 : Structure, missions de stage et positionnement

« Toutes les bonnes choses que nous construisons finissent par nous construire »³⁶.

Ce stage clôture mon année de Master 2. Il s'est construit depuis plusieurs mois maintenant. En effet, je m'intéresse à la problématique de l'alimentation en situation de handicap depuis mon BTS Diététique. De ce fait, j'ai réalisé un premier stage dans ce milieu en juin 2019 dans le cadre du stage « optionnel ». Par la suite, en Licence puis en Master, cette problématique a continué à m'interroger. J'ai donc construit et décroché mes deux derniers stages, de Master 1 et de Master 2, en proposant des candidatures spontanées auprès d'associations accompagnants ce public. Petit à petit, je me suis également rendu compte que ce sont plus précisément les enfants qui me questionnent. Finalement, mes deux derniers stages se sont déroulés dans des structures à la fois différentes et semblables sur certains points.

Ce dernier stage conclut mes années universitaires et vient mettre un point à ce Master qui m'ouvre à présent à la voie professionnelle. Analysons de plus près le cadre de mon stage de fin d'études.

1. Structure de stage

A. L'association « Les PEP 64 »

« Les PEP 64 » est l'association qui a répondu favorablement à ma candidature spontanée et m'a donnée la chance de réaliser ce stage. L'association correspondait à mes attentes, tant en termes d'objectifs personnels que professionnels.

Les Pupilles de l'Enseignement Public, c'est-à-dire les PEP, sont issues de l'Éducation Nationale et du mouvement de l'Éducation Populaire. Reconnue comme d'utilité publique en 1957, l'association des PEP 64 est présente sur tout le département des Pyrénées-Atlantiques (64). Elle agit et innove au service de l'inclusion sociale. Cette association a toujours été porteuse de projets ambitieux de transformation sociale pour le droit et l'accès à tous à l'éducation, à la culture, à la santé, au travail et à la vie sociale. Elle s'adresse aux enfants et/ou adultes, porteurs de fragilité physiques ou mentales, sociales ou économiques.

³⁶ Citation de Jim Rohn

Les valeurs principales mises en avant par « Les PEP 64 » sont la laïcité et la solidarité. La laïcité défendue s'adresse à tous, au-delà des différences qui peuvent exister, en lien avec la raison et l'intelligence. Dans la vie quotidienne, cela fait plus précisément référence à la discussion et au débat, soit à la communication. La solidarité assure, dans ce cadre-là, l'autonomie et la valeur de chaque individu. Cette dernière s'inscrit à double sens : entre celui qui donne et celui qui reçoit. Cela n'est pas une relation figée mais au contraire, la solidarité s'inscrit dans une logique de « *transformation sociale* ».

Figure 6 : Logo de l'association « Les PEP 64 »



Source : les pep 64 – Recherche Google

Les grands points de l'histoire de l'association des PEP 64 sont :

- De 1915 à 1940 : création des « pupilles » pour venir en aide aux enfants orphelins de la Première Guerre Mondiale et création du comité départemental des PEP Basse Pyrénées,
- De 1945 à 1979 : lancement des premières colonies de vacances PEP dans les Pyrénées Atlantiques ; naissance des colonies de vacances sanitaires (à Salies-de-Béarn, à Cette-Eygun puis à Arette avec les classes de neige), association reconnue d'utilité publique en 1957 et développement important du secteur social (ouverture de foyers) et médico-social (ouvertures rapprochées de centres et d'instituts),
- De 1980 à nos jours : créations de structures pour adultes porteurs de handicaps (ESAT à Bayonne, Pau puis Salies-de-Béarn et foyers de vie d'Urt et Sévignacq) et diversification des réponses vis-à-vis des besoins des usagers pour davantage d'inclusion.

Aujourd'hui, l'association accueille 80 jeunes déficients auditifs et visuels, 500 jeunes en situation de handicap accueillis en Institut Médico-Educatif ou autres, 40 jeunes accueillis en Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS), 100 enfants accueillis pour des troubles de

conduites alimentaires et près de 400 adultes accueillis en foyer de vie ou Etablissements ou Services d'Aide par le Travail (ESAT). Finalement, plus de 2 000 journées sont organisées et réalisées dans les centres de vacances et près de 30 000 consultations par an sont faites en Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP). C'est plus de 700 salariés qui les accompagnent au sein de 35 établissements, services ou antennes.

Par la présentation de cette association, nous pouvons comprendre qu'elle vient accompagner une population en situation de handicap et qu'elle correspond aux attentes fixées.

B. La Base d'Aventure d'Arette

L'association en question possède plusieurs établissements, comme annoncé précédemment. C'est, la Base d'Aventure d'Arette qui a répondu favorablement à ma candidature de stage et qui a été mon établissement d'accueil.

La Base d'Aventure d'Arette est un établissement géré par l'association « Les PEP 64 », agréé par l'Education Nationale Jeunesse et Sport. Il accueille des classes scolaires composées d'enfants, d'enseignants et d'adultes accompagnants venant y passer un ou plusieurs jours. La journée, des activités au sein du village d'Arette ou des alentours sont proposées. En fin de journée, les classes reviennent et effectuent des activités directement au sein de l'établissement.

Cette structure est implantée dans un cadre paisible et calme au cœur du village d'Arette, dans le département des Pyrénées-Atlantiques (64), autour de commerces. La station de ski de La Pierre-Saint-Martin est située à 23 kilomètres de la Base d'Aventure, ce qui leur permet de proposer des classes de neige l'hiver. Des départs de randonnées pédestres ou de Vélo Tout Terrain (VTT) sont également accessibles pour la saison printemps/été. D'autres activités sont réalisables sur place et autour de l'établissement aboutissant à la mise en place de divers séjours (spéléologie, visite de gouffres, etc.). L'hébergement peut accueillir jusqu'à 90 personnes puisqu'il dispose de chambres (jusqu'à 4 personnes) ainsi qu'un dortoir (jusqu'à 7 personnes). Des sanitaires complètent cette prestation dans chaque espace. Il s'agit de séjours de vacances et de coupure pour les enfants et les adultes qui les accompagnent. Ils se découvrent dans un contexte autre que l'école dans laquelle ils évoluent au quotidien.

Ce sont, pour la majorité, des écoles du département qui sont accueillies à la Base d'Aventure d'Arette. Il y a des classes d'Inspection Académique (nommée IA) qui viennent également sur quelques jours profiter des alentours et découvrir de nouvelles activités. Les

durées de séjour sont variables, à savoir de deux jours dont une nuit sur place à 4 jours en moyenne. D'une année à l'autre, une école peut revenir sur la structure avec un projet pédagogique similaire ou différent de celui de l'année passée. Des relations sont donc établies entre la directrice d'établissement et le directeur de l'école en question.

De ce fait, lors de mon stage, des enfants se restauraient à la Base d'Aventure. Les petits-déjeuners et les dîners étaient pris systématiquement sur place. En hiver, les déjeuners étaient consommés en station alors qu'au printemps et en été, ces derniers se déroulaient à la Base d'Aventure ou sous forme de pique-nique en sac à dos. Les repas ont constitué une de mes missions de stage, à savoir un travail en collaboration avec l'équipe de cuisine sur les menus, la présentation des plats, l'utilisation de la cellule de refroidissement ou encore les alimentations particulières, qui seront détaillé par la suite. Grâce à l'accueil des classes scolaires à la Base d'Aventure, j'ai pu observer les pratiques alimentaires des enfants. Des « *enquêtes* » sur la consommation et l'appréciation de certains aliments ou produits ont été mises en place sur le centre afin d'enrichir les connaissances théoriques et les observations.

C. La MECSa d'Arette

La Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire d'Arette est un établissement temporaire accueillant, comme son nom l'indique, des enfants dans le cadre de séjours thérapeutiques. Sur prescription médicale, des jeunes enfants et adolescents, âgés de 6 à 17 ans et présentant des troubles du comportement alimentaire avec surpoids, voire obésité déjà constituée, viennent passer une à trois semaines dans le centre. L'établissement dispose d'un agrément de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le premier séjour de « découverte » dure une semaine et se déroule en avril. Il est suivi d'un second séjour de 21 jours en été. En fonction de l'âge des enfants, les plus jeunes sont accueillis au mois de juillet et les adolescents sont accueillis au mois d'août. Un temps « d'approfondissement » est proposé au mois d'octobre, lors des vacances scolaires là encore. Chaque période thérapeutique a une capacité d'accueil définie à 20 jeunes.

Ces séjours permettent aux enfants de se retrouver dans un cadre différent que celui de leur quotidien familial. En effet, leurs parents ne restent pas sur le centre. Ils rentrent à leur domicile et sont présents au début et à la fin seulement. Les enfants font connaissances, se rencontrent et séjournent ensemble. Ces temps thérapeutiques permettent de constituer une continuité de prise en charge avec celles faites dans les Centres Médico Psycho Pédagogique de Pau et de Bayonne

pour certains enfants. Pour d'autres, ils constituent une complémentarité de prise en charge que celle proposée par leur médecin, pédiatre ou infirmiers scolaires.

Les séjours MECSa se traduisent par la présence d'une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels médicaux et paramédicaux ainsi que d'une équipe d'animateurs/éducateurs. Des activités et des ateliers sont proposés par les différents professionnels auprès des enfants, divisés en plusieurs groupes. Le contenu des ateliers est établi en équipe afin d'apporter des connaissances aux enfants et d'enrichir des éléments déjà appris auparavant. Des temps d'échange avec les membres de l'équipe sont effectués régulièrement et des bilans sont dressés en début, milieu et fin de séjour. Cela permet de communiquer au sujet des enfants, d'améliorer certains points défaillants, si besoin, et poursuivre l'accompagnement.

Ces séjours ont constitué l'une de mes missions principales puisque j'étais la diététicienne-nutritionniste. J'étais également là pour ma casquette d'étudiante en sociologie afin d'observer, comprendre et expliquer les pratiques alimentaires des enfants en situation de handicap présents. Ainsi, j'ai pu dresser un bilan de ces séjours thérapeutiques. Ce compte rendu permet de mettre en lumière des remarques constructives et fondées dans le but de les améliorer par la suite. Les remarques annoncées sont des « préconisations » objectives dont il semble nécessaire de souligner le caractère évolutif.

Figure 7 : Centre d'Arette



Source : Arette - PEP64 Séjours Vacances

À la suite de ma candidature spontanée auprès d'une association répondant à mes attentes et à mes souhaits, la construction et la réalisation du stage a été possible. La mise en place de

missions de stage, traitées dans le chapitre suivant, participera à la construction de la problématique et des hypothèses de recherche par la suite.

D. Le Hameau de Bellevue

Durant mon stage, l'occasion s'est présentée afin que j'intègre pendant une semaine un autre établissement géré par l'association des PEP 64, situé à Salies-de-Béarn. De ce fait, j'ai eu l'opportunité de découvrir une autre structure, d'analyser un autre mode de fonctionnement, de rencontrer de nouveaux mangeurs et professionnels, etc.

Nommé le « Hameau de Bellevue » l'Institut d'Education Motrice et de Formation Professionnelle (IEMFP) est un établissement situé dans les Pyrénées-Atlantiques à 35 minutes de Bayonne et à 30 minutes de Pau, dans le Béarn. Il accueille des enfants et des adolescents possédant une déficience, notamment motrice importante et les intègre dans les sphères familiales, professionnelles et sociales. La déficience nécessite le recours à des moyens spécifiques pour le suivi, à la fois médical, social, éducatif, etc.

Il est à noter qu'au sein de cet établissement plusieurs « services » sont proposés, à savoir :

- L'Institut d'Education Motrice et de Formation Professionnelle (IEMFP),
- Le Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD),
- Le Service d'accueil de jour (nommé « Arlequin »).

Durant quelques jours, j'ai pu observer et échanger, à la fois avec les enfants et les adolescents ainsi qu'avec les adultes qui les accompagnent au quotidien. Malgré le peu de temps passé sur cette structure, la semaine fut riche d'enseignements. Les professionnels ou les enfants/adolescents accueillis ont été source d'informations, d'enseignements ou encore de reconnaissance sur le plan professionnel et personnel. Je tiens à les remercier encore une fois.

Il est important de présenter cet établissement ici puisque par l'intermédiaire de cette semaine de découverte, j'ai pu consolider certaines connaissances, apprendre de nouveaux éléments et poursuivre mon travail de recherche (observations des mangeurs et entretiens auprès de professionnels). Les jours passés dans cet établissement m'ont rappelé l'importance d'un travail pluridisciplinaire. J'ai également pu voir des situations multiples et écouter certains discours, constituant des éléments importants à prendre en compte pour la suite.

Figure 8 : Le Hameau de Bellevue



Source : Sites remarquables (salies-de-bearn.fr)

2. Les missions de mon stage de fin d'études

Ayant obtenu un Brevet de Technicien Supérieur (BTS) Diététique en septembre 2019, j'ai décidé de poursuivre mes études par une Licence 3 en Sociologie de l'Alimentation. À la suite de cela, j'ai intégré le Master Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation qui se termine par ce stage de fin d'études de six mois. Cette opportunité m'a permis d'acquérir une expérience professionnelle supplémentaire dans un domaine qui me tient particulièrement à cœur, à savoir le milieu du handicap.

De ce fait, après avoir envoyé plusieurs candidatures spontanées à divers établissements et associations, une réponse positive me fut donnée par « Les PEP 64 » (décrit au chapitre précédent). J'ai donc pu, grâce à cette association et plus particulièrement grâce à la Base d'Aventure d'Arette et à la MECSa, réaliser un stage de six mois dans mon domaine de prédilection. Cet environnement m'a notamment permis de travailler sur quelques missions en lien avec ma double casquette de diététicienne-nutritionniste et d'étudiante en sociologie de l'alimentation, répondant à mes préoccupations et questionnements.

Du fait de ma candidature spontanée et non pas de ma réponse à une offre de stage, j'ai pu élaborer avec la directrice de ma structure d'accueil, des missions de stage reflétant mon parcours professionnel, leurs attentes et mes souhaits d'étude. Cela m'a donc permis d'aboutir à des missions de stage répondant aux demandes et au fonctionnement de ma structure d'accueil. Aussi, j'ai pu étudier un sujet qui me tient particulièrement à cœur avec leur accord. Enfin, mon souhait de mettre en application mes apprentissages précédents était également important à mes yeux dans le cadre de ce stage.

A. Missions propres à ma fonction de diététicienne-nutritionniste

Le BTS Diététique permet d'exercer dans deux grands domaines d'activités, à savoir la restauration collective ainsi que le milieu thérapeutique. De ce fait, durant cette formation, des stages obligatoires sont à réaliser dans ces deux milieux d'activités. Mon rôle de diététicienne-nutritionniste m'a permis de mettre à contribution mes connaissances acquises précédemment à la fois en lien avec la restauration collective et, en parallèle, avec le milieu thérapeutique.

Plus précisément, mes connaissances en restauration collective m'ont aidé dès le départ à réaliser un travail réfléchi et profond sur le fonctionnement de la restauration présente sur place. J'ai travaillé en étroite collaboration avec l'équipe de cuisine, et notamment avec la cheffe de cuisine, pour mettre en place ou reprendre certains aspects du fonctionnement de la restauration. Nous avons dans un premier temps travaillé ensemble à partir des dispositifs déjà mis en place avant mon arrivée. Petit à petit, une relation de confiance s'est installée entre nous ce qui nous a permis d'échanger et de collaborer sur certains points. Nous avons analysé, proposé et mis en place de nouveaux menus. Ces derniers ont été réfléchis à la suite de l'achat d'une cellule de refroidissement juste avant mon arrivée en stage. Aussi, nous avons pris contact avec un producteur local de fromages que nous souhaiterions intégrer aux menus. Enfin, nous avons commandé des ramequins individuels afin d'améliorer la présentation de desserts faits maison et inciter les enfants à goûter de nouveaux plats. Ces modifications ont été accentuées par une formation HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) réalisée durant deux jours en avril à la suite de laquelle nous avons pris note de certains aspects essentiels au bon fonctionnement de la restauration collective : marche en avant, hygiène alimentaire, liaison froide/chaude, etc.

Mes connaissances propres au milieu thérapeutique ont quant à elles été mobilisées dans le cadre de la MECSa (Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire). En effet, c'est durant les séjours thérapeutiques des mois d'avril, juillet et août que j'ai mobilisé mes apprentissages en lien avec la santé, la diététique et la nutrition. J'ai mis en place des ateliers culinaires avec les enfants en situation de handicap, avec la participation de la cheffe de cuisine. J'ai également pu prendre en charge et accompagner les enfants par l'intermédiaire d'ateliers ou d'entretiens individuels. De plus, j'ai animé des ateliers autour de thèmes définis en amont, en lien avec mes connaissances et compétences. Enfin, un travail pluridisciplinaire a été créé avec les autres professionnels présents durant les séjours thérapeutiques à caractère sanitaire et social.

