

Institut de formation en ergothérapie

Université Paris-Est-Créteil (XII)

Juin 2021



Le trouble de l'alimentation pédiatrique et l'utilisation de l'approche SOS en ergothérapie

Mémoire d'initiation à la recherche

Pour l'obtention du diplôme d'état en ergothérapie

Soutenu par : Maéva VIZATELLE

Maître de mémoire : Marie RUFFIER BOURDET

Engagement sur l'honneur :

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussignée, Maéva VIZATELLE étudiante en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informée des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 28/05/21

Signature :



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 :

Ce mémoire d'initiation à la recherche marque l'aboutissement de trois belles années de formations au sein de l'Institut de Formation de Créteil. Cette formation aura été vectrice d'enseignements et de rencontres enrichissantes. Ainsi, je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFE de m'avoir accompagné tout au long de mon parcours de formation en ergothérapie.

Ensuite, en ce qui concerne mon accompagnement pour le mémoire d'initiation à la recherche, je tiens à remercier Simon Gadeyne et Anais Villaumé, mes référents en méthodologie de mémoire pour leur disponibilité, leur bienveillance et les conseils qu'ils ont pu me suggérer.

Je remercie ma maître de mémoire, Marie Ruffier-Bourdet de m'avoir accompagné et conseillé sur ce projet de fin d'étude. Son regard expert sur le sujet et ses précieux conseils m'ont permis de progresser dans ma réflexion tout au long de mon investigation.

Je remercie également mes camarades et amies de promotion, Margaux et Aurore, pour leur soutien, leur écoute attentive et leur bonne humeur tout au long de cette formation.

Merci à ma famille, et mon copain de m'avoir soutenu tout au long de la formation mais également pour l'aide et le temps, qu'ils ont pu dégager, nécessaire à la relecture et la finalisation du mémoire.

Je remercie tous les ergothérapeutes qui ont pu participer à mon enquête.

Enfin, vous, lecteurs, lectrices, merci du temps que vous consacrerez à mon mémoire en le lisant.

« Parce que se nourrir est une activité quotidienne essentielle à la vie, les ergothérapeutes jouent un rôle actif et incontournable auprès des personnes qui éprouvent des difficultés à s'alimenter ou à être alimentées »

Ordre des Ergothérapeutes du Québec

Table des matières :

Introduction :	1
Partie conceptuelle :	3
I. Le repas chez l'enfant : de la naissance à 2 ans :	3
a. Le repas : une occupation pas comme les autres	3
i. Dualité parents - enfant : la naissance d'une co-occupation :	3
ii. Une occupation riche et singulière :	4
iii. Le repas, de l'homéostasie à la palatabilité :	5
b. Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels : MCREO.....	6
i. Définition du modèle conceptuel en ergothérapie :	6
ii. Définition du MCREO :	6
c. Le développement des habiletés oromotrices de l'enfant : de la naissance à 2 ans :.....	9
i. De la naissance à 6 mois : l'alimentation lactée :.....	9
ii. De 6 à 15 mois : l'alimentation à la cuillère :.....	9
iii. De 16 à 24 mois : vers une alimentation fonctionnelle :	10
II. Quand le repas est altéré : la naissance d'un trouble :	11
a. Trouble de l'alimentation pédiatrique : de quoi parle-t-on ?.....	11
b. Les différentes étiologies :.....	12
i. Les facteurs médicaux :.....	12
ii. Les facteurs nutritionnels :	13
iii. Les facteurs sensori-moteurs :.....	13
iv. Les facteurs psychosociaux :.....	13
c. Prévalence :	14
d. Un comportement prédominant : l'hypersélectivité alimentaire :	14
e. Le rôle de l'ergothérapeute auprès de l'enfant hypersélectif et sa famille :	15
i. Définition de l'ergothérapeute :.....	16
ii. La relation entre l'ergothérapeute et les parents :.....	16
III. De l'environnement à l'enfant, l'intégration sensorielle en action :	17
a. L'environnement : un facteur influençant la prise du repas :	17
i. L'environnement culturel :.....	18
ii. L'environnement physique :.....	18
iii. L'environnement social :.....	19
b. Le processus d'intégration sensorielle :.....	19
i. La modulation sensorielle :	19
ii. La discrimination sensorielle :.....	20

c.	Nos sens : des guides pour notre alimentation :	20
d.	Le trouble de la modulation sensorielle :	22
i.	L'hyperréactivité sensorielle :	23
ii.	L'hyporéactivité sensorielle :	24
e.	De la thérapie d'intégration sensorielle à l'approche SOS :	24
i.	La thérapie d'intégration sensorielle :	24
ii.	L'approche Sequential Oral Sensory to Feeding	25
	Partie expérimentale :	27
I.	Méthodologie de l'enquête :	27
a.	Objectifs de l'enquête :	27
b.	Populations interrogées :	28
c.	Mode d'accès aux populations :	28
d.	Outils méthodologiques choisis :	29
II.	Présentation et analyse des résultats :	30
a.	Déroulé de l'enquête :	30
b.	Présentation et analyse des résultats du questionnaire :	31
c.	Présentation des résultats par entretien :	38
III.	Synthèse des résultats et des objectifs de l'enquête :	38
a.	Approche SOS et rendement occupationnel de l'enfant :	38
b.	Rendement occupationnel et quotidien de l'enfant :	39
IV.	Discussion :	39
V.	Limites de l'étude :	41
	Conclusion :	43
	Bibliographie :	45
	Annexes :	52

Liste des sigles utilisés :

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

ANFE : Association National Française des Ergothérapeutes

OEQ : Ordre des Ergothérapeutes du Québec

TAP : Trouble de l'alimentation pédiatrique

TOA : Trouble de l'oralité alimentaire

Introduction :

L'occupation du repas permet de répondre à nos besoins nutritionnels et est aussi vectrice de plaisir, convivialité et partage. Cette occupation a la particularité d'être multisensorielle et périodique (OEQ, 2006).

La politique de santé publique intitulée « le parcours des 1000 premiers jours de l'enfant », développée par le gouvernement français en 2019, a pour vocation d'assurer un soutien plus important envers la parentalité dans les domaines : médical, affectif et éducatif. En effet, c'est au cours de cette période, qui s'étend du 4^{ème} mois de grossesse jusqu'à l'âge de 2 ans, que se joue le développement global de l'enfant. Ainsi, si ce dernier rencontre des difficultés lors de son enfance, cela peut avoir des répercussions sur sa vie future. D'après le rapport de la commission publié en 2020, 93% des parents rencontrent des difficultés pour alimenter leur enfant de 0 à 3 ans (Ministère des solidarités et de la santé, 2020). En France, la prévalence du trouble de l'alimentation pédiatrique ou trouble de l'oralité alimentaire varie de 13 à 50% chez des enfants ayant un développement normal (Ruffier Bourdet, 2018).

L'alimentation étant une activité de vie quotidienne vitale, les ergothérapeutes ont donc leur rôle à jouer auprès des enfants présentant un trouble de l'alimentation pédiatrique. Si au Canada, la prise en soin ergothérapeutique de ce trouble est implantée depuis plusieurs années (OEQ, 2006), celle-ci tend à se développer sur le territoire français.

C'est à travers une vidéo intitulée « l'ergothérapie contre les troubles de l'oralité alimentaire » dans laquelle figure Marie Ruffier-Bourdet que j'ai pu comprendre la pertinence du rôle de l'ergothérapeute auprès d'enfants ayant ce type de trouble. La vidéo, extraite de l'émission télévisée « La maison des maternelles » diffusée sur France 5, retraçait la prise en soin ergothérapeutique d'une petite fille avec un trouble de l'alimentation. Nous pouvions y voir Marie Ruffier-Bourdet témoignant les objectifs de sa prise en soin. Rapidement, j'ai été curieuse de me renseigner davantage sur le sujet, notamment sur la définition du trouble, les causes, les conséquences... Mes premières lectures sur le sujet m'ont permis de comprendre qu'il existait plusieurs appellations en France pour nommer ce genre de trouble. Par ailleurs, j'ai découvert qu'il pouvait apparaître différents comportements prédominants notamment celui d'hypersélectivité ou sélectivité alimentaire sévère.

Les enfants ayant ce type de trouble développent, très souvent en parallèle, des difficultés d'intégration sensorielle. Il est donc nécessaire d'aider l'enfant à retrouver un seuil de sensibilité normal pour lui permettre de retrouver un équilibre (Roberts, King - Thomas, & Boccia, 2007). Face aux difficultés quotidiennes que peuvent rencontrer ces enfants, plusieurs questionnements ont émergé sur le rôle et l'accompagnement en ergothérapie. J'ai donc décidé d'orienter mes recherches vers les différentes thérapies existantes. Postérieurement, j'ai pu mettre en évidence la nécessité d'utiliser des thérapies basées sur les principes de l'intégration sensorielle pour traiter ce type de trouble, notamment

l'approche Sequential Oral Sensory to feeding. Or, peu d'études tendent à démontrer leur efficacité, contrairement aux thérapies comportementales. De ces lectures, a émergé le questionnement suivant :

De quelle manière l'ergothérapeute influence-t-il le rendement occupationnel d'un enfant atteint d'hypersélectivité alimentaire, lors du repas, à partir de l'âge de 2 ans ?

Le questionnement aura pour finalité de comprendre le rôle et les objectifs ergothérapeutiques dans l'accompagnement d'un enfant ayant un trouble de l'alimentation pédiatrique afin d'évaluer si cette prise en soin permet une augmentation du rendement occupationnel de l'enfant lors du repas.

L'hypothèse dégagée est la suivante : **l'utilisation de l'approche SOS par l'ergothérapeute influence le rendement occupationnel de l'enfant hypersélectif, à partir de l'âge de 2 ans, lors du repas.**

Ce rapport se composera d'une partie théorique faisant l'état des connaissances actuelles sur le sujet en question et d'une partie expérimentale permettant d'évaluer la pertinence des notions mentionnées.

La première partie ouvrira sur l'occupation du repas chez l'enfant de la naissance à 2 ans. Ensuite, notre réflexion se posera sur la définition du trouble de l'alimentation pédiatrique en étayant les diverses étiologies et le comportement d'hypersélectivité alimentaire. Enfin, nous explorerons l'influence de l'environnement sur le processus d'intégration sensorielle des enfants ayant une sélectivité alimentaire sévère.

La seconde partie présentera la démarche d'investigation permettant d'objectiver une influence du rendement occupationnel de l'enfant lors du repas. Les données récoltées, feront l'objet d'une présentation et d'une analyse. Nous ferons l'état des limites de cette démarche. Puis, nous mettrons en corrélation les constats de l'enquête et les éléments théoriques en discussion. La fin de cette seconde partie induira la validation ou le rejet de l'hypothèse ; une ouverture vous sera proposée.

Partie conceptuelle :

I. Le repas chez l'enfant : de la naissance à 2 ans :

a. Le repas : une occupation pas comme les autres

i. Dualité parents - enfant : la naissance d'une co-occupation :

Pour commencer, il me semble important de définir le terme "occupation" qui prédomine dans le métier d'ergothérapeute. Plusieurs auteurs proposent différentes définitions. Pour ce mémoire, j'ai choisi de me référer à celle proposée par l'association canadienne des ergothérapeutes (ACE), figurant dans l'ouvrage Habiliter l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation, 2013. L'ACE, en 1997, définit l'occupation comme un ensemble d'activités et tâches de la vie quotidienne pour lesquelles les personnes donnent un nom, une structure, une valeur et une signification. Cela prend en compte tout ce que peut faire la personne pour s'occuper comme réaliser ses soins personnels, ses loisirs ou contribuer à l'édification sociale et économique de la communauté, c'est-à-dire être productif. En 2004, Polatajko et ses collègues proposent une définition de l'occupation à travers une classification nommée « la taxinomie » du rendement occupationnel. Elle a pour objectif de préciser le langage de l'occupation. En outre, cette autre définition permet d'apporter les notions de constance et de régularité à l'occupation (Townsend & Polatajko, 2013).

Ainsi, d'après les définitions données précédemment, nous pouvons classer le repas comme une activité constante et régulière pour laquelle un individu s'engage afin de répondre à des besoins personnels, ici majoritairement nutritionnels.

Il est important de noter que dès la naissance, l'occupation du repas est une activité qui est partagée entre le(s) parent(s) et l'enfant. Ainsi, on parlera plutôt de co-occupation de la naissance jusqu'à ce que l'enfant ait la capacité de s'alimenter seul c'est-à-dire vers l'âge de 2 ans.

Le terme de co-occupation correspond à une activité de soin qui implique la participation du parent ou de la figure d'attachement mais aussi celui du nourrisson. Cela inclut toutes les tâches et les activités valorisées de la culture familiale dans laquelle le parent ou la figure d'attachement est censé(e) s'engager (Craig, Carroll, Ludwig, & Sturdivant, 2018). Il est important de souligner que la co-occupation influence les relations qui existent entre le(s) parent(s) et le nourrisson (Marcus & Breton, 2013). Au-delà de l'héritage génétique, les parents contribuent à créer un environnement adapté de façon à répondre aux besoins de leur progéniture et de la protéger des expériences toxiques. Pour l'enfant, la famille constitue un premier lieu d'enracinement et de socialisation ; les interactions familiales semblent donc déterminantes quant au développement de l'enfant (Bouchard, 2019).

Le « Parcours des 1000 premiers jours de l'enfant » relatif à la politique de santé publique, développée durant l'année 2020, a pour objectif de soutenir la parentalité du 4^{ème} mois de grossesse aux

deux ans de leur enfant. Ce projet a pour but principal de mieux accompagner les parents dans la prise de décision sur les plans médical, social et éducatif. Cette démarche de santé publique a été promue et soutenue dans d'autres pays auparavant comme le Canada, le Danemark ou encore l'Angleterre. C'est pourquoi, il semble important, pour le gouvernement français, que la France s'inscrive également dans cette démarche autour de la parentalité (Ministère des solidarités et de la santé, 2020).

Les 1000 jours déterminent une période décisive entre le 4^{ème} mois de grossesse, à partir duquel le fœtus commence à interagir avec son environnement, et les deux premières années de vie de l'enfant, où ce dernier commence l'acquisition du langage. C'est aussi au cours de cette période que l'enfant, être vulnérable, va développer son lien d'attachement avec ses parents ce qui aura pour conséquence de déterminer son évolution physique, psychique, affective, sociale et cognitive pour sa vie adulte (Ministère des solidarités et de la santé, 2020). Des données chiffrées issues du rapport de la commission expliquent que si l'enfant évolue au sein d'un univers sécurisant, il aura 2 à 5 fois moins de chance d'être hospitalisé au cours de sa vie. Ainsi, si des difficultés persistent durant ces 1000 premiers jours, cela pourrait avoir des conséquences définitives sur son évolution (Ministère des solidarités et de la santé, 2019).

Un argumentaire témoignant de la contribution des ergothérapeutes pour ce projet a été publié par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) en janvier 2020. Cette prise de position avait pour objectif de mettre en évidence le rôle de l'ergothérapeute au cours des 1000 premiers jours de l'enfant. En ce qui concerne l'alimentation, l'ANFE soutenait la pertinence du rôle de la profession notamment dans l'installation, l'aménagement de l'environnement et l'accompagnement dans l'apprentissage de cette occupation (ANFE, 2020).

Le rapport de la commission d'experts, mandaté par le président de la République, a pu mettre en avant que 50% des parents admettent des difficultés pour s'investir pleinement dans leur rôle et 93% d'entre eux expriment des difficultés pour alimenter leur enfant de la naissance à 3 ans (Ministère des solidarités et de la santé, 2019).

Il est nécessaire de mettre en évidence le fait que le développement de la dualité parents – enfant peut avoir une influence sur la co-occupation du repas (Marcus & Breton, 2013).

ii. Une occupation riche et singulière :

Le repas est une occupation qui met en avant différentes actions permettant d'assouvir nos besoins nutritionnels. La littérature anglo-saxonne distingue l'action de manger et celle de s'alimenter ou de se nourrir.

“To eat” ou "eating" se traduit littéralement par le verbe « manger » en français qui signifie : avoir la capacité à garder et manipuler de la nourriture ou un fluide/liquide en bouche et de pouvoir le déglutir (Marcus & Breton, 2013).

“To feed” ou “feeding” en anglais peut se traduire en français par l’action de s’alimenter ou de se nourrir. Cela correspond à un processus complexe de mise en place, d’organisation et d’apport de la nourriture ou de fluide dans la bouche. Ce processus s’appuie sur plusieurs systèmes du corps humain à savoir : le système nerveux central et périphérique, la cavité oro-buccale, le système cardio-respiratoire, le système gastro-intestinal, les structures crânio-faciales et le système musculosquelettique. En d’autres termes, c’est la capacité de porter l’aliment à la bouche (Marcus & Breton, 2013). Il est important de souligner qu’en France, ces deux notions se confondent et sont des synonymes.

L’occupation du repas est multisensorielle c’est-à-dire qu’elle fait appel à tous nos sens et constitue une activité quotidienne essentielle à la vie, car elle permet de répondre à des besoins nutritionnels. Elle a la particularité de se répéter à plusieurs reprises dans la journée. Elle rythme la vie de l’individu ce qui lui permet de faire le plein d’énergie pour s’engager dans l’ensemble de ses activités de vie quotidienne. Ainsi, le repas influence l’ensemble des habitudes de vie de la personne. Il est important de noter que de multiples facteurs liés à la personne, son environnement et sa culture ont un impact sur la réalisation de cette occupation (OEQ, 2006).

En effet, outre le fait que le repas permet un apport énergétique nécessaire à la survie d’un individu, il est aussi synonyme de partage, de convivialité et d’échange. À cela peuvent s’ajouter des rituels qui permettent d’entretenir un lien social (Ruffier Bourdet, 2018). Le repas constitue à la fois un temps d’apprentissage, un temps d’éducation sociale dans notre culture occidentale, et également un moment de détente et de plaisir (Prudhon Havard, Carreau, & Tuffreau, 2009).

iii. Le repas, de l’homéostasie à la palatabilité :

Il est important de noter que le repas met en avant deux notions à travers les actions de manger et de s’alimenter à savoir : la faim homéostatique et la faim hédonique.

La faim homéostatique correspond à une sensation de faim qui survient à la suite d’une absence prolongée d’apport énergétique et nutritionnel. En effet, l’organisme doit assurer son équilibre énergétique en maintenant ses différentes constantes comme la température corporelle, le débit sanguin, la tension artérielle ou encore la glycémie. Ainsi, lorsqu’un déséquilibre énergétique se manifeste, l’organisme envoie un signal à l’individu (ici la sensation de faim), pour l’informer qu’une prise alimentaire est requise (Kandel, Schwartz, & Jessell, 2000).

À l’inverse, la faim hédonique correspond à l’envie de manger un aliment sans qu’une sensation de faim soit apparente. Nous avons envie de le manger parce que d’un point de vue sensoriel, il suscite notre envie. Ainsi la valeur hédonique d’un aliment va influencer notre motivation pour le manger. De là découle également la notion de palatabilité qui correspond au plaisir que procure certains aliments lorsque nous les avons en bouche. Cette notion de palatabilité dépend des caractéristiques sensorielles que nous renvoie l’aliment, mais aussi de l’expérience de l’individu envers cet aliment et d’autres

facteurs environnementaux comme l'anxiété (De Castroa , Bellisleb, Dalixb , & Pearceya, 2000)(Ruffier Bourdet, 2018).

Nous venons de voir la notion d'occupation et de co-occupation avec l'activité du repas. Désormais, nous allons voir que l'occupation s'articule avec deux autres sphères : la personne et l'environnement, à travers le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO).

b. Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels : MCREO

i. Définition du modèle conceptuel en ergothérapie :

Pour débiter cette partie, il me semble important de définir ce qu'est un modèle conceptuel en ergothérapie. D'après M-C Morel-Bracq, il s'agit " *d'une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* " (Morel-Bracq, 2017, p. 2). Les modèles peuvent être corrélés à différents grands courants qui guident la médecine et notamment l'ergothérapie. Nous pouvons définir deux grandes notions issues du modèle conceptuel : le cadre de référence et le cadre conceptuel. Le cadre de référence correspond à la partie théorique qui va servir de référence pour la mise en application du modèle ou de l'approche. Il est donc propre à un modèle particulier. Le cadre conceptuel se définit plus généralement comme un guide de référence fondé sur plusieurs concepts. Il constitue un intermédiaire entre le modèle conceptuel d'une part et le cadre de référence d'autre part.

Il existe trois grands types de modèles : les modèles généraux, les modèles appliqués et les modèles de pratique. Les modèles généraux peuvent être utilisés à travers plusieurs situations professionnelles. Ensuite, les modèles appliqués se spécifient davantage en s'adaptant à certaines pathologies. Enfin, les modèles de pratique déclinent des évaluations ou des techniques spécifiques à une pathologie et peuvent s'associer aux modèles appliqués.

