



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en
Ergothérapie

52 rue Vitruve, 75020 Paris

**Intervention de l'ergothérapeute auprès d'enfants
présentant un trouble de l'oralité alimentaire**

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5

S6 : Validation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction de Madame Sandrine POINSOT

Clara LIMOUSIN

Session Juin 2021

NOTE AUX LECTEURS

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné ».

REMERCIEMENTS

Je tiens tout particulièrement à remercier ma maîtresse de mémoire, Madame Sandrine POINSOT pour son accompagnement durant toute cette année, ses conseils, sa disponibilité et sa réactivité dans la relecture et corrections.

Je remercie tous les ergothérapeutes D.E. qui ont accepté de participer à mon étude et ainsi aidé à réaliser ce mémoire.

Je remercie également l'équipe pédagogique de l'ADERE pour leur accompagnement durant ces trois années.

Enfin, je remercie mes ami(e)s et ma famille pour leur soutien, leurs conseils et le travail de relecture qu'ils ont pu effectuer sur ce travail.

Liste des sigles

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé

CO-OP : Cognitive Orientation to daily Occupational performance

IS : Intégration Sensorielle

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PFD : Pediatric Feeding Disorder

SCOPE : Short Child Occupationnal Profil

SOS : Sequential Oral Sensory (feeding approach)

TOA : Troubles de l'Oralité Alimentaire

TSA : Trouble du spectre autistique

Table des matières

INTRODUCTION	3
PARTIE THEORIQUE	5
1. Trouble de l'oralité alimentaire	5
1.1. Définition	5
1.2. Développement des aptitudes nécessaires à l'alimentation	6
1.2.1. Les réflexes oraux primaires	6
1.2.2. Les réflexes oraux secondaires	7
1.2.3. La diversification alimentaire	8
1.2.4. Repas comme l'adulte	9
1.3. Etiologies	11
1.3.1. Causes organiques	11
1.3.2. Causes fonctionnelles	11
1.3.3. Causes psycho-comportementales	11
1.3.4. Causes sensorielles	11
1.3.5. Causes environnementales	16
2. Problèmes occupationnels	17
2.1. Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel.....	17
3. Ergothérapie.....	19
3.1. Définition de l'ergothérapie.....	19
3.2. Evaluation	19
3.3. Intervention	20
3.3.1. Environnement	20
3.3.2. Sensoriel	22
PARTIE EXPLORATOIRE	24
1. Méthodologie de recherche	24
1.1. Population cible	24

1.2.	Choix de l'outil d'enquête	25
1.3.	Déroulement de l'enquête	25
2.	Présentation et analyse des résultats de l'enquête	26
2.1.	Présentation des ergothérapeutes interrogés	26
2.2.	Profil des enfants pris en soin	27
2.3.	L'évolution des problèmes occupationnels en lien avec le repas	28
2.4.	Prise en soin des enfants présentant un TOA	30
2.5.	Implication de l'entourage	31
2.6.	Accompagnement pluriprofessionnel	31
3.	Discussion.....	31
3.1.	Analyse des résultats en regard du cadre conceptuel.....	31
3.3.	Validité de l'hypothèse	33
3.4.	Limites de l'étude	33
3.5.	Ouverture vers de nouvelles perspectives.....	34
	CONCLUSION	36
	BIBLIOGRAPHIE	38
	ANNEXES	I
	ANNEXE 1 : Tableau de la diversification alimentaire « Manger Bouger » (PNNS).....	II
	ANNEXE II : Guide d'entretien.....	III
	ANNEXE III : Retranscription d'un entretien (Ergothérapeute 2).....	VI

INTRODUCTION

J'ai gardé durant plusieurs années, un jeune garçon qui présente un Syndrome d'Asperger. C'est un handicap invisible qui résulte d'un « désordre de nature développementale lié à des anomalies du cerveau où se déroulent les processus responsables des émotions. Le syndrome ne s'accompagne généralement pas de retard mental, de déficit langagier ou cognitif » (Richoz, Rolle, 2015). Il a été conseillé aux parents de consulter un ergothérapeute afin que leur fils puisse être accompagné dans les difficultés occupationnelles qu'il rencontre dans sa vie quotidienne. Cela m'a interpellé et j'ai donc souhaité réaliser, dans un premier temps, mon mémoire de fin d'études sur l'intervention de l'ergothérapeute face aux problèmes occupationnels que peuvent rencontrer les enfants présentant ce syndrome. Puis au cours de mes recherches sur ce sujet, je me suis rendu compte que les personnes ayant un Syndrome d'Asperger peuvent présenter des troubles d'intégration sensorielle. En effet, les personnes présentant ce syndrome peuvent connaître des répercussions dans différents domaines comme celui des interactions sociales, du sensoriel ou encore de la motricité (Richoz, Rolle, 2015). Les troubles d'intégration sensorielle correspondent à des difficultés pour la personne, à traiter, moduler puis à répondre aux informations sensorielles qu'elle reçoit. Ceci peut concerner différents sens et engendrer des réactions qui ne sont pas toujours adaptées au contexte. Elles sont propres à chacun (Ministère de l'Éducation de Nouvelle-Ecosse, 2012). J'ai donc axé mes recherches sur ce sujet. Lors de mon stage de troisième année que j'ai réalisé dans un cabinet libéral, j'ai pu rencontrer des enfants présentant des Troubles de l'Oralité Alimentaire (TOA). Ma tutrice, qui venait d'être formée sur ce sujet, faisait passer ses premiers bilans. Cela a éveillé ma curiosité, car la notion de trouble d'intégration sensorielle peut avoir une place dans le TOA. De plus, lors d'un échange avec ma maître de mémoire, elle m'a rapporté qu'elle prenait en soin de plus en plus d'enfants présentant un TOA. L'acte de manger permet d'assouvir la sensation de faim, et sollicite les différents sens.

L'accompagnement en ergothérapie chez ces sujets est encore peu connu et pratiqué en France, contrairement au Canada par exemple où les connaissances et les formations sont plus développées. Selon certaines études, 13% à 50% d'enfants, sans pathologies associées, présenteraient des troubles de l'oralité alimentaire. Ce pourcentage est plus élevé, 80%, lorsque que les enfants présentent des troubles du développement, ou un trouble du spectre autistique. Pour ces derniers, les TOA sont souvent en lien avec un trouble d'intégration sensorielle (Ruffier-Bourdet, 2018).

J'ai donc décidé de m'intéresser à ce sujet et plusieurs questions en ont découlé : « Quelles sont les causes d'un TOA ? Quelles sont les répercussions au quotidien lors des repas ? Quels rôles l'ergothérapeute a-t-il à jouer ? »

Suite à ces réflexions et questionnements, je suis arrivée à la question de recherche suivante : **« Comment l'ergothérapeute intervient-il face aux problèmes occupationnels, en lien avec le repas, chez des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire ? »**

Par conséquent, la première partie de ce mémoire sera consacrée à la définition des termes clés de cette question de recherche, ce qui constituera le cadre conceptuel. Tout cela me permettra d'émettre une hypothèse en réponse à la question de recherche. La seconde partie portera sur la méthodologie d'enquête, la présentation et l'analyse des données recueillies. S'en suivra une critique de mon étude ainsi que des pistes de réflexions.

PARTIE THEORIQUE

1. Trouble de l'oralité alimentaire

1.1. Définition

La pédiatre Véronique Abadie, dans le livret « Attention à mon alimentation » (2018), décrit l'oralité comme « l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche à savoir, l'alimentation, la ventilation, l'olfaction, la gustation, la communication et le langage ». Il en ressort donc que les deux principales fonctions orales sont : le langage et l'alimentation. On parle alors de Trouble de l'Oralité Alimentaire (TOA) lorsqu'un enfant (ou adolescent, ou adulte) présente des difficultés en lien avec l'alimentation.

Dans la littérature Anglo-Saxonne, on parle de « *Pediatric Feeding Disorder (PFD)* ». Ce terme a été proposé par la Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la santé (CIF) dans le but de proposer une terminologie commune à tous. Celle-ci est ainsi définie comme étant « une ingestion orale altérée qui n'est pas adaptée à l'âge, et est associée à un dysfonctionnement médical, nutritionnel, alimentaire et/ou psychosocial » (Godoy & al., 2019). Selon la CIF, le terme d'ingestion renvoie aux « fonctions relatives à la prise et à la manipulation de solides ou de liquides pénétrant dans l'organisme par la bouche ». L'ingestion comprend ainsi « les fonctions relatives au fait de sucer, de mastiquer et de mordre, de travailler les aliments dans la bouche, de saliver, d'avalier, de faire un renvoi, de régurgiter, de cracher et de vomir ». (OMS, 2001)

Le terme de dysoralité sensorielle peut également être employé mais seulement lorsque le trouble de l'oralité alimentaire est lié à un trouble sensoriel. (Senez, 2015)

Tableau 1 : critères d'un syndrome de dysoralité sensorielle (Senez, 2009)

Critères principaux	Critères secondaires
Signes constants et caractéristiques	Signes inconstants et de fréquence variable suivant les individus
<i>Tous ces signes sont exacerbés le matin au réveil et lors d'épisodes fébriles</i>	
Notion de transmission transgénérationnelle	Difficultés d'ouverture de la bouche pendant les repas
Début des troubles dans la première année de vie	Nausées pendant les repas
Appétit médiocre et irrégulier	Régurgitations, vomissements
Lenteur pour s'alimenter	Vomissements si la personne est forcée (repas)
Sélectivité sur la température des aliments	Aliments gardés dans la bouche (signe du hamster) ¹
Sélectivité sur les goûts	Nausées au brossage des dents
Sélectivité sur les textures	Exacerbations olfactives
Refus des aliments nouveaux	
Peu ou pas de mastication même si elle est possible	

Tableau 1 : critères d'un syndrome de dysoralité sensorielle (Senez, 2009) cité dans l'article « Les troubles sensoriels : impact sur les troubles alimentaires » (2009) de E. Prudhon Havard (orthophoniste), M. Carreau (ergothérapeute), R. Truffeau (psychiatre).

1.2. Développement des aptitudes nécessaires à l'alimentation

1.2.1. Les réflexes oraux primaires

On peut différencier plusieurs stades dans le développement de l'oralité alimentaire. Le premier se déroule in utéro, à partir du troisième mois de grossesse environ, et correspond à l'acquisition de plusieurs réflexes oraux primaires. Le premier mécanisme qui apparaît est le réflexe de Hooker. Il correspond à une ouverture buccale, qui se manifeste lorsque la main vient toucher les lèvres, et cela va conduire à la sortie de la langue. Cette première étape marque la transition de l'embryon au fœtus (Thibault, 2017). Se développe ensuite le réflexe de succion, qui est nécessaire à l'enfant pour qu'il puisse téter à sa naissance afin de se nourrir. Puis, autour de la douzième semaine, le mécanisme de la déglutition apparaît avec les lapements de la langue. Le fœtus va ainsi commencer à déglutir le liquide amniotique qui l'entoure (Senez, 2015). On retrouve également le réflexe de morsure (ou réflexe de

jaillissement), qui va permettre au nouveau-né de pouvoir faire jaillir le lait de la tétine ou du mamelon en exerçant une pression dessus avec sa bouche. Le réflexe nauséux se met également en place durant la vie in utéro. Il consiste à « inhiber, inverser le réflexe de déglutition dès que le système sensoriel gustatif a identifié une substance différente du lait (température, consistance, goût) » (Senez, 2015). Mais ce réflexe doit disparaître, « chez l'enfant, le réflexe nauséux est beaucoup plus antérieur » (Bleeckx, 2002), il n'est donc plus prédominant, il n'est présent que de manière occasionnelle. Le réflexe de toux protège les voies respiratoires des fausses routes notamment, et va subsister toute notre vie. (Bonnet, Guatterie, 2005). Enfin, le réflexe des points cardinaux (ou réflexe de fuissement) se manifeste lorsqu'une personne effleure la joue du bébé, cela entraîne une rotation de la tête du côté où a eu lieu la stimulation, en ouvrant la bouche ce qui va lui permettre de téter (au biberon ou au sein) par la suite (Haddad & al., 2015).

Les réflexes oraux primitifs développés in utéro, cités précédemment, vont permettre au nouveau né de se nourrir dès ses premiers jours de vie et laisser place au second stade.

1.2.2. Les réflexes oraux secondaires

Le second stade correspond aux six premiers mois de la vie d'un nourrisson. Les réflexes oraux primaires vont peu à peu être inhibés à partir du troisième mois de vie environ. L'âge d'inhibition de ces réflexes « permet d'évaluer le niveau d'évolution du système nerveux central de l'enfant » (Bleeckx, 2002). Ce mécanisme permet par la suite, au nourrisson d'avoir un contrôle volontaire de sa sphère orale. Si cette inhibition ne se déroule pas correctement, le nourrisson peut rencontrer des difficultés lors de la diversification alimentaire par exemple, mais aussi dans « le développement des praxies bucco linguales et de l'exploration de l'environnement » (Bonnet, Guatterie, 2005).

Sur le plan sensoriel, lors des trois premiers mois, le nouveau-né ne se nourrit que de lait (maternel ou maternisé), son panel de goûts est donc peu diversifié. Le nourrisson allaité au sein maternel est exposé à un panel un peu plus large car les habitudes de vie et alimentaires de la mère influent sur le goût du lait maternel donné au sein. Sur le plan moteur, le bébé se nourrit grâce à « des réflexes qui le poussent à réagir aux stimuli extérieurs » (Fondelli, 2013). De plus, on retrouve le réflexe olfactif qui amène l'enfant vers la nourriture, le réflexe de la succion et de la déglutition (qui se met en place lorsqu'une personne effleure les lèvres

du bébé avec ses doigts, ou bien grâce à la tétine du biberon ou du mamelon par exemple). On peut aussi noter le réflexe de la langue qui, lorsqu'elle sort, empêche le bébé d'avaler de gros morceaux. (Fondelli, 2013).