B. Missions propres à ma casquette d'étudiante en sociologie de l'alimentation

Grâce à ma licence 3 Sociologie et surtout à mon Master Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation (SSAA), j'ai appris à développer un esprit critique par rapport à l'alimentation. Une vision globale et large m'a permis de répondre à certaines exigences. Durant mon stage de six mois, j'ai notamment pu observer les pratiques alimentaires des enfants et mettre en place des relations entre deux publics. Des éléments théoriques sur les enfants, leurs pratiques alimentaires mais aussi sur la sociologie de l'alimentation étaient nécessaires en amont pour comprendre en profondeur les éléments observés. J'ai également mis en place des entretiens auprès de professionnels pour répondre à mes questionnements. J'ai pu les appliquer à la suite d'enseignements théoriques sur les diverses méthodes sociologiques.

Lors de ma formation en sociologie de l'alimentation, j'ai pu remarquer les adaptations mises en place par les professionnels et collaborer avec eux au quotidien pour développer une problématique de recherche précise. Les connaissances sur la restauration collective, le fonctionnement et l'organisation d'établissements médico-sociaux m'ont permis de développer ma réflexion et mes observations. Ce Master nous aide à développer un esprit critique et à analyser des situations auxquelles nous sommes confrontés au quotidien en tant que professionnel. Donc, la prise de recul et l'étude de certains comportements m'a permis de réfléchir et de mettre en place des actions pour faire face à des situations singulières au sein de la structure. Au début du stage, j'ai pu me rendre compte de certains aspects puisque j'avais un regard neuf et extérieur. Au fur et à mesure, je me suis « habituée » à certaines pratiques professionnelles ce qui a pu biaiser mon raisonnement. Dès que possible, une prise de recul me semblait nécessaire pour maintenir une analyse critique de chaque situation.

Le Master Sciences Appliquées à l'Alimentation ouvre des champs de réflexion importants autour du vaste sujet qu'est l'alimentation. Ainsi, grâce à cette formation riche et complète, j'ai eu la capacité de développer des propos constructifs quant à l'organisation et au fonctionnement de ma structure d'accueil. Aussi, j'ai pu apporter mes opinions et mes avis constructifs quant aux interrogations actuelles de mon lieu de stage. Les informations que j'ai pu apporter et délivrer aux différents professionnels que j'ai côtoyé, permettront d'améliorer les futures prises en charge.

Ce master possède l'atout de pouvoir postuler à des métiers en tant que « chef de projet » ou « chargée de mission » alimentation. Je ne possédais pas de missions propres à cette fonction mais j'ai pu participer à la mise en place de menus issus de produits locaux. La mise en avant de produits locaux au sein des restaurations collectives scolaires me semble être un point essentiel et important à souligner, source de développement local et d'apprentissages aux enfants.

3. Mon positionnement

Tout le long de ce stage, j'ai dû me positionner à la fois en tant qu'étudiante en sociologie de l'alimentation et en tant que diététicienne-nutritionniste.

Ce Master en Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation me semble aller de pair et être complémentaire au BTS Diététique obtenu précédemment. Certains enseignements prodigués durant le BTS sont approfondis durant le Master ou, au contraire, des « leçons » manquantes dans cette formation initiale sont développés durant ce diplôme. Le caractère complémentaire de ces formations me semble être un point essentiel pour la suite de mon parcours professionnel. Grâce à ce stage, j'ai compris les bénéfices de ces deux formations. Cette « double casquette » m'a permis de répondre aux sollicitations de ma tutrice et des différentes personnes présentes sur mon lieu de stage. Mes collègues m'ont beaucoup apporté eux aussi tant par leurs connaissances que par leurs expériences.

Cependant, quelquefois ma position était difficile puisque je devais « naviguer » entre l'étudiante en sociologie et la diplômée en diététique. Face à un « régime » particulier ou à un menu à décliner, ma fonction de diététicienne-nutritionniste avait tendance à prendre le dessus sur celle d'étudiante. A l'inverse, lors d'observations ou d'entretiens, ma position en tant qu'étudiante en sociologie prenait le pas. Enfin, dans certaines situations, j'essayais de mêler au mieux cette complémentarité sans pour autant en mettre une en avant plus que l'autre. Finalement, en fonction des situations, je mobilisais davantage mes connaissances acquises en BTS ou en Master et essayer de mélanger au mieux ces dernières.

Avec du recul, je me rends compte que mon cursus universitaire peut-être un véritable atout pour la suite. Les connaissances complémentaires du BTS et du Master me semblent

pertinentes. Aussi, je me sens davantage « légitime » face aux autres professionnels grâce au Master en plus du BTS Diététique. Enfin, la maturité acquise durant ces dernières années par l'intermédiaire des stages me semble indispensable à ce jour. Les expériences supplémentaires ainsi que les compétences approfondies me permettent de me sentir prête à entrer dans la vie active. Cela n'était pas encore le cas quelques mois auparavant, ce qui me permet de voir le chemin parcouru.

*
**

Les côtés « étudiante en sociologie de l'alimentation » et « diététicienne-nutritionniste » ont mis en relief des avantages et des limites. Mon positionnement, plus ou moins facile à gérer au quotidien, me semble être un point important et intéressant pour la suite de mon parcours professionnel. Les missions confiées et construites conjointement avec ma tutrice de stage se sont relevées être enrichissantes et passionnantes.

Finalement, mon terrain de stage m'a permis de soulever un certain nombre d'interrogations. Des questionnements ont émergé au fur et à mesure que le stage se déroulait aboutissant à l'élaboration d'une problématique et d'hypothèses de recherche, que nous allons traiter à présent.

Chapitre 2 : Problématique et hypothèses

La revue de littérature a laissé transparaître des questionnements, des zones d'ombre pour comprendre la globalité de notre sujet de recherche. Ainsi, ces interrogations vont venir guider la suite de cet écrit puisque le terrain exposé a permis d'affiner ces points. J'exposerai donc dans ce chapitre la problématique et les hypothèses qui ont découlées de ce travail et notamment du terrain de stage.

1. Une réflexion aux plusieurs dimensions

Malgré le peu de recul que je peux avoir, je prends peu à peu conscience que mon lieu de stage a été un endroit où plusieurs dimensions, et, plus particulièrement, plusieurs démarches se sont jouées.

Premièrement, la démarche hypothético-déductive. Celle-ci est présente dans le cadre de mon mémoire puisqu'à partir du cadre théorique exposé en première partie, nous avons pu dresser des hypothèses qui sont testées par l'intermédiaire d'un terrain, en l'occurrence mon lieu de stage.

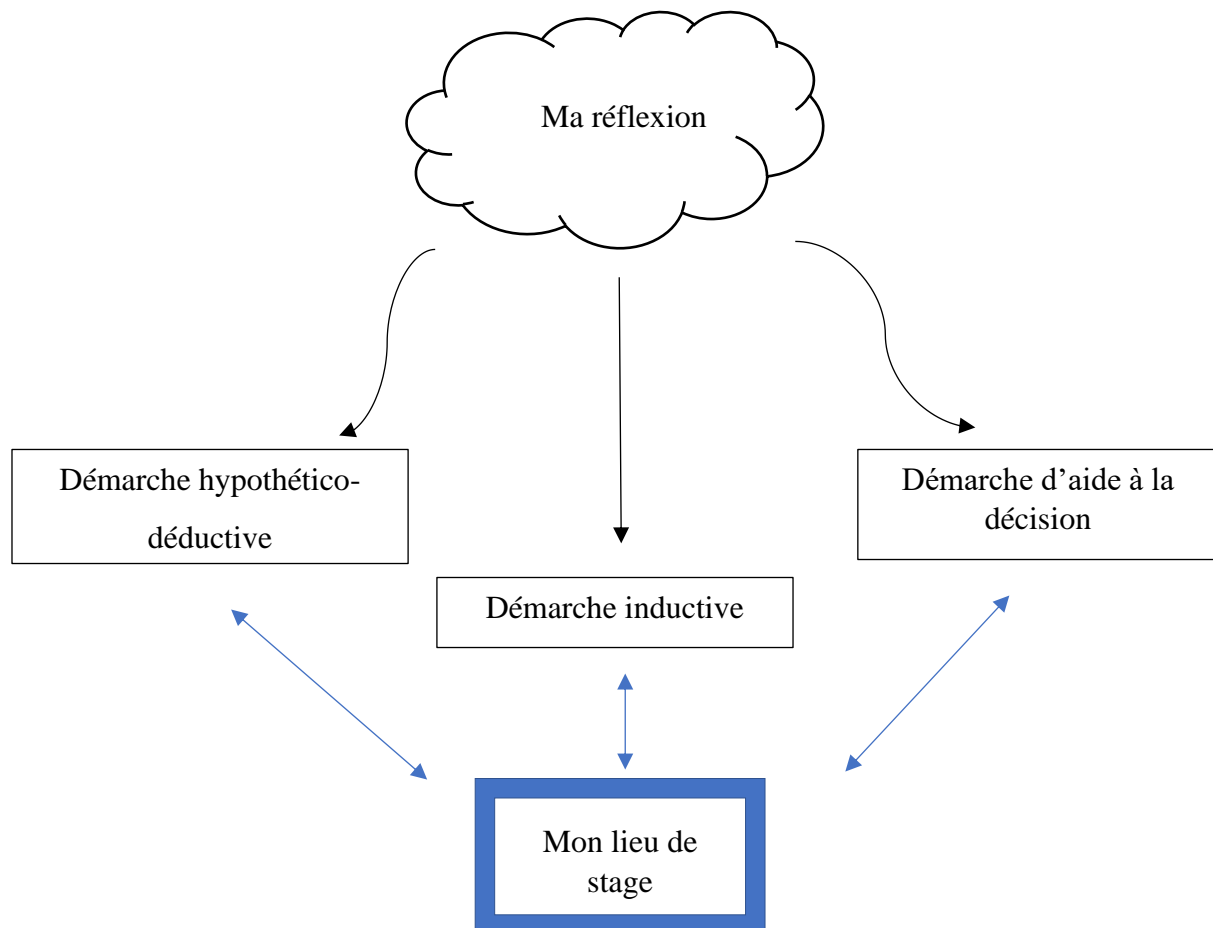
Comparé à l'année dernière où cette démarche avait été amorcée, cette année elle est plus présente et plus expérimentée. En effet, le stage s'est effectué en parallèle de la rédaction de ce mémoire. L'année dernière nos travaux ont été rendus avant le démarrage de nos périodes en immersion. Ainsi, le cadre théorique m'a permis d'aboutir à l'élaboration d'hypothèses de recherche, qui grâce à mon terrain, ont pu être étudiées. Cette démarche a notamment été employée pour les pratiques alimentaires des enfants en situation de handicap.

Aussi, ma réflexion a été complétée par une démarche inductive. Cette deuxième démarche est, quant à elle, basée sur des observations terrain et des échanges permettant d'aboutir à la construction d'hypothèses. Dès le début de mon stage, et surtout durant les premières semaines, j'ai pu apprendre, découvrir et obtenir des informations importantes par l'intermédiaire d'échanges et d'observations. Ainsi, j'ai construit des hypothèses de recherche avec pour appui

mon lieu de stage. Je dirais que cette démarche m'a permis d'étudier plus particulièrement les pratiques professionnelles, et donc de me focaliser sur les adaptations professionnelles.

Enfin, le travail mené revêt une dimension d'aide à la décision. Certes, ce stage s'est inscrit dans des démarches hypothético-déductives et inductives mais aussi dans une démarche d'aide à la décision puisque l'intégralité des résultats observés permettent de donner des réponses, ou du moins, des pistes d'actions à ma structure de stage. Les éléments transmis constituent une base à la mise en place d'opérations concrètes par la suite.

Figure 9 : Les dimensions de ma réflexion



Source : Elodie Pouyanné, 2022

2. Construction de la problématique

A. Quelques précisions

Avant de se lancer réellement dans le « vif du sujet », autrement dit dans le cœur de la recherche, quelques précisions s'imposent, notamment concernant la délimitation du terrain sur lequel cette dernière a été menée. Notre question de départ, à savoir « Comment les professionnels en institution s'adaptent pour faire face aux « problèmes » alimentaires des enfants en situation de handicap ? » a évoluée.

En effet, notre revue de littérature en première partie a laissé se dévoiler des éléments à éclaircir. Il ne s'agissait ici que d'un point de départ, comme son nom l'indique, dans la mise en place d'une recherche plus approfondie.

Les enfants sont des individus captivants. Public intrigant pour les sociologues, ils constituent la population que j'ai décidé d'étudier plus particulièrement. Les enfants ont des pratiques alimentaires singulières et évolutives. Elles changent au fur et à mesure du développement de l'enfant alors que d'autres, comme enracinées, ne tendent pas à s'effacer. Les enfants en situation de handicap dont nous faisons référence possèdent pour certains des pathologies (handicap mental par exemple), d'autres vivent dans des situations complexes (handicap social) ou d'autres encore se retrouvent en situation de surpoids ou d'obésité constituant un handicap également. Nous ferons donc référence à l'intégralité des situations de handicap possible durant la suite de ce travail, sans faire de distinction entre chacune d'entre-elles.

En parallèle de cela, des professionnels encadrent et entourent les enfants par l'intermédiaire d'actions quotidiennes. Dévoués et présents, ils participent au développement de l'enfant, chacun à leur échelle. Face à des enfants en situation de handicap, les professionnels ont des rôles majeurs et conséquents. Ils font preuves d'adaptations, à plusieurs niveaux. Ce sont précisément les adaptations en lien avec les repas que nous allons étudié plus en détails par la suite. Les repas sont des temps indispensables tant pour les dimensions physiologiques, symboliques, sociales ou encore culturelles qu'ils peuvent véhiculés. De ce fait, les professionnels interviennent de manière directe ou indirecte lors de ces moments-là en mettant en place des actions adaptatives.

Les enfants en situation de handicap ; les repas et leurs contextes ; ainsi que les actions adaptatives des professionnels ont constitué mes portes d'entrées et mes pistes de réflexion plus approfondies. Mon lieu de stage a constitué mon point d'appui et mon terrain. Les différents professionnels que j'ai rencontrés m'ont permis d'observer, d'analyser et de comprendre divers comportements. Cependant, des interrogations restaient présentes, sources d'analyses plus approfondies.

B. Problématique

Ainsi, au fil des lignes précédentes, nous avons pu toucher et prendre conscience de la complexité qu'il pouvait exister entre les enfants en situation de handicap et les personnes les aidant quotidiennement.

Le secteur médico-social aux caractéristiques nombreuses et parfois difficile à comprendre, s'est avéré être notre « lieu » de lecture. Il nous a permis de définir les professionnels auxquels nous faisons référence dans notre question de départ sans que nous puissions les caractériser initialement. La compréhension de ce secteur, important et largement présent en France, a été essentielle pour faire le lien avec le développement des thérapeutes y évoluant. Les professionnels en question ont été analysés plus finement pour pouvoir nous aider à percevoir l'intégralité des actions adaptatives qu'ils peuvent mettre en place face au public choisis dans le cadre de ce mémoire de recherche. Ces spécialistes ont fait l'objet d'entretiens individuels semi-directifs et d'observations, que nous exposerons dans la prochaine et dernière partie de ce travail, pour nous aider à saisir les adaptations professionnelles plus en détails.

Les « problèmes alimentaires » que nous évoquons dans notre question de départ se sont avérés être des particularités alimentaires. Donc, nous ne parlerons donc plus de « problèmes » alimentaires mais de particularités pour définir les pratiques alimentaires singulières des enfants en situation de handicap. Ces enfants dont de nombreuses situations existent, seront conjointement analysés et détaillés. Nous n'établirons aucune distinction entre les nombreuses situations que nous avons évoqué précédemment.

De multiples questions peuvent se poser : Comment les professionnels interagissent et aident les enfants en situation de handicap ? Les repas, qui rythment nos journées, et particulièrement celles des enfants, constituent-ils un lieu de lecture des adaptations professionnelles et si oui, comment ? Quelle est l'importance que les professionnels accordent

aux repas et comment ces derniers s'adaptent aux particularités alimentaires des enfants ? Cependant, nous avons dû faire un choix. Il s'est porté, comme les précédents paragraphes l'ont indiqué sur les adaptations des professionnels médico-sociaux lors des repas face aux enfants en situation de handicap. Au fur et à mesure de nos recherches, de nos questionnements et de nos échanges informels quotidiens dans le cadre de ce stage de fin d'études, ces questions ont été abordées. Cela a apporté des pistes de réflexion à la problématique suivante, qui est apparue progressivement :

Comment les professionnels du secteur médico-social accompagnent-ils les enfants en situation de handicap sur l'alimentation et/ou face à leurs particularités alimentaires ?

Afin de répondre à cette problématique des hypothèses doivent suivre. Le point suivant en est l'objet.

3. Exposition des hypothèses

Les hypothèses formulées par la suite résultent des lectures et des recherches bibliographiques exposées en première partie. Elles constituent des propositions argumentées par les données de notre état de l'art et de certaines observations ou entretiens exploratoires informels. Il s'agit de suppositions dont nous allons, ou pas, démontrer la véracité.

La première hypothèse s'intéresse à l'anticipation mise en place par les différents professionnels en amont des repas pour faire face aux particularités alimentaires des enfants en situation de handicap qu'ils accompagnent.