Parmi les modèles généraux, nous pouvons distinguer les modèles interprofessionnels et les modèles ergothérapeutiques. Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO), que je souhaite mettre en évidence dans ce mémoire, constitue un modèle élaboré par les ergothérapeutes (Morel-Bracq, 2017).

ii. Définition du MCREO :

Le MCREO a été créé par l'ACE et se base sur une approche centrée sur la personne. Ce modèle permet de mettre l'accent sur la notion de rendement occupationnel, en s'associant à la notion

d'engagement occupationnel, important dans le cadre de l'occupation humaine (Townsend & Polatajko, 2013). Le but de cette approche est de pouvoir élaborer des objectifs de prise en soin spécifiques à la personne et d'évaluer les modifications dans la performance et la satisfaction perçues lors de la prise en soin (Caire & Rouault, 2017).

Le modèle du MCREO permet de mettre en interaction trois sphères : la personne, l'occupation et l'environnement. De cette interaction dynamique, naît le rendement occupationnel (Townsend & Polatajko, 2013). C'est parce que l'alimentation met en interaction dynamique la personne, l'environnement et l'occupation qu'il me semblait pertinent de choisir ce modèle. Par ailleurs, l'alimentation constitue une occupation centrée sur la personne et le MCREO promeut cette approche. (ACE, 2010).

Pour mieux comprendre ce modèle, il existe un schéma qui reprend un code couleur pour désigner chaque sphère citée précédemment et qui permet de mettre en évidence l'interaction qui se dégage de ces sphères. L'annexe n°1 illustre le schéma du MCREO.

La personne, qui correspond au triangle jaune au centre, est considérée comme un individu unique qui assume simultanément plusieurs rôles. On peut compter 4 dimensions qui sont associées à la personne (Townsend & Polatajko, 2013) :

Dimension physique	Les fonctions motrices, sensorielles et sensori-motrices.
Dimension cognitive	Les fonctions cognitives, intellectuelles : les fonctions exécutives (le jugement, la planification...), les fonctions mnésiques, attentionnelles.
Dimension affective	La gestion des émotions et sentiments par la personne, les facteurs inter et intrapersonnels.
Dimension spirituelle	Les croyances, les valeurs, les projets de vie de la personne.

Le modèle permet de faire interagir la personne dans un environnement unique et spécifique. L'environnement, qui correspond au cercle vert et qui inclut la personne, est défini très largement en 4 sous-environnements (Townsend & Polatajko, 2013) :

Dimension physique	L'environnement naturel, les constructions.
Dimension institutionnelle	Les considérations politiques, économiques et législatives.
Dimension culturelle	Les collectivités, l'accomplissement au sein d'un groupe, les coutumes et toutes autres capacités et habitudes acquises par l'individu dans la société.
Dimension sociale	Les liens sociaux, familiaux, professionnels, amicaux.

L'occupation se reconnaît par un cercle bleu et se situe à la jonction entre la personne et l'environnement, afin de constituer un lien entre les deux sphères. L'occupation décrit la manière dont la personne agit sur son environnement.

Précédemment, nous avons pu voir les définitions d'occupation et de co-occupation ; c'est pourquoi je ne les redéfinirai pas ici. Toutefois, dans le modèle du MCREO, trois grandes catégories d'activités ont été objectivées (Townsend & Polatajko, 2013) :

Soins personnels	Les activités de vie quotidienne et activités instrumentales de vie quotidienne : se laver, se brosser les dents, s'habiller, aller aux toilettes, se préparer à manger, s'alimenter...
Productivité	Une activité qui va contribuer à notre société : activité professionnelle, rôle dans des associations.
Loisirs	Toutes actions visant à se divertir, la pratique d'une activité physique, artistique : la cuisine, la couture, la musique, la pratique d'un sport...

Comme dit précédemment, l'interaction dynamique qui règne entre les trois sphères (Personne-Occupation-Environnement) met en avant la notion de rendement occupationnel. Ce dernier traduit l'efficacité d'une personne dans son occupation et dépend de l'interaction entre la personne, l'environnement et l'occupation. En effet, plus la superposition sera grande, plus le rendement occupationnel pourra augmenter. Inversement, plus l'interaction sera faible, plus le rendement occupationnel pourra diminuer, voire être inexistant.

Dans le modèle du MCREO, il y a également la notion d'engagement occupationnel qui prend en compte la participation intellectuelle, psychique et motrice de la personne dans son activité ; cela va donc au-delà du rendement occupationnel. L'engagement occupationnel va dépendre de 4 facteurs principaux : la nature de l'engagement (passif, actif), l'intensité (constant, exceptionnel), le degré d'établissement (nouveau, habituel) et la compétence de rendement (novice, expert) (Morel-Bracq, 2017).

Maintenant que nous avons défini le modèle conceptuel de ce mémoire à travers le MCREO, nous allons nous pencher sur la dimension physique de la personne et plus précisément sur les habiletés qui prédisposent un nourrisson ou un enfant à la réalisation du repas.

c. Le développement des habiletés oromotrices de l'enfant : de la naissance à 2 ans :

i. De la naissance à 6 mois : l'alimentation lactée :

Il est important de noter que l'évolution et la modification des structures oro-buccales chez le nourrisson vont favoriser les transitions dans l'acquisition des compétences oro-motrices.

A la naissance, l'alimentation constitue la première habileté oro-motrice pour le nourrisson (Nadon, Debbie, & Gisel, 2013). Jusqu'à environ 3-4 mois, ce dernier va essentiellement réaliser des mouvements de succion sur le téton ou la tétine. Il va devoir gérer une activité complexe qui est de coordonner trois actions simultanément : succion, déglutition et respiration (April, Bouchard, Gauthier-Desgagné, & Joly, 2013). L'anatomie de la cavité buccale, lors des premiers mois de vie, va permettre de faciliter l'alimentation pour le nourrisson en favorisant la succion immature. En effet, nous pouvons constater la présence de coussinets adipeux au niveau des joues permettant au nourrisson de réduire l'espace dans la cavité buccale et aussi de la maintenir fermée autour du mamelon ou de la tétine lors de la succion. Les voies respiratoires sont protégées par l'os hyoïde et le larynx (Marcus & Breton, 2013). A cet âge, le nourrisson s'alimente principalement avec du lait. Il est capable de gazouiller. Sur le plan moteur, il peut agiter les doigts et soulever la tête notamment lorsqu'il est positionné sur le ventre (Ramsay, 2001).

Vers l'âge de 4-6 mois, la succion devient plus volontaire et mature. La coordination des trois actions à savoir la succion, la déglutition et la respiration dure plus longtemps. Le nourrisson perd ses coussinets adipeux et les voies respiratoires sont libérées. Il dispose davantage d'espace dans la cavité buccale lui offrant la possibilité de mouvements linguaux combinés (Marcus & Breton, 2013). Il est capable de déplacer plus efficacement le bolus vers la partie postérieure de la cavité buccale pour initier la déglutition (April, Bouchard, Gauthier-Desgagné, & Joly, 2013). Il peut commencer à mordiller des objets comme la tétine par exemple. Nous allons pouvoir introduire progressivement l'alimentation à la cuillère avec des purées aux textures essentiellement lisses. Le nourrisson est capable de babiller. Sur le plan moteur, il peut saisir un objet avec ses mains et se tourner (Ramsay, 2001).

ii. De 6 à 15 mois : l'alimentation à la cuillère :

À l'âge de 6-9 mois, l'anatomie structurale de la cavité buccale se modifie permettant à l'enfant une plus grande variation de mouvement linguaux. Ainsi, le nourrisson peut commencer la mastication avec des mouvements linguaux antéro-postérieurs facilités (Marcus & Breton, 2013). La texture des purées peut être granuleuse. L'enfant va pouvoir commencer à utiliser une tasse pour boire et explorer davantage la nourriture avec ses mains (April, Bouchard, Gauthier-Desgagné, & Joly, 2013). Concernant

le langage, il va pouvoir produire des sons détachés. Sur le plan moteur, il peut transporter des objets et s'asseoir seul (Ramsay, 2001).

Entre 9 et 15 mois, les mouvements linguaux deviennent latéraux. Ainsi, le nourrisson a moins besoin de sortir de sa bouche la pointe de sa langue pour initier la déglutition (Marcus & Breton, 2013). C'est au cours de cette période que le bébé va pouvoir expérimenter de nombreuses textures. Ses capacités oro-motrices vont lui permettre de manger des textures grumeleuses vers 9 mois puis progressivement il pourra compléter son panel avec de petits morceaux facilités (April, Bouchard, Gauthier-Desgagné, & Joly, 2013). Il est capable de porter l'aliment à la bouche, donc de s'alimenter seul. Sur le plan du langage, il produit des mots détachés. Au niveau moteur, il sait lâcher et lancer un objet avec ses mains, se tenir debout et marcher (Ramsay, 2001).

iii. De 16 à 24 mois : vers une alimentation fonctionnelle :

À partir de l'âge de 16 mois jusqu'à environ 24 mois et plus, l'enfant apprend à croquer en initiant la fermeture des lèvres et des dents sur un aliment solide. Il perfectionne sa mastication, de même pour le contrôle du bolus. Tous les mouvements linguaux sont de mieux en mieux maîtrisés par l'enfant (Marcus & Breton, 2013). Il peut donc manger des aliments sans qu'il ait besoin de les hacher en purée. Il est capable d'utiliser une fourchette pour porter l'aliment à sa bouche (April, Bouchard, Gauthier-Desgagné, & Joly, 2013). Concernant le langage, l'enfant est capable de formuler des phrases courtes. Sur le plan moteur, il peut griffonner avec ses mains et il a la capacité de courir et sauter (Ramsay, 2001).

Ainsi, c'est à l'âge d'environ deux ans que l'enfant est capable d'avoir une alimentation fonctionnelle. Son rendement occupationnel est satisfaisant se justifiant par une capacité de s'alimenter seul et un panel alimentaire large et diversifié permettant des apports nutritionnels suffisants. Il paraît pertinent de souligner que ces différentes étapes dans le développement des compétences oro-motrices de l'enfant constituent des transitions importantes. En effet, si l'enfant persiste dans l'une de ses transitions, cela peut impacter son alimentation future.

Cette première partie aura permis de définir l'activité du repas en tant qu'occupation ou de co-occupation, et également de comprendre les habiletés pré-requises sous-jacentes nécessaires à l'enfant. Maintenant, nous allons nous intéresser aux causes qui peuvent nuire à l'occupation du repas, notamment en définissant le trouble de l'alimentation pédiatrique et les conséquences qui lui sont associées.

II. Quand le repas est altéré : la naissance d'un trouble :

a. Trouble de l'alimentation pédiatrique : de quoi parle-t-on ?

En France, il existe plusieurs appellations pour nommer un trouble de l'alimentation pédiatrique comme le syndrome de dysoralité sensorielle, le trouble de l'oralité alimentaire, le trouble des fonctions alimentaires, la dysphagie, la phobie alimentaire, le trouble de l'alimentation restrictive (ARFID selon le DSM-V) ou encore le trouble de l'alimentation pédiatrique comme j'ai pu le nommer précédemment (Ruffier Bourdet, 2018). De ces différents termes découlent différentes définitions, car, à ce jour en France, il n'existe pas de consensus sur la terminologie et une définition exacte de ce trouble.

Pour ce mémoire, j'ai décidé de reprendre celle proposée par Goday et al. en 2018 pour définir le trouble de l'alimentation pédiatrique. Ce trouble se définit comme une diminution de l'apport oral, survenant à un âge inapproprié et qui s'associe à un dysfonctionnement pouvant toucher les domaines médical, nutritionnel, sensori-moteur et/ou psychosocial (Goday, 2018). En d'autres termes, cela signifie que l'enfant éprouve des difficultés à s'alimenter et à manger (Yang, 2017) suffisamment de nourriture et de liquide lui permettant de répondre à ses besoins nutritionnels et d'hydratation. Cela exclut l'incapacité à prendre des médicaments ou des aliments atypiques et désagréables (Goday, 2018). Il est important de noter que les perturbations rencontrées ne sont pas causées par un manque de nourriture disponible (Yang, 2017). Pour parler de trouble de l'alimentation pédiatrique et ne pas le confondre avec un trouble qui pourrait apparaître de manière transitoire lors d'une maladie aiguë, la diminution de l'apport oral doit être constatée quotidiennement et pendant au moins 2 semaines. Le trouble peut associer une perte ou une absence de gain de poids, une carence nutritionnelle ; l'enfant peut alors admettre une dépendance à une sonde d'alimentation ou à des compléments alimentaires (Yang, 2017).

Toutefois, il semble important de souligner que nous parlons de trouble de l'alimentation seulement en l'absence de perturbation de l'image du corps. Sinon, il s'agit d'un trouble du comportement alimentaire, ce qui est différent (Goday, 2018).

Dans l'ensemble du corps de ce mémoire, j'utiliserai le terme de trouble de l'alimentation pédiatrique (TAP), car c'est le terme qui est utilisé à l'international sous la traduction suivante « Pediatric Feeding Disorder ». Par ailleurs, le terme « alimentation » se rattache à une occupation que tout le monde partage et qui est celle du repas. En tant que future ergothérapeute, il me semble important et pertinent de proposer une approche ergothérapique et occupationnelle sur le sujet.

Désormais, nous avons défini le TAP. Nous allons donc pouvoir nous pencher sur les différentes étiologies à l'origine de ce trouble.

b. Les différentes étiologies :

Comme nous avons pu le voir précédemment, le trouble de l'alimentation pédiatrique est associé à quatre domaines qui interagissent entre eux : médical, nutritionnel, sensori-moteur et/ou psychosocial. Le trouble est souvent observé durant les 3 premières années de vie de l'enfant (Morris, Knight, Bruni, Sayers, & Drayton, 2017).

i. Les facteurs médicaux :

Généralement, un enfant né prématurément c'est-à-dire avant 37 semaines d'aménorrhée est plus à risque de développer un trouble de l'alimentation. En effet, il doit bénéficier d'une prise en soin intensive pouvant être associée à un inconfort, ou à des douleurs. Ainsi, cela peut avoir un impact sur l'état psychologique du nouveau-né, mais aussi sur le développement de ses capacités sensori-motrices et psychomotrices (Invenção Cabral, Gracelli Pereira da Silva, Simões Martinez, & Tudella, 2016). Les différentes stimulations journalières auxquelles il doit faire face lors de sa prise en soin (comme la lumière artificielle et le bruit des machines) peuvent le nuire (Philpott-Robinson, Shelly J, Korostenski, & E Lane, 2017).

Bien que le contexte néonatal puisse influencer le développement d'un TAP, peuvent s'ajouter aussi des causes médicales d'origine organique. Elles peuvent être dues à une altération de la structure ou de la fonction de certains systèmes comme les voies gastro-intestinales, cardio-respiratoires ou neurologiques.

Au niveau de la sphère gastro-intestinale, cela peut se manifester, par exemple, par une anomalie des voies oropharyngée et laryngée, une maladie inflammatoire, un reflux gastro-œsophagien ou encore une atrésie de l'œsophage (Goday, 2018).

Au niveau cardio-respiratoire, lors de l'allaitement, il est important que l'enfant puisse maintenir une fréquence cardio-respiratoire et une saturation en oxygène stable avant, pendant, et après s'être alimenté. Parfois, il semble difficile pour l'enfant de pouvoir coordonner la succion, la déglutition et la respiration simultanément. Lorsque l'enfant possède des anomalies pouvant affecter son système cardio-respiratoire comme une malformation cardiaque congénitale, cela peut avoir un impact sur son alimentation. Il est souvent nécessaire de mettre en place une prise en soin intensive et cela peut entraîner par la suite un retard dans l'acquisition des compétences alimentaires (Goday, 2018) (Marcus & Breton, 2013).

Concernant la sphère neurologique, l'enfant accusant un retard moteur et cognitif sévère peut avoir un risque plus élevé de développer un trouble de l'alimentation. Derrière ce retard moteur et cognitif sévère peut se cacher une paralysie cérébrale ou un trouble neurodéveloppemental (Goday, 2018).

Il est important de noter qu'il peut y avoir des anomalies structurelles congénitales de la cavité orobuccale chez l'enfant. Cela peut provoquer des difficultés pour l'alimentation, notamment pour la succion ou la déglutition. Généralement, ces anomalies sont diagnostiquées rapidement en postnatal et sont corrigées par des interventions chirurgicales (Marcus & Breton, 2013).

ii. Les facteurs nutritionnels :

Après les causes d'origine organique, les facteurs nutritionnels peuvent également jouer un rôle pour poser le diagnostic de trouble de l'alimentation pédiatrique.

La majorité des enfants présentant un trouble de l'alimentation pédiatrique considèrent une qualité, une quantité et une variété d'aliments restreinte. Ils sont donc plus à risque de développer une malnutrition, une sur-nutrition, une carence en micronutriments ou une déshydratation. Les enfants présentant un trouble de l'alimentation ont 25% à 50% de chance d'être atteints de malnutrition. C'est cette carence nutritionnelle associée à la perte de poids, mais également à d'autres causes citées précédemment qui oriente l'enfant vers un spécialiste de l'alimentation. Toutefois, il semble important de noter que la carence ou la dénutrition n'est pas à l'origine d'un trouble de l'alimentation pédiatrique (Goday, 2018).

iii. Les facteurs sensori-moteurs :

En lien avec les anomalies structurelles évoquées précédemment, cela peut impacter par la suite le développement des habiletés oromotrices de l'enfant. On peut considérer que les compétences alimentaires d'un enfant deviennent fonctionnelles si elles sont sécurisées, développées à l'âge approprié et efficaces. Si l'un des 3 critères n'est pas respecté, on peut suggérer un trouble de l'alimentation pédiatrique (Goday, 2018).

iv. Les facteurs psychosociaux :

Le trouble de l'alimentation pédiatrique peut être causé par le comportement du parent ou de la figure d'attachement face à l'alimentation de son enfant. En effet, les parents ont souvent des attentes irréalistes à l'égard de leur enfant, notamment dans leur capacité à consommer des aliments spécifiques à différents âges. Les parents peuvent percevoir un manque d'appétit chez leur enfant ou encore une sélectivité alimentaire. Ainsi, cela crée en eux un sentiment d'anxiété qui est renvoyé à l'enfant lors des repas (Milano, Chatoor, & Kerzner, 2019). Les difficultés d'alimentation d'un enfant impactent les relations et la dynamique familiale. Du fait de l'anxiété procurée, cela peut générer des tensions lors des

temps de repas et ainsi renvoyer aux parents un sentiment d'incompétence. Cela peut avoir une répercussion sur le cercle social de la famille, car les sorties extérieures deviennent limitées (Prudhon Havard, Carreau, & Tuffreau, 2009).

Maintenant que nous venons d'étayer les principales causes pouvant être à l'origine d'un trouble de l'alimentation pédiatrique, nous allons nous intéresser à la prévalence.

c. Prévalence :

La prévalence des troubles de l'alimentation pédiatrique varie d'une étude à une autre en fonction des définitions et des critères diagnostiques cités précédemment. Toutefois, nous retiendrons qu'elle oscille entre 13 et 50% chez des enfants présentant un développement normal et peut atteindre 80% chez des enfants présentant un trouble développemental (Ruffier Bourdet, 2018). Dans 1 à 10% des cas, cela peut devenir chronique et impacter la santé et le développement de l'enfant (Nadon, Debbie, & Gisel, 2013).

Nous venons de préciser la prévalence de ce trouble en France ; par conséquent nous allons nous pencher sur le comportement prédominant associé au TAP.

d. Un comportement prédominant : l'hypersélectivité alimentaire :

La multiplicité des étiologies à l'origine d'un trouble de l'alimentation pédiatrique met en avant différents comportements, notamment celui de sélectivité alimentaire. Dans la littérature, nous pouvons lire l'existence d'autres comportements comme la peur de s'alimenter ou le faible appétit (Milano, Chatoor, & Kerzner, 2019). Cependant, cela correspond davantage à des conséquences du trouble de l'alimentation pédiatrique avec une origine sensorielle et/ou motrice et en aucun cas nous ne pouvons le définir comme un trouble. De plus, ces comportements ne rejoignent pas les critères diagnostiques définis par Goday ; c'est pourquoi j'ai choisi de traiter uniquement le comportement de sélectivité alimentaire dans le corps de ce mémoire.

La sélectivité alimentaire se manifeste lorsque nous pouvons observer, chez l'enfant, un rejet d'un type spécifique d'aliments, notamment les fruits, les légumes et la viande. L'apport en fibre est donc limité. Le nombre d'aliments refusés est souvent supérieur au nombre d'aliments acceptés. On peut constater une augmentation du seuil de sensibilité orale due au goût, la texture ou l'odeur des aliments.

