



Ce projet est cofinancé par  
le Fonds social européen -  
FSE

## INSTITUT RÉGIONAL DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

Adresse postale: CS81010 - 97404 Saint-Denis Cedex

Tél: 0262 90 91 01 - Fax: 0262 90 87 78 - E mail: [sec.irfe@asfa.re](mailto:sec.irfe@asfa.re)

# LES TROUBLES DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE

*Ergothérapie et sentiment d'efficacité parentale*

**Etudiante: ANNETTE Eugénie**

**Directrice professionnelle: BALAFRE Elodie**

**Directrice scientifique: CAROUPIN Jessica**

**Formatrice référente: DOMENJOURD Sophie**

**Mémoire de Fin d'Études - Diplôme d'État d'ergothérapeute**

**Promotion 2018-2021**

# Remerciements

---

Ces trois années d'études en ergothérapie et ce mémoire m'ont appris qu'après la pluie, venait l'orage, la tempête, et qu'ensuite, revenait toujours le beau temps. Bien que difficile, ce chemin n'a pas été que gris. Chacune des personnes mentionnées ci-dessous a été un arc-en-ciel dans les nuages :

Tout d'abord je voudrais remercier les formatrices qui ont pu m'accompagner durant ces trois années d'études : madame Sophie DOMENJOUR, madame Yasmine VEYRAT, je vous remercie pour ces moments d'échanges, légers ou constructifs, de soutien et d'écoute. Madame Camélia MOUAFFIK, je vous remercie pour ces heures à discuter, débattre et à évoluer en rendez-vous pédagogique et en dehors.

Je souhaite également remercier Jessica CAROUPIN, notre maman de mémoire. Merci pour tes mails et tes mots rassurants, merci pour ton éclairage quand il faisait un peu noir, merci pour ton aide et tes connaissances dans l'élaboration de ce mémoire. J'espère que tu seras magnifiquement fière de mon «magnifique mémoire».

Ensuite, j'adresse mes remerciements à ma directrice professionnelle Elodie BALAFRE. Je te remercie de m'avoir mis sur le bon chemin lors de notre premier rendez-vous. Je te remercie pour tes conseils, tes apports théoriques, ton soutien et tes encouragements tout au long de ce processus de réflexion et d'écriture.

Je souhaiterais remercier ces professionnels et parents qui m'ont fait confiance et ont accepté de m'aider dans cette recherche. Vos précieux témoignages m'ont touchés, m'ont aidés et m'ont permis d'élaborer ce mémoire plus sereinement.

Je ne pourrais pas écrire ces remerciements sans vous remercier vous, mes amis de promotion. Je vous remercie pour votre présence, pour cette solidarité et ce soutien dans les moments heureux et difficiles que nous avons traversés.

Un remerciement particulier à Katharina, Mégane et Bénédicte. Vous marquez à jamais mes années d'ergo. Lorsque l'envie n'était plus là, vous étiez là. Je suis reconnaissante pour vos rires, vos blagues, votre bonne humeur à toute épreuve, votre soutien et votre goût pour les potiiiiins. D'ailleurs, on va à la boulangerie?

Un petit mot pour ma Aurel: bientôt ton tour ma poule, tu seras une ergo au top.

Bien sûr, ma Victou to the top, mon binôme, sans qui rien de ces trois années n'aurait été pareil. Tu seras une ergothérapeute en or, j'espère un jour pouvoir être ta

collègue. Tu imagines cette équipe de choc? Merci pour ton soutien infailible, on est ensembleeee.

Je souhaite remercier mon entourage familial et amical pour leur compréhension, leur soutien, leurs mots réconfortants, leurs relectures et leurs conseils. Sans vous, je ne l'aurais pas fait. Merci à mes sœurs et à ma mère pour ces noms d'emprunts d'enfer.

Je souhaite remercier mes tuteurs de stage et mes nombreux collègues, sans qui la professionnelle que je suis devenue n'aurait pas vu le jour. Un merci tout particulier à Violaine PERRIN : je te remercie pour les relectures de ce mémoire, tes conseils avisés, ton soutien et ton écoute pendant ce dernier stage.

Et enfin, à vous les personnes que j'ai accompagnées durant mes stages et que j'aurai la chance d'accompagner dans mon futur professionnel, je vous dédie ce travail et ces trois années d'études. Je vous promets d'être la meilleure ergothérapeute que je puisse être. Vous êtes ma motivation et la raison pour laquelle j'aime mon (futur) métier. Merci.

A toi Eugénie d'il y a trois ans, merci d'avoir choisi ce métier, merci d'avoir persévéré. Si je suis là maintenant c'est grâce à la personne que tu étais.



Ce projet est cofinancé par  
le Fonds social européen -  
FSE

## Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e),

Nom : ANNETTE

Prénom : Eugénie

Inscrit(e) en 3ème année à l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie dans la promotion 2018- 2021, n° de carte d'étudiant : NJ00782698

- Déclare avoir pris connaissance de la Charte du bon usage des ressources utilisables dans le cadre des travaux individuels et collectifs.
- Déclare avoir pleinement conscience que le non-respect manifeste des règles édictées dans la charte pourra entraîner l'attribution d'une note égale à 0.
- Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité.
- Certifie n'avoir ni recopié ni utilisé sans les mentionner des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article, mémoire ou tout autre document, disponible en version imprimée et/ou électronique.
- Déclare avoir pleinement conscience de ce qu'est le plagiat.
- Déclare avoir pleinement conscience que tout plagiat est assimilé à une fraude et peut impliquer la saisine du conseil de discipline de l'IRFE et la déclaration de sanctions pouvant aller jusqu'à l'exclusion de l'IRFE.