De trois à six mois, le nourrisson va connaître davantage de sollicitations sur le plan sensoriel. En effet, il va découvrir de nouvelles textures ainsi que de nouveaux goûts avec l'introduction de légumes, de la viande, du poisson et de fruits, sous formes de purées ou de compotes, dans son alimentation. A chaque nouvel aliment, tous ses sens vont être mis en éveil car il n'a pas encore la capacité de deviner la réaction de son corps face à telle ou telle texture ou goût. L'action de manger se fait désormais de son plein gré, elle n'est plus régie par des réflexes. (Fondelli, 2013)

1.2.3. La diversification alimentaire

Le troisième stade correspond à la période des 6 mois à 1an du bébé. Durant celle-ci, il connaît de nouvelles sollicitations sur le plan sensoriel lors des repas puisque les morceaux sont désormais introduits dans son alimentation. La diversification alimentaire peut se faire de différentes manières.

- Tout d'abord, on peut trouver la diversification progressive, c'est-à-dire que l'introduction de nouveaux aliments se fait petit à petit, à l'aide de couverts : tout d'abord sous forme de purée lisse, puis celle-ci devient plus grossière où les fruits et légumes ne sont qu'écrasés grossièrement, ou laissent place à une texture granuleuse par exemple, selon le tableau récapitulatif du Programme National Nutrition Santé (PNNS) (Annexe 1).
- Ensuite, on peut trouver la diversification menée par l'enfant (DME). Dans celle-ci, les morceaux sont directement introduits sans passer par l'étape de la purée. Pour cela, les aliments, qui sont de taille et de forme adaptées à ces capacités, sont présentés à l'enfant. Il va ensuite pour les découvrir avec ses mains, sans couverts ou ustensiles, et décider de l'ordre dans lequel il va les manger, en quelle quantité et à quelle vitesse. (Cameron & al., 2012) Il faut veiller à ce que ces morceaux aient une consistance facile à mâcher (texture fondante ou croustifondante), que l'enfant puisse les prendre facilement pour les porter à la bouche et ne soient pas trop petits (comme les cacahuètes ou les cerises par exemple) pour éviter l'étouffement. (Baudin, 2014)

- Enfin, on peut retrouver la diversification mixte. Celle-ci consiste à donner, en parallèle, à l'enfant de la purée mais aussi des aliments solides à manger avec les mains, sans nécessité de couverts.

Durant cette période, sur le plan moteur, il apprend désormais à mastiquer les aliments, de manière verticale puis horizontale. Cette mastication ne sera mature qu'aux alentours de 4 et 6 ans. (Fondelli, 2013)

1.2.4. Repas comme l'adulte

Enfin, le dernier stade correspond à la période de 1 an à 3 ans. Le panel alimentaire de l'enfant se diversifie, les morceaux deviennent plus gros. De plus, ce panel peut être influencé par le contexte culturel dans lequel l'enfant évolue. En effet, les aliments et saveurs découverts par l'enfant durant cette période, ne sont pas les mêmes qu'il grandisse dans un pays d'Europe du Nord ou en Inde par exemple (Fondelli, 2013). Sur le plan moteur, l'enfant tend maintenant vers une mastication rotative, il apprend à maîtriser les couverts : porter la cuillère ou la fourchette à la bouche sans en renverser à côté par exemple. A cet âge, il est désormais capable d'anticiper le goût, la texture et donc les réactions sensorielles que cela va entraîner chez lui, lorsqu'il voit un aliment. Il est également capable d'exprimer ses préférences en termes d'aliments. (Fondelli, 2013)

Les aptitudes nécessaires à l'alimentation se développent donc sur plusieurs années et sont régies par le passage de ces différentes étapes citées ci-dessus.

Plus globalement, l'alimentation d'un enfant peut s'observer selon trois dimensions. Tout d'abord la dimension quantitative, c'est-à-dire la proportion d'aliments mangée par l'enfant. Vient ensuite celle de la diversité, qui porte sur la sélectivité que l'enfant peut porter vis à vis de certains aliments. Cette sélection peut être visuelle, olfactive, gustative ou tactile. La dernière dimension, celle du comportement, regroupe différents éléments comme le temps passé au repas, les capacités motrices de l'enfant (mastication, utilisation des couverts), la compréhension des normes sociales. (Fondelli, 2013)

Il arrive que l'enfant puisse rencontrer des difficultés lors du développement de ces aptitudes essentielles à l'alimentation. Le diagnostic de trouble de l'oralité alimentaire est réalisé par un médecin en s'appuyant sur les bilans et observations des professionnels formés à ces

troubles. Dans l'article « *Pediatric feeding disorder : consensus definition and conceptual framework* » du « *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* », les auteurs Goday & al. décrivent les critères pris en compte pour poser le diagnostic de trouble de l'oralité alimentaire. L'enfant doit présenter des difficultés dans la prise orale des aliments, inadaptée à son âge, pendant au minimum deux semaines. L'enfant ne doit également pas présenter de troubles cognitifs en lien avec les troubles de l'alimentation, et « le modèle de consommation orale n'est pas dû à un manque de nourriture ou conforme aux normes culturelles » (Goday & al., 2019). A cela doit s'ajouter au moins une de ces composantes :

Composantes	Exemples
Dysfonctionnement médical	Troubles cardiorespiratoires, pneumopathie par aspiration.
Dysfonctionnement nutritionnel	Malnutrition, carence en nutriments spécifiques ou apport restreint dû à une diminution de la diversité alimentaire.
Dysfonctionnement des compétences alimentaires	Besoin de modifier la texture du liquide ou de la nourriture, utilisation d'un équipement modifié ou de stratégies d'alimentation modifiées.
Dysfonctionnement psychosocial	Comportement d'évitement de l'enfant lorsqu'il se nourrit ou est nourri, perturbation de la relation soignant-enfant associée à l'alimentation.

Tableau 2 : Composantes des critères diagnostiques pour les troubles de l'oralité alimentaire (Goday & al., 2019)

Plusieurs causes peuvent être à l'origine des troubles de l'oralité alimentaire, et vont être exposées dans la partie suivante.

1.3. Etiologies

1.3.1. Causes organiques

Un trouble d'origine organique signifie, selon le dictionnaire du Larousse en ligne, qu'il est dû à une lésion des organes ou de tissus vivants. Il s'oppose à un trouble d'origine fonctionnelle.

Comme l'explique Catherine Senez dans son ouvrage « Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition » (2015), les causes organiques à l'origine d'un TOA peuvent être d'origines diverses : une atteinte neurologique (comme par exemple une encéphalopathie), une malformation congénitale ORL (c'est-à-dire qui est présente dès la naissance et qui touche la sphère de l'oreille, du nez ou de la gorge), des pathologies digestives (comme le reflux gastro-œsophagien ou encore les allergies alimentaires) ou des pathologies cardiaques.

1.3.2. Causes fonctionnelles

On retrouve ensuite les causes fonctionnelles, c'est-à-dire qu'elles ne reposent pas sur une lésion ou une anomalie organique (Larousse en ligne).

Des troubles de la déglutition, de la mastication, de la digestion ou encore de la succion peuvent être à l'origine de TOA. (Abadjian, 2020) Cela peut également être expliqué par d'autres causes fonctionnelles comme : une hypotonie (c'est-à-dire une réduction du tonus musculaire), l'alimentation par sondes naso-gastriques, la prématurité.

1.3.3. Causes psycho-comportementales

Lors d'un entretien avec l'entourage d'un enfant qui présente un TOA, l'anamnèse nous amène parfois à découvrir que l'origine du TOA peut être de nature psycho-comportementale.

On peut notamment retrouver les pathologies suivantes : l'anorexie infantile, les psychoses infantiles (Association de Prévention en Orthophonie, 2017)

1.3.4. Causes sensorielles

Un trouble de l'oralité alimentaire peut avoir pour origine une cause sensorielle. L'enfant peut présenter un trouble d'intégration sensorielle, c'est-à-dire une défaillance dans le traitement et la modulation des informations sensorielles qu'il reçoit. Cela va ainsi générer

un comportement qui n'est pas toujours adapté au contexte, comme une hyposensibilité, à savoir un manque de réaction face aux stimuli, ou bien à l'inverse, une hypersensibilité qui est une réaction excessive aux stimuli. Les stimuli externes peuvent être perçus comme une perturbation ou même une douleur pour certains. Les réactions sont propres à chacun en fonction de ce que la personne perçoit et plusieurs sens peuvent être touchés. (Ministère de l'Éducation de Nouvelle-Ecosse, 2012).

Dans l'article « Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel » paru dans la revue *Spirale* (2009), les auteurs Véronique Leblanc et Marie Ruffier-Bourdet nous rappellent que « l'action de manger repose sur la quasi-totalité des sens : vue, toucher, odorat, goût ». Un enfant présentant des troubles d'intégration sensorielle perçoit de nombreuses informations sensorielles qu'il n'arrive pas à traiter et à moduler correctement pour que le repas soit une activité agréable pour lui. Effectivement, « le toucher d'une zone orale bien définie exo ou endo-buccale (joues, menton, lèvres, gencives, langue) peut entraîner à lui seul un refus, une nausée, voir un vomissement » (Leblanc, Ruffier-Bourdet, 2009).

On peut notamment observer différents signes montrant des TOA d'origines sensorielles, comme l'introduction et l'acceptation difficile des morceaux, un panel alimentaire réduit à moins de 20 aliments, lenteur dans la prise des repas, possibles hauts de cœur ou vomissements durant les repas, sélectivité (marque, couleur, texture, goût d'un aliment) (Abadjian, 2020).

Marie-José Tessier, ergothérapeute, répertorie les problèmes alimentaires que les enfants présentant un trouble sensoriel, peuvent rencontrer. Elle les classe en deux catégories : la défense sensorielle, c'est-à-dire une hypersensibilité, et la dormance sensorielle, aussi appelée hyposensibilité. (Prudhon Havar, Carreau, Truffeau, 2009)

Tableau clinique d'un enfant présentant une défense sensorielle	Tableau clinique d'un enfant présentant une dormance sensorielle
Difficulté à accepter certaines consistances, textures et donc transitions difficiles.	Accumulation des aliments dans la bouche, au niveau du palais ou des sulcus latéraux
Réactions exagérées à certaines situations : toucher les aliments avec les doigts, approche d'un couvert de la bouche, température et texture d'un aliment.	L'enfant fait de grosses bouchées
Comportements d'évitement	Nette préférence pour les aliments épicés et boissons gazeuses
Aliments gardés en bouche, absence de latéralisation des aliments dans la bouche	
Réaction de nausée à la vue des aliments, à l'odeur ou à la manipulation.	Pertes salivaires fréquentes
Réaction de nausée lors de la mise en bouche, de la mastication ou de la déglutition.	Risque d'étouffement suite à une difficulté de gestion des aliments dans la bouche
Textures mieux acceptées : purées et aliments croquants	
Aliments fades préférés	

Tableau 3 : tableau clinique des troubles alimentaires chez les enfants présentant un trouble sensoriel (Tessier, 2006), cité dans l'article « Les troubles sensoriels : impact sur les troubles alimentaires » (2009) de E. Prudhon Havard (orthophoniste), M. Carreau (ergothérapeute), R. Truffeau (psychiatre).

Dans l'ouvrage « Autisme et problèmes d'alimentation » (2013), l'auteur Thomas Fondelli rapporte les signes d'hyper et d'hypo sensibilité que l'on peut observer lors d'un repas, pour chaque sens, Je les ai répertoriés dans le tableau ci-dessous.

Sens	Hypo sensibilité	Hyper sensibilité
	Manque d'intérêt pour le contenu de l'assiette car	Déconstruction des aliments mélangés dans l'assiette afin

La vue	l'enfant n'est pas sensible aux couleurs ni aux formes qui sont présentent dedans.	que chacun soit séparé (par couleurs par exemple) et soit ordonné. L'enfant peut également recouvrir tout le contenu de son assiette avec de la sauce afin de limiter le nombre de couleurs.
Le goût	L'enfant trouve généralement que les aliments ont la même saveur, il peut ainsi montrer un penchant pour les aliments à fort goût ou épicé. Il peut avoir tendance à garder les aliments en bouche, il cherche à mâcher ou à mordre des aliments ou objets. (Lancelette & Vassini, 2017)	Peut se manifester par une préférence pour une saveur en particulier (par exemple le sucré). L'enfant peut limiter les saveurs dans son assiette soit par la quantité, soit en les recouvrant d'une sauce qui uniformisera le goût. Il peut également facilement avoir des hauts de cœur, n'accepter que de manger des purées lisses ou encore avoir peur d'avaler. (Lancelette & Vassini, 2017)
L'odorat	Peut se manifester par une préférence pour les aliments à forte odeur. L'enfant peut avoir du mal à différencier les goûts, à identifier les odeurs ce qui peut le conduire à manger des choses dangereuses. (Lancelette & Vassini, 2017)	Peut s'exprimer par un écœurement face à des produits à fortes odeurs. Il est possible que l'enfant refuse de manger des plats chauds car en général ceux-ci dégagent une plus forte odeur (qui se diffuse plus facilement également), que les plats froids.