La néophobie alimentaire correspond au rejet de nouveaux aliments et vient souvent s'ajouter à la sélectivité. Ce sont deux concepts qui sont liés et apparaissent de façon transitoire dans le développement normal de l'enfant ; c'est pourquoi ils prédominent le plus. Nous pouvons observer ces

deux comportements vers l'âge de 2 ans, lors de l'introduction des morceaux dans l'alimentation de l'enfant. Bien qu'ils soient transitoires, la sélectivité alimentaire peut persister dans 22% des cas et donner naissance à un trouble. Cela influence donc le rendement occupationnel de l'enfant.

La majorité des enfants présentant une sélectivité alimentaire ont une croissance normale, mais un apport en micronutriments est requis. Une étude a montré que la croissance de ces enfants était impactée dans 5% des cas et qu'ils consommaient environ 25% de calories en moins (soit environ 200 à 300 cal/ jour) par rapport à un enfant ne présentant aucun trouble.

Les enfants, ayant un trouble léger à modéré, sont surnommés "picky eaters" qui signifie en français "mangeurs difficiles". Nous pouvons continuer à les exposer à de nouveaux aliments quotidiennement en les valorisant régulièrement et en y intégrant des moyens ludiques. Lorsque l'enfant persiste dans ce comportement et que son rendement occupationnel est pauvre et insatisfaisant, nous parlerons de sélectivité sévère ou d'hypersélectivité. Le panel alimentaire de l'enfant se restreint à une dizaine d'aliments et son alimentation n'est pas fonctionnelle pour lui apporter tous les besoins nutritionnels nécessaires. L'hypersélectivité alimentaire est alors considérée comme pathologique. Ainsi, nous pouvons proposer différents types de thérapies pour aider l'enfant et ses parents à surmonter ses difficultés : l'intégration sensorielle et la thérapie comportementale. L'une s'appuie sur le renforcement de l'acceptation des aliments et l'autre sur la « désensibilisation » (Milano, Chatoor, & Kerzner, 2019). Il est important de souligner qu'il existe des thérapies qui se basent sur les principes de la thérapie d'intégration sensorielle à savoir l'approche Sensory Oral Sequential ou l'approche Micro-graduée. Ces deux thérapies sont pluridisciplinaires et proposent des méthodes d'habituation progressive à l'enfant (Prudhon Havard, Carreau, & Tuffreau, 2009).

Pour mener ces différentes thérapies sus-mentionnées, nous allons voir le rôle de l'ergothérapeute et de la famille face à un TAP.

e. Le rôle de l'ergothérapeute auprès de l'enfant hypersélectif et sa famille :

Comme nous avons pu le voir précédemment, il existe plusieurs facteurs à l'origine d'un trouble de l'alimentation pédiatrique, c'est pourquoi il est préférable de proposer une approche holistique et interdisciplinaire pour les parents et l'enfant. Chaque professionnel de santé va pouvoir apporter une analyse critique par rapport à son domaine d'expertise afin d'affiner le diagnostic et proposer un plan de traitement adapté aux besoins de l'enfant et de sa famille. Parmi les professionnels de santé, l'ergothérapeute constitue un rôle important dans la prise en soin d'un enfant ayant un trouble de l'alimentation pédiatrique (Marcus & Breton, 2013).

i. Définition de l'ergothérapeute :

D'après la définition proposée par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes, *“l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé”* (ANFE, 2019). Il intervient lorsqu'une personne rencontre des difficultés dans la réalisation de ses activités de vie quotidienne (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2012). L'ergothérapeute propose des solutions pour réduire les difficultés occupationnelles afin de maintenir ou restaurer l'autonomie et/ou l'indépendance d'une personne de manière sécurisée (ANFE, 2019). D'après l'ACE, l'ergothérapeute possède toutes les connaissances et les compétences requises pour prendre en soin un trouble de l'alimentation (ACE, 2010). Par ailleurs, selon l'OEQ *“parce que se nourrir est une activité quotidienne essentielle à la vie, les ergothérapeutes jouent un rôle actif et incontournable auprès des personnes qui éprouvent des difficultés à s'alimenter ou à être alimentées”* (OEQ, 2006, p. 1).

Ce professionnel va d'abord être une personne-ressource pour les parents, mais pour mener à bien sa prise en soin, il va devoir s'appuyer sur les habitudes de vie et souhaits des parents et de l'enfant. Lors de sa prise en soin, l'ergothérapeute va commencer par évaluer les difficultés occupationnelles de l'enfant et des parents. Puis il va rédiger son diagnostic ergothérapique afin de pouvoir élaborer, en partenariat avec les parents et l'enfant, un plan de soins spécifique et adapté (Santinelli, 2010).

Son accompagnement aura pour objectif de développer les capacités fonctionnelles de l'enfant pour s'alimenter notamment en l'aidant à appréhender les caractéristiques sensorielles des aliments et proposer des conseils et des adaptations sur l'environnement.

ii. La relation entre l'ergothérapeute et les parents :

Il est important de noter que la famille joue un rôle crucial dans la totalité de la prise en soin auprès d'un enfant ayant un trouble de l'alimentation : de l'évaluation, en passant par le diagnostic jusqu'à la mise en place d'une thérapie. En effet, ce trouble se manifestant dès le plus jeune âge, l'enfant peut sembler en difficulté pour exprimer clairement ses plaintes. Les parents représentent de vrais alliés pour les professionnels (Nadon, Debbie, & Gisel, 2013). En effet, ce sont eux qui vont rapporter aux professionnels les différentes problématiques observées dans le quotidien de leur enfant, notamment l'histoire médicale (naissance prématurée, interventions chirurgicales...) (Marcus & Breton, 2013).

L'entourage proche de l'enfant, notamment ses parents, représente des ressources incontournables sur lesquelles l'ergothérapeute va s'appuyer pour suggérer des propositions thérapeutiques significatives. Il est important de souligner que l'engagement parental sera meilleur si l'élaboration du plan de soins s'adapte aux besoins de l'enfant et sa famille (Nadon, Debbie, & Gisel, 2013). Ainsi, pour initier la relation, il convient que l'ergothérapeute favorise des temps d'échange avec la famille, pour que cette dernière puisse déposer ses plaintes, ses désirs, ses inquiétudes concernant la

situation de l'enfant. L'objectif sera d'instaurer une relation de confiance tout en recueillant toutes les informations nécessaires à la prise en soin (Dufour, 2017). Dans le cadre d'une prise en soin pédiatrique il est nécessaire de faire naître de cette relation parent-professionnel, un partenariat solide (Santinelli, 2010).

Le partenariat émerge d'une relation par la reconnaissance des compétences de l'autre, par un rapport non hiérarchique et un partage de décision à propos d'une situation. Il met en valeur la coopération à travers le partage des rôles et des tâches et constitue un co-apprentissage entre tous les acteurs. Ce concept permet de faciliter la communication entre les deux parties (Bouchard & Kalubi, 2006). Ce partenariat est important à prendre en compte, car il permettra aux parents d'enrichir l'ergothérapeute en faisant le lien entre les expériences dans les environnements familiaux et le suivi paramédical qui s'en suit. À partir de ces échanges, des ajustements pourront être proposés dans la prise en soin ergothérapeutique. Associé au partenariat qui qualifie la relation parent – professionnel, nous pouvons ajouter les notions de guidance ou encore d'accompagnement. La guidance met en évidence l'éducation et le transfert de connaissance auprès de la sphère parentale. Cependant, contrairement au partenariat susmentionné, la relation qui en découle positionne les deux parties de façon asymétrique (Dufour, 2017). L'accompagnement permet de réajuster cette posture car, selon Paul, l'action d'accompagner signifie « être avec » et « aller vers » (Paul, 2012). Ainsi, cela amène les parents et l'ergothérapeute à converger vers une même linéarité. En outre, la relation qui unit parent et ergothérapeute juxtapose un partenariat, une guidance et un accompagnement.

Cette seconde partie nous aura permis de définir le trouble de l'alimentation pédiatrique, et de comprendre l'hypersélectivité alimentaire. Par ailleurs, nous avons pu définir la relation qui émerge de la dualité parent - ergothérapeute. Dans la prochaine partie, nous tâcherons de comprendre l'influence de l'environnement sur l'enfant hypersélectif.

III. De l'environnement à l'enfant, l'intégration sensorielle en action :

a. L'environnement : un facteur influençant la prise du repas :

Comme nous avons pu le constater précédemment, le repas fait interagir la personne dans son environnement, c'est pourquoi il peut avoir une influence sur la réalisation de l'occupation. L'environnement de l'enfant lors du repas peut ne pas être adapté aux besoins de l'enfant. Ainsi, l'ergothérapeute peut proposer des adaptations afin de favoriser un environnement confortable et apaisant pour l'enfant. Ici, ce qui impacte le rendement occupationnel de l'enfant lors du repas correspond principalement à ses environnements physiques, culturels et sociaux. Précédemment, nous avons pu définir les notions d'environnement culturel et d'environnement social à travers le modèle du

MCREO. Cela fait référence à l'environnement familial, amical et au mode de vie et coutumes de l'individu.

i. L'environnement culturel :

Les croyances culturelles constituent un facteur pouvant influencer davantage les difficultés d'un enfant lors du repas. Généralement, les parents ou adultes se montrent restrictifs quant au respect des règles de bonne conduite à table. Il existe une multitude d'idées préconçues corrélées aux règles de bonne conduite qui ne font pas sens pour un enfant atteint d'hypersélectivité alimentaire. Parmi ces fausses croyances, nous pouvons retrouver les suivantes : "ne pas jouer avec la nourriture", "ne pas parler la bouche pleine", "être privé de dessert", "manger encore un nombre défini de cuillères", "ne pas manger certains aliments lors des repas", "ne pas gâcher la nourriture qu'il y a dans son assiette". Bien que ces croyances apparaissent comme éducatives pour les parents ou professionnels, elles favorisent un cadre coercitif. Ainsi, cela fait naître, chez l'enfant, des émotions négatives et de l'anxiété, associant le repas à une mauvaise expérience (Ersnperger & Stegen - Hanson, 2004).

ii. L'environnement physique :

Afin de proposer un environnement sûr et soutenant pour l'enfant hypersélectif, lors du repas, il existe divers paramètres pour lesquels l'ergothérapeute pourra conseiller les parents afin de créer un environnement favorable. Ces paramètres sont les suivants : l'horaire du repas, le cadre, le climat qui y règne, l'esthétisme de la présentation du plat et le comportement des pairs et de l'enfant.

Le cadre du repas constitue un facteur clé à déterminer. En effet, cela correspond à l'environnement matériel dans lequel les individus prennent leur repas. Pour les enfants hypersélectifs, le cadre définit le ton, l'atmosphère du repas. Ainsi, un cadre confortable et soutenu permet à l'enfant de se détendre plus facilement afin de se concentrer dans l'apprentissage de nouveaux aliments. Prendre son repas assis sur une chaise face à une table constitue un cadre correct et satisfaisant, car il garantit une posture adéquate pour l'enfant. De même, l'instauration d'un horaire fixe et adapté pour la prise des repas et collations permet d'apporter un équilibre et une cohérence dans la réalisation de cette occupation.

Le niveau de distraction dans l'environnement du repas va avoir une influence sur l'enfant. Toutes distractions physiques provenant de l'environnement peuvent être interprétées comme une source d'anxiété pour l'enfant hypersélectif. Ainsi, il est important de les diminuer afin de permettre à l'enfant de se concentrer pleinement sur son occupation.

iii. L'environnement social :

La famille ou les pairs accompagnant l'enfant lors de la prise des repas ont un rôle important à jouer dans la socialisation de l'enfant au cours de cette occupation. Il est important de souligner que ces derniers ne se focalisent pas sur les difficultés de l'enfant durant le repas. Il est préférable au contraire qu'ils fassent diversion en investissant l'enfant dans la réalisation de tâches comme se servir seul par exemple. Cela permettra à l'enfant d'ajuster la taille de sa portion, qui est souvent inadaptée. De même, la famille peut aussi amener l'enfant à considérer un aliment dans son entièreté en échangeant sur ses différentes caractéristiques (Ersnperger & Stegen - Hanson, 2004).

Bien que l'environnement physique, culturel et social semble important pour permettre à l'enfant de diminuer son anxiété et de l'apaiser, l'aménagement peut ne pas être suffisant. En effet, l'hypersélectivité alimentaire peut s'associer à un trouble de l'intégration sensorielle. Cela peut nuire à la réalisation des repas ou collations de l'enfant.

b. Le processus d'intégration sensorielle :

L'intégration sensorielle correspond au processus par lequel les individus analysent, modulent et discriminent les stimuli sensoriels reçus par les différents systèmes sensoriels. L'objectif est de pouvoir répondre avec un comportement adapté en fonction des stimulations de l'environnement (Bodison, Watling, Kuhaneck Miller, & Henry, 2008). D'après Ayres, en 1972, l'intégration sensorielle inclut la perception, la modulation et l'intégration d'information sensorielle en tant que fondement à la participation d'activités sociales, physiques, d'apprentissage et des activités de vie quotidienne (Schaaf, et al., 2014). Dans la définition de l'intégration sensorielle, deux principes émergent majoritairement : la modulation et la discrimination sensorielle.

i. La modulation sensorielle :

La modulation sensorielle correspond à la capacité du système nerveux central à réguler les réponses aux stimuli sensoriels en fonction de la nature, du degré, et de l'intensité. Ce processus est également responsable de l'état d'éveil et de vigilance par rapport aux stimuli sensoriels (Miller, Coll, & Schoen, 2007).

ii. La discrimination sensorielle :

La discrimination sensorielle correspond à la capacité d'un individu à percevoir une sensation et de l'analyser efficacement afin de produire une réponse adaptée à l'environnement (Bodison, Watling, Kuhaneck Miller, & Henry, 2008).

Pour faciliter le processus complexe d'intégration sensorielle, notre corps dispose de plusieurs systèmes sensoriels. Nous pouvons en compter sept : le système visuel, auditif, vestibulaire, olfactif, gustatif, tactile et proprioceptif. Nous allons décrire brièvement le fonctionnement de chacun de ces systèmes.

c. Nos sens : des guides pour notre alimentation :

De manière générale, pour découvrir ou manger un aliment, nous faisons appel à toutes nos modalités sensorielles attenantes aux systèmes visuel, olfactif, gustatif, auditif, tactile, proprioceptif, et vestibulaire (Shepherd, 2006).

À la naissance, c'est le goût et l'odorat qui sont sollicités en premier et qui permettront au bébé de distinguer si un aliment est tolérable ou non pour contribuer à l'élaboration du panel alimentaire (Thomas R. Scott, 2000). Dans un premier temps, le système gustatif permet de détecter des molécules chimiques qui sont non volatiles. Au niveau de la surface linguale se trouvent des récepteurs appelés « papilles gustatives » qui permettent la distinction de cinq catégories de saveurs : salé, sucré, acide, amer et umami. Il est important de noter que les papilles ne donnent aucune indication sur les caractéristiques physiques ou thermiques d'un aliment (Vuilleumier, Moulis - Wyndels, Bickle - Graz, & Villeumier - Frutig, 2020).

Dans un second temps, le système olfactif est responsable de la détection de molécules chimiques en suspension dans l'air environnant. Au niveau des narines sont disposés des récepteurs olfactifs, ayant un seuil de sensibilité bas permettant de détecter la moindre odeur environnante. L'être humain est capable d'en différencier près de dix milles. Ce système permet donc d'appréhender un environnement nouveau et influence les interactions sociales (Vuilleumier, Moulis - Wyndels, Bickle - Graz, & Villeumier - Frutig, 2020).

Progressivement, le système visuel du nourrisson devient mature et va lui permettre d'avoir une information visuelle sur l'apparence de l'aliment proposé (Thomas R. Scott, 2000). D'un point de vue organique, le système visuel se compose de plusieurs organes, dont la rétine sur laquelle reposent deux types de cellules photoréceptrices : les cônes et les bâtonnets. Ces cellules se différencient par leur forme et leur fonction. Les bâtonnets sont responsables de la vision périphérique et nocturne. Les cônes offrent une vision focale et diurne (Vuilleumier, Moulis - Wyndels, Bickle - Graz, & Villeumier - Frutig, 2020).

Ensuite, le système somato-sensoriel va permettre d'affiner les compétences oromotrices de l'enfant en permettant notamment l'identification des caractéristiques d'un aliment en bouche comme la température, la texture, la consistance, la forme, la position ou encore la douleur associée à un goût intense (épices, piments...) (Simon, De Araujo, Gutierrez, & Nicolesis, 2006). Ce système comprend deux modalités sensorielles : la modalité tactile et la modalité proprioceptive.

Le système proprioceptif ou de sensibilité profonde est constitué, plus généralement, de récepteurs situés au niveau des muscles, tendons et capsules articulaires. Ce système coordonne la fonction proprioceptive c'est-à-dire la capacité d'un individu à se représenter son corps dans l'espace. Cela peut correspondre au contrôle postural, aux mouvements et ajustements du corps dans l'espace (Vuilleumier, Moulis - Wyndels, Bickle - Graz, & Villeumier-Frutig, 2020). Au niveau de la cavité orobuccale, les récepteurs vont induire des informations relatives aux mouvements de la mâchoire, des lèvres et de la langue ce qui permet d'ajuster la position de l'aliment en bouche pour initier le processus de mastication par exemple (Shepherd, 2006).

Associé au système proprioceptif, le système tégumentaire permet de transmettre des informations sensorielles concernant des stimulations tactiles, algiques, thermiques, baresthésiques (pression) et pallesthésiques (vibration). Il existe plusieurs types de récepteurs qui sont disposés au niveau de la surface tégumentaire. L'ensemble de ces récepteurs renseignent sur des informations sensorielles extrinsèques et intrinsèques à l'individu (Vuilleumier, Moulis - Wyndels, Bickle - Graz, & Villeumier-Frutig, 2020).

Ainsi, si l'on associe les modalités proprioceptives à la modalité tactile, cela va permettre la réalisation de plusieurs actions aboutissant à la déglutition. En effet, cela va favoriser la manipulation des aliments en bouche à l'aide d'ustensiles ou des doigts, mais également faciliter le processus de succion, mastication pour initier la déglutition (Shepherd, 2006).

Il est important de souligner que le système auditif joue également son rôle dans l'alimentation, car il va permettre de donner des informations relatives aux sons produits par la succion et la mastication d'un fluide ou d'un aliment en bouche (Shepherd, 2006). Notons que le système auditif a la particularité de partager les mêmes organes avec le système vestibulaire. D'un point de vue organique, nous pouvons relever trois parties : l'oreille externe, moyenne et interne. L'oreille externe et l'oreille moyenne jouent leur rôle dans le système auditif par la transmission des informations sensorielles provenant de l'environnement, tandis que l'oreille interne participe à la fois au système auditif et au système vestibulaire.

Le système vestibulaire se situe dans l'oreille interne et est constitué d'organes dits otolithiques contribuant à l'équilibration. L'oreille interne est la partie de l'oreille qui est responsable de la perception de la gravité. De manière générale, ce système va donner la possibilité de traiter les

informations sensorielles kinesthésiques et proprioceptives (Vuilleumier, Moulis - Wyndels, Bickle - Graz, & Vuilleumier - Frutig, 2020). Concernant l'alimentation, cela va contribuer à la régulation du contrôle postural, favoriser une installation correcte en maintenant une stabilité et un alignement de la tête, du cou et du tronc afin de faciliter le processus de déglutition.

Comme nous venons de le voir, l'ensemble de nos modalités sensorielles sont sollicitées lors de la réalisation du repas. Lorsqu'un enfant présente un trouble de l'intégration sensorielle, c'est souvent la modulation sensorielle qui est touchée.

d. Le trouble de la modulation sensorielle :

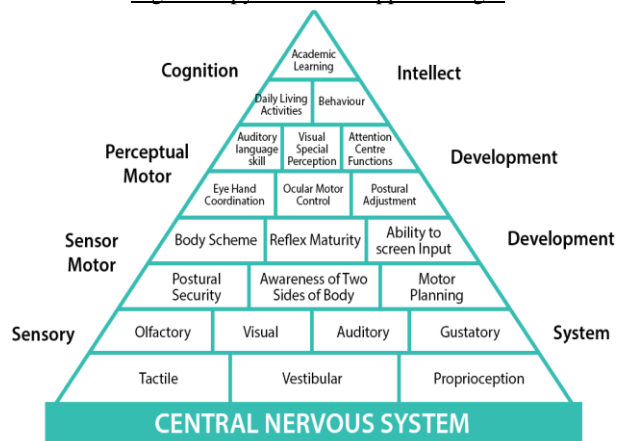
Notre engagement et notre motivation à vouloir manger un aliment vont dépendre de ses caractéristiques sensorielles. Ainsi, si l'intégration des informations sensorielles véhiculées par nos systèmes sensoriels, est altérée, cela peut avoir une incidence sur la réalisation du repas.