Date : 11 mai 2021

Signature :

## Droits d'auteur



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Ce projet est cofinancé par le Fonds social européen - FSE

## INSTITUT RÉGIONAL DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

Adresse postale : CS 81010 – 97404 Saint-Denis Cedex

Tél : 0262 90 91 01 – Fax : 0262 90 87 78 – E mail : [sec.irfe@asfa.re](mailto:sec.irfe@asfa.re)

### AUTORISATION DE DIFFUSION POUR L'ANFE

Je soussignée Eugénie ANNETTE, étudiant(e) en ergothérapie de l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie de la Réunion (IRFE), auteur(e) du mémoire de fin d'étude intitulé :

#### **Les troubles de l'oralité alimentaire : Ergothérapie et Sentiment d'Efficacité Parentale**

Autorise l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) à :

- Permettre la consultation de mon mémoire sur la plateforme de son site Internet [www.anfe.fr](http://www.anfe.fr)
- Permettre le téléchargement de mon mémoire via ce site.

Cette autorisation est donnée dans le cadre de la convention signée entre l'ANFE et l'IRFE, qui prévoit que les travaux qui auront eu une note à l'écrit supérieure ou égale à 15/20 par le jury de soutenance dans le cadre du diplôme d'Etat seront mis en ligne sur le site de l'ANFE par la direction de l'IFE.

Cette autorisation vaut acceptation de renoncer à tout règlement de droit d'auteur concernant la publication et la diffusion numérique dudit mémoire.

Fait à Saint-Denis de La Réunion

Le 11 mai 2021

Signature :



Ce projet est cofinancé par le Fonds social européen - FSE

## **INSTITUT RÉGIONAL DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE**

Adresse postale : CS 81010 – 97404 Saint-Denis Cedex

Tél : 0262 90 91 01 – Fax : 0262 90 87 78 – E mail : [sec.irfe@asfa.re](mailto:sec.irfe@asfa.re)

### **AUTORISATION DE DIFFUSION POUR L'IRFE**

Je soussignée Eugénie ANNETTE, étudiant en ergothérapie de l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie de la Réunion (IRFE), auteur(e) du mémoire de fin d'étude intitulé :

#### **Les troubles de l'oralité alimentaire : Ergothérapie et Sentiment d'Efficacité Parentale**

Autorise l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie de la Réunion (IRFE) à permettre la consultation de mon mémoire manuscrit.

Cette autorisation est donnée dans le cadre de mon Institut Régional de Formation en Ergothérapie, qui prévoit que les travaux qui auront eu une note à l'écrit supérieure ou égale à 14/20 par le jury de soutenance dans le cadre du diplôme d'Etat seront disponible au sein de l'IRFE de Saint Denis.

Fait à Saint-Denis de La Réunion

Le 11 mai 2021

Signature :

---

*«Un travail fini, un autre aussitôt commence.»*

Alphonse de Lamartine

---



# Table des matières

---

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>CADRE THÉORIQUE</b>	<b>3</b>
<b>I. Le développement de l'enfant de 0 à 6 ans</b>	<b>3</b>
Le développement psychomoteur	3
Le développement cognitif	3
La diversification alimentaire : les recommandations	4
<b>Le jeu</b>	<b>6</b>
Le jeu selon ...	6
... Roger Caillois	6
... Francine Ferland	6
... Mélanie Klein	6
... D.W Winnicott	6
Le jeu et l'apprentissage	7
Les composantes du jeu par Francine Ferland	8
Le jeu et le repas	10
<b>Les Troubles de l'Oralité Alimentaire (TOA)</b>	<b>13</b>
Les deux oralités	13
Les Troubles de l'Oralité Alimentaire (TOA)	14
L'impact des TOA sur le déroulé des repas	18
<b>Le Sentiment d'Efficacité Parentale (SEPa)</b>	<b>20</b>
Le Sentiment d'Efficacité Personnelle (SEP)	20
La compétence parentale et le SEPa	20
<b>L'ergothérapie, les TOA et le SEPa</b>	<b>21</b>
L'ergothérapie et l'activité de repas	21
Présentation du Modèle de l'Occupation Humaine de Gary Kielhofner	22
Le Modèle de l'Occupation Humaine et le Sentiment d'Efficacité Parentale	25
<b>Problématisation</b>	<b>26</b>
<b>MÉTHODOLOGIE</b>	<b>27</b>
Objectifs de l'enquête	27
Choix de la population	28
Choix de l'outil	29
Les entretiens auprès des professionnels	30
Les entretiens auprès des parents	30
Méthode d'analyse	31
Loi Jardé	32

<b>RÉSULTATS</b>	<b>32</b>
Entretiens auprès des professionnels	32
Présentation des professionnels interrogés	32
Analyse des entretiens menés auprès des professionnels	33
Entretiens auprès des parents	35
Présentation des parents interrogés	35
Analyse des entretiens menés auprès des parents	36
Analyse des entretiens au regard de notre question de recherche	38
La participation active des parents	38
L'aspect ludique du repas	40
<b>INTERPRÉTATION</b>	<b>42</b>
Le public accompagné ayant des TOA	42
Analyse du jeu de l' «apéro» décrit par Louise	43
Le sentiment d'efficacité parentale et le Modèle de l'Occupation Humaine	45
<b>DISCUSSION</b>	<b>47</b>
Analyse réflexive	47
Ajustements de notre étude	47
Biais de notre étude	47
Apport de ce travail et perspectives professionnelles	48
<b>CONCLUSION</b>	<b>51</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>53</b>
<b>Sitographie</b>	<b>55</b>
<b>Annexes</b>	<b>56</b>

# Tables des tableaux

---

<b>Tableau 1</b> : Récapitulatif des textures recommandées selon les capacités de l'enfant (OMS, 2000)	5
<b>Tableau 2</b> : L'analyse de l'activité du repas en tant que jeu	10
<b>Tableau 3</b> : Les cinq stades de l'hypersensitivité tactile (Ruffier-Bourdet & Leblanc, 2009)	15
<b>Tableau 4</b> : Les cinq stades de l'hypersensitivité orale (Ruffier-Bourdet & Leblanc, 2009)	17
<b>Tableau 5</b> : Analyse des entretiens auprès des professionnels formés aux TOA	33
<b>Tableau 6</b> : Analyse des entretiens auprès des parents d'enfant ayant des TOA	36
<b>Tableau 7</b> : Le profil des enfants accompagnés en lien avec les causes des TOA décrites par Thibault en 2012	42
<b>Tableau 8</b> : Analyse du jeu de l'«apéro» selon les cinq composantes du jeu de Ferland (2003)	43