<p>Le toucher</p>	<p>Peut se manifester par l'ingurgitation d'aliments que l'enfant peut même stocker dans ses joues. Il peut également jouer avec la nourriture, et cherche à toucher des objets. Il peut présenter des difficultés de motricité fine et de discrimination tactile. (Lancelette & Vassini, 2017)</p>	<p>L'introduction de morceaux dans l'alimentation peut s'avérer compliquée. En effet, l'enfant peut refuser de mastiquer alors qu'il en a les capacités. Il peut refuser de toucher ou d'être touché, il n'aime pas se salir et peut mal réagir aux soins d'hygiène. (Lancelette & Vassini, 2017)</p>
<p>L'ouïe</p>	<p>Peut se manifester par une inconscience des bruits produits lorsque l'enfant mange.</p>	<p>L'enfant a conscience des bruits provoqués lors du repas (par lui-même ou les autres), mais ils lui paraissent amplifiés ce qui est désagréable pour lui et le met dans un état de stress et d'agacement.</p>
<p>Le vestibulaire</p>	<p>Peut se manifester par une recherche constante de mouvements, l'enfant a dû mal à rester en place, il recherche aussi les sensations fortes et peut se mettre en danger. (Lancelette & Vassini, 2017)</p>	<p>Peut s'exprimer par un mauvais sens de l'équilibre, l'enfant peut avoir peur de tomber et préfère que ses pieds touchent le sol. (Lancelette & Vassini, 2017)</p>
<p>Le proprioceptif</p>	<p>L'enfant aime bouger, taper des mains ou des pieds lorsqu'il est assis, mâcher des objets. Il présente des</p>	<p>L'enfant a peu de tonus postural, il cherche à soutenir sa tête. (Lancelette & Vassini, 2017)</p>

	difficultés à mesurer sa force. (Lancelette & Vassini, 2017)	
--	--------------------------------------------------------------	--

Tableau 4 : Tableau répertoriant les signes d'hypo et hyper sensibilité observable lors d'un repas

Dans ces signes d'hypo ou d'hyper-réactivité au niveau de ces sens, des signes d'anxiété peuvent être observés selon l'environnement dans lequel l'enfant se trouve lors du repas.

1.3.5. Causes environnementales

La documentation au sujet des causes environnementales d'un TOA est limitée. Cependant cette partie concerne un autre champ de compétence de l'ergothérapeute, à savoir l'aménagement ou l'adaptation de l'environnement. En effet, « l'ergothérapeute est un expert dans la préconisation et la mise en place des outils de compensation et d'adaptation de l'environnement » (ANFE, 2019). Une mauvaise installation, une utilisation non adaptée ou non fonctionnelle de certains couverts ou ustensiles peut rendre la prise des repas difficile. Dans l'article « *Effect of ambiance on food intake and food choice* » (2004) du journal « *Nutrition* », les autres Stroebele et De Castro soulignent que divers facteurs environnementaux peuvent venir impacter la prise de repas comme « la présence d'autres personnes, le son, la température, l'odeur, la couleur, le temps et la distraction » (Stroebele, De Castro, 2004).

Pour toutes ces étiologies, différents professionnels de santé peuvent intervenir.

Dans l'article « *Feeding Problems and Oropharyngeal Dysphagia in Children* » du « *Journal of Gastroenterology and Hepatology Research* », l'auteur Pamela Dodrill rappelle l'importance du travail multidisciplinaire pour aider dans la prise en soin des enfants présentant un TOA. Cela implique différents professionnels de santé comme : des médecins spécialisés, des orthophonistes, des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes, des diététiciens et des psychologues.

2. Problèmes occupationnels

Les repas sont des occupations de la vie quotidienne. Par occupation, on entend ce que fait une personne dans sa vie quotidienne et qui a du sens pour elle (Caire, J-M., Schabaille, A., 2018). Lorsqu'une personne rencontre des difficultés à réaliser pleinement ses occupations, on parle de problèmes occupationnels.

2.1. Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) a été choisi pour aborder la thématique de ce mémoire. Ce modèle émane des travaux réalisés par Mary Reilly, et il repose sur une approche centrée sur la personne. (Caire, Rouault, 2017). Il a été publié par l'Association canadienne des ergothérapeutes pour la première fois en 1991 et il en est aujourd'hui à sa cinquième version (1991, 1994, 2000, 2005, 2014). Ce modèle a été élaboré « pour orienter l'intervention des ergothérapeutes vers les activités et occupations importantes pour la personne mais qui sont insatisfaisantes dans leur performance actuelle » (Caire, Morel-Bracq, 2018). En effet, les occupations ont une place essentielle dans la vie quotidienne d'un sujet. L'ergothérapeute va ainsi devoir identifier quelles sont les occupations importantes pour la personne, qui composeront alors un objectif ou bien un moyen dans la prise en charge ergothérapique. Cela va permettre au sujet de s'engager dans des activités signifiantes et significatives qu'il juge importantes et dont il a envie. (Caire, Morel-Bracq, 2018).

Ce modèle s'intéresse à trois sphères : celle de la personne avec les dimensions affectives, spirituelles, physiques et cognitives. Vient ensuite celle de l'environnement de la personne (en regardant les dimensions sociales, culturelles, institutionnelles et physiques) et enfin celle de l'occupation, c'est-à-dire les activités qui ont du sens pour la personne, qui regroupe les soins personnels, la productivité et les loisirs. (Caire, Morel-Bracq, 2018).

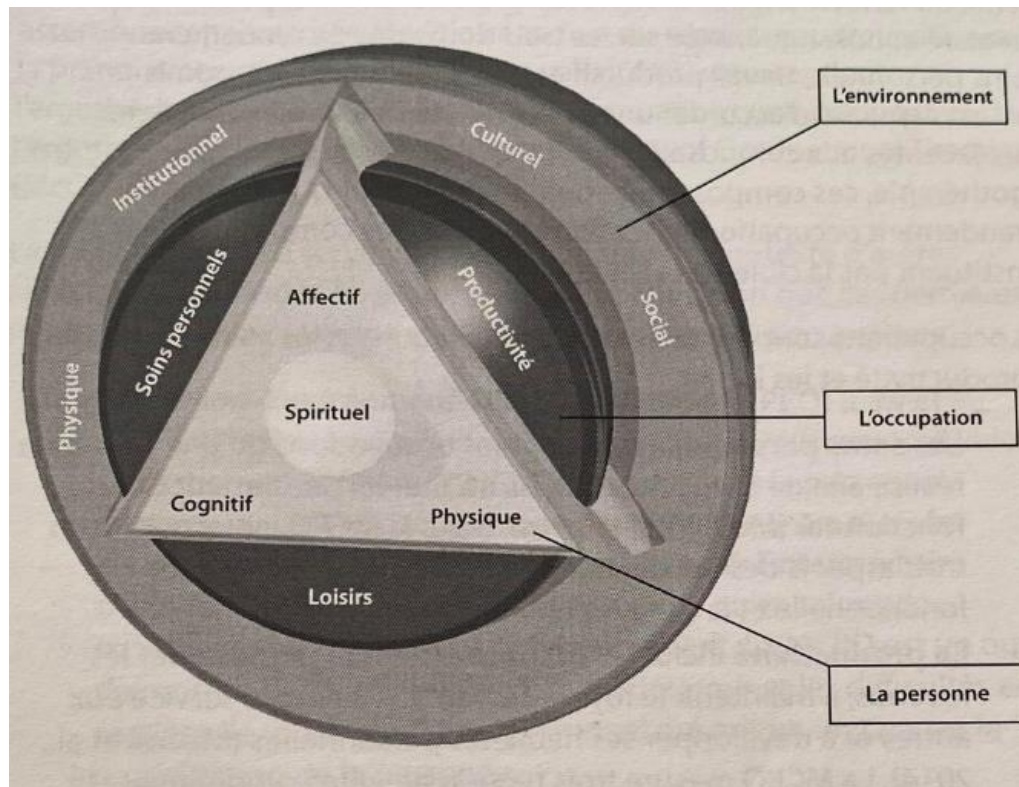


Figure 1 : Modèle Canadien du Rendement et l'Engagement Occupationnel (MCREO) (CAOT, 1997) cité dans le livre « MCRO : La mesure Canadienne du Rendement Occupationnelle – cinquième édition » (2014) de Law & al.

Les troubles de l'oralité alimentaire peuvent ainsi avoir des répercussions sur l'occupation quotidienne qui est celle du repas. Pour illustrer ces propos, voici quelques exemples, tirés du livre « Autisme et problèmes d'alimentation » (2013) de Thomas Fondelli :

« Johan (..) est un puits sans fond. Il mangerait sans fin. A la fin du repas, les parents doivent retirer les plats de la table, car tant qu'il voit de la nourriture, il continue à manger. » (p.22)

« Morgane est très sélective. Les seuls légumes qu'elle mange sont les carottes et les haricots à la sauce tomate. Elle ne mange pas de viande et les pommes de terre doivent être rissolées » (p.22)

De ce modèle (MCREO), a été conçu la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). C'est un outil qui permet de « déterminer les domaines problématiques du rendement occupationnel » (Law & al., 2014). Ce dernier terme est lui défini comme « le résultat des interactions entre la personne, l'environnement et l'occupation » (Law & al., 2014), comme on peut l'observer dans le schéma ci-dessus.

3. Ergothérapie

3.1. Définition de l'ergothérapie

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute est définie comme « un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. L'objectif est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace ».

L'ergothérapeute intervient dans les domaines de la réadaptation, de la rééducation et de la prévention, en s'appuyant sur des notions clés qui sont : l'autonomie et l'indépendance. Le premier concerne l'aptitude d'une personne à réaliser des choix, de sa pleine conscience. Le second, lui, renvoie à la capacité à effectuer seul les tâches de la vie quotidienne (Sève-Ferrieu, 2008). Il va axer son accompagnement autour de ces concepts pour aider la personne en situation de handicap, à réaliser au mieux son projet de vie. (Caire, Schabaille, 2018)

3.2. Evaluation

Au moyen des évaluations, l'ergothérapeute va pouvoir établir un diagnostic ergothérapique qui va ensuite l'aider à construire le projet d'intervention à mettre en place, en accord avec les besoins et attentes de la personne. Dans ce projet, des objectifs sont généralement énoncés avec des échéances à court, moyen et long terme qui sont définis avec la personne.

L'ergothérapeute va tout d'abord réaliser un entretien avec l'enfant et ses parents (ou référents) pour recueillir toutes les informations relatives à l'enfant (c'est ce que l'on appelle l'anamnèse), et ses habitudes de vie quotidienne en évoquant les différentes sphères : habillage, soins personnels, repas, loisirs, scolarité.

Tout d'abord, il est important de pouvoir observer le comportement de l'enfant lors d'un repas en mise en situation réelle c'est-à-dire si possible dans le contexte habituel comme un repas à domicile avec toute la famille, par exemple. L'ergothérapeute peut également se rendre dans le milieu scolaire de l'enfant pour observer l'environnement dans lequel il prend son repas.

Ensuite, plusieurs évaluations peuvent être réalisées par l'ergothérapeute pour évaluer l'origine sensorielle du trouble de l'oralité alimentaire ainsi que les répercussions que ce trouble engendre sur les occupations quotidiennes de l'enfant. On retrouve notamment :

- Le Profil sensoriel de Dunn (2010) permet d'évaluer les particularités sensorielles d'un enfant et les incidences de celles-ci sur sa vie quotidienne. C'est un outil normé, standardisé et étalonné. Il existe deux versions : l'une comportant 125 items, l'autre présente 38 items (approprié pour un dépistage). (Centre Ressources Autismes Nord-Pas-De-Calais, s.d.)
- Le Profil sensoriel et perceptif révisé d'Olga Bogdashina (2013) permet de définir les particularités sensorielles d'une personne autiste. Cette évaluation comporte 230 questions portant sur la vie quotidienne.
- Des évaluations fonctionnelles peuvent être réalisées concernant la dextérité, les préhensions.

3.3. Intervention

L'intervention désigne les actions qui vont être menées et les moyens utilisés afin de répondre au mieux aux objectifs qui ont été déterminés en amont avec la personne.

Comme dit précédemment, l'ergothérapeute va intervenir dans le parcours de soin d'un enfant présentant un trouble de l'oralité alimentaire, en lien avec autres les professionnels de santé.

3.3.1. Environnement

L'adaptation de l'environnement est parfois nécessaire pour que l'enfant, présentant un TOA, ne soit pas parasité ou attiré par des stimuli externes qui l'empêchent de prendre son repas. En effet, « Manger est une situation où vous stimulez votre propre corps via vos canaux sensoriels » (Fondelli, 2013). Si l'on rajoute à cela des stimuli extérieurs, pour ces enfants il y a une surcharge d'informations sensorielles qu'ils n'arrivent pas à traiter.

Le contexte dans lequel le repas est pris a son importance. En effet, il est important de savoir si habituellement les repas sont pris à table en famille sans fond sonore, ou bien devant la télévision, chacun de son côté, ou encore avec la radio. La place que chacun occupe autour de la table est également importante. Par exemple, pour un enfant présentant une hyper-

sensibilité visuelle, il faudra veiller à ce qu'il ne mange pas face à la fenêtre qui donne sur la rue pour éviter qu'il soit distrait par ce qu'il peut voir à l'extérieur.

L'utilisation de matériels servant à s'alimenter (comme les couverts par exemple) va être évalué (Dodrill, 2014). Il sera peut être nécessaire d'adapter les éléments de la table comme les couverts, les assiettes, verres, serviettes ou encore sets de table. La mise en place d'un code couleur (pour les éléments de la table par exemple) peut être utile pour signifier à l'enfant où est-ce qu'il doit se placer autour de la table, la quantité qu'il va devoir manger (avec la couleur de l'assiette par exemple), ou encore l'aider à se concentrer sur ce qui se trouve dans son assiette. (Prudhon, 2011).

L'installation lors des repas a également son importance. Le bébé doit être assis sur les genoux de la personne qui le nourrit, enroulé dans les bras de cette même personne, de telle sorte à ce qu'il ait un appui au niveau des pieds et derrière sa tête. Les enfants en capacité de tenir assis seuls peuvent être mis dans une chaise haute afin qu'ils aient un appui au niveau des pieds, le buste droit pour pouvoir utiliser leurs membres supérieurs aisément afin d'utiliser les couverts, porter la nourriture à la bouche. (Don & al., 2015)

Pour la suite de cette partie, des références scientifiques n'ont pas été utilisées mais sont tout de même utile pour illustrer et comprendre cette partie.