Quelques études ont permis de mettre en évidence un lien significatif entre la sélectivité alimentaire et des difficultés de modulation sensorielle (Nadon, Debbie, & Gisel, 2013). Lorsqu'un enfant présente une hypersélectivité alimentaire, il est vrai qu'il peut rencontrer un trouble de la modulation sensorielle ; l'information est difficilement traitée par le cerveau. Un trouble de la modulation sensorielle décrit des difficultés pour réguler et organiser des réponses sensorielles en fonction du degré, de l'intensité et de la nature du stimulus d'une manière progressive. (Roberts, King - Thomas, & Boccia, 2007).

Au cours de son développement, l'enfant va être en mesure de répondre aux stimuli sensoriels de façon plus précise afin d'acquérir des habiletés sociales, ludiques et motrices. Lorsqu'un enfant rencontre des difficultés pour intégrer et traiter des informations sensorielles, il va éprouver des difficultés pour réaliser ses activités de vie quotidienne. William et Shellenberger ont établi, en 1996, la pyramide des apprentissages (voir figure 1) et ont mis en

avant l'existence d'une corrélation entre le processus d'intégration sensorielle et le processus d'apprentissage chez l'enfant. Aussi, cette pyramide permet d'illustrer simplement que l'acquisition des habiletés sensori-motrices est évolutive et dépendante des bases neurosensorielles de l'enfant. Cette fondation s'appuie sur les sept modalités sensorielles qui composent l'être humain et que nous venons d'expliquer précédemment (Novfitri & Mustaji, 2018). Ainsi, si l'une des 7 modalités n'est pas

Figure 1 : pyramide des apprentissages



Pyramid of Learning (Williams and Shellenberger 1996).

pleinement explorée, cela peut se répercuter sur les apprentissages de l'enfant, dont le repas. Un trouble de l'intégration sensorielle peut engendrer deux grands types de réponses comportementales : une hyperréactivité ou une hyporéactivité.

i. L'hyperréactivité sensorielle :

L'hyperréactivité ou l'hypersensibilité correspond à une réponse exagérée en intensité due à des sollicitations sensorielles ou corporelles perçues comme irritatives. Le seuil de sensibilité de l'enfant est anormalement bas (Leblanc, Hardy, Lecoufle, & Ruffier, 2012). L'hypersensibilité peut entraîner diverses réponses pouvant être actives, passives, impulsives ou agressives. La littérature anglo-saxonne qualifie ces différentes réponses "flight, fight, fright or freeze", littéralement traduites en français par "fuite, combat, peur ou gel" (Lucy Jane Miller, 2007). Il s'agit en réalité de réponses physiologiques automatiques face à une situation perçue comme stressante et dangereuse. Ce sont différents types de réponses au stress qui aident l'individu à surmonter la situation dangereuse.

"Flight or fight" illustrent les réponses de "fuite ou combat". Il s'agit d'une réaction défensive active c'est-à-dire que l'individu va combattre ou bien il va fuir. Dans les deux cas, il est important de noter que ces réactions de défenses actives entraînent des changements physiologiques comme l'accélération du rythme cardiaque par exemple, ce qui oblige l'individu à agir rapidement et de façon appropriée (Timothy J. Legg, 2020).

Fright ou encore Freeze, se traduisent littéralement en français comme la frayeur ou le gel. En d'autres termes, cela signifie que l'individu est tétanisé et qu'il se trouve en situation d'immobilité réactive ou attentive. Contrairement, aux réactions de défenses actives vues précédemment à travers "flight ou fight", l'individu va ici anticiper les démarches à effectuer pour se protéger. Cela entraîne les mêmes changements physiologiques que dans la réaction de "flight or fight", cependant l'individu reste immobile (Timothy J. Legg, 2020).

Il est important de noter que chez un enfant ayant un trouble de l'alimentation pédiatrique, ce dernier peut développer ces types de réponses s'il se trouve dans une situation contraignante, par exemple lors du repas si un adulte le force à manger son assiette (Ersnperger & Stegen - Hanson, 2004).

Par ailleurs, cela se reconnaît par la présence de transitions difficiles lors des repas. L'enfant peut faire preuve de lenteur lorsqu'on lui demande de venir à table. Ceci s'explique par une anxiété naissante face à cette situation qui lui semble difficile à surmonter. Il devient irritable et témoigne clairement son refus de s'alimenter. Progressivement, son panel alimentaire devient restreint et atteint un nombre d'aliments tolérés égal ou inférieur à dix (Barbier, 2014).

ii. L'hyporéactivité sensorielle :

L'hyposensibilité se traduit cette fois-ci par une diminution voire une absence de réaction face à une stimulation sensorielle donnée. Le seuil de sensibilité de l'enfant est relativement élevé ce qui entraîne une augmentation de l'intensité et de la durée de la stimulation. Chez un enfant ayant un trouble de l'alimentation, l'hyposensibilité se manifeste par l'introduction d'une grande quantité d'aliments dans la cavité buccale, une mastication peu marquée et une déglutition rapide. Cela peut faire l'objet de fausse route. L'enfant éprouve des difficultés à utiliser ses couverts pour porter l'aliment à sa bouche, et privilégie ses mains (Barbier, 2014). On peut remarquer aussi une incontinence salivaire liée à une diminution du seuil de sensibilité et de tonicité au niveau de la sphère orale. Concernant le panel alimentaire de cet enfant, le nombre d'aliments n'est pas restreint, mais on retrouve des aliments avec des stimulations olfactives et gustatives élevées (piquants, salés, épicés, croquants, durs, pétillants, températures extrêmes) (Boudou & Lecoufle, 2015). D'un point de vue général, l'enfant a besoin de rechercher des sensations souvent extrêmes, par exemple bouger régulièrement sur sa chaise, car il éprouve des difficultés à se situer dans son environnement (Boudou & Lecoufle, 2015).

Le trouble de l'intégration sensorielle met en évidence deux tableaux cliniques distincts. Nous allons voir, ci-après, les thérapies existantes pour traiter ce types de difficultés.

e. De la thérapie d'intégration sensorielle à l'approche SOS :

i. La thérapie d'intégration sensorielle :

Pour remédier aux diverses difficultés auxquelles l'enfant peut faire face, due à son trouble d'intégration sensorielle, la thérapie d'intégration sensorielle peut être une solution. Cette thérapie a été développée par Ayres en 1989 et se nomme officiellement "Ayres Sensory Integration" ou ASI. Cette thérapie permet de mettre en jeu la modulation et la discrimination sensorielle chez l'individu. Ces deux processus sont nécessaires pour que l'individu en question puisse développer ses compétences et ses performances afin de lui permettre d'apprendre et d'interagir avec l'environnement qui l'entoure (Bodison, Watling, Kuhaneck Miller, & Henry, 2008).

Lorsqu'un trouble de l'alimentation pédiatrique est basé sur un problème d'intégration sensorielle, la thérapie d'intégration sensorielle devrait être un traitement de choix. L'objectif de la thérapie est de promouvoir la modulation sensorielle pour permettre une diminution des défenses sensorielles. Aucune étude n'a décrit les composantes du cadre de l'intégration sensorielle face à un trouble de l'alimentation pédiatrique, mais de nombreuses recommandations scientifiques apparaissent dans la littérature (Addison, 2012).

Des études ont démontré que l'utilisation seule de la thérapie d'ASI ne pouvait être efficace pour traiter un trouble de l'alimentation pédiatrique. Cependant, des scientifiques ont mis en évidence le fait que la thérapie d'ASI associée à des principes de thérapie comportementale pouvait pallier aux difficultés d'un enfant ayant un trouble de l'alimentation. Il s'agit de l'approche Sequential Oral Sensory. L'ergothérapeute peut utiliser cette thérapie lors d'une prise en soin avec un enfant hypersélectif.

ii. L'approche Sequential Oral Sensory to Feeding

L'approche SOS, est une thérapie spécifique à l'alimentation qui se base sur des principes émergents de la thérapie d'intégration sensorielle de Ayres, mais qui permet d'apporter une dimension comportementale (Pettersson, 2013). Bien que cette approche soit peu soutenue empiriquement, elle semble populaire et utilisée dans plusieurs milieux cliniques. Cette thérapie s'oppose aux thérapies comportementales, plus soutenues et largement proposées aux enfants souffrant d'un trouble d'alimentation (Pettersson, Piazza, & Volkert, 2016).

Cette approche a commencé à être développée dans le milieu des années 1980 aux États-Unis, par le Dr. Toomey en réponse à l'augmentation de l'utilisation de gastrostomie et de sonde nasogastrique chez les nourrissons et les enfants. L'objectif était de pouvoir aider les enfants à sevrer leur nutrition entérale en favorisant la transition vers une alimentation orale et fonctionnelle. Le but était également d'augmenter le volume et la diversité d'aliments mangés par l'enfant à travers des interventions basées sur le jeu. Cette approche holistique permet d'inclure sept principaux domaines : organique, musculaire, sensoriel, apprentissage, développemental, nutritionnel et environnemental. Elle peut être menée par divers professionnels formés à cette approche (Dow, 2015).

Il s'agit d'un programme se déroulant sur douze semaines avec pour objectif de traiter les troubles de la discrimination et de la modulation sensorielle comme dans la thérapie d'Ayres (Pettersson, Piazza, & Volkert, 2016). L'approche SOS permet de diminuer les réponses comportementales inappropriées et la peur de la nourriture par un principe de désensibilisation hiérarchique et d'habituation progressive (Pettersson, 2013). Le processus de désensibilisation consiste à l'exposition lente et progressive d'une source à caractère anxiogène, ici les aliments (Dow, 2015).

L'approche SOS utilise le concept de "Steps to eating hierarchy" qui permet d'accompagner et guider l'enfant dans l'acquisition des compétences oro-alimentaires durant le programme. Cela donne la possibilité à l'enfant de définir ses propres objectifs et de créer des challenges pour passer d'une étape à une autre. Nous pouvons dénombrer cinq étapes hiérarchiques à mener qui sont : tolérer la nourriture à proximité de l'enfant, interagir physiquement avec l'aliment présenté, sentir, goûter, et consommer l'aliment. Vous pourrez vous référer à l'annexe n°2 qui illustre le schéma des étapes à suivre.

La première étape consiste à tolérer la présence de l'aliment dans la même pièce. Cela contribue à se familiariser progressivement avec les caractéristiques sensorielles dégagées par cet aliment. Ensuite, lorsque l'aliment est toléré par l'enfant, il peut tenter d'interagir physiquement avec lui soit en utilisant un autre aliment ou ses couverts par exemple. Lorsque cette étape est accomplie, l'enfant peut sentir l'aliment en se penchant pour se rapprocher de son assiette ou bien prendre l'aliment pour venir le sentir. L'étape suivante consiste à toucher l'aliment soit du bout de ses doigts, soit en le rapprochant en effleurant ses lèvres ou encore en le touchant du bout de la langue. Enfin, la dernière étape consiste à goûter l'aliment. L'enfant peut soit dans un premier temps lécher l'aliment avec sa langue, ou le croquer et le recracher ou encore le croquer puis l'avalé. Il est important de souligner que lorsque l'enfant répond à ses objectifs initiaux et qu'il franchit une étape, le thérapeute le félicite par un renforcement positif (Petterson K. M., 2013) (Dow, 2015).

À la fin du programme, le principal critère de réussite est l'augmentation du panel alimentaire de l'enfant soit le nombre d'aliments goûté, au sens croqué et avalé, par l'enfant. Nous devons compter un minimum de trente aliments issus de différentes catégories prédéfinies, au cours des douze semaines de traitement. Les catégories d'aliments sont : céréales, protéines, laitages, féculents, fruits/légumes (Petterson K. M., 2013). Peu d'études ont été menées pour démontrer l'efficacité de l'approche SOS, notamment si l'augmentation du panel alimentaire en résultait (Dow, 2015).

Cette troisième et dernière partie aura permis de comprendre l'influence de l'environnement sur la réalisation du repas. Nous avons pu soulever et définir le trouble de l'intégration sensorielle ainsi que les thérapies qui en découlaient. Rappelons le questionnement de départ qui a permis de faire état des connaissances actuelles sur le sujet, dans cette partie conceptuelle : De quelle manière l'ergothérapeute influence-t-il le rendement occupationnel d'un enfant atteint d'hypersélectivité alimentaire, lors du repas, à partir de l'âge de 2 ans ?

Les éléments théoriques susmentionnés me permettent d'orienter mon hypothèse vers la suivante :

L'utilisation de l'approche SOS en ergothérapie influence le rendement occupationnel de l'enfant hypersélectif, à partir de l'âge de 2 ans, lors du repas.

Désormais, nous allons pouvoir présenter la partie expérimentale relatant de la démarche d'investigation permettant de valider ou de rejeter l'hypothèse.

Partie expérimentale :

I. Méthodologie de l'enquête :

L'enquête du mémoire va porter sur les réponses des ergothérapeutes et le ressenti des parents, par rapport au rendement occupationnel de l'enfant hypersélectif et l'utilisation de l'approche SOS en ergothérapie. Le questionnement sera le suivant : L'approche SOS permet-elle une augmentation du rendement occupationnel de l'enfant hypersélectif lors du repas ? Si oui, sur quels critères, les ergothérapeutes, se basent-ils pour objectiver l'augmentation de ce rendement ? Selon les parents, l'augmentation de ce rendement est-il transposable dans tous les environnements de l'enfant ?

A travers ce mémoire d'initiation à la recherche, l'objectif est de valider ou d'invalider l'hypothèse émise en amont en élaborant un dispositif de recherche. Pour faire progresser ce dispositif, il convient de définir différents éléments en justifiant leur choix : les objectifs et les critères de la recherche, les populations ciblées et le choix des outils utilisés (Tétreault & Guillez, 2014).

a. Objectifs de l'enquête :

Pour valider ou invalider mon hypothèse susmentionnée, je souhaite proposer les objectifs et les critères suivants :

Objectifs :	Critères :
1) D'ici le 30/04/21, déterminer si l'approche SOS menée par l'ergothérapeute, entraîne une augmentation du rendement occupationnel de l'enfant hypersélectif, lors du repas.	Différents critères comme l'évolution de la qualité, quantité, diversité du panel alimentaire, le changement de comportement lors du repas de l'enfant hypersélectif, seront identifiés dans les réponses des ergothérapeutes.
2) D'ici le 30/04/21, déterminer si l'augmentation de ce rendement occupationnel est transposable dans tous les environnements de l'enfant hypersélectif.	Des éléments, issus du discours des parents, qualifiant le changement de comportement/d'habitude de l'enfant lors du repas (post thérapie SOS) et son adaptation dans ses différents environnements sont cités et repérés lors de l'entretien.

b. Populations interrogées :

Dans le cadre de ma recherche, les idées et principes relevés lors des lectures, amènent à interroger deux populations : les ergothérapeutes et les parents d'enfants hypersélectifs.

En effet, pour répondre au questionnement émis précédemment, il me semble pertinent d'interroger les ergothérapeutes et les parents afin de pouvoir objectiver une augmentation du rendement occupationnel dans tous les environnements de l'enfant hypersélectif.

Populations	Ergothérapeutes	Parents
Inclusion	<ul style="list-style-type: none">- Être diplômé(e) d'état en ergothérapie,- Être formé(e) au trouble de l'alimentation pédiatrique et à l'approche SOS,- Utiliser l'approche SOS en thérapie,- Exercer auprès d'enfants atteints d'hypersélectivité alimentaire.	<ul style="list-style-type: none">- Avoir un enfant âgé de 2 ans et plus,- Atteint d'hypersélectivité alimentaire (panel alimentaire < 10 aliments),- Ayant un développement normal,- Suivre avec leur enfant la thérapie SOS dans le cadre d'une prise en soin ergothérapeutique.
Exclusion	<ul style="list-style-type: none">- Ne plus être en activité	<ul style="list-style-type: none">- Avoir un enfant souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme

Les ergothérapeutes pouvant être en contact avec les familles correspondants aux critères de la recherche seront privilégiés. Pour information, les ergothérapeutes formés en France au TAP ne bénéficient pas d'une formation complète et officielle sur l'approche SOS. En effet, ils ne suivent qu'une sensibilisation au vocabulaire et méthode de l'approche. Dans le cadre de ce mémoire et pour un souci de terminologie, je réduirai mes propos à « l'utilisation de l'approche SOS par les ergothérapeutes », cependant gardons en tête qu'ils existent des nuances à cette affirmation.

c. Mode d'accès aux populations :

Le mode d'accès à la population s'est effectué grâce à divers moyens, notamment des groupes d'échanges entre ergothérapeutes sur le trouble de l'alimentation pédiatrique via les réseaux sociaux, le répertoire des ergothérapeutes formés au trouble de l'alimentation pédiatrique en France. La diffusion s'est effectuée essentiellement par mailing et par messages sur les réseaux sociaux.

d. Outils méthodologiques choisis :

Le dispositif de recherche utilise deux outils méthodologiques à savoir le questionnaire et l'entretien et comporte donc deux dimensions : quantitative et qualitative.

- Le questionnaire auprès d'ergothérapeutes :

Le questionnaire est une méthode quantitative qui demande d'avoir un échantillon important afin de pouvoir proposer une analyse des résultats pertinente et cohérente. Il a pour objectif de « provoquer des réactions chez la personne questionnée » dans le but de pouvoir les analyser (Constant & Levy, 2015, p. 89). Il a été proposé aux ergothérapeutes afin d'avoir un nombre de réponses conséquent dans le but d'objectiver les critères permettant de valider une augmentation du rendement occupationnel de l'enfant hypersélectif, suite à la thérapie SOS.

Ce questionnaire se compose d'une majorité de questions fermées pour faciliter la saisie et la collecte des réponses. Des questions ouvertes ont été posées sur des éléments précis afin de récolter des réponses riches en informations (Fenneteau, 2015). Au vu du délai imparti pour réaliser ce questionnaire, je suppose que l'échantillon interrogé n'est pas représentatif mais caractéristique de la population.

Pour réaliser ce questionnaire, j'ai souhaité m'appuyer sur un support Google Forms afin de faciliter sa diffusion numérique auprès du plus grand nombre. L'avantage de ce support est qu'il est accessible à tous du lieu où les personnes se trouvent car il est dématérialisé. Vous trouverez mon questionnaire et les différentes thématiques abordées en annexe n°3.

- L'entretien auprès des parents :

L'entretien est une méthode qualitative permettant de récolter des informations témoignant du positionnement du questionné sur une thématique (Constant & Levy, 2015). Il permet ainsi d'établir un contact humain avec des individus d'une population choisie et favorise donc une relation privilégiée. Il a l'avantage de « rendre compte du point de vue de l'acteur, de son expérience, de son vécu, ses savoirs, ses savoir-faire, ses croyances, sans porter sur ses discours de jugement de valeur ni d'appréciation normative quant à leur qualité ou leur niveau » (Kivits, 2016, p. 87).

La qualité de l'entretien choisie est semi-directive c'est-à-dire qu'il permet de cadrer le discours sur plusieurs thématiques données mais il laisse au questionné la liberté d'orienter ses réponses comme bon lui semble (Revillard, 2008.) Vous trouverez la grille d'entretien en annexe n°5 de ce document.

Dans le cadre de ma recherche, les parents étant une ressource importante pour témoigner des difficultés de leur enfant (Marcus & Breton, 2013), ils pourront, grâce à leurs expériences, valider si la progression de leur enfant, objectivée par l'ergothérapeute, est efficace dans leurs environnements.

Afin de vérifier la bonne compréhension et neutralité des questions de l'entretien et du questionnaire, un test a été effectué auprès d'un professionnel formé au trouble de l'alimentation pédiatrique, à des étudiants en ergothérapie et des personnes extérieures au domaine de l'ergothérapie.

Maintenant que nous venons de décrire le cadre méthodologique de l'enquête, nous vous présenterons ci-après les résultats de la recherche.

II. Présentation et analyse des résultats :

Dans la section qui suit, le déroulé de l'enquête ainsi que la présentation et l'analyse des résultats vous seront illustrés.

a. Déroulé de l'enquête :

Au cours de l'enquête, 129 ergothérapeutes français et/ou canadiens ont été démarchés par mailing via l'annuaire des ergothérapeutes formés en oralité par Marie Ruffier-Bourdet, accessible sur le site « Ergomums » (groupe A, n=61) et la carte de France répertoriant tous les ergothérapeutes formés en oralité et/ou à la thérapie d'intégration sensorielle (groupe B, n=68). Le questionnaire a également été diffusé sur les réseaux sociaux d'une ergothérapeute formée en oralité ayant plus de 30 000 abonnés sur instagram et près de 3000 sur facebook, et sur des groupes privés sur facebook : « L'ergothérapie entre amis avec Josiane Caron Santha », « Ergothérapie et TOA » et « Echange de pratique TOA/Ergo », « Dysoralité sensorielle, trouble de l'oralité ».