# Tables des figures

---

<b>Figure 1</b> : Les cinq composantes du jeu selon Francine Ferland	8
<b>Figure 2</b> : Schéma les deux oralités (Thibault, 2007)	14
<b>Figure 3</b> : Traduction du modèle de l'Occupation Humaine de Kielhofner (2008)	22
<b>Figure 4</b> : Schéma récapitulatif des populations de l'étude	29
<b>Figure 5</b> : Réponse à l'hypothèse n°1	40
<b>Figure 6</b> : Réponse à l'hypothèse n°2	42
<b>Figure 7</b> : Schéma réponse à notre question de recherche	46
<b>Figure 8</b> : Les pics à grignoter	49
<b>Figure 9</b> : La pré cuillère	49
<b>Figure 10</b> : Verre avec paille intégrée	49
<b>Figure 11</b> : Schéma des perspectives professionnelles	51

## Table des annexes

---

<b>Annexe 1</b> : Questionnaire à destination des parents (enquête exploratoire)	56
<b>Annexe 2</b> : Grille d'entretien mené auprès des professionnels	60
<b>Annexe 3</b> : Grille d'entretien mené auprès des parents	63
<b>Annexe 4</b> : Mail type envoyé au professionnel	68
<b>Annexe 5</b> : Message posté sur les réseaux sociaux auprès des parents d'enfants ayant des TOA	69
<b>Annexe 6</b> : Retranscription de l'entretien avec Alexandra, orthophoniste formée aux TOA	70
<b>Annexe 7</b> : L'assiette de jeu décrite par Louise	77

# Liste des abréviations

---

**MOH** : Modèle de l'Occupation Humaine

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**SEP** : Sentiment d'Efficacité Personnelle

**SEPa** : Sentiment d'Efficacité Parentale

**TOA** : Troubles de l'Oralité Alimentaire

## Introduction

Tout au long de ma vie, j'ai vu grandir de nombreux enfants autour de moi, les accompagnant dans la découverte de leur environnement. Les thèmes de l'enfance, de la maternité et de la parentalité m'ont toujours intéressée. Ma réflexion m'a amenée alors à m'interroger sur les champs d'action de l'ergothérapeute auprès des parents et des nourrissons relatifs à leur développement. Tout d'abord, je me suis demandée si l'ergothérapeute pouvait intervenir auprès du nourrisson. L'activité étant un des fondements de l'ergothérapie, je me suis attachée à rechercher quelles sont les occupations d'un nourrisson : dormir, jouer, manger, ...

A la naissance de mon neveu il y a bientôt deux ans, mon regard d'étudiante en ergothérapie a permis de lire son développement d'une façon différente de celle de ses parents. Il y a quelque temps, j'ai participé à sa prise de repas. Il s'alimentait essentiellement de lait maternel et d'aliments finement mixés comme les purées de légumes, viandes et féculents ou compotes. Il semblait aimer la compote, il prenait du plaisir à la manger. Après avoir goûté à la purée de légumes, il refusait de la manger. Pourquoi favorisait-il un aliment plus que d'autres? Quels étaient les enjeux de sa découverte alimentaire? Existe-t-il des obstacles à la découverte alimentaire chez les enfants? Quelles sont les types de difficultés qu'ils peuvent rencontrer?

Parallèlement, j'ai découvert le travail d'une ergothérapeute exerçant en métropole, Marie Ruffier-Bourdet, qui est spécialisée en alimentation pédiatrique et qui prend en charge des enfants ayant des troubles alimentaires. J'ai découvert différents éléments à prendre en compte lors de la diversification alimentaire : pour un adulte, le repas est devenu comme automatique, lors des premières années de vie, la découverte alimentaire apparaît comme un véritable challenge moteur et sensoriel. La réception de toutes ces informations sensorielles ou motrices reçues par l'enfant est importante, mais elles peuvent être facilement submergeantes pour l'enfant. Chez un enfant qui présente des troubles de l'oralité, cette découverte alimentaire peut se faire avec plus de difficultés que chez un enfant sans trouble. Il s'agirait alors de trouver des stratégies ou

de respecter certaines règles pour l'introduction de nouvelles textures, nouveaux goûts afin que le repas devienne un moment de bien être pour l'enfant et pour son entourage.

Ainsi, je me suis demandée **dans quelle mesure l'ergothérapeute a-t-il une place dans la découverte des aliments chez les enfants présentant des troubles de l'oralité ?**

Afin de répondre à cette question, j'ai tout d'abord entrepris une enquête exploratoire auprès de professionnels et parents d'enfants ayant des TOA. Les entretiens avec les professionnels m'ont permis d'affiner mes idées sur l'accompagnement des enfants ayant des TOA. Les questionnaires à destination des parents m'ont permis de mieux comprendre certaines difficultés des enfants et de récolter des éléments sur le ressenti des parents.

La présentation de ce travail s'articulera en cinq parties. Nous commencerons par exposer notre **cadre théorique** traitant du développement de l'enfant de 0 à 6 ans, du jeu, des TOA, du SEPa. Le Modèle de l'Occupation Humaine, modèle conceptuel en ergothérapie, sera présenté. C'est à travers le prisme de ce modèle que nous effectuerons notre recherche. Cette revue théorique nous permettra d'amener notre question de recherche ainsi que nos deux hypothèses. Afin de pouvoir répondre à cette problématique, nous aborderons dans une deuxième partie notre **méthodologie** de recherche incluant la présentation de notre population, de nos grilles d'entretien et de notre méthode d'analyse. Dans un troisième temps, nous nous attacherons à l'**analyse des résultats**, où nous apporterons une réponse à la problématique posée et validerons ou non nos hypothèses. Puis nous **interpréterons** les résultats. En dernier lieu, nous **discuterons** de ces derniers et présenterons les perspectives professionnelles.