La seconde hypothèse concerne la formation initiale des professionnels puisque cette dernière tend à influencer les actions professionnelles effectuées.

Ces hypothèses s'accompagnent de sous-hypothèses afin de leur apporter davantage de précisions et de détails.

A. Hypothèse 1

Hypothèse 1 : Les professionnels accompagnent les enfants en situation de handicap sur l'alimentation en anticipant les repas.

- Sous hypothèse 1.1 : Les professionnels possèdent des connaissances sur un contexte de repas « propice » à la prise alimentaire (bruits, couleurs, textures, etc.).
- Sous hypothèse 1.2 : Les professionnels possèdent des informations sur les situations des enfants et leurs caractéristiques (handicap, comportements, attitudes, pratiques alimentaires, etc.) leur permettant de s'adapter.

B. Hypothèse 2

Hypothèse 2 : Les professionnels accompagnent les enfants en situation de handicap grâce à une formation initiale en alimentation.

- Sous-hypothèse 2.1 : Une formation initiale en alimentation permet de mieux s'adapter aux particularités alimentaires des enfants en situation de handicap.
- Sous hypothèse 2.2 : Une expérience professionnelle notable dans le milieu médico-social permet aussi de s'adapter aux particularités alimentaires de ce public.

**

Les différentes et complémentaires démarches exposées dans le premier point de ce chapitre reflètent le caractère pluriel de ce mémoire. Chaque dimension a enrichi la réflexion et des opportunités ont été saisies pour avancer dans l'exercice demandé. Toute cette attention nous a permis d'élaborer une problématique et des hypothèses de recherche que nous venons d'exposer.

Quelle méthodologie mettre en place ? Pour quelle(s) raison(s) ? Voyons à présent, le choix méthodologique opéré.

Chapitre 3 : Méthodologie pour répondre à la problématique et aux hypothèses

Les Sciences Humaines et Sociales possèdent deux types de méthodes mobilisables pour répondre aux multiples interrogations. Nous avons choisi d'aborder ces méthodes et d'approfondir la méthode qualitative choisie pour répondre à notre problématique.

Avant toute chose, il nous semble important de rappeler que le choix méthodologique s'effectue en fonction du projet de recherche. En effet, à la suite de la délimitation de l'objet d'étude et à la création d'une problématique, la nature de l'enquête envisagée est précise. Ensuite, en fonction des personnes suivies, du cadre de la recherche ainsi que de l'approche choisie, une sélection de méthode s'effectue.

1. La méthode quantitative

En France, dans les années soixante, la sociologie a eu recours à des outils de données quantitatives comme « *moyen privilégié d'appréhension des faits sociaux* » (De Singly, 2005, p. 7). Les études quantitatives sont des méthodes d'enquête permettant de quantifier des faits sociaux. Elles permettent de mesurer les comportements et les opinions. De ce fait, ces études mettent en avant le poids des déterminismes sociaux, c'est-à-dire l'influence que peuvent avoir l'âge, le sexe, la profession ou d'autres variables encore, sur le comportement et la manière d'agir des individus ³⁷.

Le principal outil de ce type de méthode est le questionnaire. Ce dernier a pour but de collecter des informations, et plus précisément des réponses aux questions qui sont posées (Blanchet et Gotman, 2010). Les réponses sont, la plupart des cas, enregistrées à l'aide d'un outil informatique dans le but de les traduire sous forme statistiques : graphiques, diagrammes, etc. Au préalable, il est important que le questionnaire soit administré à un échantillon de personnes représentatif. Plusieurs étapes sont à respecter pour le mettre en place, à savoir la

³⁷ Oliveira Diana. *Etudes / Méthodologie quantitative*. Cours de Master 1 SSAA - MIRC. ISTHIA, Université Toulouse Jean-Jaurès, 2021.

définition de l'objet de l'enquête et des hypothèses qui lui sont associées, l'identification de la population, le choix du type d'enquête ou encore le mode d'administration ³⁸.

Le questionnaire est un outil intéressant puisqu'il permet d'interroger un grand nombre de personnes, ce qui aboutit à une généralisation possible des résultats et à une vue d'ensemble pertinente dans les analyses. La puissance descriptive est certaine et l'explication causale possible. Comme tout outil, il possède aussi des limites. Les données obtenues par l'intermédiaire des réponses des interviewés peuvent être superficielles et peu approfondies. Un temps important est nécessaire pour mettre en place les consignes et les questions, pouvant amener des lourdeurs techniques lors des premières utilisations. Autre limite que nous relevons est l'interprétation subjective de certaines réponses ³⁹.

L'autre méthode, que l'on oppose souvent à la méthode quantitative, est la méthode qualitative. Nous allons nous pencher sur celle-ci à présent.

2. La méthode qualitative

La méthode qualitative est une méthode d'enquête elle aussi. Elle permet de décrire, comprendre et d'expliquer les faits sociaux. Grâce à elle, nous arrivons à comprendre le sens des pratiques individuelles, les représentations, etc. ⁴⁰. Cette méthode permet de recueillir des informations approfondies ce qui rend possible la compréhension de logiques subjectives. Il y a un regain d'intérêt pour cette méthode particulièrement en sociologie ces dernières années.

La méthode qualitative possède deux outils qui sont particulièrement utilisés : l'entretien et l'observation. Il nous semble important de rappeler que les focus group et les récits de vie sont aussi des outils présents dans ce type de méthodologie. Les entretiens et les observations se réalisent auprès d'un petit nombre de personnes, en comparaison avec le questionnaire par exemple. Ils mettent en avant des logiques subjectives et non pas des variables générales.

La méthode qualitative, par l'intermédiaire de ces deux outils notamment, saisit en profondeur un phénomène social et apporte des données approfondies sur les comportements.

³⁸ Oliveira Diana. *Etudes / Méthodologie quantitative*. Cours de Master 1 SSAA - MIRC. ISTHIA, Université Toulouse Jean-Jaurès, 2021.

³⁹ Rochedy Amandine. *Etudes qualitatives*. Cours de Master 1 SSAA - MIRC. ISTHIA, Université Toulouse Jean-Jaurès, 2021.

⁴⁰ Rochedy Amandine. *Méthodologie de recherche*. Cours de Master 2 SSAA. ISTHIA, Université Toulouse Jean-Jaurès, 2022.

L'entretien et l'observation s'adressent à des individus hétérogènes avec des variabilités inter-individuelles. L'échantillon peut être représentatif sous certaines conditions c'est-à-dire la comparaison entre plusieurs terrains ou la répétition d'informations obtenues grâce aux interviewés autour d'un même sujet ⁴¹.

La Méthode de Recherche Qualitative, abrégé MRQ, possèdent plusieurs techniques de collecte et d'analyse de données (Mucchielli, 2011 cité par Kohn et Christiaens, 2014). Elles permettent de « *comprendre certaines expériences personnelles et à expliquer certains (aspects de) phénomènes sociaux tels que la santé et la maladie* » (Kohn et Christiaens, 2014, p. 68).

Analysons de plus près l'entretien, puis l'observation.

A. L'entretien : approfondissement par rapport à l'an passé

L'entretien provoque dans tous les cas un discours (Blanchet et Gotman, 2010). Ce dernier peut prendre plusieurs formes, à savoir :

- Directif : un entretien directif est un entretien durant lequel les questions sont organisées et élaborées. L'enquêteur donne le rythme et l'enquêté répond aux questions qui lui sont posées (Zagre, 2013).
- Semi-directif : un entretien semi-directif se situe entre l'entretien directif et libre. L'enquêteur a préparé en amont un guide d'entretien sur lequel il s'appuie tout en étant flexible face aux réponses obtenues par son enquêté. Il s'empare des réponses données pour rebondir et approfondir certains points (Zagre, 2013).
- Libre : un entretien libre est un entretien durant lequel l'enquêteur pose des questions larges et libres. L'enquêté ne connaît pas le sujet en amont (Zagre, 2013).

L'entretien semi-directif est l'outil qui sera mobilisé pour répondre à la problématique et aux hypothèses fixées. Il nous semble être pertinent de le mobiliser dans le contexte de cette recherche car il va nous permettre d'échanger avec des professionnels en s'appuyant sur un guide d'entretien déjà établi à partir de nos recherches. Comme le dit Rousseau, « *l'art d'interroger n'est pas si facile qu'on pense. [...] ; il faut avoir déjà beaucoup appris de choses pour savoir demander ce qu'on ne sait pas* » (Rousseau, 1861, p. 292). Grâce aux propos

⁴¹ Rochedy Amandine. *Etudes qualitatives*. Cours de Master 1 SSAA - MIRC. ISTHIA, Université Toulouse Jean-Jaurès, 2021.

recueillis, des questions supplémentaires pourront être posées, venant enrichir celles préalablement préparées.

Pour donner suite à la méthodologie qualitative, mise en place l'année dernière par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs, des enseignements ont été tirés. La prise de contact et l'élaboration du guide d'entretien ont évolué. La prise de contact faite par mail l'année précédent, a été réalisée cette année directement face aux professionnels. Aussi, l'élaboration du guide d'entretien a été effectuée de manière plus assidue et anticipée. Enfin, les retranscriptions étant longues et fastidieuses, elles n'ont pas été faites cette année. Le nombre d'entretiens réalisés, associés à des observations, justifient ce choix.

B. L'observation : nouveauté dans cette recherche

L'observation est un autre outil de la méthode qualitative. C'est une technique consistant à porter une attention systématique sans jugement, sans interprétation sur un objet d'étude : une personne ou un groupe de personnes, une activité précise, un lieu, un événement ou encore sur une situation ⁴².

Le but de l'observation est « *de trouver une signification sociologique aux données recueillies, de les classer et de mesurer leur degré de généralité* » (Peretz, 2004, p. 6). Tout comme l'entretien, il y a différents types d'observations :

- Observation participante. Il s'agit d'une observation durant laquelle le chercheur s'intègre au groupe qu'il étudie et participe à leurs activités ⁴³.
- Observation non participante. Le chercheur « observateur » adopte l'attitude la plus discrète possible pour ne pas influencer les comportements des individus qu'il analyse. Il n'intervient pas durant son temps d'observation ⁴⁴.
- Observation directe. Les observations directes permettent d'étudier « *les acteurs en situation et [...] saisir les pratiques sociales en temps réel* » (Arborio, 2007, p. 26).

⁴² Rochedy Amandine. *Méthodologie de recherche*. Cours de Master 2 SSAA. ISTHIA, Université Toulouse Jean-Jaurès, 2022.

⁴³ Norimatsu Hiroko et Cazenave-Tapie Pascal. *Techniques d'observation en Sciences humaines et sociales*, 2017. [En ligne]. Disponible sur : [Techniques d'observation en Sciences humaines et sociales \(archives-ouvertes.fr\)](https://archives-ouvertes.fr) Consulté le 23/06/2022.

⁴⁴ Norimatsu Hiroko et Cazenave-Tapie Pascal. *Techniques d'observation en Sciences humaines et sociales*, 2017. [En ligne]. Disponible sur : [Techniques d'observation en Sciences humaines et sociales \(archives-ouvertes.fr\)](https://archives-ouvertes.fr) Consulté le 23/06/2022.

- Observation indirecte. Les observations indirectes sont basées sur les informations rapportées au chercheur par une tierce personne. La source est indirecte ⁴⁵.

Les différents types d'observations nous permettent de comprendre les atouts et les inconvénients de chacune d'entre elles. Les observations indirectes peuvent être critiquées par le fait que les propos rapportées peuvent être erronés ou mal interprétés. Quant aux observations participantes, elles peuvent avoir pour intérêt d'intervenir en cas d'interrogations. Mais les individus observés peuvent modifier leurs comportements par la présence du chercheur. Ce qui peut constituer un atout pour mener des observations non participantes.

3. La complémentarité des méthodes

Les méthodes qualitatives et quantitatives ont souvent été opposées. En effet, durant des années, elles ont été vues comme contraires et non pas comme complémentaires. Cependant, nous pouvons voir qu'elles ont des intérêts à être rapprochées.

Tout d'abord, étant donné qu'une analyse peut être plus complète par une utilisation conjointe des méthodes exposées. Des observations ou des entretiens peuvent tout à fait trouver leur place et démontrer leurs intérêts en amont d'une méthodologie quantitative pour découvrir un vocabulaire adéquat, repérer des futures réponses à choix multiple, etc. A l'inverse, la méthodologie qualitative peut venir à la suite d'un questionnaire pour explorer plus finement certains propos recueillis.

Aussi, la complémentarité des méthodes peut être justifiée car il n'y a pas de hiérarchie à faire entre une méthodologie qualitative et quantitative. L'une n'est pas « meilleure » que l'autre. Elles ne permettent pas le même niveau d'analyse, d'où le fait qu'elles sont plutôt complémentaires que concurrentes.

Finalement, nous nous rendons compte que ces méthodes sont complémentaires et qu'une analyse hybride, mêlant à la fois la méthode qualitative à la méthode quantitative, permet de mieux appréhender les faits sociaux, dont chaque méthode ne saisit que certains aspects.

Dans le cadre de cet exercice, une analyse qualitative puis quantitative pouvait être proposée. En effet, les résultats obtenus par l'intermédiaire des entretiens et des observations

⁴⁵ Unipsed.net. *Observation*. [En ligne]. Disponible sur : [Observation · UNIPSED](#). Consulté le 23/06/2022.

menés cette année, pourraient tout à fait être complétés par ceux recueillis à plus grande échelle via un questionnaire. Par exemple, un questionnaire pourrait être adressé à un grand nombre de professionnels nous permettant d'aller plus loin dans nos résultats. Cependant, le temps imparti n'a pas rendu possible cette analyse hybride avec la mobilisation des deux méthodes.

4. Méthodologie mise en place cette année

Cette année, comme nous venons de le préciser, des entretiens et des observations ont été réalisés afin d'appuyer les propos récoltés. Les observations que nous avons effectuées vont porter à la fois sur les adaptations professionnelles et à la fois sur les pratiques alimentaires des enfants. Les deux outils mobilisés ces derniers mois viennent approfondir, peaufiner et compléter la méthodologie mise en place l'année dernière dans le cadre du mémoire du Master 1. Des observations ont pu être réalisées puisqu'elles semblaient indispensables, réalisables et pertinentes durant les six mois de stage. Des entretiens ont également trouvé leurs places pour récolter les discours des professionnels, que j'ai choisi d'étudier plus particulièrement cette année.

La méthode qualitative que nous avons mis en place nous semble particulièrement pertinente pour plusieurs raisons. Tout d'abord car elle récolte des propos finement, facilitant l'étude des comportements humains. C'est grâce aux entretiens que nous allons comprendre le sens que donne les professionnels à leurs pratiques. Nous allons comprendre leurs visions et leurs représentations. Cette méthode nous paraît aussi pertinente car les observations viennent accentuer les propos recueillis par les enquêtés lors des entretiens semi-directifs. Ces observations vont venir soutenir les propos des professionnels ou, au contraire, mettre en lumière de nouveaux éléments visibles dans leurs pratiques. Enfin, la méthode qualitative nous permet d'interroger les professionnels de santé et les autres professionnels intervenant autour des enfants, source de propos variés et enrichissants.

Le tableau ci-dessous répertorie les principaux avantages et limites des entretiens et des observations menés cette année. La méthodologie mise en place durant ces derniers mois peut être critiquée. En effet, je peux mettre en avant le manque de temps face aux exigences demandées et aux engagements pris. Aussi, je suis consciente du peu de professionnels

interrogés, ce qui peut constituer une limite quant à ma recherche. Enfin, je m’interroge quant à la réalisation d’entretiens auprès de professionnels à une plus large échelle, ce qui peut constituer une porte d’entrée pour la continuité.

Tableau 2 : Principaux avantages et limites des entretiens et des observations

Outils	Avantages	Limites
Entretiens	Les entretiens permettent de recueillir des propos intéressants et enrichissants. Les entretiens semi-directifs possèdent l’avantage de pouvoir rebondir sur certains propos recueillis pour compléter le guide d’entretien initial et l’enrichir.	Les retranscriptions, à partir d’enregistrements ou de prises de notes peuvent être lourdes et fastidieuses. La subjectivité d’analyse et la non-généralisation possible des résultats sont des limites aux entretiens.
Observations	Les observations permettent de voir certains pratiques ; et l’accord (ou pas) entre discours et pratiques. Diverses observations sont possibles en fonction de situations diverses se présentant : pratiques alimentaires des mangeurs, pratiques professionnelles, etc.	Lors de certaines observations, une mauvaise interprétation est possible. Il faut veiller à ce que l’interprétation soit faible. Certaines informations peuvent nous échapper lors des observations (bruits, cadre, contexte, etc.). Enfin, l’intervention de l’enquêteur ou sa simple présence peut modifier les comportements des personnes observées.

Source : Elodie Pouyanné, 2022.

Ce tableau met en relief les avantages et limites majeures des entretiens et des observations que j’ai réalisés. Finalement, nous nous rendons compte que la méthode qualitative possède

plusieurs outils qui peuvent être complémentaires. Un entretien peut être parfaitement complété par une observation et inversement. Etudions à ce propos comment les outils ont été articulés, entre phases exploratoires et probatoires.