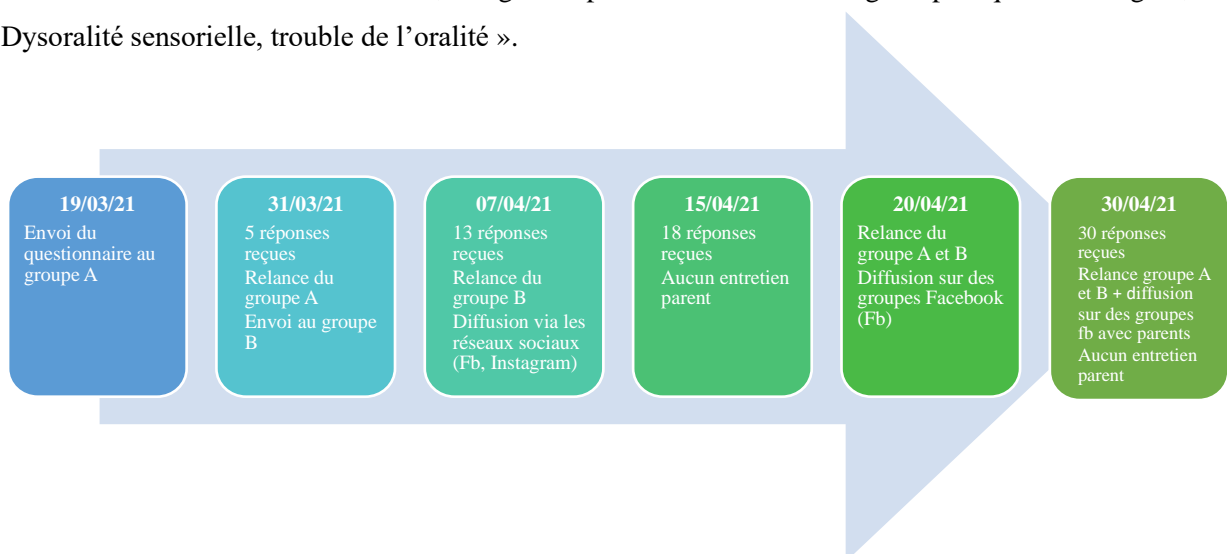


Figure n°1 : Description de la démarche suivie pour contacter et diffuser le questionnaire

La figure ci-dessus décrit la démarche expérimentale réalisée pour contacter les ergothérapeutes. Notons qu'au cours de cette démarche, comme nous pouvons le constater sur la figure n°1, aucun entretien avec les parents n'a pu être convenu. Après plusieurs relances de ma part auprès des ergothérapeutes contactés, pour leur notifier l'importance et la pertinence de mon désir d'entretien avec les parents, cela n'a pu être abouti. En effet, la principale cause était que les familles ne répondaient pas aux critères d'inclusion de la population ciblée ou bien que ces dernières ne voulaient pas intégrer le dispositif de recherche.

Après plusieurs refus essuyés, j'ai décidé de contacter directement certaines familles et d'omettre mon souhait premier, à savoir privilégier les ergothérapeutes en lien avec les familles interrogées. Suite à plusieurs démarchages via les réseaux sociaux, aucun parent n'a souhaité répondre favorablement à une proposition d'entretien. Pour cause, soit ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion de la recherche, soit le contexte sanitaire actuel ne leur permettait pas de dégager du temps pour répondre à mes questions (le télétravail et garde d'enfants simultanés). Notons que ce constat constituera une limite non négligeable et fera l'objet d'une poursuite de recherche afin de pouvoir valider ou rejeter le second objectif inhérent à l'investigation.

b. Présentation et analyse des résultats du questionnaire :

Les ergothérapeutes ayant répondu à ce questionnaire sont au nombre de 30. L'ensemble de l'échantillon interrogé répond aux critères d'inclusion (être diplômé(e) d'état en ergothérapie, être formé(e) au trouble de l'oralité alimentaire, utiliser l'approche SOS en thérapie et exercer auprès d'enfant atteint d'hypersélectivité alimentaire). Notons, cependant que seulement 21 réponses seront retenues et exploitées car soit les ergothérapeutes répondaient favorablement au critère d'exclusion (exercer auprès d'un enfant hypersélectif ayant un trouble de spectre de l'autisme associé et diagnostiqué) soit les réponses étaient incomplètes. La présentation et l'analyse des résultats suivent les différentes thématiques abordées dans le questionnaire :

- **Caractéristique socio-professionnelle :**

Les premières questions contribuaient à préciser certaines caractéristiques de la population. La totalité des ergothérapeutes interrogées sont des femmes et travaillent en cabinet libéral. Elles sont pour la plupart toutes de nationalité française sauf pour une qui est canadienne. Notons que la majorité des ergothérapeutes ont été formées au trouble de l'alimentation pédiatrique entre 2018 et 2020 : 6 en 2018, 9 en 2019 et 5 en 2020. Une personne a été formée en 1990. La figure ci-après détaille la répartition du nombre d'ergothérapeutes formées entre 1990 et 2020.

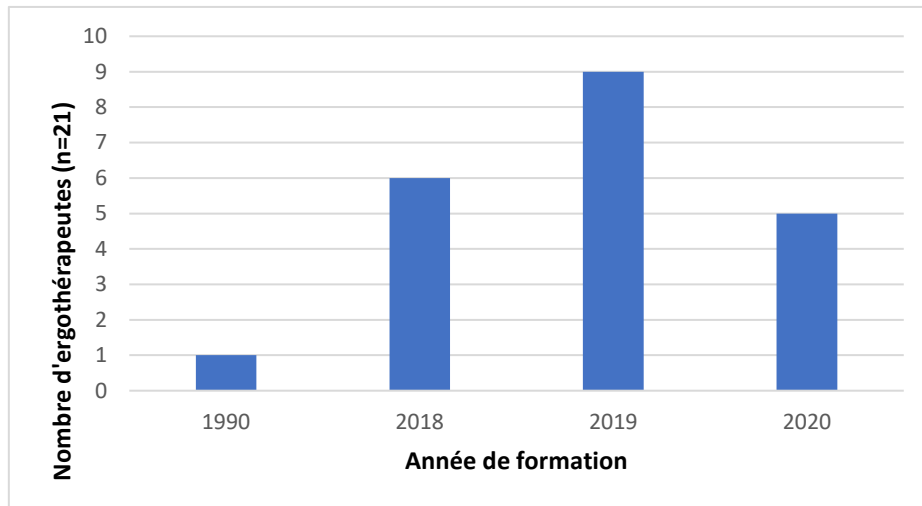


Figure n°2 : Année de formation en oralité alimentaire des ergothérapeutes interrogées

Il semble important de notifier que les ergothérapeutes interrogées ont en moyenne 2 années d'expérience depuis leur formation en oralité alimentaire. La formation en oralité n'a été développée qu'en 2017 en France ; les ergothérapeutes formées semblent avoir très peu d'années d'expérience en la matière.

- **Pratique professionnelle :**

La section suivante invoque les questions relatives à l'utilisation de l'approche SOS et de thérapies complémentaires au cours de la prise en soin. Les résultats de l'enquête montrent que les professionnelles interrogées complètent souvent (72.2%) voire toujours (16.6%) l'approche SOS par une ou plusieurs autres thérapies.

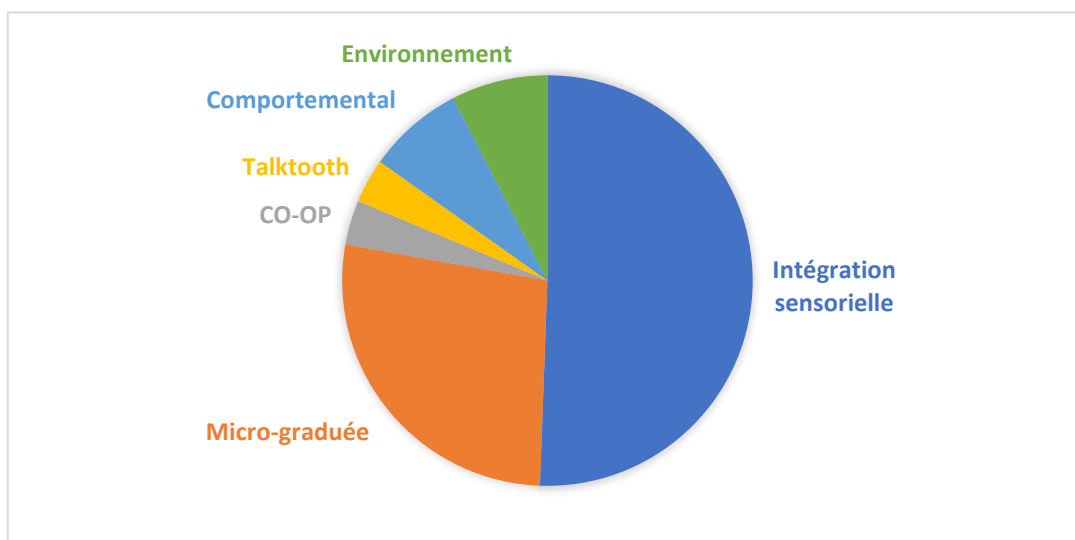


Figure n°3 : Répartition des thérapies complémentaires à l'approche SOS utilisées par les ergothérapeutes interrogées

La figure ci-dessus permet d'illustrer la répartition des thérapies complémentaires utilisées en parallèle de l'approche SOS. Parmi les questionnées, 2 personnes répondent rarement voire jamais utiliser d'autres thérapies en complément de l'approche SOS. A travers les thérapies complémentaires citées, nous pouvons répertorier la thérapie d'intégration sensorielle qui revient 15 fois, puis l'approche micro-graduée nommée à 8 reprises. Notons que d'autres thérapies comme CO-OP, Talktooth, comportementale ou encore la modification de l'environnement ont été citées une à 2 fois. Vous trouverez en annexe n°4 un tableau répertoriant toutes les réponses des ergothérapeutes à l'issue de cette question ouverte.

A travers ces résultats, nous pouvons voir qu'une grande majorité des ergothérapeutes utilisent la thérapie d'intégration sensorielle en complémentarité à l'approche SOS. L'approche micro-graduée vient en seconde position et est suivie par d'autres approches. Notons que les deux premières méthodes mentionnées semblent avoir un impact sur l'hypersensibilité sensorielle de l'enfant sélectif. Il paraît difficile pour les ergothérapeutes d'utiliser exclusivement l'approche SOS lorsque l'enfant présente des difficultés de modulation sensorielle.

- **Environnement et approche SOS :**

Cette thématique aborde plusieurs questionnements concernant l'environnement dans lequel se déroule la prise en soin. La majorité des ergothérapeutes pratiquent leur prise en soin au cabinet. Notons que 4 personnes pratiquent également au domicile de l'enfant, 3 dans les environnements propres de l'enfant et 6 dans les environnements cités précédemment.

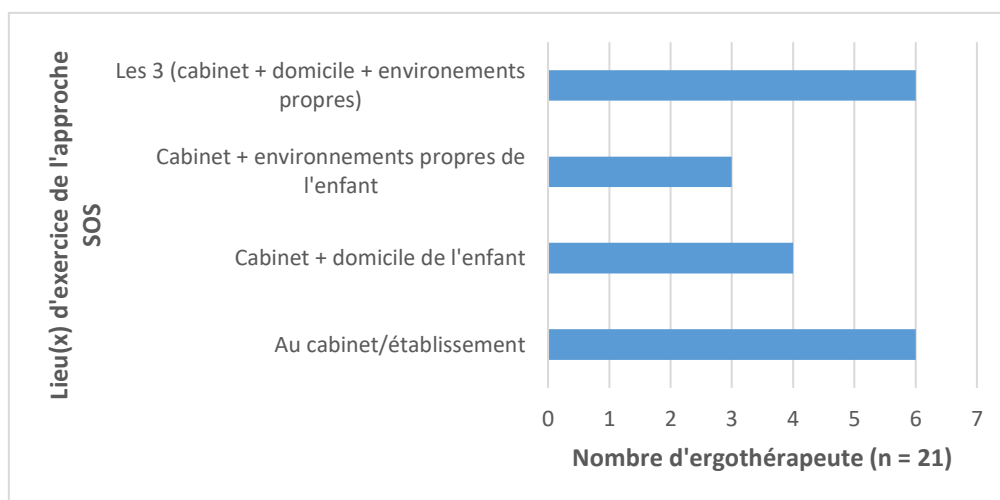


Figure n°4 : Répartition des lieux d'exercices des ergothérapeutes interrogés pour l'utilisation de l'approche SOS en thérapie

La figure précédente illustre la répartition des lieux d'exercices des ergothérapeutes interrogées. Ceci tend à montrer qu'une majorité peuvent se faire au cabinet mais aussi au domicile et dans les environnements propres de l'enfant.

L'environnement physique dans lequel se déroule la thérapie joue un rôle dans l'évolution du panel alimentaire de l'enfant. Plus de la moitié des ergothérapeutes interrogées mentionnent réaliser leur thérapie au cabinet et au domicile de l'enfant. Il paraît plus signifiant pour l'enfant et sa famille de se situer dans un environnement familial pour développer le panel alimentaire. En effet, cela peut tendre à transposer plus facilement les acquis dans le quotidien et ce de manière efficiente.

La question abordant la présence des parents durant la thérapie permet d'apporter des réponses favorables avec 38% des prises en soin qui sont exclusivement en présence des parents et 57.4% qui peuvent se faire en présence ou non des parents. Tous valident l'influence de la présence parentale sur la progression de l'enfant en thérapie. Notons que les enquêtés justifient cette présence par la nécessité de la guidance parentale qui s'en suit.

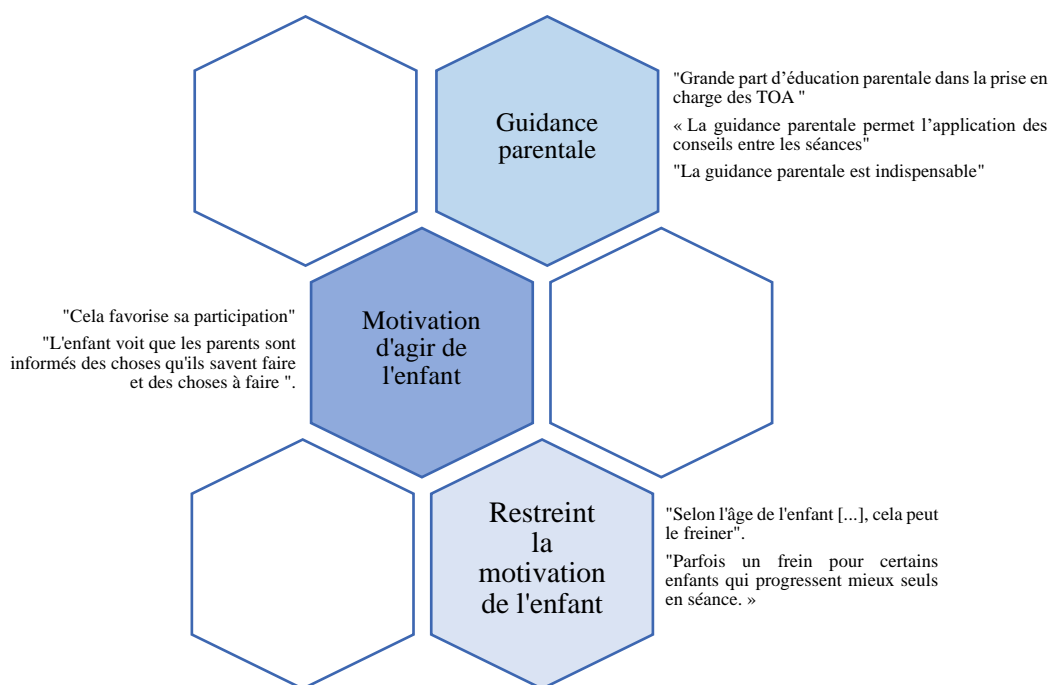


Figure n°5 : Témoignages des ergothérapeutes relatif à l'influence de la présence parentale durant la thérapie

La figure ci-dessus met en exergue certaines réponses des questionnées recueillies dans le questionnaire. Ceci permet d'appuyer l'influence de la présence parentale sur la guidance mais également sur la motivation d'agir de l'enfant, qui peut lui être favorable ou non. Pour accéder à l'ensemble des réponses reçues à cette question ouverte, vous pourrez les retrouver en annexe n°4.

En ce qui concerne la fréquence du suivi, celle-ci est variable, allant d'un suivi hebdomadaire pour 7 enquêtées, 2 fois par mois pour 10 enquêtées et 4 pour qui le suivi s'adapte aux besoins de l'enfant et des parents.

L'environnement social de l'enfant semble avoir une influence sur sa progression. En effet, les ergothérapeutes interrogées s'accordent sur la nécessité de la « guidance parentale » au cours de la thérapie. Le repas étant une co-occupation, il est indispensable, selon les enquêtées, que les parents soient autant acteurs que l'enfant, dans l'utilisation de l'approche SOS. Cela permet selon plusieurs réponses, la transposition des acquis dans le quotidien de l'enfant. Cependant, pour 3 questionnées, la présence parentale au cours de la thérapie peut être vécue comme « un frein » pour l'enfant. En effet, cela peut impacter sa motivation d'agir et faire référence à ses mauvaises expériences lors des repas. L'anxiété et la pression générées par les parents lors de cette occupation sont de réelles sources anxiogènes pour l'enfant. Ceci le restreint dans sa démarche de progression.

Les résultats ont permis de montrer qu'une grande majorité des ergothérapeutes mettent en évidence la nécessité de la guidance parentale dans la prise en soin, nécessaire à la transposition dans le quotidien de l'enfant. Pour favoriser cette guidance, il est nécessaire de favoriser une relation de confiance saine et pérenne entre les parents et le professionnel. Cela facilitera également la mise en place d'ajustements au cours de la thérapie. Notons que la fréquence du suivi va influencer la progression de l'enfant mais également la mise en place de la guidance par l'ergothérapeute. Un suivi régulier pour l'enfant et sa famille induira une évolution plus rapide du panel alimentaire mais aussi une relation de confiance plus ancrée.

- **Utilisation de l'approche SOS en ergothérapie :**

Cette thématique permet d'interroger les ergothérapeutes sur les critères de réussite sur lesquels elles se basent pour objectiver une augmentation du rendement occupationnel de l'enfant lors du repas. Concernant le critère de réussite de l'approche SOS, à savoir 30 aliments intégrés dans le panel alimentaire de l'enfant, 1 personne s'appuie exclusivement dessus pour objectiver une augmentation du rendement, 7 s'appuient sur d'autres critères et 8 s'appuient sur les 2. Notons que 2 participants répondent s'appuyer sur aucun critère.

La figure ci-dessous met en évidence certaines réponses des ergothérapeutes interrogées. Vous trouverez en annexe n°4 l'ensemble des réponses des ergothérapeutes. Elles permettent de faire l'état des différents critères de réussite sur lesquels se basent les enquêtées pour objectiver une augmentation du rendement occupationnel de l'enfant lors du repas. Le constat qui s'en suit met en évidence des critères plus complets car après la prise en compte du panel alimentaire, les ergothérapeutes sont sensibles à la notion de plaisir que procure l'occupation, l'absence de plaintes occupationnelles qui pourraient persister et enfin une transposition qui semble se réaliser dans d'autres environnements comme la cantine.

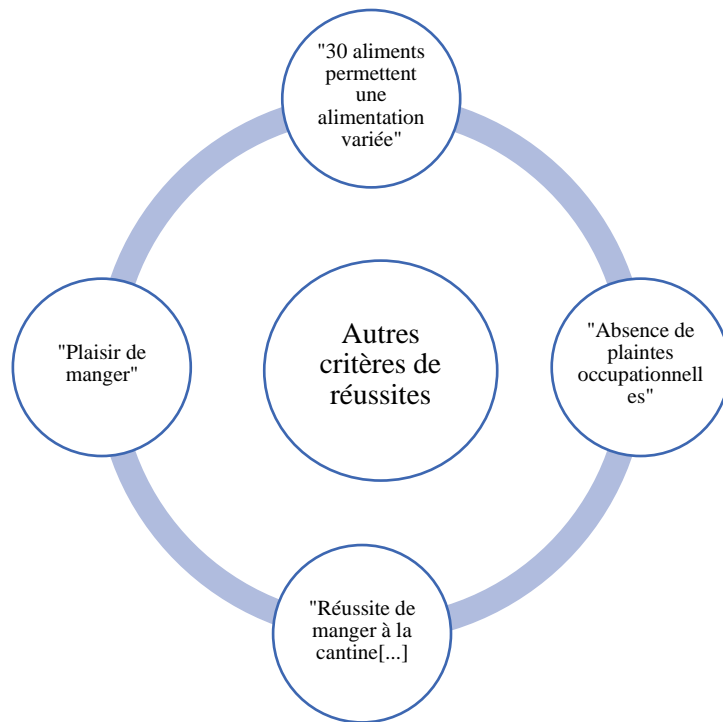
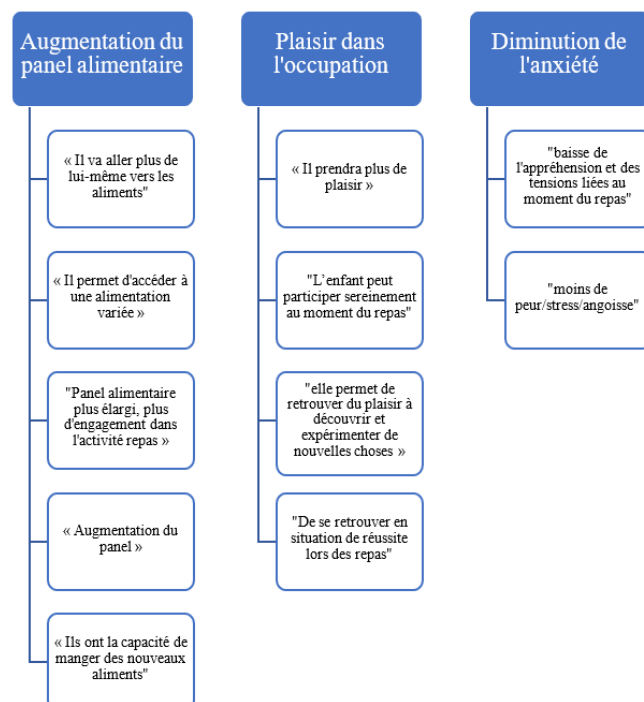


Figure n°6 : Témoignages des ergothérapeutes relatifs aux autres critères de réussites sur lesquels se base une augmentation du rendement occupationnel de l'enfant

Notons que la majorité des ergothérapeutes tendent à valider une augmentation du rendement occupationnel de l'enfant avec l'utilisation de l'approche SOS. Néanmoins, nous constatons qu'une personne donne un avis contraire. En effet, l'ergothérapeute concernée spécifie que l'augmentation du rendement ne découlerait pas d'une augmentation du panel alimentaire mais plutôt d'une augmentation du plaisir lors du repas.