# Cadre théorique

## **I. Le développement de l'enfant de 0 à 6 ans**

### **A) Le développement psychomoteur**

L'acquisition de la fonction motrice nécessite une maturation du système nerveux central.

Le développement moteur est sous tendu par deux lois décrites par Gesell(1988)

:

- Loi **proximo-distale** : les muscles de l'axe du corps sont sous le contrôle de la volonté plus rapidement que les muscles éloignés de cet axe.
- **Loi céphalo-caudale** : l'enfant contrôle en premier lieu les muscles de la tête et finit par les muscles des pieds

Aussi, les différences individuelles en termes de développement sont diverses. Chaque enfant évolue donc à son rythme.

Le nourrisson naîtra avec des réflexes. Au fur et à mesure de son évolution, il contrôlera davantage ses muscles et pourra soulever sa tête vers 3 mois, s'asseoir vers 6 mois, se tenir debout vers 9 mois et marcher vers 12 mois. Dans le cadre du repas, les habiletés de la sphère oro-digestive seront décrites plus bas. L'enfant pourra tenir son biberon à deux mains entre 6 et 12 mois, se nourrir maladroitement à la cuillère vers 1 à 2 ans, se nourrir plus proprement vers 2 à 3 ans (Ferland, 2014)

### **B) Le développement cognitif**

Dans leur œuvre « Théorie du développement chez l'enfant» (1994), Thomas et Michel nous parlent de la théorie du développement cognitif de Piaget.

Selon Piaget, entre 0 et 6 ans l'enfant va traverser deux stades dans son développement cognitif : le **stade sensori-moteur** et le **stade préopératoire**.

Le stade sensori-moteur s'étend de 0 à 24 mois. L'exploration et les interactions que va avoir l'enfant avec l'extérieur dépend de ses mouvements et des sensations qu'il

perçoit. L'enfant découvre le monde avec ses mains, ses yeux, sa bouche. Par ces découvertes, il comprend le monde qui l'entoure.

Ensuite, il y a le stade préopératoire de 2 ans à 6-7 ans. Pendant cette période, l'enfant acquiert le langage. La représentation mentale est possible. L'enfant peut également comprendre des symboles. Vers la fin de ce stade, l'enfant est capable de classer et sérier les objets en fonction de leur taille, leur quantité,... L'enfant reste centré sur le présent et les situations concrètes.

Piaget a établi quatre facteurs de causalité pour rendre compte du développement cognitif, ces quatre facteurs agissant ensemble vont permettre le développement de l'intelligence.

1. Maturation du système nerveux central
2. L'expérience de l'enfant
3. Les facteurs sociaux qui entourent l'enfant
4. L'équilibration renvoie à la notion d'adaptation de l'individu à son environnement

### **C) La diversification alimentaire : les recommandations**

Les recommandations en termes de diversification alimentaire se font en accord avec le développement et les capacités de l'enfant à l'âge donné.

Selon le Programme National Nutrition Santé, manger-bouger<sup>1</sup>, la diversification alimentaire correspond «au passage d'une alimentation exclusivement constituée de lait à une alimentation variée». Cette diversification débute vers 6 mois et se poursuit jusqu'aux trois ans de l'enfant.

Selon la revue de littérature, «Introduction of new food textures during complementary feeding : observations in France», écrite par Marduel Boulanger et Vernet en 2018, dès 4 à 6 mois, l'enfant peut avaler et cracher des aliments : c'est le contrôle du transport du bol alimentaire. C'est le début de l'oralité alimentaire secondaire. Ensuite, à partir de 6 mois et plus particulièrement dès l'apparition des

---

<sup>1</sup> Programme National de Nutrition Santé, manger-bouger  
<https://www.mangerbouger.fr/Manger-mieux/Manger-mieux-a-tout-age/Enfants/De-6-mois-a-3-ans>

incisives inférieures et supérieures, l'enfant peut mordre les aliments. Enfin, à partir d'1 an et de l'apparition des molaires, l'enfant peut mastiquer.

En lien avec ces capacités, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans son ouvrage «Feeding and Nutrition of Infants and Young Children : Guidelines for the WHO European Region with Emphasis on the Former Soviet Countries» publié en 2000, propose des recommandations sur les textures appropriées aux enfants selon leur âge. Au début de sa vie, l'enfant s'alimentera avec du liquide (lait maternel ou substitut de lait maternel). Ensuite, lorsque l'enfant pourra contrôler davantage le bol alimentaire et que les premières incisives apparaîtront, il pourra consommer de la nourriture sous forme de purée, mixée. Ensuite, l'enfant pourra consommer des aliments écrasés, les morceaux seront plus présents que dans la forme mixée ou en purée. Enfin, l'enfant pourra manger les mêmes textures que toute la famille.

Dès la diversification alimentaire, l'enfant peut consommer des fruits et légumes, des pommes de terre ainsi que de la viande et du poisson. Par la suite, il sera possible d'introduire les aliments de type pain, produits céréaliers, œufs, matières grasses ajoutées, sel.

Âge	Capacités de l'enfant	Textures recommandées
<b>0 à 4 mois</b>	succion déglutition, oralité primaire	liquide
<b>4 à 7 mois</b>	contrôle du bol alimentaire	purée
<b>7 à 12 mois</b>	apparition des incisives : l'enfant peut mordre	écrasée
<b>plus de 24 mois</b>	apparition des molaires : l'enfant peut mastiquer	toutes les textures

**Tableau 1 : Récapitulatif des textures recommandées selon les capacités de l'enfant (OMS, 2000)**

## **II. Le jeu**

### **A) Le jeu selon ...**

#### **1. ... Roger Caillois**

Caillois, sociologue français, définissait en 1967 le jeu comme « [...] une activité sérieuse, éducative, pédagogique, qui contribue au développement affectif, sensori-moteur, cognitif, moral, intellectuel et social de l'enfant [...]».

Le jeu semble alors devenir indispensable dans le « bon » développement d'un enfant.

