

ERGOTHÉRAPIE ET

L'OCCUPATION DU REPAS

PRISE EN SOIN DES TROUBLES DE
L'ALIMENTATION EN PÉDIATRIE

Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie

En vue de l'obtention du diplôme d'état d'ergothérapeute



UNIVERSITÉ
PARIS-EST CRÉTEIL
VAL DE MARNE

Vince Juliette
JUIN 2022

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, soussigné (e), *VINCE Juliette*, étudiant(e) en 3^{ème} 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 informé(e) 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 30.05.22

Signature :

 Vince Juliette

NOTE AUX LECTEURS

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

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma maitre de mémoire, Leïla Noblet, pour son accompagnement, sa disponibilité et ses nombreux retours.

Mes remerciements vont également à mes relecteurs, qui m'ont notamment permis de me corriger aussi bien sur la syntaxe que la grammaire. Merci à ma maman et Soso.

Merci à mes amies de promotion, pour le support et l'entraide. Pour notre petit weekend de travail de mémoire productif à Saint-Malo. Et merci pour ces trois belles années malgré les difficultés ambiantes.

Merci à mes amies de toujours, qui m'ont soutenu et écouté quotidiennement.

Merci à ma famille pour les bons moments et les encouragements juste avant de rendre l'écrit.

Et enfin merci à Kevin, de m'avoir supporté au quotidien.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	8
CADRE CONCEPTUEL	11
1. Le repas est une occupation	11
1.1. Le modèle PEOP	11
1.2. L'oralité et ses troubles	14
1.2.1. L'espace oral	14
1.2.2. Le développement de l'enfant en lien avec l'alimentation	15
1.2.3. Les troubles alimentaires en pédiatrie	18
1.3. Analyse de l'activité	21
2. La personne et son environnement	23
2.1. La personne	23
2.2. Son environnement : famille et lieux de vie	23
2.3. L'interprofessionnalité	24
3. L'ergothérapeute et les troubles de l'alimentation	27
3.1. L'ergothérapie	27
3.1.1. Définition et champs d'action	27
3.1.2. Formation	28
3.1.3. Evaluation et plan de traitement	29
4. La sensorialité	31
4.1. Neuroanatomie et physiologie des systèmes sensoriels	31
4.2. L'approche d'intégration neurosensorielle selon Ayres (ASI)	33
4.2.1. Description de l'approche	33
4.2.2. Principes de l'intervention et apports de la littérature	35
4.2.3. Intégration sensorielle et performance occupationnelle	37
METHODOLOGIE EXPERIMENTALE	39
1. Objectifs	39
2. Population : critères de recrutement et description	40
3. Outils et matériel	41
4. Résultats bruts	44
5. Analyse	48
DISCUSSION	57
Apports et limites de l'étude	60
CONCLUSION	62

GLOSSAIRE

AQOA = Association québécoise des orthophonistes et audiologistes

ASI = Ayres Sensory Integration (approche d'intégration sensorielle selon Ayres)

CIM-10 = Classification internationale des maladies

DSM- V = Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition

IS/INS = Intégration sensorielle ou intégration neurosensorielle

PFD = Paediatric feeding disorder

TA = Trouble de l'alimentation – trouble alimentaire

TAP = Troubles alimentaires pédiatriques

I- INTRODUCTION

Mon tout premier attrait pour les troubles alimentaires en pédiatrie m'est parvenue à la suite d'un reportage à la télévision, sur « La maison des Maternelles ». Ce reportage faisait écho d'une prise en charge, en ergothérapie, d'une jeune fille avec des difficultés alimentaires. Je me situe alors aux prémices de mes études en ergothérapie, et cette partie du métier m'est alors inconnue. Il m'apparaît, au fil de mes recherches et de mes stages, que l'ergothérapeute a toute sa place dans l'accompagnement de ces troubles. Se nourrir est une activité essentielle de la vie quotidienne et une occupation majeure dans notre vie d'adulte. Mais ça l'est encore plus dans la vie du tout petit. Bien que seuls experts de leur enfant, les parents peuvent rapidement ressentir le besoin d'être écoutés, orientés et épaulés dans cette activité de la vie quotidienne.

En m'intéressant aux troubles de l'alimentation en pédiatrie (TAP), j'ai pu parcourir un ensemble de sites et de réseaux pouvant mettre en lien les familles avec des enfants présentant des TAP, mais aussi des réseaux de professionnels les prenant en charge. Les questionnements qui en émanaient étaient souvent multiples et régulièrement les parents se questionnaient alors sur la nécessité d'aller voir un professionnel plutôt qu'un autre. L'évocation du rôle de l'ergothérapeute dans cette prise en charge, arrivait régulièrement dans un second temps et certains parents s'interrogeaient sur son rôle, et, pour certains, n'en avaient jamais entendu parler. J'ai mis en place une pré-enquête à destination de divers professionnels travaillant autour de l'enfant. Ce questionnaire visait à identifier la pratique autour de la prise en charge des troubles alimentaires en pédiatrie, ainsi que le lien entre les professionnels et la reconnaissance du rôle de l'ergothérapeute.

Cet ensemble d'interrogations de la part des familles ayant des enfants porteurs de TAP, m'a amené à me questionner sur la manière dont on pouvait promouvoir et identifier le rôle de l'ergothérapeute dans cette prise en charge des TAP.

C'est dans les suites de mes diverses recherches et questionnements qu'est apparu ma problématique suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute peut-il s'inscrire dans la prise en charge des troubles de l'alimentation en pédiatrie en utilisant une approche spécifique ?

L'avancé dans mon cursus de formation, m'a permis d'acquérir des compétences dans des domaines variés et de développer et comprendre le rôle propre de l'ergothérapeute et identifier ce qui en fait sa spécificité.

Les stages professionnels réalisés au cours de ces trois ans participent activement à la création de notre représentation du métier. J'ai pu réaliser deux stages en libéral. J'ai pu à travers ces stages entrer en lien avec la population pédiatrique que j'avais jusqu'alors peu côtoyée. La spécificité de cette population étant la prise en soin de l'enfant mais qui ne se fait pas sans l'accompagnement de la famille. Le premier stage en libéral a été réalisé avec un ergothérapeute qui comptait de nombreuses formations complémentaires. Au sein du cabinet se trouvaient d'autres professionnels et notamment des orthophonistes. J'ai pu observer les échanges et le travail en collaboration au sein du cabinet. Plus globalement, pour les prises en soin d'enfant porteur de troubles alimentaires, l'accès à des professionnels formés peut être un chemin complexe : trouver des professionnels formés et disponibles peut devenir un vrai parcours du combattant. L'accès aux professionnels semble parfois se réaliser en fonction de ceux qui ont des disponibilités dans leur planning, au détriment de la spécificité des compétences du professionnel.

L'utilisation du « *courant sensoriel* » dans la pratique des ergothérapeutes libéraux en pédiatrie, m'a amené à creuser cette approche et l'apport qu'elle pouvait avoir dans l'occupation du repas.

Je me suis alors questionnée sur ce qui pourrait notamment être une utilisation spécifique et une plus-value de la prise en charge en ergothérapie dans la prise en soin des troubles de l'alimentation en pédiatrie. À la suite de mes différents stages et mes recherches j'ai émis l'hypothèse suivante :

L'utilisation de l'intégration sensorielle permet d'améliorer la performance occupationnelle dans la prise des repas de l'enfant TAP

II- CADRE CONCEPTUEL

1. Le repas est une occupation

1.1. Le modèle PEOP

Lors de sa pratique, l'ergothérapeute utilise des modèles pour guider son intervention et son raisonnement clinique. Ces modèles se sont développés afin de mieux comprendre le fonctionnement occupationnel des personnes (Morel-Bracq, 2017). Dans le cadre de la réalisation de ce mémoire, j'ai fait le choix du modèle PEOP (Personne-Environnement-Occupation-Performance). Il fait partie des modèles généraux, élaborés par des ergothérapeutes. Le modèle PEOP a été créé pour la première fois en 1991 et révisé en 2015 par Baum, Christiansen et Bass. Il est basé sur la performance occupationnelle comme objet des interventions ergothérapeutiques. Ce modèle explore la relation dynamique entre les personnes, leurs occupations et leurs rôles, et les environnements dans lesquels elles vivent, travaillent et s'occupent. Le modèle PEOP est un modèle dit client centré. Il fonde sa pratique sur la personne : ses besoins, ses objectifs et ses désirs sont respectés (Fisher, 2009). Cette approche est top-down, puisqu'elle est centrée sur l'occupation, sur la tâche du client, et se base sur une analyse minutieuse de l'activité en amont (Fisher, 2014). Ce modèle permet que l'action soit portée directement sur les occupations de la personne avec pour but ultime d'optimiser la performance occupationnelle.

Comme évoqué précédemment, ce modèle identifie la personne, son environnement et l'occupation. Nous pouvons définir ces trois entités de la manière suivante :

La **personne** est « *considérée de manière holistique comme un composé de qualités mentales, corporelles et spirituelles. La personne apporte un ensemble d'attributs (composants de performances) et d'expériences de vie sur la transaction décrite comme la performance occupationnelle, y compris l'image de soi, le style de personnalité, le contexte culturel et les compétences personnelles* » [traduction libre] (Law and al., 1996). Les compétences personnelles font ici référence aux capacités liées aux performances motrices, aux capacités sensorielles, aux aptitudes cognitives et à la santé générale (Lawton & Nahemow, 1973). La personne présente des compétences et des habiletés physiques, sensorielles, cognitives spécifiques.

L'environnement : Selon Law (1991), le terme d'environnement « *est défini comme les contextes et les situations qui se produisent en dehors des individus et qui suscitent des réponses de leur part* » [traduction libre] (Law, 1991). Il contient l'environnement personnel, social et physique de la personne.

L'occupation est quant à elle définie comme un ensemble de tâches et d'activités fonctionnelles autogérées dans lesquelles une personne s'engage tout au long de sa vie. Selon la WFOT (World Federation of Occupational Therapists) : « *L'occupation représente toutes les choses que les gens font dans leur vie de tous les jours. Le but principal de l'ergothérapie est la participation des gens dans leurs*

occupations ». L'activité est considérée comme une suite d'actions réalisées qui concourent aux occupations. Elle est définie comme une activité singulière dans laquelle une personne s'engage dans le cadre de ses expériences occupationnelles quotidiennes. La tâche est définie comme un ensemble d'activités dans lesquelles une personne s'engage. Selon l'ENOTHE (European Network of Occupational therapy in Higher Education) une tâche est une « *succession d'étapes structurées (des actions et/ou des réflexions) conduisant à la réalisation d'un but particulier. Ce but peut être la performance de l'activité ou un travail attendu de l'individu* ». Dans une conférence ENOTHE, Hanneke Van Bruggen spécifie ces termes autour du l'occupation et précise la distinction entre chacun d'eux : « *Les étudiants qui ont toujours besoin de savoir si « une chose qu'on fait » est une occupation ou une activité. En 2004, Polatajko et ses collègues, ont estimé qu'il est possible de construire une taxonomie du mouvement volontaire à l'occupation dont le critère taxonomique est la complexité. Une occupation est donc plus complexe qu'une activité. Mais cela ne résout la question que dans des situations particulières. Par exemple si je dis que « prendre le petit-déjeuner » est une occupation, alors « boire son café » est une activité et « porter la tasse à la bouche » devient une habileté. Mais, si « boire » veut dire « avaler du liquide » alors c'est une habileté et si « boire » veut dire « être alcoolique », alors c'est une occupation. Autrement dit, il ne faut pas confondre les concepts liés à la taxonomie de l'occupation avec les « faire » qu'ils désignent. « Boire » peut être une occupation, une activité, une tâche, une habileté, une habitude, une routine : tout dépend du concept qu'il est nécessaire de mobiliser pour saisir ce qui nous intéresse dans « boire » à un moment donné en rapport au contexte» (VAN BRUGGEN, 2016). Dans le cadre de ce travail de recherche, l'occupation serait donc le repas. On pourrait décrire ici l'activité de s'alimenter. Et enfin, des habiletés multiples comprenant, entre autres, le fait de porter la nourriture à la bouche, réaliser la mastication permettant le passage de la nourriture vers le conduit alimentaire, etc.*

Au sein de ce modèle, les aspects temporels vont entrer en compte. Ils sont décrits par les modèles et les rythmes temporels qui englobent les routines occupationnelles des individus sur un jour, une semaine ou plus. Sur le long terme, ils représentent la durée de vie de la personne. Cet aspect est particulièrement important et varie en fonction des différentes périodes de la vie. Par exemple, une personne âgée va avoir des interactions personne-environnement plutôt communautaires qui vont impliquer différents individus et groupes autre que sa famille. Dans le cadre du mémoire, nous étudions la population pédiatrique, or un nourrisson est influencé en grande partie par les routines occupationnelles de ses parents et par l'environnement familial. En grandissant, l'enfant entrera sûrement en crèche ou à l'école, voyant ainsi ses interactions et ses environnements évoluer. Il paraît important d'en faire part ici, car les rythmes et les attendus en communauté (école, crèche, nourrice) peuvent être différents et changer les routines occupationnelles de l'enfant.

Cette approche vise à aboutir à la **performance occupationnelle** du client. Ce modèle permet alors d'appréhender les difficultés occupationnelles de l'enfant dans ses apprentissages, en tenant compte de l'ensemble des facteurs pouvant influencer sa performance (Law et al., 1996). La performance occupationnelle est une « *expérience dynamique et singulière d'une personne engagée à la réalisation d'une activité dans un environnement* » (Law et al., 1996). la performance occupationnelle « *peut être décrite comme le produit d'une relation dynamique et imbriquée qui existe entre les personnes, leurs professions et leurs rôles, et les environnements dans lesquels elles vivent, travaillent et se divertissent* » [traduction libre] (Christiansen & Baum, 1991). La performance occupationnelle prend en compte l'exigence de la tâche, l'exigence de l'environnement, les facteurs personnels et les fonctions corporelles de la personne, le tout dans un environnement sociétal et culturel. Son but est d'évaluer l'engagement dans la réalisation de l'activité, l'engagement dans la réalisation de la tâche, l'engagement dans la réalisation des divisions de tâches.

1.2. L'oralité et ses troubles

1.2.1. L'espace oral

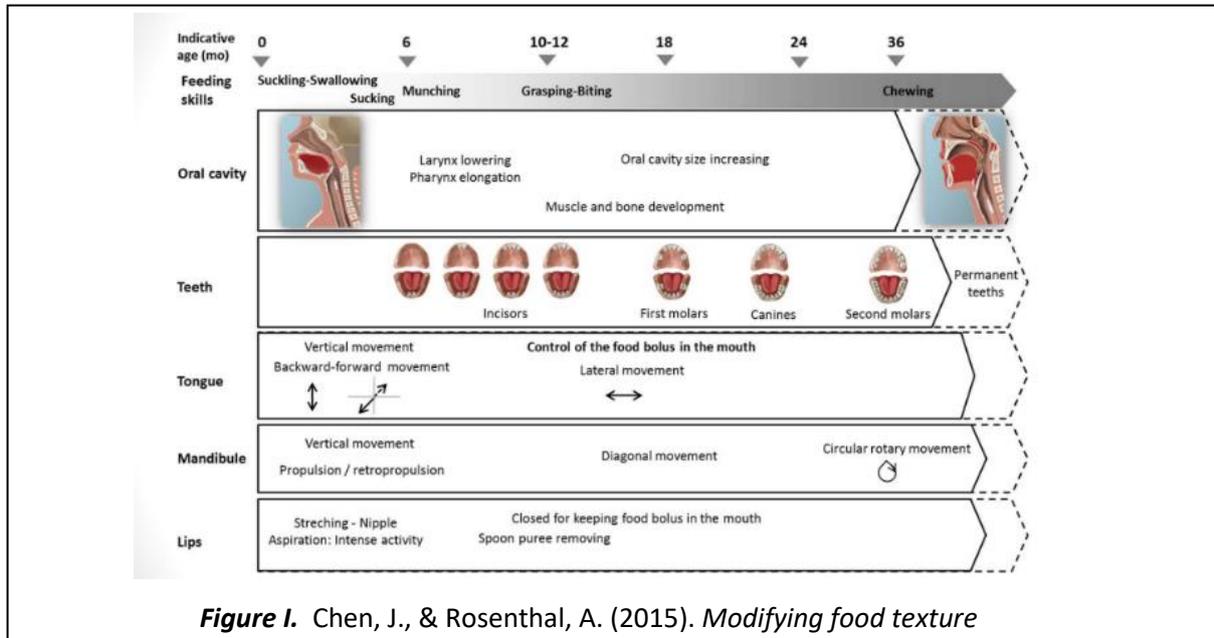
Le terme oralité est utilisé pour désigner « *l'ensemble des activités orales, c'est-à-dire réalisées par la bouche* » (Delfosse et al., 2006). Ainsi, il regroupe un ensemble de fonctions en lien avec la bouche comme l'alimentation, la communication, le langage, la gustation, la respiration. Karine Garcette, pédiatre gastro-entérologue à Paris, identifie deux catégories dans l'oralité : on parle de l'oralité verbale et l'oralité alimentaire. Le thème de ce mémoire nous invite à nous intéresser principalement à l'oralité alimentaire.

Le développement de l'espace oral débute à la période fœtale et continue son développement après la naissance. Le tableau ci-dessous, réalisé d'après l'article de Quetin (2015) et du cours de Blain (2016), identifie les différentes étapes de ce développement :

PERIODE FOETALE	
5 ^e semaines	Formation de la bouche primitive
9 ^e semaines	Début des mouvements ouverture/fermeture de la bouche
12 ^e semaines	Début de la déglutition
15 ^e semaines	Développement d'une succion
22 ^e semaines	Le fœtus est capable de goûter le liquide amniotique
NAISSANCE	
0-6 mois	Oralité primaire : oralité réflexe en lien avec le fonctionnement du tronc cérébral. Basée sur les réflexes archaïques de succion et fuissement La succion faites de mouvements de langues antéropostérieure Puis déglutition avec élévation de la langue
A partir de 6 mois	Oralité secondaire : oralité volontaire en lien avec le système cortical. Nécessite variations anatomiques : de la zone orale et du cou, augmentation du tonus du tronc et du cou pour la position assise maintenue. Met en jeu l'axe œil-main-bouche et la préhension volontaire
Vers 1 an	Fermeture des lèvres mature
Vers 3 ans	Mastication mature : mouvements de rotation de la langue

1.2.2. Le développement de l'enfant en lien avec l'alimentation

Au fil de son développement, l'enfant acquiert diverses capacités orales lui permettant de s'alimenter. Chen. & al. (2015) présentent le visuel suivant qui regroupe les différentes étapes du développement des capacités orales chez l'enfant (cf. Figure 1).



On note que l'enfant développe un ensemble de compétences alimentaires en grandissant (téter, avaler, sucer, croquer, grignoter, mordre, mâcher, ...). Ces dernières sont en lien avec une évolution dans les différentes sphères orales que sont la cavité orale, les dents, la langue, la mandibule, les lèvres. Les mouvements effectués par chaque organe de la cavité buccale vont évoluer permettant l'acquisition des nouvelles compétences alimentaires. La langue va par exemple passer d'un mouvement avant-arrière (suckling) vers un mouvement haut en bas (sucking) puis latéral. La mâchoire quant à elle, sera mise en action dans un premier temps par des mouvements de haut en bas (verticaux) pour évoluer vers un mouvement plus efficace qui est celui de rotation.

Concernant son développement global, l'enfant va développer un ensemble d'habiletés en lien avec son alimentation. Le tableau suivant en répertorie les grandes étapes (cf. Tableau 1).

0 à 3 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Réflexe de succion efficace - Sait trouver et happer le sein seul avec son réflexe de frouissement - Ouvre la bouche à la vue du sein ou du biberon - Porte ses mains à sa bouche (3 mois)
4 à 6 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Disparition du réflexe de succion (jusqu'à 5 mois environ) : alimentation- succion volontaire - Déglutition primaire - Patron de succion plus mature : mouvement de la langue haut-bas, et dissociation langue et mâchoire = Bébé écrase les aliments avec sa langue sur le palais. - Proposition de la paille peut être envisagée : vers environ 5-6 mois - Proposition d'utilisation progressive de la cuillère, donnée par le parent ou proposée en autonomie. Avec l'utilisation de cuillères souples, fines, plates et avec une petite contenance

	<ul style="list-style-type: none"> - Les premières dents apparaissent de manière variable : incisive bas puis du haut - Développement possible de l'exploration des aliments avec l'introduction des morceaux (6 mois) : texture fondante et facile à écraser - Possibilité d'introduire tous les groupes d'aliments (aliments allergènes,) dès le début de la diversification - De 4 à 8 mois : proposer à bébé des aliments mixés (préparation lisse)
7 à 9 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Mouvements latéraux : déplacement des aliments du centre de sa langue vers les côtés de sa bouche. La langue amène les aliments sur les gencives et bébé les écrase avec des mouvements de haut en bas « écrasement mandibulaire » - Saisit sa nourriture à l'aide de ses 4 doigts et ferme le poing à l'aide du pouce (prise latérale) – Vers 9 mois, prise plus fine (pouce index majeur). Utilise le « main-bouche » pour manger - Début de l'exploration des morceaux possible, lorsque l'enfant tient assis, par le « main-bouche » - Introduction possible de nouvelles textures à partir de 6-8 mois (environ 2 mois après le début de diversification) - Vers 8-10 mois proposer des préparations moulinées (préparation moins lisse) - Veut utiliser la cuillère : happage des lèvres sur la cuillère devient plus performant. A partir de 9 mois la cuillère peut contenir des quantités plus importantes.
10 à 12 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Mange avec ses doigts à l'aide de la pince pouce-index (début développement pouce index vers 9 mois) - Commence à boire à la tasse : la tasse peut être proposée plus tôt à l'enfant qui va pouvoir boire le lait en lapant - Commence à utiliser une cuillère : la cuillère peut être introduite vers 4-6 mois, en adaptant le choix de celle-ci - Mâche avec des mouvements rotatoires - Introduction progressive des morceaux
13 à 18 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Expérimente une grande variété d'aliments : peut démontrer certaines préférences alimentaires - Peut utiliser une cuillère, mais sa nourriture échappe fréquemment lors du transport vers la bouche - Début du travail bimanuel dissocié : une main peut maintenir la cuillère pendant que l'autre maintient le pot de compote.
19 à 24 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle davantage ses mouvements lorsqu'il boit dans un verre seul, réussissant progressivement à ne pas renverser le contenu du verre - Parvient à utiliser une fourchette et une cuillère - Découvre de nouvelles textures et de nouveaux goûts par une alimentation variée - Commence à demander ou refuser de la nourriture : ferme la bouche, tourne la tête pour ne pas manger un aliment
2 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Début de l'alimentation de table - Maîtrise des mouvements de la langue de haut en bas avec précision - Mastication rotatoire : permet de gérer des aliments de textures différentes (fibreuse, dure, mélangée)
3 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Peut étendre du beurre mou sur une tartine avec un couteau - Mastique efficacement la plupart des aliments - Peut verser du liquide d'un contenant à un autre : transvasements
4 ans	<ul style="list-style-type: none"> - 4 à 6 ans mastication mature. Permet à l'enfant d'utiliser moins d'énergie pour la mastication, devient automatique. Cela lui permet de pouvoir faire autre chose quand il mange (échanger, lire, ...) - Manipulation des ustensiles efficace

Tableau I. Tableau des habiletés en lien avec l'alimentation,
D'après les supports : Étapes du développement (Portail Enfance et Familles, s. d.) et Ruffier Bourdet (2022), et Santé Publique France (Recommandations 2021, dans le cadre du PNNS)

Le tableau (cf. Figure II) répertorie succinctement les différentes capacités nécessaires à l'enfant pour le repas :

Capacités	0-2/3 mois	3-6/7 mois	7-10/11 mois	11-15/16 mois	16-24 mois et plus
Alimentation (motricité orale)	tête	suce/mord	mâche	mastique	mastique bien
Texture des aliments (réactivité sensorielle)	liquide	purée	grumeaux	haché en morceaux	nourriture de table
Instruments	sein/biberon	cuillère	tasse/doigts	mange seul	fourchette
Langage	gazouille	babille	sons détachés	mots détachés	mots associés
Motricité fine	agite les doigts	saisit/retient	transporte	relâche/lance	griffonne
Motricité globale	soulève la tête	se tourne	s'assoit seul	se tient debout/marche	court/saute

Figure II. Tableau des problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. Ramsay (2001).

Ainsi, diverses fonctions entrent en jeu dans l'acquisition de la capacité d'alimentation chez l'enfant. Le comportement alimentaire de l'enfant est notamment en lien avec le développement d'autres compétences sensori-motrices. L'ensemble des compétences sensori-motrices de l'enfant dépendent de la maturation neurologique et des capacités d'apprentissage de l'enfant (Stevenson & Allaire, 1991 ; Ramsay, 2001 ; Sheppard & Mysak, 1984). En effet, l'enfant devra acquérir des fonctions sensori-motrices (le tonus, l'amplitude du mouvement, la force musculaire, la motricité fine, la coordination motrice) ; mais aussi :

- Des fonctions oromotrices (les réflexes oraux, la motilité, les tonus, la force musculaire de la structure orale et péri-orale, les praxies, la sensibilité orale et péri-orale, les mécanismes de protection, une respiration qualitative).
- Des fonctions perceptivo-cognitives (capacités visuelles et spatiales, les praxies, l'attention, la mémoire, le jugement, la résolution de problèmes)
- Et des fonctions psychiques (niveau d'éveil ou de vigilance, la motivation, l'image de soi, les valeurs culturelles).

Concrètement, mon enfant de 11 mois va commencer par découvrir et manipuler l'ensemble de la nourriture (utilisation de la motricité fine), il va ensuite tenter d'utiliser une tasse (faisant intervenir la motricité fine et orale). Pour toute la durée du repas il se tiendra en position assise : ce qui fait appel à sa motricité globale. Et durant ce temps, il échangera avec les personnes présentes autour de la

table par un le biais de divers sons dirigés vers les autres (motricité orale, compétences sociales, compétences langagières).

1.2.3. Les troubles alimentaires en pédiatrie

L'ensemble des parents vont, au cours du développement de leur enfant, être confrontés à des problèmes d'alimentation et de nutrition chez ce dernier. On parle par exemple du stade de néophobie alimentaire : cette peur de goûter, le refus de l'aliment nouveau, l'enfant qui n'aime plus. C'est une phase classique chez l'enfant « *La néophobie est particulièrement flagrante chez l'enfant : entre 2 et 10 ans, 77 % refusent de goûter spontanément les aliments qu'ils ne connaissent pas. Elle est donc considérée comme une période normale du développement. Rare avant 1 an et demi - 2 ans, elle se manifeste de façon particulièrement intense entre 4 et 7 ans* » (Thibault, 2004).

Cependant, dans certaines situations cliniques, on parle de troubles. Les troubles apparaissent quand les difficultés « *s'étendent au-delà des stades de développement de l'enfance, dans lesquels les problèmes d'alimentation et de nutrition sont très fréquents* » (Johnson et al., 2014). Les difficultés alimentaires touchent 24 à 35% des enfants au développement normal et 33 à 80% des enfants avec un retard ou un handicap développemental quel qu'il soit (Burklow, 1998). Le comportement alimentaire n'est pas psychologique mais découle de difficultés organiques ou sensori-motrices initiales. Longtemps nommés « *Troubles de l'Oralité Alimentaire* » (TOA) ou « *Troubles Alimentaires en Pédiatrie* » (TAP), en France, d'autres termes sont aussi utilisés. Il existe entre autres l'utilisation de dysphagie, de dysoralité sensorielle, d'anorexie mentale ou de phobie alimentaire. Ainsi, le terme oralité n'existant qu'en France, au niveau de la dénomination mondiale, on parle de « **Paediatric Feeding Disorder** » (PFD).

Selon l'OMS (organisation mondiale de la santé), dans la **CIM-10** (2016), « *feeding disorder of infancy and childhood : "varying manifestations usually specific to infancy and early childhood. It generally involves food refusal and extreme faddiness in the presence of an adequate food supply, a reasonably competent caregiver, and the absence of organic disease"*. La dénomination de ces troubles a évolué récemment. Depuis le 1er octobre 2021, la CIM-10 propose une classification de ces troubles sous deux distinctions : les troubles de l'alimentation pédiatriques aigus et les troubles de l'alimentation pédiatriques chroniques. Ainsi, les troubles alimentaires peuvent être qualifiés d'aigus lorsque leur durée est comprise entre deux semaines et trois mois et de chroniques lorsqu'ils perdurent au-delà des trois mois. Le **DSM-V** inclus un « *nouveau* » diagnostic dans sa 5^e édition en 2013. Il fait le tableau d'un trouble de restriction ou évitement de l'ingestion des aliments ou ARFID « *Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder* » ([voir annexe I](#)) pour remplacer le trouble de l'alimentation chez le bébé et jeune enfant du DSM4.

Cette avancée dans la dénomination de ces troubles note une reconnaissance de diagnostic à part entière et non plus seulement en tant que symptôme.

Concrètement, les troubles de l'oralité alimentaire peuvent notamment se manifester par un enfant qui ne va pas manger, qui peut sélectionner son alimentation, qui va manger des toutes petites quantités ce qui entraîne souvent l'inquiétude des parents. Pour (Havard & Carreau, 2009)) on considère un trouble de l'alimentation comme sévère lorsque la personne accepte moins de 10 aliments différents. Selon Bryant-Waugh et al (2010), les perturbations alimentaires courantes observées en milieu clinique comprennent :

- Un retard ou une absence de développement des compétences alimentaires
- Une difficulté à gérer ou à tolérer les liquides ou les aliments
- Une réticence ou un refus de manger basé sur le goût, la texture et d'autres facteurs sensoriels
- Un manque d'appétit ou d'intérêt pour la nourriture
- L'utilisation de comportements alimentaires pour se reconforter, s'apaiser ou s'autostimuler.

Goday et al. (2019) définissent les critères permettant d'identifier les troubles alimentaires en pédiatrie. Le premier critère est « *la perturbation orale alimentaire par rapport à l'âge réel de l'enfant, pendant plus de deux semaines, associée à un des éléments suivants :*

Une dysfonction médicale	<ul style="list-style-type: none"> - Détresse cardio-respiratoire pendant la prise alimentaire - Fausses routes et pneumopathies
Un trouble nutritionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Dénutrition - Carence nutritionnelle en lien avec un panel alimentaire réduit - La nécessité d'une nutrition artificielle ou de compléments alimentaires pour pallier le manque en alimentation et hydratation
Une difficulté de mise en place des compétences alimentaires, avec	<ul style="list-style-type: none"> - Modification des textures : liquides et/ou solides - Une adaptation des postures et/ou des outils - La mise en place de stratégies alimentaires
Un dysfonctionnement psychosocial	<ul style="list-style-type: none"> - Un comportement d'évitement au moment du repas (actif ou passif) - Une incapacité, pour les aidants, d'apporter les besoins nutritionnels et alimentaires - Une perturbation du fonctionnement social en lien avec le repas - Une perturbation des relations entre l'enfant et sa famille ou tuteur au moment du repas

Le second critère est le fait que « *les difficultés alimentaires ne sont pas en lien avec des troubles du comportement alimentaire, ni à un contexte social de manque de nourriture ou encore à une norme culturelle ou religieuse* ».

Les troubles de l'alimentation chez les enfants « *incluent le refus de manger, un comportement perturbateur au moment des repas, la rigidité dans les préférences alimentaires et une incapacité à maîtriser les techniques d'auto-alimentation* » (Silverman, 2015).

Concrètement les symptômes des troubles de l'oralité alimentaire peuvent être :

- Un néophobie alimentaire persistante.
- Une sélectivité alimentaire : des enfants qui vont trier par forme, par couleur, par textures ou températures.
- Des troubles du comportement au moment du repas, ou une lenteur au moment des repas.
- Une hypersensibilité associée, notamment tactile.

L'étiologie des troubles alimentaires pédiatriques est de plusieurs dimensions. En effet « *l'alimentation est un acte complexe qui fait intervenir de nombreux facteurs. Isoler une cause unique d'un trouble alimentaire est difficile. Les résultats des recherches envisagent donc une origine multifactorielle* » (Defosse, 2012). Ils apparaissent soit isolément ou additionnés avec des troubles divers. Berlin et al. (2011) ont rapporté que 48 à 85% des enfants ayant des troubles de l'alimentation ont deux autres troubles associés : du développement, du comportement et/ou médical. Ainsi, les causes des troubles alimentaires peuvent avoir :

Une origine **organique** : comme les lésions cérébrales traumatiques, les troubles neurologiques, la paralysie cérébrale, les pathologies digestives (allergies, maladie cœliaque, reflux gastro-œsophagiens, douleurs coliques fonctionnelles), les pathologies cardiaques.

Une origine **fonctionnelle** : comme les troubles de la déglutition, de la digestion, de la mastication, la prématurité, les divers phénomènes douloureux vécus (sonde d'intubation ou d'alimentation, intervention ORL, aspirations répétées, ...), les dyskinésies oro-oesophagiennes du nourrisson. Dans le cas de la prématurité, elle constitue un facteur de risque de développer des troubles de l'alimentation. Cela s'explique par le fait que « *durant une partie de son hospitalisation, le prématuré subit (...) un arrêt des expériences sensorielles de la sphère orale initiées in utero, remplacées par les sensations désagréables voire douloureuses qui accompagnent les soins répétés dans cette région de son corps. Il existe un retard d'investissement positif de la sphère orale, qui pourrait être à l'origine de troubles dans le développement ultérieur de son oralité* » (Quetin, 2015).