Figure n°7 : Témoignages des ergothérapeutes précisant l'influence de l'approche SOS sur l'augmentation du rendement occupationnel de l'enfant lors du repas.



La figure ci-dessus met en évidence certaines réponses des ergothérapeutes quant à l'efficacité de l'approche SOS. Vous trouverez en annexe n°4 l'ensemble des réponses des ergothérapeutes. Parmi les réponses récoltées, nous pouvons remarquer une augmentation du panel alimentaire, mais qui reste inférieur à 30 aliments. L'occupation du repas semble être vectrice de plaisir et l'anxiété paraît diminuer pour l'enfant.

Il est important de noter que dans le cadre de ce questionnaire, il a été demandé aux ergothérapeutes si l'augmentation du rendement occupationnel de l'enfant était transposée dans tous les environnements de l'enfant. L'objectif était de pouvoir prendre connaissance de l'avis des enquêtées et par conséquent le confronter aux témoignages des parents afin de valider le second objectif de l'enquête. Compte tenu de l'absence d'entretien avec les parents, la validation du second objectif se basera uniquement sur les réponses des ergothérapeutes relatives à cette question.

Concernant l'augmentation du rendement occupationnel de l'enfant lors de repas, celle-ci semble se transposer dans tous les environnements pour la totalité des ergothérapeutes. Certains spécifient leurs réponses en mettant en avant « une quantité alimentaire intégrée » mais des difficultés se poseraient encore notamment dans le cadre familiale et/ou la cantine.

Bien que 50% des ergothérapeutes s'appuient sur le critère de réussite de l'approche SOS pour objectiver une augmentation du rendement occupationnel de l'enfant, la majorité des réponses récoltées tendent à se baser sur l'atteinte des objectifs fixés par la famille. Globalement, les ergothérapeutes s'attardent à s'assurer une augmentation du panel alimentaire de l'enfant pour lui permettre d'accéder à une alimentation diversifiée et suffisamment riche pour subvenir aux besoins nutritionnels. La notion de plaisir constitue un critère égalable à celui de l'augmentation du panel. L'enfant doit prendre plaisir à découvrir de nouveaux aliments, les croquer, les manger et il doit être à l'initiative de cette démarche. Enfin, le plaisir doit être vecteur d'apaisement pour diminuer l'appréhension inhérente à l'activité du repas et les sources d'anxiété générées par la famille. Ce sont sur ces trois critères (diversité du panel, plaisir et diminution des réactions défensives) que se basent la majorité des ergothérapeutes pour objectiver l'efficacité de l'approche. Notons que l'absence de plaintes occupationnelles persistantes et la transposition du rendement occupationnel de l'enfant dans tous ses environnements tendent à améliorer l'objectivité de l'efficacité de l'approche.

b. Présentation des résultats par entretiens :

A ce-jour, aucun entretien avec les parents n'a pu être recueilli. Il semble difficile pour les ergothérapeutes de mobiliser des parents qui souhaitent participer à mon enquête. Nous verrons plus tard dans les limites et intérêts de l'investigation les potentielles causes à l'origine de ce fait.

La présentation et l'analyse des résultats étant faites, la section suivante nous permet de les corréler aux objectifs et critères définis de l'enquête.

III. Synthèse des résultats et des objectifs de l'enquête :

La présentation des résultats et l'analyse des résultats de l'investigation nous permettent désormais de vérifier les objectifs attendus en amont. Pour rappel, la recherche avait pour but de répondre aux objectifs suivants : déterminer, dans un premier temps, si l'approche SOS menée par les ergothérapeutes entraîne une augmentation du rendement occupationnel de l'enfant hypersélectif lors du repas et déterminer, dans un second temps, si cette augmentation était transposable dans tous les environnements de l'enfant.

a. Approche SOS et rendement occupationnel de l'enfant :

Rappel des différents critères relatif au premier objectif cité précédemment : *l'évolution de la qualité, quantité, diversité du panel alimentaire, le changement de comportement lors du repas de l'enfant hypersélectif, seront identifiés dans les réponses des ergothérapeutes.*

Les résultats de l'enquête invoquent que l'utilisation de l'approche SOS par les ergothérapeutes entraînent une augmentation du rendement occupationnel de l'enfant hypersélectif lors du repas. En effet, comme peuvent attester les réponses des ergothérapeutes, ces dernières constatent une augmentation du panel alimentaire, une augmentation du plaisir et une diminution de l'anxiété lors de la prise du repas. Il semble judicieux de souligner que les enquêtées utilisent des thérapies complémentaires à l'approche SOS. Ceci entraîne donc une double influence sur le rendement occupationnel de l'enfant. L'environnement et la fréquence du suivi jouent un rôle dans la progression de l'enfant. Effectivement, certaines questionnées tendent à s'ajuster aux désirs de l'enfant et sa famille ; l'avancée de la thérapie s'adapte donc aux besoins de chacun. A l'instar de l'environnement et la fréquence, la présence parentale semble aussi impacter la progression de l'enfant, et ainsi contribuer à sa motivation d'agir lors de la prise en soin. Ceci est fortement mis en avant par les ergothérapeutes qui

décrivent la nécessité de la guidance parentale lors de la thérapie. Les critères inhérents à l'objectif de l'enquête sont donc atteints.

b. Rendement occupationnel et quotidien de l'enfant :

Rappel des différents critères relatif au second objectif cité précédemment : *des éléments, issus du discours des parents, qualifiant le changement de comportement/d'habitude de l'enfant lors du repas (post thérapie SOS) et son adaptation dans ses différents environnements sont cités et repérés lors de l'entretien.*

Comme évoqué précédemment, en l'absence d'entretien de parent, l'analyse se basera sur les réponses des ergothérapeutes. La totalité des enquêtées valident la transposition du rendement occupationnel de l'enfant dans ses différents environnements. Cependant, certaines enquêtées exposent quelques difficultés quant à l'environnement familiale et/ou celui de la cantine. Nous pouvons noter que les ergothérapeutes insistent sur la nécessité de la présence parentale au cours de la thérapie. Effectivement, cette présence peut être vectrice de motivation pour l'enfant mais contribue également à faciliter la guidance parentale. Les critères relatifs au second objectif sont partiellement atteints, par manque de visibilité face à l'absence d'entretien avec les parents.

Postérieurement, nous allons pouvoir corréler les éléments figurant dans le cadre conceptuel avec les données récoltées sur le terrain.

IV. Discussion :

Tout d'abord, l'étude menée précédemment a permis de mettre en avant qu'une grande majorité d'ergothérapeutes utilisaient des thérapies complémentaires à l'approche SOS. Rappelons que la thérapie d'intégration sensorielle et l'approche micro-graduée sont celles qui reviennent le plus dans les réponses des questionnées. En effet, il semble important, en parallèle du trouble de l'alimentation pédiatrique, de traiter le trouble de la modulation sensorielle chez l'enfant. Par conséquent, la thérapie d'intégration sensorielle, développée par J.Ayres, s'avère être une proposition pertinente (Bodison, Watling, Kuhaneck Miller, & Henry, 2008). Notons également que lorsque qu'un trouble de la modulation sensorielle se juxtapose à un trouble de l'alimentation, la thérapie d'intégration sensorielle devrait être un traitement de choix (Addison, 2012). Il semble important de souligner que l'association de cette thérapie à l'approche SOS contribue favorablement à la progression de l'enfant. Les éléments issus de la littérature semblent se corréler avec les résultats récoltés sur le terrain.

Par ailleurs, nous avons pu constater que l'approche micro-graduée se complétait aussi à l'approche SOS pour un bon nombre d'ergothérapeutes. La littérature atteste que cette association semble montrer des résultats prometteurs (Nadon, Debbie, & Gisel, 2013). Notons que la littérature se base sur des enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme associé à l'hypersélectivité alimentaire et non sur des enfants ayant un développement normal sans troubles associés et diagnostiqués.

Une grande majorité d'ergothérapeutes, comme dit précédemment, se base sur d'autres critères de réussite pour objectiver une augmentation du rendement occupationnel de l'enfant lors du repas. Peu se fondent uniquement sur le critère de réussite (30 aliments) préconisé dans l'approche SOS. La littérature scientifique peine à démontrer une augmentation du panel alimentaire égale à 30 aliments avec l'utilisation de l'approche SOS (Dow, 2015).

Les résultats ont pu mettre en avant que, la présence des parents lors de la thérapie avait une influence sur la motivation d'agir de l'enfant et la mise en place de la guidance parentale. Une question se pose quant à la représentativité que se font les ergothérapeutes de cette guidance. Effectivement, la littérature distingue trois processus dans la relation entre l'ergothérapeute et les parents : le partenariat, la guidance et l'accompagnement. Selon Santinelli (2010), il paraît nécessaire de faire naître un partenariat entre l'ergothérapeute et la famille, dans le cadre d'une prise en soin pédiatrique. Ce partenariat fait naître une relation égalitaire entre les deux parties (Bouchard & Kalubi, 2006) contrairement à la guidance qui propose une relation asymétrique (Dufour, 2017). La littérature tend à montrer que l'engagement parental, issu du partenariat, devient meilleur lorsque les objectifs thérapeutiques s'accordent avec les besoins des parents et de l'enfant (Nadon, Debbie, & Gisel, 2013). Les résultats de l'enquête ont montré que certaines ergothérapeutes s'appuyaient sur les objectifs fixés par la famille. Or, Naddon, Debbie & Gisel (2013) mettent en exergue la notion de partenariat et non de guidance parentale. Par conséquent, un réel questionnement se pose quant à la définition que donnent les ergothérapeutes à cette notion de guidance parentale. La distinction de ces notions étant récente, nous pouvons émettre l'hypothèse que les questionnées n'ont pas connaissance de ces précisions.

En ce qui concerne l'influence de la présence parentale sur la motivation d'agir de l'enfant, cela peut être paradoxal. En effet, cela peut paraître, dans un premier temps, favorable à l'enfant. Cependant, dans un second temps, rappelons que la figure parentale est également synonyme d'anxiété pour l'enfant (Milano, Chatoor, & Kerzner, 2019). De plus, les croyances culturelles véhiculées par l'entourage de l'enfant peuvent renvoyer une expérience négative lors du repas et ainsi renforcer l'appréhension (Ersnperger & Stegen - Hanson, 2004).

En somme, l'utilisation de l'approche SOS en ergothérapie semble efficace en s'associant à d'autres thérapies comme l'intégration sensorielle ou l'approche micro-graduée. Ainsi, l'étude n'a pas permis de montrer que l'utilisation seule de l'approche pouvait influencer le rendement occupationnel de l'enfant hypersélectif, lors de repas. De plus, l'absence d'entretiens auprès de parents ne nous permet

pas de valider complètement la transposition de l'augmentation du rendement dans les environnements de l'enfant.

V. Limites de l'étude :

La recherche menée ci-dessus permet de mettre en avant plusieurs limites. Pour commencer, l'absence d'entretiens menés auprès de parents constitue une limite majeure et impacte grandement la qualité de l'étude. En effet, le second objectif, relatif à la transposition de l'augmentation du rendement occupationnel de l'enfant dans ses environnements, ne peut être validé que partiellement. Effectivement, il aurait été intéressant de recueillir le témoignage de parents afin de les confronter aux réponses des ergothérapeutes. Cela m'aurait permis de voir comment les parents contribuaient à la progression de leur enfant dans le quotidien, de vérifier si l'enfant avait un rendement occupationnel lors du repas satisfaisant dans tous ses environnements. Par ailleurs, recueillir le témoignage des parents m'aurait permis de comprendre l'impact du rôle de guide que peut jouer l'ergothérapeute dans la guidance parentale, nécessaire à la progression de l'enfant.

Il est important de souligner que la majorité des ergothérapeutes ont été formées récemment. Ainsi, leur expérience actuelle est sans doute moins riche que si la formation était plus ancienne. Ceci est donc un paramètre important à prendre en compte dans le cadre des limites de la recherche.

Ensuite, nous pouvons soulever une limite quant au sexe des ergothérapeutes ayant répondues au questionnaire. En effet, la totalité des questionnées sont des femmes et cela peut influencer les réponses du questionnaire.

Une autre limite se soulève quant à la formulation d'une question qui a pu biaiser certaines réponses. La question était la suivante « Les enfants hypersélectifs que vous rencontrez, ont-ils un trouble du spectre de l'autisme ? ». Cette question s'inscrivait dans une suite de questions relatant les critères d'inclusion et d'exclusion de la population. Ainsi, si l'un des enquêtés ne répondait pas favorablement aux questions, il était automatiquement renvoyé vers une section (section 6, voir annexe n°4). Cette section rappelait les critères d'inclusion et d'exclusion de la population.

Rappelons qu'il avait été notifié à plusieurs reprises, que ce soit lors de la rédaction du mail ou dans le texte descriptif du questionnaire ou même en section 6, l'ensemble des critères d'inclusion et d'exclusion de la population. Cette question avait donc pour finalité, de vérifier la qualité de l'échantillon interrogé. Or, j'ai pu remarquer que de nombreux ergothérapeutes ne prenaient pas systématiquement en compte les propos énoncés en amont, et répondaient positivement à l'exercice auprès d'enfant TSA ayant une hypersélectivité alimentaire. Notons que pour certaines, leur expérience pouvait correspondre à mon enquête. La reformulation n'étant pas possible, ceci a conduit à l'exclusion

de réponses de plusieurs enquêtées. Notons que j'ai pris connaissance de cette erreur tardivement. Ainsi, la modification du questionnaire n'était pas pertinente.

Nous pouvons mettre en évidence une limite liée à la représentativité des résultats du questionnaire. En effet, l'échantillon d'ergothérapeutes interrogées étant restreint, il ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population d'ergothérapeutes concernées. Par ailleurs, les critères d'inclusion des populations, étant spécifique, cela a pu restreindre le nombre de réponse. Il semble pertinent de noter que le contexte sanitaire actuel a obligé le report de la formation en oralité en 2020 et la mise en place du télétravail. C'est pourquoi une grande partie des ergothérapeutes contactées n'ont pu répondre positivement à ma demande car leur expérience en alimentation n'était pas suffisamment riche pour participer à ma recherche.

Enfin, la méthode du questionnaire ne permet pas la reformulation de questions en cas d'incompréhension de l'interlocuteur comme nous avons pu le remarquer, ceci a contribué à une limite. C'est pourquoi certaines réponses, dans le cas de questions ouvertes, peuvent être floues et manquer de précisions.

Conclusion :

En somme, l'alimentation constitue une co-occupation singulière qui permet de subvenir aux besoins nutritionnels d'un individu. Le repas constitue également, dans notre société occidentale, un moment de plaisir, de partage et de convivialité mais contribue également à l'apprentissage des plus jeunes. Selon le rapport de la commission de la politique de santé publique en 2020, intitulé « 1000 jours de l'enfant », 93% des parents rencontrent des difficultés pour alimenter leur enfant. En France, jusqu'à la moitié des enfants ayant un développement normal, peuvent développer un trouble de l'alimentation pédiatrique. Le comportement de sélectivité alimentaire sévère est un comportement prédominant qui tend à faire diminuer le rendement occupationnel de l'enfant. L'occupation étant une activité de vie quotidienne, l'ergothérapeute a son rôle à jouer pour aider les personnes qui rencontrent des difficultés à s'alimenter ou à être alimentés.

Le questionnement qui a pu émerger s'articule autour de la manière dont l'ergothérapeute influence le rendement occupationnel d'un enfant hypersélectif lors du repas, à partir de l'âge de 2 ans. A l'issue de cette problématique, l'hypothèse suggérée était : l'utilisation de l'approche Sequential Oral Sensory approach to feeding par l'ergothérapeute influence le rendement occupationnel de l'enfant lors du repas.

Pour la majorité des ergothérapeutes interrogées, l'approche SOS semble augmenter le rendement occupationnel de l'enfant lors du repas. En effet, les données récoltées lors de l'investigation mettent en exergue une augmentation du panel alimentaire, une augmentation du plaisir et une diminution de l'appréhension lors du repas. Cependant, l'utilisation de l'approche SOS est complétée par d'autres thérapies. Notons que pour l'ensemble de l'échantillon interrogé, l'augmentation du rendement occupationnel de l'enfant se transpose dans tous ses environnements. Ceci est sans doute facilité par la mise en place de la guidance parentale entre l'ergothérapeute et la famille. En effet, la guidance parentale est nécessaire, selon les ergothérapeutes, pour permettre à l'enfant de faire progresser son rendement occupationnel dans ses environnements. Néanmoins, l'absence de témoignages avec des parents ne permet pas de vérifier cette affirmation.

Ainsi, les résultats de l'investigation tendent à valider que partiellement l'hypothèse de départ car l'utilisation de thérapies complémentaires et l'absence d'éléments attestant la transposition dans le quotidien de l'enfant ne permettent pas d'objectiver une augmentation du rendement occupationnel de l'enfant lors du repas avec l'unique utilisation de l'approche SOS. De même, l'échantillon interrogé n'étant pas représentatif, les résultats de la recherche ne peuvent se transposer à l'ensemble des ergothérapeutes.

Pour poursuivre la recherche, il serait intéressant de continuer les démarches pour mener des entretiens auprès de parents afin d'éclaircir cette notion de transposition du rendement occupationnel

dans tous les quotidiens de l'enfant. Cela permettrait d'aboutir la réflexion et de pouvoir suggérer d'autres pistes de réflexion concernant ma démarche d'investigation. Effectivement, si la recherche a mis en évidence l'évolution du rendement occupationnel de l'enfant, nous pourrions nous interroger sur la signification de ce rendement pour les parents : qu'est-ce que cela signifie pour eux, comment cela se concrétise ? De l'enquête est ressortie la nécessité de s'appuyer sur les objectifs fixés par la famille. Ceci amène donc à penser qu'un partenariat naît de la relation parent – ergothérapeute puisque qu'en se basant sur les objectifs de la famille, les deux parties se positionnent au même niveau d'exigence. Il serait donc pertinent de s'interroger sur la triade parent-enfant-ergothérapeute et la manière dont un partenariat peut s'inscrire dans cette relation.

En somme, ce mémoire d'initiation à la recherche aura permis de faire l'état des connaissances sur la thématique de l'alimentation en pédiatrie et l'utilisation de l'approche SOS. Bien que cela tend à être davantage reconnu en France, la démarche d'investigation a contribué à justifier le rôle de l'ergothérapeute face à des plaintes occupationnelles, concernant l'alimentation. Au-delà d'un enrichissement personnel, ce projet de fin d'étude m'a permis de stimuler mon appétence pour parfaire mes connaissances sur le sujet.