#### **2. ... Francine Ferland**

Selon Francine Ferland, ergothérapeute canadienne, « Le jeu est une attitude subjective où plaisir, curiosité, sens de l'humour et spontanéité se côtoient; cette attitude se traduit par une conduite choisie librement et dont on n'attend aucun rendement spécifique.» En 2003, dans son oeuvre «Le modèle ludique», Francine Ferland décrit les cinq fonctions du jeu telles que le plaisir, la découverte, la maîtrise, la créativité et l'expression permettant une motivation à agir, l'élaboration de stratégies d'action, l'augmentation de l'initiative, une résolution de problème, la communication des sentiments, ... Aussi, selon Ferland, le jeu aurait également cinq composantes que nous décrirons plus en détails en II.C) du cadre théorique à la page 8.

#### **3. ... Mélanie Klein**

Dans son article, « Le jeu dans l'œuvre de D.W. Winnicott », Rémi Bailly en 2001, nous explique que pour Mélanie Klein, le jeu n'est pas considéré comme une activité de plaisir ou futile, mais comme une «mise en scène des tensions psychiques de l'enfant et comme un moyen thérapeutique, dans le cadre du transfert». Pour Mélanie Klein, le jeu est un moyen d'accéder à la réalité psychique d'une personne.

#### **4. ... D.W Winnicott**

Dans ce même article, Rémi Bailly nous parle également du jeu selon Winnicott. De par ses observations, Winnicott définit le jeu comme « spontané » et « universel ». Alors, si Klein définit le jeu comme thérapeutique, pour Winnicott, le jeu est une entité qui, entre autres, possède un potentiel thérapeutique. Aussi, en abordant le jeu vu par

Winnicott, il est primordial d'aborder le concept d'objet et d'espace transitionnel. Effectivement, pour les nourrissons, le jeu est possible grâce à l'objet transitionnel.

Au début de sa vie, l'enfant ne perçoit pas sa mère distincte de lui. Au fur et à mesure du détachement de la mère, l'enfant va créer un espace transitionnel qui n'appartient pas totalement au « moi » et qui n'est pas totalement le « non-moi » et dans lequel il se sent en sécurité. Ainsi pour matérialiser cet espace transitionnel, l'enfant va posséder un objet transitionnel (comme une peluche). Au même titre que l'espace transitionnel, cet objet n'est ni la mère de l'enfant, ni la représentation interne qu'il se fait d'elle. Winnicott affirme donc que le nourrisson peut jouer à partir du moment où il possède un objet transitionnel. Cet objet transitionnel permettant à l'enfant de supporter l'absence de sa mère, favorise un développement affectif.

## **B) Le jeu et l'apprentissage**

Dans la revue de littérature publiée par Sauvé et al (2007), «Une analyse des écrits sur les impacts du jeu sur l'apprentissage» dégagent les différents aspects de l'apprentissage humain influencé positivement par le jeu.

Ainsi, le jeu favorise :

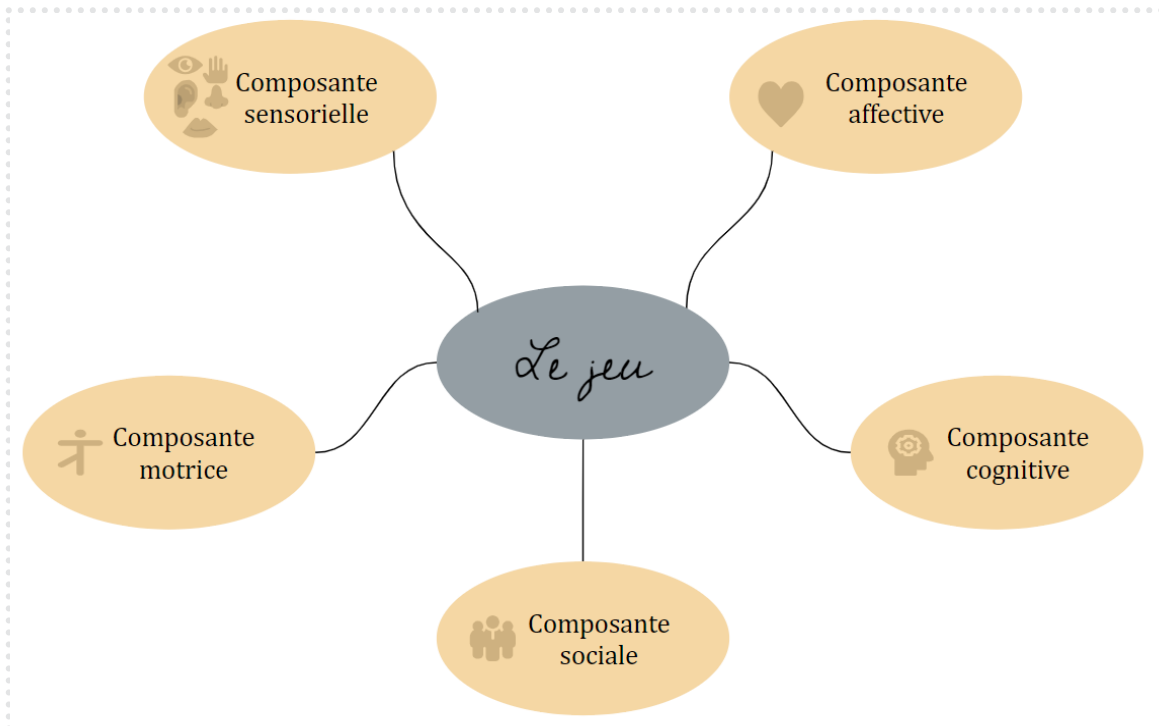
- « [...] le développement d'habiletés de coopération, de communication et de relations humaines [...]
- [...] la motivation à l'apprentissage sur différents plans [...]
- [...] le développement d'habiletés en résolution de problèmes. [...]
- [...] l'intégration de l'information en développant la capacité à établir des liens, à transposer des connaissances acquises dans d'autres contextes, et ce, de manière intuitive ou non.»