Une origine **sensorielle** : « *Un trouble de l'oralité alimentaire peut avoir pour origine une cause sensorielle. L'enfant peut présenter un trouble d'intégration sensorielle, c'est-à-dire une défaillance dans le traitement et la modulation des informations sensorielles qu'il reçoit* » (Ruffier Bourdet, 2018). Par exemple, il a également été démontré que la sur-sensibilité tactile a un impact sur les habitudes alimentaires et la sélection des aliments chez les enfants avec et sans développement atypique (Cermak, Curtin et Bandini, 2010).

Une origine **psycho-comportementale** : Bien que la clarté sur le lien entre émotivité et l'agitation alimentaire manque encore de précision, certaines études se penchent sur ce sujet. C'est notamment le cas des études de (Haycraft et al., 2011; Hafstad et al., 2013) qui ont recherché le lien entre émotivité de l'enfant et les troubles alimentaires de ce dernier. Ces dernières suggèrent « *qu'en raison de leur insatisfaction persistante dans la plupart des situations, les enfants qui obtiennent un score élevé en matière d'émotivité peuvent étendre ce mécontentement aux repas, montrant une réactivité émotionnelle accrue et peuvent, par conséquent, être plus difficiles à nourrir et perçus comme plus difficiles* » (Rendall et al., 2022).

1.3. Analyse de l'activité

Comme évoqué précédemment, dans la description du modèle PEOP, dans ce modèle top down, une analyse minutieuse de l'activité en amont est nécessaire (Fisher, 2014). L'activité appartient à la sphère de l'occupation évoquée dans le modèle. « *L'occupation est considérée dans le modèle PEOP comme ces choses que la personne réalise au quotidien dans un contexte spécifique et un temps déterminé. Du plus, cette occupation peut être réalisé par plus d'une personne, s'agissant alors de co-occupation* » (Morel-Bracq, 2017). Après avoir analysé les composantes de l'activité, l'ergothérapeute l'utilise comme un outil thérapeutique. Pour l'analyse des activités, il existe de multiples grilles d'analyse qui diffèrent selon les auteurs et leur utilisation. Globalement chacune s'accorde à les classer en fonction des compétences sollicitées : sensori-motrices, visuo-spatiales, cognitives, praxiques, exécutives, langagières, sociales, etc. (Alexandre & Lefèvre, 2010). Précédemment, dans ce travail de recherche, nous avons pu évoquer, dans la partie 1.2.2 (« *Oralité et ses troubles – Le développement de l'enfant en lien avec l'alimentation* »), les différentes compétences sollicitées par l'enfant pour acquérir la capacité d'alimentation. Dans le cadre de la pratique en ergothérapie, l'alimentation est définie « *comme la mise en place, l'organisation et l'apport de nourriture ou de liquide du vaisseau à la bouche et comprend l'auto-alimentation et l'alimentation des autres, tandis que la profession de manger est définie comme le fait de garder et de manipuler des aliments ou des liquides dans la bouche* » (Occupational Therapy Practice Framework, 2002). Ces compétences entrent ici dans l'activité du repas. Ainsi, « *pour manger, il faut être capable de se tenir dans une **posture** adaptée, tolérer l'aliment, le **toucher** pour en apprécier la texture, le **porter** à sa bouche, pouvoir se servir des **couverts**, avoir la capacité motrice et sensorielle de le **mettre en bouche**, avoir les capacités **praxiques** permettant de préparer le bol alimentaire et enfin disposer des capacités **fonctionnelles** pour le déglutir et le digérer*» (Ruffier Bourdet, 2018). Le contexte environnemental va impacter le moment du repas et notamment à travers les sens.

Nous avons pu voir la nécessité des compétences sensori-motrices, perceptivo-cognitives (visuospatiales, cognitives, praxiques, exécutives), oromotrices et psychiques. Mais comme évoqué dans le chapitre de l'ouvrage de Alexandre et Lefèvre (2010), l'activité, de façon générale, sollicite aussi des compétences langagières et sociales. C'est aussi le cas dans l'activité du repas. En effet, le repas est ainsi une activité de la vie quotidienne essentielle. C'est un moment social qui nous inscrit dans la collectivité. Lorsque l'individu peut rencontrer des difficultés d'alimentation ou de prise alimentaire, c'est toute la sphère de la personne et de son entourage qui en est impactée. Dans le cas des troubles d'oralité alimentaire chez un enfant, l'alimentation peut amener une anxiété chez les parents, car les enfants vont rencontrer des difficultés de sélectivité alimentaire qui vont impacter le moment du repas (Lamothe, s. d.)

2. La personne et son environnement

2.1. La personne

La personne est considérée de manière holistique comme un composé de qualités mentales, corporelles et spirituelles. « *La personne apporte un ensemble d'attributs (composants de performances) et d'expériences de vie sur la transaction décrite comme la performance occupationnelle, y compris l'image de soi, le style de personnalité, le contexte culturel et les compétences personnelles.* » [Traduction libre] (Law and al., 1996). « *Ce dernier facteur incorpore les capacités liées aux performances motrices, aux capacités sensorielles, aux aptitudes cognitives et à la santé générale* » [traduction libre] (Lawton & Nahemow, 1973).

Il apparaît aussi l'unicité de chaque individu : chaque personne développe sa propre sélectivité alimentaire : certains apprécient les épices, quand d'autres détestent les textures en gelée. Un facteur entrant en jeu dans ces préférences va être le facteur environnemental, culturel et éducatif. Par exemple, les personnes originaires d'Amérique du Sud ont souvent une résistance à manger des aliments plus pimentés, alors que les européens, eux, y sont moins accoutumés.

2.2. Son environnement : famille et lieux de vie

Rogers et Arvedson (2005), mettent en interaction le développement des habiletés d'alimentation et de déglutition avec les systèmes nerveux, cardio-respiratoire et gastro-intestinal, mais aussi avec les stimulations de l'environnement. L'environnement présente des facilitateurs et des obstacles concernant divers facteurs : la culture, la disponibilité des aliments, les valeurs et attitudes parentales et l'environnement physique et humain.

Dans la détection des troubles alimentaires en pédiatrie, les parents sont les interlocuteurs directs des professionnels de santé. En effet, l'interrogatoire des parents permet aux professionnels d'ajouter des données concrètes à leur analyse et de détecter s'il existe, ou non, un trouble chez l'enfant. Les professionnels vont questionner le quotidien de l'enfant et de son entourage. On cherche par exemple à connaître la durée du temps des repas, le fait que le repas soit ou non un moment stressant avec la présence de signes respiratoires chez l'enfant pouvant faire penser à du stress, la stagnation du poids de l'enfant ces 2 à 3 derniers mois, la difficulté aux nouveaux aliments ou aux nouvelles textures, etc. Lors de la prise en soin, l'ergothérapeute utilise la guidance parentale. Selon Laupies (2004) « *la guidance parentale désigne l'aide apportée par des professionnels à des parents en difficulté face à :*

- *Des évènements externes à la famille (agression d'un enfant, etc.).*
- *Des évènements internes à la famille (deuil, précocité intellectuelle, maladie psychique, handicap, adoption d'un enfant, échec scolaire, jalousie, etc.).*

- *Des crises familiales évolutives (séparation, divorce, recombinaison familiale, émergence d'un secret, etc.).*
- *Des difficultés éducatives (problèmes d'autorité, difficultés d'un parent seul, parent possiblement maltraitant, etc.) »*

Dans le cadre de ce travail de mémoire, les difficultés s'inscrivent dans les événements internes à la famille : les troubles de l'alimentation sont un handicap qui peuvent venir perturber l'équilibre familial. Le partenariat ergothérapeute/environnement social de l'enfant est essentiel comme l'évoque Chatelanat et al., (2003) « *les ressources professionnelles doivent s'allier aux ressources familiales de façon à déboucher sur un projet cohérent.* ».

L'occupation du repas, dans le cadre de la pédiatrie, peut s'inscrire dans ce qu'on qualifie de co-occupation. En effet, « *l'occupation est un « ensemble d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification* » (Townsend & Polatajko, 2013). Cette dernière peut être réalisée par plusieurs individus : on parle alors de « co-occupation ». L'ergothérapeute intervient en soutien de ces co-occupations.

En grandissant les troubles alimentaires peuvent passer inaperçus. En effet, l'adulte peut manger seul et choisir, sélectionner. Ainsi ses limitations d'activité dans le cadre du repas peuvent être moindres. Mais chez le jeune enfant, ces troubles alimentaires sont identifiés par l'entourage de l'enfant. En effet, les parents et le système vont avoir des attentes pour l'enfant : vivre en collectivité (école, crèche, ...), de manger ce que les autres lui préparent, d'apprentissage et de développement de son panel alimentaire ... Ainsi on note une limitation d'activité importante pour l'enfant et son entourage.

2.3. L'interprofessionnalité

Selon les résultats d'une étude de 2017 menée sur l'intervention **multidisciplinaire** intensive dans le cadre de la prise en charge des troubles alimentaires en pédiatrie, les résultats indiquent qu'un traitement intensif et multidisciplinaire présente des avantages pour les enfants ayant de graves difficultés d'alimentation (Sharp et al., 2017). Il apparaît alors l'intérêt du travail en **collaboration** entre les professionnels. Cette étude traitait principalement des disciplines suivantes : « *Core disciplines overseeing care included psychology, nutrition, medicine, and speech-language pathology/occupational therapy* ». Soit : la psychologie, la nutrition, la médecine, l'orthophonie et l'ergothérapie. « *L'approche de la dysfonction doit être pluridisciplinaire à une ère où le niveau d'expertise est tel, dans chaque secteur, qu'il est difficilement envisageable pour un seul thérapeute d'accéder à tous les niveaux de savoir* » (Gordon-Pomares, 2004). L'ordre des Ergothérapeutes du Québec a quant à lui réalisé, au début des années 2000, un sondage téléphonique dans le cadre d'un

groupe de travail. Il visait à « (...) *comprendre le caractère uni ou interdisciplinaire de l'intervention auprès des personnes présentant des troubles de l'alimentation tels que la dysphagie* ». Ce sondage réalisé auprès de 580 établissements de toutes catégories a permis « *de dresser un profil sommaire des équipes de professionnels impliqués. Ainsi, dans 209 établissements ayant affirmé recevoir une clientèle présentant divers troubles de l'alimentation, 145 disaient avoir recours aux services des ergothérapeutes, 82 aux services des diététistes et 67 aux services des orthophonistes* » (OEQ, 2001).

On utilise divers termes pour qualifier ce travail en **interprofessionnalité**. La **coopération** signifie que les professionnels vont avoir une mission commune définie et que chacun se répartit les activités à réaliser. La **collaboration** signifie que la mission est commune mais que les activités restent indépendantes. Par interprofessionnalité, on désigne ici la dynamique de collaboration et/ou de coopération entre les différents partenaires du soin, en tenant en compte de la pluralité des professions en interaction.

L'organisation des ergothérapeutes du Québec (2001) souligne l'intérêt de l'exercice en interdisciplinarité : « *l'ergothérapeute enrichit le plan d'intervention interdisciplinaire de sa contribution particulière et collabore avec d'autres professionnels autant pour procéder à une évaluation efficace et efficiente que pour déterminer et atteindre les objectifs d'intervention. Comme pour tout autre professionnel qui exerce seul ou en équipe restreinte, l'ergothérapeute peut au besoin recommander que son client soit évalué par un ergothérapeute plus expérimenté ou par un autre professionnel de la santé. Un tel complément d'information peut s'avérer nécessaire pour déterminer le plan d'intervention et de traitement le plus judicieux, soit parce que la situation de la personne requiert des compétences avancées dans le domaine, que le besoin d'information est situé hors du champ d'exercice de l'ergothérapie ou que l'activité à être effectuée constitue une activité réservée à un autre professionnel de la santé* ». Ils spécifient notamment l'intérêt d'un suivi multidisciplinaire dans le cadre des troubles alimentaire pédiatriques puisque ces derniers s'inscrivent souvent dans un schéma regroupant d'autres troubles associés qui va donc nécessiter une prise en charge interprofessionnelle. L'article de Ji Sun Jung et al., (2016) va aussi dans ce sens en soulignant la complexité de ces troubles de par la multiplicité de ces formes. « *A multidisciplinary approach to children with feeding difficulties is proposed for comprehensive evaluation and treatment because combinations of feeding problems are very common among children.* ». Ainsi, l'interprofessionnalité permet les échanges, l'apport de la spécificité de chacun des professionnels, et ainsi une efficacité dans la prise en charge de l'enfant.

La HAS émet des recommandations concernant les troubles du neurodéveloppement, leur repérage et l'orientation des enfants à risques. Au sein de ces dernières, elle aborde le déficit de trouble de l'oralité alimentaire et verbale. Pour ce type de déficit les interventions recommandées sont celles d'un orthophoniste, d'un kinésithérapeute, d'un ergothérapeute, ou d'un psychomotricien.

L'orthophoniste est un acteur privilégié de ce type de trouble. Il réalise un examen de la sphère bucco-faciale et des praxies, lui permettant notamment de déterminer les capacités de l'enfant nécessaires à la mise en place de son alimentation. La Nomenclature des orthophonistes évoque l'« *évaluation et rééducation des fonctions oro-myo-faciales* », le « *travail des muscles des lèvres, de la langue des joues et du visage et leurs fonctions associées (respiration, succion, mastication, déglutition, parole, ...* ». Dans le cas du trouble orofacial myofonctionnel (TOM) qui « *est un trouble qui fait référence à une fonction musculaire inappropriée et/ou à de mauvaises habitudes impliquant la langue, les lèvres, la mâchoire et le visage* » pouvant entrer en compte dans les troubles alimentaires en pédiatrie ; l'orthophoniste prend part dans la « *rééducation de la déglutition dysfonctionnelle* », la « *rééducation des dysphagies* », et la « *rééducation des anomalies oro-myo-faciales et de l'oralité* » (AQOA).

S'il convient de mentionner que certains champs d'action peuvent se recouper avec ceux d'autres professionnels (rééducation de la sphère oromotrice conjointe avec l'orthophoniste, par exemple), il convient aussi de préciser ce qui fait l'unicité et la spécificité de l'ergothérapie dans ce contexte.

3. L'ergothérapeute et les troubles de l'alimentation

3.1. L'ergothérapie

3.1.1. Définition et champs d'action

Les domaines clefs et spécifiques de la profession d'ergothérapeute sont les sciences de l'occupation. Nous avons pu définir l'occupation précédemment, mais il est nécessaire de le rappeler ici afin de permettre sa compréhension. L'occupation est définie comme un ensemble de tâches et d'activités fonctionnelles autogérées dans lesquelles une personne s'engage tout au long de sa vie.

L'occupation contient donc un ensemble de tâches, divisées en activités. Ici, prendre son repas s'avère être la tâche, et elle contient alors diverses activités.

Selon l'ANFE, l'ergothérapeute est un « *spécialiste du rapport entre l'activité et la santé. Il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé et d'autres part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace* ». Hotte-Réné (2017) spécifie le fait que le concept clé guidant l'intervention de l'ergothérapeute va être l'engagement du client dans des occupations significatives.

Le code de la profession, art 37, identifie que l'ergothérapeute a notamment pour rôle d'« *évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale* ».

Dans le cadre de ce sujet d'étude nous abordons la prise en charge des troubles alimentaires par l'ergothérapeute. L'Ordre des Ergothérapeutes du Québec (2001) souligne que le fait de se nourrir est une activité fréquemment répétée dans la vie de chacun, et qu'elle va articuler le rythme des personnes autour de ces temps de repas. Ainsi cette activité influence les habitudes de vie de la personne. « *Parce que s'alimenter est une habileté de la vie quotidienne importante, même essentielle pour la santé et le bien-être, et ce tout au long de la vie, ceci supporte bien le domaine d'intérêt pour la profession des ergothérapeutes* » (OEQ, 2001). Sur le plan international, « *notons que de nombreux états américains ont reconnu dans leur législation la compétence des ergothérapeutes dans ce secteur d'activités et que l'American Occupational Therapy Association émet un certificat de spécialiste dans le domaine de l'alimentation et de la déglutition pour les ergothérapeutes qui possèdent le profil de compétences requis* »(OEQ, 2001). L'ANFE a réalisé un support de communication sur les effets bénéfiques de l'ergothérapie dans l'alimentation (voir annexe II) et spécifie que « l'ergothérapeute

accompagne les enfants présentant un trouble de l'alimentation pour leur permettre de développer leurs capacités fonctionnelles pour s'alimenter, pouvoir appréhender sensoriellement le repas et la nourriture, installer correctement l'enfant et proposer des adaptations afin de faciliter la prise des repas.

3.1.2. Formation

La liste suivante est issue du décret de compétences des ergothérapeutes qui spécifie leurs actes professionnels, réalisé sur prescription médicale.

1. Des bilans ostéo articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, fonctionnels, d'autonomie, ou d'évaluation des difficultés relationnelles
2. La mise en condition articulaire et musculaire ou la facilitation d'une fonction, à l'exclusion des actes mentionnés à l'article L 487 du code la santé publique, permettant d'accomplir les actes définis au 3^e
3. Par l'organisation d'activité d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail
 - a. La transformation d'un mouvement en geste fonctionnel
 - b. La rééducation de la sensori-motricité
 - c. La rééducation des repères temporo-spatiaux
 - d. L'adaptation ou la réadaptation aux gestes professionnels ou de la vie courante
 - e. Le développement des facultés d'adaptation ou de compensation
 - f. Le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations
 - g. La revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création
 - h. Le maintien ou le reprise de l'identité personnelle et du rôle social
 - i. L'expression des conflits internes
4. L'application d'appareillages et de matériels d'aide techniques appropriées à l'ergothérapie

Ces actes professionnels peuvent, le cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement. Pour arriver à cet ensemble de compétences, l'ergothérapeute suit une formation sur 3 ans au sein de divers instituts de formation en France (au nombre de 26). La formation en ergothérapie proposée en France permet l'acquisition d'un ensemble de compétences acquises au sein d'unités d'enseignement (UE). Elles permettent d'obtenir des habiletés dans l'analyse de l'activité (UE 3.2 ; UE 3.4), l'anatomie et la physiologie (UE 2.1), des méthodes et techniques d'évaluation, l'évaluation des situations, de diagnostic et de conception de projet d'intervention (UE 4.1, UE 6.1), dans l'usage d'aides techniques (UE 4.6), dans l'ergonomie et les techniques et outils d'aménagement de l'environnement (UE 1.7, UE 4.7), dans l'utilisation du médiateur ludique (UE 3.2) mais aussi dans la neuropsychologie de l'enfant

(UE 2.5). Ces compétences permettent de former un socle pour s'inscrire dans la prise en charge des troubles alimentaires en pédiatrie.

Concrètement, dans les troubles alimentaires en pédiatrie, cet ensemble de compétence permet *«l'évaluation et le traitement du contrôle postural et du positionnement; l'utilisation des techniques thérapeutiques telles que la stimulation facilitant la déglutition ou la fonction oro-motrice et la normalisation du tonus musculaire et de la sensibilité; l'utilisation et l'enseignement de techniques d'alimentation ou de stratégies compensatoires, dont l'usage d'aides techniques; l'entraînement cognitif et comportemental visant à faciliter l'autonomie à l'alimentation. »* (OEQ, 2001)

Mais *« compte tenu de l'évolution constante des connaissances, des technologies et des pratiques professionnelles, tant au niveau des méthodes d'évaluation que des moyens d'intervention dans les troubles de l'alimentation, la formation professionnelle continue dans ce domaine est essentielle pour tous les professionnels intervenant auprès des personnes ayant des troubles de l'alimentation »* (OEQ, 2001). Pour cela diverses formations complémentaires peuvent être proposées. Dans le cas des troubles alimentaires en pédiatrie il existe plusieurs formations en France. Ainsi, *« Les connaissances et les habiletés professionnelles que les ergothérapeutes ont acquises par la formation universitaire de base, l'expérience de travail, la formation professionnelle continue et les études supérieures de niveau universitaire, leur permettent très certainement d'offrir des interventions de qualité aux personnes qui présentent des troubles de l'alimentation »* (OEQ, 2001).

3.1.3. Evaluation et plan de traitement

Pour guider sa pratique, l'ergothérapeute débute son suivi par un ensemble d'évaluations permettant de faire une photographie globale de la personne avec ses capacités et ses contraintes. Pour cela, l'ergothérapeute à en sa possession un ensemble d'évaluations. Dans le cadre des troubles alimentaires, l'ergothérapeute réalise l'évaluation :

- De la fonction neuro-musculo-squelettique de la personne : La motricité, le tonus, la coordination et la sensibilité des membres supérieurs, du cou, du tronc, du visage incluant les structures de la fonction oropharyngée, la posture, les réflexes.
- Des fonctions cognitives, perceptuelles, sensorielles, comportementales, psychiques de la personne.
- De son autonomie ou sa participation (préférences alimentaires, habitudes antérieures).
- Evaluation des influences environnementales : Les lieux et les contextes sociaux où sont pris les repas, les personnes en présence, les comportements des aidants et les techniques d'assistance qu'ils utilisent, la présence d'éléments de distraction (tactiles,

sonores, visuels), le type d'ustensiles, de couverts ou de biberons utilisés, l'influence des différentes consistances et textures d'aliments sur la capacité à avaler.

- Evaluation de l'impact des difficultés vécues sur les habitudes de vie de la personne et des aidants.

L'une des orientations dans la prise en charge en ergothérapie est **l'action sur l'environnement**. L'environnement de l'enfant participe au support de sa prise en charge dans le cadre des troubles alimentaires. En effet, dans certains cas il peut être nécessaire d'identifier toutes les stimulations inappropriées (sonores, tactiles, lumineuses, olfactives). L'ergothérapeute évalue aussi les influences environnementales « *les lieux et les contextes sociaux où sont pris les repas, les personnes en présence, les comportements des aidants et les techniques d'assistance qu'ils utilisent, la présence d'éléments de distraction (tactiles, sonores, visuels), le type d'ustensiles, de couverts ou de biberons utilisés, l'influence des différentes consistances et textures d'aliments sur la capacité à avaler* » (OEQ, 2001). Ainsi, en agissant sur l'environnement, l'ergothérapeute va ainsi identifier les comportements et stratégies mis en place autour du repas de la famille et de l'enfant. Il peut ensuite réaliser l'éducation du client, ou de sa famille.

L'ergothérapeute **agit sur la personne**. Il prend en charge les différents systèmes fonctionnels et notamment les habiletés lui permettant de boire et manger pour répondre à ses besoins nutritionnels. Il identifie aussi les caractéristiques des systèmes sensoriels.

Il apporte son expertise sur les aides matériels, les aides techniques au repas. Mais aussi sur l'aspect ergonomique, le positionnement.

L'ergothérapeute intervient pour « *l'analyse de l'activité à travers toutes ses composantes. Il analyse le repas, auprès des enfants, en évaluant les performances motrices sensorielles, cognitives, psychiques. Mais il analyse aussi les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux et les situations de handicap* » (Ruffier Bourdet, 2018). L'ergothérapeute va tenter **d'agir sur l'activité** afin d'augmenter le rendement occupationnel de l'enfant. L'alimentation est une occupation signifiante pour l'enfant et sa famille. Les objectifs peuvent être, entre autres, de permettre de diversifier le panel, d'augmenter les quantités.

Toutes ses actions visent à agir sur la performance alimentaire de l'enfant.

4. La sensorialité

Pour permettre le développement de l'alimentation, l'enfant adopte différentes phases sensorielles. Une phase visuelle lui permettant d'apprécier l'aspect des aliments, une phase olfactive et une phase gustative (Thibault, 2012a). Les sens olfactifs et gustatifs se développent pendant la vie intra-utérine par le biais du liquide amniotique. Puis les intégrations sensorielles du fœtus vont être relayées et renforcées à la naissance par la déglutition du lait, au cours de la tétée notamment.

4.1. Neuroanatomie et physiologie des systèmes sensoriels

Le cerveau est le principal organe du système nerveux central. Il a notamment pour rôle de réguler les fonctions corporelles en agissant sur divers paramètres (muscles, viscères, glandes). Pour cela il va coordonner différents systèmes que sont les systèmes sensoriels, les systèmes moteurs et les systèmes associatifs. Le système sensoriel a pour fonction de faire le lien entre l'environnement et l'organisme mais aussi communiquer des informations sur l'état de l'organisme. Les systèmes moteurs vont eux s'organiser et produire la réponse. Les systèmes associatifs permettent de faire le lien et d'intégrer les différentes informations issues des différentes aires cérébrales.

Il existe deux grandes voies pour les systèmes sensoriels. Premièrement, la voie extra lemniscale qui est la voie de la modulation sensorielle. Elle joue un rôle de régulation sur le tonus, le comportement, l'éveil, l'attention, les émotions agréables et désagréables, sur la posture. Cette voie est très sollicitée en période d'apprentissage. Elle permet notamment l'alerte et la protection, l'orientation et la connaissance du monde, ainsi que la création des automatismes.

Ensuite la voie lemniscale ou cognitive qui est la voie de la discrimination sensorielle. Elle a pour rôle d'informer sur le traitement spatial et temporel. Elle permet notamment la perception des gnosies (=reconnaissance par un de ses sens de la forme d'un objet, les personnes, les lieux), les apprentissages supérieurs, la prise de sens du monde, la création de représentations qui vont nourrir les praxies.

Il existe différentes entrées sensorielles externes ou internes.

La **somesthésie** est l'entrée sensorielle comprenant la **proprioception** et le **tactile**. Elle comprend le système tactile protopathique (modulation). Les modalités tactiles qui vont se nourrir des capteurs situés dans la peau qui sont sensibles à la couleur, la température et du tact grossier. Ce système va permettre de se protéger. Ainsi que le système tactile épicrotique (discrimination). Il est responsable de la reconnaissance, de la perception manuelle des objets, formes, textures, exploré manuellement. En lien avec la fonction motrice. Il permet le traitement spatial des propriétés de l'objet.

Le système proprioceptif, comprend lui des capteurs situés dans les muscles, tendons, articulations qui sont sensibles à la longueur, vitesse d'étirement, la tension, la force ... Il permet la sensation du

mouvement (modulation), mais aussi d'identifier les différentes positions de chacune des parties du corps, les unes avec les autres (discrimination).

Ainsi la fonction somesthésique est l'assemblage des deux modalités sensorielles. Elle est nécessaire pour l'élaboration du geste. Elle combine, en effet, les stimulations cutanées en lien avec la fonction motrice pour favoriser l'ensemble des mécanismes de types exploratoires que l'on retrouve dans toutes les phases d'apprentissage de la manipulation et de l'action sur les objets.

Le **système vestibulaire** n'a pas de zone corticale dédiée, il est présent dans toutes les aires. Ses récepteurs sont situés dans l'oreille interne. Il est sensible aux déplacements du corps, et notamment les accélérations et les décélérations linéaires ou giratoires (modulation), et fortement en lien avec le système visuel et la sensibilité profonde. Il permet aussi la conscience subjective de la position du corps et du mouvement dans l'espace (discrimination) permettant la sécurité gravitationnelle et la sensibilité aux mouvements.

La fonction **vestibulo-proprioceptive** va quant à elle assurer l'équilibre et le contrôle postural, la coordination des mouvements des yeux et de la tête (contrôle occulo-postural), la perception du corps ou d'une de ces parties dans l'espace. En effet, nos muscles (proprioception) obliques de l'œil horizontaux et verticaux sont situés dans le même plan que notre système vestibulaire.

Concernant le **système visuel** il est divisé en deux : la vision périphérique (modulation), avec les bâtonnets, qui participe à la vision nocturne et la détection des mouvements ; et la vision focale (discrimination), comprenant les cônes, qui participe à la vision diurne et des couleurs et permet l'analyse de l'image et la discrimination visuelle. Les deux travaillent ensemble pour nos praxies visuelles. La vision périphérique va contrôler la fovéa. La coordination du système focal et périphérique permet la mise en place d'une exploration visuelle de qualité et facilite les praxies oculo-motrices visuelles.

Mais aussi les systèmes **auditifs, gustatifs et olfactifs**.

L'information émanant des sens est ensuite traitée. Le cerveau a besoin de plusieurs modalités sensorielles coordonnées pour que le traitement soit présent voir facilité. S'il existe une mauvaise coordination des messages et des informations sensoriels on va voir apparaître une nuisance dans la réponse apportée. Pour bien comprendre son environnement, le cerveau a besoin que plusieurs modalités soient sollicitées, de manière identique. Concrètement dans la rééducation dans le cadre d'une prise en charge en intégration sensorielle le thérapeute va veiller à présenter les modalités « à *plusieurs* » et de manière cohérente.

4.2. L'approche d'intégration neurosensorielle selon Ayres (ASI)

4.2.1. Description de l'approche

L'intégration neurosensorielle est liée à l'ensemble des informations envoyées par nos sens à notre cerveau. Ce dernier va alors la recevoir, la traiter et l'organiser afin de produire les réactions adaptées en réaction. Une bonne intégration sensorielle va alors participer à la réception et l'interprétation de ces derniers, pour permettre d'interagir avec notre environnement de manière adaptée. « *L'intégration sensorielle est le processus neurophysiologique qui nous permet de réceptionner des informations sensorielles, puis de les intégrer pour percevoir notre environnement et utiliser notre corps. Nos sens reçoivent des stimuli sensoriels et les transmettent au cerveau. Le cerveau analyse et traite cette information et notre corps exécute une réponse adaptée (comportementale, motrice, ...) cette réponse apporte un « feed-back » et envoi des nouvelles informations à nos sens* » (Lequinio & Janot, 2019, p. 8). Le cerveau doit alors sélectionner, augmenter, inhiber, comparer et associer les informations sensorielles suivant des schèmes flexibles et en changement constant.

Jane A. Ayres est une ergothérapeute titulaire d'un doctorat universitaire en psychologie. Elle s'est intéressée à ce processus, et s'est notamment questionnée sur la capacité qu'à notre cerveau à traiter les informations et comment cela impacte notre quotidien, notre comportement et nos apprentissages. Elle a développé le concept d'Ayres Sensory Integration (ASI). Ce dernier base sa pratique sur les neurosciences en lien avec les tableaux cliniques. Cette approche contient la mise en place d'évaluations et d'interventions qui lui sont propres. Le point de départ de cette approche prend sa source dans différentes hypothèses selon J. A. Ayres :

- Les **informations sensorielles** sont un socle pour les apprentissages et les comportements
- **L'approche développementale** : cette approche considère que le développement des habiletés complexes n'est possible que si on possède un socle solide d'habiletés de base.
- La **neuroplasticité** : L'humain possède de la neuroplasticité ce qui permet au cerveau d'être capable de se développer sous l'influence de l'environnement. « *L'intervention ASI est basée sur le concept de neuroplasticité, c'est-à-dire que le système nerveux change en réponse à l'expérience. Ainsi, grâce à la participation guidée à des activités sensorimotrices ciblant les besoins individuels d'un enfant, l'intervention ASI est supposée améliorer la fonction, les compétences et le comportement comme base de la participation aux activités quotidiennes. Plus précisément, ASI propose que l'engagement actif, dans des activités sensorimotrices personnalisées, contextualisées*

dans le jeu, au bon défi, favorise les comportements adaptatifs via des changements neuroplastiques qui se produisent en réponse à ces expériences. » (Lane et al., 2019).

L'humain possède des « périodes critiques » au-delà desquelles le cerveau possède moins de capacités de développement.

- **La réponse adaptative** : C'est le comportement, la réponse que le client va avoir. C'est un élément clinique de base : la réponse adaptative est un marqueur de la qualité de l'intégration sensorielle.
- **La dynamique Intrinsèque** (motivation) désigne l'élan dynamique qu'un enfant porte pour vouloir découvrir. C'est sa capacité à faire, à être acteur, à avoir envie, à bouger. L'enfant va avoir une recherche naturelle d'expérience
- **La participation et l'engagement au quotidien** : la première des préoccupations des ergothérapeutes. L'ergothérapeute va chercher à identifier le problème de participation et d'engagement au quotidien. Il va chercher à identifier ce qui empêche l'enfant de faire, et ainsi pouvoir agir dessus.

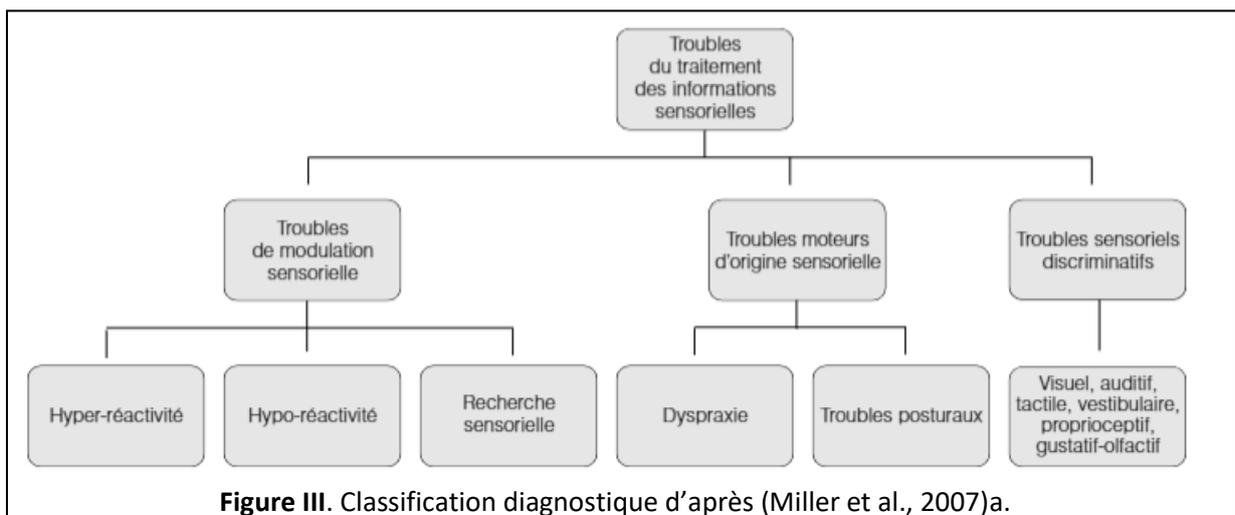
Cette approche s'appuie sur la pyramide des apprentissages (*voir annexe III*), contenant à sa base les systèmes sensoriels, comme socle des apprentissages. Ce socle permet l'acquisition d'habiletés plus complexes permettant, à son sommet, d'obtenir les capacités dans les activités de la vie quotidienne, les comportements, et les apprentissages académiques.