Le site internet « HopToys » recense des aides techniques pour faciliter la prise des repas, et notamment pour les enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire. On retrouve par exemple des couverts orientables avec des manches grossis pour faciliter la prise de l'objet et l'orientation du contenu vers la bouche. Mais également des assiettes qui ajoutent une composante ludique au repas, ou bien une bouteille qui va empêcher au liquide de retomber une fois qu'il a été aspiré. Voici quelques exemples illustrés :



Figure 1 : Bouteille qui contrôle le liquide (HopToys, 2019)



Figure 2 : Couverts orientables (HopToys, 2019)

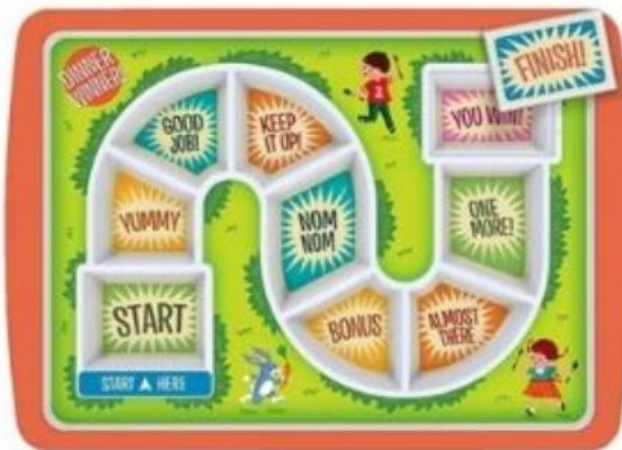


Figure 3 : Assiette dinner winner (HopToys, 2019)

3.3.2. Sensoriel

Comme vu précédemment, les troubles de l'oralité alimentaire peuvent être d'origine sensorielle. L'approche d'intégration sensorielle est une méthode d'intervention qui peut être utilisée avec des enfants présentant ces troubles. Ce terme d'intégration sensorielle a été introduit par Anna Jean Ayres, une ergothérapeute américaine, au début des années 60 (Miller & al, 2017).

A la suite de la passation du « Profil Sensoriel » (bilan évoqué plus haut), l'ergothérapeute a réussi à établir le profil sensoriel de l'enfant suivi, en rapportant les principales difficultés : hypo ou hyper sensibilité, difficultés dans le traitement ou dans la modulation des informations sensorielles. L'ergothérapeute va pouvoir observer si l'enfant présente davantage des hyposensibilités qui vont avoir un impact sur les troubles alimentaires. Cela va se traduire par des comportements lors du repas ou des conduites alimentaires différentes comme la mise en bouche de grosses bouchées ou encore une préférence pour les plats épicés. (Prudhon & al.)

A l'inverse, l'enfant peut présenter des hypersensibilités qui peuvent se traduire par des refus de certaines textures, des réactions pas toujours adaptées face à certains aliments en raison de leur odeur par exemple et être observé par l'ergothérapeute. (Prudhon & al., 2009)

Cette revue de la littérature m'a permis d'approfondir mes connaissances sur ce sujet et m'a, à ce jour, amenée à l'hypothèse suivante : **L'intégration sensorielle, à laquelle l'ergothérapeute est formé, peut être une piste d'accompagnement pour répondre aux problèmes occupationnels en lien avec le repas, qu'un enfant présentant un TOA peut rencontrer.**

PARTIE EXPLORATOIRE

Cette seconde partie présentera la méthodologie d'enquête utilisée dans le but d'apporter des éléments de réponse à ma question de recherche, qui est la suivante : « Comment l'ergothérapeute intervient-il face aux problèmes occupationnels, en lien avec le repas, chez des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire ? »

Ce recueil d'informations va me permettre d'affirmer ou d'infirmer mon hypothèse :

« L'intégration sensorielle, à laquelle l'ergothérapeute est formé, peut être une piste d'accompagnement pour répondre aux problèmes occupationnels en lien avec le repas, qu'un enfant présentant un TOA peut rencontrer. »

Dans cette partie, je présenterai tout d'abord ma méthodologie d'enquête. Puis, j'exposerai les résultats obtenus afin de les analyser. Ensuite, je mettrai les résultats en regard de mon cadre conceptuel, de ma question de recherche et de mon hypothèse afin de l'affirmer ou de l'infirmer. Enfin, je présenterai les limites de ma recherche ainsi que les pistes de réflexion.

1. Méthodologie de recherche

L'objectif de cette enquête est de connaître les approches ou méthodes utilisées par les ergothérapeutes pour répondre aux problèmes occupationnels en lien avec le repas, que peuvent rencontrer les enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire.

Je cherche à approfondir les connaissances à ce sujet car celles-ci sont peu mentionnées dans la littérature à ce jour.

1.1. Population cible

La population ciblée pour cette enquête est des ergothérapeutes formé(e)s aux troubles de l'oralité alimentaire, exerçant en France et dans tout type de structures. Ils doivent intervenir, auprès d'enfants présentant ces troubles, ou bien déjà avoir accompagné cette population par le passé. Je fais le choix de ne pas me restreindre à une zone géographique car le nombre d'ergothérapeute formé(e)s aux troubles de l'oralité alimentaire en France est limité. Pour des raisons de faisabilité, je préfère donc élargir les contacts à l'échelle nationale.

1.2. Choix de l'outil d'enquête

En ce qui concerne le choix d'outil d'enquête, j'ai choisi de réaliser des entretiens. J'ai fait le choix de cet outil car comme dit précédemment, peu d'ergothérapeutes, en France, sont à ce jour formés aux troubles de l'oralité alimentaire et prennent en soin des enfants présentant ces troubles. Je me suis donc tournée vers une enquête qualitative afin qu'elle réponde au mieux à mon hypothèse. De plus, cet outil permet une interactivité entre l'informateur, c'est-à-dire la personne interrogée, et l'intervieweur, la personne qui pose les questions (Guillez, Tétreault, 2014). L'informateur va participer au développement des connaissances sur un sujet précis, en l'occurrence ici sur l'utilisation de l'approche d'intégration sensorielle auprès des enfants présentant des troubles de l'oralité alimentaire. Ces entretiens seront semi-structurés car ce mode d'entretien permet à l'intervieweur d'adapter l'ordre des questions qu'il souhaite poser, en fonction du discours de l'informateur, ici l'ergothérapeute. (Guillez, Tétreault, 2014).

1.3. Déroulement de l'enquête

Pour réaliser ces entretiens, j'ai cherché des ergothérapeutes qui ont été formés aux troubles de l'oralité alimentaire. Je me suis en partie aidée du site « ergomum.fr » qui recense les ergothérapeutes ayant cette formation au niveau national, et j'ai pu en contacter une partie. J'ai également trouvé des contacts en tapant les mots clés « troubles de l'oralité alimentaire ergothérapeute » dans un navigateur de recherche. J'ai au total envoyé 41 mails, avec 5 réponses négatives, 3 réponses positives et le reste sans réponse.

J'ai élaboré un guide d'entretien (Annexe 2) qui comporte trois parties : la première porte sur la présentation générale de l'ergothérapeute interrogé(e), la seconde aborde les problèmes occupationnels, et enfin la dernière porte sur la prise en soin des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire. Ce guide a été réalisé dans le but de recueillir des informations sur l'accompagnement, en ergothérapie, des enfants qui présentent un trouble de l'oralité alimentaire, et notamment sur les méthodes ou approches utilisées, dans le but d'affirmer ou d'infirmer mon hypothèse.

Il a été proposé aux ergothérapeutes ayant acceptés, deux modalités de passation au choix : par téléphone ou par visio conférence.

Les entretiens ont été réalisés durant les mois d'avril et de mai 2021, et ont eu une durée de 25 à 30 minutes. A chaque début d'entretien, j'ai rappelé les modalités de passation et de confidentialité. J'ai également demandé un consentement oral sur l'enregistrement de l'échange à suivre.

A la suite de chaque entretien, une retranscription écrite a été réalisée en veillant à ne pas déformer les propos de la personne interrogée. La retranscription d'un des entretiens réalisés se trouve en Annexe III.

2. Présentation et analyse des résultats de l'enquête

Pour cette partie, j'ai fait le choix de présenter et d'analyser les résultats simultanément afin de faciliter la lecture de celle-ci.

Dans le cadre de cette enquête j'ai pu interroger trois ergothérapeutes, que je nommerai dans cette partie : E1, E2 et E3, pour la confidentialité des participants et des lieux d'exercices. J'ai présenté les résultats obtenus, ainsi que leur analyse, par thèmes. Ces derniers correspondent aux grands axes abordés lors de l'entretien.

2.1. Présentation des ergothérapeutes interrogés

Les trois ergothérapeutes interrogés travaillent actuellement dans un cabinet libéral, dans différentes régions de France. Le tableau suivant (Tab.1) présente les années et les lieux d'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute, leurs années de formation aux troubles de l'oralité alimentaire (TOA) et l'organisme de formation, ainsi que leurs années d'expériences auprès des enfants présentant un TOA.

	E1	E2	E3
Année d'obtention du D.E. d'ergothérapeute	2009	2014	2012
Lieux d'obtention du diplôme	Belgique (Charleroi)	France (Alençon)	France
Année de formation aux TOA et organisme	Formation continue depuis 2014	2020 ANFE	2018 ANFE

	Formation au Canada en 2016 Formation ANFE en 2018		
Années d'expérience auprès d'enfants présentant un TOA	7 ans	1 an	3 ans
Formations complémentaires qui aident à la prise en soin de cette population	Intégration sensorielle, autisme	Intégration sensorielle, CO-OP (formation en cours)	Intégration sensorielle, allaitement (formation en cours)

Tab.1 « Présentation du parcours professionnel des ergothérapeutes interrogés »

2.2. Profil des enfants pris en soin

Concernant les troubles de l'oralité alimentaire dans leur parcours professionnel, ce second tableau (Tab.2) montre le profil des enfants pris en soin, présentant ces troubles là (tranche d'âge et pathologies).

	E1	E2	E3
Agés des enfants pris en soin présentant ces troubles	Nourrisson - 10 ans	2 ans – 14 ans	Nourrisson (1 mois) – 16 ans

Tab. 2 « Profils des enfants pris en soin, présentant un TOA »

D'après les résultats, les trois ergothérapeutes interrogés prennent en soins des enfants présentant des troubles du spectre autistique (TSA), comme le mentionne l'ergothérapeute 2 « *Alors au début, le plus gros des demandes c'était des enfants TSA, avec troubles sensoriels* ». Ils suivent également des enfants qui présentent des « *difficultés à changer de textures au niveau de l'alimentation* » (E1), « *des difficultés au niveau de la sélectivité*

alimentaire, sur le passage aux morceaux et la mastication. » (E2) ou encore un « *jeune qui a une gastrostomie* » (E2).

En ce qui concerne l'origine du trouble de l'oralité alimentaire, les professionnels interrogés s'accordent sur le fait qu'ils prennent en soin des enfants pour qui la cause est « *d'origine sensorielle* », et parfois « *fonctionnelle* » (E1, E2, E3). Cependant, pour certains enfants « *il n'y a pas trop d'étiologies connues* » (E3). Néanmoins, l'ergothérapeute 2 ajoute qu'« *il y a un accompagnement environnemental (...) je ne pense pas que ce soit la cause mais (...) il y a toute une formation de l'environnement qui est indispensable* ».

D'après les résultats, les ergothérapeutes sont sollicités par différentes personnes pour assurer la prise en soin en ergothérapie des enfants présentant un TOA. Pour les trois personnes interrogées, ils leurs arrivent que les parents les sollicitent directement pour une prise en soin en ergothérapie. L'orientation d'un enfant présentant un TOA peut également venir par « *les pédiatres* » (E1), « *les orthophonistes* » (E1, E2) avec qui une étroite collaboration peut être mise en place comme le précise l'ergothérapeute 3 « *(...) dont une orthophoniste avec qui on avait mis en place des groupes alimentation* » (E3). Enfin les enfants peuvent être orientés par « *une sage-femme du secteur pour les tous petits* » (E3).

2.3. L'évolution des problèmes occupationnels en lien avec le repas

Pour évaluer les problèmes occupationnels en lien avec le repas, différents outils normés, ou non, sont utilisés par les ergothérapeutes. Pour aider à la détermination des objectifs de prise en soins tout en étant centré sur l'occupation et la personne, les ergothérapeutes 1 et 3 utilisent « *la MCRO* » (*Mesure Canadien du Rendement Occupationnel*) (E1, E3), ce qui constitue par ailleurs un projet pour E2 à l'issue de sa formation « *effectivement la MCRO j'essaye de plus l'utiliser, mais je ne la fais pas tout le temps encore dans ma pratique pour le moment mais c'est un projet.* ». Cette même personne utilise actuellement un autre outil « *j'ai le OT'HOPE que j'utilise.* » (E3) pour l'aider à établir les objectifs de prise en soin. D'autres outils peuvent être utilisés établir les objectifs de prise en soins, notamment en liens avec le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) « *dont les outils du MOH (...), le SCOPE* » (*Short Child Occupationnal Profil*) (E3).

Les ergothérapeutes évaluent également au niveau sensoriel s'il y a des particularités, par le biais du « *profil sensoriel* » (E1, E2, E3), mais également au niveau moteur « *j'évalue au niveau moteur du coup ce qu'il se passe dans la bouche, la mobilité de la langue, la mastication tout ça.* » (E2).

L'ergothérapeute 2 mentionne qu'elle utilise parfois une trame de bilan qu'elle a eu à l'issue de la formation sur les TOA.

Enfin, L'ergothérapeute 1 (E1) souligne que les bilans normés pour évaluer les problèmes occupationnels en lien avec le repas, existent peu : « *Alors des bilans normés il n'y en a pas trop. On est vite limité.* » Ce qui amène les ergothérapeutes à créer des bilans eux-mêmes, comme le rapporte E1 « *Mais après on est quand même beaucoup sur des choses faites maison.* », « *des questionnaires de pré-entretien* » (E2).

En ce qui concerne les objectifs globaux de prise en soin, les ergothérapeutes interrogés rapportent que certains objectifs sont récurrents d'une prise en soin à l'autre, comme « *augmenter le panel alimentaire* » ou « *ramener le plaisir à table* » (E1, E2, E3). D'autres objectifs, plus spécifiques ont également été cités à titre d'exemples.

L'ergothérapeute 1 (E1) mentionne l'importance pour certaines familles de « *rester à table* » lors du repas. Cette dernière est rejointe par l'ergothérapeute 2 (E2) qui mentionne que des parents souhaitent « *avoir un cadre de repas plus serein* ».