### **En résumé :**

Le jeu est une activité primordiale dans toutes les sphères du développement de l'enfant, à laquelle l'enfant a accès dès la naissance pour la plupart des auteurs. Selon Winnicott, dès que l'enfant possède un objet transitionnel (dans ses premiers mois de vie), il accède au jeu. Le jeu est tantôt la porte d'entrée à la réalité interne de l'enfant (Klein, 1993), tantôt une activité spontanée et universelle (Winnicott, 1975). Le jeu est également source de plaisir permettant découverte, expression, maîtrise et créativité. Enfin, le jeu favorise l'apprentissage permettant le développement d'habiletés, l'intégration d'informations...

### **C) Les composantes du jeu par Francine Ferland**

Dans son livre *Le modèle ludique* (2003), par une analyse du jeu, Francine Ferland relève cinq composantes du jeu :



**Figure 1 : Les cinq composantes du jeu selon Francine Ferland (2003)**

### **La composante sensorielle :**

Pendant le jeu, l'enfant sera stimulé par tous ses sens. La vue par les couleurs, l'ouïe par les musiques et autres bruits, le toucher par les différentes textures, tailles, matières et température des objets, le goût si l'enfant porte à la bouche et l'odorat dans la moindre mesure. Ces différentes stimulations sensorielles vont participer au développement de leur perception par l'enfant.

### **La composante motrice :**

En jouant, l'enfant va développer de nombreuses capacités motrices: l'équilibre assis ou debout, la motricité fine et grossière, la dextérité manuelle, les différentes préhensions, la coordination occulo-motrice... L'enfant joueur va également apprendre à élaborer son geste ce qui lui permettra de développer des schèmes moteurs.

### **La composante sociale :**

Pendant le jeu, et plus particulièrement le jeu à plusieurs, l'enfant développera ses habiletés sociales : il partagera son matériel, discutera avec son ou ses partenaire(s) de jeu, attendra son tour avant de jouer, collaborera pour la création d'un scénario de jeu, créera des échanges entre les personnages, ...

### **La composante cognitive :**

Lorsque l'enfant va jouer avec des figurines ou des objets, grâce à ses habiletés cognitives il va pouvoir les identifier; et en comprenant les différentes fonctions de certains objets et jeux, il pourra les utiliser de façon adéquate. Ainsi, il pourra élaborer des histoires et résoudre des «problèmes» grâce à ses fonctions cognitives exécutives, mnésiques, attentionnelles, ... Enfin, un des points abordés par Francine Ferland est la permanence de l'objet : l'enfant pourra comprendre qu'un objet existe toujours même s'il est caché et qu'il ne le voit plus.

### **La composante affective :**

Dans le jeu, apparaît cette notion de plaisir, l'enfant prend du plaisir à jouer et à faire évoluer son jeu. Dans le cadre d'un jeu avec des personnages, l'enfant peut leur attribuer des sentiments et au fil du dialogue, leur faire exprimer des émotions. L'expression des

émotions dans le jeu est alors le fruit de l'élaboration de l'enfant. Lorsque le jeu est à plusieurs, le sentiment de frustration peut arriver si les enfants se retrouvent en désaccord. Les deux dimensions affectives du jeu sont donc le plaisir et la frustration.

## D) Le jeu et le repas

En reprenant la méthode d'analyse du jeu de Francine Ferland (2003), nous allons analyser l'activité repas selon les cinq composantes énoncées précédemment : sensorielle, motrice, sociale, cognitive et affective.

<p><b>Composante sensorielle</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>la vue</b> : les formes, couleurs et tailles des aliments, des assiettes, verres, couverts, ...</li> <li>- <b>le toucher</b> : les textures, températures ressenties aux doigts, à la sphère orale (langue, lèvres, dents, ...)</li> <li>- <b>l'odorat</b> : les différentes odeurs des aliments cuits ou crus.</li> <li>- <b>le goût</b> : le salé, le sucré, l'amer, l'acide.</li> <li>- <b>l'ouïe</b> : les bruits lors de la mastication, le bruit des couverts sur l'assiette, ...</li> </ul>
<p><b>Composante motrice</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>la motricité des membres supérieurs</b> : pour attraper et amener à la bouche, l'enfant fait appel à sa dextérité globale et fine. En cas d'utilisation d'une fourchette ou des doigts pour porter à la bouche, des préhensions grossières et fines seront nécessaires selon le type d'aliment ou la grosseur du manche de la fourchette ou cuillère.</li> <li>- <b>la motricité du tronc</b> : les muscles posturaux seront sollicités afin de maintenir un équilibre et une position adaptée à la prise alimentaire.</li> <li>- <b>la motricité de la sphère orale</b> : une motricité</li> </ul>



	<p>fonctionnelle des lèvres, de la mâchoire et de la langue permet à l'enfant de mâcher, sucer, boire, croquer.</p> <p>Dans la phase de préparation du bol alimentaire, une coordination des muscles linguaux, labiaux et masticateurs est indispensable. Ensuite, ce sont les muscles de la déglutition qui vont intervenir. (Senez, 2020)</p> <p>Ainsi, pendant le repas, certains schèmes moteurs vont être développés : porter l'aliment à la bouche, le mastiquer, déglutir, ...</p>
<p><b>Composante sociale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>communication, échanges</b> : les repas sont souvent un moment d'échanges. Lorsque l'enfant est nourri par un proche, il y a une interaction entre ces deux personnes. Plus tard, quand l'enfant pourra manger seul, le repas sera partagé avec ses parents ou ses frères et sœurs. Dans les milieux de garde ou à l'école, le repas sera partagé avec ses camarades.</li> </ul>

<p><b>Composante cognitive</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>reconnaissance des instruments et de leurs fonctions</b> : l'enfant devra alors pouvoir reconnaître sa cuillère, sa fourchette, son couteau, et connaître leur fonction et leur utilité.</li> <li>- <b>reconnaissance des aliments</b> : l'enfant pourra apprendre à reconnaître un aliment, quelle que soit sa forme (entier, coupé, ...)</li> <li>- <b>planifier son geste</b> : afin de planifier son geste de prise alimentaire, l'enfant devra élaborer un enchaînement de gestes pour parvenir à son but.</li> </ul>
<p><b>Composante affective</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>plaisir</b> : nous parlions précédemment de la place du plaisir dans le jeu. Certains aliments et certains goûts pourront être appréciés et d'autres non. Le plaisir de manger est une des composantes du repas. Nous pouvons également lier cette notion de plaisir à la composante sociale du repas (communication, échanges).</li> <li>- <b>frustration</b> : le repas peut également être un moment de frustration, c'est à ce moment-là que le repas perd toute forme de plaisir.</li> </ul>