Bundy & Lane (2020) ont réalisé le dernier modèle en intégration sensorielle. Au centre, ils y placent les différents systèmes sensoriels (visuel, oculaire, proprioceptif, goût, odorat, ...) puis les fonctions qui dépendent de ces informations sensorielles (contrôle postural et oculaire, ...) et enfin les réponses reliées (hyper ou hypo activité). Ils ont aussi pu indiquer les différentes observations qu'il est possible d'identifier dans le comportement de la personne : l'organisation, la motricité fine, la recherche sensorielle, etc. Ils identifient d'une part la réactivité sensorielle : ce qui nous aide à rester calme avec un état d'alerte approprié ; ce qui nous permet de filtrer les informations sensorielles et ignorer ce qui n'est pas pertinent. Lucy Jane Miller parle des « *sensory modulation disorder (SMD)* » autrement dit les troubles de la modulation sensorielle qui sont selon elle les « *difficulté à transformer les informations sensorielles en comportement qui correspond à la nature et l'intensité du message sensoriel* ». Ces troubles sont divisés en trois sous-types : l'hypersensibilité sensorielle, l'hyposensibilité sensorielle, et la recherche intense sensorielle.

Bundy & Lane (2020) identifient d'autre part, la discrimination sensorielle qui comprend ce qui nous aide à faire. Elle nous permet par exemple de maintenir une bonne posture, d'identifier où nous sommes dans l'espace puis de pouvoir faire les choses (= praxis). Lucy Jane Miller parle des « *sensory discrimination disorder* » qui touchent la capacité d'interprétation et de différenciation des messages au sein d'un système sensoriel. Ces difficultés impactant « *la capacité pour différencier entre des*

sensations similaires est affectée dans un ou plusieurs systèmes : toucher, vue, son, goût, odorat, la perception des mouvements du corps (vestibulaire et proprioceptif), ou la perception de la sensation des organes (intéroception) ».

En 2007, Lucy Jane Miller a proposé une classification nouvelle (cf Figure III) des troubles sensoriels, spécifiant le trouble du traitement de l'information sensorielle « *Sensory Processing Disorder (SPD)* ». Actuellement, cette classification est celle référencée dans deux classifications diagnostiques (Zero TO Three, DC: 0-3R, 2005 ; Diagnostic manual for Infancy and Early Childhood of the Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders, ICDL-DMIC, 2005).



4.2.2. Principes de l'intervention et apports de la littérature

Pour reconnaître un thérapeute en intégration sensorielle, il faut qu'il soit attentif à 10 principes de l'intervention ASI. Ces derniers structurent l'intervention ASI. Ils sont répertoriés dans le cadre de ce mémoire (voir annexe IV). Smith Roley et al., (2007) en résumant les critères : seul un ergothérapeute formé peut pratiquer l'ASI; le plan d'intervention doit être préparé par l'ergothérapeute en fonction de l'évaluation globale et de l'interprétation des troubles INS ; la rééducation passe par le jeu qui est choisi avec l'enfant, il ne doit en aucun cas lui être imposé, permettant ainsi la motivation de l'enfant ; le thérapeute se doit d'adapter le niveau de difficulté afin de permettre « le juste challenge » toujours dans le but de maintenir la motivation de l'enfant et éviter de le mettre en échec, l'activité proposée doit être riche au niveau sensoriel et présenter plusieurs modalités sensorielles avec au moins deux des trois sens de bases (tactile, vestibulaire, proprioceptif) ; durant la séance le thérapeute veille à inciter l'enfant à contrôler sa posture, coordonner ses mouvements, planifier ses actions et ajuster son comportement face aux stimulus, cela vise à maintenir une régulation et un niveau de vigilance et d'alerte de l'enfant ; les praxies et l'organisation des activités doivent être favorisées dans le temps et l'espace ; mettre en place des environnements

changeants pour créer l'opportunité à l'enfant, de mettre en place des réponses adaptées face aux changements d'environnement.

Afin d'évaluer l'enfant, les professionnels disposent de différents instruments à destination des enfants présentant des signes de troubles du traitement des stimuli sensoriels : le « *Profil Sensoriel* » (Dunn, 2010), les « *Sensory Integration and Praxis Tests* » (Ayres, 1989) (*voir annexe V*), les « *Observations Based on Sensory Integration Theory* » (Blanche, 2002) et les « *Clinical observations* » (Bundy, Lane & Murray, 2002).

L'approche en ergothérapie fondée sur les principes de l'intégration sensorielle d'Ayres (ASI) est l'une des approches de traitement la plus utilisée en ergothérapie dans le domaine de la pédiatrie (Case-Smith & Miller-Kuhaneck, 1999); (Smith Roley et al., 2007). Des études nord-américaines (Brown et al., 2007) ; (Rodger et al., 2005) rapportent un pourcentage important d'ergothérapeutes (australiens et canadiens) dont la thérapie d'intégration sensorielle est toujours la principale intervention qu'ils utilisent. La revue de littératures à son sujet est vaste.

Des recherches soulignent le lien entre la sensibilité au goût et à l'odeur et une prédiction des agitations alimentaires plus importante, dans tous les groupes d'enfants (Cermak et al., 2010); (Smith et al., 2020a).

De nombreux supports de littératures évoquent l'intervention en intégration sensorielle d'Ayres auprès d'un public avec des troubles du spectre autistique (Cermak et al., 2010; Defosse, 2012)

Différentes analyses réalisées dans le cadre de l'étude de l'impact de la thérapie d'intégration sensorielle concluent au fait qu'elle n'apporte pas de preuve de son efficacité. Elles n'identifient pas nécessairement d'améliorations supérieures chez les enfants ayant suivi la thérapie en intégration sensorielle, par rapport à d'autres traitements ou ceux n'ayant reçu aucun traitement (Vargas & Camili, 1999 ; Polatjko, Kaplan & Wilson, 1992). Cependant, la faiblesse méthodologique de ces études semblent pouvoir être un critère pour les remettre en cause : « *faiblesses des plans expérimentaux associées aux critères d'inclusion des échantillons de l'étude, à la fidélité des principes de l'intervention sur l'intégration sensorielle et aux limites des mesures des résultats, qui ne parviennent pas à détecter une différence* » (Baranek, 2002a; Miller et al., 2007).

Récemment, Miller et al., (2007) ont publié sur l'efficacité de l'approche ASI en ergothérapie sur des enfants avec des troubles de la modulation sensorielle. Au sein de cette publication, l'approche a été comparée à deux autres traitements : le protocole d'activité, ou sans traitement. Cette étude montre, d'après la GAS (goal assessment tool), des résultats significatifs notamment dans les habiletés cognitives et sociales, l'attention, ainsi qu'une tendance à la réduction de l'hyperactivité.

A travers son étude récente, Cohn (2001) a montré que les parents et leurs enfants perçoivent les effets bénéfiques, de l'approche en intégration sensorielle, en identifiant une évolution des

performances de l'enfant dans ses activités de vie quotidienne, et notamment son engagement dans les activités nouvelles et sa confiance. La revue de May-Benson & Koomar, (2010), regroupant l'évaluation de 27 études concernant l'efficacité de l'approche, démontre l'efficacité de plus de la moitié des études concernant la régulation des comportements, les habiletés de lecture, la participation aux jeux et les habiletés sensori-motrices.

En France, la formation en intégration sensorielle est proposée, entre autres, par l'ANFE dans le cadre de la formation continue des professionnels. Cette formation « *Intégration sensorielle selon A.J. AYRES* » est constituée de trois modules : Fondements, Evaluation, Intervention. Les deux premiers modules pouvant être réalisés sur la même année, cependant le dernier module nécessite d'avoir pu observer plusieurs mois de pratique depuis les deux premiers modules.

4.2.3. Intégration sensorielle et performance occupationnelle

Les troubles alimentaires entraînent une invalidité telle qu'une déficience, une limitation de l'activité ou une restriction de participation, ou même une modification dans l'environnement (de garde, à l'école et dans les autres lieux impliquant des interactions au moment des repas). Ils nécessitent une prise en charge afin de restreindre ces limitations dans la vie du jeune enfant et de son entourage. Howe et Wang (2013) ont réalisé une synthèse des données probantes qui suggère que, lors de la prise en charge des troubles alimentaires en pédiatrie, diverses approches peuvent entraîner des résultats positifs dans les domaines de la performance alimentaire, de l'interaction alimentaire et de la compétence alimentaire des parents et des enfants. L'ergothérapeute s'inscrit dans cette prise en charge. Howe et Wang répertorient trois grands thèmes d'intervention. Pour cela l'ergothérapeute peut utiliser des interventions **éducatives et la guidance parentale**. L'étude de Holley et al. (2015) en est l'exemple. Elle démontre l'intérêt de l'apprentissage par observation, et la familiarisation de l'enfant à la nourriture par le biais de l'offre répétée. Mais aussi **des interventions physiologiques** et des **interventions comportementales**. Il est alors primordial d'identifier les étiologies du trouble afin de créer un plan d'intervention adapté à l'enfant. Marie Poirette, orthophoniste, identifie trois axes d'intervention :

- L'axe moteur : avec la capacité motrice à effectuer les gestes nécessaires pour manger.
- L'axe alimentaire : on va chercher à étendre le spectre des aliments, partir des aliments qu'il connaît pour aller vers des aliments inconnus.
- L'axe sensoriel.

Le modèle PEOP choisi pour ce travail est un modèle Top Down ; l'approche en intégration sensorielle appartient aux modèles d'interventions Bottom-up. Une approche Bottom-up ne fournit pas

d'indicateurs directs sur l'occupation mais sur le fonctionnement de l'individu. Il est alors nécessaire de définir les fonctions nécessaires à notre activité pour en identifier l'évolution. Le choix d'une intervention Bottom-up peut s'avérer intéressant dans le cas de la pédiatrie. Dans le cas des jeunes enfants, certaines occupations n'ont pas encore été essayées : on peut alors chercher à prévenir des problématiques futures dans le cadre des occupations, en intervenant sur les habiletés nécessaires. Cette approche d'intervention va permettre par exemple de tenter d'identifier les capacités et contraintes du fonctionnement et du comportement de la personne.

De nombreux apports littéraires et recherches ont tendance à opposer Top-down et Bottom-up afin de déterminer l'approche la plus efficace. Il existe notamment des recommandations concernant les approches ou méthodes en fonction des profils de patients. Cependant, dans le cadre du contexte clinique, ces deux approches peuvent s'avérer compatibles. Le modèle de type Top-Down va guider l'organisation et les objectifs de l'intervention, et l'utilisation d'une intervention Bottom-up permet l'application des méthodes et outils en adéquations avec l'objectif thérapeutique défini. Curtin, Molineux & Supik (2010) schématisent cette possibilité de combinaison à travers l'UFUM « *Umbrella Framework for Understanding models* »: « *Cette conceptualisation aide à clarifier les liens entre les principes fondamentaux et les outils thérapeutiques, l'intégration de la théorie et de la pratique, et soutient le raisonnement professionnel* » [traduction libre] (Curtin et al., 2010).

Divers articles ont étudié la relation entre les facteurs représentatifs d'un trouble du processus sensoriel et le rendement occupationnel des enfants. Ces articles ont été réalisés sur différentes populations : des enfants de maternelle, des enfants avec trouble du spectre autistique, des enfants « *typiques* », des enfants identifiés « *trouble du processus sensoriel* » (Ahn et al., 2004; Baranek, 2002a; Bundy et al., 2007) . Ces études relèvent notamment les difficultés ressenties par les enfants dans les situations quotidiennes, avec le ressenti d'inconfort pouvant être un frein pour acquérir les automatismes et routines nécessaires pour fonctionner efficacement.

Pour rappel la problématique de ce travail de recherche est : « *De quelle manière l'ergothérapeute peut-il s'inscrire dans la prise en charge des troubles de l'alimentation en pédiatrie en utilisant une approche spécifique ?* ». Et l'hypothèse est la suivante : L'utilisation de l'intégration sensorielle permet d'améliorer la performance occupationnelle dans la prise des repas de l'enfant TAP.

III- METHODOLOGIE EXPERIMENTALE

La rédaction de cet écrit a pour but de s'intéresser à l'intervention des ergothérapeutes dans la prise en charge des troubles de l'alimentation en pédiatrie, et particulièrement autour du repas. La problématique du mémoire est la suivante : **Par quelle approche spécifique l'ergothérapeute peut-il intervenir dans la prise en charge des troubles de l'alimentation en pédiatrie ?** Suite à un premier travail de recherche et d'échanges avec les professionnels, j'ai émis l'hypothèse suivante : **L'utilisation de l'intégration sensorielle permet d'améliorer la performance occupationnelle dans la prise des repas de l'enfant avec trouble de l'alimentation.**

Afin d'étayer mon propos, j'ai réalisé une enquête auprès de la population concernée afin de valider ou invalider mon hypothèse.

1. Objectifs

Pour débiter mon étude expérimentale j'ai émis différents objectifs qui sont les suivants :

- Identifier si les ergothérapeutes ayant la formation ASI¹ utilisent cette approche lors des prises en charge des troubles de l'alimentation en pédiatrie et à quel moment - Critères d'évaluation :

- Utilisation d'évaluations issues du modèle d'intégration sensorielle = Profils sensoriels, SPM= sensory processing measure), SIPT= sensory integration and praxis test (voir annexe V), autres.
- Intervention et traitement : Respect des 10 principes de l'intervention ASI (voir annexe IV)
- Activités initiées par la thérapeute mais avec un enfant réactif « *moyen dirigé* », ou initiées par l'enfant et le thérapeute a pour rôle de structurer l'intervention.

- Repérer l'impact de la prise en charge en ergothérapie sur l'évolution des troubles alimentaires chez l'enfant lors du repas - Critères d'évaluation :

- Evolution sur une partie des critères définis par Goday et al. (2019).
- Identifier à travers les témoignages l'impact de la prise en charge en ergothérapie concernant les troubles alimentaires.

- Déterminer s'il existe un lien de corrélation entre une prise en charge en intégration sensorielle et l'évolution de la performance occupationnelle de l'enfant TAP - Critères d'évaluation :

- Identifier les résultats visibles par les familles sur l'autonomie et l'indépendance de leur enfant à travers le recueil d'un listing des problèmes occupationnels liés au repas avant la prise en charge, puis du même recueil après le début de la prise en charge en ergothérapie.

- Identification d'un changement dans les tâches et activités liées au repas depuis la prise en charge en ergothérapie : avec cotation de l'intensité des problèmes occupationnels dans le questionnaire à destination des parents.
- Champ lexical de la satisfaction et du progrès ou évolution positive retrouvé dans les questionnaires.

2. Population : critères de recrutement et description

Pour l'enquête expérimentale, j'utilise deux moyens d'investigation l'entretien et le questionnaire. Ces outils seront décrits dans la partie qui suit. Avant cela, voici la description de la population choisie pour chaque outil.

Pour les entretiens auprès des professionnels, les critères d'inclusion sont les suivants :

- Ergothérapeutes exerçant en libéral, travaillant auprès d'une population pédiatrique d'enfants souffrant de troubles de l'alimentation (TAP). Les TAP sont définis ici selon les critères de l'article écrit par Goday (Goday et al., 2019a).
- Ergothérapeutes ayant été formés en Intégration sensorielle. L'ergothérapeute doit avoir suivi les deux premiers modules ou alors l'ensemble de la formation, soit les trois modules.

Concernant la population des parents / des clients, les critères d'inclusion sont :

- Parents d'un enfant avec des troubles de l'alimentation
- Enfant porteur de trouble d'alimentation
- Enfant ayant un suivi en ergothérapie depuis 6 mois et plus. L'approche en intégration sensorielle est une approche bottom-up. La temporalité est nécessaire pour noter une évolution dans le cadre de l'approche en intégration sensorielle : entre 6 mois et 1 an.

Les critères d'exclusion sont :

- Parents qui ne sont pas d'accord pour qu'on les interroge sur le suivi
- Parents d'enfants avec troubles de l'alimentation ayant débuté un suivi récent en ergothérapie pour ses troubles (moins de 6 mois)

Pour réunir mon échantillon de population et atteindre mon publique cible, j'utiliserai divers procédés :

- Les réseaux sociaux et les groupes d'entraide (Le groupe Facebook « Ergothérapie et Troubles de l'oralité alimentaire », « le forum du groupe miam-miam », « Ergothérapie et intégration sensorielle »),

- La réalisation, au cours de mon cursus, de deux stages en libéral avec des professionnels prenant en charge ce type de population. Les contacts gardés avec mes tuteurs me permettant d'utiliser leurs réseaux pour la diffusion de mes questionnaires ainsi que pour les demandes d'entretiens,
- La diffusion des questionnaires à destination des parents, par le biais des professionnels que j'ai eu en entretien auparavant,
- Des contacts de professionnels transmis par certains membres de ma promotion, ayant réalisée un stage auprès de ce type de population,
- Le mailing auprès de cabinets libéraux.

3. Outils et matériel

3.1. Outils d'investigation : Les entretiens à destination des professionnels

Les entretiens utilisés pour ce travail de recherche sont des entretiens semi-directifs à destination des ergothérapeutes. « *L'entretien est l'outil d'investigation prioritairement utilisé lorsque le chercheur réalise une étude qualitative. Comme l'expliquent Blanchet & Gotman (2010) l'entretien est pertinent pour les études cherchant à mettre en évidence : le mode de pensée des enquêtés (c'est-à-dire leurs raisonnements, leurs points de vue, leurs représentations) ; la description des pratiques sociales ; le mode de pensées des enquêtés et la description des pratiques.* » (Demony, 2016). Concernant la contrainte temporelle, l'objectif était d'interroger un échantillon non-représentatif mais caractéristique des ergothérapeutes travaillant auprès d'un public pédiatrique avec des troubles de l'alimentation (Fenneteau, 2015). Cinq professionnels en activité ont répondu à cet entretien. Afin d'orienter l'entretien, une grille d'entretien (voir annexe VI) a été réalisée. Cette dernière se divise en trois thèmes.

- Une partie sur les généralités et les caractéristiques socio-professionnelles, permettant de situer la population interrogée.
- Puis les moyens et outils utilisés par les professionnels. Cette partie se divise en trois sous-parties :
 - L'accueil et l'évaluation
 - Le sensoriel
 - L'intervention
- Et enfin les résultats visés et les résultats obtenus au cours de la prise en charge en ergothérapie.

Ce guide visait à structurer les échanges et attendus dans les réponses des personnes interviewées, tout en permettant une certaine souplesse dans ces derniers. En effet, le but de ces entretiens semi-directifs était un échange sur la pratique des professionnels, afin d'identifier leur pratique. Il semblait nécessaire que la conversation invite la personne interrogée à ajouter des précisions, et permette aussi de rebondir et d'ajouter de nouvelles questions si nécessaire. Cependant le choix d'un entretien semi-directif nécessite que l'enquêteur recentre les questions posées au fil de l'entretien afin de ne pas perdre de vue l'objectif qu'il s'était fixé (Blanchet & Gotman, 2010).

En amont des entretiens auprès des professionnels, la grille d'entretien a été testée auprès d'un ergothérapeute travaillant dans le domaine du libéral avec un public pédiatrique. Par la suite, ce support a été réajusté notamment concernant la formulation de certaines questions mais aussi réorganiser l'ordre des questions quand cela était nécessaire.

Ces entretiens ont été réalisés majoritairement en visioconférence (80%), et l'un deux a pu être réalisé en présentiel (20%) grâce à la proximité géographique avec le professionnel interrogé. Les entretiens en visioconférence ont été enregistrés (vidéo et audio) après en avoir informé les professionnels. Cela a permis par la suite de les retranscrire. L'entretien en présentiel a été enregistré de manière audio. Des exemples de retranscription sont disponibles à la fin de ce travail ([voir annexes VIII et IX](#)).

Le nombre de personnes interrogées s'élève à 5 professionnels. Contrairement aux questionnaires, les entretiens n'ont pas pour but d'être représentatifs. Ici, ils viennent apporter de la singularité dans les pratiques. Il s'agira ensuite de les mettre en relief au regard des recherches et des données déjà existantes.

3.2. Outil d'investigation : les questionnaires à destination des parents

Afin d'appuyer les propos des professionnels, un double test est réalisé. En effet, en parallèle de ces entretiens visant les professionnels en ergothérapie, un questionnaire ([voir annexe VII](#)) visant les parents d'enfants suivis dans le cadre de la prise en charge des troubles alimentaires a été réalisé. « *Les aspects objectifs de la performance occupationnelle peuvent être évalués par des outils d'évaluation, alors que les aspects subjectifs de la performance occupationnelle doivent être évalués par les dires de la personne elle-même* » (Morel-Bracq, 2017). Il paraît donc nécessaire d'étudier les aspects subjectifs de la performance occupationnelle auprès de la personne elle-même. Dans le cadre des prises en charge en pédiatrie, le client est plus spécifique : on désigne ici l'enfant et son/ses parents. Concernant le questionnaire à destination des parents une enquête auto-administrée a été réalisée. Les répondants ont accès au questionnaire par la plateforme Google Forms. Le lien pour accéder au questionnaire leur est transmis par le biais des ergothérapeutes les prenant en charge ou par le biais des réseaux sociaux puis ils y répondent seuls sur la plateforme Google Forms. Ce type de

questionnaire nécessite une formulation très précise et claire des questions car les personnes interrogées sont seules au moment de leur réponse. Concernant sa construction, il contient lui aussi une partie sur les généralités et les caractéristiques socio-professionnelles. Des questions à choix multiples ont été couplées avec des questions à réponses courtes. Les questions sont un mélange de questions fermées (oui-non-ne sait pas), ainsi que certaines questions ouvertes permettant à l'interrogé de donner plus de précisions dans sa réponse, sur des sujets le nécessitant.

Cet outil a été testé avant son utilisation : sur une personne extérieure au sujet et au monde médical-paramédical afin d'identifier la formulation des questions et la logique de leur ordre d'administration. De plus, cela a permis d'identifier si les termes utilisés et les questions posées ne méritaient pas plus de précision ou une éventuelle reformulation, dans le cas de ce questionnaire à destination des parents. Les incohérences remarquées ont été modifiées (ordre des questions, vocabulaires utilisés, ajout de questions).

La construction du questionnaire suit le déroulé suivant : d'un un premier temps un bloc de questions signalétiques qui vise à décrire les répondants (sexe, âge, ...), puis des questions visant à identifier le parcours de santé suivi par l'enfant et son entourage, et enfin les résultats observés ou non, en termes occupationnels, par l'enfant et sa famille dans le cadre de ces prises en soin.

Afin de pouvoir identifier si l'ergothérapeute qui les suivait était formé en intégration sensorielle, une case était dédiée au nom et prénom du professionnel qui les suivait. Par la suite, les formations de ces derniers ont été vérifiées : soit par des recherches internet, ou en leur envoyant directement un mail auquel les retours ont toujours confirmé leur formation en Intégration sensorielle.

RESULTATS et ANALYSE

4. Résultats bruts

Afin d'établir une photographie de la population interrogée, la première partie portera sur une présentation des résultats bruts des entretiens et des questionnaires. Pour cela, la grille d'entretien (voir annexe VI) était divisée en trois thèmes : les généralités et caractéristiques socio-professionnelles, les outils et moyens utilisés, et les résultats observés. Le questionnaire à destination des parents (voir annexe VII) contient trois parties distinctes : les généralités et caractéristiques socio-professionnelles, le parcours de soin, la prise en charge en ergothérapie et la performance occupationnelle. Les premières parties de l'entretien et du questionnaire permettent de caractériser la population interrogée.

4.1. Généralités

4.2.4. L'entretien à destination des professionnels

Le nombre d'ergothérapeutes interrogé est de 5 professionnels (N=5).

- **Généralités et caractéristiques socio-professionnelles** (cf. *Tableau I.*) (voir annexe XI) :

Tableau I. Généralités et caractéristiques socio-professionnelles des ergothérapeutes interrogé.e.s par entretien (n=5)			
Variable	Catégories	Effectif	Pourcentage
Pays d'exercice (N=5)	France	4	80%
	Suisse	1	20%
Formations suivis (N=5)	Intégration sensorielle	5	100%
	Troubles de l'alimentation	4	80%
Ancienneté de pratique en ergothérapie (N=5)	Moins d'1 an	1	20 %
	1 ans – 6 ans <	1	20 %
	=/+ 6 ans – 10 ans	2	40 %
	10 ans et plus	1	20 %
Fréquence de pratique en TOA (N=4)	Légère (1x/semaine)	1	25%
	Modérée (2-5/semaine)	1	25%
	Intense (5x+/semaine)	2	50%

Sur les 5 professionnels interrogés, la totalité (100%) exerce actuellement en libéral. 4 professionnels (80%) exercent en France, et 1 ergothérapeute (20%) en Suisse. Leur ancienneté de pratique est hétérogène : elle va de moins d'un an de pratique, à plus de 10 ans (17 ans).

L'un des critères d'inclusion étant le fait d'être formé en intégration sensorielle, l'ensemble de la population (100%) interrogée est donc formée. La formation en trouble de l'oralité n'était pas un

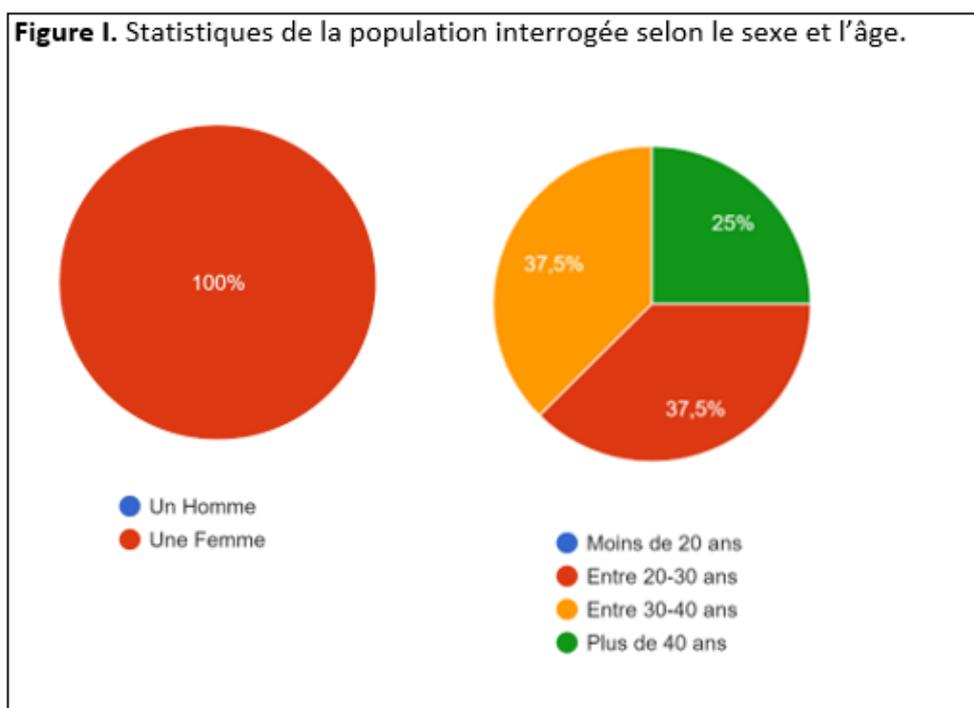
prérequis à la population interrogée : 80% des ergothérapeutes ont réalisé une formation en troubles de l'alimentation. L'ergothérapeute n'ayant pas réalisé cette formation souligne qu'elle compte se former prochainement. Concernant la fréquence de pratique auprès d'enfant présentant un trouble alimentaire, le nombre total de professionnel descend à 4 sur 5, car l'un d'entre eux n'a pas pu donner de nombre hebdomadaire, en expliquant qu'il s'intégrait toujours dans un suivi plus global, et jamais seulement pour des prises en charge spécifiques à l'alimentation. Un quart des professionnels à une fréquence légère (1 fois par semaine) de pratique auprès de ce public, un quart présente une fréquence modérée (2 à 5 fois par semaine), et la moitié des professionnels rapportent une pratique intense (5 fois par semaine ou plus).

Concernant la présentation que chaque professionnel va faire de son rôle dans la prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire (voir annexe XII), 4 des 5 professionnels interrogés estiment qu'il est nécessaire d'interroger la famille sur ce qu'elle connaît du métier d'ergothérapeute et de son rôle. Ils redéfinissent quasiment en systématique leur rôle et précisent le lien avec l'alimentation en utilisant notamment les termes d'activité de la vie quotidienne ou d'occupation: « *réhabilitation d'activité quotidienne et pour améliorer leur performance dans le repas* », « *l'alimentation est une activité du quotidien et que c'est nécessaire de permettre aux enfants d'être indépendant et autonome sur cette tâche-là* », « *Je leur explique les composantes dont l'enfant a besoin pour manger : l'aspect sensoriel, l'aspect social, moteur ...* », « présenter par rapport à tout ce qui est occupation ». 60% des professionnels interrogés spécifie la relation à l'enfant et à ses parents dans des termes familiers au partenariat et la collaboration : « *partenaire* », « *acteur* », « *contrat* », « *double implication* », « *ensemble* ».

4.2.5. Le questionnaire à destination des parents

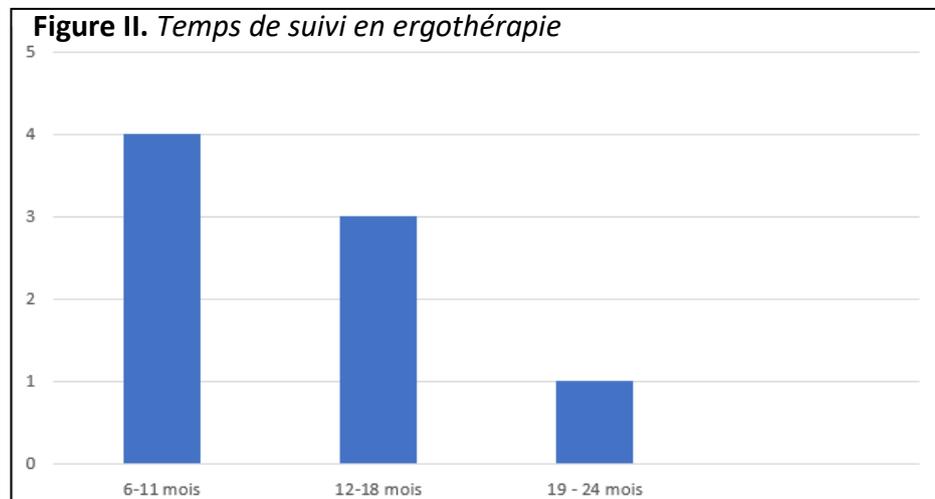
Le questionnaire à destination des parents d'enfants porteurs de troubles de l'alimentation a touché 10 répondants en ligne. Cependant, deux questionnaires ne rentraient pas dans l'un des critères d'inclusion de départ qui était « l'enfant bénéficie d'un suivi en ergothérapie dans le cadre de ses troubles depuis plus de 6 mois ». Ces questionnaires ont été retirés des réponses, afin d'obtenir des réponses plus fiables (voir annexe XIII).

La population des parents interrogée (cf. Figure I) est une population totalement féminine (100%) :



Concernant les répondants 37.5% ont entre 20 et 30 ans, 37.5% entre 30 et 40 ans, et 25% ont plus de 40%. Les enfants suivis dans le cas des troubles de l'alimentation présentent une fourchette large au niveau des âges : 25% ont entre 25 mois et 3 ans, 37.5% ont entre 3 et 4 ans, 12.5% ont entre 5 et 6 ans, et 25% ont plus de 6 ans.

Un des critères d'inclusion était un suivi de minimum six mois, permettant de pouvoir identifier ou non une évolution fiable dans la performance occupationnelle de l'enfant. Le temps de prise en charge en ergothérapie des enfants suivi (cf Figure II) varie ici entre 6 et 24 mois.



Concernant le parcours de soins suivi par les enfants des parents interrogés, 25% des répondants disent avoir été orientés, vers un ergothérapeute, par le biais d'un professionnel paramédical dans le cadre des troubles alimentaires. 25% ont consulté à la suite de recherches personnelles, 12.5% ont été orienté par un membre de leur famille, 25% par un établissement (MDPH, hôpital), et 12.5% par une structure spécifique (PMI, PCO, ...). De plus, 87.5% des répondants ont un suivi pluriprofessionnel pour leur enfant : 57.1% des enfants sont aussi suivi par un orthophoniste ; 28.6% sont suivi en parallèle par un psychologue, 14.3% sont suivi par une psychomotricienne.

Après avoir présenté l'ensemble de la population des professionnels et parents interrogés, intéressons-nous au premier objectif de ce travail. Il a pour but d'identifier si les ergothérapeutes, ayant suivis une formation en intégration sensorielle, l'intègrent dans la prise en charge d'enfants porteurs de trouble de l'alimentation. C'est par l'outil des entretiens que l'on cherche à répondre à ce premier objectif.