L'ergothérapeute 3 précise utiliser « *les objectifs SMART* ». (*Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réalisable, Temporellement défini*) pour l'aider dans la formulation des objectifs.

Au niveau de la réévaluation des objectifs au cours de la prise en soin, les réponses des ergothérapeutes font un consensus sur le fait que « *l'observation qualitative* » est le principal outil de réévaluation. L'ergothérapeute 2 souligne que les parents ont un rôle majeur « *c'est je trouve aussi beaucoup de guidance parentale quand on a un suivi TOA* », en les impliquant au domicile via divers supports « *je demande aux parents souvent en début, de faire un tableau avec les aliments copains (...)* » (E2). Elle est rejointe par l'ergothérapeute 3 car il est important de « *voir où est-ce qu'on est dans le quotidien, et ça ce sont les parents qui nous le disent (...) si ça avance, ou pas* ». Cité tout à l'heure comme outil d'évaluation des problèmes occupationnels, l'ergothérapeute 1 (E1) mentionne qu'elle réutilise la MCRO

« pour ceux qui ont la capacité de pouvoir évaluer un peu leur rendement ou leur satisfaction (...) pour évaluer l'avancement de la prise en charge ».

2.4. Prise en soin des enfants présentant un TOA

Pour les méthodes et approches utilisées pour répondre aux objectifs, les trois ergothérapeutes s'accordent sur l'utilisation *« de l'approche SOS »* et *« la méthode micro-graduée »* (E1, E2, E3) pour répondre aux objectifs de prise en soin avec cette population. De plus, l'ergothérapeute 1 (E1) ajoute *« ce n'est pas forcément des méthodes, mais c'est vrai que nous on a pu mettre en place aussi des renforçateurs »*. L'ergothérapeute 2 s'interroge *« sur CO-OP comment intégrer cette approche là, voir si on peut faire un lien »* (E2) dans les suivis pour des enfants présentant un TOA. Elle mentionne également qu'elle peut utiliser *« l'approche INS »* (E2). L'ergothérapeute 3 insiste sur le fait que *« la guidance parentale »* est très importante dans le suivi de ces enfants *« car ce n'est pas forcément des enfants que je vois toutes les semaines »* (E3).

Concernant le souhait de se former davantage dans le but d'améliorer la prise en soin de ses enfants, *« dans les prochaines années c'est plutôt l'accompagnement de l'enfant 0-4ans (...) que j'aimerais bien faire pour avoir encore plus de bases au niveau du développement sensori moteur du tout petit »* rapporte l'ergothérapeute 2, ainsi *« qu'une formation sur l'allaitement »* (E2). L'ergothérapeute 3 rejoint cette dernière et souhaiterait se former *« à l'allaitement pour développer un peu plus au niveau des nourrissons »* (E3).

Concernant la durée de prise en soin des enfants présentant un TOA, cela peut varier de seulement quelques séances *« 3 séances »* (E1), *« ça a duré vraiment 2-3 séances »* (E2). L'ergothérapeute 3 les rejoint *« pour certains ça peut être 3-4 séances mais c'est extrêmement rare et il faut vraiment des parents hyper impliqués derrière ou alors on a trouvé un système qui fonctionne super bien »*. Néanmoins la prise en soin peut être plus longue *« c'est imbriqué (...) avec d'autres objectifs mais voilà y en a ça fait 1 an que je le suis »* (E2). Ce que confirme l'ergothérapeute 3 *« ça peut être super long, ça peut durer plus d'un an »* (E3) et l'ergothérapeute 1 *« Là j'ai un « pitchou » j'ai commencé à le suivre quand il avait 2 ans, et là il en a 7 »* (E1).

2.5. Implication de l'entourage

D'après les résultats, l'entourage familial de l'enfant est impliqué dans la prise en soin. Les trois ergothérapeutes se rejoignent sur le fait que « *les parents sont présents en séances* » (E3). Un moyen d'échange supplémentaire peut être mis en place, comme « *un carnet de suivi (...) ils doivent me noter à la maison ce qu'ils ont fait, comment ça a progressé* » (E2), outil que partage également l'ergothérapeute 3 « *on met en place un petit cahier dans lequel ils ont des petites activités, des petites recettes à préparer, comment ça se passe* » (E3). L'ergothérapeute 2 sollicite également les parents par le biais du « *tableau des privilèges où là c'est aux parents de cocher les croix (...) et puis ils ont un tableau de suivi pour l'approche SOS* » (E2).

2.6. Accompagnement pluriprofessionnel

Concernant l'accompagnement pluriprofessionnel des enfants présentant un TOA, les ergothérapeutes font consensus sur le fait qu'ils travaillent tous en lien avec les orthophonistes. D'autres professionnels entrent en compte dans la prise en soin de ces enfants, comme « *les sages femmes* » (E2, E3), « *des médecins* » (E1), « *une gastro-pédiatre* » (E2). L'ergothérapeute 2 ajoute que « *les freins restrictifs bucco j'ai un peu de mal à les repérer et des fois j'ai peut être des doutes donc j'oriente plus vers des ostéo (...) formé en frein restrictif* ». (E2) ou encore « *je sais aussi qu'il y a aussi les chiropraticiens qui agissent aussi pas mal sur les freins restrictifs bucco et qui orientent aussi vers parfois les ergos* » (E2). L'ergothérapeute 3 commence à se « *mettre en lien avec des dentistes et orthodontistes (...) avec tout ce qui est axe proprioceptif entre les dents, la vision en fait tout est un peu en lien* », et lui arrive « *de discuter avec l'orthoptiste car parce que le niveau visuel c'est compliqué (...) des fois l'approche permet de débloquent certain trucs* ». (E3) Cette dernière insiste bien sur le fait que « *le pluridisciplinaire est vraiment important* » (E3).

3. Discussion

3.1. Analyse des résultats en regard du cadre conceptuel

Les résultats de cette enquête montrent que certains ergothérapeutes utilisent l'approche d'intégration sensorielle dans la prise en soin des enfants présentant un trouble de l'oralité

alimentaire (TOA), comme l'évoque Miller & al. (2017). Mais les ergothérapeutes mentionnent également l'utilisation d'autres méthodes, comme l'approche SOS ou micro-graduée dont je n'avais pas eu connaissances lors de la revue de la littérature pour l'élaboration de mon cadre conceptuel.

Concernant le profil des enfants présentant un TOA pris en soin par les ergothérapeutes interrogés, on retrouve des enfants présentant un trouble du spectre autistique (TSA) comme le rapporte Ruffier-bourdet (2018), des enfants qui ont une gastrostomie ou encore des difficultés au niveau de la sélectivité alimentaire, aux changements de textures ou à l'introduction des morceaux dans l'alimentation comme le souligne Abadjian (2020).

Pour l'étiologie du TOA, les ergothérapeutes font consensus sur le fait qu'ils prennent en soin des enfants dont le TOA est d'origine sensorielle, ce que mentionne Abadjian (2020) et Prudhon Havar & al. (2009) ou fonctionnelle comme le souligne Abadjian (2020). Une ergothérapeute ajoute que l'accompagnement environnemental est nécessaire et important à prendre en compte lors de la prise d'un repas, ce qui rejoint les propos de Stroebele, De Castro (2004). Il arrive parfois que le TOA n'ai pas d'étiologie connue.

Les ergothérapeutes s'accordent sur la pluridisciplinarité de la prise en soin de cette population. Différents professionnels de santé ont été cités comme les orthophonistes ou les médecins spécialisés, ce qui rejoint les propos de Senez (2015) et Abadjian (2020). En revanche, les sages-femmes, ostéopathes, dentistes et orthodontistes ont été cités mais n'ont pas été mentionnés dans la littérature utilisée pour mon cadre conceptuel.

En ce qui concerne l'évaluation des problèmes occupationnels en lien avec le repas, les résultats de l'enquête montrent que le MCRO (.). (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) est un outil fréquemment utilisé par les ergothérapeutes pour aider à l'élaboration d'objectifs de prise en soin ergothérapeutique, ce qui rejoint les propos de Law & al. (2014). Les professionnels interrogés évaluent également au niveau moteur et au niveau sensoriel, notamment en s'aidant du profil sensoriel que détaille le Centre de Ressources Autismes Nord-Pas-de-Calais (s.d.).

Enfin, les résultats montrent que l'entourage familial de l'enfant a un rôle majeur dans la prise en soin de cette population. Les ergothérapeutes les sollicitent de différentes manières, parfois similaires, mais se rejoignent sur le terme de « guidance parentale ».

3.3. Validité de l'hypothèse

L'hypothèse que j'ai émise pour répondre à ma question de recherche est la suivante : « L'intégration sensorielle, à laquelle l'ergothérapeute est formé, peut être une piste d'accompagnement pour répondre aux problèmes occupationnels en lien avec le repas, qu'un enfant présentant un TOA peut rencontrer. »

L'analyse des résultats de l'enquête au regard de mon cadre conceptuel me permet de **valider partiellement mon hypothèse de recherche.**

En effet, l'utilisation de l'approche d'intégration sensorielle dans la prise en soin d'un enfant présentant un TOA n'est mentionnée que par un seul ergothérapeute. Celle-ci est utilisée pour répondre aux problématiques sensorielles qui viennent impacter l'occupation en lien avec le repas chez certains enfants.

En revanche, les ergothérapeutes interrogés mentionnent diverses méthodes et approches sur lesquelles ils se rejoignent dans l'utilisation dans leurs pratiques professionnelles. Ils évoquent notamment la méthode micro-graduée et l'approche SOS, qui ne sont pas apparus lors de mes recherches de littérature pour l'élaboration de mon cadre conceptuel.

3.4. Limites de l'étude

Des limites ont pu être identifiées lors de cette étude et il est important de les mettre en avant.

L'une des premières limites est que je n'ai pas pu expérimenter mon guide d'entretien en amont et pouvoir le réajuster si nécessaire pour répondre au mieux à mon hypothèse. En effet, de par le nombre de réponses trop faible et reçues tardivement cette expérimentation n'a pas pu se faire dans les conditions que j'aurais souhaité.

Dans la continuité, il est évident que le nombre d'entretiens réalisés est faible et ne reflète donc pas la pratique des ergothérapeutes avec cette population. L'obtention de réponses positives pour réaliser des entretiens de recherche a été une des principales difficultés de cette enquête. On peut supposer que sur les 45 mails envoyés, certains ergothérapeutes

formés récemment ne pratiquent pas encore, comme c'est le cas pour trois ergothérapeutes qui ont justifié leur impossibilité de faire les entretiens car ils n'avaient pas encore eu l'occasion de mettre en pratique leur formation.

En ce qui concerne les résultats de l'enquête, on peut supposer que les ergothérapeutes ont des pratiques similaires en raison de leur formation qui leur est commune. En effet, ils ont tous les trois été formés à l'ANFE, ce qui peut constituer un biais au niveau des données recueillies. De plus, pour la réponse à mon enquête, l'aspect sensoriel n'était peut-être pas assez développé dans mon guide d'entretien ce qui peut expliquer le peu de retours sur l'intégration sensorielle.

De manière plus globale, une critique peut être faite sur l'ensemble de ce mémoire d'initiation à la recherche et concerne la revue de littérature. En effet, peu d'écrits évoquent le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire. Et plus particulièrement lorsqu'il s'agit de littérature française. En effet, la littérature anglo-saxonne et canadienne sont plus étoffées du fait que les études à ce sujet ont été plus nombreuses dans ces pays. Cela peut s'expliquer par le nombre, encore limité, d'ergothérapeutes formés à ces troubles en France, même s'il tend à s'accroître. De nombreux écrits existent à ce jour sur l'intervention de l'orthophoniste auprès de cette population, ce qui a enrichi mes connaissances à ce sujet, mais très peu sur l'ergothérapie.

3.5. Ouverture vers de nouvelles perspectives

Cette revue de la littérature ainsi que l'enquête exploratoire menée par la suite m'ont permis de réfléchir à de nouvelles pistes de réflexions.

La première serait d'élargir la recherche en incluant l'implication de l'entourage scolaire. En effet, je ne l'ai pas évoqué dans ce travail de recherche, mais le milieu scolaire dans lequel l'enfant évolue quotidiennement, peut avoir une incidence sur les problèmes occupationnels en lien avec le repas, que l'enfant présentant un TOA peut rencontrer. Le partenariat entre l'ergothérapeute et l'entourage scolaire, comme la cantine par exemple pourrait être exploité.

La seconde idée pourrait être d'envisager l'ouverture de la recherche en incluant d'autres professionnels de santé. Plusieurs ont d'ailleurs été cités par les ergothérapeutes interrogés pour souligner l'importance du travail pluridisciplinaire pour accompagner les enfants présentant un TOA. Il serait donc intéressant de connaître les champs de compétences que chacun apporte et par quel(s) moyen(s) il les met(tent) en pratique au service de l'accompagnement de cette population lors de la prise en soin.

Enfin, la dernière piste serait d'étendre la recherche sur l'intervention de l'ergothérapeute auprès d'enfants présentant un TOA au-delà de nos frontières. Comme dit un peu plus haut, la pratique est davantage développée dans les pays anglo-saxons, comme au Canada par exemple. Il pourrait donc être intéressant d'avoir une vision plus globale des pratiques ergothérapeutiques avec cette population pour échanger et enrichir les connaissances à ce sujet.

CONCLUSION

Ce travail d'initiation à la recherche présente une réflexion autour de l'accompagnement en ergothérapie, d'enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire.

Ce travail m'a permis de valider partiellement mon hypothèse. En effet, l'approche d'intégration sensorielle est utilisée par certains ergothérapeutes auprès de cette population pour répondre aux problèmes occupationnels liés au repas. Mais l'accompagnement s'enrichit d'autres méthodes et approches pour répondre spécifiquement aux problématiques de chaque enfant.