A. Phase exploratoire

La phase exploratoire est une phase que l'on peut qualifier de « test ». Cette phase, précède la phase probatoire, permet de tester certains outils, de modifier certains de nos axes de développement ou encore de nous rendre compte de certaines limites. Ainsi, elle est importante puisqu'elle permet de revenir sur des éléments théoriques, d'approfondir certains points et d'améliorer les outils mis en place.

Cette année, la phase probatoire s'est essentiellement déroulé durant le mois d'avril. Un mois après mon arrivée en stage, un premier séjour thérapeutique a eu lieu constituant ma phase exploratoire de recherche. J'ai pu peaufiner mes outils de collecte de données et obtenir des éléments essentiels à la poursuite de mes recherches.

Après du recul cette phase n'est pas à mettre de côté et constitue une base essentielle à la recherche en tant que telle.

B. Phase probatoire

La phase probatoire de notre étude a suivi la phase exploratoire : de fin juin-début juillet jusqu'à fin août. Cette phase n'est pas une étape de repère ou de test, mais une phase rigoureuse dont le but est de prouver, d'obtenir des résultats, etc.

C'est durant cette période que nous avons pu mettre en application nos outils, récolter les premiers résultats et commencer l'analyse. Cette phase est vectrice d'enseignements, à la fois méthodologiques et pratiques. Sans elle, la recherche n'est rien.

La phase probatoire a duré plus de deux mois et reste l'une des périodes les plus formatrice. Les réponses obtenues et l'évolution de la méthodologie de recherche sont des éléments particulièrement pertinents à souligner, que cette phase a rendue possible.

5. Élaboration des observations et du guide d'entretien

Dans le cadre de ce Master 2, une méthodologie qualitative a été privilégiée pour répondre à notre problématique et nos hypothèses. Elle nous semble être la méthodologie la plus adaptée. Ainsi, nous allons étudier plus en détails comment les observations et les entretiens se sont mis en place.

A. Les observations

a. Pourquoi ?

Décrites précédemment, les observations permettent d'étudier les faits dans des contextes sociaux. Le chercheur se trouve intégré à des contextes et décide de les analyser afin d'obtenir des réponses à ses interrogations.

J'ai décidé de mener des observations de deux types : des observations de professionnels et des observations de mangeurs, pour répondre à mes questionnements.

Les observations de professionnels m'ont permis d'obtenir des éléments sur les pratiques professionnelles que j'ai décidé d'étudier en détails dans le cadre de cet exercice.

Les observations de mangeurs m'ont aidé à comprendre certaines spécificités alimentaires des enfants en situation de handicap.

b. Comment ?

Afin de mener des observations, j'ai dû dans un premier temps sélectionner le type d'observations que je souhaitais mener. Après réflexion et au vu du contexte de mon stage, j'ai décidé de mettre en place des observations directes participantes et non participantes. Les mangeurs et les professionnels étaient au courant de ma présence.

Souvent, j'étais la plus discrète possible pour pouvoir les observer sans que ma présence ne puisse modifier leurs comportements et leurs attitudes.

D'autres fois, je partageai mon repas avec eux et je prenais part à la discussion.

c. Apports et limites

Les observations ont été vectrices de sources d'informations puisque grâce à elles j'ai pu obtenir certaines informations concrètes sur les pratiques alimentaires des enfants. Aussi, j'ai pu me rendre compte concrètement des dissonances possibles entre discours et pratiques : recommandations nutritionnelles et pratiques alimentaires des mangeurs par exemple. Enfin, les observations ont été pour moi l'occasion de mettre en pratique les enseignements appris durant le Master et d'approfondir ma méthodologie de recherche.

A contrario, les observations non participantes ont surtout été réalisées au début de mon stage, grâce à mon regard « extérieur » face aux différentes problématiques présentes dans les institutions. Les observations participantes ont été essentiellement menées lors des séjours thérapeutiques du mois de juillet et d'août. Avec du recul, peut-être que des observations, davantage étalées dans le temps, auraient étoffer les éléments recueillis. Aussi, des observations sur plusieurs établissements accueillants des enfants en situation de handicap et professionnels les accompagnants, auraient enrichies mes analyses.

B. Les entretiens

a. Pourquoi ?

Les entretiens, appartenant eux aussi à la méthodologie qualitative, sont des outils permettant la récolte de propos. Tout comme l'observation, plusieurs types d'entretiens sont réalisables : entretiens directifs, semi-directifs ou libres.

Mobilisés dans le cadre du mémoire de Master 1, cette année aussi des entretiens ont aussi été menés notamment auprès des professionnels afin de recueillir des discours que j'ai ensuite analysé. Cette année encore, j'ai décidé de mener des entretiens semi-directifs. Ce type d'entretien, que je souhaitais remettre en pratique, a rendu possible la collecte de propos aiguillant ma réflexion et mon cheminement (cf. Annexe B : Guide d'entretien).

b. Comment ?

Pour mener des entretiens, une préparation en amont est particulièrement importante. Il faut dans un premier temps, sélectionner les personnes à interroger. Prendre contact avec eux, voire les relancer, ce qui prend plus ou moins de temps. En parallèle, il faut établir un guide d'entretien qui sera la trame et le point d'appui durant l'entretien en lui-même. Une fois le guide établi et les premières réponses obtenues, l'entretien semi-directif se mène. Pour cela, il faut

prendre appui sur le guide élaboré et rebondir sur les propos annoncés. Plus le nombre d'entretiens est important, plus le guide s'étoffe et devient particulièrement intéressant.

En aval de l'entretien, la retranscription et l'analyse sont plus ou moins longues. Ces étapes demandent du temps pour être réalisées correctement. La mise en place d'entretiens est donc une méthodologie de recherche particulièrement fastidieuse, ce qu'il ne faut pas négliger avant de la réaliser.

c. Apports et limites

Les entretiens m'ont permis d'obtenir des discours sur les pratiques professionnelles et donc, de répondre à certaines de mes interrogations. De plus, j'ai pu consolider certains éléments méthodologiques que j'avais commencé à mettre en place l'année dernière. Enfin, cela m'a permis de me rendre compte de la complémentarité des méthodes, puisque l'utilisation des observations et des entretiens a été enrichissante pour moi.

A côté de cela, les entretiens sont des outils lourds à mettre en place et à analyser. Par une durée limitée de stage, l'organisation doit être parfaitement établie pour avoir suffisamment de temps d'analyse derrière. Malgré le fait d'avoir soulevé ce frein l'année dernière, il s'agit d'une limite présente également cette année. Enfin, les discours recueillis et leurs analyses ne permettent pas une généralisation des résultats. Une période plus longue accompagné d'un plus grand nombre de professionnel m'aurait permis de perfectionner ce point.

6. Réalisation des entretiens et des observations

Pour tendre à une organisation régulière et rigoureuse, nous avons mis en place un échéancier de travail. Ce dernier possède l'avantage de voir les étapes passées et celles à venir. Ci-après l'illustration en question.

Figure 10 : Echancier de travail

		Master 2 Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation (SSAA)									
		Déc.	Janv.	Fév.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Août	Sep.
Revue de littérature	Recherche documentaire	A partir de l'état de l'art précédent, approfondir la recherche documentaire									
	Lectures	Poursuivre les lectures									
	Prise de notes Exploitation idées	Reprendre certaines idées et notes			Approfondir les idées et en trouver de nouvelles à exploiter						
Terrain exploratoire	Réflexion		S'appuyer sur les entretiens exploratoires menés en M1 et en réaliser de nouveaux								
	Prise de contact			Reprendre les analyses faites	Continuer la réflexion et l'analyse						
	Entretien Retranscription Analyse										
Terrain probatoire	Réflexion / Création des outils			Début stage	Modifications suite à la phase exploratoire						
	Prise de contact	Recherche de stage			Prise de contact en amont des entretiens/observations réalisés						
	Entretiens					Réalisation d'entretiens (~ 10)					
	Observations					Réalisation d'observations (~ 30)					
	Analyses					Analyses des entretiens réalisés et des observations menées					
Ecriture du mémoire	Partie I				Rédaction de la partie I						
	Partie II				Rédaction de la partie II						
	Partie III							Rédaction de la partie III			
	Introduction et conclusion Relectures										Rédactions
Rendu final	Impression										1e 05/09
	Rendu										1e 06/09
	Soutenance										1e 21/09

Source : Elodie Pouyanné, 2022

*
**

Grâce à ce chapitre, nous avons pu rappeler les principaux avantages et limites des méthodes quantitatives et qualitatives. Nous avons pu exposer la méthodologie que nous avons mise en place tout en rappelant l'approfondissement par rapport à l'année dernière. Nous avons insisté sur la complémentarité des méthodes et sur l'élaboration des outils mobilisés.

Maintenant, consacrons la dernière partie de ce mémoire de recherche aux analyses des entretiens (cf. Annexe C : Fiche synthèse d'un des entretiens menés) et aux observations effectués (cf. Annexe D : Fiche synthèse de l'ensemble des observations menées).

PARTIE III -
TERRAIN DE RECHERCHE, RÉSULTATS
ET RETOURS RÉFLEXIFS

Introduction à la partie III

Tous ces petits mangeurs et professionnels ont été une source de réflexion importante. Les moments partagés à leur côté, par l'intermédiaire de mon terrain, se sont révélés être une source d'information importante au quotidien. Ainsi, ce travail se termine et reflète l'investissement ayant eu lieu.

Terminons le travail entamé. La première partie théorique en lien avec nos lectures a été l'occasion de prendre connaissance de la littérature étoffée ou, des fois plus profane, sur la thématique choisie « Alimentation et Handicap ». À la suite de cela, la description de mon lieu de stage en lien avec les missions déterminées a conduit à la problématique et aux hypothèses de recherche illustrée par la méthodologie. Ainsi, à présent regardons et analysons de plus près les entretiens et les observations menées.

Chapitre 1 : Première hypothèse -

Les professionnels anticipent les repas pour accompagner les enfants en situation de handicap face à leurs particularités alimentaires

La problématique et les hypothèses ayant été annoncées, analysons-les de plus près. Pour cela, nous allons revenir sur la première hypothèse et les deux sous-hypothèses associées. Nous apporterons les éléments recueillis sur le terrain pour les illustrer.

1. Rappel de notre hypothèse et des sous-hypothèses qui l'accompagne

Commençons par reprendre la première hypothèse à laquelle nous nous intéressons. Celle-ci est, pour rappel :

Les professionnels accompagnent les enfants en situation de handicap sur l'alimentation en anticipant les repas.

Pour cela, ils possèdent des connaissances sur un contexte de repas « propice » à la prise alimentaire. Ainsi, ils ont la capacité de pouvoir être attentifs aux bruits, couleurs ou encore textures qu'ils proposent aux enfants. En fonction des comportements à table, ils adaptent l'environnement et le contexte du repas pour que ce dernier se déroule de manière la plus adaptée possible aux besoins des enfants.

Aussi, les professionnels possèdent des informations et des éléments sur les situations des enfants leur permettant de s'y adapter. La maladie, le comportement, les attitudes ou encore certaines pratiques alimentaires (en lien ou pas avec le handicap), figurants dans le dossier de l'enfant ont l'avantage d'aiguiller les professionnels quant à leur actions quotidiennes.

Nous commencerons par évoquer le contexte alimentaire « propice » à l'alimentation de ces jeunes. Ensuite, nous nous intéressons aux informations importantes guidant les professionnels dans leurs pratiques.

A. Un contexte alimentaire propice : sous-hypothèse 1.1

a. Ce que mettent en avant nos lectures et nos recherches théoriques

L'anticipation des repas que traite notre première hypothèse, peut-être effectuée par différents professionnels. C'est d'ailleurs pour cette raison que j'ai décidé d'interroger des professionnels dont les domaines de compétences sont variés pour pouvoir me rendre compte que l'anticipation alimentaire est un sujet largement partagé ; de même que l'alimentation de manière générale. Celle-ci peut-être également observée puisque certaines actions peuvent être faites en amont des repas, et visibles pour la personne qui les observent.

Nos recherches mettent en avant que le contexte dans lequel se déroule le repas est tout aussi important que la prise alimentaire en tant que telle. En effet, le fait qu'il y est plus ou moins d'agitations ou que le repas servi donne « envie » d'un seul coup d'œil, sont des éléments importants à prendre en compte. Aussi, la place autour de la table ainsi que les équipements présents sont des éléments essentiels aux impacts importants pour l'alimentation des jeunes enfants.

b. Ce que met en avant le terrain

Les professionnels ont plus ou moins conscience que le contexte dans lequel se déroule le repas peut avoir un impact sur le comportement alimentaire de l'enfant.

Grâce à mes observations, certains repas se déroulent dans un réfectoire bruyant. Les enfants sont plus ou moins nombreux, certains peuvent parler plus ou moins fort, d'autres peuvent être atteints de troubles, etc. Rapidement, certains repas sont désagréables. Cependant, les professionnels n'ont pas forcément tendance à remarquer cela et, encore moins, à se rendre compte de l'impact néfaste que cela peut avoir sur le comportement alimentaire des enfants qu'ils encadrent. Cette affirmation est issue d'observations car en leur posant la question « *Pensez-vous que le contexte du repas a un impact sur la prise alimentaire ?* » ou « *Etes-vous conscient que le contexte dans lequel se déroule le repas a un impact sur la prise alimentaire ?* » ils n'évoquent pas les bruits, agitations ou stimulations qu'il peut y avoir ; ce qui prouve qu'ils l'oublie voir même n'en ont peu conscience. En développant mes propos et en avançant des exemples, les professionnels réfléchissent et annoncent « *Maintenant que tu le dis, oui je pense.* » (Me P., Enseignante en Activité Physique Adaptée).

De part divers échanges, Me S. (agent de service et de restauration) met en avant combien le contexte du repas a un impact, selon elle, sur le comportement alimentaire des enfants. Elle

remarque que certains enfants ont besoin de se protéger du bruit (port d'un casque). Dans le même sens, elle ajoute que certains sont aussi sensibles aux couleurs ou aux textures. Elle a déjà remarqué, lors de précédents séjours, que des enfants refusent de manger des aliments car la texture ou la couleur ne leur plaît pas. Très rapidement, elle repère les enfants pour lesquels l'alimentation peut être un sujet complexe et qui mérite davantage d'attention. Elle essaie de s'adapter de la meilleure façon possible et avec les moyens dont elle dispose.

Mes observations mettent en relief que les agents de service et de restauration sont particulièrement attentifs aux besoins des enfants et n'hésitent pas à modifier leurs attitudes pour satisfaire les demandes spécifiques des enfants en situation de handicap et/ou des besoins communs. Ainsi, Me S. par exemple, demande à la cheffe de cuisine l'autorisation de remplacer un aliment qui n'est pas apprécié par un autre qui le sera davantage. Elle n'hésite pas à questionner l'enfant et à entrer en interaction avec ce dernier pour connaître ses goûts et ses envies afin de proposer des choses plus en adéquation avec son répertoire alimentaire.

Lors d'une autre observation, je me rends compte que l'agent de restauration et de service présent, met de côté certains aliments susceptibles de plaire au plus grand nombre. Cette personne m'explique que quand certains repas ne sont pas ou peu consommés, elle propose des alternatives ou d'autres produits pour que l'enfant mange. C'est l'une de ses priorités. Ainsi, elle demande des compotes ou des fromages supplémentaires qu'elle garde dans « l'office » en cas de besoin. Ainsi, quand un enfant ne s'alimente pas ou moins qu'habituellement sur un repas, elle lui propose autre chose qu'elle a réservait, sous l'accord des éducateurs et infirmiers.

Aussi, la présentation des plats et/ou des assiettes fait partie intégrante d'un contexte propice au fait de s'alimenter. Le temps en amont du service a un réel intérêt sur la présentation des plats. Ce temps permet d'améliorer l'aspect de certains mets qui sont ensuite servis. Ainsi, si la présentation est soignée, le plat attire l'enfant et lui donne envie de manger. A l'inverse, un plat mal présenté ou une assiette déposée, attirera moins le mangeur. Me G., cheffe de cuisine, témoigne que :

« La présentation des plats fait partie des adaptations professionnelles que je mets en place. J'essaie de servir des plats qui donnent envie puisque la présentation est très importante ».

Cette phrase est particulièrement pertinente et répond bien à l'hypothèse annoncée. L'anticipation des repas est l'un des moyens utilisé pour accompagner les enfants en situation de handicap dans leur alimentation et pour faire face à leurs particularités alimentaires. L'attention accordée par certains professionnels sur les enfants en situation de handicap est-elle suffisante ? Les adaptations professionnelles sont-elles convenables ?

c. Ce que l'on peut retenir

Finalement, nous nous rendons compte que le fait d'anticiper les repas est une adaptation professionnelle face aux particularités alimentaires des enfants en situation de handicap. Que faire pour que cette adaptation soit réellement avantageuse ?