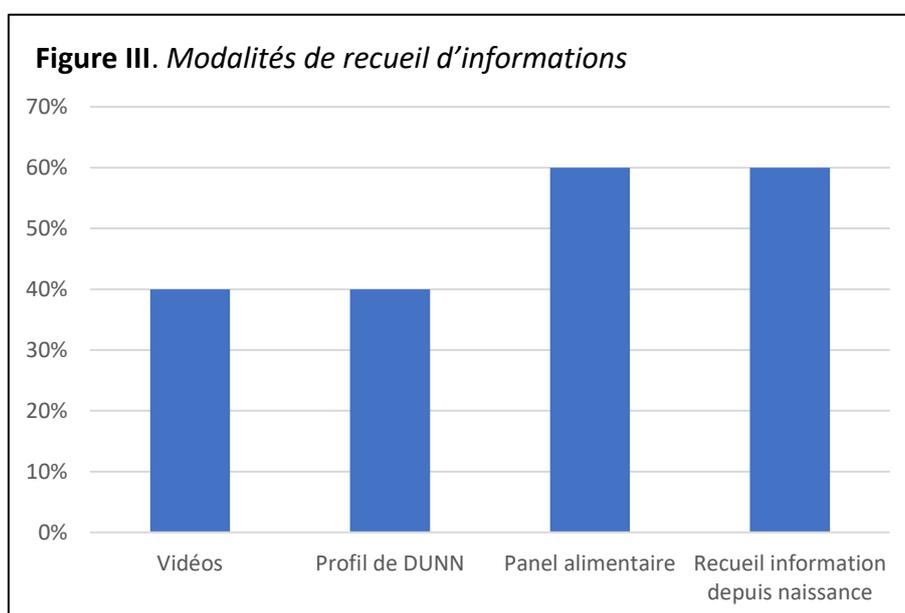
5. Analyse

5.1. Analyse de la pratique des professionnels interrogés

Une partie de l'analyse vise à identifier à quel(s) moment(s) du suivi, de la séance, et par quelle(s) activité(s), l'ergothérapeute peut être amené à mettre en pratique sa formation en intégration sensorielle.

5.1.1. Evaluation et objectifs

L'ensemble des professionnels réalise un travail d'informations en amont auprès des parents. Pour cela divers supports sont utilisés et demandés aux parents. La graphique suivant (cf. Figure III) reprend les différentes modalités de recueil d'information utilisés par les professionnels interrogés.



- **Vidéos (40%)** : Le professionnel recueille une vidéo réalisée en amont par le parent en situation écologique à domicile, dans son environnement familial : « *La maman a pris des vidéos en amont et je les regarde* », « *je demande de la vidéo* ».
- **Profil de Dunn (40%)** : Questionnaire transmis aux parents en amont du premier entretien. Il contient environ 125 questions décrivant le comportement de l'enfant face à diverses expériences sensorielles de la vie quotidienne. Il est rempli par le parent qui indique la fréquence des divers comportements.
- **Panel alimentaire (60%)** : Liste ou tableau récapitulatif d'un grand nombre d'aliments. Le parent coche et sélectionne le nombre d'aliments que l'enfant peut manger au quotidien. Plusieurs des professionnels interrogés spécifient qu'ils répertorient aussi le panel alimentaire des parents mais aussi d'autres informations pouvant entrer en compte dans ce

panel alimentaire : les allergies, choix de vie (véganisme, ...), interdiction alimentaire religieuse, ...

- **Recueil d'information depuis la naissance (60%)** : Ce recueil varie d'un professionnel à l'autre mais reprend de grands thèmes. C'est un ensemble de questions posées à travers un questionnaire au parent : il porte sur le développement de l'enfant de la naissance à l'âge actuel. Il débute souvent par un recueil d'informations administratives et médicales (allergies, carences, ...). Il aborde ensuite différentes sphères : alimentation (allaitement, introduction des morceaux, repas, ...), sommeil, portage, activités d'hygiène, communication, etc. Mais aussi le développement sensori-moteur de l'enfant : avec les déplacements/mobilité, et une partie sur la sensorialité (vision, audition, tactile, sphères ORL, ...) : « *Histoire du développement de l'alimentation. (...) sommeil* », « *(...) on voit toute la sphère sensorielle. (...) gustatif, olfactif, sphère ORL (reflux, alimentation nourrisson, otites,) système vestibulaire- proprioception- intéroceptif* ».

L'ensemble des professionnels partent des informations recueillies : les professionnels utilisent ici des questionnaires ou entretiens auprès de l'environnement social de l'enfant. La construction de ce recueil d'informations semble influencée par les formations réalisées par les professionnels. Il est amené à évoluer au fil des différentes formations et lectures scientifiques des professionnels : l'ergothérapeute 3 (E3) dit « *Ensuite je l'ai agrémenté par rapport à ce que j'ai vu en formation en intégration sensorielle, en formation du développement de l'enfant de 0 à 4ans. (...) j'ai fait les freins restrictifs et là je me suis formé en allaitement. Donc ça va encore changer pour les prochaines consultations* » ; l'ergothérapeute 4 (E4) utilise « *des supports pas mal maison en fait, et des trucs d'intégration sensorielle* ».

Concernant les différents supports cités précédemment, utilisés par les professionnels, certains sont en lien avec l'intégration sensorielle. Le Profil Sensoriel de Dunn « *s'appuie sur la théorie de l'intégration sensorielle qui explique les comportements de l'enfant par l'interprétation de sa capacité d'intégration des stimuli sensoriels. L'outil fournit des informations sur les tendances de l'enfant à réagir aux stimuli (hypo-réaction à hyper-réaction) et sur les systèmes sensoriels susceptibles de contribuer ou de faire obstacle à une performance fonctionnelle. Les résultats permettent d'évaluer l'impact du traitement sensoriel sur la performance de l'enfant* » (PROFIL SENSORIEL - Mesurer l'impact des troubles sensoriels de l'enfant sur sa vie quotidienne - Pearson Clinical & Talent Assessment, s. d.).

La totalité (100%) des professionnels interrogés utilisent l'observation en situation de repas, soit de manière directe par la mise en situation en séance, ou de manière indirecte en utilisant le support vidéo transmis par les parents.

Les professionnels distinguent l'évaluation des facteurs intrinsèques et extrinsèques à l'enfant lors du repas. Concernant les facteurs intrinsèques, 3 des 5 professionnels interrogés distinguent l'aspect sensoriel et l'aspect fonctionnel lors de l'évaluation, les deux autres professionnels ont simplement évoqué les évaluations de l'aspect sensoriel.

- Sur le plan sensoriel
 - Autour de la bouche
 - Le tactile dans le quotidien et sur le temps du repas
 - L'interaction avec un nouvel aliment
- Fonctionnel
 - Les manipulations fines
 - Les praxies buccales

Concernant les facteurs extrinsèques, les professionnels ont évoqué évaluer

- Environnement du repas
 - Habituel
 - Inhabituel
- La relation avec l'entourage

Concernant l'évaluation fonctionnelle, les ergothérapeutes interrogés observent les structures au repos : « *le bavage, les béances buccales* » ; mais aussi la mobilité des structures, les praxies buccales : « *S'il y a des réflexes ou pas* », « *est ce que la langue bouge ou pas, s'ils sont capables de gonfler les joues, de faire un bisou, de faire toucher leur langue à la lèvre du bas, du haut* ». Mais aussi les manipulations fines : « *l'utilisation des outils* », « *je demande aux parents de ramener (...) les couverts qu'ils utilisent* ».

Les aspects sensoriels sont explorés au niveau de la sphère orale : « *s'il accepte ou non mon doigt dans sa bouche* » ; ou plus globalement « *s'il y a quelque chose à manipuler qu'est-ce qu'il utilise comme partie de son corps pour entrer en interaction* », « *une mallette que je me suis construite, avec (...) des choses qui vibrent* ».

Pour l'évaluation des facteurs intrinsèques, 60% des répondants ont évoqué évaluer l'environnement du repas. Soit par l'évaluation par observation avec un environnement se rapprochant le plus possible de celui habituel de l'enfant « *Je leur demande de ramener l'environnement de leur maison chez moi, donc avec leur assiette, les services utilisés* », mais aussi en changeant l'environnement pour observer le comportement de l'enfant « *j'ai une mallette que je me suis construite, avec des cuillères adaptées, des piques, des couteaux pour enfant* ». Certains professionnels interrogent aussi les parents concernant « *l'installation au repas* », « *les adaptations déjà mises en place par les parents, que ce soit environnemental, matériel, astuces, stratégies* ».

L'environnement mis en place par les thérapeutes, dans le cadre de leurs interventions a été évoqué lors des entretiens. Intéressons-nous au respect des principes d'intervention évoqués dans le cadre conceptuel :

Principe intervention IS = Proposer un environnement sécurisant	
Professionnels	Citations des ergothérapeutes interrogés
Ergothérapeute 1 (E1)	- C'est une salle de thérapie IS qui fait à peu près 50m2 - Structure temporo spatiale, l'idée de l'endroit où est ce qu'on mange, quel outil et structuration du temps avec le timer. - Sécurisant où l'enfant sait combien de temps il a, quelles étapes il doit faire
Ergothérapeute 2 (E2)	- Pour mes mises en situations alimentation, j'ai une nappe à carreaux rouge et blanche pour la table, quand elle sort on identifier qu'on va travailler l'alimentation.
Ergothérapeute 4 (E4)	- C'est hyper dépendant de l'enfant. Si besoin d'une situation neutre je le fais, si l'enfant a besoin que l'environnement soit modifié pour que ça soit possible je le fais
Ergothérapeute 5 (E5)	- Si ce sont des petits loulous je vais ramener une table plus petite, on va se mettre au sol

Principe intervention IS = Présence d'expériences sensorielles multimodales dans 2 à 3 modalités	
Professionnels	Citations des ergothérapeutes interrogés
E1	- Beaucoup le tactile proprio dans mes activités, et vestibulaire - On a beaucoup de matériel
E2	- J'utilise pas mal de chose. Souvent je vais travailler à la fois le vestibulaire et proprio et souvent j'amène le tactile. Et à partir de là ces bases : j'ajoute ce qui est visuel, gustatif.
E5	- Tapis, balançoire

Principe intervention IS = Créer un contexte ludique pour une plus grande motivation	
Professionnels	Citations des ergothérapeutes interrogés
E1	- Ecologique avec le ludique
E2	- Ludique ou le quotidien
E3	- Mises en situations et ludique
E4	- Supports ludiques
E5	- Supports visuels, supports ludiques

Principe intervention IS = Accompagner l'enfant dans le choix des activités	
Professionnels	Citations des ergothérapeutes interrogés
E1	- Je me laisse guider par l'enfant dans ma thérapie - J'impose le cadre et ensuite je me laisser guider par l'enfant, je vois sa disponibilité
E2	- On joue, après c'est moi qui l'amène, l'oriente, le dirige.
E3	- Avec l'enfant
E4	- Les enfants choisissent le jeu, mais je fais en sorte que ce qui est dans la salle m'intéresse
E5	- Je pars de leur motivation, ce dont ils ont envie et je réajuste moi suivant les objectifs que j'avais besoin de travailler.

5.2. Liens entre intégration sensorielle et troubles de l'alimentation en pédiatrie

- Le traitement sensoriel de l'enfant suivi

Lors des demandes de prises en charge d'enfants avec des troubles de l'oralité alimentaire, 60% des professionnels interrogés disent toujours identifier une déficience du traitement sensoriel de l'enfant à travers leurs observations et évaluations. L'E2 et l'E3, ont répondu négativement. L'E2, ayant répondu qu'il n'identifiait pas toujours de problème sensoriel nuance ses propos en spécifiant que « *Là pour le coup en ce moment oui. Ça m'est déjà arrivé une fois que non* », l'E3 parle d'un cas ou « *c'était un problème de cadre plutôt qu'un problème sensoriel* » qui l'impactait. Cependant 2 des 5 professionnels interrogés spécifient qu'il se peut que le trouble sensoriel ne soit pas la cause essentielle des troubles alimentaires dans certains cas : « *Il peut y avoir des problèmes sensoriels que l'on détecte mais ce n'est pas la cause numéro un pour laquelle l'enfant ne mange pas* », « *toujours des difficultés sensorielles chez l'enfant, mais qui ne sont pas les seules responsables* ». Afin d'identifier l'évolution des troubles de l'alimentation chez l'enfant, la totalité des ergothérapeutes interrogés parlent du « *retour des parents* » pour identifier une éventuelle amélioration.

- Problématiques en lien avec l'alimentation

Pour cela, les questionnaires à destination des parents interrogeaient leurs difficultés. Lors de l'activité de l'alimentation, les parents identifient diverses problématiques (cf. *Tableau II*) avant le début de la prise en charge en ergothérapie.

Tableau II. Problématiques identifiées avant le début du suivi en ergothérapie

Activité	N=8 (%)
Mange seul	4 (50%)
Mange proprement	4 (50%)
Sensibilité odeurs	6 (75%)
Textures - Toucher	7 (87.5%)
Posture à table	6 (75%)
Température aliments	5 (62.5%)
Nourriture nouvelle	7 (87.5%)
Panel alimentaire	7 (87.5%)
Rester à table	5 (62.5%)
Agitation motrice	4 (50%)
Manipulation des couverts	3 (37.5%)
Formuler demande	1 (12.5%)
Sensation faim, satiété	4 (50%)
Durée du repas	2 (25%)
Mastication	4 (50%)

Sur le plan sensoriel, 75% des parents identifient une problématique de « *sensibilité aux odeurs* », 87.5% identifient une « *sensibilité aux textures par le toucher* », 62.5% notent une « *sensibilité à la*

température des aliments », et 50% cochent des problématiques quant à la « *satiété ou la sensation de faim* » de leur enfant. 87.5% des parents notent des difficultés d'introduction de « *nourriture nouvelle* » ; 87.5% des enfants rencontrent des difficultés pour élargir leur « *panel alimentaire* »

Concernant le plan moteur en lien avec la sensorialité, 75% des parents parlent de difficultés dans la « *posture à table* » chez leur enfant, 50% notent une « *agitation motrice* » lors du repas, 37.5% identifient des difficultés de praxies comme la « *manipulation des couverts* ». 50% des parents identifient des difficultés de « *mastication* ».

Enfin 50% des répondants évaluent des difficultés d'autonomie lors du repas avec un enfant qui ne « *mange pas seul* » et 50% qui ne « *mangent pas proprement* », et 25% ont une « *durée de repas* » qu'ils jugent trop longue.

- Satisfaction de l'enfant et son environnement familial lors du repas

A la question « *Avez-vous le sentiment que votre enfant ait progressé en termes de réalisation de l'activité sur le plan de l'alimentation depuis la prise en charge en ergothérapie ?* », 62.5% des interrogés ont répondu négativement, ce qui correspond à 5 parents sur 8. Ainsi, 37.5% des parents ont répondu oui, soit 3 parents sur les 8.

Ils devaient ensuite coter leur niveau de satisfaction entre 0 et 4. Pour rappel :

- 0 = insatisfaction totale ;
- 1 = insatisfaction la plupart des repas, sauf rares exceptions ;
- 2= satisfaction sur la moitié des repas (1 repas sur 2 environ) ;
- 3= satisfaction fluctuante en fonction des journées, mais majoritairement satisfaisante ;
- 4= satisfaction totale.

Tableau III. *Mise en lien des réponses du sentiment de progression par rapport à la cotation de la satisfaction*

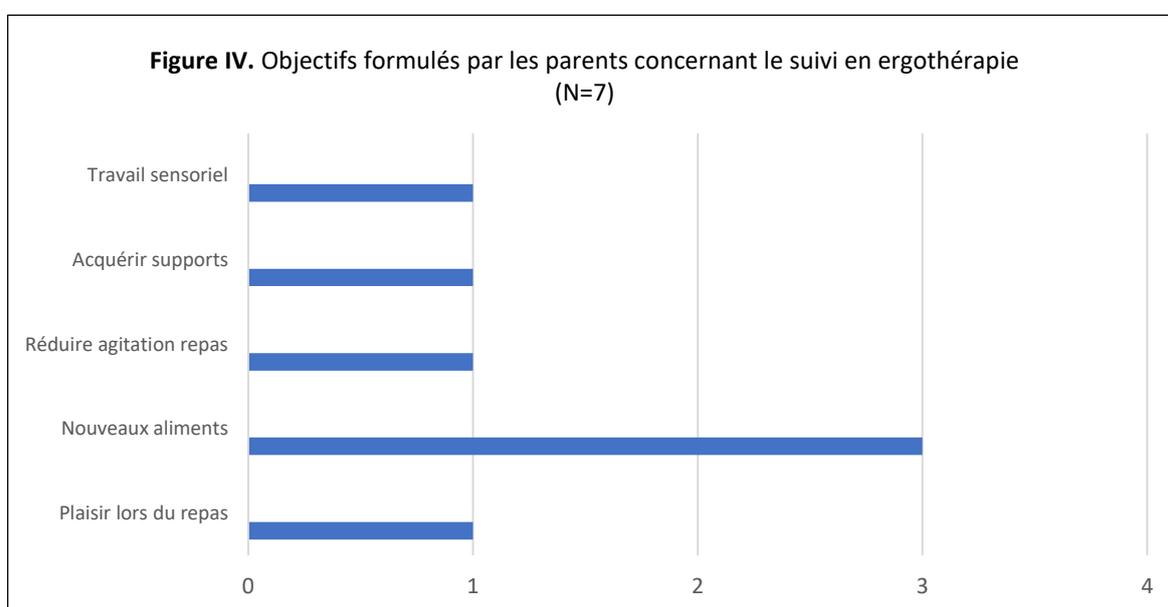
	Sentiment progression	Cotation satisfaction avant prise en soin en ergothérapie	Cotation satisfaction depuis prise en soin en ergothérapie
Parent 1	OUI	1	2
Parent 2	OUI	2	3
Parent 3	NON	0	0
Parent 4	OUI	1	2
Parent 5	NON	0	0
Parent 6	NON	1	1
Parent 7	NON	1	1
Parent 8	NON	1	1

Les parents ayant noté un sentiment de progression à la suite de la prise en charge (3 sur 8 parents) ont ensuite coté une évolution d'un point depuis la prise en soin en ergothérapie. Deux des répondants passent d'une cotation de 1 à 2, le troisième passe de 2 à 3. Dans les répondants ayant répondu négativement : 2 sur 5 cotent leur satisfaction à 0, et 3 sur 5 la cote à 1.

5.3. L'impact de la prise en soin en ergothérapie sur les troubles alimentaires en pédiatrie

- Attentes et objectifs des parents dans le cadre des troubles alimentaires de leur enfant

Les objectifs (*cf. Figure IV.*) des parents concernant la prise en charge de leur enfant dans le cadre des troubles alimentaires sont variés. L'un des parents n'a pas répondu à la question sur les objectifs du suivi, portant le nombre à sept répondants (N=7).



Les objectifs évoqués étaient libres. Ainsi 3 des 7 parents interrogés émettent l'objectif d'introduction de nouveaux aliments « *introduire de nouveaux aliments* », « *goûter à de nouveaux aliments* ». L'un deux ajoute un deuxième objectif de « *réduire l'agitation lors du repas* ». Un autre parent interrogé évoque comme objectif « *le travail du sensoriel et de l'équilibre* » de manière plus globale. Ensuite, l'un des répondants souhaite que son enfant « *prenne plaisir à manger* ». Et enfin l'objectif évoqué par le dernier répondant est d'« *avoir des supports pour l'aider* ».

- Méthodes et supports d'intervention en ergothérapie

Ainsi, concernant les suivis en ergothérapie, les cinq ergothérapeutes interrogés utilisent aussi les mises en situation écologique. L'E1 réalise ses séances sur « *les temps de repas, je demande à l'enfant*

de me montrer ». L'E2 explique « on va manger la moitié et on va patouiller dans l'autre ». L'E3 parle du fait qu' « on passe directement sur le concret ». L'E4 utilise le terme de « séance d'alimentation ». Différents supports et méthodes sont utilisés par les professionnels. L'E3 et l'E4 évoquent la méthode « SOS » ; l'E1, l'E3 et l'E4 peuvent utiliser la méthode « micro-graduée ». Les ergothérapeutes rapportent aussi l'utilisation de supports matériels comme « des cuillères Dosies », « des assiettes à cases ».

- La performance occupationnelle lors du repas de l'enfant porteur de trouble de l'alimentation

Afin d'évaluer l'impact de leur intervention, 100% des ergothérapeutes interrogés parlent du retour des parents : « on échange avec les parents », « retours parents », « partenariat entre nous et les parents pour savoir ce qui est acquis ou pas acquis », « on fait le point (avec les parents) au fur et à mesure pour des choses précises, d'une séance à l'autre, donc y a un moment on refait un vrai total », « pour les plus grands, le fait d'avoir le feedback (...) pour les plus petits, ça va être plutôt le retour des parents ».

Ainsi, dans le but d'identifier une possible évolution des troubles de l'alimentation chez l'enfant, le questionnaire à destination des parents contenait une liste de problèmes occupationnels liés au repas.

Tableau III. Récapitulatif des réponses au questionnaire concernant les problématiques avant et depuis le début du suivi en ergothérapie

X= Problématique identifiée avant le début du suivi en ergothérapie		Problématique qui s'est améliorée depuis le début du suivi		Problématique restante malgré le début du suivi	
Activité	X (N=8)	Activité	Par rapport à X	Activité	Par rapport à X
Mange seul	4 (50%)	Mange seul	3 (75%)	Mange seul	1 (15%)
Mange proprement	4 (50%)	Mange proprement	1 (25%-50%)	Mange proprement	2 (50-75%)
Sensibilité odeurs	6 (75%)	Sensibilité odeurs	1 (17-33%)	Sensibilité odeurs	4 (67-83%)
Textures- Toucher	7 (87.5%)	Textures- Toucher	2 (40%)	Texture- Toucher	3 (60%)
Posture à table	6 (75%)	Posture à table	2 (67%)	Posture à table 1	1 (33%)
Température aliments	5 (62.5%)	Température aliments	3 (60-80%)	Température aliments	1 (20-40%)
Nourriture nouvelle	7 (87.5%)	Nourriture nouvelle	2 (29%)	Nourriture nouvelle	5 (71%)
Panel alimentaire	7 (87.5%)	Panel alimentaire	1 (17%)	Panel alimentaire	5 (83%)
Rester à table	5 (62.5%)	Rester à table	2 (50%)	Rester à table	2 (50%)
Agitation motrice 4	4 (50%)	Agitation motrice	1 (33%)	Agitation motrice	2 (67%)
Manipulation couverts	3 (37.5%)	Manipulation couverts	1 (33%)	Manipulation couverts	2 (67%)
Formuler demande	1 (12.5%)	Formuler demande	1 (100%)	Formuler demande	0 (0%)
Sensation faim, satiété	4 (50%)	Sensation faim, satiété	0 (0-50%)	Sensation faim, satiété	2(50-100%)
Durée du repas	2 (25%)	Durée de repas	0 (0%)	Durée repas	2(100%)
Mastication	4 (50%)	Mastication	0 (0-25%)	Mastication	3(75-100%)

Pour rappel, les répondants au questionnaire devaient cocher en premier lieux les activités qu'ils jugeaient problématiques avant le début du suivi en ergothérapie, puis celles qui selon eux s'étaient

améliorées et celles qui restaient problématiques. Dans le tableau précédent (cf. *Tableau III.*) récapitulant les réponses, certains chiffres sont en gras : ils visent à porter attention à certains biais. Pour exemple, concernant la problématique « *mange proprement* », quatre répondants ont considérés cette activité comme problématique avant le début du suivi. Un des répondants l'identifie comme ayant évolué positivement à la suite du début du suivi, alors que deux répondants la considèrent comme toujours problématique malgré l'intervention en ergothérapie. Cela porte donc à un total de 3 sur le nombre attendu (4). Pour y remédier, le pourcentage calculé à côté de chaque résultat, noté en rouge, prend en compte le répondant manquant, engendrant donc une fourchette de pourcentage possible.

- La prise en soin en ergothérapie se fait en interprofessionnalité

Lors de la prise en soin, l'ensemble des ergothérapeutes (5 sur 5) fait du lien et collabore avec différents professionnels. La totalité des ergothérapeutes travaille avec un orthophoniste dans le cadre de ces troubles : « *des orthophonistes (...) En lien avec l'hypotonie, les praxies bucco-faciales, un gros bavage, ou le fait qu'il soit non-verbal* », « *Quand c'est vraiment oralité alimentaire pure, que ça reste « simple » mais dans la sphère de la bouche. J'oriente vers l'orthophonie* », « *Tout ce qui est déglutition, gérer pour avaler ce genre de chose pour moi ça c'est ortho* », « *Donc je leur ai dit qu'il y avait des choses à travailler au niveau des « praxies bucco-faciales » même si ça ne se dit pas trop, et du coup-là elle commence un suivi avec un orthophoniste* », « *l'orthophoniste sur le point de vue moteur de la déglutition* », « *S'il n'y a pas d'ortho ben ortho* ».

Parmi les autres professionnels cités par les ergothérapeutes, l'ergothérapeute parle du pédiatre ou du gastro-entérologue lorsqu'il est nécessaire pour elle d'appuyer son bilan avec des normes biologiques « *faire une prise de sang pour compléter mon bilan. Avec des difficultés d'aller à selles pour cet enfant, des difficultés gastriques* ». L'ergothérapeute 3 travaille avec une sage-femme « *chez le tout petit* », ainsi qu'avec un ostéopathe « *pour l'évaluation des freins (...) comme ça on a deux avis pour en discuter* ». L'ergothérapeute 4 relate des situations où elle a mis la famille en lien avec une psychologue cognitivo-comportementale lorsqu'elle n'« *(j')arrivais plus à avoir la main sur ce qui se jouait avec les parents* », mais aussi un autre suivi où elle était en lien avec une psychologue et une éducatrice dans le cas d'un groupe d'habiletés sociales car la difficulté pour l'enfant était « *la relation et je me suis dit que s'il arrive à être plus à l'aise dans la relation et je me suis dit que s'il arrive à être plus à l'aise dans la relation peut être qu'il accepterait plus facilement les situations de repas* ». Elle parle aussi d'un relai avec un ORL pour un enfant « *qui s'étouffe beaucoup (...) envoyé vers l'ORL pour tenter d'objectiver les fausses routes ou pas* ».

IV- DISCUSSION

Dans un premier temps, nous confronterons les données recueillies lors de l'enquête avec les données du cadre conceptuel, puis nous répondrons à l'hypothèse de départ. Dans un second temps, les apports de l'étude seront identifiés, ainsi que les biais, les limites du travail, et les perspectives à envisager.

- Identifier si les ergothérapeutes ayant la formation ASI® utilisent cette approche lors des prises en charge des troubles de l'alimentation en pédiatrie et à quel moment

Lors de la prise en soin de l'enfant avec trouble de l'alimentation, il est nécessaire d'évaluer la difficulté de la prise alimentaire et ainsi en déterminer les potentielles causes. Les résultats de l'étude expérimentale permettent d'identifier, que les ergothérapeutes utilisent diverses évaluations. Les professionnels interrogés utilisent un recueil d'information lors de leur bilan initial, il regroupe l'histoire du développement sensori-moteur de la personne ainsi que son parcours de soin et de vie. (Morel-Bracq, 2017) évoque ce concept d'histoire de vie dans le modèle PEOP : « *Le concept de la personne inclut son histoire de vie à travers la narration. Celle-ci permet au thérapeute de comprendre le sens que la personne donne à sa vie, ainsi que de préserver la cohérence de l'intervention avec son identité* ». Selon l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (2001) et de Ruffier-Bourdet (2011, 2018), l'ergothérapeute doit effectuer des évaluations « *sensorimotrices, sensorielles, de capacités oro-motrices, perceptivo-cognitives et sur le moment du repas* ». L'ensemble des professionnels interrogés utilisent l'observation. Selon Ruffier-Bourdet (2018) une observation lors du repas permet la mise en lien des mécanismes de défenses et les manifestations de l'enfant TAP avec les divers facteurs : l'ambiance, l'attitude parentale, le contexte d'un repas. Une partie des ergothérapeutes interrogés utilisent des évaluations issues de l'intégration sensorielle selon Ayres au cours du bilan. Ils utilisent des évaluations permettant de caractériser les difficultés d'intégration sensorielle, comme le profil sensoriel de Dunn « *Sensory Profil* » (Dunn, 1999). D'autres instruments d'évaluation existent comme le SIPT Sensory integration and praxis tests (Ayres, 1989), les observations d'Erna Blanche (2002), et les observations cliniques de Bundy, Lane et Murray (2002). Ces dernières évaluations n'ont pas été évoqué par les répondants, cependant l'entretien étant semi-directif, il se peut que les professionnels n'aient pas évoqué toutes les évaluations qu'ils utilisent.

Dans le cadre de l'approche en intégration sensorielle d'Ayres, des observations cliniques concernant les habiletés motrices et posturales peuvent être réalisées de manières non standardisées (Ayres, 1976 ; Blanche, 2010 ; Blanche, Bodison, Chang & Reinoso, 2012), mais aussi de manière standardisées (Wilson, Pollock, Kaplan & Law, 2000). Une partie des ergothérapeutes interrogés évaluent aussi les habiletés motrices.

Concernant le cadre d'intervention des professionnels, les principes d'intervention ASI évoqué par Smith Roley & al (2007) spécifie le fait que « *la rééducation passe par le jeu qui est choisi par l'enfant* » ; c'est le cas de l'ensemble des professionnels interrogés. De plus « *l'activité proposée doit être riche au niveau sensoriel et présenter plusieurs modalités sensorielles avec au moins deux des trois sens de bases* » ; ce principe est évoqué par une partie des ergothérapeutes interrogés.

Parallèlement, les ergothérapeutes interrogés mettent en avant d'autres approches. Les approches comportementales, mais aussi une guidance parentale ainsi que l'aménagement de l'environnement avec notamment des propositions d'outils ou de stratégies lors de l'occupation du repas. Certains professionnels évoquent l'approche SOS (Sequential oral sensory). Cette méthode intègre des facteurs liés à la posture, aux aspects sensoriels, à la motricité, au comportement et à l'apprentissage ainsi que la médecine et la nutrition. Les professionnels qui parlent de cette méthode lors des entretiens, évoquent en fait l'utilisation des supports permettant à l'enfant d'interagir avec l'aliment d'une manière ou d'une autre (piquer l'aliment, le sentir, lui faire un bisou, ...). Une seconde méthode évoquée est la « *micro-graduée* », permettant notamment d'augmenter progressivement la taille des morceaux, ou d'apporter des changements de textures.

L'ensemble des ergothérapeutes utilisent la guidance auprès des parents ou les différents intervenants afin de permettre la mise en place du protocole d'accompagnement de l'enfant. Selon (Pollock, 2009) « *La thérapie doit toujours être accompagnée de séances éducatives à l'intention des familles, des enseignants et des autres membres de l'équipe* ». Pour cela, les ergothérapeutes disent intervenir, entre autres, sur l'installation au repas et les préconisation et essais d'outils avec l'enfant et ses parents (cuillère, assiettes ludiques, verres adaptés, ...).

Pour ce travail de recherche, le choix a été fait d'une discussion avec les professionnels pour identifier quelle pratique ils avaient sur le terrain. L'un des professionnels nuance son intervention en spécifiant la difficulté de la mise en pratique de l'intégration sensorielle, dans le respect des principes d'intervention. En effet, l'approche en IS nécessite un matériel coûteux, un espace de travail important, une fréquence d'intervention et la motivation de l'enfant pour la réussite de l'intervention. Ces échanges avec les professionnels permettent alors de faire une « photographie » de leur pratique, qui peuvent se montrer diverses, tout en ayant suivi la même formation. Certains professionnels intervenant par exemple sur les lieux de vie, à domicile, à l'école.

- Repérer l'impact de la prise en charge en ergothérapie sur l'évolution des troubles alimentaires chez l'enfant lors du repas

Les objectifs évoqués par les parents avant le début de la prise en charge en ergothérapie entrent dans les critères définis par Goday et al. (2019) permettant d'identifier les troubles alimentaires en pédiatrie. En effet, les objectifs émis portent sur les difficultés de mise en place des compétences alimentaires (textures, stratégies alimentaires, postures et outils) mais aussi sur le dysfonctionnement psychosocial lié au repas (évitement, perturbation du fonctionnement social en lien avec le repas, perturbation de la relation enfant-famille au moment du repas).

Ainsi, l'ensemble des professionnels évoquent un partenariat avec l'enfant et sa famille pour la prise en soin. La vision holistique, propre à la profession des ergothérapeutes, les amène à prendre en considération les parents.

Les parents ayant répondu au questionnaire identifient l'évolution dans certaines problématiques en lien avec le repas : notamment le fait de manger seul, l'amélioration de la posture à table, de l'agitation à table ou le fait de rester à table, la diminution de la température des aliments. Ces résultats peuvent être mis en lien avec l'étude de Miller et al. (2007) qui montre que l'IS permettrait d'engendrer « *des résultats significatifs notamment dans les habiletés cognitives et sociales, l'attention, ainsi qu'une tendance à la réduction de l'hyperactivité* ». Cependant, les parents interrogés notent des problématiques toujours présentes notamment la sensibilité aux odeurs et un panel alimentaire restreint, mais aussi les difficultés de mastication.

- Déterminer s'il existe un lien de corrélation entre une prise en charge en intégration sensorielle et l'évolution de la performance occupationnelle de l'enfant TAP :

Les professionnels interrogés ne donnent pas réellement de temporalité pour la réévaluation : la majorité des ergothérapeutes interrogés évoquent des échanges et des retours récurrents avec l'enfant et ses parents, d'une séance à l'autre afin d'évaluer et réajuster les interventions. Un seul des ergothérapeutes parle d'un bilan de départ, puis au bout de 6 mois puis 1 an pour des réévaluations plus officielles, en reprenant ses supports et les évaluations du premier bilan. Comme évoqué dans le cadre conceptuel, l'approche en intégration sensorielle nécessite un temps important avant de pouvoir observer des résultats. Cela s'explique notamment par le fait que cette approche s'inscrit dans le cadre des approches bottom-up qui visent à impacter les habiletés de la personne : ainsi les répercussions sur les occupations s'observent sur le long terme. Selon Pollock (2009) « *Une réévaluation doit être effectuée après 8 à 10 semaines d'intervention, à l'aide des objectifs préétablis. Pour que la thérapie d'intégration sensorielle soit une intervention efficace, il faut que des résultats positifs soient mis en*

évidence après cette période. Si ces avantages ne sont pas apparents, il faut alors envisager une autre approche ».