Plus globalement, la revue de littérature ainsi que l'enquête menée auprès de professionnels permettent de répondre à ma question de recherche en apportant des éléments quant à l'intervention d'un ergothérapeute auprès des enfants présentant un TOA. La prise en soin repose également sur l'entourage familial de l'enfant qui va jouer un rôle important en appui du travail de l'ergothérapeute. Effectivement, le cercle familial peut être d'une grande et avoir un rôle prépondérant pour l'accompagnement et l'évolution de l'enfant dans sa prise en soin. Un autre point clé dans la prise en soin de ces enfants est la pluridisciplinarité. En effet, chaque professionnel de santé va apporter un champ de compétences différent tout en se complétant, ce qui va offrir à l'enfant un suivi riche et ainsi favoriser son évolution.

Ce mémoire a été l'occasion d'approfondir mes connaissances sur les troubles de l'oralité alimentaire, troubles dont je n'ai pas eu connaissances lors de ma formation mais que j'ai eu l'occasion de rencontrer lors de l'un de mes stages. J'ai pu, par ce travail de recherche, en apprendre davantage sur le rôle et l'importance de l'ergothérapeute dans la prise en soin des enfants présentant un TOA. Il vient compléter l'accompagnement pluridisciplinaire de cette population en travaillant en lien avec d'autres professionnels de santé.

Ce travail d'initiation à la recherche m'a apporté une rigueur de travail dans les recherches littéraires ainsi que dans la méthodologie d'enquête. Par le biais de cette démarche scientifique, j'ai pu développer des compétences d'analyse et de synthèse qui me seront utiles dans ma pratique professionnelle.

En conclusion, ce travail d'initiation à la recherche peut amener de nouvelles pistes de réflexions sur le développement des connaissances sur l'accompagnement pluridisciplinaire de cette population et sur les pratiques ergothérapeutiques auprès de ces enfants, au-delà de nos frontières où le sujet est davantage développé dans certains pays.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie, V. & al. (2018). *Attention à mon oralité !* hôpital Necker - Enfants malades. https://www.tete-cou.fr/medias/fichiers/Livret_attention_a_mon_oralite_2018.pdf

(Consulté le 28 décembre 2020)

Abadjian (2020). *Orthophonie et troubles de l'oralité alimentaire*. HopToys. <https://www.bloghoptoys.fr/orthophonie-et-troubles-de-loralite-alimentaire> (Consulté le 20 décembre 2020)

ACE. (1997). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa : Association Canadienne des Ergothérapeutes.

Association Nationale Française des Ergothérapeutes (2019). *Définition*. ANFE. <https://anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession> (Consulté le 19 décembre 2020)

Association Nationale Française des Ergothérapeutes (Décembre 2019). Comprendre l'ergothérapie auprès des enfants. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Ergotherapie_aupres_des_enfants.pdf (Consulté le 18 décembre 2020)

Association de Prévention en Orthophonie (2017). *L'oralité : quelle histoire !* Oralité alimentaire verbale. <https://oralite-alimentaire.fr/wp-content/uploads/2015/08/Livret-Oralit%C3%A9-Professionnels-APO-04.05-2017.pdf> (Consulté le 21 décembre)

Baudin, M-A., (2014). La diversification alimentaire de l'enfant : à la recherche du bon sens oublié. *Spirale*, 72 (4), 65-71 <https://www.cairn.info/revue-spirale-2014-4-page-65.htm> (Consulté le 28 décembre 2020)

Bleeckx, D., (2002). *Dysphagie : évaluation et rééducation des troubles de la déglutition*. De Boeck.

Bonnet, F., Guatterie, M., (2005). De la succion déglutition du nourrisson à la mastication déglutition de l'adulte. Consulté sur : <http://www.ocapitale.ca/stock/fra/de-la-succion->

[deglutition-du-nourrisson-a-la-mastication-deglutition-de-ladulte.pdf](#) (Consulté le 27 décembre 2020)

Caire, J.-M., Morel-Bracq, M.-C., (2018). La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) facilite-t-elle l'engagement occupationnel des personnes bénéficiant d'interventions en ergothérapie en France ? In J.-M. Caire, A. Schabaille (Ed.). *Engagement, occupation et santé*. (p.83-97). ANFE

Caire, J.-M., Rouault, L., (2017). Modèles généraux en ergothérapie. In M-C Morel Bracq (ed.). *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p.85-97). De Boeck Supérieur.

Caire, J.-M., Schabaille, A., (2018). Engagement, occupation et santé. ANFE.

Cameron, S.L., Heath, A.-L.M., Taylor, R.W. (2012). How Feasible Is Baby-Led Weaning as an Approach to Infant Feeding? A Review of the Evidence. *Nutrients*, (4), 1575-1609. doi:10.3390/nu4111575 (Consulté le 24 mai 2021)

Centre de Ressources Autismes Nord-Pas-De-Calais (2017). *Profil Sensoriel de Dunn*. <https://www.cra-npdc.fr/wp-content/uploads/2019/10/PROFIL-SENSORIEL-DE-DUNN.pdf> (Consulté le 10 novembre 2020)

Dodrill, P., (2014). Feeding Problems and Oropharyngeal Dysphagia in Children. *Journal of Gastroenterology and Hepatology Research*, 3(5), 1055-1060. doi:10.6051/j.issn.2224-3992.2014.03.408-5 (Consulté le 20 mai 2021)

Don, J., Gaquiere, M., Lecoufle, A., Vanmalleghe, A., Vouters, J., Leblanc, V., (2015). Amuse-bouche pour difficultés alimentaires de l'enfant. <file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/167-172-amuse-bouche-pour-difficultes-alimentaires-de-l-enfant.pdf> (Consulté le 14 décembre 2020)

Fondelli, T. (2013). *Autisme et problèmes d'alimentation*. Centre de Communication Concrète (CCC).

Haddad, M., Brécheteau, C., Cipierre, C., (2015). Plaquette d'information destinée au personnel soignant de néonatalogie : l'oralité du nouveau-né prématuré.

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas->

[01224176/file/29 MEM ORTHO 2015 BRECHETEAU Carole Annexe E.pdf](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01224176/file/29_MEM_ORTHO_2015_BRECHETEAU_Carole_Annexe_E.pdf)

(Consulté le 27 décembre 2020)

Goday, P., Huh, S., Silverman, A., Lukens, C., Dodrill, P., Cohen, S., Delaney, A., Feuling, M., Noel, R., Gisel, E., Kenzer, A., Kessler, D., Kraus de Camargo, O., Browne, J., Phalen, J., (2019). Pediatric feeding disorder : consensus definition and conceptual framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(1), 124-129. DOI: [10.1097/MPG.0000000000002188](https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188) (consulté le 24 mai 2021)

Guillez, P., Tétreault, S. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck supérieur.

HopToys (19 mai 2020). Décryptage : les troubles de l'oralité. HopToys. <https://www.bloghoptoys.fr/decryptage-les-troubles-de-loralite> (Consulté le 26 décembre 2020)

HopToys (3 décembre 2019). Handicap : comment manger en toute autonomie ? HopToys. <https://www.bloghoptoys.fr/manger-en-toute-autonomie-malgre-le-handicap> (Consulté le 25 mai 2021)

Lancelette, M-F., Vassini, R., (2017). *Alimentation et autisme : relever le défi une bouchée à la fois*. Dauphin blanc.

Larousse. (s.d.). Organique. In *Larousse en ligne*. Consulté 02 décembre 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/organique/56415#:~:text=Qui%20provient%20directement%20ou%20indirectement,organes%2C%20par%20opposition%20%C3%A0%20fonctionnel>.

Larousse. (s.d.). Organique. In *Larousse en ligne*. Consulté 02 décembre 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/extraorganique/32468>

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H., Pollock, N. (2014). *MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel – cinquième édition*. Ottawa : CAOT Publication ACE.

Leblanc, V., Ruffier-Bourdet, M., (2009). Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel. *Spirale*, 51, 47-54. <https://www.cairn.info/revue-spirale-2009-3-page-47.htm> (Consulté le 30 décembre 2020)

Manger Bouger (2020). La première étape de diversification. Manger bouger. <https://www.mangerbouger.fr/Manger-mieux/Manger-mieux-a-tout-age/Enfants/De-6-mois-a-3-ans/La-1ere-etape-de-diversification> (Consulté le 02 janvier 2021)

Miller, L.J., Anzalone, M.E., Lane, S.J., Cermak, S.A., Osten, E.T. (2007). Concept evolution in sensory integration : a proposed nosology for diagnosis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 135-140. <https://doi.org/10.5014/ajot.61.2.135> (Consulté le 03 janvier 2021)

Ministère de l'Éducation de Nouvelle-Écosse. (2012). Élaboration et mise en œuvre de programmes pour les élèves ayant un trouble du spectre de l'autisme. Consulté à l'adresse http://studentservices.ednet.ns.ca/sites/default/files/FR_Developing_and_Implementing_Programming_for_ASD%20%282%29.pdf (Consulté le 15 juin 2020)

Morel-Bracq, M-C., (2017). Modèles généraux en ergothérapie. In M-C. Morel-Bracq (Ed.). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. (p.51-130). De Boeck Supérieur.

OMS, (2001). *Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé*. Organisation Mondiale de la Santé. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Consulté le 24 mai 2021)

Prudhon, E., (2011). Le repas : une évaluation nécessaire pour des aménagements indispensables. *Le bulletin scientifique de l'arapi*, 27, 15-18. Consulté sur : <http://emmanuelleprudhon.fr/wp-content/uploads/2016/02/BS27-3Prudon.pdf> (consulté le 14 décembre 2020)

Prudhon Havard, E., Carreau, M., Truffeau, R., (2009). Les troubles sensoriels : impact sur les troubles alimentaires. *Le bulletin scientifique de l'arapi*, 23, 55-58 Consulté sur : <file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/tbs%20sensoriels%20impact%20sur%20tbs%20ali.pdf> (Consulté le 14 décembre 2020)

Richoz, M, Rolle, V., (2015). *Guider les enfants autistes dans les habiletés sociales*. Paris : De Boek-Solal.

Ruffier-Bourdet, M., (novembre 2018). *Les troubles de l'alimentation chez le bébé et l'enfant*. Ma petite assiette. <https://mapetiteassiette.com/tous/les-troubles-de-lalimentation-chez-le-bebe-et-lenfant/> (Consulté le 25 novembre 2020)

Senez, C. (2015). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition*. De Boeck supérieur.

Sève-Ferrieu, N., (2008). Indépendance, autonomie et qualité de vie : analyse et évaluations. *EMC-Kinésithérapie-Médecine Physique-Réadaptation*, 21, 1-15 Doi : 10.1016/S1283-0887(08)43675-7 (Consulté le 07 février 2021)

Stroebele, N., De Castro, J.M. (2004). Effect of ambiance on a food intake and food choice. *Nutrition*, 20(9), 821-838. DOI: [10.1016/j.nut.2004.05.012](https://doi.org/10.1016/j.nut.2004.05.012) (consulté le 25 mai 2021)

Thibault, C., (2017). *Orthophonie et oralité : la sphère oro-facile de l'enfant*, 2^e édition. Elsevier Masson.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Tableau de la diversification alimentaire « Manger Bouger » (PNNS)

ANNEXE II : Guide d'entretien

ANNEXE III : Retranscription d'un entretien (Ergothérapeute 2)

ANNEXE 1 : Tableau de la diversification alimentaire « Manger Bouger » (PNNS)



Enfants : les grandes phases de la diversification alimentaire

	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 maternel exclusif ou								
	Lait 1 ^{er} âge exclusif				Lait 1 ^{er} ou 2 ^e âge		Lait 2 ^e âge ≥ 500ml/J				Lait 2 ^e âge ou de croissance				
Produits laitiers							Yahourt		ou fromage -> Fromage blanc nature						
Fruits							Tous : très murs		ou cuits, mixés, texture homogène lisse -> crus, écrasés				en morceaux, à croquer		
Légumes							Tous : purée, lisse		petits morceaux						
Pomme 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, semoule, riz								
Viandes; poissons							Tous		10g/j (2cc)		Hachés : 20g/j (4cc)		30g/j (6cc)		
Oeuf									1/4 (dur)		1/3 (dur)		1/2		
M.G. ajoutées							Huile (olive, colza...) ou beurre (1cc d'huile ou 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		

ANNEXE II : Guide d'entretien

Protocole du guide d'entretien :

Je suis étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'Institut de formation de l'ADERE. Dans le cadre de mon enquête pour mon mémoire d'initiation à la recherche, je souhaite vous interviewer sur vos pratiques. Je souhaiterais que cet entretien soit enregistré dans le but de retranscrire vos propos par la suite. Toutes les personnes ou lieux cités seront anonymisés dans cette retranscription.

Cet entretien durera environ 25 min.

Questions :

Thème 1 : Contexte

1. Pouvez-vous vous présenter ainsi que la structure dans laquelle vous exercez actuellement ?
 - Quel est votre parcours professionnel ? (Année d'obtention du diplôme d'état ? quel type de population ?)
2. Dans quel contexte avez-vous rencontré des enfants présentant un TOA ? (type de structure)
3. Par qui êtes-vous sollicité pour la prise en soin d'un enfant présentant un TOA ?
4. Depuis quand prenez-vous en soin des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire ?
 - Quels sont les profils des enfants, qui présentent un TOA, que vous prenez en soin ? (Age, pathologie(s))
5. Quand et comment vous êtes-vous formé à ces troubles (TOA) ? Quel organisme de formation ?
 - Avez-vous des formations complémentaires qui vous aide dans la prise en soin de ces enfants ? Si oui, lesquelles ?
 - Etes-vous formé à l'intégration sensorielle ?

Thème 2 : Problèmes occupationnels

6. Utilisez-vous un bilan normé pour évaluer les problèmes occupationnels des enfants présentant un TOA ?
 - Si oui, le(s)quel(s) ?
 - Utilisez-vous le MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) pour évaluer les problèmes occupationnels de l'enfant ? Si non, comptez-vous l'utiliser à l'avenir ?
7. Quels sont vos objectifs de prise en soin pour un enfant présentant un trouble de l'oralité alimentaire, en tant qu'ergothérapeute ?
8. Comment continuez-vous de les évaluer au cours de la prise en soin ?