Après réflexion, nous pensons qu'il serait judicieux de rappeler régulièrement et aux diverses équipes l'importance du contexte du repas. En effet, les professionnels n'ont pas conscience de certains éléments et un rappel peut s'avérer opportun. Le turn-over des professionnels au sein des structures médico-sociales est tel, que tous ne semblent pas être au courant et/ou formé sur ce sujet.

Lors des temps d'échanges entre équipes, nommés transmissions ou réunions, le sujet « alimentation » est régulièrement présent. De ce fait, une personne en charge de la restauration peut prendre la parole et souligner le caractère important du contexte dans lequel se déroule les repas.

Chaque professionnel a son rôle à jouer. Par exemple, les professionnels médicaux et paramédicaux peuvent rappeler l'impact de l'alimentation sur la santé. A côté de cela, les agents de service et de restauration sont capables de souligner le « fait maison » ou le caractère local de certains produits auxquels les jeunes enfants sont de plus en plus sensibilisés.

Certes, il y a les professionnels qu'il faut sensibiliser et mobiliser, mais il y a aussi les enfants. Le public accueilli a lui aussi son point de vue et son « mot à dire ». Les commissions menus, une à deux fois par an (selon les besoins et les possibilités), semblent être des moments adéquats pour que les jeunes puissent s'exprimer. Avec une préparation en amont, ces temps d'échanges peuvent permettre l'amélioration de l'alimentation servie. Il s'agit d'un point essentiel et important à souligner.

B. Les informations à disposition des professionnels : sous-hypothèse 1.2

a. La théorie...

Les professionnels qui travaillent auprès des enfants connaissent certains éléments de leurs situations, de leurs histoires et leurs comportements. Ces informations peuvent être présentes dans le dossier de l'enfant par exemple. Aussi, certaines d'entre-elles peuvent être transmises par la famille ou par l'enfant lui-même. Toutes ces informations sont essentielles pour pouvoir anticiper l'accompagnement, dont l'alimentation, de la meilleure façon possible.

La culture alimentaire, le répertoire alimentaire de l'enfant ou encore ses goûts sont des renseignements essentiels pour l'accompagner. De même, la mise à disposition de certains ustensiles ou certains gestes peuvent entraîner des répercussions importantes qui sont à prendre en considération.

L'enfant et ses proches transmettent des informations qu'il faut ensuite véhiculer à l'intégralité des professionnels s'articulant autour de celui-ci pour que l'information soit connue de tous. Certes, certaines informations sont confidentielles et sont soumises au secret médical. Mais d'autres, doivent circuler au sein de toutes les équipes pour que chaque professionnel, à son niveau, possède l'information et l'exploite dans son domaine.

b. Et la pratique...

Les propos recueillis grâce aux entretiens auprès de professionnels ont été source d'éclairage. Les observations ne nous permettent pas d'obtenir les réponses escomptés dans cette sous-hypothèse. Cependant, elles constituent un point d'ancrage puisque certains propos distinctifs sont un point d'appui sur lesquels revenir par la suite.

Lors des entretiens effectués, une question me semblait particulièrement intéressante pour faire le lien avec cette sous-hypothèse, à savoir « Te considères-tu au sein d'une équipe ? ». Les propos recueillis sont remarquables, à plusieurs niveaux :

- Les personnes interrogées ont toutes réfléchi à la réponse c'est-à-dire qu'aucun professionnel a répondu directement à la suite de la question. Ils ont pris un temps de réflexion pour construire leur réponse.
- Ils ont tous nuancés leurs propos c'est-à-dire que les professionnels développent, donnent des exemples, citent des prénoms de leurs collègues mais ne répondent jamais par « Oui » ou par « Non ».

Directement en lien avec cela, il est particulièrement intéressant de voir que certaines informations ne se partagent pas et/ou très peu d'une équipe à une autre. Par exemple, les professionnels interrogés tels que la cheffe de cuisine ou le commis de cuisine mettent clairement en avant le fait que certaines informations restent seulement au sein d'une équipe.

« Ce mois d'août, j'ai pu avoir des relations avec toi ou d'autres : animateurs et éducateurs, [...] mais l'année précédente je n'avais pas de contact avec la diététicienne par exemple. Je voyais qui elle était mais de vue seulement. » (Mr P., commis de cuisine).

« Ça dépend l'équipe dont on parle. Avec la diététicienne oui, on fait une équipe. Avec les éducateurs/animateurs, ça dépend de leur implication et de leur envie de nous intégrer ou pas. L'équipe de cuisine, on forme une équipe à part, on est pas du tout intégré par rapport au reste » (Me G., cheffe de cuisine).

« Justement j'y pensé avant de m'endormir. J'ai l'impression qu'on est une équipe à deux. Durant ce séjour, le psychologue et l'art thérapeute je n'ai pas l'impression qui font partie de notre équipe thérapeutique parce qu'on n'a pas beaucoup échangé avec eux [...]. Nous deux oui par contre car on travaille ensemble de même qu'avec Me I. et Mr J. » (Me P., Enseignante en Activité Physique Adaptée).

Ces propos issus de divers d'entretiens mettent en avant la non-circulation de certaines informations qui pourraient cependant permettre à tous les professionnels de progresser et d'avancer ensemble au même niveau.

Grâce à mon terrain, j'ai pu me rendre compte que certaines informations ne sont pas connues. En effet, certains enfants, familles ou proches ne divulguent pas certaines informations concernant leurs histoires et leurs parcours. Aussi, j'ai pu prendre conscience du caractère confidentiels de certaines données. Le partage de celles-ci est formellement interdit et sanctionnable. Enfin, il y a aussi des informations transmises par les enfants eux-mêmes qui ne circulent pas d'une équipe à une autre. Certains échanges constructifs ne sont pas partagés ce qui peut s'avérer néfaste pour les autres professionnels.

L'alimentation est un sujet intime qui touche l'individu au plus profond et le confronte à diverses dimensions (sociales, culturelles, religieuses, économiques, etc.). Elle est intimement liée à d'autres domaines tel que la psychologie par exemple. De ce fait, la communication et le

partage semblent être primordiaux tant pour les professionnels que pour les enfants qui sont accompagnés.

c. Quelle(s) conclusion(s) en tirer ?

Cette sous-hypothèse, illustrée par des entretiens, met en lumière certaines pratiques quotidiennes qui méritent une attention particulière. Le manque de communication possède de nombreux inconvénients dans le quotidien des professionnels. Des informations importantes et majeures doivent circuler, tout en gardant à l'esprit le secret médical auquel les professionnels sont soumis. Ainsi, l'alimentation, au sens large, pourrait être davantage anticiper et les professionnels auraient la capacité d'accompagner les enfants en situation de handicap de manière encore plus conséquente.

La phrase qui suit annonce un levier important :

« En amont, il faudrait que l'on sache les « troubles » par exemple des enfants et que cela soit bien spécifié. Sinon on l'apprend au fur et à mesure du séjour, alors que le fait de le savoir dès le départ on peut s'adapter directement » (Me G., cheffe de cuisine).

Durant la préparation des séjours thérapeutiques, la cheffe de cuisine souhaiterait avoir des informations concrètes et précises sur les enfants. Elle veut s'adapter à eux dès le premier jour et ne souhaite pas connaître certains éléments majeurs plus tard alors qu'elle aurait eu la capacité de proposer des adaptations dès le début.

Il nous semble essentiel de retenir deux leviers concernant cette sous-hypothèse.

Le premier levier est d'avoir davantage de communication entre équipe. Au sein d'une même équipe, certaines informations ne sont pas ou en parties transmises. Par exemple, entre l'équipe éducative et l'équipe médicale/paramédicale des informations se perdent constituant des freins à l'accompagnement des jeunes.

L'autre point important concerne la transmission des informations essentielles. Les équipes de cuisine rencontrées ont le sentiment de composer une équipe à part des autres. Ainsi, les informations ne leur sont pas véhiculées. Ils ont la sensation d'être mis de côté et de ne pas avoir les mêmes informations que les autres professionnels. Des temps d'échange

pluridisciplinaire avec un représentant de chaque équipe peuvent s'avérer bénéfiques à la cohésion et à la diffusion de renseignements.

2. Retour sur notre problématique

La première hypothèse vient d'être illustrer par des propos issus de nos entretiens ainsi que par des éléments des observations effectuées. Autrement dit, notre terrain est venu éclairé les conjectures posées.

Ainsi, nous nous rendons compte que l'anticipation des repas permet aux professionnels d'accompagner les enfants en situation de handicap dans leur alimentation. Face à certaines particularités alimentaires, les professionnels mettent en action les moyens dont ils disposent pour que les repas se déroulent dans un contexte propice à la prise alimentaire. Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce mémoire, les anticipations réalisées et/ou les adaptations professionnelles mises en place sont de plusieurs types. Nous retrouvons donc :

- Les adaptations de l'environnement du repas : bruits, agitations, etc.
- Les adaptations de l'équipement de la table : couverts, assiettes, etc.
- Les adaptations du contenu du repas : composition, texture, etc.

En utilisant certains outils, en déclinant les menus sous diverses textures ou encore en équipant les salles de réfectoires ; les professionnels accompagnent les enfants. Ils respectent leurs besoins, leurs envies et leurs différences ; quand elles existent.

Les thérapeutes ont des informations importantes sur les enfants, grâce à leurs dossiers notamment, et elles entrent en compte dans leurs pratiques. Quand les professionnels disposent d'informations, ils ré-évaluent leurs conduites, échangent entre eux pour être en phase avec les renseignements accordés et modifient leurs comportements face au public accueilli.

Nous pouvons donc avancer que l'anticipation des repas est une manière de s'adapter à l'alimentation des enfants en situation de handicap. Les actions mises en place par les professionnels permettent de « faire face » à certaines pratiques alimentaires singulières.

Comme le met en avant très justement Elisabeth Martin-Lebrun :

« Le handicap ne laisse personne indemne : ni les parents ni les professionnels. Chacun est mis face à lui-même, à ses propres compétences, à ses manques et à ses limites. Le reconnaître permet à chaque professionnel d'adopter une démarche qui facilite l'empathie, à condition de ne pas se laisser envahir par ses affects. Il est important qu'il ait lui-même d'autres appuis de façon à offrir un étayage solide autour de l'enfant et de sa famille »

Ces phrases nous paraissent particulièrement justes et méritent d'être approfondies. En effet, les enfants rencontrés sont entourés par des professionnels à l'écoute et présents pour eux au quotidien. Mais, à côté de cela, quand est-il de leur famille ? Qu'entendons-nous par « famille » ?

Finalement, les familles ont une place inégalable et parfois mise de côté. Dans cette recherche, les familles apparaissent peu, trop peu malheureusement. Avec du recul et davantage de temps, les familles des enfants en situation de handicap auraient davantage été intégrés à cette recherche et auraient constitué un chapitre à part entière de la rédaction.

Nous avons pu voir en première partie comment les pratiques alimentaires des parents et celles de leurs enfants sont liés. Donc, une attention accrue au contexte familial aurait mérité notre attention et serait venue enrichir les propos intéressants recueillis grâce aux professionnels. Avec davantage de temps et une organisation différente, les familles des enfants auraient pu être rencontrées en amont des séjours par exemple. De même, elles auraient pu être intégrées à « mi-parcours » pour voir l'impact des adaptations mises en place dans le cadre familial.

C'est d'ailleurs un des points que j'ai souligné lors de mon stage. Où sont les familles ? Comment accompagner des enfants sur leur alimentation, leur surpoids et/ou leur obésité, si leur famille n'est pas intégrée au projet proposé ? Quel(s) sont les bénéfices de notre prise en charge ? Cette limite me paraît être un point important à travailler par la suite. C'est une partie essentielle et actuellement mise de côté qui mériterait d'être plus exploitée.

*

**

Les premiers éléments d'analyse sont posés. Ils reflètent le travail mené puisque ces prémices d'informations constituent un appui et un support pour la suite. En effet, les extraits d'entretiens ou les faits observés ne sont pas généralisables : ni à l'ensemble des professionnels du secteur étudié, ni à l'ensemble des établissements. L'analyse confirme une partie de l'hypothèse mais nuance aussi une partie de l'affirmation établie.

Continuons en s'attardant à la seconde hypothèse.

Chapitre 2 : Seconde hypothèse -

Les professionnels formés sur le sujet « alimentation » s'adaptent aux particularités alimentaires des enfants en situation de handicap

1. Zoom sur notre hypothèse et sur les sous-hypothèses qui l'accompagne

Commençons par rappeler la seconde hypothèse. Celle-ci est :

Les professionnels accompagnent les enfants en situation de handicap sur l'alimentation grâce à une formation initiale sur ce sujet.

En effet, une formation initiale en alimentation permet de mieux s'adapter aux particularités alimentaires des enfants en situation de handicap. Les professionnels de ce secteur ont davantage de compétences et de capacités pour proposer des outils en adéquation avec ce public.

Cependant, une expérience professionnelle notable dans le milieu médico-social rend possible la mise en place d'adaptations face aux particularités alimentaires. Le fait de travailler et de collaborer avec ce public permet aux différents thérapeutes de s'accommoder, sans forcément avoir de formation sur ce sujet. La pratique professionnelle tient une place importante dans la mise en œuvre d'actions adaptatives.

Nous commencerons par évoquer l'impact de la formation initiale sur les pratiques professionnelles mises en place. Puis, nous nous intéressons à l'impact que peut avoir l'expérience professionnelle sur les actions réalisées.

A. L'importance de la formation initiale : sous-hypothèse 2.1

a. Les avantages d'une formation initiale sur le sujet « alimentation »

Peu importe les domaines et champs d'intervention, la formation initiale tient une place majeure et influence les pratiques professionnelles. Ainsi, chaque personne devient experte de son

domaine et rencontre d'autres personnes ayant reçu la même formation ou, à l'inverse, une formation différente, venant enrichir ses aptitudes.

Dans le cadre de notre sujet, une formation « de base » autour de l'alimentation permet de mieux se familiariser aux attentes alimentaires demandées par les enfants en situation de handicap par exemple. En effet, un chef de cuisine aura davantage de savoirs et d'habilité pour rebondir face aux particularités alimentaires de ces enfants.

La partie théorique de notre mémoire a mis en avant les repas comme étant des lieux de rencontre avec les différents spécialistes. La formation initiale ne prend-t-elle pas le dessus par rapport à l'accompagnement proposé ? Un éducateur accompagne-t-il de la même manière qu'un chef de cuisine un enfant en situation de handicap quant à ses particularités alimentaires ? Un psychologue aide-t-il un enfant en situation de handicap sur son alimentation de la même manière qu'un commis de cuisine ?

b. Les répercussions sur les pratiques professionnelles quotidiennes

Comme dit précédemment, les entretiens ont été effectués auprès de plusieurs professionnels aux domaines de compétences variés. Ce choix a été fait volontairement pour rendre compte des adaptations réalisées. Les entretiens ont laissé transparaître des similitudes et des différences d'actions professionnelles d'un individu à l'autre en lien avec le diplôme initial. Ainsi les réponses obtenues sont particulièrement intéressantes.

Dès le début des entretiens, une présentation est demandée ce qui permet de percevoir le domaine de compétences majoritaire des individus interrogés. Ainsi, cela confirme la typologie présentée dans la première partie de cet exercice qui répertorie :

- Les professionnels médicaux et paramédicaux,
- Les professionnels éducatifs et d'animations,
- Les professionnels techniques et culinaires,
- Les autres professionnels.

La manière dont les professionnels se présente nous permet, rapidement, de comprendre comment ils se situent avec la thématique évoquée. Nous pouvons analyser deux types de « réponses ». Certaines personnes interrogées ont une proximité certaine, voire importante avec l'alimentation. C'est notamment le cas des chefs de cuisine rencontrés et interrogés, des commis de cuisine, des diététiciens-nutritionnistes ou encore des agents de service et de restauration.

D'autres, à l'inverse, semble beaucoup plus éloigné de ce sujet, et font difficilement le lien entre leurs missions et l'alimentation des enfants qu'ils accompagnent. « *Je ne suis pas sûre d'être la bonne personne à interroger* » ou encore « *Je ne suis pas sûr de pouvoir t'aider* » sont des propos entendus. Après les avoir rassurés et les avoir invités à partager leurs réflexions sur la thématique annoncée, ils prennent confiance et évoque les éléments dont ils disposent.

« J'interviens peu sur l'alimentation avec les enfants directement. Je me consacre davantage sur l'activité physique adaptée. Mais par exemple je peux faire de la prévention sur la santé, ce qui leur apporte des connaissances. Je sais aussi qu'ils font le lien avec certains éléments qu'ils voient avec toi » (Me P., Enseignante en Activité Physique Adaptée).

Ces propos mettent en lumière que les professionnels sont experts de domaines qui leurs sont propres, ils maintiennent et entretiennent leurs savoirs spécifiques. Ils peuvent se sentir limités dans d'autres domaines qui leur semblent plus lointains, tels que l'alimentation par exemple.