Concernant cette thématique d'évaluation des progrès de l'enfant, l'un des ergothérapeutes a évoqué l'intérêt d'utiliser l'échelle de GAS (goal assessment tool) (voir annexe XIV), en spécifiant que l'utilisation d'une approche en intégration sensorielle, qui est Bottom-up, ne permettait pas de « *travailler directement sur le plainte* » mais bien sur les habiletés permettant l'occupation. Comparativement à des approches comme « *CO-OP ou SOS* » qui sont des approches Top-down et qui permettent de mesurer immédiatement si la méthode est efficace. Dans le cas de l'IS, le travail se fait sur les habiletés sous-jacentes au repas. Ainsi l'utilisation d'un support comme le GAS permettrait d'identifier cette évolution. Ce support a notamment été utilisé dans l'étude de Miller et al (2007), évoqué dans le cadre conceptuel, qui identifie l'efficacité de l'approche ASI en ergothérapie sur des enfants avec des troubles de la modulation sensorielle.

La performance occupationnelle est le *“le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations en interaction avec l'environnement”* (Meyer, 2013). « *La performance occupationnelle se décline en indicateur (quand, quoi, où et comment) qui la qualifie, tout en étant influencé par celui qui la réalise et l'environnement dans lequel elle se déroule* » (Morel-Bracq, 2017). Elle s'intéresse à la satisfaction du client et de son entourage. Au vu des résultats des questionnaires, les parents semblent majoritairement insatisfaits (5 parents sur les 8) concernant le sentiment de progression de leur enfant dans le cadre de l'alimentation.

Apports et limites de l'étude

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis d'identifier le rôle propre de l'ergothérapeute au sein des prises en soin des enfants TA. J'ai pu en effet distinguer les rôles de chaque professionnels et l'articulation entre chacun.

J'ai pu entrer en relation avec des professionnels variés, et notamment certains exerçant hors du territoire français. Cela m'a sensibilisé aux différences de formation et de pratique qu'on peut noter en ergothérapie. Par exemple, en Suisse, l'utilisation de l'approche en intégration sensorielle nécessite une certification (CAS : certificate assessment scale) en INS comprenant 250 heures réparties sur 1 an et demi.

L'étude actuelle contient des limites qu'il convient de souligner. Premièrement, bien que le questionnaire ait révélé un manque de satisfaction majoritaire dans l'entourage familial des enfants suivis, l'absence d'un panel important de parents interrogés signifie une difficulté de représentativité. Par exemple, les parents peuvent percevoir des problèmes d'alimentation même mineurs comme majeurs (Archer & Szatmari, 1990). Ce manque de panel représentatif se retrouve aussi dans la population des ergothérapeutes interrogés, qui est peu représentatif par son nombre.

Les entretiens se voulaient assez ouverts, et les informations transmises avant l'entretien aux interviewés se voulaient succinctes afin de ne pas influencer leurs réponses. Bien qu'ayant testé le support d'entretien en amont, j'ai pu me confronter à certains manques lors de mon analyse. En effet, afin de permettre l'échange fluide avec les professionnels, le choix d'un entretien semi directif a été fait. Je souhaitais aussi ne pas trop les orienter pour coller à leur pratique sans influencer leur discours en proposant des réponses qu'ils auraient dû cocher par exemple. Mais pour identifier précisément le respect des principes IS, il aurait peut-être été judicieux de réaliser plus de guidance de ma part dans l'échange. Par exemple j'aurais pu lister les principes et attendre une réponse positive ou négative de leur part pour chacun des items cités. Cependant j'ai pu identifier une partie des principes d'intervention des professionnels (environnement, choix de l'activité, ...).

Comme il a été rapporté dans ce travail, une partie des professionnels font référence à l'âge des enfants suivis. Dans ce mémoire, je n'avais pas fait de choix de tranche d'âge pour les enfants suivis pour les troubles alimentaires. Le retour d'une partie des professionnels de terrain indique une importance de distinction dans les âges de enfants suivis, mais aussi dans le cas de population pédiatrique avec un trouble isolé ou un trouble associé.

Comme perspective d'enquête, il pourrait être intéressant d'aller interroger la pratique de professionnels intervenant auprès de ce type de population mais n'ayant pas suivi de formation en intégration sensorielle afin d'identifier leur pratique.

CONCLUSION

L'évolution des modèles d'intervention des professionnels médicaux et paramédicaux de ces dernières années permet de mettre en place un réel partenariat triangulaire soignant-parents-enfant dans le cadre de la pédiatrie. L'enfant et sa famille deviennent des acteurs dans leur prise en charge et leur expertise est reconnue. Dans le cadre des troubles de l'alimentation, on note une évolution dans la reconnaissance des troubles, amenant les professionnels à des nouvelles pratiques et prise en soin concernant ce public.

A travers ce mémoire d'initiation à la recherche, j'ai pu mieux comprendre les problématiques impactant le repas chez un enfant porteur de troubles alimentaires.

En analysant la pratique des ergothérapeutes formés en intégration sensorielle et prenant en soin des enfants avec troubles de l'oralité, nous avons pu analyser leur pratique. Dans le cadre de la prise en soin des troubles alimentaires, l'approche IS de manière unique n'est pas observée chez l'ensemble des professionnels interrogés. Les ergothérapeutes couplent diverses approches et interviennent sur la personne et ses habiletés mais aussi sur l'environnement, et l'occupation. L'intégration sensorielle participe tout de même à l'évaluation, à la rééducation de certaines habiletés, ainsi qu'à la réadaptation en permettant d'identifier la présence ou non de certaines déficiences sensorielles. Il semble réducteur de parler d'une approche unique en IS, sachant que la pratique en ergothérapie vise à avoir une vision « *holistique* » de la personne.

Au travers ce travail, nous avons pu explorer la répercussion sur la performance occupationnelle de l'enfant avec troubles de l'oralité lors de l'alimentation. Grâce à un étude de la littérature ainsi qu'à une enquête auprès de parents d'enfants porteurs de ces troubles, nous avons pu collecter l'impact dans leur quotidien. Pour cela nous avons interrogé des paramètres concrets de l'occupation du repas, afin de noter une éventuelle évolution à la suite d'une prise en soin en ergothérapie.

Du fait de l'ensemble des recherches et de la méthodologie expérimentale, l'hypothèse de ce travail de recherche est partiellement validée

L'intervention précoce et l'information auprès des jeunes parents concernant le développement de l'enfant dans toutes ses sphères est aujourd'hui un enjeu national. Le dossier « *les 1000 premiers jours de l'enfant* » réalisé par une commission, constituée par des professionnels de divers horizons, émet un certain nombre de réflexions, d'observations et ainsi de recommandations dans le cadre de la petite enfance. L'un des axes de ce travail est de « *mettre à disposition des ressources fiables et accessibles pour les parents et l'entourage* ». Dans le cadre de l'alimentation de l'enfant, les parents peuvent notamment faire face à un apport d'informations diverses et contradictoires. L'accompagnement par

des professionnels formés peut alors leur permettre d'obtenir les clefs et l'autonomie dans le développement de cette occupation du repas. L'intervention de l'ergothérapeute en pédiatrie est en plein développement actuellement en France, notamment grâce à l'essor de l'exercice en libéral. La prise en soin débute à un âge de plus en plus jeune chez l'enfant. Les parents viennent chercher des informations et une guidance auprès des professionnels. Dans les perspectives de poursuite de recherche, il semblerait intéressant d'aller questionner la place de l'ergothérapeute au sein des programmes d'intervention précoce dans le cadre de la petite enfance.

BIBLIOGRAPHIE

- Ahn, R., Miller, L., Milberger, S., & McIntosh, D. (2004). Prevalence of parents' perceptions of sensory processing disorders among kindergarten children. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*. <https://doi.org/10.5014/AJOT.58.3.287>
- Alexandre, A., & Lefèvre, G. (2010). Analyse de l'activité en ergothérapie ou pourquoi créer ses propres jeux. In *Ergothérapie en pédiatrie*. Sotal.
- ANFE Ergothérapie. (2021). *Webinaire ANFE - Intégration sensorielle*. https://www.youtube.com/watch?v=C7WtbNQ_4ec
- Archer, L. A., & Szatmari, P. (1990). Assessment and treatment of food aversion in a four year old boy : A multidimensional approach. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 35(6), 501-505. <https://doi.org/10.1177/070674379003500606>
- Ayres, A. J., & Robbins, J. (2005). *Sensory Integration and the Child : Understanding Hidden Sensory Challenges*. Western Psychological Services.
- Baranek, G. (2002a). Efficacy of Sensory and Motor Interventions for Children with Autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 32, 397-422. <https://doi.org/10.1023/A:1020541906063>
- Baranek, G. (2002b). Efficacy of Sensory and Motor Interventions for Children with Autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 32, 397-422. <https://doi.org/10.1023/A:1020541906063>
- Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : De la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*, N° 39(1), 143-159.
- Bellis, F., Buchs-Renner, I., & Vernet, M. (2009). De l'oralité heureuse à l'oralité difficile. Prévention et prise en charge dans un pôle de pédiatrie. *Spirale*, n° 51(3), 55-61.
- Benoit, D., Wang, E. E., & Zlotkin, S. H. (2000). Discontinuation of enterostomy tube feeding by behavioral treatment in early childhood : A randomized controlled trial. *The Journal of Pediatrics*, 137(4), 498-503. <https://doi.org/10.1067/mpd.2000.108397>
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). *L'entretien : L'enquête et ses méthodes* (Armand Colin).
- Brown, G. T., Rodger, S., Brown, A., & Roevers, C. (2007). A Profile of Canadian Pediatric Occupational Therapy Practice. *Occupational Therapy In Health Care*, 21(4), 39-69. https://doi.org/10.1080/J003v21n04_03
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., E. Kreipe, R., & Walsh, B. T. (2010). Feeding and eating disorders in Childhood. *International Journal of eating disorders*, 2(43), 98-111.
- Bundy, A., & Lane, S. (2020). *Sensory integration : Theory and practice* (3rd ed., p.). F. A. Davis Company. <http://catalogue.library.ulster.ac.uk/items/1483622>, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/ulster/detail.action?docID=5985005>

- Bundy, A., Shia, S., Qi, L., & Miller, L. (2007). How does sensory processing dysfunction affect play? *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*. <https://doi.org/10.5014/AJOT.61.2.201>
- Burklow, K. A. (1998). *Classifying Complex Pediatric Feeding Disorders : Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. https://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/1998/08000/Classifying_Complex_Pediatric_Feeding_Disorders.3.aspx
- Case-Smith, J., & Miller-Kuhaneck, H. (1999). Occupational Therapy With Children With Pervasive Developmental Disorders. *Occupational Therapy Faculty Publications*, 53(5). <https://doi.org/10.5014/ajot.53.5.506>
- Celton, G. (2016). *Devenir des enfants suivis en consultation spécifique pour un trouble de l'oralité : Aspects comportementaux et nutritionnels*. 87.
- Cermak, S. A., Curtin, C., & Bandini, L. G. (2010). Food Selectivity and Sensory Sensitivity in Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(2), 238-246. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.10.032>
- Chatelanat, G., Panchaud Mingrone, I., & Niggl Domenjoz, G. (2003). Partenariat entre professionnels et parents d'enfants avec une déficience intellectuelle : Expériences et attentes des parents. *Éducation et francophonie*, 31(1), 40-55. <https://doi.org/10.7202/1079515ar>
- Chatoor, I., & Ganiban, J. (2003). Food refusal by infants and young children : Diagnosis and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(2), 138-146. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80022-6](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80022-6)
- Chen, J., & Rosenthal, A. (2015). *Modifying food texture* (1^{re} éd., Vol. 2). Woodhead Publishing.
- Chevalier, B., & Jeanjean, C. (2016). Collaboration kinésithérapeute pédiatrique et orthophoniste dans les troubles de l'oralité alimentaire. *Kinésithérapie, la Revue*, 16(170), 34. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2015.11.047>
- Chilman, L., Kennedy-Behr, A., Frakking, T., Swanepoel, L., & Verdonck, M. (2021). Picky Eating in Children : A Scoping Review to Examine Its Intrinsic and Extrinsic Features and How They Relate to Identification. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9067. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179067>
- Christiansen, C., & Baum, C. (1991). *Occupational therapy : Overcoming human performance deficits* (2nd éd.). Slack, Inc.
- Christiansen, C., Baum, C. M., Bass-Haugen, J., & Bass, J. D. (2005). *Occupational Therapy : Performance, Participation, and Well-being*. Slack.
- Cohn, E. (2001). Parent Perspectives of Occupational Therapy Using a Sensory Integration Approach. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 55, 285-294. <https://doi.org/10.5014/ajot.55.3.285>
- Curtin, M., Molineux, M., & Supyk, J.-A. (2010). *Occupational Therapy and Physical Dysfunction : Enabling Occupation*. Elsevier Health Sciences.

- Dans Ton Corps. (2021). *Les troubles de l'oralité alimentaire* [Marie Poirette]. https://www.youtube.com/watch?app=desktop&fbclid=IwAR3-2gw3bH6t-NvPNyZk8eu21O_WnS84tJJmzTpEzeF9DsyMeLqf3YxzMWM&v=nhCQM3DFOj8&feature=youtu.be
- Defosse, I. (2012). *L'oralité alimentaire et l'oralité verbale, quelles perturbations chez l'enfant porteur d'autisme ?* [Médecine humaine et pathologie]. <https://123dok.net/document/y9gdgrdq-oralit%C3%A9-alimentaire-oralit%C3%A9-verbale-perturbations-enfant-porteur-autisme.html>
- Delfosse, M.-J., Soullignac, B., Depoortere, M.-H., & Crunelle, D. (2006). Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. *Devenir, Vol. 18*(1), 23-35.
- Demoncey, A. (2016). La recherche qualitative : Introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie, la Revue, 16*(180), 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.004>
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5*. (2013).
- Étapes du développement | Portail Enfance et Familles*. (s. d.). Consulté 3 janvier 2022, à l'adresse <http://www.portailenfance.ca/wp/modules/developpement-de-lenfant/grandes-etapes-du-developpement/>
- Fenneteau, H. (2015). *L'enquête : Entretien et questionnaire* (3e édition). Dunod.
- Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model : A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupation-based Interventions*. Three Star Press.
- Fisher, A. G. (2014). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused : Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 20*(3), 162-173. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754492>
- Garcette, K. (2018, janvier). *Trouble de l'oralité : Repas compliqué ?* [La maison des maternelles].
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., Delaney, A. L., Feuling, M. B., Noel, R. J., Gisel, E., Kenzer, A., Kessler, D. B., Kraus de Camargo, O., Browne, J., & Phalen, J. A. (2019a). Pediatric Feeding Disorder. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 68*(1), 124-129. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., Delaney, A. L., Feuling, M. B., Noel, R. J., Gisel, E., Kenzer, A., Kessler, D. B., Kraus de Camargo, O., Browne, J., & Phalen, J. A. (2019b). Pediatric Feeding Disorder. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 68*(1), 124-129. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
- Gordon-Pomares, C. (2004). La neurobiologie des troubles de l'oralité alimentaires. *Les troubles de l'oralité alimentaire, 220*.
- Hafstad, G. S., Abebe, D. S., Torgersen, L., & von Soest, T. (2013). Picky eating in preschool children : The predictive role of the child's temperament and mother's negative affectivity. *Eating Behaviors, 14*(3), 274-277. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.04.001>

- Havard, E. P., & Carreau, M. (2009). Les troubles sensoriels : Impact sur les troubles alimentaires. *Le Bulletin scientifique de l'arapi*, 23, 4.
- Haycraft, E., Farrow, C., Meyer, C., Powell, F., & Blissett, J. (2011). Relationships between temperament and eating behaviours in young children. *Appetite*, 56(3), 689-692. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.02.005>
- Howe, T.-H., & Wang, T.-N. (2013). Systematic review of interventions used in or relevant to occupational therapy for children with feeding difficulties ages birth-5 years. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 67(4), 405-412. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.004564>
- Ji Sun Jung, Chang, H. J., & Kwon, J.-Y. (2016). Overall Profile of a Pediatric Multidisciplinary Feeding Clinic. *ARM*. <https://www.e-arm.org/journal/view.php?doi=10.5535/arm.2016.40.4.692>
- Jung, J. S., Chang, H. J., & Kwon, J.-Y. (2016). Overall Profile of a Pediatric Multidisciplinary Feeding Clinic. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 40(4), 692-701. <https://doi.org/10.5535/arm.2016.40.4.692>
- Kranowitz, C. S. (2010). *Growing an in-sync child : Simple, fun activities to help every child develop, learn, and grow*. New York : Perigee. <http://archive.org/details/growinginsyncchi0000kran>
- Lamothe, M.-P. (s. d.). *L'alimentation : Autisme au quotidien*. Consulté 29 mai 2022, à l'adresse <https://www.chusj.org/fr/soins-services/T/Trouble-du-spectre-de-l-autisme/Outils-et-conseils/L-alimentation>
- Lane, S. J., Mailloux, Z., Schoen, S., Bundy, A., May-Benson, T. A., Parham, L. D., Smith Roley, S., & Schaaf, R. C. (2019). Neural Foundations of Ayres Sensory Integration®. *Brain Sciences*, 9(7), 153. <https://doi.org/10.3390/brainsci9070153>
- Laupies, V. (2004). La guidance parentale : Ses liens avec la psychothérapie et la bientraitance | Cairn.info. *Thérapie Familiale*, 25, 521-529.
- Law, M. (1991). The environment : A focus for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 58, 171-179.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model : A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- Lawton, M., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. *The psychology of adult development and aging*, 619-670.
- Leblanc, V. (2014). Évaluation des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, 21(5, Supplement 1), 32. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(14\)71448-4](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(14)71448-4)
- Les 1000 premiers jours, qu'est-ce que c'est ? - Ministère des Solidarités et de la Santé*. (s. d.). Consulté 21 mai 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/1000jours/les-1000-premiers-jours-qu-est-ce-que-c-est/>

- May-Benson, T. A., & Koomar, J. A. (2010). Systematic Review of the Research Evidence Examining the Effectiveness of Interventions Using a Sensory Integrative Approach for Children. *The American Journal of Occupational Therapy*, 64(3), 403-414. <https://doi.org/10.5014/ajot.2010.09071>
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation* (De Boeck Supérieur). <https://www.unitheque.com/de-activite-participation/ergotherapies/de-boeck-superieur/Livre/65105>
- Micali, D. N., & Tombeur, E. (2015). *ARFID - Le trouble de restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments : Caractéristiques cliniques et connaissances actuelles*. 12.
- Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (s. d.). *Concept evolution in sensory integration : A proposed nosology for diagnosis*.
- Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). Concept evolution in sensory integration : A proposed nosology for diagnosis. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 61(2), 135-140. <https://doi.org/10.5014/ajot.61.2.135>
- Modifying Food Texture—1st Edition*. (s. d.). Consulté 6 janvier 2022, à l'adresse <https://www.elsevier.com/books/modifying-food-texture/chen/978-1-78242-334-8>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux* (2^e éd.). De Boeck Supérieur.
- Nicholls, D., Christie, D., Randall, L., & Lask, B. (2001). Selective Eating : Symptom, Disorder or Normal Variant. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6(2), 257-270. <https://doi.org/10.1177/1359104501006002007>
- Occupational Therapy Practice Framework : Domain and Process. (2002). *The American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 609-639. <https://doi.org/10.5014/ajot.56.6.609>
- Occupational Therapy's Perspective on the Use of Environments and Contexts to Support Health and Participation in Occupations. (2010a). *The American Journal of Occupational Therapy*, 64(6_Supplement), S57-S69. <https://doi.org/10.5014/ajot.2010.64S57>
- Occupational Therapy's Perspective on the Use of Environments and Contexts to Support Health and Participation in Occupations. (2010b). *The American Journal of Occupational Therapy*, 64(6_Supplement), S57-S69. <https://doi.org/10.5014/ajot.2010.64S57>
- OEQ. (2001). *Ergothérapie et intervention auprès des personnes présentant des troubles de l'alimentation*. http://iugm.asp.visard.ca/GED_IUG/102268092044/22955.PDF
- OEQ. (2006). *Au-delà de la dysphagie, la personne avant tout*.
- Paediatric Feeding Disorders (PFD)—The new diagnostic term..* (2020, septembre 21). Let's Eat! Feeding Therapy. <https://letseatfeeding.com.au/blog/paediatric-feeding-disorders-pfd-the-new-diagnostic-term/>
- Parham, L. D., Cohn, E. S., Spitzer, S., Koomar, J. A., Miller, L. J., Burke, J. P., Brett-Green, B., Mailloux, Z., May-Benson, T. A., Roley, S. S., Schaaf, R. C., Schoen, S. A., & Summers, C. A. (2007). Fidelity in sensory integration intervention research. *The American Journal of*

Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association, 61(2), 216-227. <https://doi.org/10.5014/ajot.61.2.216>

Phalen, J. A. (2021). New ICD-10-CM codes for pediatric feeding disorder take effect Oct. 1. *AAP News*. <https://www.aappublications.org/news/2021/09/01/coding090121>, /news/2021/09/01/coding090121

Pollock, N. (2009). Intégration sensorielle : Revue de l'état actuel des faits scientifiques. *Actualités Ergothérapeutiques*, 11(5).

Prasse, J. E., & Kikano, G. E. (2009). An Overview of Pediatric Dysphagia. *Clinical Pediatrics*, 48(3), 247-251. <https://doi.org/10.1177/0009922808327323>

PROFIL SENSORIEL - Mesurer l'impact des troubles sensoriels de l'enfant sur sa vie quotidienne—Pearson Clinical & Talent Assessment. (s. d.). Consulté 6 mai 2022, à l'adresse <https://www.pearsonclinical.fr/profil-sensoriel-mesurer-limpact-des-troubles-sensoriels-de-lenfant-sur-sa-vie-quotidienne>

Quelles sont les différences entre pluridisciplinarité, pluriprofessionnalité, interdisciplinarité et transdisciplinarité ? (s. d.). *ETP Grand Est*. Consulté 13 novembre 2021, à l'adresse <https://www.etp-grandest.org/faq/quelles-sont-les-differences-entre-pluridisciplinarite-pluriprofessionnalite-interdisciplinarite-et-transdisciplinarite/>

Qu'est ce que l'ergothérapie – ANFE. (s. d.). *ANFE*. Consulté 17 janvier 2022, à l'adresse https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

Quetin, F. (2015). Les troubles de l'oralité chez l'ancien prématuré. *Contraste*, 41(1), 271-280. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cont.041.0271>

Ramsay, M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants : Une nouvelle perspective. *Devenir*, 13(2), 11-28.

Rendall, S., Harvey, K., Tavassoli, T., & Dodd, H. (2022). Associations between emotionality, sensory reactivity and food fussiness in young children. *Food Quality and Preference*, 96, 104420. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2021.104420>

Robail, S., Camburet, L., Pannier, S., Nguyen, G., & Rolland, A. C. (2017). Un groupe thérapeutique parents–enfants à destination des troubles précoces du comportement alimentaire. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 65(8), 487-499. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2017.09.004>

Rodger, S., Brown, G. T., & Brown, A. (2005). Profile of paediatric occupational therapy practice in Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(4), 311-325. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2005.00487.x>

Ruffier Bourdet, M. (2018). Les troubles de l'oralité alimentaire : Une dimension sensorielle mais pas seulement. *ErgOthérapies*, 69, 29-37.

Ruffier Bourdet, M. (2022). *Mes premiers repas avec plaisir et sans stress*. Hachette Livre.

Santé publique France accompagne les parents pour prendre en main les nouvelles recommandations sur la diversification alimentaire des tout-petits. (s. d.). Consulté 5 mai 2022, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/sante-publique-france->

accompagne-les-parents-pour-prendre-en-main-les-nouvelles-recommandations-sur-la-diversification-alimentaire-des-tout-petits

Senez, C. (2015). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition* (2^e éd.). De Boeck-Solal.

Sharp, W. G., Volkert, V. M., Scahill, L., McCracken, C. E., & McElhanon, B. (2017). A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders : How Standard Is the Standard of Care? *The Journal of Pediatrics*, 181, 116-124.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.002>

Sheppard, J. J., & Mysak, E. D. (1984). Ontogeny of infantile oral reflexes and emerging chewing. *Child Development*, 55(3), 831-843.

Smith, B., Rogers, S. L., Blissett, J., & Ludlow, A. K. (2020a). The relationship between sensory sensitivity, food fussiness and food preferences in children with neurodevelopmental disorders. *Appetite*, 150, 104643. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104643>

Smith, B., Rogers, S. L., Blissett, J., & Ludlow, A. K. (2020b). The relationship between sensory sensitivity, food fussiness and food preferences in children with neurodevelopmental disorders. *Appetite*, 150, 104643. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104643>

Smith Roley, S., Mailloux, Z., Miller-Kuhaneck, H., & Glennon, T. J. (2007). Understanding Ayres Sensory Integration. *AOTA*.

Specialized Knowledge and Skills in Feeding, Eating, and Swallowing for Occupational Therapy Practice. (2007). *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(6), 686-700. <https://doi.org/10.5014/ajot.61.6.686>

Stevenson, R. D., & Allaire, J. H. (1991). The development of normal feeding and swallowing. *Pediatric Clinics of North America*, 38(6), 1439-1453. [https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(16\)38229-3](https://doi.org/10.1016/s0031-3955(16)38229-3)

Strong, S., Rigby, P., Stewart, D., Law, M., Letts, L., & Cooper, B. (1999a). Application of the Person-Environment-Occupation Model : A practical Tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 122-133. <https://doi.org/10.1177/000841749906600304>

Strong, S., Rigby, P., Stewart, D., Law, M., Letts, L., & Cooper, B. (1999b). Application of the Person-Environment-Occupation Model : A practical Tool. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 66, 122-133. <https://doi.org/10.1177/000841749906600304>

Thibault, C. (2004). Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant- Editorial. *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*, 220. <http://doczz.fr/doc/2159322/les-troubles-de-l-oralit%C3%A9-alimentaire-chez-l-enfant>

Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation* (2^e éd.). <https://anfe.fr/product/habiliter-a-loccupation-2eme-edition/>

VAN BRUGGEN, H. (2016). *Le vocabulaire de l'occupation* [ENOTHE].

Veronique Leblanc, Lecoufle, A., Bourgeois, C., Hardy, E., & Ruffier Bourdet, M. (2012). *Boîte à idées pour oralité malmenée du jeune enfant*. NUTRICIA. http://pontt.net/wp-content/uploads/2014/02/boite-a-idee_oralite.pdf

Vidal, A. (2015). Prévention et lutte contre les troubles de l'oralité chez le petit enfant trachéotomisé sous nutrition entérale. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(164-165), 70-75. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2015.05.005>

World Health Organization. (2002). *Complementary feeding : Report of the global consultation and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. World Health Organization.

Zeleny, J., Volkert, V., Ibañez, V., Crowley, J., Kirkwood, C., & Piazza, C. (2019). Food preferences before and during treatment for a pediatric feeding disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 53. <https://doi.org/10.1002/jaba.625>

ANNEXES

Table des annexes

Annexe I – Classification AFRID selon le DSM-V	II
Annexe II – Les effets bénéfiques de l’ergothérapie dans l’alimentation de l’enfant dysphagique – ANFE (2021)	IV
Annexe III – Pyramide des apprentissages (William & Shellenberger, 1996). Traduction française issue de l’article de D. Dechambre « expérience en ergothérapie » (2010).....	V
Annexe IV – Les principes essentiels à la réalisation d’une intervention en approche d’intégration sensorielle – Parham, Cohn, & al. (2007).....	VI
Annexe V – SIPT Sensory integration and Praxis Test. A. J. Ayres (1989)	VII
Annexe VI – Grille d’entretien à destination des professionnels	VIII
Annexe VII - Questionnaire à destination des parents	XI
Annexe VIII - Retranscription entretien 1.....	XVI
Annexe IX - Retranscription entretien 2.....	XXIII
Annexe X – Généralités et caractéristiques socio-professionnelles des ergothérapeutes interrogés	XXXIII
Annexe XI – Tableau récapitulatif des retranscriptions des professionnels interrogés ..	XXXV
Annexe XII – Nuage de mot représentatif des occurrences des professionnels interrogés à la question « Lors de la première rencontre, quelle présentation faites-vous de votre rôle auprès de l’enfant et des parents ? ».....	XLIII
Annexe XIII - Résultats du questionnaire à destination des parents.....	XLIV
Annexe XIV - Goal Assessment tool	XLIX

Annexe I – Classification AFRID selon le DSM-V

Tiré de l'article : « *AFRID- Le trouble de restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments : caractéristiques cliniques et connaissances actuelles* »

L'ARFID (*Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder*) est défini comme une perturbation de la nutrition ou de l'alimentation dont voici les critères du DSM-5 :

- **A.** Un trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments qui se manifeste par une incapacité persistante à atteindre les besoins nutritionnels et/ou énergétiques appropriés, associée à un (ou plusieurs) des éléments suivants :
 - o 1. Perte de poids significative (ou incapacité d'atteindre le poids attendu, ou fléchissement de la courbe de croissance chez l'enfant)
 - o 2. Déficit nutritionnel significatif
 - o 3. Nécessité d'une nutrition entérale par sonde ou de compléments alimentaires oraux
 - o 4. Altération nette du fonctionnement psychosocial
- **B.** La perturbation n'est pas mieux expliquée par un manque de nourriture disponible ou par une pratique culturellement admise.
- **C.** Le comportement alimentaire ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale (*anorexia nervosa*), d'une boulimie (*bulimia nervosa*), il n'y a pas d'argument en faveur d'une perturbation de l'image du corps (perception du poids ou de la forme).
- **D.** Le trouble de l'alimentation n'est pas dû à une affection médicale concomitante ou n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental. Lorsque le trouble de l'alimentation survient dans le contexte d'un autre trouble ou d'une autre affection, la sévérité du trouble de l'alimentation dépasse ce qui est habituellement observé dans ce contexte et justifie, à elle seule, une prise en charge clinique.

Pour illustrer le type de symptômes retrouvés habituellement chez les personnes présentant un ARFID, le DSM propose différents exemples dans son manuel :

- Un manque d'intérêt manifeste pour l'alimentation ou la nourriture ;
- Un évitement fondé sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture, caractérisé par une alimentation sélective ; des aversions sensorielles à la nourriture ; qualification de « mangeur très difficile » et/ou une néophobie de nourriture ;

- Une préoccupation concernant les conséquences aversives associée à une prise de nourriture, caractérisée par une réponse anxieuse/phobique qui affecte l'ingestion d'aliments.

Il a récemment été proposé de considérer ces présentations cliniques de manière dimensionnelle plutôt que catégorielle, c'est-à-dire que ces dernières peuvent coexister.

Annexe II – Les effets bénéfiques de l’ergothérapie dans l’alimentation de l’enfant dysphagique – ANFE (2021)



Le Trouble de l'oralité alimentaire se traduit par une difficulté pour s'alimenter par la bouche. Ce trouble peut être sensoriel, fonctionnel ou psychologique. Il peut être consécutif à une hospitalisation précoce, une nutrition artificielle temporaire ou non, un trouble de développement, un handicap, une prématurité ou un trouble gastro entérologique. Il arrive également que le trouble alimentaire soit présent sans troubles du développement identifiés.

L'ergothérapie et le trouble de l'oralité alimentaire :

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il exerce sur prescription médicale.

Le repas est une activité humaine, signifiante, indispensable à la vie. Les ergothérapeutes jouent donc un rôle essentiel auprès des enfants présentant un trouble de l'alimentation.

L'ergothérapeute accompagne les enfants présentant un trouble de l'alimentation pour leur permettre de développer leurs capacités fonctionnelles pour s'alimenter, pouvoir appréhender sensoriellement le repas et la nourriture, installer correctement l'enfant et proposer des adaptations afin de faciliter la prise des repas.

L'ergothérapeute travaille en étroite collaboration avec l'enfant et son entourage. L'intervention de l'ergothérapeute implique directement l'enfant, sa famille et les aidants. Le plan d'intervention et les objectifs sont construits avec eux.



Où trouver les ergothérapeutes

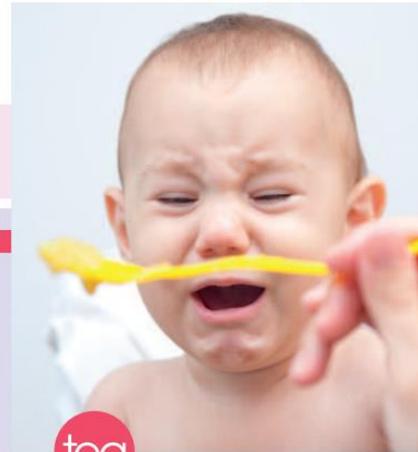
Les ergothérapeutes exercent

- en secteur hospitalier
- en centre de rééducation
- en établissements associatifs relevant du secteur médico social
- en libéral



Association Nationale Française des Ergothérapeutes
64 rue Nationale - CS 41362
75214 PARIS CEDEX 13
Tél. : 01 45 84 30 97
email : accueil@anfe.fr

www.anfe.fr



LES EFFETS BÉNÉFIQUES DE L'ERGOTHÉRAPIE DANS L'ALIMENTATION DE L'ENFANT DYSPHAGIQUE



TROUBLES DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE

www.anfe.fr



TROUBLES DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE

www.anfe.fr

L'intervention de l'ergothérapeute :

- L'ergothérapeute rencontre l'enfant et sa famille pour cerner les attentes et les besoins.
- L'ergothérapeute aide à la mise en place d'outils de guidance pour rétablir "le plaisir" autour de l'alimentation. Il aide au choix du matériel, développe le panel alimentaire.
- Il encourage les conduites comportementales positives pour rétablir un repas harmonieux.
- L'ergothérapeute évalue le moment du repas dans sa globalité :

AU NIVEAU FONCTIONNEL

- Mange-t-il de façon active ou passive ?
- Peut-il appréhender la nourriture, la transformer et la déglutir ?