Bibliographie :

- ACE. (2010). L'alimentation, la déglutition et l'ergothérapie. *Activités ergothérapeutiques*, pp. 1-3.
- Addison, L. (2012). A comparison of sensory integrative and behavioral therapies as treatment for pediatric feeding disorders. *Journal of applied behavior analysis*.
- ANFE. (2019, 03 01). *Ergothérapeute : définition*. Récupéré sur www.anfe.fr : <https://www.anfe.fr/index.php/definition>
- ANFE. (2020). *Contribution des ergothérapeutes dans le cadre du parcours des 1000 jours*.
- April, L., Bouchard, J., Gauthier-Desgagné, M., & Joly, P.-E. (2013). *Difficultés d'alimentation et de déglutition chez l'enfant : pour y voir plus clair*. Québec : CHU de Québec.
- Barbier, I. (2014, Janvier). L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*, pp. 143-159.
- Bodison, S., Watling, R., Kuhaneck Miller, H., & Henry, D. (2008). Frequently asked questions about Ayres Sensory Integration. *American Occupational Therapy Association*.
- Bouchard, C. (2019). *Le développement global de l'enfant de 0 à 6 ans en contextes éducatifs*. Presses de l'Université du Québec.
- Bouchard, J.-M., & Kalubi, J.-C. (2006). Partenariat et recherche de transparence : des stratégies pour y parvenir. *Informations sociales*, pp. 50-27.
- Boudou, M., & Lecoufle, A. (2015). Les troubles de l'oralité alimentaire : quand les sens s'en mêlent. *Les entretiens de Bichat*, pp. 1-8.
- Caire, J.-M., & Rouault, L. (2017). Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO). Dans M.-C. Morel-Bracq, *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (pp. 85-96). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- CHU Sainte-Justine. (2017, Janvier 16). *CHU Sainte-Justine, Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant*. Consulté le Mai 11, 2021, sur L'alimentation, autisme au quotidien :

<https://www.chusj.org/fr/soins-services/T/Trouble-du-spectre-de-l-autisme/Outils-et-conseils/L-alimentation#prettyphoto/4/>

Constant, A.-S., & Levy, A. (2015). *Réussir mémoire, thèse et HDR*. Lextenso éditions.

Craig, J., Carroll, S., Ludwig, S., & Sturdivant, C. (2018, Novembre/décembre). Occupational therapy's role in the neonatal intensive care unit. *The american journal of occupational therapy*, 72, pp. 1-9.

De Castroa , J., Bellisleb, F., Dalixb , A.-M., & Pearceya, S. (2000, Mars 22). Palatability and intake relationships in free-living humans : characterization and independence of influence in North Americans. *Physiology and Behavior*, pp. 343-350.

Dow, A. (2015). *Individual Case study : The SOS Approach to Feeding*.

Dufour, C. (2017). Accompagner le quotidien des familles : coulisses de l'ergothérapie en CAMSP. *Contraste*, pp. 249-270.

Ersnperger, L., & Stegen - Hanson, T. (2004). *Just take a bite : Easy Effective Answers to Food Aversions and Eating Challenges*. Future Horizons.

Fenneteau, H. (2015). *Enquête : entretien et questionnaire*. Paris : Dunod.

Goday, P. (2018). Pediatric Feeding Disorder : Consensus Definition and Conceptual Framework. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*.

Invenção Cabral, T., Gracelli Pereira da Silva, L., Simões Martinez, C. M., & Tudella, E. (2016). Analysis of sensory processing in preterm infants. *Early human development*, pp. 76-81.

Kandel, E., Schwartz, J., & Jessell, T. (2000). *Principles of neural science*. McGraw-Hill Medical.

Kivits, J. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin.

L. Diane Parham, E. S.-G.-B. (2007, Mars - Avril). Fidelity in Sensory Integration Intervention Research . *American Occupational Therapy Association*, pp. 216-227.

Leblanc, V., Hardy, E., Lecoufle, A., & Ruffier, M. (2012). Boite à idées pour oralité malmenée du jeune enfant. *Nutricia*.

- Lucy Jane Miller, M. E. (2007, Mars - Avril). Concept evolution in sensory integration : a proposed nosology of diagnosis. *American Occupational Therapy Association*, pp. 135-140.
- Lucy Jane Miller, S. A. (2007, Mars - Avril). Lesson learned : a pilot study on Occupational Therapy effectiveness for children with sensory modulation disorder . *American Occupational Therapy Association*, pp. 161 -169.
- Marcus, S., & Breton, S. (2013). *Infant and Child Feeding and Swallowing : occupational therapy assessment and intervention*. Montgomery Lane : AOTA Press.
- Milano, K., Chatoor, I., & Kerzner, B. (2019, Août 23). A fonctionnal Approach to Feedin Difficulties in Children. *Pediatric gastroenterology* .
- Miller, L. J., Coll, J., & Schoen, S. (2007, Mars - Avril). A randomized controlled pilot study of the effectiveness of OT for children with sensory modulation disorder. *American Occupational Therapy Association*, pp. 228 - 238.
- Ministère des solidarités et de la santé. (2012, 03 08). *Ergothérapeute*. Récupéré sur www.solidarites-sante.gouv.fr: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/ergotherapeute>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2019). *Tout comprendre sur les 1000 premiers jours*. Récupéré sur <http://solidarites-sante.gouv.fr>: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/1000jours/article/les-1000-premiers-jours-qu-est-ce-que-c-est>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2020). *Les 1000 premiers jours, là où tout commence*. Récupéré sur <http://solidarites-sante.gouv.fr>: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/1000jours/article/le-rapport-des-1000-premiers-jours-une-commission-d-experts-a-l-appui>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). Introduction : qu'est-ce qu'un modèle conceptuel ? Dans M.-C. Morel-Bracq, *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (pp. 1-11). Louvain-la-Neuve: De Boeck.
- Morris, N., Knight, R., Bruni, T., Sayers, L., & Drayton, A. (2017). Feeding Disorders. *Child Adolescent Psychiatric Clinic*, pp. 571-586.

- Nadon, G., Debbie, F., & Gisel, E. (2013). Feeding Issues associated with Autism Spectrum Disorder. Dans M. Fitzgerald, *Recent Advances in Autism Spectrum Disorder* (pp. 600-632).
- Novfritri, K., & Mustaji, S. (2018). Implementation Of Neuroscience Learning To develop Early Childhood's Cognitive. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, pp. 89-93.
- OEQ. (2006). *Au-delà de la dysphagie, la personne avant tout : rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes présentant des difficultés à s'alimenter ou à être alimentées*. Montréal: Ordre des ergothérapeutes du Québec.
- Paul, M. (2012, Septembre). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*, pp. 13 - 20.
- Petterson, K. M. (2013). *A comparison of the sequential oral sensory approach to an applied behavior analytic approach in the treatment of pediatric feeding disorders*.
- Petterson, K., Piazza, C., & Volkert, V. (2016). A comparison of a modified sequential oral sensory approach to an applied behavior analytic approach in the treatment of food selectivity in children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of applied behavior analysis*, pp. 1 - 27.
- Philpott-Robinson, K., Shelly J, J., Korostenski, L., & E Lane, A. (2017). The impact of the neonatal intensive care unit on sensory and developmental outcomes in infants born-preterm : a scope review. *The british of occupational therapy*, pp. 1-11.
- Prudhon Havard, E., Carreau, M., & Tuffreau, R. (2009, Printemps). Les troubles sensoriels : un impact sur les troubles alimentaires. *Le bulletin scientifique de l'arapi*(23), pp. 55-58.
- Ramsay, M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. *Devenir*, 13(2), pp. 11 - 28.

- Renee Watling, S. H. (2015, Septembre - Octobre). Effectiveness of Ayres Sensory Integration and Sensory based Interventions for people with Autism Spectre Disorder ; a systematic review. *American Occupational Therapy Association*.
- Revillard, A. (2008). *Fiche technique n° 7 : la conduite de l'entretien*. Récupéré sur www.annerevillard.com: <https://annerevillard.com/enseignement/methodes-qualitatives/initiation-investigation-empirique/fiches-techniques-initiation-investigation-empirique/fiche-technique-n%C2%B07-la-conduite-de-lentretien/>
- Roberts, J., King - Thomas, L., & Boccia, M. (2007, Septembre - Octobre). Behavioral Indexes of the Efficacy of Sensory Integration Therapy. *American Occupational Therapy Association*, pp. 555-562.
- Ruffier Bourdet, M. (2018, Avril 26). Les troubles de l'oralité alimentaire : une dimension sensorielle mais pas seulement. *ErgoThérapie*(69).
- Santinelli, L. (2010). Le partenariat avec les familles. Dans A. Alexandre, G. Lefèvre, M. Palu, & B. Vauvillé, *Ergothérapie en pédiatrie* (pp. 83-96). Marseille : Solal éditeur.
- Schaaf, R., Burke Posatery, J., Cohn, E., May-Benson, T., Schoen, S., Smith Rolley, S., . . . Mailloux, Z. (2014, Septembre - Octobre). State of measurement in Occupational Therapy using Sensory Integration. *American Occupational Therapy Association*, pp. 149 - 153.
- Seiverling, L., Anderson, K., Rogan, C., Alaimo, C., Argott, P., & Parona, J. (2018, Mai 9). A comparison of a behavioral feeding interventions with and without pre-meal sensory integration therapy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
- Shepherd, G. M. (2006, Novembre). Smell images and the flavour system in the human brain. *Nature*, pp. 316-321.
- Simon, S. A., De Araujo, I. E., Gutierrez, R., & Nicolesis, M. A. (2006, Novembre). The neural mechanisms of gustation : a distributed processing code. *Perspectives*, pp. 890-901.
- Tétréault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck Supérieur.

Thomas R. Scott, P. a. (2000). Taste as a Factor in the Management of Nutrition. *Chemical Senses and Feeding*, pp. 874-885.

Timothy J. Legg. (2020, Février 21). *Fight, Fright, Freeze : What this response means ?* Récupéré sur Healthtime: <https://www.healthline.com/health/mental-health/fight-flight-freeze>

Townsend, E., & Polatajko, H. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice apar l'occupation*. Ottawa : CAOT publications ACE.

Vuilleumier, L., Moulis - Wyndels, B., Bickle - Graz, M., & Villeumier-Frutig, A. (2020). *Le développement sensori-moteur de l'enfant : de la naissance à 3 ans*. De Boeck supérieur.

Yang, H. (2017). How to approach feeding difficulties in young children. *Korean J pediatric*, pp. 379-384.

Image utilisée pour la page de garde. (2015, janvier 26). *Le trouble de l'oralité et comportement alimentaire*. Consulté le mai 26, 2021, sur www.lequotidien.du.medecin.fr: <https://www.lequotidien.du.medecin.fr/specialites/pediatrie/troubles-de-loralite-et-comportement-alimentaire>

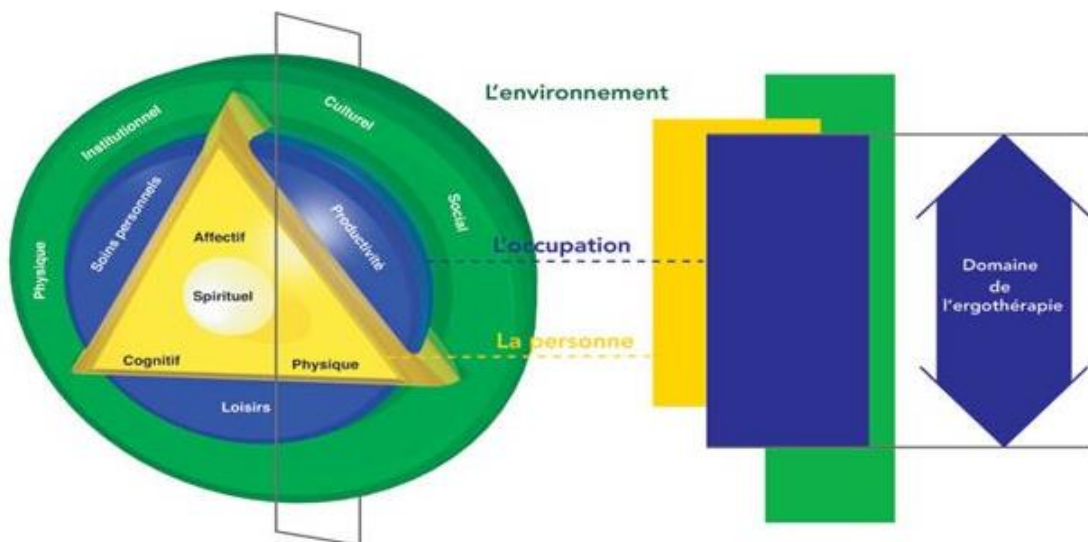
ANNEXES

Annexes :

Annexe 1 : Modèle Canadien du Rendement et de l'engagement Occupationnels.....	I
Annexe 2 : Approche SOS, méthode d'habituatation progressive.....	II
Annexe 3 : Questionnaire diffusé auprès des ergothérapeutes	III
Annexe 4 : Tableau répertoriant les réponses brutes des ergothérapeutes interrogées par questionnaire	IX
Annexe 5 : Grille d'entretien avec les parents	XV

Annexe 1 : Modèle Canadien du Rendement et de l'engagement Occupationnels

Figure 1.3 Le MCRO-P¹ : Spécifier notre principal domaine



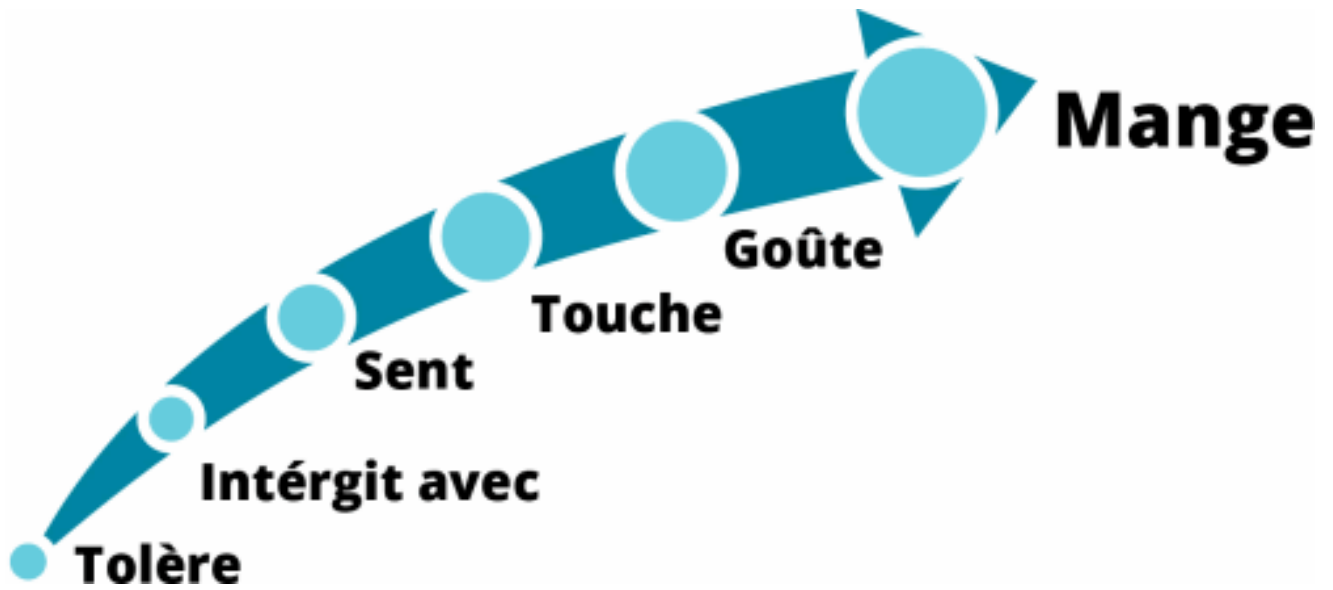
A¹ : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). *Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)*, dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

(Townsend & Polatajko, 2013)

Annexe 2 : Approche SOS, méthode d'habituatation progressive



(CHU Sainte-Justine, 2017)

Annexe 3: Questionnaire diffusé auprès des ergothérapeutes

Le trouble de l'alimentation pédiatrique et l'utilisation de l'approche SOS en ergothérapie
Bonjour,

Je m'appelle Maéva VIZATELLE, et je suis étudiante en 3ème année à l'IFE de Créteil. Je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur le trouble de l'alimentation pédiatrique (TAP) ou trouble de l'oralité alimentaire (TOA), plus particulièrement sur l'hypersélectivité alimentaire, et l'utilisation de l'approche SOS en ergothérapie.

Ma problématique est la suivante : De quelle manière, l'ergothérapeute influence-t-il le rendement occupationnel d'un enfant atteint d'hypersélectivité alimentaire, à partir de l'âge de 2 ans, lors du repas ?

Dans le cadre de ce travail, je suis donc à la recherche d'ergothérapeutes exerçant auprès d'enfants atteints d'hypersélectivité alimentaire (panel alimentaire inférieur à 10 aliments), ayant un développement normal sans pathologie(s) associée(s) diagnostiquée(s) actuellement (exclusion des enfants avec Trouble du Spectre de l'Autisme) et utilisant les concepts de l'approche SOS (Sensory Oral Sequential ou méthode d'habituation progressive) pour traiter le trouble de l'alimentation pédiatrique.

Ci-après se trouve le questionnaire que j'ai établi pour mon enquête. Il se compose de 20 questions, la majorité étant des QCM. Il ne vous prendra qu'une dizaine de minutes.

Dans un second temps, j'aimerais m'entretenir auprès de parents d'enfant avec hypersélectivité alimentaire, ayant suivi la thérapie SOS avec les ergothérapeutes interrogé(e)s dans le questionnaire. Ainsi, si vous avez la possibilité de me partager les contacts de parents, cela me permettrait de récolter plusieurs témoignages.

Je vous remercie de l'attention et de l'aide que vous porterez à mon enquête.

Bon questionnaire !

***Obligatoire**

Généralités :

1) Êtes-vous : *

Une seule réponse possible.

Un homme

Une femme

2) Depuis quand êtes-vous diplômé(e) d'état en ergothérapie ? *

Une seule réponse possible.

- < 2000
- 2000-2005
- 2005-2010
- 2010-2015
- 2015-2020

3) Depuis quand êtes-vous formé(e) au trouble de l'alimentation pédiatrique ? Spécifiez l'année. *

**Pratique professionnelle
ergothérapeute**

Pour rappel :
les concepts de l'approche SOS = méthode d'habituation
progressive.

4) Utilisez-vous les concepts de l'approche SOS (méthode d'habituation progressive) dans le cadre de votre pratique ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non *Passer à la section 6 (Critères d'inclusion et d'exclusion).*

5) Rencontrez-vous des enfants atteints d'hypersélectivité alimentaire (panel alimentaire inférieur à 10 aliments) ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non *Passer à la section 6 (Critères d'inclusion et d'exclusion).*

6) Les enfants hypersélectifs que vous rencontrez, ont-ils un trouble du spectre de l'autisme ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la section 6 (Critères d'inclusion et d'exclusion).*
- Non

7) Lorsque vous rencontrez un enfant hypersélectif, utilisez-vous les concepts de l'approche SOS ? *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

8) Utilisez-vous d'autres thérapies, en complément des concepts de l'approche SOS ? *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

8) a. Si oui, pouvez-vous indiquer quelle(s) est/sont elle(s) ?

Environnements et approche SOS

9) Dans quel(s) environnement(s) pratiquez-vous votre prise en soin ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Au cabinet/établissement
- Au domicile de l'enfant
- Dans les environnements propres de l'enfant (crèche, école, cantine...) Autres
- 10. 9) a. Si autres, veuillez préciser les environnements.

10) Votre prise en soin auprès de l'enfant hypersélectif se fait-elle en présence des parent(s)/tuteur(s) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Les deux (certaines séances avec les parents)

10) a. Si oui, selon-vous cette présence influence-t-elle la progression de l'enfant dans sa thérapie ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

10) b. Selon vous, pourquoi ?

11) A quelle fréquence voyez-vous l'enfant hypersélectif en thérapie ? *

Une seule réponse possible.

- Toutes les semaines
- Toutes les 2 semaines
- Tous les mois
- Autre

11) a. Si autre, veuillez préciser.

12) Combien de temps dure, en moyenne, la thérapie d'alimentation auprès d'un enfant hypersélectif, utilisant les concepts de l'approche SOS ? * *Une seule réponse possible.*

- 3-6 mois
- 6 mois - 1 an
- 1 - 2 ans

Utilisation de l'approche SOS en ergothérapie

13) Lors de l'utilisation des concepts de l'approche SOS, déterminez-vous, au préalable, une liste d'aliments à atteindre avec l'enfant et les parents ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

14) Proposez-vous une méthode d'habituatation progressive en suivant le « steps to eating hierarchy » ?
(Je tolère, j'interagis, je sens, je goûte, je mange) * *Une seule réponse possible.*

Oui

Non

15) Vous basez-vous sur le critère de réussite déterminé dans les concepts de l'approche SOS (à savoir 30 aliments mangés au sens avalés et croqués) lors de la thérapie ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

16) Vous basez-vous sur d'autres critères de réussite pour objectiver une augmentation du rendement (=performance) occupationnel de l'enfant hypersélectif ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

16) a. Si oui, quel(s) est/sont-il(s) ?