**Tableau 2 : L'analyse de l'activité du repas en tant que jeu.**

### **III. Les Troubles de l'Oralité Alimentaire (TOA)**

#### **A) Les deux oralités**

Selon Catherine Thibault, dans son article « L'oralité positive » publié en 2015, « l'oralité désigne l'ensemble des activités orales, c'est-à-dire réalisées par la bouche. ». Il s'agit de l'alimentation et la communication. Il existe alors l'oralité verbale et l'oralité alimentaire, celle sur laquelle nous allons nous pencher sur cette recherche.

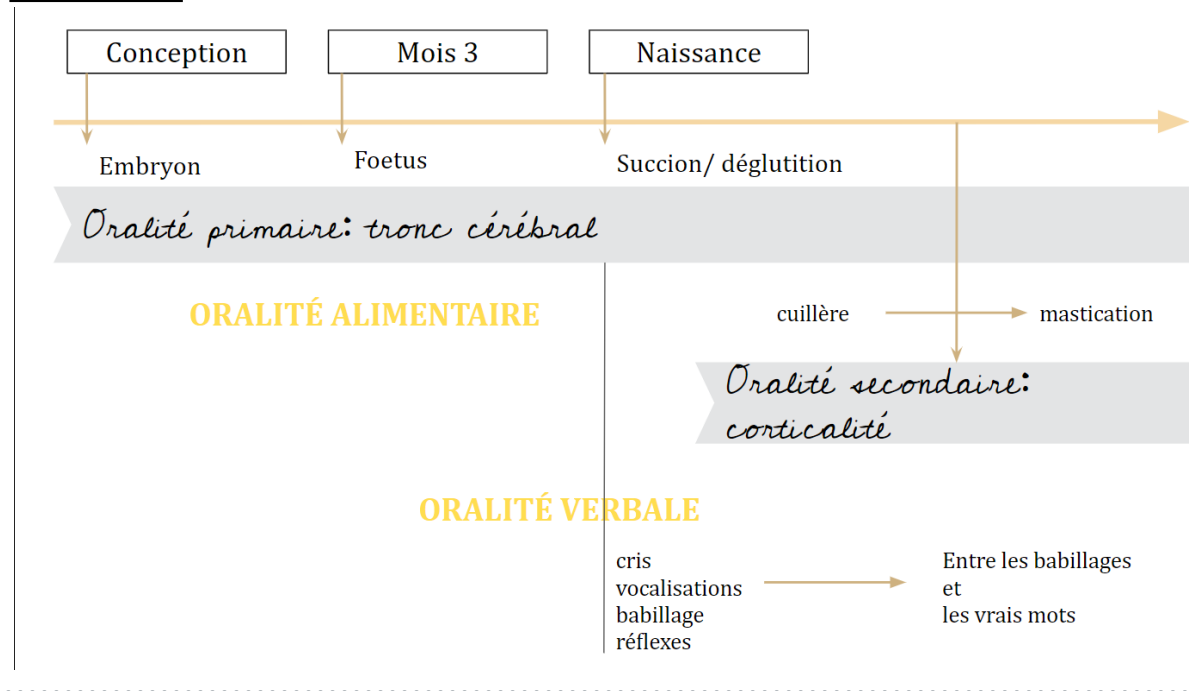
Il y a deux types d'oralité : l'oralité primaire et l'oralité secondaire. Dans ces deux types d'oralité, vont se développer l'oralité verbale et l'oralité alimentaire. L'oralité primaire résulte de réflexes archaïques : cris, succion. L'oralité secondaire résulte d'une évolution : diversification alimentaire, babillage rudimentaire, canonique à mixte.

A sa naissance, le nourrisson possède des réflexes lui permettant de fonctionner dans les premiers temps de vie. Nous pouvons citer l'agrippement réflexe du nourrisson, les cris, la succion, la déglutition. Le centre de commandes de ces réflexes se situe dans le tronc cérébral de l'enfant. L'oralité primaire résulte alors des réflexes archaïques du nourrisson. L'oralité alimentaire primaire est principalement constituée par la succion/déglutition.

Au fur et à mesure de son développement, vers l'âge de 5 mois de vie, les zones commandant l'alimentation ainsi que les « babillages », les « vrais mots » vont apparaître dans le cortex cérébral. Toutes ces actions deviendront alors volontaires. C'est l'oralité secondaire. Dans le cadre de l'oralité alimentaire secondaire, la succion laisse place à la mastication, les mouvements de mâchoire et de langue se complexifient. L'oralité secondaire est une praxie, elle résulte donc d'un apprentissage.

Le rôle de la personne nourricière est essentiel dans le « développement » de cette oralité. Effectivement, lorsque le nourrisson est alimenté par le sein ou le biberon, il connaît un remplissage alimentaire, sensoriel et affectif (Abadie, 2004). Si cette prise alimentaire est faite dans un environnement serein, le nourrisson construit alors ses sphères orale et digestive comme des sphères de plaisir et de découvertes sensorielles.