AU NIVEAU DE SON INSTALLATION

- L'enfant est-il stable au niveau postural ?
- Son assise est-elle adaptée ?
- Les ustensiles pour s'alimenter sont-ils adaptés à sa déglutition, son âge, sa préhension ?

AU NIVEAU SENSORIEL

- L'enfant supporte-t-il son environnement sensoriel pendant le repas ?
- Peut-il regarder les aliments, les sentir, les toucher, les mettre en bouche ?
- L'enfant présente-t-il des hyper sensibilités, des hyposensibilités ou encore un trouble de la modulation au niveau alimentaire ?

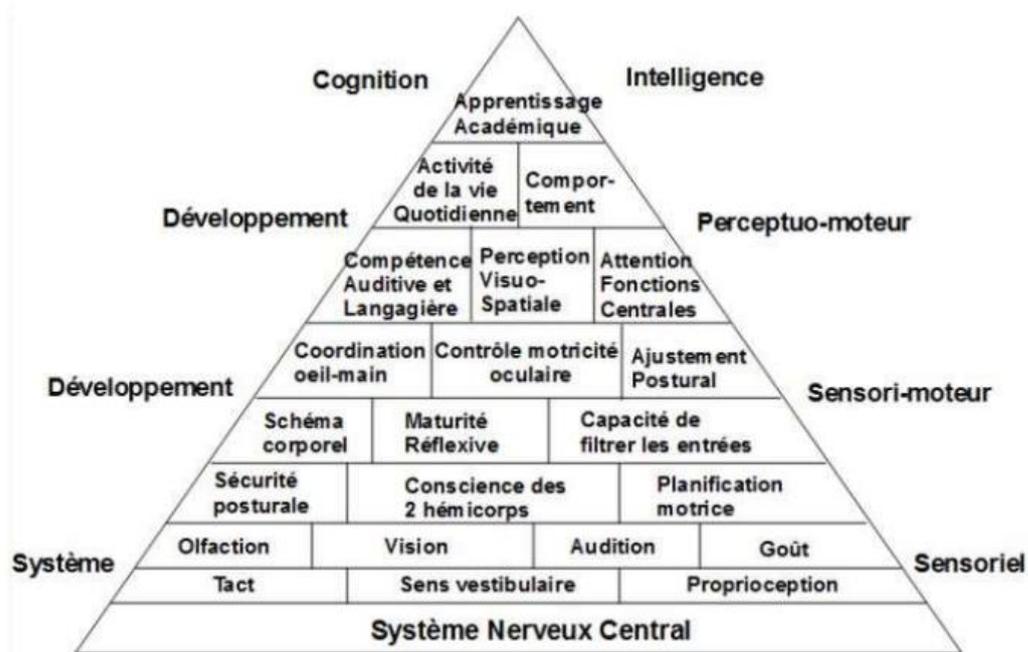


Les signes d'appel d'un trouble de l'oralité alimentaire chez l'enfant



Adressez vous à votre médecin qui vous orientera vers un ergothérapeute.

Annexe III – Pyramide des apprentissages (William & Shellenberger, 1996). Traduction française issue de l'article de D. Dechambre « expérience en ergothérapie » (2010)



Annexe IV – Les principes essentiels à la réalisation d’une intervention en approche d’intégration sensorielle – Parham, Cohn, & al. (2007)

- Intervention is delivered by a qualified professional— occupational therapist or occupational therapy assistant under the direct supervision of the occupational therapist, physical therapist, or speech-language pathologist.
- The intervention plan is family centered and based on a complete evaluation and interpretation of the patterns of sensory integrative dysfunction in collaboration with significant persons in the client’s life and with adherence to ethical and professional standards of practice.
- Therapy takes place in a safe environment that includes equipment that will provide vestibular, proprioceptive, and tactile sensations and opportunities for praxis.
- Activities are rich in sensation (especially vestibular, tactile, and proprioceptive sensation), and offer opportunities for integrating that information with other sensations, such as visual and auditory.
- Activities promote regulation of affect and alertness and provide the basis for attending to salient learning opportunities.
- Activities promote optimal postural control in the body, oral-motor, ocular-motor areas, and bilateral motor control, including maintaining control while moving through space and adjusting posture in response to changes in the center of gravity.
- Activities promote praxis, including organization of activities and self in time and space.
- Intervention strategies provide the “just-right challenge.”
- Opportunities exist for the client to make adaptive responses to changing and increasingly complex environmental demands. Highlighted in Ayres Sensory Integration intervention principles is the “somatomotor adaptive response,” which means that the person is adaptive with the whole body, moving and interacting with people and things in the three-dimensional space.
- Intrinsic motivation and drive are used to interact through pleasurable activities; in other words, play.

- The therapist engenders an atmosphere of trust and respect through contingent interactions with the client. The activities are negotiated, not preplanned, and the therapist is responsive to altering the task, interaction, and environment based on the client’s responses.
- The activities are their own reward, and the therapist ensures the client’s success in whatever activities are attempted by altering the activities to meet the client’s abilities.

Annexe V – SIPT Sensory integration and Praxis Test. A. J. Ayres (1989)



Fiche descriptive Outil d'évaluation pédiatrique

Instrument
SIPT – Sensory Integration and Praxis Test par A. J. Ayres (1989).
Âge
4:0 à 8:11 ans
Description/Dimensions évaluées
<ul style="list-style-type: none">• Cette batterie de tests standardisés permet d'identifier la présence d'un trouble d'intégration sensorielle sous-jacent aux problèmes d'apprentissage/comportements.• Le SIPT représente le seul protocole en lien avec le schème de référence d'intégration sensorielle et permettant une évaluation approfondie de l'intégration sensorielle.• Le SIPT comprend 17 sous-tests :<ul style="list-style-type: none">○ Visualisation spatiale;○ Perception figure-fond;○ Équilibre debout/marche;○ Copie de forme (2D);○ Praxies posturales;○ Coordination motrice bilatérale;○ Praxies sur commande verbale;○ Praxies de construction (3D);○ Nystagmus post-rotatoire;○ Précision motrice;○ Praxies séquentielles;○ Praxies orales;○ Perception manuelle des formes (stéréognosie);○ Kinesthésie;○ Identification des doigts;○ Graphesthésie;○ Localisation de stimuli tactiles.

Annexe VI – Grille d’entretien à destination des professionnels

1) Généralités et caractéristiques socio-professionnelles

- Date obtention du DU¹ en Ergothérapie
- Parcours professionnel
- Lieu d’exercice, temps exercice
- Formation
- Connaissance de la pathologie : formation spécifique TAP² ou non
- Nombre de suivi TAP / an / mois

2) Outils et moyens utilisés – déroulement des ateliers

Dans le cadre la prise en charge des troubles alimentaires en pédiatrie :

Lors de l’accueil et des évaluations :

QUESTIONS POSEES	Ce que je veux savoir : critères
<i>Lors de la première rencontre, quelle présentation faites-vous de votre rôle auprès de l’enfant et sa famille ?</i>	Libre
Quels types de recueil d’information utilisez-vous ?	Libre – supports ASI – autres
Quel(s) type(s) d’évaluations utilisez-vous ?	Utilisation ASI ? <ul style="list-style-type: none">- A quel moment du suivi ?- À quel moment des séances ?- Et à travers quelles activités ? Utilisation ou non d’évaluations issues du modèle d’intégration sensorielle : Profils sensoriels, SPM, SIPT, Autres : ...

Sur le plan sensoriel

¹ Diplôme universitaire

² Trouble alimentaire pédiatrique

QUESTIONS POSEES	Ce que je veux savoir : critères
Identifiez-vous toujours une déficience dans le traitement sensoriel dans les prises en charges des troubles alimentaires ? Et si non, réorientez-vous l'enfant vers un autre professionnel ou non ?	Oui – Non
Sur quels critères pouvez-vous être amené à orienter l'enfant vers un autre professionnel ?	Libre

Lors de l'intervention :

QUESTIONS POSEES	Ce que je veux savoir : critères
Quel(s) type(s) d'intervention(s) mettez-vous en place ? Décrire un suivi type ? Décrire une séance type ?	Utilisation ASI ? <ul style="list-style-type: none"> - A quel moment du suivi ? - À quel moment des séances ? - Et à travers quelles activités ?
Quel type d'environnement privilégiez-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sécurisant ○ Expérience sensorielle multimodales (2 à 3 modalités)
Comment faites-vous évoluer la difficulté des interventions ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Challenges, défis réussis ○ Favoriser et valoriser le succès de l'enfant ○ Lors de l'augmentation de l'apparition de réponses adaptatives de l'enfant
Quels types de support, outils utilisez- vous ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Support ludique ○ Autres :
Comment est fait le choix de l'activité réalisée en séance ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Initié par le thérapeute seulement (<u>non ASI</u>) ○ Initié par la thérapeute mais avec un enfant réactif « <i>moyen dirigé</i> » (<u>ASI</u>) ○ Initié par l'enfant et le thérapeute a pour rôle de structurer l'intervention (<u>ASI</u>)

3) Résultats observés

QUESTIONS POSEES	Ce que je veux savoir : critères
Comment mettez-vous en place les objectifs d'une prise en charge TAP ?	- Seul le thérapeute, en collaboration, échange, ...
Quels sont les outils que vous utilisez pour évaluer l'évolution de l'enfant ?	- Mesure de la performance occupationnelle - Autres :
Quels sont vos critères pour évaluer l'évolution de l'enfant ?	- Interroger la performance occupationnelle : soit en s'inspirant d'un outil de mesure de cette performance (MCRO, occupationnal gap questionnaire) - critères GODAY

Annexe VII - Questionnaire à destination des parents

Questionnaire à destination des parents d'un enfant porteur de troubles alimentaires

Formulaire à destination de parents ayant un enfants avec des troubles de l'alimentation

1. Vous êtes

Une seule réponse possible.

- Un Homme
- Une Femme
- Autre : _____

2. Vous avez

Une seule réponse possible.

- Moins de 20 ans
- Entre 20-30 ans
- Entre 30-40 ans
- Plus de 40 ans

3. Quel âge à votre enfant porteur de troubles de l'oralité ?

Plusieurs réponses possibles.

- entre 1- 6 mois
- entre 7 - 12 mois
- entre 13 -18 mois
- entre 19 - 24 mois
- entre 25 mois - 3 ans
- entre 3ans et 4 ans
- entre 4 et 5 ans
- entre 5 et 6 ans
- plus de 6 ans

4. Depuis quand est il pris en charge par un ergothérapeute dans le cadre de ses troubles ?

5. Comment en êtes vous arrivé à consulter un ergothérapeute pour ses troubles ?

Une seule réponse possible.

- Orienté par votre médecin traitant
- Orienté par une plateforme spécifique (PMI, PCO, ...)
- Orienté par un autre professionnel (kinésithérapeute, ostéopathe, diététicien, orthophoniste, psychomotricien, ...)
- Orienté par un membre de votre famille ayant déjà eu affaire à un ergothérapeute
- Orienté seule, par vos recherches personnelles
- Décision après échec de prise en charge avec un autre professionnel - autre profession
- Autre : _____

6. Quel est le nom de l'ergothérapeute qui le prend en charge ?

7. Quelle est la fréquence de prise en charge en ergothérapie sur la semaine? et sur le mois ?

8. Votre enfant est-il pris en charge par d'autres professionnels dans le cadre de ces troubles alimentaires ?

Une seule réponse possible.

- Kinesithérapeute
 Orthophoniste
 Psychomotricien
 Diététicien
 Pédiatre
 Autre : _____

9. A quel âge ces troubles ont-ils été évoqués et par quel(s) professionnel(s) ?

10. Votre enfant a-t-il d'autres diagnostic(s) médicaux posé(s) ? si oui, par quel(s) professionnel(s) ?

11. Avez-vous échangé avec l'ergothérapeute sur les formations spécifiques qu'il possède pour pouvoir prendre en charge les troubles de l'alimentation ?

Une seule réponse possible.

- oui, je connais en partie les formations en lien avec les troubles alimentaires qu'a suivis l'ergothérapeute prenant en charge mon enfant
 Non
 Je ne sais pas

12. Avez vous le sentiment que votre enfant à progressé en terme de réalisation de l'activité sur le plan de l'alimentation depuis la prise en charge en ergothérapie ?

Une seule réponse possible.

- OUI
 NON
 Je ne sais pas

13. AVANT le début de la prise en charge en ergothérapie, comment coteriez vous votre satisfaction à l'égard de l'activité de prise de repas de votre enfant [0= insatisfaction totale-1= insatisfaction la plupart des repas, sauf rares exceptions- 2= satisfaction la moitié du temps- 3=satisfaction fluctuante en fonction des journées mais majoritairement satisfaisant - 4= - satisfaction totale]

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	
Insatisfaction totale	<input type="radio"/>	Totalement satisfait				

14. DEPUIS la prise en charge en ergothérapie, comment coteriez vous votre satisfaction à l'égard de l'activité de prise de repas de votre enfant [0= insatisfaction totale-1= insatisfaction la plupart des repas, sauf rares exceptions- 2= satisfaction la moitié du temps- 3=satisfaction fluctuante en fonction des journées mais majoritairement satisfaisant - 4= - satisfaction totale]

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	
Insatisfaction totale	<input type="radio"/>	Totalement satisfait				

15. Quel était votre objectif principal concernant votre enfant en venant consulter un ergothérapeute ? indiquez en combien de séance vous pensiez atteindre cet objectif

16. AVANT le début de la prise en charge en ergothérapie, cochez les activités qui étaient problématiques

Plusieurs réponses possibles.

- Manipulation des couverts
- Postures à table
- Manger seul
- Manger proprement
- Sensibilité aux odeurs
- Sensation de faim, satiété, soif
- Agitation motrice sur le temps du repas
- Temperature des aliments
- Acceptation de nourriture non familière - nouvelle - la nouveauté
- Manger des aliments variés- Variété de son panel alimentaire - la diversité
- Formuler une demande en lien avec la nourriture - le repas
- Rester à table sur le temps du repas
- Sensibilité aux textures, toucher les aliments avec les mains
- La durée du repas (trop long)
- Mastication
- Autre : _____

17. DEPUIS le début de la prise en charge en ergothérapie, cochez les activités qui selon vous se sont améliorées

Plusieurs réponses possibles.

- Manipulation des couverts
- Postures à table
- Mange seul
- Mange proprement
- Sensibilité aux odeurs
- Sensation de faim, satiété, soif
- Agitation motrice sur le temps du repas
- Temperature des aliments
- Acceptation de nourriture non familière- nouvelle
- Manger des aliments variés- variété de son panel alimentaire
- Formuler une demande en lien avec la nourriture- le repas
- Rester à table sur le temps du repas
- Sensibilité aux textures, toucher les aliments avec les mains
- La durée du repas (trop long)
- Mastication
- Autre : _____

18. DEPUIS le début de la prise en charge en ergothérapie, cochez les activités qui selon vous restent toujours problématiques

Plusieurs réponses possibles.

- Manipulation des couverts
- Postures à table
- Mange seul
- Mange proprement
- Sensibilité aux odeurs
- Sensation de faim, satiété, soif
- Agitation motrice sur le temps du repas
- Temperature des aliments
- Acceptation de nourriture non familière- nouvelle
- Manger des aliments variés- variété de son panel alimentaire
- Formuler une demande en lien avec la nourriture- le repas
- Rester à table sur le temps du repas
- Sensibilité aux textures, toucher les aliments avec les mains
- la durée du repas (trop long)
- Mastication
- Autre : _____

Annexe VIII - Retranscription entretien 1

Alors pour commencer est ce que c'est possible que vous vous présentiez succinctement, euh notamment au niveau de la date d'obtention du diplôme, un petit peu le parcours professionnel, les différents lieux d'exercices et puis les différentes formations

Ok alors du coup moi c'est (NOM PRENOM), j'ai été diplômée en juillet 2020 de l'IFE de Tours. Euh je me suis installée directement en libéral à la suite du diplôme à Paris. Donc j'ai fait ça dès que j'ai eu mon diplôme. Euh au niveau des formations du coup euh je me suis formé pour tout ce qui était écriture et prise en charge ordinateur. J'ai fait mes trois modules d'intégration sensorielle, j'ai fait développement de l'enfant de 0 à 4 ans et trouble de l'alimentation parce que j'avais fait mon stage avec Marie Ruffier quand j'étais encore étudiante, voilà.

Euh est ce que ... ah oui du coup y avait la formation TAP. Euh au niveau des suivis du coup d'enfants, quel est le nombre moyen, soit sur une année ou sur le mois, d'enfants que vous pouvez avoir dans le cadre des troubles de l'oralité ?

Euh alors attends. Je vais juste compter ceux que j'ai actuellement pour avoir un peu une idée en tête. Euh 1, 2, 3, 4, 5, 6, Actuellement j'en ai 6 hebdomadaires.

Ok.

Et après j'ouvre des consultations plus ponctuelles pour les petits.

D'accord donc actuellement au niveau des âges moyens ça donne quoi ? par exemple le plus petit et le plus grands ?

Alors le plus petit que j'ai eu en séance il avait 7 mois. Sachant que j'ai déjà eu des sage-femmes qui m'ont demandé conseil pour un petit bébé de 1 moi. Et le plus grand que j'ai actuellement il a 10 ans.

Du coup dans le cadre de la prise en charge des troubles alimentaires, quelle présentation faites-vous du rôle auprès de l'enfant et auprès de la famille ?

Euh c'est-à-dire quel rôle ?

Du rôle ...

Comment je me présente ?

Comment vous vous définissez ?

Ben je leur demande déjà s'ils connaissent le principe de l'ergothérapie. Euh donc en général non. Donc du coup je leur explique très brièvement que c'est pour la réhabilitation d'activité quotidienne et pour améliorer leur performance dans le repas là en l'occurrence. Et que du coup, en fait je les aide à formuler leurs objectifs. Enfin ça dépend de leur âge évidemment. Mais notamment ceux qui sont plus vieux à partir de 6 ans je dirais, je leur demande pourquoi ils veulent le faire. Est-ce que c'est pour je ne sais pas moi « manger à la cantine avec ses copains » ou ce genre de chose et je les aide du coup à formaliser leurs objectifs à eux et aussi les objectifs des parents quand même on ne les oublie pas, mais au moins faire un petit mix des deux.

Ok et du coup est ce que y a un recueil d'information précis, est ce que c'est quelque chose que vous avez créé vous-même ou un truc que vous avez eu dans les formations ?

Euh ouais c'est un petit mix de tout ce que j'ai eu en formation. Par exemple donc j'ai commencé avec ce que nous avait donné Marie pendant sa formation. Ensuite je l'ai agrémenté par rapport à ce que j'ai vu en formation en intégration sensorielle, en formation du développement de l'enfant de 0 à 4ans. Euh là j'ai fait les freins restrictifs et là je me suis formé en allaitement. Donc ça va encore changer pour là les prochaines consultations. Les prochaines consultations vont pouvoir changer un petit peu.

Ok, et justement au niveau des évaluations, quels types d'évaluations vous pouvez utiliser pour les troubles de l'oralité ?

Alors il n'y a pas d'évaluations standardisées. Alors je leur demande si déjà ils peuvent ramener en fait un aliment qu'il mange, un aliment qu'il ne mange pas ou du moins qu'il ne connaît pas. Ou du moins qu'il ne connaît pas, pour pas qu'il soit en total refus. Déjà que l'enfant ne me connaît pas, si en plus on a un aliment qu'il déteste forcément ça ne va pas être très logique. Donc en fait je passe beaucoup de temps sur l'entretien avec la maman pour tout ce qui est histoire du développement de l'alimentation. Qu'est ce qui a pu se passer, est ce que le sommeil était bon ou pas et ensuite je le regarde faire s'il est ok pour manger ou alors la maman a pris des vidéos en amont et je les regarde aussi si vraiment l'enfant est dans le refus. Après il

y en a qu'une actuellement qui est vraiment dans le refus où là elle ne veut pas manger elle ne veut pas que je m'approche de sa bouche ni rien. Donc elle je n'ai pas pu faire de vraie évaluation de toute façon elle est trop petite et ça va être en fait beaucoup d'analyse d'activité pour le coup.

Pour cette jeune fille là ?

Pour tous.

Et par exemple pour cette jeune fille là, sa famille peut la faire manger ou c'est un refus tout le temps.

Alors c'est une toute petite mangeuse. Euh ils font ce qu'ils peuvent. Si elle est ok pour manger ils vont lui donner. C'est toujours présenté à table. Euh et en fait cette petite pour le coup quand je l'ai vu il se trouve qu'elle a un très gros trouble du processus sensoriel qui faisait qu'elle était toujours en hypervigilance. Donc en fait elle était ... enfin je travaille d'abord sur l'hypervigilance avant de travailler autre chose parce que c'est une petite où vraiment on ne peut pas s'approcher même physiquement.

Et justement par rapport à tout le plan sensoriel, est ce que vous identifiez toujours une déficience dans le traitement sensoriel pour ses prises en charge là et est-ce que ça arrive que du coup vous identifiez qu'il n'y a pas de déficience sensorielle et du coup dans ce cas-là est ce que vous réorientez vers un autre professionnel ?

Euh alors ... il n'y a pas toujours de problème sensoriel en tout cas quand je fais l'évaluation. Il peut y avoir des problèmes sensoriels que l'on détecte mais ce n'est pas la cause numéro 1 pour laquelle l'enfant ne mange pas. Et après ben du coup par exemple, j'ai l'exemple d'une petite où effectivement problème sensoriel. Enfin elle a un autisme, plusieurs troubles sensoriels qui s'expriment dans plusieurs de ses activités quotidiennes et en fait euh ... l'orthophoniste ont travaillé dessus et je me disais en fait c'est bizarre parce qu'elle ne mangeait avec personne sauf avec moi. Et enfaite on s'est plutôt rendu compte que c'était un problème de cadre qu'un problème sensoriel qui l'impactait. Et depuis qu'on a réorienté les séances sur cette rigidité de cadre, tout va mieux à la maison. Alors en soit j'ai pas du tout traité les problèmes sensoriels.

Ok et du coup sur quels critères vous pourriez être amené à orienter un enfant vers justement un autre professionnel en plus de votre prise en charge ?

Si par la suite tout ce qui est déglutition, gérer pour avaler ce genre de chose pour moi ça c'est ortho. Quand euh ... alors chez les tout petits bébés je travaille avec la sage-femme. Pour l'évaluation des freins, je le fais aussi ré-évaluer l'ostéo qui est formé en freins, comme ça on a deux avis et on peut plus en discuter et voilà.

D'accord et vous êtes du coup dans un cabinet avec les autres professionnels

Alors non du tout, c'est juste le réseau qui s'est créé comme ça.

Et donc c'est un réseau où vous êtes tous formés dans les troubles de l'oralité ?

Euh bah oui c'est en fait... Par exemple la sage-femme, c'est parce que sa fille je l'ai en prise en charge alimentation et du coup pour les questions ... en fait, elle, elle était formée allaitement et elle avait beaucoup de bébé ou ben ça ne marchait pas. Euh enfin quelques-uns, mais voilà on a tout de suite l'impression qu'il y en a beaucoup. Mais voilà elle me demandait des conseils, et c'est là où je trouvais que je manquais de connaissance sur le fonctionnement de l'allaitement c'est pour ça que je voulais me former pour comprendre le principe de base (rires). Parce que quand on ne comprend pas le principe de base clairement c'est beaucoup plus compliqué. Et donc du coup c'est là que j'ai pu travailler avec elle. L'ostéo c'est parce qu'elle est à Suresnes et donc c'est une amie de Marie Ruffier qui faisait la formation et qui m'a dit ah bah contacte là, ce genre de chose. C'est comme ça en fait qu'au fur et à mesure j'ai créé le réseau.

Ok donc c'est toujours un peu les mêmes professionnels avec qui vous travaillez ?

Ouais.

D'accord, et lors de l'intervention du coup, quels types d'interventions vous mettez en place ? Est-ce que c'est possible par exemple de décrire une séance type un petit peu ? ou sur le suivi un peu par quoi vous commencez ?

Euh ça dépend vachement de l'âge. Je dirais que quand ils sont petits, petit jusqu'à 5 ans quoi. Enfin 4ans. Les premières séances on dirait que je ne travaille pas on va dire que je fais plutôt « ami-ami » avec eux pour qu'ils m'acceptent. Parce que c'est souvent un sujet qui les effraie. Parce qu'ils ne me connaissent pas donc si j'arrive

directement en voulant travailler ça s'est compliqué. Sachant qu'un enfant ne montre pas toutes ses capacités directement à la première séance le jour du bilan en fait. Le bilan s'effectue sur plusieurs séances, pour voir un peu ben qu'est ce qui va, qu'est ce qui ne va pas. Donc c'est vrai qu'au début je tâtonne un peu, enfin je tâtonne : Je sais ce que je vais essayer d'évaluer et en fonction de ce que l'enfant va être ok pour me montrer. Si par exemple il est d'accord pour faire je ne sais pas que du sensoriel externe. Donc aller fouiller dans différents bacs. Eh bien pas de soucis je ne ferais que ça si je vois que vraiment il ne veut pas aller en bouche. Pour les plus grands par contre je ne fais pas du tout comme ça, surtout quand ils sont ... Par exemple, les miens sont très enthousiastes. En tout cas ils sont très contents à l'idée de d'avoir un objectif donc du coup là on passe directement sur le concret et donc euh... je vois avec eux qu'est ce qui apparait le plus à la cantine ou à la maison euh pour essayer d'intégrer le panel en fait. Bien que, il peut y avoir certains problèmes sensoriels mais parfois il y a tellement des mécanismes de défenses qui sont là, qu'est-ce que ce n'est pas plutôt le mécanisme de défense qui est mis en place par habitude ou est-ce que c'est un vrai problème sensoriel ? Donc euh j'utilise directement la méthode micro graduée, donc on augmente les morceaux au fur et à mesure. et en parallèle j'ai toujours la méthode SOS pour plus les rassurer. Pour leur montrer qu'ils ne sont pas obligés d'aller jusqu'à avaler. Ils peuvent faire les marches d'avant. Mais en général ils sont tellement confiant, qu'ils y vont. Donc voilà. Et souvent en fait d'eux même... en fait j'essaie vraiment de les rendre acteur, c'est eux qui choisissent. Et par exemple la dernière fois il y en a un qui m'a dit ben j'ai choisi la (...) parce que je sais qu'à la cantine c'est un fruit qui revient souvent et que c'est un fruit du coup que je pourrais être amené fréquemment à manger donc celui-là je voudrai bien au moins le tolérer. Donc on a commencé à travailler ça. Et enfaite moins j'arrête le suivi une fois que l'enfant est assez confiant, qu'il a un peu ouvert le panel, et qu'il est assez confiant dans la découverte, qu'il a compris qu'il pouvait découvrir sans risque et que le repas soit plus un moment complètement traumatisant pour lui.

Ok, Et au niveau de votre salle d'ergothérapie, est ce que c'est ... il y a un environnement particulier. Est-ce qu'au niveau des expériences sensorielles vous en mettez en plus pendant la séance ou pas ?

Alors en fait il se trouve que je fais domicile et école et je fais un peu de cabinet. Alors clairement le cabinet qu'on a actuellement, c'est juste pour dire qu'on a un

cabinet, pour que je stocke quelques petites choses que j'ai. Mais clairement il n'est pas équipé intégration sensorielle donc je fais ce que je peux avec ce que j'ai. En revanche à domicile je vois déjà avec des jeux qu'ils ont. Par ce que souvent les parents ont achetés des jeux sensoriels et que l'enfant ne veut pas y toucher donc c'est une bonne excuse pour trouver un petit jeu à faire. Il y a souvent un peu de matériel : une corde ou un ballon. Donc on trouve toujours un peu de quoi faire.

Et du coup, ça, vous y avez peut-être un peu répondu mais comment vous faites évoluer la difficulté de vos interventions ? Comment vous décidez par exemple que vous pouvez passer à un stade supérieur ?

Euh c'est vraiment un feeling avec l'enfant pour le coup.

Ok.

Si je sens qu'il est pas du tout en confiance c'est vrai que je vais avoir plus de mal à augmenter la difficulté parce que si je me dis si déjà il n'est pas en confiance sur ce niveau-là qu'est-ce que ça va être après. Autant si je sens qu'il est en confiance je rajoute une petite étape en plus jusqu'à temps qu'il me dise stop. Mais après je l'accompagne toujours dans sa difficulté donc, j'essaie de le mettre toujours en réussite.

Après du coup je voulais vous demandez le type de support ou d'outils mais ça vous y avez répondu. Ce sont plutôt des supports ludiques que vous utilisez ?

Ouais.

Et après les supports micro gradués.

Et ouais ça. Et après qu'est-ce que je peux faire d'autres ? la cuisine aussi j'en fait. Qu'est-ce qu'il peut y avoir d'autres ? préparer le repas pour le soir. Faire la
(*incompréhensible-connexion*)

De quoi ?

Faire la vaisselle. Parce que j'en avait un qui ne supportait pas le toucher. Après j'essaie de les mettre beaucoup en situation aussi. Par exemple ma petite TSA, les séances maintenant elle sait j'ai juste à mettre la méthode graduée et l'escalier. Elle ce qu'elle doit faire, nous on est juste à table avec sa mère et elle mange. Et c'est juste ça. Et c'était juste pour débloquer. Là je vais aller à la cantine car à la cantine

ça ne s'est pas débloquent. Donc du coup on va faire la même chose mais à la cantine.

Et les parents sont souvent là pendant la séance ou pas ?

Moi j'insiste pour qu'ils soient là. Parce que comme je leur dis, moi je m'en fiche que l'enfant mange avec moi, ça n'a aucun intérêt.

Oui c'est clair. Et du coup à la fin de la prise en charge est ce que vous avez des outils particuliers pour évaluer, que vous utilisez pour évaluer l'évolution de l'enfant et quels seraient vos critères pour noter qu'il y a une évolution dans les troubles de l'enfant.

Euh je réfléchis à qui j'ai arrêté justement. IL y en a un je le suis toujours mais c'est plus l'objectif. J'en parle beaucoup avec les parents pour savoir où est ce qu'on en est à la maison et dans les différents lieux. Après c'est toute une histoire de partenariat entre nous et les parents pour savoir ce qui est acquis ou pas acquis. Nous on le voit quand il y a plus de sur-réactivité à certaines stimulations, que la réponse motrice est bonne, que l'aspect visuel peu ne plus le dégouter si ça le dégoutait avant. Et comment ça se passe dans les autres environnements en fait. Moi tant que dans les autres environnements ce n'est pas plus simple. Parce que ça peut rester des petits mangeurs quand même, mais si ce n'est pas plus simple dans les autres environnements je continue le suivi jusqu'à temps qu'il y ai une amélioration globale et c'est pour ça que j'en parle beaucoup avec les parents.

D'accord et du coup les transferts à l'école et à la maison c'est un peu votre dernière étape ou pas forcément ?

Oui c'est vrai que je ne le fais pas tout de suite. Je vois plutôt l'enfant chez lui ou au cabinet si les parents viennent de loin. Et si vraiment il n'y a pas de transfert à l'école dans ce cas-là je vais à l'école et j'essaie d'intervenir. ...

(Mauvaise connexion- Coupure de la visio- Retour de la connexion)

Du coup pour moi c'est tout bon c'était la dernière partie. Merci beaucoup en tout cas.

Annexe IX - Retranscription entretien 2

Du coup pour commencer, est ce que c'est possible que vous vous présentiez rapidement. Notamment la date d'obtention de votre diplôme, les différents lieux d'exercices que vous avez pu faire, les différentes formations.

Ok (rires) je vais essayer de faire rapide (rire). Donc je suis diplômée de Créteil. Euh de ... 2004, oui. J'ai du mal. Et puis après au niveau de mon parcours j'ai fait un remplacement à l'hôpital de Garches, adulte à l'hôpital de jour. Après je suis tout de suite aller en pédiatrie, sur un poste en SESSAD APF pareil au-dessus de paris, a Bagneux. Eumh ensuite ... j'ai fait ... un autre SESSAD celui de Neuilly toujours avec le même type de pathologies, plus IMC etcetera. Après j'ai fait, j'ai fait, j'ai fait ... je suis perdue. (Pause). Je suis partie. Après j'ai fait centre de rééduc. Ensuite je suis partie à l'étranger j'ai un peu arrêté l'ergo et quand je suis revenue j'ai trouvé un poste en CAMPS. Et du coup emménagement à Toulouse et pas de poste en pédiatrie donc libéral.

Et c'est votre cabinet ou collab ?

Non de suite j'ai monté mon cabinet. Enfaite j'ai fait pendant un an que du domicile. Je n'ai pas pris de cabinet mais j'en ai profité pour me former parce que c'est vrai qu'en structure c'est toujours compliqué pour se former. Donc j'ai attaqué intégration sensorielle, après j'ai fait CO-OP, j'ai fait tout ce qui est rééducation sensori-motrice ... euh ZUT avec Céline PERROTTE par l'ANFE. Enfin ce n'était pas par l'ANFE mais maintenant elle est à l'ANFE. Avec les enfants qui ont un retard de développement. Après j'ai fait le DU du réseau périnatal Occitanie, à l'hôpital de TURPAN-PURPAN ? à Toulouse.

Et ça consiste en quoi ? C'est tout ce qui est périnatalité ?

Oui, mais en pluriprofessionnalité.

Donc il y avait divers professionnels ? Pas que des ergos ?

Oui, c'était chouette et à la fois un peu compliquée. Parce que y a un peu la guerre psychomot ergo et j'étais la seule ergo (rires). Mais bon ça s'est relativement bien passé quand même. Et après j'ai fait la formation des troubles de l'alimentation avec Marie Ruffier. Et ensuite SACCADE pour les enfants autistes mais je ne m'en sers

pas. J'avoue j'ai un peu laissé de côté. Et puis et puis et puis... Stimul'ergo. Voilà c'est déjà pas mal je pense.