17) En moyenne, au bout de combien de temps estimez-vous, que les concepts appliqués de l'approche SOS semblent-ils montrer leur efficacité ? * *Une seule réponse possible.*

Dès le début de la prise en soin

Pendant la prise en soin

A la fin de la prise en soin

Après la prise en soin

18) Selon vous, la thérapie basée sur les concepts de l'approche SOS, menée par l'ergothérapeute augmente-t-elle le rendement occupationnel d'un enfant hypersélectif, lors du repas ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

18) a. Pouvez-vous préciser ? *

19) Selon vous, les progrès de l'enfant en thérapie sont-ils transposés dans son quotidien avec ses parents, école/cantine, repas familiaux... ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

19) a. Sinon, quelle(s) est/sont la/les plainte(s) occupationnelle(s) qui persiste(nt) ?

20) Pouvez-vous m'orienter vers des familles ayant suivi la thérapie SOS avec vous et qui seraient d'accord pour s'entretenir avec moi ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

20) a. Si oui, merci de me partager vos coordonnées pour que je puisse vous contacter.

Si vous êtes redirigé(e)s vers cette section, c'est qu'une de vos réponses de la section 2 ne correspond pas aux critères d'inclusion et d'exclusion de ma population.

Dans le cadre de mon enquête, je m'intéresse aux ergothérapeutes utilisant les concepts de l'approche SOS (méthode d'habituation progressive) en thérapie d'alimentation.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Annexe 4: Tableau répertoriant les réponses brutes des ergothérapeutes interrogées par questionnaire

Questions posées :	Thématiques :		
Caractéristiques socio-professionnelle			
Variable (n=21)	Catégories	Effectif	Pourcentage
Sexe :	Homme :	0	100 % de femmes
	Femme :	21	
Année de formation au TAP	1990 :	1	4.7%
	2018 :	6	28.5%
	2019 :	9	42.8%
	2020 :	5	23.8%

Pratique professionnelle			
Utilisation de l'autre thérapies en complément :	Toujours :	4	19%
	Souvent :	14	63.6%
	Rarement :	2	9.5%
	Jamais :	1	4.7%
Les thérapies complémentaires	« Intégration neuro sensorielle »		
	« Sensoriel »		
	« INS, approche micro-graduée...»		
	« Intégration neuro sensorielle »		
	« Micro graduée, talktooth, Intégration sensorielle, co op,... »		
	« Concept Behaviorismes (guidance parental), intervention sur l'environnement (outils...) Approche micro graduée »		
	« Ins »		
	« Méthode micro graduée, intégration sensorielle »		
	« INS intégration neurosensorielle »		
	« Thérapie d'intégration sensorielle »		
« INS »			
« Intégration Sensorielle et Méthode micro graduée »			
« Approche d'Intégration sensorielle, approche par conditionnement opérant, approche comportementale, coaching familial »			

	<p style="text-align: center;">« Micro gradué, IS »</p> <p style="text-align: center;">« Micro gradué »</p> <p style="text-align: center;">« INS »</p> <p style="text-align: center;">« Comportementales, sollicitations oro-motrices, modifications de l'environnement, IS... »</p>
--	--

Environnement et approche SOS :
--

Lieu de la thérapie :	Au cabinet :	20	95.2%
	Au domicile de l'enfant :	12	57.1%
	Dans les environnements propres de l'enfant (crèche, école, cantine) :	9	42.8%
	Autres :	1	4.7%
Présence des parents durant la thérapie :	Oui :	8	38%
	Non :	0	
	Les deux :	12	57.1%
Influence de la présence parentale sur la progression de l'enfant :	Oui :	21	100%
	Non :	0	
Bénéfices ou limites de la présence :	<p style="text-align: center;">« Grande part d'éducation parentale dans la prise en charge des TOA donc présence souhaitée mais parfois un frein pour certains enfants qui progressent mieux seuls en séance »</p> <p>« J'utilise beaucoup la guidance parentale dans ce type d'accompagnement. Ce n'est pas en travaillant 45min par semaine ou 1 fois tous les 15 jours avec l'enfant qu'il va progresser. L'idée c'est que l'enfant puisse mettre en place ce que nous travaillons en séance à la maison. C'est pour moi primordial que les parents soient investis dans ce type de prise en soins. »</p> <p>« Cela peut être en + ou en -, les parents ont tendance à beaucoup s'adapter à leurs enfants et n'osent pas toujours sortir de cette zone "rassurante" »</p> <p>« La guidance parentale est indispensable. L'enfant va progresser avec ses parents et non pas avec moi qui le vois pour une prise en soin une fois toutes les deux semaines. C'est avec les parents que l'enfant va mettre en place ce que l'on a vu en séance, c'est avec eux qu'il passe la majorité de ses repas. Je ne me vois pas travailler sans les parents à mes côtés. »</p> <p style="text-align: center;">« Selon l'âge de l'enfant, cela favorise sa participation, d'autres fois, cela freine. »</p>		

	<p>« Car ce sont les parents qui transfère dans le quotidien. On est là pour les guider et avec cette approche, ils ont besoin d'être accompagné tout en étant acteur. »</p> <p>« Permet de reproduire à la maison ce qui a été vu en séance. »</p> <p>« Chez les familles qui consulte pour une sélectivité, l'alimentation devient un sujet très conflictuel. »</p> <p>« Le parent peut ensuite réutiliser ce qui a été fait au domicile »</p> <p>« Cela permet de reproduire la guidance proposée ensuite seul sur les moments des repas à la maison »</p> <p>« La guidance parentale permet l'application des conseils entre les séances, indispensable sur les parents, qui cuisinent, soit au cœur du projet de soin de l'enfant »</p> <p>« L'enfant voit que les parents sont informés des choses qu'ils savent faire et des choses à faire. Les parents apprennent comment faire pour aider leur enfant. »</p> <p>« La motivation de l'enfant à accomplir le défi est très différente en présence des parents. Cela peut être un frein comme un tremplin en fonction du défi, en fonction du parent, de la fatigue etc »</p> <p>« Cela permet notamment la guidance parentale. »</p> <p>« Meilleure reprise à la maison des stimulations, meilleure compréhension par les parents, guidance parentale »</p> <p>« Reprise du travail lors des repas »</p> <p>« Transfert des acquis + sollicitations quotidiennes et parents acteurs »</p> <p>« Généralisation des acquis, guidance parentale, validation de la "faisabilité" des stratégies au quotidien de l'enfant »</p>		
Fréquence du suivi :	Toutes les semaines :	7	33.3%
	Toutes les 2 semaines :	8	38%
	Tous les mois :	1	4.7%
	Autres :	4	19%
Autres :	<p>« Tout dépend de la demande, des possibilités en terme organisationnel, si les parents viennent de loin... L'idéal c'est une fois toutes les semaines. Mais concrètement, ayant peu de disponibilités c'est souvent réduit à une fois tous les 15 jours. J'ai également quelques patients qui viennent de loin et pour ceux-là je les vois 1 fois par mois en présentiel et 2 fois dans le mois en Visio pour la guidance parentale »</p> <p>« En général toutes les 2 semaines et puis quand on progresse bien par la suite 1 fois par mois. »</p>		

	<p>« Ca dépend vraiment de l'enfant, de la famille, des possibilités financières, et du moment de la PEC. Donc ça varie entre 1 à 2 x/semaine à 1x/mois et 1x/3mois »</p> <p>« Variable selon la disponibilité des parents et budget puisqu'ils doivent payer les services à mon cabinet privé »</p> <p>« 3 semaines »</p>
--	--

Utilisation de l'approche SOS en ergothérapie :

Critères de réussites de l'approche SOS :	Oui :	10	47.6%
	Non :	11	53.8%
Autres critères de réussites :	Oui :	18	85.7%
	Non :	3	14.5%

Autres critères de réussites :	<p>« C'est en fonction des retours des parents. C'est eux et l'enfant qui me disent comment ils ressentent l'évolution, comment ça se passe à la maison/cantine... On avance en fonction de cela »</p> <p>« Voir également si l'enfant présente un peu plus d'intérêt pour la nourriture, est ce qu'il reste/vient davantage en cuisine au moment de la préparation des repas ? demande-t-il de lui-même à goûter/découvrir un nouvel aliment, etc »</p> <p>« Sur les désirs de l'enfant et des parents. Si à 20 aliments dans le panel c'est suffisant pour eux, c'est OK pour moi. Dès qu'il n'y a plus de plainte occupationnelle c'est OK. »</p> <p align="center">« Atteinte des objectifs de la famille »</p> <p>« Le plaisir d'être à table, de goûter/manger, le recul du nauséux, etc... La réussite de manutentions pégor à la cantine ou chez des personnes qu'à la maison, l'augmentation des compétences parentales.</p> <p align="center">« Que les 30 aliments permettent une alimentation variée »</p> <p align="center">« Demande et satisfaction de parents et de l'enfant. »</p> <p>« Quand les parents n'ont plus besoin de cuisiner 2 ou 3 menus différents à chaque repas »</p> <p align="center">« Plaisir »</p> <p align="center">« L'intérêt et le plaisir de l'enfant à partager des repas ou encore des activités sensorielles tactiles dans le jeu notamment (dans l'herbe, le sable...) »</p> <p align="center">« Entretien avec la famille et selon les consommations de la famille »</p> <p align="center">« La taille des morceaux, la température tolérée, les mélanges possibles »</p>
--------------------------------	--

	<p>« Ce n'est pas en fonction d'une liste d'aliment que je crée les objectifs mais plutôt en fonction d'une performance occupationnelle : pouvoir manger à table et tolérer les aliments de la famille, pouvoir prendre l'apéritif, pouvoir fêter son anniversaire avec un goûter, pouvoir manger à la cantine 1jr/semaine... etc l'amélioration de la performance occupationnelle (rendement et satisfaction) permet donc de mesurer les progrès (cf MCRO) (donc peut être que l'enfant ne va pas manger de raclette mais tolérer d'être à table quand la famille mange une raclette. STEP : tolérer. chaque étape peut être un gain dans la performance occupationnelle même si bien sûr l'idéal est une augmentation du panel alimentaire) »</p> <p>« Moins de 30 car semble beaucoup au départ pour l'enfant. On définit surtout en fonction des habitudes alimentaires de la famille et de l'ensemble des troubles associés (difficulté de mastication, hypersensibilité...). Objectifs smart »</p> <p>« Satisfaction de l'enfant et de la famille, généralisation aux contextes réels, pouvoir répondre aux besoins nutritionnels de l'enfant et récupérer le plaisir alimentaire, enfant et famille en capacité de mettre en place des stratégies de façon autonome pour introduire des nouveaux aliments »</p>		
<p>Augmentation du rendement occupationnel de l'enfant avec l'approche SOS</p>	<p>Oui :</p> <p>Non :</p>	<p>20</p> <p>1</p>	<p>95.2%</p> <p>4.7%</p>
<p>Précisions :</p>	<p>« Il va aller plus de lui-même vers les aliments. Il prendra plus de plaisir, donc pourra aussi couper ses aliments... »</p> <p>« Place l'enfant au centre de l'activité, le rend acteur +, baisse de l'appréhension et des tensions liées au moment du repas, etc »</p> <p>« L'enfant va expérimenter de plus en plus au fil des repas et donc créer une habitation progressive peu importe la marche sur laquelle il est resté, il progresse et son rendement augmente »</p> <p>« La limite est autour du rendement : s'il est en termes de quantité, alors non, mais plutôt l'engagement dans l'activité, et le plaisir. »</p> <p>« Elle améliore la diversité du panel alimentaire et diminue ainsi le risque de carence. »</p> <p>« Il permet d'accéder à une alimentation varié et donc une prise de repas possible à la cantine, au restaurant, lors de goûter d'anniversaire ... »</p> <p>« Panel alimentaire plus élargi, plus d'engagement dans l'activité repas, moins de peur/stress/angoisse lors des invitations dans les lieux extérieurs (chez les copains, chez des amis, de la famille, à la cantine) »</p> <p>« L'enfant peut participer sereinement au moment du repas avec sa famille mais aussi être intégré à la cantine. »</p>		

	<p>« Elle accompagne à découvrir les aliments et ne force pas à avaler, elle permet de retrouver du plaisir à découvrir et expérimenter de nouvelles choses »</p> <p>« Augmentation du panel »</p> <p>« Ils ont la capacité de manger des nouveaux aliments qu'ils ne mangeaient pas avant et donc de se retrouver en situation de réussite lors des repas présentés par les parents »</p> <p>« Diminue la peur de manger de nouveaux aliments, sécurise beaucoup l'enfant dans les étapes à accepter un nouvel aliment »</p> <p>« Cela permet la découverte »</p> <p>« Meilleure participation au temps de repas familiaux, moins de crise et de frustration à gérer (enfant et parents), ambiance plus sereine autour de l'activité du repas... interaction familiale plus apaisée »</p> <p>« Augmentation du panel, découverte des aliments »</p> <p>« Prise en charge globale, prise en charge sensori-motrice, guidance parentale »</p>		
<p>Transposition des progrès dans le quotidien de l'enfant</p>	<p>Oui :</p> <p>Non :</p>	<p>21</p> <p>0</p>	<p>100%</p>
<p>Plaintes occupationnelles persistantes :</p>	<p>« Globalement c'est transposé. L'endroit le plus difficile reste la cantine car il est parfois difficile de pouvoir mettre en place tout ce que l'on fait en séance. »</p> <p>« La quantité alimentaire ingérée, et les progrès qui restent très progressifs et lents »</p> <p>« Parfois compliqué à la cantine : environnement moins adapté, plus stricte ou plus contraignant sur le plan sensoriel (bruit, odeur, etc.) »</p> <p>« Pas toujours notamment dans le cadre familial »</p> <p>« Parfois l'enfant participe bien en thérapie mais ne veut pas changer ses habitudes à la maison. »</p> <p>« La notion de quantité d'aliment ingérée »</p> <p>« Réticence »</p> <p>« Lenteur du processus et parfois découragement ou "rechute" »</p>		

Annexe 5 : Grille d'entretien avec les parents

Objectif : Déterminer si l'augmentation de ce rendement occupationnel est transposable dans tous les environnements de l'enfant hypersélectif.		
Sous objectifs :	Questions	Relances
Comprendre l'histoire de l'enfant de sa naissance à maintenant.	Généralités :	
	Pouvez-vous me parler de votre situation familiale ?	Etes-vous : marié, pacsé, en concubinage, divorcé ? Combien d'enfants avez-vous ?
	Quel est l'histoire de votre enfant (hypersélectif) ?	Quelle est son histoire médicale ? Est-il né prématurément ? A-t-il subi des interventions chirurgicales post-natal ? A-t-il des malformations congénitales ? A-t-il une pathologie ou un trouble spécifique (RGO, atrésie de l'œsophage...) ?
	Votre enfant a-t-il déjà suivi une prise en soin paramédicale ?	A-t-il déjà été suivi par un professionnel de santé (ergothérapeute, un orthophoniste, un gastro-pédiatre) ?
	Actuellement votre enfant dispose-t-il de plusieurs prises en soin paramédicales ?	Voit-il d'autres professionnels de santé (une orthophoniste, une psychologue...)?
Identifier les difficultés rencontrées par l'enfant et ses parents et les attentes vis-à-vis de la thérapie.	Difficultés rencontrées par les parents et l'enfant	
	Quelles étaient les difficultés rencontrées par votre enfant, dans son quotidien, avant la thérapie ?	Quel était le nombre d'aliments dans son panel alimentaire ? Mangeait-il des morceaux ? Avait-il un panel alimentaire diversifié (fruits, légumes, protéines, laitages, féculents) ? Dans quels environnements, votre enfant rencontrait-il des difficultés ? Repas familiaux, cantine, nourrice, crèche ?
	Quelles étaient vos difficultés par rapport à la situation de votre enfant, avant la thérapie ?	Eprouviez-vous un sentiment particulier, pour faire manger votre enfant, lors du repas ?
Comment et pourquoi vous êtes-vous tournés vers un ergothérapeute ?	Connaissiez-vous l'ergothérapie ? Comment vous êtes-vous orientés vers un ergothérapeute ?	

	Quelles étaient vos attentes vis-à-vis de la prise en soin ergothérapeutique de votre enfant ?	Quelles étaient vos attentes concernant son alimentation ? Votre situation familiale ? Son comportement ?
Identifier les éléments justifiant une augmentation pérenne du rendement occupationnel de l'enfant hypersélectif dans tous ses environnements.	Retour d'expérience sur le suivi ergothérapeutique et l'évolution de l'enfant	
	Comment s'est déroulé le suivi ergothérapeutique de votre enfant ?	Avez-vous assisté aux séances ? Avez-vous dû effectuer des changements dans vos habitudes de vie ? Votre relation avec l'ergothérapeute ?
	Avez-vous remarqué des changements dans le comportement de votre enfant, lors du repas, durant la thérapie ? Si oui, quels sont-ils ?	Selon vous, de quelle manière votre enfant vit-il le moment du repas ?
	Selon vous, les progrès de votre enfant effectués en thérapie se transposent-ils dans tous ses environnements ?	Rencontre-t-il encore des difficultés pour manger dans ses environnements ?
	Aujourd'hui, pouvez-vous dire que votre enfant mange normalement, depuis le suivi de la thérapie SOS ?	A-t-il un panel alimentaire > à 10 aliments ? est-il diversifié ? arrive-t-il à découvrir de nouveaux aliments sans que cela soit vécu comme une expérience négative ? Mange-t-il dans tous ses environnements ?
	Vos attentes, vis-à-vis du suivi ergothérapeutique de votre enfant et de la thérapie SOS, sont-elles satisfaites ?	Etes-vous satisfait de la thérapie ? du suivi ergothérapeutique ?
	Avez-vous d'autres choses à ajouter sur le sujet ? Avez-vous des questions ?	

Résumé : Le trouble de l'alimentation pédiatrique et l'utilisation de l'approche SOS en ergothérapie

En France, le trouble de l'alimentation pédiatrique touche 13 à 50% des enfants ayant un développement normal, au cours des 3 premières années de vie. Associé à ce trouble, l'enfant peut développer différents comportements notamment celui de sélectivité alimentaire sévère. L'alimentation étant une occupation de la vie quotidienne, l'ergothérapeute a son rôle à jouer face aux difficultés que peuvent rencontrer ces enfants.

L'étude vise à comprendre le rôle et les moyens de l'ergothérapeute pour permettre à l'enfant hypersélectif de retrouver un rendement occupationnel satisfaisant lors du repas. L'hypothèse dégagée met en avant que l'utilisation de l'approche Sequential Oral Sensory (SOS) to feeding par l'ergothérapeute influence le rendement occupationnel de l'enfant hypersélectif lors du repas.

Pour vérifier cette hypothèse, un questionnaire a été diffusé auprès d'ergothérapeutes. Des entretiens semi-directifs auprès de parents étaient demandés mais n'ont pu être aboutis. Les résultats mettent en avant une augmentation du rendement occupationnel de l'enfant lors du repas avec l'utilisation de l'approche SOS. Les ergothérapeutes relèvent une augmentation du panel alimentaire, du plaisir et une diminution de l'anxiété lors du repas. Notons que la majorité des questionnées utilisent des thérapies complémentaires à l'approche SOS. Les ergothérapeutes insistent sur l'importance de la guidance parentale nécessaire à la transposition de ce rendement dans tous les environnements de l'enfant.

L'approche SOS semble influencer le rendement occupationnel de l'enfant lors du repas mais l'absence d'entretiens auprès de parents ne permet pas de vérifier la transposition dans le quotidien de l'enfant.

Mots clés : Trouble de l'alimentation pédiatrique – Hypersélectivité alimentaire – Ergothérapie – Approche SOS – Enfant.

Abstract : Pediatric feeding disorder and using Sequential Oral Sensory approach to feeding in occupational therapy.

In France, pediatric feeding disorder affects 13 to 50% of children with normal development, during the first 3 years of life. Associated with this problem, child can develop various behaviors, in particular severe food selectivity. Food being an occupation of daily life, the occupational therapist has his role to play in the face of the difficulties that his children may encounter.

The study aims to understand the role and the means of the occupational therapist to enable hyperselective children to regain satisfactory occupational performance during meals. The hypothesis developed highlights that the use of the Sequential Oral Sensory (SOS) approach to feeding by the occupational therapist influences the occupational performance of the hyperselective child during the meal.

To verify this hypothesis, a questionnaire was distributed to occupational therapists. Semi-structured interviews with parents were requested but could not be completed. The results show an increase in the occupational performance of the child during meals with the use of the SOS approach. Occupational therapists note an increase in the food panel, pleasure and a decrease in anxiety during the meal. Note that the majority of questionnaires use therapies complementary to the SOS approach. Occupational therapists insist the importance of parental guidance necessary to translate this performance into all of the child's environments.

The SOS approach seems to influence the occupational performance of the child during meals, but the absence of interviews with the parents does not make it possible to verify the transposition into the child's daily life.

Keywords : Pediatric feeding disorder, severe food selectivity, occupational therapy, SOS approach, children