« Je le sais car tu m'en a parlé, mais je ne l'ai jamais observé [...]. Déjà observé certaines pratiques alimentaires singulières, je n'ai pas le même regard que toi sur ces choses-là. L'observer serait déjà compliqué. Et ensuite, je crois que c'était X qui triait ces aliments, pour le coup comment m'adapter à ça ? Gros point d'interrogation. Pour le coup, là actuellement je ne sais pas. » (Me P., Enseignante en Activité Physique Adaptée).

D'autres, au contraire, pour qui la formation initiale est directement liée à l'alimentation, citent de nombreux exemples de ce qu'ils réalisent au quotidien, de ce qu'ils observent, de ce qu'ils entendent, etc. Autrement dit, leur formation leur permet un accompagnement plus ciblé sur cette thématique.

« J'interviens sur l'alimentation et m'adapte aux enfants en situation de handicap par rapport aux allergies, aux régimes : sans porc par exemple, par rapport aux phobies alimentaires, etc. Oui on s'adapte effectivement. [...]. J'accompagne les enfants sur leur alimentation, peu importe l'enfant, je m'adapte à tous les enfants » (Me G., cheffe de cuisine).

« Je pense avoir un esprit d'adaptation en effet, c'est du fait de mon âge et de mon expérience précédente dans ma vie. [...]. En tant que commis je ne m'adapte pas,

puisque je réalise ce qu'on me demande. Quand j'ai davantage le rôle de chef, j'établis plus de contact avec les autres intervenants qui sont là pour les enfants (animateurs, éducateurs), la diététicienne, etc. Cela me permet de recevoir certains conseils et d'apporter aussi ma propre expérience sur certains domaines »

(Mr P. commis de cuisine)

L'équipe technique et culinaire met bien en avant comment l'alimentation est un sujet pleinement exploité à leur échelle. Les membres de l'équipe éducation/animation ont un comportement assez aléatoire par rapport à l'alimentation. Certains sont pleinement investis, alors que d'autres adoptent une attitude beaucoup plus détaché.

Pourquoi les thérapeutes présents pour les enfants n'interviennent pas tous sur l'alimentation, qui est un sujet qui nous touche tous ? Est-ce par manque d'expérience ? Par manque de connaissances ? La sous-hypothèse qui suit va nous aiguiller.

c. Diplôme obtenu, et après ?

L'alimentation a une place importante dans notre quotidien. Cette place est tout aussi importante, voir même plus importante dans le quotidien des enfants en situation de handicap. La première partie de ce mémoire a montré l'importance supplémentaire accordée par les personnes en situation de handicap envers les repas et, au sens large, l'alimentation. Cependant, tous les professionnels n'y sont pas sensibilisés.

Les entretiens réalisés auprès de professionnels ont mis en avant comment la formation initiale pouvait impacter leurs adaptations professionnelles. Nous savons qu'il existe des formations réalisables tout au long des carrières professionnelles pour développer de nouvelles compétences et apprendre sur de nouveaux sujets. Aussi, les échanges et la prise de recul quant à nos pratiques nous semblent être indispensables pour évoluer et accompagner le public rencontré de manière adaptée.

Il n'y a pas à proprement parler de leviers à mettre en évidence quant à cette sous-hypothèse comparé à ceux annoncés pour la précédente. Nous retiendrons simplement que la formation initiale impacte les pratiques des professionnels, sans pour autant qu'elles soient figées.

B. L'expérience professionnelle : sous-hypothèse 2.2

a. L'expérience prime-t-elle sur la formation ?

La théorie, véhiculée par une formation par exemple, est importante. En analysant les entretiens menés, ces derniers mettent à l'avant des différences notables d'adaptations professionnelles en fonction de la formation initiale.

Mais, les professionnels eux même mettent en relief que leur expérience passée a de l'importance. Ainsi, la pratique ne prend-elle pas « le pas » sur la théorie ? Comment les professionnels naviguent avec la théorie qui leur a été enseignée et leurs pratiques professionnelles quotidiennes ?

Analysons les éléments qui ressortent de notre terrain d'étude.

b. Ce que met en avant notre terrain

Les observations et les entretiens se rejoignent quant à cette sous-hypothèse. Les professionnels rencontrés ont plus ou moins eu accès à la formation. Cependant, pour beaucoup c'est l'expérience qu'ils ont acquise qui prime. Ce sont leurs acquis et leurs vécus qui leur permettent d'évoluer au sein de structures médico-sociales. Grâce à leur vécu, ils ont la capacité de s'adapter aux situations qu'ils rencontrent. Comme le souligne très justement Mr P. :

« Je pense avoir un esprit d'adaptation en effet, c'est du fait de mon âge et de mon expérience précédente dans ma vie » (Mr P., commis de cuisine)

De même que la cheffe de cuisine, qui annonce rapidement dans sa présentation qu'elle exerce depuis 15 ans. Durant l'entretien, elle fait référence à des événements antérieurs, explique son attitude professionnelle, annonce les modifications qu'elle réalise, prend du recul, etc. Son expérience est perceptible et renforce ses actions adaptatives envers les enfants en situation de handicap.

Les observations réalisées à plusieurs reprises durant l'intégralité du stage, rejoignent les propos évoqués lors des entretiens par les professionnels interrogés. La plupart des thérapeutes rencontrés exercent depuis de nombreuses années au sein d'établissements médico-sociaux ou, pour une minorité, viennent d'intégrer ce type de structures plus récemment (moins d'un an

d'ancienneté). L'expérience professionnelle acquise (récemment ou antérieurement) exerce une influence importante sur leurs pratiques. En effet, certains d'entre eux annoncent :

« Je connais ce jeune depuis des années. Je sais exactement comment il mange et ce qu'il mange. [...] Autrement dit, je connais pas mal de choses sur son alimentation » (Me N., agent de service et de restauration).

« Pour moi c'est naturel, c'est normal de m'adapter. Je sais de quoi je parle alors je suis à l'aise » (Me P., professeur en activité physique adaptée).

« Quand je travaillais en MAS (en référence au Maison d'Accueil Spécialisée), j'ai déjà rencontré des situations similaires. Du coup, j'ai une idée précise de comment m'adapter et de comment interagir face à ces jeunes » (Mr J., éducateur spécialisé).

Les propos recueillis et présentés ci-dessus se rejoignent. Ils mettent tous en avant comment l'expérience est importante dans ces métiers. Plus précisément, les adaptations mises en place lors des repas, concernant l'environnement, l'équipement de la table ou encore le contenu du repas, sont réalisées par l'équipe technique et culinaire. Les actions sont réfléchies avec les autres équipes. Ainsi, les professionnels accordent beaucoup d'intérêt aux faits précédents et s'en inspirent.

c. Finalement, que conclure ?

La théorie a une place majeure. Nous nous permettrons de préciser qu'elle est importante et majoritaire chez les jeunes diplômés. Ces derniers, pour qui l'expérience est plus faible, se rapproche de ce qui leur a été enseigné et évolue peu à peu grâce aux expériences notables de leurs collègues.

Les professionnels, présents depuis de nombreuses années dans le secteur médico-social, on acquiert des usages notables. Ils restent à l'écoute des informations véhiculées par les « nouveaux » formés et n'hésitent pas eux aussi à réaliser des formations tout au long de leur carrière professionnelle.

2. Retour sur la problématique

La seconde hypothèse vient d'être illustrée. En effet, les renseignements donnés durant les entretiens mais aussi ceux observés, ont clarifié nos postulats.

Ces « résultats » abordent la relation importante entre la formation et l'expérience professionnelle. Dans notre cas, où notre recherche porte sur les adaptations professionnelles, les propos sont nuancés.

La formation initiale a un impact important sur les actions adaptatives mises en place face à l'alimentation des enfants en situation de handicap. Nous avons pris conscience que les professionnels qui répondent le mieux aux sollicitations alimentaires sont ceux qui ont été formés sur cette question.

Mais, nous avons aussi noté que l'expérience acquise a une part importante sur les actions correctrices réalisées.

Le dernier point que nous souhaitons aborder concernant cette hypothèse est le turn-over important des professionnels du secteur. En effet, le secteur médico-social est l'un des domaines dans lequel la rotation du personnel est importante. Une étude réalisée en 2019 par Nexem-Fehap et parue en 2022 ⁴⁶, pointe des difficultés à recruter des professionnels éducatifs et sociaux. Elle met également en avant « *des problèmes [...] pour conserver* » les salariés. Différentes explications sont données telles que les conditions de travail difficiles ou encore une diminution des temps d'activité.

Ce constat peut-être facilement rapproché des données récoltées sur mon lieu de stage. Les séjours thérapeutiques proposés sont des séjours ambulatoires, ce qui signifie que le public présent, dans notre cas les enfants, sont « hospitalisés » durant une courte période. Indirectement, les professionnels recrutés mettent en avant leurs compétences sur ce temps imparti. Le recrutement est complexe et conforte la difficulté à pérenniser les thérapeutes d'un séjour à un autre.

⁴⁶ Nexem employeurs, différément. *Premier baromètre FEHAP – Nexem des tensions de recrutement du secteur sanitaire, social et médico-social privé non lucratif* – Communiqué. [En ligne]. Disponible sur : [Premier baromètre FEHAP - Nexem des tensions de recrutement du secteur sanitaire, social et médico-social privé non lucratif -Communiqué-](#). Consulté le 22/07/2022.

*
**

Ce chapitre vient divulguer les propos et les attentions précises qui se sont propagés tout au long du stage. Ce sujet, et plus largement cette recherche, m'a confronté dans l'idée de vouloir poursuivre mes investigations sur cette thématique. Je souhaiterais mettre à profit les enseignements théoriques acquis durant ma formation pour mener à bien d'autres projets sur ce sujet.

Les analyses menées à partir d'éléments réels, apportent des éléments d'éclairage pour les structures dans lesquelles les observations et les entretiens ont été manœuvrés. Les analyses ne revendiquent pas de propos généralisables et catégoriques ; nous tenons à le rappeler.

Chapitre 3 : Retours réflexif sur la recherche et le parcours réalisé

Ce chapitre vient clore cette troisième et dernière partie. La prise de recul est nécessaire pour faire le bilan, pour nous remettre en question et enfin pour être tout autant objectif qu'au départ. Nous allons voir de manière successive les apports et les limites de notre recherche. Nous terminerons en soulignant quelques pistes d'amélioration.

1. Les apports de notre recherche

A. Apports théoriques

La réflexion que j'ai décidée de mener durant ce stage sur les adaptations professionnelles mise en place face aux particularités alimentaires des enfants en situation de handicap pourra être mobilisé dans le cadre d'autres projets de l'association. La thématique « Alimentation et Handicap » est vaste et mérite que l'on s'y attarde. Cette porte d'entrée offre de belles perspectives et la réalisation de divers projets.

Les apports théoriques, notamment par le Master Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation, et précédemment par le BTS Diététique sont complémentaires et ont été révélés et soulignés dans cette recherche. Les informations transmises et les participations diverses y ont contribué.

Enfin, durant l'intégralité du stage et au travers de nombreuses discussions, je remarque les besoins en concepts théoriques sur l'alimentation que j'ai apportés et les répercussions que cela engendre face au public accueilli.

L'intégralité des apports théoriques cités semble être particulièrement enrichissante, vecteur de pluridisciplinarité, de partage et d'échange pour mener à bien les futurs projets.

B. Apports pratiques

L'établissement qui m'a accueillie en stage n'avait jamais reçu d'étudiant en cours de formation de niveau Master. De ce fait, ma recherche et mes questionnements les ont poussés à avoir un regard réflexif quant à leurs pratiques. Leurs expériences professionnelles m'ont permis d'améliorer la mienne et d'apprendre au quotidien. J'ai pu mettre en avant mes compétences et mes connaissances au service des missions qui m'étaient confiées.

Les apports pratiques quotidiens ont été présents tout au long du stage. Dès que possible, la réalisation de missions multiples et variées ont renforcé les apprentissages reçues laissant place à la pratique professionnelle recherchée. Mes expériences professionnelles et périodes de stage précédentes ont rendu possible mon intégration rapide auprès des différents professionnels.

La recherche, réalisée grâce à l'association « Les PEP 64 » qui m'a acceptée en stage, m'a permis de travailler sur propres pratiques. J'ai pu mettre en place des ateliers autour de l'alimentation, être source de propositions quant à l'organisation des séjours thérapeutiques et maîtriser certaines de mes aptitudes.

2. Les limites de notre recherche : « Rien n'est parfait dans ce monde. Tout demande à être amélioré constamment » ⁴⁷.

Ma recherche est loin d'être parfaite, achevée, ni suffisante à mes yeux. Plusieurs limites peuvent être avancées.

A. Limites sur le terrain

Sur mon lieu de stage, une première limite dont je prends peu à peu conscience est l'interrogation des professionnels dans les contextes où ils exercent. M'étant focalisé sur les adaptations qu'ils mettent en place face à une population infantile en situation de handicap, il m'était difficile de trouver « le bon moment » pour les interroger. En effet, ces derniers effectuaient les tâches qui leur étaient demandées et, à la fin de leur journée, retrouver leur vie personnelle. Ainsi, la réalisation de certains entretiens s'est effectuée hors du cadre « pro ».

Autre limite à prendre en compte est la confiance accordée. Comme dans de nombreux contextes, des relations de confiance s'établissent. De ce fait, les professionnels que j'ai rencontrés et avec qui j'ai collaboré quotidiennement, m'ont accordé leur confiance facilement. Des rencontres tout aussi importantes ont été faites plus tardivement dans la période de stage. De ce fait, j'ai tardé à les interroger.

La structure qui m'a accepté en stage reçoit tout au long de l'année des enfants. Les enfants en situation de handicap sont largement représentés lors des vacances scolaires d'avril, de juillet et d'août. Cela s'accompagne par une équipe renforcée et pluridisciplinaire. De ce fait, la mise

⁴⁷ Citation d'Abel Yanguel

en place d'entretiens auprès de thérapeutes s'est effectuée tardivement par rapport à mon agenda d'étudiante.

Avec du recul, cette recherche aurait mérité d'être menée sur plusieurs établissements. Cela m'aurait permis de voir la concordance des données obtenues ou, à l'inverse, le caractère parfois discordant de certaines informations. Cela aurait enrichi le travail et l'analyse.

B. Limites dans la rédaction

Ce sujet est choisi et assumé. Grâce à cette thématique, j'ai pu construire mes stages et mon parcours professionnel jusqu'à présent autour de cette thématique qui me tient à cœur. Le caractère « pratique » de ce stage m'a tout de suite plu. Indirectement, il m'était plus difficile de basculer sur le côté théorique demandé avec la rédaction de ce mémoire. En stage, je m'investissais pleinement et autant que possible. De ce fait, j'ai consacré de mon temps personnel à la rédaction de ce travail de recherche pour atténuer le retard pris.

La rédaction d'un mémoire de recherche est une étape importante, tant dans nos parcours universitaire, que dans nos parcours professionnels et personnels. Cette rédaction est plus ou moins facile, d'un individu à l'autre. Le vocabulaire employé, les concepts utilisés et l'évocation de certains sujets ont été plus ou moins difficiles, ralentissant la rédaction de cet écrit. Avec du recul, une organisation différente aurait été entreprise afin de mener à bien les missions directement liées au stage et la rédaction du mémoire.

3. Les pistes d'amélioration

Plusieurs pistes d'amélioration peuvent être annoncées directement en lien avec les limites citées précédemment. Ainsi, nous pouvons mettre en avant les points de perfectionnement suivants :

- Rédactionnel : mettre en place plus de « dates limites » pour s'efforcer à écrire régulièrement, accorder autant de temps à la rédaction de ce travail qu'aux personnes rencontrés sur mon lieu de stage, être capable de solliciter des personnes référentes à bon escient ;
- Organisationnel : dès le début, faire preuve d'organisation pour anticiper au mieux l'intégralité du stage, avoir un regard large et lointain ;

- Institutionnel : poursuivre le travail entamé au sein de cette association et développer un esprit critique à l'égard de certains projets dans une perspective de progression ;
- Théorique : continuer à mobiliser les concepts théoriques enseignés et poursuivre l'étude de l'alimentation sous l'angle des sciences sociales.

4. L'heure est au bilan

Comme dans de nombreux exercices, un bilan doit être dressé. Ce dernier vient conclure ce chapitre et cette dernière partie.

A. Bilan du Master Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation

Le Master Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation est la suite « logique » de la Licence 3 Sociologie de l'Alimentation proposée par l'ISTHIA, et effectuée à la suite de mon BTS Diététique. La poursuite de mes études à l'issue du BTS me semblait une évidence. Des manques théoriques et pratiques devaient être comblés avant l'amorce d'une pratique professionnelle.

Finalement, la poursuite en Master est apparue. Grâce aux concepts et idées développés, les sciences sociales me paraissent indispensables à ce jour pour ma pratique professionnelle. Mon regard sur l'alimentation est plus large et plus critique. Le BTS et le Master sont complémentaires et j'en ai de plus en plus conscience.

Le stage réalisé en Master 1, d'une durée de trois mois, et celui qui vient de s'achever dans le cadre du Master 2, d'une durée de six mois, me semble être deux expériences notables et solides pour le début de mon parcours professionnel. J'ai pu mettre en application les connaissances acquises, apprendre grâce aux enfants et aux professionnels que j'ai rencontrés et développer certaines de mes compétences.