Ok, et du coup concernant le nombre de suivi sur les troubles de l'oralité, est ce que vous avez une idée du nombre de suivi à peu près soit sur le mois ou l'année. Et quelle est la moyenne en termes d'âges sur les enfants que vous allez suivre.

Alors c'est très varié parce que en fait sur les suivis réguliers je vais avoir plutôt des enfants qui ont un profil retard de développement ou trouble du spectre autistique donc ce n'est pas que la partie alimentation. Et ensuite j'ai des créneaux un peu volants, pour faire de la guidance, enfin du bilan et guidance sur l'alimentation et ça euh... on va dire j'en ai. Alors je les étale parce que ça prend du temps et j'ai un planning qui commence à être bien booké. Je vais en avoir la en ce moment c'est quasiment une fois tous les 15 jours faciles. Et je pense que je pourrais être a une fois par semaine mais du coup c'est des enfants que je vois plus en guidance.

Donc ça veut dire qu'il y en a pour lesquels ça s'inscrit plutôt dans

Un projet global de rééducation et d'autres ou c'est que ça. C'est vraiment ciblé alimentation. Mais finalement quand on creuse un peu, y a quand même un petit retard de développement et des petites choses, même au niveau sensoriel. Donc je fais soit je fais une guidance avec une diète sensorielle, des activités à faire à la maison etcetera et on refait le point au bout de 15 jours ou 3 semaines.

D'accord, et au niveau de l'âge moyen, pour ces troubles-là ?

Alors pour ceux, on va dire en régulier, avec troubles du spectre autistique on va être sur 5-8-9. Voir parfois j'ai des demandes un peu particulières que je prends où on peut monter à neuf ans. Mais moi j'essaie de plutôt être sur les tout petits. Et sur vraiment ceux ou c'est oralité etcetera on va dire 1 an-1an et demi et jusqu'à pareil, pas d'âge.

D'accord et par exemple pour les TSA, vous prenez en charge tout ce côté alimentaire pour les enfants aux alentours de 9 ans aussi ?

Oui.

Eumh... Du coup dans le cadre de la prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire, lors de votre première rencontre quelle présentation vous faites de votre

rôle auprès de l'enfant et de la famille. Comment vous vous définissez, comment vous expliquez votre rôle en fait ?

Alors comme souvent ... enfin souvent ... il y a pas mal d'orthophoniste qui me les envois. Parce qu'il y a un bon réseau qui s'est développé sur le secteur et du coup elles me les envois. Alors c'est vrai que du coup moi je vais présenter par rapport à tout ce qui est occupation. De manière générale par rapport aux repas et tout ce qui va être sensoriel. Ça va être vraiment d'expliquer qu'on va chercher ensemble d'où vient la problématique par à l'alimentation, comment ça se passe, l'installation. Voilà que ça soit du point de départ de l'installation jusqu'au repas. Et de voir ensemble quel est le panel alimentaire, quelles sont les textures au niveau sensoriel etcetera.

Ok, et quel type de recueil d'information vous utilisez du coup en termes d'évaluation ?

Alors du coup, moi je prends une trame. La trame classique que moi je me suis créé avec l'anamnèse etcetera. Et puis après j'utilise la trame de bilan de Marie Ruffier-Bourdet qu'elle nous a donné en formation.

Ok et en termes d'évaluation est ce que vous avez des évaluations spécifiques que vous utilisez ou pas ?

Celle de Marie, de la formation, pareil.

Ok alors ça veut dire que en fait c'est une trame avec des évaluations dedans ?

Alors après pour les enfants ou il y a aussi tout ce qui est sensoriel, je vais utiliser ... alors déjà en amont j'envoie le profil sensoriel, le panel alimentaire, la journée type menu. Enfin les menus types de la journée plutôt (rires) c'était à l'envers. Et ... (réfléchis) et ouais le panel alimentaire. Et du coup après sur l'évaluation s'il faut je vais creuser le sensoriel, donc là je vais utiliser les observation D'Erna Blanche le plus souvent. On la quand on se forme, quand on fait la formation. C'est une mise en situation en fait sensori-motrice. Pour voir les réponses des enfants à ces stimulations sensorielles. Et ensuite sur la trame de Marie il va y avoir un peu tout ce qui est reflexe et après tout ce qui est en bouche avec notamment le « z-vibe » ou la petite brosse « NuK » des choses comme ça.

D'accord. Est-ce que dans vos prises en charge de l'oralité vous identifiez tout le temps une déficience sensorielle ?

Oui.

Et ... (hésitation). J'allais dire. Est-ce que ça vous arrive aussi de réorienter vers un autre professionnel parce que vous sentez que ce n'est pas forcément ... enfin que ces troubles là ne rentrent pas forcément dans vos capacités de rééducation ?

Oui, ça arrive. Alors soit ... alors moi je ne suis pas formée dans tout ce qui est freins donc je ne suis pas forcément à l'aise par rapport aux freins restrictifs. Donc je peux renvoyer vers les ostéopathes. Je travaille beaucoup avec une collègue ostéopathe, pour aller voir justement au niveau anatomique, au niveau osseux ... les freins elle est formée, elle a fait un DU spécifique. Et je peux renvoyer aussi vers un gastro-pédiatre si besoin d'aller chercher un peu plus. S'il n'y a pas d'ortho, ben ortho. Mais le problème c'est qu'il y en a très peu formé en oralité alimentaire et elles sont surchargés et donc c'est très compliqué. Souvent c'est plutôt dans l'autre sens en fait, quand elles sont surchargées en fait elles nous les envois et on essaie de faire un lien et essayer de voir ensemble comment intervenir auprès de l'enfant.

Parce que s'il n'y a pas d'orthophoniste vous trouvez que c'est quasiment tout le temps nécessaire qu'il y en ai ?

Pas forcément. Parce qu'elles ne sont pas plus formées que ça. Là je travaille avec une collègue qui n'est pas plus formée que ça et elle me dit qu'elle n'est pas hyper à l'aise et ce qui fait que parfois elle les voit même pas du tout, elle me les renvoi direct.

Ok, pour revenir sur les déficiences. Vous disiez que vous identifiez toujours une déficience sensorielle mais est-ce que vous pensez qu'on vous les envoie aussi pour ça ?

Oui.

Ok, donc y a quand même ce biais là.

En fait moi j'ai commencé par la formation en intégration sensorielle et je ne m'étais pas du tout dit que j'allais intervenir sur l'alimentation. Je n'étais pas très au clair par rapport à ça en tant qu'ergo et du coup j'ai commencé un peu à lire. A voir les webinaires de Marie etcetera. J'en ai discuté avec elle aussi. Et je me suis dit allez je me lance je fais la formation et on verra bien si j'accroche ou pas. Parce que je n'arrivais pas à voir notre patte ergo. Je trouvais que c'était vraiment très

orthophoniste ; enfin tout ce qui est déglutition tout ça. Enfin je ne m'y vois pas trop. Et c'est vrai que moi, après je pense c'est aussi ma patte hein, mais quand j'ai fait sa formation en fait j'avais l'impression que ma boucle était bouclée. Aussi au niveau, par rapport au sensoriel. J'avais vraiment l'enfant dans la globalité et c'est vrai qu'au niveau alimentation, enfin moi je vois beaucoup de chose par rapport au sensoriel. Et les enfants qu'on va m'envoyer pour le sensoriel je vais creuser maintenant pour l'alimentation.

Oui. Là c'est un peu hors entretien mais dans les ergothérapeutes que j'ai interrogés j'ai l'impression que vous avez toutes un peu le même bagage : intégration sensorielle, trouble de l'oralité, les réflexes archaïques... et que vous jonglez un peu toutes avec toutes ses formations. Vous avez toutes un peu les mêmes bagages. Après j'ai peut-être un peu ciblé ma population pour le coup mais ...

Mais je crois que c'est ça aussi. Et puis c'est vrai que l'intégration était une des formations qui était la plus courante entre guillemet de manière spécifique enfin surtout pédiatrie. Et c'est vrai que l'alimentation s'est venue plus tardivement. Donc il y a ça aussi. C'est plus global le sensoriel et l'alimentation on est sur des prises en charge plus spécifiques.

C'est vrai. Est-ce que vous pourriez me décrire une intervention type un peu. Sur le suivi, est ce que vous avez par exemple séance 1, séance 2 , je fais ça. Et au sein de votre séance vraiment comment vous organisez votre séance pour ce qui est trouble alimentaire.

Est-ce que faut viser une pathologie ou pas du tout ? parce que c'est vrai que sur les plus grands en fait, je trouve que l'intervention est pas du tout pareille qu'avec un tout petit. Sur les grands on va avoir tous leurs feed-back, on va avoir vraiment ce retour intéressant et on peu plus facilement ajusté ou cibler ce qu'on veut travailler. Car l'enfant va pouvoir dire « moi cet aliment là je veux bien tenter, celui-là non ». Ça va être plus facile de cibler et on va arriver sur une efficacité plus facilement. Et puis tous les petits brossages. Parce que si on reprend du début, on fait l'évaluation, suivant je fais l'évaluation sensorielle Erna Blanchet etcetera. Je vais voir en bouche. Très souvent, alors moi je suis hyper étonnée, ce sont des hypo sensibles. Mais c'est un truc de dingue j'ai l'impression de ne voir que ça alors qu'en fait c'était très peu courant et on entendait plutôt parler d'hypersensibilité. Et ce qui fait que par la suite on met en

place un protocole, le petit brossage souvent avec les hypo sensibles, pour essayer d'aller stimuler. Et du coup pour les plus grands ils se le font, ils ne font plus appel aux parents. Et pour l'introduction d'un nouvel aliment, nouvelle texture ou les morceaux, avec la formation on va utiliser la méthode SOS et la micro graduée. Et c'est vrai que les supports sont chouettes et ça fonctionne bien.

Et ça vous les utilisez sur grands et petits ?

Ouais. Alors sur les petits à partir ... quand il y a un bon niveau cognitif et que le verbal est pas mal, tu peux l'utiliser à partir de 2ans. La le dernier il avait deux ans, mais vraiment c'est un très bon niveau le petit chouchou. Et ce qui fait qu'on a pu faire vraiment le petit escalier de la méthode SOS, avec le bisou etcetera. Ça avait bien fonctionné, mais je pense qu'ils vont moins utiliser ce support en fait qu'un plus grand. Ils vont être plus dans le jeu et autre. Mais c'est vrai que les plus grands aiment beaucoup l'histoire de l'escalier, de relever le défi, est ce que j'arrive maintenant à le mettre sur la bouche. Et puis après avec les petits ronds, ils gèrent la taille. Moi j'en ai qui font eux-mêmes « je suis en taille trois depuis 7 jours, du coup je passe à la 4 la semaine d'après ». Ils sont beaucoup plus actifs. Après sur les plus petits quand il n'y a pas de suivi ... enfin pas de suivis, quand c'est plus de la guidance parce que c'est vrai que souvent les parents sont plus « speedou » et il n'y a pas forcément besoin d'un suivi régulier, je donne plein de petites activités : au niveau sensoriel, travail du vestibulaire, proprio, tactile etcetera. Et pareil s'il faut le petit brossage on le met en place avec les parents. Je leur fais faire en séance. Et ensuite on choisit l'aliment qu'on veut introduire, la texture sur quoi on part, si c'est des rigidités par rapport aux contenants on va plutôt travailler ça. Et je refais le point à 15jours. Et des fois je fais les mises en situation à la maison.

Du coup les parents sont plutôt présents aux séances ?

Alors les enfants plus grands aiment pas trop qu'il y ai les parents. Sur le bilan et la mise en place du protocole ils sont forcément présents. Et sur les séances sensorielle, sensori-moteur, et où on fait la partie alimentation, généralement les parents ne sont pas là. Après je refais un point quand même à distance avec les parents, mais souvent ils les mettent dehors.

C'est quel âge à peu près plus grand pour vous ?

6-7 ans. C'est plutôt en individuel et après on retranscrit avec les parents, on refait un point avec la famille-les parents régulièrement pour comment ça se passe à la maison, est ce que tout est bien mis en place. Sur les tout petits non par contre ils sont tout le temps avec moi.

Au niveau de l'environnement est ce qu'il y a un type d'environnement particulier que vous utilisez ? Je ne sais pas comment est fait votre cabinet ?

Du coup moi j'ai une grande salle, elle doit faire pas loin de 30m², quelque chose comme ça. C'est la salle où on fait l'intégration sensorielle, parce que on a la balançoire. Donc après il n'y a pas vraiment d'environnement particulier. Ça dépend des petits loulous. Si c'est des plus petits, je vais ramener une table plus petite, on va se mettre au sol. Pour les évaluations de toute façon on est au sol et sinon non je n'ai pas forcément d'environnement particulier, de matériel spécifique.

En fait c'était plus au niveau de votre matériel d'intégration sensorielle, comme les balançoires et des choses plutôt auditives ou visuelles est ce que vous les intégrez dans vos séances d'oralité ou pas du tout ?

Ouais... après quand je fais le bilan je vais être plutôt à la table, assis pour faire tout ce qui est alimentation et après on va plus aller sur le sensoriel et là c'est les tapis, la balançoire.

Ok, par exemple vous les faites manger et vous travailler d'autres choses à côté ?

Ouais alors on ne fait pas forcément toujours le repas. Vraiment sur les guidances, on le fait à distance. Je vais vérifier les mouvements de langue, si les brossages sont bien fait. On revoit où ils en sont sur l'introduction de la nouvelle texture ou de l'aliment. Ce qui pose un problème. Je ne fais pas forcément un repas à chaque fois.

Ok et vous pouvez faire quoi ?

Du coup on va être vraiment sur le travail d'intégration sensorielle. On va travailler sur le vestibulaire, proprio, tactile. La triade quoi !

Au niveau de votre évolution de difficulté, vous en avez déjà un peu parlé, mais comment vous arriver à identifier que vous pouvez passer à un niveau supérieur ?

Ben avec la méthode micro graduée déjà c'est quand même visuellement super facile (rires). Puisque on passe souvent aux morceaux un peu plus gros. Après ça dépend de l'évolution de l'enfant. Si on est chez un petit loulou où l'on ne peut pas encore toucher aux textures et on va être plutôt sur les contenants. Ben voilà c'est d'arriver sur plutôt les textures, et les contenants on va normalement pouvoir normaliser ça. Je ne sais pas si c'était ça la question (rires)

Oui oui parfait. Parce que vous l'avez un peu dit tout à l'heure, mais vous faites un peu en fonction du retour des enfants.

Alors oui sur les plus grands c'est ça qui est chouette. Le fait d'avoir le feedback permet de réajuster de suite les objectifs ou la difficulté. Sur les plus petits, ça va être plutôt le retour des parents. Sur leur ressenti, leur vécu, voir comment ça se passe, et s'ils ont du mal à évaluer là je vais faire un repas. Je vais plutôt repartir sur un repas, et voir concrètement là où ça en est. Au voir au niveau de cette petite langue etcetera. Si je vois qu'au niveau de la langue on est pas mal et que c'est la mastication pouf ben on va repartir sur un travail de mastication et introduire d'autres exercices.

Ok, quel type de support ou outil vous utilisez pour les séances ?

C'est un peu ce qu'on a dit tout à l'heure. C'est vrai que j'utilise les supports de Marie qui sont super chouettes. Les supports visuels avec l'escalier ou avec les petits personnages, les aliments à choisir. Des supports visuels. Et après sur l'intégration sensorielle, ça va être la balançoire, les différents bacs sensoriels, les textures, des jouets, des jeux...

Beaucoup de ludique.

Oui que ça !

Et pour le choix des séances. C'est plutôt vous qui l'initiez, est ce que c'est avec l'enfant ou vraiment l'enfant choisi seul ?

Alors ça dépend des profils (rires). Très souvent on a un objectif en tête à travailler. Le problème c'est qu'avec un enfant ce n'est pas si facile et si simple. Parce qu'il suffit qu'on ait un enfant, avec un trouble du processus sensoriel, il suffit qu'il soit fatigué, qu'il ai mal dormi, la journée c'est mal passé, peu importe. On voit déjà quand ils arrivent s'ils sont un peu désorganisés ou bien posés. Et c'est vrai que s'ils arrivent

désorganisés, on va plutôt axer intégration sensorielle à fond à fond, pour essayer de réguler tout ça et essayer de se remettre en éveil optimal et pouvoir peut-être attaquer l'alimentation. Enfin tout dépend comment ils arrivent et ... oh je sais plus quelle était la question (rires).

C'était qui faisait le choix de l'activité en fait ?

Ah oui, donc si je peux orienter j'oriente donc je vais acter de suite. Si je vois que ça va être détourné ce n'est pas grave je vais moi m'y adapter et je vais pouvoir ... en fait c'est plutôt mon objectif que j'ai en tête et que je vais essayer d'intégrer dans le jeu qu'il a décidé. J'oriente sur le type d'activité ou de jeux. Si, quand ils arrivent, ça va être un non catégorique, ça ne sert à rien d'insister. Du coup voilà je pars de leur motivation, ce dont ils ont envie et je réajuste moi suivant les objectifs que j'avais besoin de travailler.

Ok, et est-ce que vous avez des outils pour évaluer les résultats à la fin.

Alors en fait ... je ne suis pas formé MCRO, mais bon. Après je n'utilise pas forcément la grille car je me dis que je n'ai pas le droit. Mais en tout cas je suis très inspirée de la MCRO et c'est vrai qu'on fixe en début de suivi des objectifs. Donc quand c'est des plus grands qui verbalisent. Souvent je leur dis toujours ils ont le droit à 1 ou 2 objectifs et je leur dis qu'on en laisse un à papa et maman. Et du coup de là, on va essayer de mesurer un peu, vraiment typique MCRO au niveau de la satisfaction et du rendement etcetera. Et je réajuste comme ça, quand il y a un objectif je trouve que c'est plus facile avec un objectif très très concret, c'est plus facile d'avancer et de voir les évolutions pour les parents, les familles et les loulous. Ils vont être beaucoup plus acteurs et je trouve que c'est très valorisant. Ils se disent « J'ai remporté le défi, aller on en remet un autre ». Et en fait ils arrivent à mieux cerner les problématiques et c'est vrai que dans les quelques séances ils arrivent avec une demande, très ajustée, très ... ça permet vraiment de réajuster au fur et à mesure les objectifs et les demandes.

Alors par rapport au sensoriel, je dirais quand ils arrivent à comprendre comment ils fonctionnent. C'est-à-dire les choses qui restent, et resteront de toute façon un peu compliqué mais ils ont compris leurs points forts. Un peu avec CO-OP aussi. Moi je sais que je ne fais pas que du 100% intégration sensorielle. Je mixe un peu dans mes séances pour être plus efficace. Et c'est vrai que à partir du moment où les

loustiques arrivent à compenser ce qui était plus difficile, que les réponses sont plus ajustées, même au niveau sensori-moteur les choses se mettent en place, et qu'au niveau alimentation on arrive à un panel alimentaire correct et que les familles c'est pareil, ont compris les difficultés de l'enfant, comment réajuster, comment introduire un nouvel aliment. Et que oui parfois il est un peu plus fatigué donc on lâche un peu. Là je me dis on est pas mal et on espace le suivi, les séances.

Ok donc pas spécialement de grille protocolisé ?

Ben on va je ne peux pas dire j'utilise la MCRO parce que je ne suis pas formée, mais c'est ce principe là on va dire.

Ok ben du coup moi c'est tout bon. Merci.

Super, merci.

Annexe X – Généralités et caractéristiques socio-professionnelles des ergothérapeutes interrogés

Professionnels interrogés	Date obtention DU	Parcours professionnel	Formations	Nombre de suivi TAP	Age du plus jeune enfant suivi/du plus âgé TAP
E4	Juillet 2020 (IFE Tours)	Libéral	<ul style="list-style-type: none"> - Graphisme - Prise en charge outil informatique - Intégration sensorielle (3 modules) - Développement de l'enfant de 0 à 4ans - Troubles de l'alimentation – M. Ruffier-Bourdet 	6 suivis hebdomadaires + consultations ponctuelles pour les plus jeunes	7 mois - 10 ans
E5	Juillet 2004 (IFE Créteil)	HDJ ³ MPR adulte SESSAD ⁴ APF SESSAD CRF ⁵ CAMPS ⁶ Libéral	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration sensorielle (trois modules) - CO-OP⁷ - SACCADE⁸ - Rééducation et prise en charge sensori-motrice « globale » de l'enfant ayant des dysfonctionnements liés à une « lésion cérébrale » - DU réseau périnatalité Occitanie - Troubles de l'alimentation- M. Ruffier-Bourdet - Stimul'ergo 	<i>Certains suivis simplement pour une prise en charge ciblée alimentation</i> <i>Mais beaucoup de prise en charge des troubles alimentaires s'inscrivent dans une prise en charge globale avec d'autres troubles associés</i>	1 an – 9 ans Lorsque troubles associés avec trouble du spectre autistique : âge entre 5 et 9ans
E1	Juillet 2016 (IFE Limoges)	Pédiatrie SSR Libéral	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration sensorielle (trois modules) 	1 suivi hebdomadaire	3 ans et demi – 11 ans

³ Hôpital de jour

⁴ Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile

⁵ Centre de rééducation fonctionnelle

⁶ Centre d'action médico-sociale précoce

⁷ Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance

⁸ Modèle d'intervention Québécois, neurodéveloppemental qui utilise la remédiation cognitive et pédagogique à l'aide d'un code écrit appelé langage Saccade Conceptuel.

			- Trouble de l'alimentation – M.Ruffier-Bourdet	- suivi espacé tous les 15 jours	
E3	Juillet 2015 (Créteil)	Psychiatrie adulte CHS ⁹ - Psychiatrie adulte MAS ¹⁰ EHPAD ¹¹ SSEFS ¹² EHPAD Libéral	- Intégration sensorielle - Troubles de l'alimentation - Communication TSA - Polyhandicap - Médiation animale - Réflexes archaïques	3 suivis hebdomadaires - suivi tous les 15 jours	2 ans – 6 ans 2 enfants sur liste attente pour troubles alimentation : 9 mois – 10 ans
E2	Juillet 2012 (Alençon)	Psychiatrie Adulte Pédopsychiatrie Psychiatrie TCA ¹³ - humeur-addiction Libéral	- NEPSY - MABC - Profil sensoriel de DUNN - Figure de Rey - Graphisme - Mise en place outil informatique - Intégration sensorielle (3 modules)	5 suivis hebdomadaires	3 ans – 12 ans

⁹ Centre hospitalier spécialisé

¹⁰ Maisons d'accueil spécialisée

¹¹ Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

¹² Service de soutien à l'éducation familiale et à la scolarisation

¹³ Trouble comportement alimentaire

Annexe XI – Tableau récapitulatif des retranscriptions des professionnels interrogés

Catégorie	Professionnel	Propos de l'interviewé
Présentation de votre rôle	E1	<ul style="list-style-type: none"> - Je redemande la motivation qu'ils ont parce que souvent c'est une population autistique, je n'ai pas de TOA isolé pour l'instant, du coup je redemande la problématique, pourquoi ils sont là et si le trouble alimentaire est hiérarchiquement une difficulté pour eux. Parce que si ce n'est pas la principale difficulté ce n'est pas quelque chose qu'ils vont essayer. - J'explique mon métier - L'occupation de manger n'est pas qu'une occupation. Je leur explique les composants que l'enfant a besoin pour manger : l'aspect sensoriel, l'aspect social, moteur. - Qu'on va les accompagner - Contrat - Double implication
	E2	<ul style="list-style-type: none"> - Ce qu'ils connaissent de l'ergothérapie - Je suis un partenaire - Reprendre le rôle d'acteur de votre alimentation
	E3	<ul style="list-style-type: none"> - S'ils connaissent le principe de l'ergothérapie - La réhabilitation d'activité quotidienne et pour améliorer leur performance dans le repas
	E4	<ul style="list-style-type: none"> - Je leur explique ce qu'est un ergothérapeute - Rééducation, qu'on est des soignants - L'alimentation c'est une activité du quotidien et que c'est nécessaire de permettre aux enfants d'être indépendant et autonome sur cette tâche-là.
	E5	<ul style="list-style-type: none"> - Je vais présenter par rapport à tout ce qui est occupation. De manière générale par rapport aux repas et tout ce qui va être sensoriel - Qu'on va chercher ensemble d'où vient la problématique par rapport à l'alimentation
Recueil info, 1 ^{er} bilan	E1	<ul style="list-style-type: none"> - Je pré envoie en amont un tableau de panel alimentaire et je demande de la vidéo aussi. - J'ai fait avant mon pré-entretien avant, finalement j'ai mes deux premières évaluations. Les parents m'envoient avant que je les rencontre donc j'ai déjà fait un premier tri. Puis je les vois et je réanalyse et après seulement je rencontre l'enfant. Je me suis déjà fait des tirets, des hypothèses, des interrogations. - Après je rencontre l'enfant. Donc j'ai eu la première vidéo, on a vu le panel alimentaire. (...) et quand je vois l'enfant il va y avoir tout le bilan fonctionnel. - Semaine type - L'aspect culturel de la famille qui va rentrer en compte - J'ai ma façon de faire dans les recueils, en fait je me base sur le sensoriel finalement. - Sur l'aspect sensoriel et fonctionnel j'ai déjà ça en tête (...) je n'ai pas de grille de cotation. - Et même avant le fonctionnel je vais déjà observer l'intérêt, le côté environnement, comment il gère ? Comment il s'assoit ? est-ce qu'il s'assoit ? quel est l'intérêt face à quelque chose devant lui ? s'il y a quelque chose à manipuler qu'est-ce qu'il utilise comme partie de son corps pour entrer en interaction, donc plus quelque chose de global puis

	<p>j'oriente quand même sur l'alimentation, et après la partie fonctionnelle sur l'utilisation d'outil ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les observations fonctionnelles et environnementales j'ai mes petites notes souvent sur un post-it - Je demande aux parents de ramener tout l'environnement de leur maison chez moi, donc avec leur assiette, les services utilisés. - Mallette que je me suis construite, avec des cuillères adaptées, des piques, des couteaux pour enfant, des choses qui vibrent ; - Aliment copain - Micro graduée
E2	<ul style="list-style-type: none"> - Recueil naissance jusqu'à l'âge de l'enfant et on voit toute la sphère sensorielle. Vraiment, ce qui est gustatif, olfactif, sphère ORL (reflux, alimentation nourrisson, otites,) système vestibulaire- proprioception- intéroceptif. - Profil sensoriel de DUNN - Bilan sensoriel global, vraiment pour aller voir ... Au-delà de l'oralité alimentaire s'il n'y a pas autre chose. Déjà si on a un trouble du processus sensoriel au niveau du vestibulaire, ou du proprioceptif, ou même de la sphère tactile, on va dire que ça ne sera pas pareil de voir qu'il y a, par exemple une hypersensibilité tactile ce n'est pas la même chose que s'il y a juste un trouble de l'oralité alimentaire.
E3	<ul style="list-style-type: none"> - Je passe beaucoup de temps sur l'entretien avec la maman pour tout ce qui est histoire du développement de l'alimentation. Qu'est ce qui a pu se passer, est ce que le sommeil était bon. - Alors il n'y a pas d'évaluations standardisées - Ramener en fait un aliment qu'il mange, un aliment qu'il ne mange pas ou du moins qu'il ne connaît pas, pour pas qu'il soit en total refus. - Je le regarde faire s'il est ok pour manger ou alors la maman a pris des vidéos en amont et je les regarde aussi si vraiment l'enfant est dans le refus.
E4	<ul style="list-style-type: none"> - Infos administratives, - Le panel alimentaire actuel, - Le panel alimentaire des parents, - Adaptations déjà mises en place par les parents que ce soit environnemental, matériel, astuces, stratégies, ... - Impact psychologique sur la famille, la vie sociale - c'est balayer aussi bien au niveau organique, fonctionnel, environnemental, habitudes de vie - Profil sensoriel de Dunn - Supports pas mal maison en fait, ou des trucs d'IS - Je regarde autour de la bouche : s'il y a des réflexes ou pas, s'il est capable de bouger la langue, gonfler les joues, faire un bisou, ... Enfin au niveau de la motricité s'il y a quelque chose ou pas - Diverses observations : est ce qu'il y a un bavage, une béance buccale, est ce qu'il accepte mon doigt ou le bâtonnet dans la bouche - Je l'observe boire aussi, avec le contenant avec lequel il a l'habitude
E5	<ul style="list-style-type: none"> - En amont j'envoie le profil sensoriel, le panel alimentaire, les menus types de la journée - S'il faut creuser le sensoriel je vais utiliser les observations d'Erna Blanche le plus souvent c'est une mise en situation en fait sensori-motrice pour voir les réponses des enfants à ces stimulations sensorielles - Ensuite sur la trame de Marie, il va y avoir tout ce qui est réflexe et après tout ce qui est en bouche notamment le z-vibe, la petite brosse « Nuck » - Moi je prends une trame. La trame classique que moi je me suis créé avec l'anamnèse etcetera. Et puis après j'utilise la trame de bilan de Marie Ruffier-Bourdet qu'elle nous a donné en formation

		<ul style="list-style-type: none"> - J'interroge de l'installation jusqu'au repas - Quel est le panel alimentaire, quelles sont les textures au niveau sensoriel etcetera
Nombre de suivis et âge plus grand et plus petit	E1	<ul style="list-style-type: none"> - 1 patient par semaine - 3 ans ½ - 11 ans
	E2	<ul style="list-style-type: none"> - 5 patients hebdomadaire - 3-12ans
	E3	<ul style="list-style-type: none"> - 6 patients hebdomadaire - 2 ans -10 ans
	E4	<ul style="list-style-type: none"> - 3 suivis hebdomadaires - 9 mois à 10 ans
	E5	<ul style="list-style-type: none"> - 1 an à 9 ans
Organisation de l'environnement	E1	<ul style="list-style-type: none"> - On a aménagé la salle avec que des tapis c'est une salle de thérapie IS qui fait à peu près 50m2, on a beaucoup de matériel. - Beaucoup le tactile proprio dans mes activités, vestibulaire - Structure temporo spatiale, l'idée de l'endroit où est ce qu'on mange, quel outil et structuration du temps avec le timer. Sécurisant où l'enfant sait combien de temps il a, quelles étapes il doit faire
	E2	<ul style="list-style-type: none"> - J'utilise pas mal de chose. Souvent je vais travailler à la fois le vestibulaire et proprio et souvent j'amène le tactile. Et à partir de là ces bases : j'ajoute ce qui est visuel, gustatif. - Pour mes mises en situations alimentation, j'ai une nappe à carreaux rouge et blanche pour la table, quand elle sort on identifier qu'on va travailler l'alimentation.
	E3	<ul style="list-style-type: none"> - Il se trouve que je fais domicile et école et je fais un peu de cabinet - Le cabinet qu'on a actuellement (...) clairement il n'est pas équipé intégration sensorielle donc je fais ce que je peux avec ce que j'ai.
	E4	<ul style="list-style-type: none"> - C'est hyper dépendant de l'enfant. Si besoin d'une situation neutre je le fais, si l'enfant a besoin que l'environnement soit modifié pour que ça soit possible je le fais - Timer (...) au début on mettait carrément un écran devant lui
	E5	<ul style="list-style-type: none"> - J'ai une grande salle, elle doit faire pas loin de 30m2. On à la balanceiroe. - Si ce sont des petits loulous je vais ramener une table plus petite, on va se mettre au sol - Quand je fais le bilan je vais être plutôt à la table, assis pour faire tout ce qui est alimentation et après on va plus aller vers le sensoriel et là c'est tapis, balanceiroe
Objectifs	E1	<ul style="list-style-type: none"> - Si le trouble alimentaire est hiérarchiquement une difficulté pour eux - Si ce n'est pas la principale difficulté ce n'est pas quelque chose qu'ils vont essayer, au sens où il faut être investi - On a dégagé les problématiques et limites avec les parents pour dégager les objectifs des parents
	E2	<ul style="list-style-type: none"> - Souvent je leur fais ressortir un peu les grandes lignes de ce que j'ai observé au bilan. Une partie ou j'annonce les résultats de ce que j'ai observé à l'enfant sans son parent. Et de là j'utilise (me montre OT'Hope), pour que lui amène ses objectifs à lui. Voir ce dont il a envie lui d'aller travailler comme objectifs. Mise en place des objectifs avec l'enfant, négociation avec l'enfant et voir ce que lui a envie d'aller chercher comme objectifs. - Et c'est là où le parent, les attentes qu'il a par rapport au suivi ergo et la quel compromis on peut faire entre les attentes de l'enfant et celles du parent.