Thème 3 : Prise en soin des enfants présentant un TOA

9. Quelle est l'origine du TOA, pour les enfants que vous suivez ? (Cause fonctionnelle ? Sensorielle ? Environnementale ?)
 - Sur quelle(s) sphère(s) êtes-vous amené à intervenir ?
10. Utilisez-vous une méthode ou approche spécifique, pour laquelle vous avez été formé, pour répondre à ces objectifs, (comme l'intégration sensorielle par exemple) ?
 - Avez-vous pour projet de vous former à une (autre) méthode ou approche dans le but d'améliorer la prise en soin de ces enfants ?
11. Combien de temps dure en moyenne une prise en soin d'un enfant présentant un TOA ?
12. Par quels moyens impliquez-vous l'entourage familial (parents, frère/sœur...) dans la prise en soin du TOA de leur enfant ?
 - Exercices à la maison à faire avec l'enfant ?
 - Invitez-vous les parents à assister aux séances ?
 - Réalisez-vous des vidéos de ce qui peut être fait en séance ? Si oui, pour quel(s) usage(s) ?

13. Travaillez-vous en partenariat avec d'autres professionnels sur l'accompagnement d'un enfant présentant des troubles de l'oralité alimentaire ?

- Si oui, lesquels ? De quelle façon (échange d'informations par mail, lors de réunion) et à quelle fréquence ?

Souhaitez-vous ajouter un élément à notre entretien ?

ANNEXE_III : Retranscription d'un entretien (Ergothérapeute 2)

E : Ça ne te dérange pas si l'on se tutoie ?

C : Ah non aucun souci !

E : Super merci !

Clara : Alors du coup déjà acceptes-tu d'être enregistré ?

Ergothérapeute : Oui je veux bien.

Clara : C'est gentil merci. Donc pour commencer plus globalement, est-ce que tu peux te présenter, me dire ton parcours professionnel et dans quelle structure tu travailles actuellement ?

E : Alors oui donc je suis ergothérapeute en libéral, en libéral à 100%. Je travaille essentiellement à domicile ou en milieu scolaire. J'ai un cabinet le mercredi et donc voilà. Après j'ai été diplômée depuis juillet 2014 à l'IFE d'Alençon. Voilà quoi dire d'autre... Et après au niveau des troubles de l'oralité alimentaire... Donc oui j'ai plusieurs formations, des troubles de l'oralité alimentaire c'est assez récent, j'ai été formée en mars 2020 par (*nom*) avec du coup voilà la formation de l'ANFE. Autrement je suis aussi formée en intégration neuro-sensorielle à La MEEEX, et puis après motricité fine, graphisme de (*nom*) et voilà pour les formations.

C : D'accord. Et du coup dans quel contexte t'as pu rencontrer des enfants présentant ce type de trouble ?

E : Alors donc du coup, j'ai plusieurs contextes heu les premières demandes que j'ai eu c'était des enfants de 2 ans, enfin j'ai eu 2 petites filles de 2 ans qui avaient des difficultés au niveau du passage aux morceaux, qui recrachaient les aliments et du coup au niveau des repas c'était pas vécu forcément positivement, il y avait des cris, des pleurs donc c'était un petit peu compliqué. Heu donc du coup les parents m'avaient contacté suite à ça, enfin du

coup le contact, ça avait été orienté par l'orthophoniste, voilà. Et puis ensuite, j'avais certains qui étaient TSA et que je suivais déjà auparavant qui avaient une problématique alimentaire mais pas que. Je les suivais déjà par rapport aux difficultés qu'ils rencontraient en classe dans les apprentissages scolaires. Mais du coup il y avait aussi des problématiques au niveau alimentaire donc du coup voilà j'ai fait des approches avec eux au niveau alimentaire. Et puis là récemment, j'accompagne un jeune qui a une gastrostomie, donc il a 6 ans, et du coup il a une gastrostomie depuis 2 ans et demi, qui a été posée pour cassure staturo pondérale. Et du coup là c'était la gastro-pédiatre qui avait demandé un suivi, qui avait d'abord été orienté vers en orthophonie et puis ça s'est arrêté suite au confinement et ça n'a pas pu reprendre donc du coup la maman a eu mes coordonnées par un SESSAD, donc du coup là je le suis actuellement.

C : Ok, donc la plupart du temps par qui es-tu sollicité pour prendre en soin ces enfants

E : Alors du coup, c'est les parents qui nous contactent directement, mais alors la toute première c'était une orthophoniste, l'autre avant c'est parce que je le suivais déjà le jeune TSA. Et après, oui même la gastro pédiatre c'était pas direct, c'est passé par l'orthophoniste, donc c'est souvent les orthophonistes qui font les relais et qui parlent aussi que les ergothérapeutes peuvent aussi prendre en charge des troubles de l'oralité alimentaire. Après pour l'instant j'ai pas trop fait de communication là-dessus depuis ma formation, c'est venu petit à petit et puis après c'est le bouche à oreille. La par exemple j'ai vu la petite cousine de celle que j'avais vu, enfin voilà y a un an pour les problématiques et du coup voilà c'est du bouche à oreille. Et j'en ai vu un aussi oui profil TSA, un Asperger qui a 14 ans et qui n'est pas encore totalement diagnostiqué TSA mais qui est en cours avec des grandes hypersensibilité donc c'est vraiment au niveau sensoriel qu'il y a des problématiques et lui du coup on a travaillé aussi ça récemment et c'est une ergothérapeute de la région qui n'est pas formé aux troubles de l'oralité alimentaire qui me l'avait réorienté.

C : D'accord, donc ça fait à peu près 1 an que tu en prends en soin ?

E : Oui.

C : Et les profils des enfants c'est ceux que tu viens de me citer ?

E : Oui oui, j'ai essentiellement TSA, des petits de 2 ans qui ont des difficultés au niveau de la sélectivité alimentaire et puis des difficultés sur le passage aux morceaux et la mastication. Et puis là le jeune qui a une gastrostomie. Le plus jeune c'était 2 ans.

C : D'accord. Et tout ce qui est au niveau des problèmes occupationnels, est-ce que tu utilises des bilans pour évaluer les problèmes occupationnels de ces enfants ?

E : Alors quand ils sont plus grands j'ai le OT'HOPE que j'utilise. Après non je fais vraiment une évaluation centrée enfin sur l'activité, alors je fais plutôt un bilan alimentaire. Quand j'ai vraiment une demande comme par exemple pour les petites de 2 ans et pour là le jeune je fais une évaluation d'abord au niveau sensoriel, au niveau corporel comment ça va, est-ce qu'il peut aller explorer différentes textures etc. Après j'évalue aussi au niveau sensoriel, au niveau exo-buccal et endo-buccal, au niveau du visage et puis dans la bouche si je peux y aller ou pas. Après j'évalue au niveau moteur du coup ce qu'il se passe dans la bouche, la mobilité de la langue, la mastication tout ça. Et après du coup j'évalue l'occupation donc je demande aux parents de filmer souvent que je suis pas là, parce que souvent quand je suis là ça biaise un petit peu. Donc en amont du bilan j'envoie toujours un questionnaire de pré-entretien, où il y a le panel alimentaire etc. Donc les parents remplissent ça et puis je demande aussi aux parents de filmer l'enfant si possible et soit de me l'envoyer avant ou alors de me le montrer le jour du bilan pour que je puisse voir comment ça se passe vraiment dans le contexte hors bilan quand je suis pas là, pour éviter tous les biais possibles. Et puis après bah je mets en situation avec heu..j'utilise l'approche SOS et donc du coup je mets en situation l'enfant face à un aliment copain et un aliment qu'il connaît pas et je regarde un peu comment il appréhende tout ça. Donc voilà et après pour les plus jeunes ça c'est ma trame. Et les plus grands, du coup je peux utiliser le OT'HOPE et le profil sensoriel. Et voilà après au niveau occupationnel pur j'ai pas d'autre bilan.

C : Est-ce que tu utilises le MCRO ?

E : Alors le MCRO, alors oui au niveau des formations je suis aussi en train de faire la formation CO-OP, j'ai fait les 2 premiers jours et je fais la du coup la seconde partie prochainement fin mai. Donc du coup effectivement la MCRO j'essaye de plus l'utiliser, mais je ne la fais pas tout le temps encore dans ma pratique pour le moment mais c'est un projet.

C : D'accord. Et pour ces enfants là, est-ce que t'as des objectifs généraux que tu retrouves dans toutes ces prises en soins, est-ce que t'as des objectifs qui reviennent ?

E : Oui, souvent l'objectif c'est quand même de ramener le plaisir à table. Et puis après aussi d'augmenter le panel alimentaire parce que souvent en fait y a un panel alimentaire qui est restreint et donc du coup la demande des parents c'est qu'ils puissent avoir un panel alimentaire plus varié, qu'ils mangent un peu plus de légumes et de fruits. Y en a certains ils ne mangent aucun légume, aucun fruit, donc voilà. Mais souvent ce qui revient le plus c'est vraiment ça, augmenter le panel alimentaire, et puis ramener le plaisir à table et avoir un cadre de repas plus serein en fait.

C : Est-ce que tu réévalues au milieu de la prise en soin.

E : Oui, alors effectivement souvent par rapport à tout ce qui est mobilité de la langue etc, enfin quand j'ai ces objectifs là à travailler je vois au fur et à mesure. C'est le nombre de mastications sur le chewy tube qui sont possibles, si y a un dissociation tête mastication qui est bonne ou pas, si la mobilité de la langue je la sens mieux, si je vois plus le réflexe nauséux sur la langue, tout ça c'est plus en qualitatif sur les séances que je le vois, plutôt que de refaire une évaluation. Et sinon au niveau autrement de l'occupationnel, c'est je trouve aussi beaucoup de guidance parentale quand on a un suivi TOA. Et du coup là où on le voit, c'est quand en fait je demande un peu comme le OT'HOP que j'utilise mais en version alimentaire avec les aliments du panel alimentaire. En fait je demande aux parents souvent en début de faire un tableau avec les aliments copains, c'est-à-dire ceux que j'adore et dans tous les contextes. Après les aliments que j'aime mais pas forcément dans tous les contextes, c'est-à-dire qu'il y a certains TSA qui vont dire aimer la tomate, mais ils aiment la tomate qu'en sauce tomate dans les lasagnes et les pâtes à la bolognaise, mais pas la tomate crue pas la tomate cuite etc, du coup on les met dans cette catégorie là. Après j'ai les aliments que je ne connais pas, que j'ai à explorer. Et après les aliments que j'aime pas du tout, et au début je leur demande de pas forcément mettre dedans à part certains quelque un qui ne veulent pas du tout les goûter mais autrement je leur explique bien que pour qu'on mette quelque chose dans l'aliment copain ou dans l'aliment qu'on n'aime pas dans ces deux catégories là, il faut l'avoir goûter 15 fois. Donc soit on l'a goûté 15 fois et on l'aime bien et on le passe dans l'aliment copain. Soit on l'a goûté 15 fois et on l'aime vraiment pas

pendant les 15 fois et là on le passe dans la catégorie non j'aime pas. Je leur explique que l'aliment c'est comme le copain, au début on le connaît pas trop, on a besoin de s'y habituer, on l'invite pas tout de suite chez nous à dormir, d'abord on l'apprivoise un petit peu, et donc voilà pour les aliments je fais beaucoup ce parallèle là. Et du coup ils comprennent un petit peu le cheminement et donc ils acceptent un peu plus facilement d'aller explorer l'aliment hors contexte alimentaire, pendant les suivis, et après du coup de l'explorer plusieurs fois avant de déterminer s'ils aiment ou non.

C : D'accord.

E : Voilà et en fonction de ce tableau là, on passe les aliments en fonction de ce que j'aime, ce que j'aime pas et donc on voit le panel alimentaire qui s'élargit au fur et à mesure. Et après c'est vraiment des objectifs, là par exemple avec le jeune qui a une gastrostomie en fait le midi il mangeait pas à table avec ses parents, en fait il mangeait juste un petit sandwich ou alors du thon mayo, c'est les deux seuls principaux aliments qu'il mange. Alors il a très peu de contrôle postural et donc du coup il le mangeait dans un siège Acapulco, c'est ceux avec les fils mais qui sont très englobant donc il mange tout affalé dedans, donc pas beaucoup d'activité au niveau du tonus. Donc l'objectif qui a été fixé c'est de passer du temps à table, donc c'est-à-dire que là on est parti vraiment sur... donc là j'utilise la méthode micro-graduée aussi, on ramène un tout petit changement dans l'environnement. Donc là ce que je lui ai demandé pendant 3 semaines, c'était de revenir à table pendant 1 minute et après une fois que cette minute est passé avec son plateau du coup il pouvait aller manger. Là on a augmenté à 2 minutes. Et au fur et à mesure de l'intervention ça va augmenter mais vraiment très progressivement. Et oui ce que j'utilise aussi c'est pas mal de renforçateurs. Donc du coup j'ai un tableau, que j'appelle tableau des privilèges, où en fait l'enfant peut gagner des points à chaque fois qu'il a un objectif atteint, donc c'est noté dessus l'objectif est assez précis, donc par exemple pour ce jeune là qui a la gastrostomie, les 2 objectifs du moment c'est « j'explore les 3 aliments que je ne connais pas trop 15 fois » avec l'approche SOS qu'on a vu en séance, avec la taille de morceaux qu'on a vu en séance parce que sinon pareil il a envie d'en prendre beaucoup dans la bouche et puis bah il recrache tout de suite, donc la on apprend en séance la taille 2, parce que j'ai un tableau en fonction des tailles de morceaux.

C : D'accord.

E : Et il fait ce qu'on a fait en séance mais il va pas plus loin, c'est que pendant les séances qu'on évalue si on augmente la taille, les apports etc. Entre les séances on fait que ce qu'on a vu en séance et où on sait que ça va et que l'enfant est en position de réussite. Et donc comme ça se passe bien, à chaque fois il gagne des points, ça renforce positivement et donc quand il arrive à 5 points il peut avoir un privilège avec ses parents alors ça peut être 5 minutes de plus de console, une histoire le soir ou aller au parc avec juste sa maman enfin voilà des choses comme ça. Des choses qui ne sont pas monnayables en fait, mais juste qui permettent de valoriser l'enfant et de lui montrer et de mettre aussi en avant tous les efforts qu'il fait et renforcer que positivement, il peut pas perdre de points, on peut que en gagner et quand il a un bon comportement il en gagne. Voilà.