Finalement, ce Master est un véritable atout supplémentaire pour le début de ma carrière professionnelle qui se profile.

B. Poursuite

Le Master et plus particulièrement le stage de six mois viennent mettre un point final à mon parcours scolaire. Ces derniers mois ont été synonymes d'investissements. Investissement professionnel certes, mais aussi investissement personnel.

Finalement, mes efforts sont récompensés par un avenir professionnel qui se créait peu à peu.

**

Ce travail de réflexion mené durant ces derniers mois par l'intermédiaire d'un stage de fin d'études s'est révélé enrichissant. Outre le fait de développer et d'exploiter de nouvelles connaissances, cela a été l'occasion pour moi de me confronter à de nouveaux professionnels et d'apprendre quotidiennement auprès des enfants en situation de handicap. L'association « Les PEP64 » m'a offert un véritable terrain pour mettre en pratique mes travaux de recherche. Au-delà de ce stage, mon projet professionnel se concrétise et mon futur professionnel s'éclaire peu à peu.

Conclusion générale

Voici la fin du repas. L'atmosphère est moins pesante. Les enfants ont mangé et les professionnels se sont adaptés à leurs pratiques singulières. Petit à petit, c'est la période de l'enfance qui s'achève. Mais, puisque rien ne se termine et que tout se poursuit, l'adolescence va maintenant débiter.

Les apprentis mangeurs se construisent d'aguerris palais. Les thérapeutes se mobilisent et se perfectionnent autour d'eux au quotidien pour les soutenir et les accompagner.

En partant des pratiques alimentaires des enfants, intimement liées à celles de leurs pairs, une attention particulière a été accordée à l'alimentation des enfants en situation de handicap. Volontairement, aucune distinction n'a été faite entre les diverses situations de handicap pouvant être appréhendés. En étudiant cette population, les professionnels du secteur médico-social ont naturellement été abordés. Leurs actions en faveur de cette public enfantin honorables et captivantes semblent évidentes. Ce sont plus précisément leurs adaptations en lien avec les particularités alimentaires d'enfants en situation de handicap qui ont constitué le fil rouge de cette production.

Cette recherche a été l'occasion d'interroger et d'observer des professionnels et de jeunes mangeurs. Elle a pu mettre en lumière l'organisation du secteur médico-social, parfois complexe. L'analyse de ce domaine a révélé de nombreux acteurs aux rôles divers et majeurs. Les enfants en situation de handicap, pouvant y être accueillis se trouvent au cœur d'institutions. Peu importe le type d'établissement, l'alimentation y tient une place importante. L'étude des adaptations professionnelles face aux particularités alimentaires des enfants en situation de handicap s'est révélée être une problématique intéressante et enrichissante. Elle a montrée des aspects positifs et des limites, constituant une base pour poursuivre les investigations.

L'anticipation des repas ; par la mutation de son environnement, par la présence d'équipements spécifiques à table ou encore par la modulation du contenu de l'assiette, se sont révélés être des adaptations pertinentes face à certaines particularités alimentaires. Adossé à cela, la communication entre thérapeutes a laissé entrevoir quelques zones d'ombre à peaufiner. Aussi, les formations et les expériences notables des professionnels ont divulgué des atouts précieux pour accompagner, de la « meilleure » manière possible ces enfantins mangeurs.

Alors oui, « [...] il y aura encore des jours "avec" et des jours "sans" » comme le met en avant Amandine Rochedy (2017). Les actions mises en place autour de la thématique « Alimentation et Handicap » méritent une attention accrue. Les problématiques financières, réglementaires ou encore de santé publique en lien avec l'alimentation sont trop souvent vues comme divergentes. Cependant, une vision complémentaire et conjointe semble importante pour que ce sujet trouve pleinement sa place au cœur des établissements médico-sociaux.

Les professionnels ont, chacun à leur échelle, des rôles à jouer. Ces derniers ont les ressources nécessaires pour s'adapter à diverses populations. Ils possèdent des facultés relationnelles pour accompagner cette population spécifique. Un approfondissement de cette production semble particulièrement pertinent. La poursuite de ce travail semble aller de pair avec les enjeux actuels. L'activité conjointe entre professionnels et parents semble être un point important à la poursuite de l'accompagnement actuellement proposé.

Cet exercice de réflexion n'est pas un point final. Il est à considérer comme une porte d'entrée ouvrant le champ des possibles pour approfondir la question des adaptations professionnelles mises en place face l'alimentation des enfants en situation de handicap. La complémentarité des professionnels, des disciplines mobilisés ou encore des concepts théoriques offrent des perspectives intéressantes pour la suite.

Bibliographie

Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES). *Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 3* (INCA). Rapport d'expertise collective, juin 2017, 535p. [En ligne]. Disponible sur : [AVIS et RAPPORT de l'Anses sur l'Actualisation de la base de données des consommations alimentaires et l'estimation des apports nutritionnels des individus vivant en France par la mise en œuvre de la 3ème étude individuelle nationale des consommations alimentaires \(Etude INCA3\)](#)

Ancet Pierre. Situation de handicap et normes sociales. *Le Carnet Psy*, 2011/9, n° 158, p. 29 à 31. [En ligne]. Disponible sur : [Situation de handicap et normes sociales | Cairn.info](#).

Association Pour l'Emploi des Cadres (APEC). *Les métiers du sanitaire, social et médico-social. Les référentiels des métiers cadres*. Edition 2016. [En ligne]. Disponible sur : [doc_num.php \(cereq.fr\)](#)

Arborio Anne-Marie. L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherche sur le terrain hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*. 2007, n° 90, 102p. [En ligne]. Disponible sur : [L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier | Cairn.info](#).

Arnal Didier (dir.). *Personnes handicapées. Le guide pratique*. Fédération APAJH Association pour Adultes et Jeunes Handicapés. Issy-les-Moulineaux : Prat Editions, Sixième édition, 2008, 416p.

Bauduret Jean-François. Le secteur médico-social – Comprendre pour mieux agir. *Anticiper et comprendre*. ANAP Appui santé & médico-social, juillet 2013, 228 p. [En ligne]. Disponible sur : [secteur_medicosoc_comprendre_pour_agir_mieux\(1\).pdf](#).

Bessière Jacinthe, Mognard Elise et Tibère Laurence. *Tourisme et expérience alimentaire*. Théoros, 35, 2016. [En ligne]. Disponible sur : [Tourisme et expérience alimentaire \(openedition.org\)](#).

Blanchet Alain et Gotman Anne. *L'enquête et ses méthodes. L'entretien*. 2^{ème} édition refondue. Paris : Armand Colin, 128 La collection universitaire de poche, 2010.

Boucher Brigitte et Rigal Natalie. *Il mange, un peu, trop, pas assez...* Apprendre à nos enfants à manger avec leurs émotions. Villeneuve-d'Ascq : Marabout, 2005, 209p.

Chiva Matty. La nourriture. Pour une anthropologie bioculturelle de l'alimentation. Comment la personne se construit en mangeant ? *Communications*, 31, 1979. [En ligne]. Disponible sur : [Comment la personne se construit en mangeant - Persée \(persee.fr\)](#)

Conseil National de l'Alimentation (CNA). *Les enjeux de la restauration collective scolaire*. Avis n°77. Adopté à l'unanimité lors de la plénière du CNA du 4 juillet 2017. Corbeau Jean-Pierre (président). [En ligne]. Disponible sur : [CNA_AVIS77_resto_scolaire.pdf](#).

Corbeau Jean-Pierre (dir.). *Les enjeux de la restauration collective en milieu scolaire*. Conseil National de l'Alimentation (CNA). Avis n° 77 adopté à l'unanimité lors de la plénière du CNA, le 4 juillet 2017. [En ligne]. Disponible sur : [LES ENJEUX DE LA RESTAURATION COLLECTIVE EN MILIEU SCOLAIRE \(agriculture.gouv.fr\)](#).

Cunin Jean-Claude. *Le handicap en France*. Chroniques d'un combat politique. Paris : Dunod, 2008, 234p.

D'Andrès Caroline. *Les comportements alimentaires chez les enfants atteints de troubles du spectre autistique*. Travail de Bachelor of Arts HES-SO en travail social, Martigny, Haute Ecole de Travail Social, 2016, 107p.

De Saint Pol Thibaut. Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalités sociales. *L'Année sociologique*, 2017/1, Vol. 67, p. 11-22. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-annee-sociologique-2017-1-page-11.htm>

De Singly François. *L'enquête et ses méthodes. Le questionnaire*. 2^{ème} édition. Paris : Armand Colin, Sociologie 128, 2005.

Dupuy Anne et Watiez Marie. La socialisation alimentaire de l'enfant. *Dictionnaire des cultures alimentaires*, sous la direction de J.P Poulain. Paris : Presses Universitaires de France (PUF), 2018.

Durkheim Emile. *Les règles de la méthode sociologique*. Paris : Presses Universitaires de France (PUF) Quadrige, 1937, 154p.

Fischler Claude. *L'omnivore*. Poches Odile Jacob, 2001, 448p.

Fischler Claude. *Manger : mode d'emploi ?* Paris : Presses Universitaires de France (PUF), Fondation Nestlé France, 2013, 118p.

Fumey Gilles. La mondialisation de l'alimentation. *L'Information géographique*, 2007/2 (Vol. 71), p. 71-82. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-geographique-2007-2-page-71.htm>.

Gayda Michel et Lebovici Serge. *L'enfant polyhandicapé et son milieu*. Paris : L'Harmattan, 2002.

Gojard Séverine, Plessz Marie, Cardon Philippe, Tichit Christine. *Déterminants sociologiques du comportement alimentaire*. Chapitre 1. 1. Consommation et pratiques alimentaires. Rapport de l'Institut National de Recherche Agronomique (INRA) Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelle action, pour quels effets ? [En ligne]. Disponible sur : [esco-inra-comportements-rapport-complet \(inrae.fr\)](https://esco.inra.comportements-rapport-complet.inrae.fr).

Hébel Pascale. *Le petit-déjeuner en perte de vitesse*. Consommation & modes de vie, Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie (CREDOC), n° CMV259, Avril 2013.

Institut National de Recherche Agronomique (INRA). *Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles action, pour quels effets ?* 2020, 278p. [En ligne]. Disponible sur : [esco-inra-comportements-rapport-complet \(inrae.fr\)](https://esco.inra.comportements-rapport-complet.inrae.fr).

Kohn Laurence et Christiaens Wendy. Les méthodes de recherche qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*. De Boek Supérieur : 2014.

Institut Nutrition (Rochedy Amandine). Replay de la 3^{ème} édition des Rencontres de l'Institut Nutrition [vidéo], 1 juin 2022, Lyon, 2h42. Disponible sur : [Replay de la 3^o édition des Rencontres de l'Institut Nutrition - YouTube](#)

Lallemand Quentin. *La place des personnes en situation de handicap dans l'engagement bénévole*. Rapport de synthèse de l'étude-action. Lille : Université Lille 1, 2016, 40p. [En ligne]. Disponible sur : [ETUDE-ACTION_Rapport_QLALLEMENT_complet.pdf \(francebenevolat.org\)](https://francebenevolat.org/ETUDE-ACTION_Rapport_QLALLEMENT_complet.pdf)

Lebrun-Martin Elisabeth. L'accompagnement de l'enfant en situation de handicap au sein du Réseau de santé Anaïs. Erès, *Contrastes*, n° 24, 2006. Disponible sur : [CONT 024 0093 \(3\).pdf](#).

LesPEP64 – La solidarité en action, Projet Associatif 2017-2021. Les PEP64 : une association en mouvement.

Olivier De Sadran Jean-Pierre. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-La-Neuve : Academia Bruylant, 2008.

Peretz Henri. *Les méthodes en sociologie. L'observation* (Introduction). Paris : La découverte, Collection Repères, 2004, p. 3-10. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/--9782707142627-page-3.htm>

Poulain Jean-Pierre. *Sociologie de l'alimentation*. Paris : Presses Universitaires de France (PUF), 2002, 320p.

République Française. Décret n°2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social. Légifrance. [En ligne]. Disponible sur : [Décret n° 2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#).

République Française. *Loi du n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*. Légifrance. [En ligne]. Disponible sur : [Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#).

Réseau Lucioles. *Troubles de l'alimentation et handicap mental sévère. Pratiques et connaissances approfondies*, 2015, 321p.

Rigal Nathalie. La consommation répétée permet-elle de dépasser la néophobie alimentaire ? Application chez des enfants français soumis à des produits salés. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 2005, vol. 55. [En ligne] Disponible sur : <https://urlz.fr/eu69>.

Riutort Philippe. La socialisation. Apprendre à vivre en société. *Premières leçons de sociologie*, p. 63-74. Paris : Presses Universitaires de France (PUF), 2013. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/--9782130620396-page-63.htm>.

Rochedy Amandine. « Bien sûr, il y aura encore des jours "avec" et de jours "sans". Autismes et gestions familiales des particularités alimentaires de l'enfance à l'adolescence. *Enfance Famille et Générations*. *Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, n° 28, 2017.

Rochedy Amandine. Les parents et les particularités alimentaires des enfants autistes. *Mondes sociaux*, Magazine de Sciences Humaines et Sociales, 2020.

Romuald Bodin. *L'institution du handicap*. Paris : La Dispute, 2018, 181p.

Rousseau Jean-Jacques. *La Nouvelle Héloïse*. Tome Troisième. Paris : Gennequin, 1861.

Terral Daniel. Accompagner la personne handicapée à domicile – Du SESSAD au SAMSAH. *Santé Social*. Malakoff : Dunod, 2013. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/accompagner-la-personne-handicapee-a-domicile-9782100701353.htm>.

Zagre Ambroise. *Méthodologie de recherche en sciences sociales*. Paris : L'Harmattan, 2013.

Table des annexes

<u>Annexe A</u> : « L'accompagnement des enfants handicapés ».....	118
<u>Annexe B</u> : Guide d'entretien	119
<u>Annexe C</u> : Fiche synthèse d'un des entretiens menés.....	121
<u>Annexe D</u> : Fiche synthèse de l'ensemble des observations menées.....	123

Annexes

Annexe A : « L'accompagnement des enfants handicapés »



Source : Le secteur médico-social – Comprendre pour mieux agir, 2013.

Annexe B : Guide d'entretien

Ci-dessous, le guide qui m'a permis de réaliser les entretiens auprès de professionnels.

« Bonjour,

Comme tu le sais, je suis en stage depuis début mars et jusqu'à fin août prochain dans le cadre de mon Master 2 Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation. De ce fait, je réalise un mémoire s'intéressant aux adaptations professionnelles en lien avec l'alimentation des enfants en situation de handicap.

Durant les prochaines minutes qui vont suivre, je vais te poser quelques questions sur ce sujet pour récolter tes réponses. Cet entretien restera anonyme et son enregistrement facilitera la retranscription et l'analyse des réponses. Cela te convient-il ?

(Mise en place du chrono)

- **Présentation**

À la suite de ma brève présentation, pourrais-tu, à ton tour, te présenter ? (*Age, profession et formation initiale, nombre d'années d'exercice, etc.*)

- **Axe Adaptation professionnelle**

- 1) Comment décrirais-tu ton activité professionnelle ? (*Activité intense/tranquille, rythme soutenu, activité plaisante/non plaisante, etc.*)

Relance : Ton activité professionnelle est d'un rythme soutenu ? Cette activité te plait-elle ?

...

- 2) Te considères-tu au sein d'une équipe ?

Si non, pourquoi ?

Si oui, comment as-tu l'habitude de fonctionner avec le reste de ton équipe ?

Relance : Comment fonctionnes-tu avec les autres membres de ton équipe ?

...

- 3) Qu'est-ce que tu entends par « adaptation » professionnelle ?

...

4) Quelles sont les adaptations que tu peux mettre en place, en tant que professionnel(le) ?

...

5) Quelles sont celles que tu mets en place face à des enfants en situation de handicap ?

Relance : Pourrais-tu me citer les adaptations que tu mets en place face à des enfants en situation de handicap en tant que professionnel(le) ?

...

- **Axe Alimentation et handicap**

6) Les enfants en situation de handicap peuvent avoir des habitudes alimentaires singulières. En as-tu déjà observé ? Si oui, lesquelles ?

...

7) En tant que professionnel, comment te positionnes-tu face à ce public ? (Mise en retrait/en avant, collaboration avec les autres professionnels/intervention seul, etc.)

Relance : Quelle est la position que tu adoptes en tant que professionnel face à ce public ?

...

8) J'ai déjà pu observer que certaines adaptations ont été mises en place face à des jeunes en situation de handicap afin de satisfaire au maximum leurs besoins. Selon toi, quelles seraient les pistes d'améliorations que vous pourriez mettre en place ?

...

- **Prise de contact**

Dans le cadre de mon étude, aurais-tu des personnes à me recommander ?

...

Je te remercie d'avoir répondu à mes questions et pour le temps que tu m'as accordé.
Si tu le souhaites, je te ferai part de mes résultats ».