	E3	- Les enfants, je les aide à formuler leurs objectifs. Enfin ça dépend de leur âge évidemment. Mais notamment ceux qui sont plus vieux à partir de 6 ans je dirais, je leur demande pourquoi ils veulent le faire. Est-ce que c'est pour je ne sais pas moi « manger à la cantine avec ses copains » ou ce genre de chose et je les aide du coup à formaliser leurs objectifs à eux et aussi les objectifs des parents quand même on ne les oublie pas, mais au moins faire un petit mixe des deux.
	E4	- Aujourd'hui ce qui est attendu et selon eux prioritaire - On ne mesure pas la satisfaction et l'engagement , mais c'est eux qui décident et nous guident donc dans l'esprit on est sur quelque chose de cet ordre-là. - Moi je leur dis ce qu'il y a : comme choses positives et plus difficiles. Euh je leur dis ce qui selon moi est le plus important mais en leur montrant tous les objectifs qui seraient à travailler et on voit avec eux comment on priorise les choses. - Je fais une fiche parent-enfant avec les objectifs pour devenir le chef Miam-Miam - Des cuillères Dosies correspondant chacun à la quantité pour un animal
	E5	- Quand c'est des plus grands qui verbalisent . Souvent je leur dis toujours ils ont le droit à 1 ou 2 objectifs et je leur dis qu'on en laisse un à papa et maman - Objectif très très concret - Dans les quelques séances ils arrivent avec une demande, très ajustée, très ... ça permet vraiment de réajuster au fur et à mesure les objectifs et les demandes
Réorienter	E1	- Je suis en plein dedans, à vouloir collaborer avec des logos, des orthophonistes . On essaie de référencer ça. Y a une infirmière sur Suisse qui est en train de référencer ça pour un travail de DU. En lien avec l'hypotonie, les praxies bucco-faciales, un gros bavage, ou le fait qu'il soit non-verbal - J'ai redemandé à la maman de reparler avec son pédiatre ou gastro sur le fait de faire une prise de sang pour compléter mon bilan. Avec des difficultés d'aller à selles pour cet enfant, des difficultés gastriques. Mais c'est pas moi qui l'ai réorienté en soi, le suivi était déjà là
	E2	- Quand c'est vraiment oralité alimentaire pure, que ça reste « simple » mais dans la sphère de la bouche. J'oriente vers l'orthophonie.
	E3	- Tout ce qui est déglutition, gérer pour avaler ce genre de chose pour moi ça c'est ortho - Chez les tout petit je travaille avec la sage-femme - Pour l'évaluation des freins, je les fais ré-évaluer par l'ostéo qui est formé en freins, comme ça on a deux avis pour en discuter
	E4	- J'arrivais plus à avoir la main sur ce qui se jouait avec les parents. Et j'ai envoyé voir une psychologue cognitivo- comportementale - pour l'histoire de cracher c'est toujours compliqué pour elle, et moi je ne me sens pas capable de travailler sur ça, je ne pense pas avoir les compétences. Je ne sais pas si ça relève des compétences d'un ergothérapeute et si ça en relevait je ne me sens pas avoir cette compétence. Donc je leur ai dit qu'il y avait des choses à travailler au niveau des « praxies bucco-faciales » même si ça ne se dit pas trop, et du coup-là elle commence un suivi avec un orthophoniste , - En groupe d'habiletés sociales, parce que ce qui est compliqué c'est la relation et je me suis dit que s'il arrive à être plus à l'aise dans la relation peut être qu'il accepterait plus facilement les situations de repas, avec une psychologue et une éducatrice - C'est un enfant qui s'étouffe beaucoup, fait beaucoup de fausses routes. Et pour moi ça c'est hors champs de compétences donc j'ai envoyé vers

		L'ORL , pour tenter d'objectiver les fausses routes ou pas, et aussi vers l'orthophoniste sur le point de vue moteur de la déglutition
	E5	- Je ne suis pas forcément à l'aise par rapport aux freins restrictifs donc je peux renvoyer vers les ostéopathes , et je peux renvoyer aussi vers un gastro-pédiatres besoin d'aller chercher un peu plus - S'il n'y a pas d'ortho ben ortho. Mais souvent elles sont surchargées, et c'est plutôt dans l'autre sens en fait quand elles sont surchargées elle nous les envoie et on essaie de faire un lien et essayer de voir ensemble comment intervenir auprès de l'enfant.
Toujours déficience traitement sensoriel ?	E1	- Oui - Je n'ai pas eu assez d'enfant pour parler statistiques. Mais souvent j'ai des parents qui vont me parler de rigidité sur la forme-le fond-la texture. Donc ça peut venir parfois d'une mauvaise expérience mais ça vient aussi du côté sensoriel, que ça soit visuel ou intéroceptif
	E2	- Là pour le coup en ce moment oui . Ça m'est déjà arrivé une fois que non
	E3	- Il n'y a pas toujours de problème sensoriel en tout cas quand je fais l'évaluation. Il peut y avoir des problèmes sensoriels que l'on détecte mais ce n'est pas la cause numéro 1 pour laquelle l'enfant ne mange pas. - C'était un problème de cadre plutôt qu'un problème sensoriel qui l'impactait. Et depuis qu'on a réorienté les séances sur cette rigidité de cadre, tout va mieux à la maison.
	E4	- Pour l'instant y a toujours des difficultés sensorielles chez l'enfant, mais qui ne sont pas les seules responsables. - Par exemple les jumelles étaient incapables de cracher, donc c'est moteur, c'est de la coordination (...) Mais à côté de ça ce sont des enfants qui ne supportent pas d'avoir une tache, qui ne supporte pas d'avoir les mains sales, qui ne supportent pas d'être mouillée, qui ne sont pas capables de mettre leurs collants car c'est insupportable comme texture, qui ne touchent pas pleins de textures. (...) Mais tu vois toutes les difficultés rencontrées au niveau alimentaire, n'étaient pas forcément liées à un problème sensoriel .
	E5	- Oui - Je vois beaucoup de chose par rapport au sensoriel. Et les enfants qu'on va m'envoyer pour le sensoriel je vais creuser maintenant pour l'alimentation.
Suivi-séance type	E1	- Je demande aux parents comment ça s'est passé depuis qu'on s'est vu, qu'est ce qui a marché, qu'est ce qui n'a pas fonctionné, et on réajuste . Souvent on reprend ensemble l'objectif, je demande à l'enfant de me montrer, et on revoit ensemble où on en est - Souvent c'est moi qui fais la séance, guider , réajuster. Et dès que je peux j'introduis le papa et la maman à l'intérieur. Je mets en situation les parents - Souvent le début de la séance ça va être stimulation sensorielle ou encadrement de la séance en fonction de l'enfant c'est-à-dire un petit planning visuel pour aujourd'hui on va faire ça. Ensuite réalisation de l'objectif du jour donc ça peut être le choix de la texture si c'est l' objectif en cours, ou la quantité , la température , le visuel . J'ai deux objectifs en tête en principe, en fonction de la disponibilité de l'enfant . Souvent y a l' autonomie à coup sûr, et l'autre par exemple la découverte d'un autre aliment. Et je vais voir sur lequel j'insiste le plus en fonction de la disponibilité de l'enfant - Quand je vois qu'on arrive sur sa fin, je prépare la transition en fonction de l'enfant. Si j'ai mon planning je sais que ça va être top au niveau de la transition. Sur les enfants où je sais que le sensoriel joue, je commence à réintroduire une stimulation sensorielle pour apaiser un peu. Je pense à

		<p>mes renforçateurs que j'ai demandé lors des entretiens initiaux. Et je m'assure que le parent à compris « les devoirs » avant de partir</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les supports que je donne, les outils que je donne aussi. Ils partent avec le matériel et les conseils - Je prends toujours sur les temps de repas. Parce que s'il n'a pas cette envie de manger ça va pas le faire
	E2	<ul style="list-style-type: none"> - Le freestyle. Je rejoins l'enfant là où il est. - Qu'on va manger la moitié et qu'on va patouiller dans l'autre. - 5 minutes avec les parents : pour voir où est ce qu'il en est dans la semaine, qu'est-ce qu'il s'est passé, est ce qu'il y a eu des avancés des reculés selon lui, des crises, ça a été compliqué ? ça l'a gêné ?
	E3	<ul style="list-style-type: none"> - Plus petits (4ans), les premières séances on dirait que je ne travaille pas on va dire que je fais plutôt « ami-ami » avec eux pour qu'ils m'acceptent (...). Si par exemple il est d'accord pour faire je ne sais pas que du sensoriel externe. Donc aller fouiller dans différents bacs. Eh bien pas de soucis je ne ferais que ça si je vois que vraiment il ne veut pas aller en bouche. - Plus grands, on passe directement sur le concret et donc euh... je vois avec eux qu'est ce qui apparait le plus à la cantine ou à la maison euh pour essayer d'intégrer le panel en fait. - Il peut y avoir certains problèmes sensoriels mais parfois il y a tellement des mécanismes de défenses qui sont là - Pour les plus grands j'utilise directement la méthode Micro graduée et en parallèle la méthode SOS plus pour les rassurer.
	E4	<ul style="list-style-type: none"> - Méthode SOS - Sous forme de podium, avec comme objectif d'arriver en haut du podium - Cuillère Dosies correspondant chacune à la quantité d'un animal - Je ne sais pas ce que je travaille en 1, 2, 3. Je sais quel est l'objectif. En général c'est l'urgence le panel ou la quantité - Je leur donne un objectif de la semaine - Si je passe d'une chose mixée a des morceaux : je demande une purée ou un plat et d'amener en morceaux ce qui compose le plat - Je leur donne un objectif de case, ils ont toujours le droit de cracher, mais ils doivent toujours essayer sur le truc SOS pour chaque case, et on côte ou ils en sont - à la fin de la séance d'alimentation on faisait toujours un jeu (...) et parfois on fait des jeux quand il mange. Par exemple on a un parcours et au bout du parcours il peut prendre le petit gâteau pour le manger et revenir ou un coup il prend une cuillère de purée et l'autre il la donne au poisson.
	E5	<ul style="list-style-type: none"> - On ne fait pas forcément toujours le repas - Sur les guidances on le fait à distance. Je vais vérifier les mouvements de langues, si les brossages sont bien faits. On revoit où ils en sont sur l'introduction de nouvelle texture ou de l'aliment - On va être vraiment sur le travail d'intégration sensorielle, on va travailler sur le vestibulaire, la proprioceptif, le tactile
Support outils	E1	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en situation écologique avec le ludique, parce que les outils qu'on utilise, la cuillère est fun, colorée, va vibrer. Mais sur une mise en situation - Le ludique ça peut être le sensoriel avant, peinture sèche, graine, pâtes, ...
	E2	- Ludique ou le quotidien
	E3	<ul style="list-style-type: none"> - Supports ludiques - Supports micro gradués, visuels - Mise en situation, préparer le repas pour le soir, faire la vaisselle

	E4	- C'était des supports ludiques
	E5	- Supports ludiques - Supports visuels avec l'escalier ou les petits personnages, les aliments à choisir - Balançoire, bac sensoriel, textures, jouets et jeux
Choix de l'activité	E1	- Je me laisse guider par l'enfant dans ma thérapie - En ce moment au vu des âges, c'est quand même moi qui oriente - Aliment copain, fifty-fifty et un qu'ils n'aiment pas et on va tricoter avec ça - J'impose le cadre et ensuite je me laisse guider par l'enfant, je vois sa disponibilité
	E2	- On joue, après c'est moi qui l'amène, l'oriente, le dirige . Pour que petit à petit du jeu sur lequel il est parti on aille vers l'objectif que j'avais pensé.
	E3	- En fonction de ce que l'enfant va être ok pour me montrer
	E4	- Les deux. Les enfants choisissent le jeu , mais je fais en sorte que ce qui est dans la salle m'intéresse
	E5	- S'ils arrivent désorganisés, on va plutôt axer intégration sensorielle à fond à fond, pour essayer de réguler tout ça et essayer de se remettre en éveil optimal et pouvoir peut-être attaquer l'alimentation - Je pars de leur motivation , ce dont ils ont envie et je réajuste moi suivant les objectifs que j'avais besoin de travailler.
Evolution de la difficulté - Réévaluer - Fin de suivi	E1	- retours parents - Le niveau de difficulté je le vois moi en séance, aujourd'hui elle a réussi ça qu'est-ce que vous voulez essayer de faire cette semaine - Je n'ai pas de grille d'analyse mais on va se poser avec les parents, regarder le vidéo de départ . Avant c'était ça regardez aujourd'hui - C'est vraiment de semaine en semaine
	E2	- Bilan fait au départ , je le refais, en plus court, au bout d'un moment : 6 mois et après 1 an - Je reprends le support Ot'Hope du départ que j'avais pris en photo, et il le refait. Et on peut dire ce qu'on a atteint ou non - On échange avec les parents - Même quand les objectifs ne sont pas tous atteints mais qu'il n'y a plus de demande de l'enfant. Ça devient trop compliqué. On peut faire une pause et tu reviens quand tu es prêt à travailler : le but c'est de ne pas le dégouter de tout ce qui est alimentaire
	E3	- Feeling avec l'enfant - Après c'est toute une histoire de partenariat entre nous et les parents pour savoir ce qui est acquis ou pas acquis - Si ce n'est pas plus simple dans les autres environnements je continue le suivi jusqu'à temps qu'il y ai une amélioration globale et c'est pour ça que j'en parle beaucoup avec les parents.
	E4	- Je reprérends les objectifs on recoche en rendez-vous avec les parents. Je redemande un panel alimentaire aux parents pour l'enfant pour s'assurer qu'on a monté. On reprend où on en est sur la taille des morceaux, les rigidités de contenants, les quantités etcetera. - On fait le point au fur et à mesure pour des choses précises, d'une séance à l'autre , donc y a un moment on refait un vrai point total - On ne mesure pas la satisfaction et l'engagement, mais c'est eux qui décident et nous guident donc dans l'esprit on est sur quelque chose de cet ordre-là
	E5	- La méthode micro-graduée visuellement c'est facile, puisqu'on passe souvent aux morceaux plus gros - Textures , et les contenants pour pouvoir normaliser ça - Pour les plus grands, le fait d'avoir le feedback permet de réajuster de suite les objectifs ou la difficulté

	<ul style="list-style-type: none">- Sur les plus petits, ça va être plutôt le retour des parents. Sur leur ressenti, leur vécu, voir comment ça se passe, et s'ils ont du mal à évaluer là je vais faire un repas- Je vais plutôt repartir sur un repas, et voir concrètement là où ça en est. (...) langue (...) mastication- Je suis très inspirée de la MCRO et c'est vrai qu'on fixe en début de suivi des objectifs- On va essayer de mesurer un peu, vraiment typique MCRO au niveau de la satisfaction et du rendement etcetera- un objectif très très concret- Pour la fin du suivi, par rapport au sensoriel, je dirais quand ils arrivent à comprendre comment ils fonctionnent
--	---

Annexe XII – Nuage de mot représentatif des occurrences des professionnels interrogés à la question « Lors de la première rencontre, quelle présentation faites-vous de votre rôle auprès de l'enfant et des parents ? »



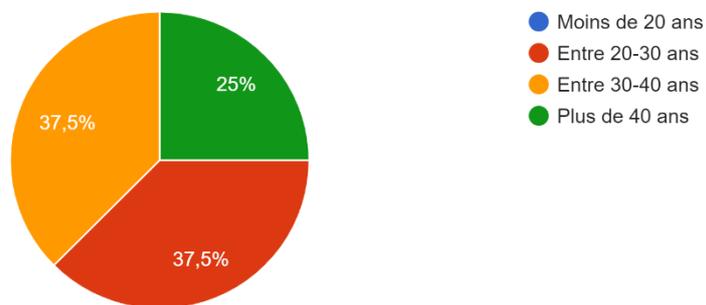
Annexe XIII - Résultats du questionnaire à destination des parents

Présentation de la population interrogée

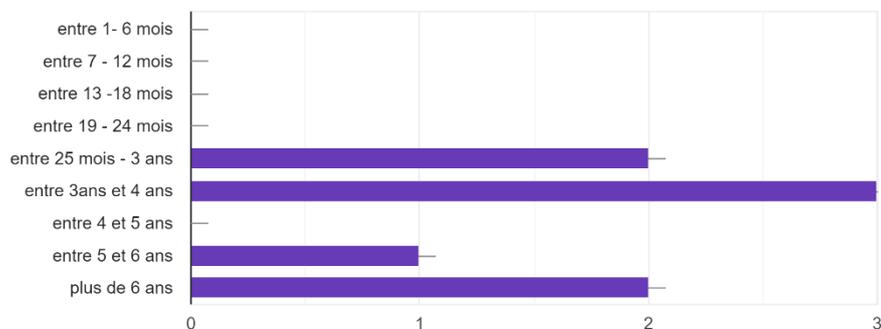
Vous êtes
8 réponses



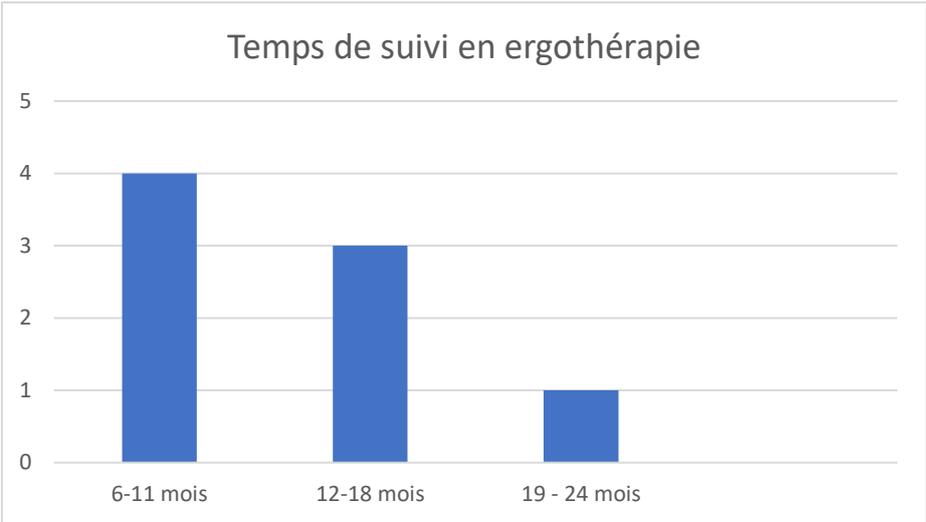
Vous avez
8 réponses



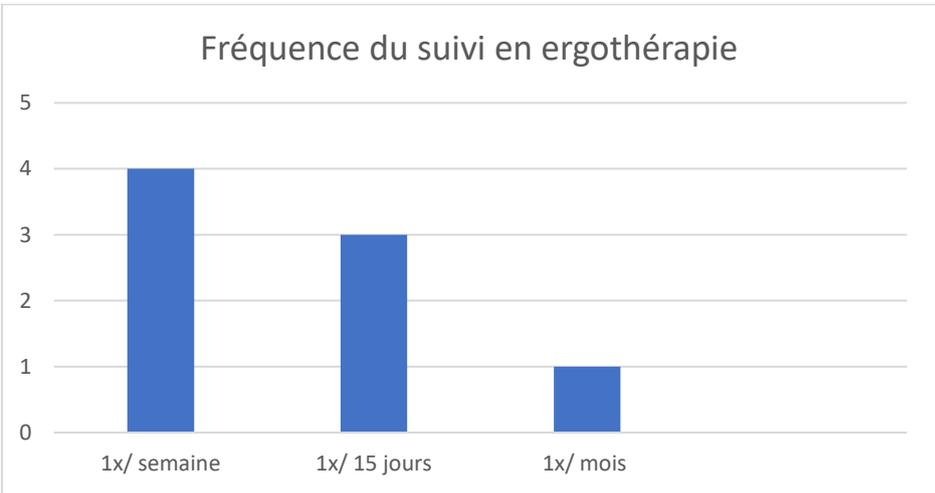
Quel âge à votre enfant porteur de troubles de l'oralité ?
8 réponses



Depuis quand votre enfant est-il pris en charge par un ergothérapeute dans le cadre de ses troubles ?



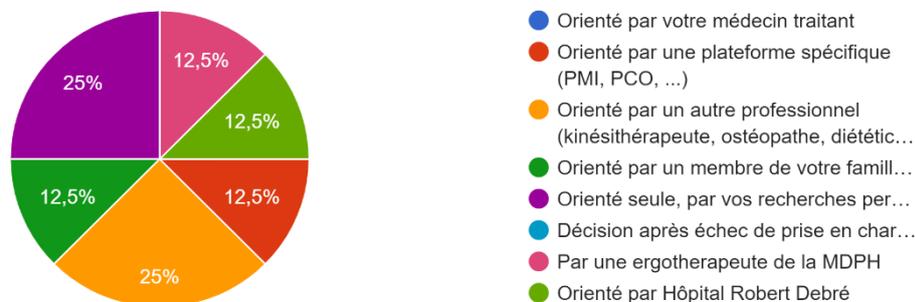
Quelle est la fréquence de la prise en charge ?



Parcours de soin

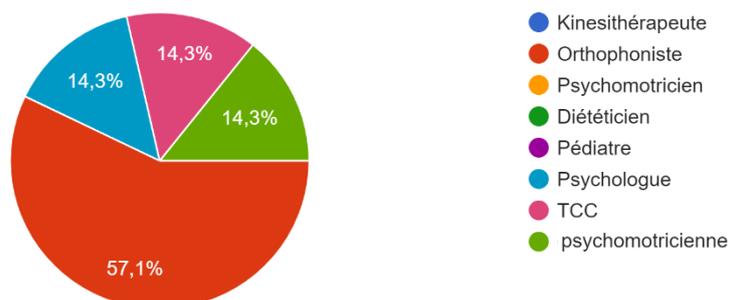
Comment en êtes vous arrivé à consulter un ergothérapeute pour ses troubles ?

8 réponses



Votre enfant est-il pris en charge par d'autres professionnels dans le cadre de ces troubles alimentaires ?

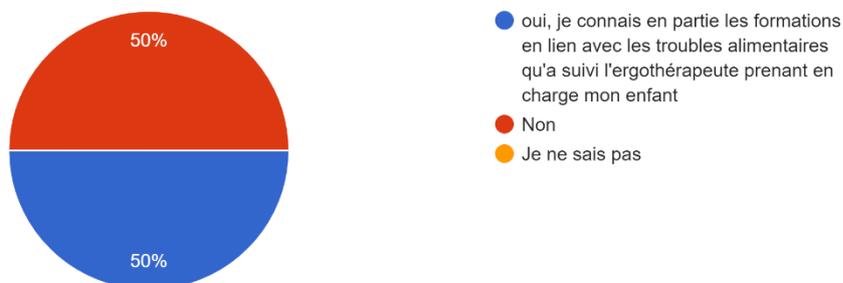
7 réponses



Prise en charge en ergothérapie et performance occupationnelle

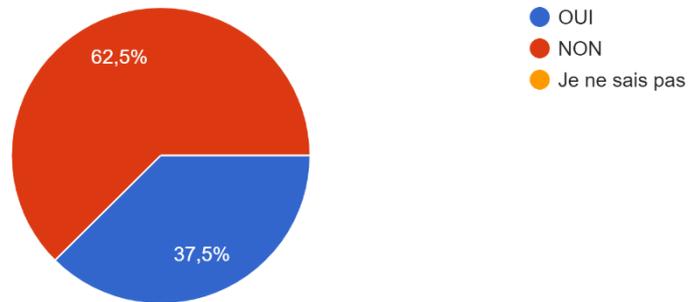
Avez-vous échangé avec l'ergothérapeute sur les formations spécifiques qu'il possède pour pouvoir prendre en charge les troubles de l'alimentation ?

8 réponses



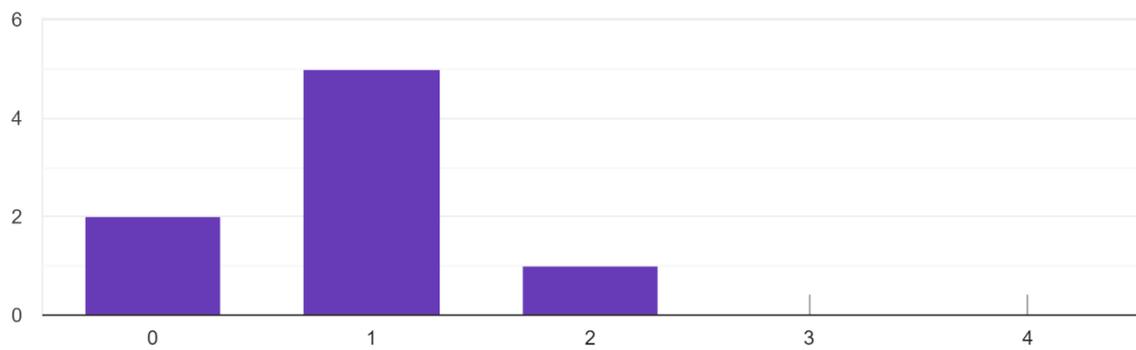
Avez vous le sentiment que votre enfant à progressé en terme de réalisation de l'activité sur le plan de l'alimentation depuis la prise en charge en ergothérapie ?

8 réponses



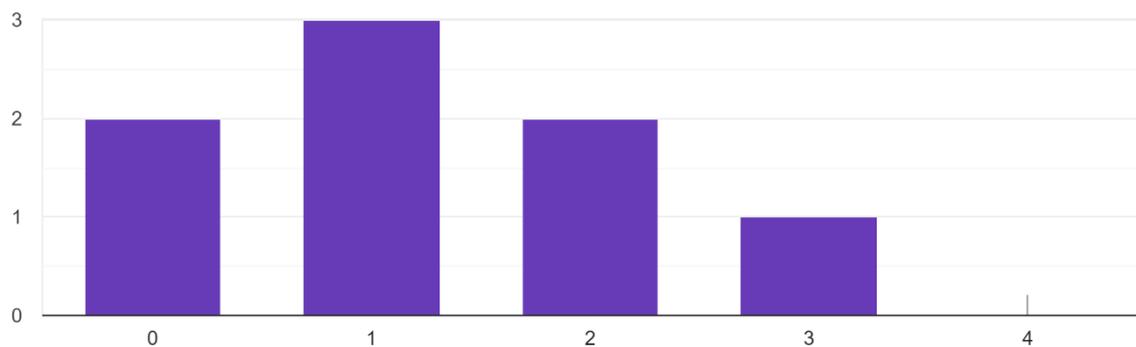
AVANT le début de la prise en charge en ergothérapie, comment coteriez vous votre satisfaction à l'égard de l'activité de prise de repas de votre enfa...oitement satisfaisant - 4= - satisfaction totale]

8 réponses



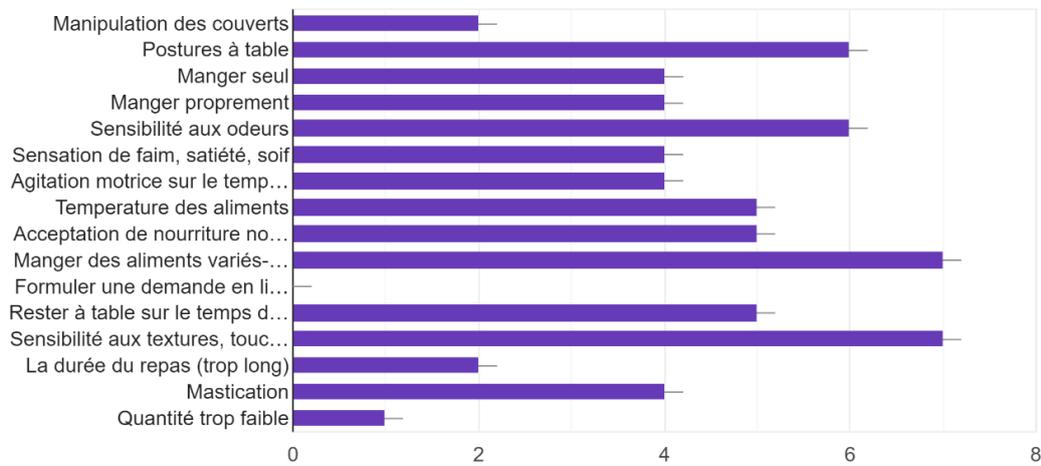
DEPUIS la prise en charge en ergothérapie, comment coteriez vous votre satisfaction à l'égard de l'activité de prise de repas de votre enfant [0= insa...oitement satisfaisant - 4= - satisfaction totale]

8 réponses



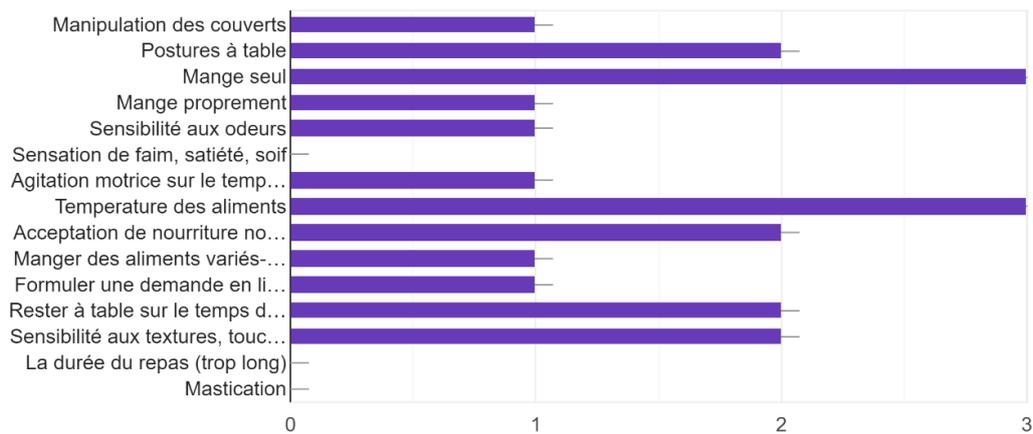
AVANT le début de la prise en charge en ergothérapie, cochez les activités qui étaient problématiques

8 réponses



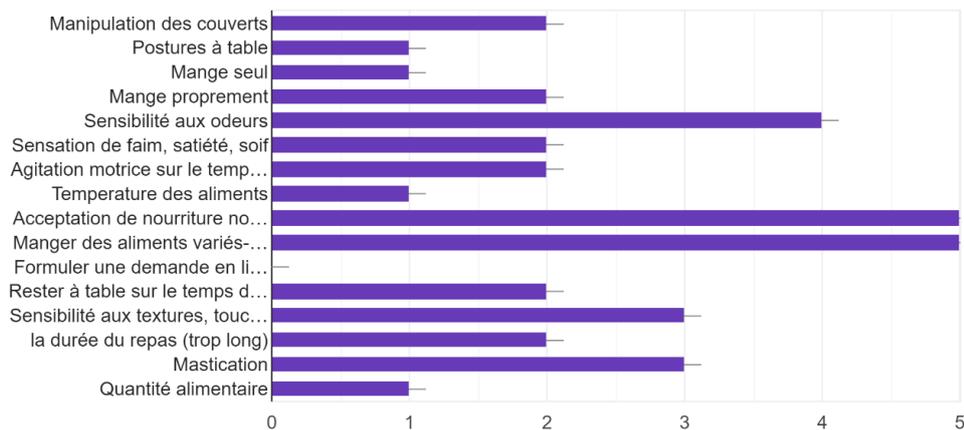
DEPUIS le début de la prise en charge en ergothérapie, cochez les activités qui selon vous se sont améliorées

7 réponses



DEPUIS le début de la prise en charge en ergothérapie, cochez les activités qui selon vous restent toujours problématiques

8 réponses



Annexe XIV- Goal Assessment tool

Echelle:



Description de l'échelle:

USING THE GAS SCALE

The Goal Attainment Scale (GAS) is one way to show possible changes related to skilled therapy. This scale is centered around the person's unique goals and will show measurable, meaningful progress or decline in ways that formal assessments may miss. GAS is a patient-centered approach for identifying meaningful patient goals and documenting straightforward ways to measure achievement. It can be used for any area of treatment provided. Through a motivational interview with the patient or care partner(s), goals can be identified for improving the person's quality of life with skilled treatment. GAS can be helpful to demonstrate progress with regaining function using compensatory strategies for degenerative diseases.

WRITING SMART GOALS

It is important to write SMART (Specific, Measurable, Achievable, Realistic, and Timely) goals. Each goal should ideally only have one area that is changed between the levels. For example, in the swallowing goal on page 2, the only change is food texture level instead of both food and liquid consistencies. The therapist can create another column for swallowing progress with liquid consistencies. It is also helpful to define the level of assistance because "mild, moderate, maximum" may be interpreted differently between therapy providers.

Résumé

Mots clefs : Ergothérapie, troubles alimentation, pédiatrie, intégration sensorielle, repas

Les troubles de l'alimentation en pédiatrie touchent 24 à 35% des enfants au développement normal et 33 à 80% des enfants avec un retard ou un handicap développemental. La prise en soin et l'accompagnement de l'enfant et sa famille rencontre actuellement un essor important de pratique de la part de divers professionnels.

Ce travail vise à décrire la spécificité de l'approche en ergothérapie et sa répercussion sur les troubles alimentaires en pédiatrie. L'hypothèse pose l'idée que l'approche en intégration sensorielle permet d'améliorer la performance occupationnelle de l'enfant lors du repas.

La méthode d'enquête utilisée allie cinq entretiens semi-directifs à destination d'ergothérapeutes exerçant en pédiatrie, à des questionnaires auto-administré à destination des parents d'enfants porteurs de troubles alimentaires.

L'analyse des résultats met en évidence le lien entre l'approche en intégration sensorielle et la prise en soin des repas, et notamment l'évolution de la performance occupationnelle de l'enfant.

L'étude conclue que la prise en soin des troubles de l'alimentation en pédiatrie, peut inclure une approche en intégration sensorielle. Elle est couplée à d'autres pratiques afin de viser la prise en soin holistique de l'enfant. On remarque aussi que la prise en soin en ergothérapie permet aux parents de noter un impact partiel dans les habiletés permettant une performance lors du repas.

Abstract

Key Words: Occupational therapy, feeding disorders, paediatric, sensory integration, meal

Paediatric feeding disorders affect 24-35% of children with normal development and 33-80% of children with developmental delays or disabilities. The care and accompaniment of children and their families is currently undergoing a major expansion of practice by various professionals.

The aim of this study is to describe the specificity of the occupational therapy approach and its impact on the development of paediatric feeding disorders. The hypothesis is that the sensory integration approach can improve the child's occupational performance at mealtime.

The study method used combines five semi-directive interviews with occupational therapists in paediatric practice with self-administered questionnaires for parents of children with feeding disorders.

Our analysis show the link between the sensory integration approach and the care of meals, and particularly the evolution of the child's occupational performance.

The study concludes that the care of feeding disorders in paediatrics can include a sensory integration approach. It is coupled with other practices to aim at the holistic care of the child. It is also noted that occupational therapy care allows parents to notice a partial impact in the abilities that allow performance at mealtimes.