C : D'accord. Très bien. La dernière partie est plus centrée sur la prise en soin de ces enfants-là. Déjà est-ce que tu sais un peu l'origine de leurs troubles, est-ce que c'est une cause fonctionnelle, sensorielle ou environnementale ?

E : Alors les jeunes TSA je pense que c'est purement sensoriel avec une rigidité contextuelle aussi, et cécité contextuelle un petit peu, il manque de flexibilité et c'est ça qui engendre... par exemple je rajoute un peu de poivre voilà c'est fini j'en mange plus, ou autre. Donc c'est vraiment pour moi au niveau sensoriel. Après du coup les 2 petites que j'avais vu de 2 ans, c'était un petit peu difficile à dire, je voyais des petites choses au niveau de la motricité de la langue et au niveau de la mastication, mais aussi beaucoup d'appréhension au niveau des repas mais c'était difficile je trouve à évaluer, de cibler d'où précisément la difficulté venait. Mais bon en tout cas l'intervention a fonctionné puisqu'à la fin ça allait et j'ai fait que 4 séances pour ces jeunes-là, en faisant de la guidance parentale et en montrant l'approche SOS et ça s'est réglé tout seul finalement. Et puis, après le jeune qui a une gastrostomie c'est vraiment une cassure staturo pondérale et du coup des difficultés je dirais d'origine motrice là quand même, déjà il lui manque certaines dents enfin voilà il y a tout un contexte, un peu une pathologie autre, il a une tumeur aussi enfin c'est un peu compliqué. Et je pense que c'est et sensoriel et moteur là pour le coup.

C : D'accord. T'en a un peu cité tout à l'heure mais est-ce que t'as des méthodes ou des approches spécifiques pour lesquelles t'a été formé ou pas pour répondre à tous les objectifs que tu m'as cité tout à l'heure ?

E : Oui. Du coup bah y a l'approche SOS dont je parlais, il y a la méthode micro-graduée qu'on utilise aussi donc là c'est apporter des changements vraiment tout petits, on apporte un tout petit changement et puis après on attend 7 jours avec ce changement là, et puis si ça va du coup on refait un micro-changement etc. Après au niveau des approches heu...oui j'utilise aussi des approches un peu plus bottom-up et sur le plan sensori-moteur, quand il y a un manque du contrôle postural en début de séance, ça peut m'arriver de faire des activités qui renforcent le contrôle postural et donner des idées d'exercices aux parents dans ce sens là aussi. Et heu voilà..après pour les plus grands je m'interroge aussi sur CO-OP comment intégrer cette approche là, voir si on peut faire en lien, mais je l'ai pas encore appliquée donc voilà.

C : Ok. Et t'as pour projet de te former à de nouvelles approches ou méthodes ?

E : Heu non... bah du coup là j'aurais CO-OP et INS, enfin oui du coup j'ai l'approche INS que je peux utiliser aussi. Voilà et après non pas pour le moment.

C : D'accord, et le temps moyen d'une prise en soin de ces enfants là est-ce que t'as une idée un peu du temps moyen que ça peut prendre ?

E : Oui oui, alors y a les 2 jeunes qui avaient 2 ans alors elles le suivi vraiment pour les difficultés alimentaires ciblés ça a duré vraiment 2-3 séances, voir 4 max pour une, qui étaient espacées de 15 jours à 3 semaines, et du coup c'était vraiment de la guidance parentale. Et puis après y en a une des 2 que j'ai revu après et dont normalement je devrais faire le suivi mais parce qu'il y a des difficultés, du coup tu vois je te l'ai pas dit tout à l'heure, mais y a des difficultés aussi sur le plan de la motricité globale, donc il y avait aussi des problématiques de motricité à l'origine aussi je pense des troubles. Parce que du coup je lui ai fait passer le MABC par exemple, quand elle a eu 3 ans parce qu'avant je ne pouvais pas. Mais quand elle a eu 3 ans je l'ai fait passer et là du coup y a des difficultés au niveau moteur qui sont assez importantes, elle est en zone pathologique à plusieurs endroits donc voilà. Mais ce que j'avais repéré quand elle était petite parce qu'elle se mettait beaucoup en position en « W » ou autre, et puis je sentais qu'à table elle tenait très peu longtemps, qu'elle était vite fatigable et très vite ça l'énervait du coup j'ai revu le positionnement, la chaise qui était pas adaptée tout ça, donc oui il y a des axes de travail sur l'environnement en lui-même derrière. Et puis là du coup les TSA, je dirais que... après c'est difficile parce que c'est imbriqué avec d'autres suivis en parallèle, avec d'autres objectifs mais voilà y en a un ça fait 1 an que je le

suis. Voilà et du coup bah le jeune qui a la gastrostomie honnêtement vu comment on y va vraiment tout doucement et qu'on part de très très loin, et que je pense que la maman a vraiment besoin d'être accompagnée parce qu'en les séances elle le fait mais elle me dit que c'est pas pareil quand vous êtes là, quand vous êtes pas là. Donc je pense que ça va être un suivi assez long. Je dirais bien facilement 1 an oui.

C : D'accord. Justement t'en parlais un peu dans certaines questions, par quels moyens t'implique vraiment l'entourage familial, donc ça peut être les parents, les frères et sœurs, les grands parents) dans la prise en soin ?

E : Oui, alors au niveau des bilans c'est le film, le questionnaire déjà en amont du bilan. Après le jour du bilan c'est eux qui doivent quand même ramener un aliment copain, donc déterminer un peu l'aliment copain avec l'enfant, et puis un aliment qu'il ne connaît pas qu'ils aimeraient bien qu'il accepte dans son pane alimentaire. Et puis après pendant le suivi, en fait ils sont toujours présents à toutes les séances. Après j'en ai pas beaucoup au cabinet pour l'instant, c'est tout le temps à domicile, donc ils sont présents tout le temps pendant la séance. Donc il voit tout ce que je fais et en fait à chaque fois que parle exemple si j'ai un petit exercice qui vient renforcer le contrôle postural ou même les réflexes archaïques ou des choses comme ça, je peux leur montrer un peu tout ces mouvements là pour qu'ils puissent le travailler entre les séances. Après je note rien, je sais qu'il y a certains ergos qui des fois le note un peu plus, qui le font passer sous forme de prescription ou des choses comme ça pour voilà essayer de notifier mieux, mais moi je le donne vraiment à l'oral. Après du coup y le tableau des privilèges où là c'est aux parents de cocher les croix et donc à chaque fois je revois à chaque suivi où est-ce qu'il en est au niveau des croix du tableau des privilèges, qu'est-ce qu'il a eu en privilèges. Et puis ils ont un tableau de suivi pour l'approche SOS, donc c'est un tableau où il y a la date, y a l'aliment et toutes les étapes de l'approche SOS donc « je regarde, j'interagi, je touche, je sens, je mange ». Donc toutes ces étapes là elles sont notées, et à chaque fois il doit noter quand est-ce qu'il explore l'aliment, jusqu'où il a réussi à aller à cette date-là et donc du coup ça me permet de voir vraiment ce qui a été fait entre chaque séance et comptabiliser avec eux le nombre de fois où il a goûté l'aliment avant de déterminer si oui ou non c'est bon.

C : D'accord. Et la dernière question, est-ce que, t'en as un peu parlé tout à l'heure, est-ce que tu travailles en partenariat avec d'autres professionnels ?

E : Oui alors bah du coup y a les orthophonistes mais après c'est toujours un peu difficile de les avoir, mais du coup oui les orthophonistes essentiellement. Là j'essaye de rentrer en contact avec une gastro pédiatre bah qui suit du coup le jeune qui a une gastrostomie, on arrive pas à s'avoir au téléphone elle est cadre de santé aussi sur La Rochelle donc je pense qu'elle a ses journées bien occupées, donc on communique par mail, je lui fait des comptes rendus du suivi, où est-ce qu'on en est, ce qu'on travaille comme objectifs etc. L'idée c'est aussi de promouvoir la profession en faisant ça, parce que c'est très peu connu que on a aussi cet axe d'intervention là, donc voilà j'en parle pas mal aussi avec la sage-femme avec qui je partage le cabinet en espérant aussi avoir des plus jeunes. Ah oui tu parlais aussi des approches tout à l'heure, j'aimerais bien me former davantage les années prochaines j'aimerais bien voilà faire le DU trouble de l'oralité alimentaire parce que sur le plan organique ça aide, parce que par exemple les freins restrictifs bucco j'ai un peu de mal à les repérer et des fois j'ai peut-être des doutes donc j'oriente plus vers des ostéos. Il y a une ostéo qui est formée en frein restrictif bucco dans la région dans mon secteur. Je sais aussi qu'il y a aussi les chiropraticiens qui agissent aussi pas mal sur les freins restrictifs bucco et qui orientent aussi vers parfois les ergos.

C : Ah d'accord !

E : Oui, du coup les 2 jeunes effectivement c'était aussi la chiropraticienne qui avait dit qu'il y avait des difficultés sur le plan de la mobilité de la langue et tout, qu'il y avait un syndrome de kiss et qui du coup réorientait vers les ergos. Voilà au niveau des autres professionnels je pense que c'est tout.

C : Ok, super merci beaucoup. Est-ce que tu souhaites ajouter quelques choses ?

E : Heu non, peut être que j'ai oublié des choses mais je pense avoir fait le tour... Et puis non après voilà, au niveau des formations dans les prochaines années c'est plutôt l'accompagnement de l'enfant 0-4ans des « Hestia formation » que j'aimerais bien faire pour vraiment avoir encore plus de bases au niveau du développement sensori-moteur du tout petit. Et du coup y a aussi une formation à (*ville*) sur l'allaitement parce qu'honnêtement elle nous en parle aussi (*nom*) pendant sa formation, mais c'est vrai que sa formation à (*nom*) pendant 3 jours c'est dense, très intense et c'est vrai que du coup bon quand on sort de là je

me dis que... Bon bah là les suivi finalement ça se fait bien au fur et à mesure en reprenant les objectifs et en restant centré sur l'occupation mais c'est vrai que quand c'est des tous petits sur l'allaitement je pense que je serais pas à 100% à l'aise et j'aimerais bien me former encore à ce sujet là. Et elle nous avait conseillé une formation en visio et avec une journée seulement en présentiel sur (*ville*), je sais plus exactement l'intitulé. Mais voilà je pense que dans le futur ça serait intéressant à faire. Enfin bon voilà c'était plus pour rajouter par rapport au parcours et aux formations possibles qui m'intéresserait.

C : L'intégration sensorielle t'as été formé avant ou après la formation sur le TOA ?

E : J'ai été formée avant. Et du coup j'ai fait la semaine à LA MEEEX. Et en fait pareil je trouve qu'au niveau des formations sur l'INS c'est assez hétérogène je dirais sur les organismes de formation qui proposent en France. Parce que la en fait à La MEEEX on fait 1 semaine et après on peut pratiquer directement, faire en fait notre évaluation et notre intervention et après on peut avoir une 2^{ème} semaine d'analyse de pratique pour renforcer par rapports à nos pratiques et vraiment venir analyser tout ça. Alors que je sais qu'à Grandville ou à l'ANFE ça se fait en plusieurs modules et je sais que le 1^{er} module ils font vraiment que la théorie et ils peuvent pas forcément pratique après, le 2^{ème} module ça doit être l'évaluation et le début de l'intervention et le 3^{ème} module vraiment la fin de l'intervention et l'analyse. Donc du coup des fois je me dis qu'il y a certaines formations qui sont plus complètes que d'autres je pense. Enfin voilà je sais pas vers quoi tu veux t'engager plus tard mais comme ça tu le sais.

C : C'est gentil merci. En tout cas merci beaucoup.

E : Derrien.

RESUME

Les troubles de l'oralité alimentaire (TOA) concernent 13 à 50% des enfants sans pathologies associées, et plus de 80% des enfants présentant un trouble du développement ou trouble du spectre autistique. Ces troubles se traduisent par des difficultés en lien avec l'alimentation et peuvent avoir plusieurs étiologies.

L'objectif de ce mémoire est de déterminer comment l'ergothérapeute intervient face aux problèmes occupationnels, en lien avec le repas, auprès d'enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire.

Les entretiens semi-structurés réalisés auprès de trois ergothérapeutes D.E. montrent que certains de ces derniers utilisent l'intégration sensorielle comme approche auprès de cette population. Mais leur intervention s'enrichit d'autres méthodes et approches afin de répondre aux problématiques de chaque enfant. De plus, l'entourage familial joue un rôle important en appui du travail de l'ergothérapeute pour l'accompagnement et l'évolution de ces enfants. Enfin, l'ergothérapeute complète l'intervention pluridisciplinaire de cette population en travaillant en lien avec d'autres professionnels de santé.

Mots clés : Ergothérapie – problèmes occupationnels – TOA

ABSTRACT

Pediatric feeding disorder (PFD) affect 13-50% of children without associated pathologies, and more than 80% of children with a developmental disorder or autism spectrum disorder. These disorders result in difficulties related to eating and can have different etiologies.

The objective of this thesis is to determine how occupational therapists deal with occupational problems, related to eating, in children with pediatric feeding disorder.

The semi-structured interviews with three occupational therapists show that some of them use sensory integration as an approach with this population. But their intervention is enriched by other methods and approaches in order to respond to the problems of each child. Moreover, the family environment plays an important role in supporting the work of the occupational therapist in the accompaniment and development of these children. Finally, the occupational therapist completes the multidisciplinary intervention for this population by working in collaboration with other health professionals.

Keywords : Occupational therapy – occupational problems - PFD

Clara LIMOUSIN

Sous la direction de Madame Sandrine POINSOT