Annexe C : Fiche synthèse d'un des entretiens menés

Eléments factuels :

Entretien réalisé hors du cadre professionnel, au domicile de la personne interrogée. Entretien réalisé à partir du guide élaboré en amont et grâce aux observations menées précédemment, qui ont constitué un point d'appui aux propos tenus.

L'entretien semi-directif s'est révélé être particulièrement pertinent puisque certains propos annoncés ont constitué une base de réflexion supplémentaire.

Ce dernier a duré plus de 15 minutes au total (11 :32 minutes exactement d'enregistré et environ 4 minutes d'échange supplémentaire avec une poursuite de prise de notes).

- Présentation

Nom : Me G

Statut : Responsable de cuisine, cheffe de cuisine

Nombre d'années d'expérience : 15 ans

Missions principales : Production alimentaire, adapter les menus aux normes exigées et réaliser des ateliers cuisine avec les enfants

- Axe Adaptation professionnelle

Les principaux propos recueillis ont été inséré dans le corps de texte. Quelques éléments supplémentaires ont été répertoriés ici.

« Mon activité professionnelle a évolué au fil des années, notamment par les réglementations qui nous sont imposées ou par l'arrêt de la cantine scolaire plus récemment ».

« Durant les séjours MECSa, l'activité est intense mais très intéressante aussi avec les enfants. Pour le coup, durant ces séjours je peux échanger avec les enfants, je peux leur faire découvrir qui, la plupart ne connaissent pas ».

« Le restant de l'année, hors des séjours MECSa, je n'ai jamais de contact avec les enfants ou très peu. Le contact avec les enfants durant ces séjours, c'est ce qui est le mieux finalement ».

« Je pense qu'il y a un manque : on n'a pas toutes les informations, on n'est pas au courant de tout ce qui se passe, de pleins de choses sur les enfants, alors que l'on devrait plus ou moins, pas dans la totalité être au courant puisqu'on les côtoie tous les jours ».

« Je me met à leur niveau, j'interagis avec eux, etc. [...]. Pour moi, on est tous pareil : je leur fait découvrir des choses et je leur prouve qu'ils sont capables de faire des choses ».

- Axe Alimentation et Handicap

« J'interviens sur l'alimentation et m'adapte aux enfants en situation de handicap par rapport aux allergies, aux régimes : sans porc par exemple, par rapport aux phobies alimentaires, etc. Oui on s'adapte effectivement. [...]. J'accompagne les enfants sur leur alimentation, peu importe l'enfant, je m'adapte à tous les enfants »

« Ils ont des particularités certes, comme on en a tous. S'il faut faire des adaptations, on les fait. Point »

« On parle entre nous et on fait attention à ces enfants-là. On leur accorde une attention particulière. Me S. voit davantage de choses elle, car elle les sert, elle est avec eux dans le réfectoire, etc. »

« En amont, il faudrait que l'on sache les « troubles » par exemple des enfants et que cela soit bien spécifié. Sinon on l'apprend au fur et à mesure du séjour, alors que le fait de le savoir dès le départ on peut s'adapter directement »

- Prise de contact

Par l'entretien, Me G. me conseille de prendre contact avec Me S. Cette dernière a souhaité répondre à mes interrogations sans que cela soit enregistré.

De nombreux échanges informels sur la thématique de recherche ont enrichis cet exercice.

Annexe D : Fiche synthèse de l'ensemble des observations menées

Pour synthétiser les observations, j'appliquerai la méthode QQQQCP pour mener une analyse fine des situations.

- Qui ?

Mes premières observations ont été réalisées auprès d'enfants. Dans un second temps, j'ai observé les professionnels qui les accompagnent.

- Quoi ?

J'ai décidé d'observer les pratiques alimentaires des mangeurs, en l'occurrence ici celles des enfants. Je me suis focalisé sur les pratiques alimentaires des enfants en situation de handicap.

En parallèle, j'ai décidé d'observer les adaptations, les actions et attitudes mises en place par les professionnels.

- Où ?

Les pratiques alimentaires des enfants ainsi que les adaptations des professionnels ont été observés sur mon terrain directement. J'ai pu, pendant de nombreuses semaines observer sur mon lieu de stage à Arette et durant une semaine observer au Hameau de Bellevue à Salies-de-Béarn.

- Quand :

Ces observations ont été menées tout au long de mon stage.

- Comment ?

Les observations qui ont été menées ont été de deux types :

- Observations directes participantes. Ce type d'observations a été réalisé lors des séjours thérapeutiques MECSa notamment concernant les pratiques alimentaires des enfants. A chaque repas et durant mes temps de présence, je prenais les petits-déjeuners, déjeuners, goûters et dîners avec eux. Je prenais part à la conversation, observée leurs pratiques, mangée avec eux, etc.
- Observations directes non participantes. Ce type d'observations a été réalisé durant toute la durée du stage et plus particulièrement pour constater les pratiques professionnelles.

- Pourquoi ?

Comme justifiée dans la partie II de cet exercice, la mise en place d'observations me semble pertinente afin d'obtenir des informations complémentaires et concrètes. Les observations ont été une source d'informations importantes.

Aussi, j'ai décidé de réaliser des observations car j'avais envie de mettre en place cet outil qualitatif pour la première fois. Je souhaitais mettre en application les enseignements théoriques prodigués durant la formation.

Enfin, l'observation et l'entretien étant des outils de la méthode qualitative complémentaire, il me semblait opportun au vu de mon sujet d'en réaliser.

Finissons par aborder les apports et les limites de mes observations.

Les observations appartiennent aux outils de la méthode qualitative. Elles ont l'avantage de collecter de l'information de manière directe ou indirecte, participante ou non participante. En amont de certains entretiens ou de certains échanges, j'ai pu observer certaines pratiques sur lesquelles j'ai ensuite interrogé les professionnels. Après les entretiens, j'ai aussi mené des observations afin de me rendre compte des similitudes ou des différences, entre les discours tenus et les pratiques réalisées.

A côté de cela, certaines limites peuvent être faites. Les observations demandent du temps. Après en avoir réalisée une, je prenais du temps pour retranscrire les éléments, les attitudes et comportements vus. Parfois, des événements viennent modifier la prise de notes s'effectuant après l'observation. De ce fait, je pouvais oublier certains éléments ou m'apercevoir de certains manques. Enfin, il s'agissait de la première fois que je réalisais des observations entrant en considération dans ma recherche. Il n'a pas été évident de trouver une position confortable à adopter au début puisque cet outil était nouveau.

Table des sigles et des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

BTS : Brevet de Technicien Supérieur

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique

ESAT : Etablissement et Services d'Aide par le Travail

GEMRCN : Groupe d'Etude des Marchés de Restauration Collective et Nutrition

HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point

HAS : Haute Autorité de Santé

IA : Inspection Académique

IEMFP : Institut d'Education Motrice et de Formation Professionnelle

IME : Institut Médico-Educatif

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

MECSa : Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEP : Pupille de l'Enseignement Populaire

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

Tables des figures

Figure 1 : Repères d'introduction des aliments chez l'enfant de 0 à 3 ans	13
Figure 2 : « Répartition du temps alimentaire au cours de la journée en 1986 et 2010 »	19
Figure 3 : Représentation de « L'espace social alimentaire »	23
Figure 4 : Les chiffres clés de l'accompagnement médico-social	40
Figure 5 : Schéma de l'accompagnement pour les enfants en situation de handicap	42
Figure 6 : Logo de l'association « Les PEP 64 »	55
Figure 7 : Centre d'Arette	58
Figure 8 : Le Hameau de Bellevue.....	60
Figure 9 : Les dimensions de ma réflexion	66
Figure 10 : Echancier de travail.....	82

Table des tableaux

Tableau 1 : Schéma des établissements et services intervenant auprès d'enfants handicapés. 41

Tableau 2 : Principaux avantages et limites des entretiens et des observations..... 77

Table des matières

Remerciements	5
Sommaire	6
Introduction générale.....	7
PARTIE I –.....	9
LE REGARD DES SCIENCES SOCIALES SUR L’ALIMENTATION ET LE HANDICAP	9
Introduction à la partie I	10
Chapitre 1 : Pratiques alimentaires des enfants et contexte des repas	11
1. Les enfants : un public singulier.....	11
A. L’enfance, les enfants et les tranches d’âge	11
B. Socialisations : périodes importantes chez l’enfant.....	12
2. Les pratiques alimentaires des enfants	15
A. Contexte familial et alimentation des enfants.....	16
B. L’alimentation « en vacances »	18
3. Les repas en France	19
A. Les repas en restauration collective scolaire	20
B. Les « hors-repas » : goûters, collations et/ou grignotages ?.....	21
C. Les dimensions de l’alimentation et les influences lors des repas	22
Chapitre 2 : L’alimentation des enfants en situation de handicap – Manger avec des différences	26
1. Le ou les handicap(s) : « <i>du débat autour d’une définition</i> » (Cunin, 2008, p. 159).....	26
A. Personne handicapée, personne en situation de handicap	27
B. La classification des handicaps	28
a. Le handicap social	29
b. Le handicap moteur	30
c. Le handicap mental	30
2. L’alimentation des enfants en situation de handicap.....	31
A. Les points communs et les différences alimentaires	31
B. En pratique	32
a. Gestion parentale de l’alimentation des enfants en situation de handicap	32
b. Gestion professionnelle de l’alimentation des enfants en situation de handicap.....	34
Chapitre 3 : Adaptations professionnelles mises en place face aux particularités alimentaires d’enfants en situation de handicap - Focus sur le secteur médico-social	36
1. Le secteur médico-social	36

A.	De quoi parle-t-on ?.....	36
a.	Focus sur la loi du 11 février 2005	38
b.	La part importante d'associations dans le secteur du handicap.....	38
B.	Qu'est-ce qu'un établissement médico-social ?	39
C.	Le secteur médico-social au service des enfants en situation de handicap.....	40
	Tableau 1 : Schéma des établissements et services intervenant auprès d'enfants handicapés	41
2.	Les professionnels présents auprès des enfants dans les structures médico-sociales	43
A.	Qui sont-ils ?	43
a.	Les acteurs paramédicaux et médicaux	44
b.	Les professionnels de rééducation et de réadaptation	45
c.	Les professionnels sociaux et éducatifs.....	45
d.	Les autres professionnels.....	46
B.	Les repas : lieux de rencontres	46
C.	Quels sont les rôles des professionnels ?.....	47
D.	Quels sont leurs liens avec l'alimentation ?	48
3.	Adaptations professionnelles face au handicap de l'enfant.....	49
A.	Adaptations professionnelles : de quoi s'agit-il ?.....	49
B.	Adaptations des professionnels face à des enfants en situation de handicap : focus sur les adaptations mises en place autour de l'alimentation	50
	 PARTIE II –	52
	CONSTRUCTION DE LA PROBLÉMATIQUE ET DES HYPOTHÈSES ILLUSTRÉES PAR UNE MÉTHODOLOGIE	52
	Introduction à la partie II.....	53
	Chapitre 1 : Structure, missions de stage et positionnement	54
1.	Structure de stage	54
A.	L'association « Les PEP 64 »	54
B.	La Base d'Aventure d'Arette.....	56
C.	La MECSa d'Arette.....	57
D.	Le Hameau de Bellevue.....	59
2.	Les missions de mon stage de fin d'études	60
A.	Missions propres à ma fonction de diététicienne-nutritionniste.....	61
B.	Missions propres à ma casquette d'étudiante en sociologie de l'alimentation	62
3.	Mon positionnement.....	63
	Chapitre 2 : Problématique et hypothèses	65
1.	Une réflexion aux plusieurs dimensions.....	65

2.	Construction de la problématique.....	67
A.	Quelques précisions.....	67
B.	Problématique.....	68
3.	Exposition des hypothèses.....	69
A.	Hypothèse 1	70
B.	Hypothèse 2.....	70
Chapitre 3 : Méthodologie pour répondre à la problématique et aux hypothèses		71
1.	La méthode quantitative	71
2.	La méthode qualitative	72
A.	L'entretien : approfondissement par rapport à l'an passé.....	73
B.	L'observation : nouveauté dans cette recherche.....	74
3.	La complémentarité des méthodes	75
4.	Méthodologie mise en place cette année	76
Tableau 2 : Principaux avantages et limites des entretiens et des observations		77
A.	Phase exploratoire	78
B.	Phase probatoire	78
5.	Élaboration des observations et du guide d'entretien.....	79
A.	Les observations	79
a.	Pourquoi ?.....	79
b.	Comment ?	79
c.	Apports et limites	80
B.	Les entretiens.....	80
a.	Pourquoi ?.....	80
b.	Comment ?	80
c.	Apports et limites	81
6.	Réalisation des entretiens et des observations.....	81
PARTIE III -.....		84
TERRAIN DE RECHERCHE, RÉSULTATS ET RETOURS RÉFLEXIFS		84
Introduction à la partie III		85
Chapitre 1 : Première hypothèse -		86
Les professionnels anticipent les repas pour accompagner les enfants en situation de handicap face à leurs particularités alimentaires.....		86
1.	Rappel de notre hypothèse et des sous-hypothèses qui l'accompagne.....	86
A.	Un contexte alimentaire propice : sous-hypothèse 1.1	87
a.	Ce que mettent en avant nos lectures et nos recherches théoriques	87

b.	Ce que met en avant le terrain	87
c.	Ce que l'on peut retenir	89
B.	Les informations à disposition des professionnels : sous-hypothèse 1.2.....	90
a.	La théorie.....	90
b.	Et la pratique... ..	90
c.	Quelle(s) conclusion(s) en tirer ?	92
2.	Retour sur notre problématique	93
Chapitre 2 : Seconde hypothèse -		96
Les professionnels formés sur le sujet « alimentation » s'adaptent aux particularités alimentaires des enfants en situation de handicap.....		96
1.	Zoom sur notre hypothèse et sur les sous-hypothèses qui l'accompagne	96
A.	L'importance de la formation initiale : sous-hypothèse 2.1	96
a.	Les avantages d'une formation initiale sur le sujet « alimentation »	96
b.	Les répercussions sur les pratiques professionnelles quotidiennes	97
c.	Diplôme obtenu, et après ?	99
B.	L'expérience professionnelle : sous-hypothèse 2.2.....	100
a.	L'expérience prime-t-elle sur la formation ?.....	100
b.	Ce que met en avant notre terrain.....	100
c.	Finalement, que conclure ?.....	101
2.	Retour sur la problématique	102
Chapitre 3 : Retours réflexif sur la recherche et le parcours réalisé.....		104
1.	Les apports de notre recherche	104
A.	Apports théoriques	104
B.	Apports pratiques	104
2.	Les limites de notre recherche : « Rien n'est parfait dans ce monde. Tout demande à être amélioré constamment »	105
A.	Limites sur le terrain.....	105
B.	Limites dans la rédaction.....	106
3.	Les pistes d'amélioration.....	106
4.	L'heure est au bilan	107
A.	Bilan du Master Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation.....	107
B.	Poursuite.....	108
Conclusion générale		109
Bibliographie		111
Table des annexes.....		116
Annexes		117

Annexe A : « L’accompagnement des enfants handicapés »	118
Annexe B : Guide d’entretien.....	119
Annexe C : Fiche synthèse d’un des entretiens menés.....	121
Annexe D : Fiche synthèse de l’ensemble des observations menées	123
Table des sigles et des abréviations.....	125
Tables des figures.....	126
Table des tableaux	127
Table des matières	128
Résumé	133

Résumé

L'enfance est une période importante. Phase de développements en tout genre, alimentation y compris, elle met en action d'enfantins mangeurs. Les enfants en situation de handicap, sont peu étudiés et constitue une population spécifique souvent laissée de côté. Cependant, cette tendance tend à s'effacer. Les sciences sociales y accorde un intérêt certain et viennent approfondir une littérature profane sur le sujet. Ce public est souvent au cœur d'institutions, dans lesquelles des professionnels sont présents pour eux au quotidien. Ces thérapeutes les accompagnent dans leur vie quotidienne, durant des moments d'espoir comme durant des moments de doutes.

Les pratiques alimentaires singulières de ces enfants questionnent. Elles sont la source d'interrogations et d'études. Ainsi, au travers d'un travail de recherche mêlant diverses démarches, étudions les adaptations professionnelles mises en place face aux particularités alimentaires des enfants en situation de handicap.

Mots clefs : Alimentation - Handicap - Enfants - Professionnels - Adaptations

Resumary

Childhood is an important period. It is a phase of development of all kinds, including food, and brings into action children who eat. Children with disabilities are little studied and constitute a specific population often left aside. However, this trend is tending to disappear. The social sciences are taking an interest in them and are adding to the lay literature on the subject. This public is often at the heart of institutions, where professionals are present for them daily. These therapists accompany them in their daily life, during moments of hope as well as during moments of doubt.

The singular eating practices of these children raises questions. They are the source of questions and studies. Thus, through a research work mixing various approaches, let us study the professional adaptations set up in front of the food particularities of the children in situation of handicap.

Keywords : Food - Disability - Children - Professionals - Adaptations