### En résumé :



**Figure 2 : Schéma les deux oralités (Thibault, 2007)**

## **B) Les Troubles de l'Oralité Alimentaire (TOA)**

Dans l'article « Les enjeux de l'oralité » publié par Thibault en 2012, la dysoralité ou les troubles de l'oralité alimentaire est « l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale »

Ces difficultés d'alimentation peuvent avoir plusieurs origines :

1. une origine **organique ou fonctionnelle** : malformations ou dysfonctionnement du tube digestif, troubles de la motricité des organes liés ou non à des malformations (Thibault, 2012)
2. une origine **psychologique** : les anorexies et boulimie infantiles, la potomanie, le pica, ... (Thibault, 2012)
3. une origine **neurosensorielle** : le syndrome de dysoralité sensorielle décrit par Senez en 2015 dans la 1ère édition de son ouvrage « Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition »

Nous avons évoqué plus haut le développement de l'oralité. Ainsi, dans un environnement favorable, le nourrisson va investir sa sphère orale et sa sphère digestive en sphère de plaisir. Cet investissement positif peut être fortement contraint par les

agressions précoces de la sphère oro-digestive, par exemple les sondes, le reflux gastro-oesophagien, des interventions chirurgicales, ...).

Cette difficulté d'investissement de la sphère oro-digestive est à lier avec l'article de Marie Ruffier-Bourdet et de Véronique Leblanc, « Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel » publié en 2009. Manger fait appel à tous les sens : l'ouïe, le toucher, l'odorat, la vue et bien sûr, le goût. Tous ces sens se développent dès la vie embryonnaire et le fœtus se développe et naît dans une harmonie des sens. Si l'enfant né prématurément ou avec une pathologie, tous deux nécessitant une hospitalisation, la rupture de l'éveil sensoriel se fait : les sens sont agressés par les odeurs, les lumières vives, les bruits de l'hôpital, le lien mère enfant est altéré, la sphère oro-digestive n'a donc pas cet aspect « positif ». C'est dans ce contexte que peut s'installer un trouble de l'oralité.

Ruffier-Bourdet et Leblanc nous donnent alors une piste pour « vaincre ce trouble » ou pour en « minimiser les effets » : l'enfant devra réinvestir son corps et ses sens de manière positive.

Dans cette idée de réinvestir les sensations en passant par les mains, les pieds, la bouche, cet article décrit deux échelles : **l'échelle de l'hyper sensibilité tactile** et celle **d'hypermotilité orale**. Ces échelles comportent cinq stades qui seront décrits dans le tableau ci-dessous. Nous pouvons penser que ce tableau peut être un outil d'évaluation initiale, intermédiaire et finale pour objectiver une évolution de l'enfant.

<b>L'hyper sensibilité tactile</b>	
Stade 0	« l'enfant n'a plus d'appréhension tactile »
Stade 1	« le toucher est possible jusqu'aux matières et textures molles collantes (peinture, compote, purée, yaourts) »
Stade 2	« le toucher du corps, des matières et textures franches, sèches, molles et non collantes est possible. Par contre, persiste une aversion pour les matières/textures collantes au doigt et aériennes »

Stade 3	« le toucher du corps est possible ainsi que celui des matières/textures franches et sèches. Ce qui reste difficile est le toucher des matières molles, non collantes au doigt (pâte à modeler) et des matières gélatineuses (pâtes et riz cuit al dente). Les matières et textures aériennes (coton, plume, farine) restent impossibles à toucher. »
Stade 4	« le toucher du corps est possible ainsi que celui des matières franches. Par contre le toucher des matières/textures sèches (pâtes et riz crus, semoule, légumes et fruits crus non épluchés) est difficile ainsi que celui des matières/textures molles (pâte à modeler, pâtes et riz cuits) et des matières, textures aériennes (plumes, coton, farine) »
Stade 5	« on constate une aversion pour le contact corporel et pour le toucher de tout type de matière. L'enfant évite ou refuse le toucher corporel, il explore peu ou pas les jouets. Une aversion pour le toucher de matières franches (bois, plastique, tissus...) est également observée ainsi que pour les matières/textures molles, aériennes (plumes, coton, pâte à modeler, peinture ; pâtes et riz cuit, fruits et légumes crus, épluchés). Il arrive que le toucher de ces matières et textures entraîne une nausée »

**Tableau 3 : Les cinq stades de l'hypersensitivité tactile (Ruffier-Bourdet & Leblanc, 2009)**

<b>L'hyper sensibilité orale</b>	
Stade 0	« il est possible de solliciter toutes les zones endo et exo-buccales ainsi que les parties postérieures des gencives, de la langue et du palais »
Stade 1	« les massages sont appréciés sur les gencives, les joues, partie antérieure du palais et la pointe de la langue »
Stade 2	« le toucher des zones exo-buccales est possible. De petits massages sur les gencives et les joues en restant en antérieur sont réalisables »
Stade 3	« l'enfant nous laisse toucher les zones exo-buccales (joues, menton, lèvres) mais les zones endo-buccales sont encore défendues »
Stade 4	« il est possible de toucher le menton et les joues mais les autres zones sont défendues »
Stade 5	« l'enfant ne laisse aucun accès au visage, plus il y a de tentatives, plus il met en place des défenses »

**Tableau 4 : Les cinq stades de l'hypersensitivité orale (Ruffier-Bourdet & Leblanc, 2009)**

### **En résumé :**

Les troubles de l'oralité se définissent alors par «l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale, pouvant affecter l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant» ( Thibault, 2012)

Les troubles de l'oralité alimentaire peuvent avoir une origine organique ou fonctionnelle, psychologie ou neuro sensorielle. (Thibault, 2012 et Senez, 2015)

Le troubles de l'oralité alimentaire peuvent également commencer lorsque l'enfant n'a pas pu procurer à sa sphère oro-digestive une connotation positive, à cause d'agressions extérieures ou intérieures (reflux gastro-oesophagien, sondes, lumières trop vives, ...). (Ruffier-Bourdet & Leblanc, 2009)

## **C) L'impact des TOA sur le déroulé des repas**

Durant notre enquête exploratoire, nous avons décidé d'interroger les parents d'enfants ayant des TOA. Pour se faire, nous avons diffusé **un questionnaire sur les réseaux sociaux** à destination des parents d'enfants ayant des TOA (voir annexe 1 p. 56). Nous avons pu récolter plus de soixantes réponses, nous permettant d'avoir une vue large sur le profil de leur enfant, sur leur accompagnement de leur enfant ainsi que sur leurs ressentis en tant que parent..

Voici quelques réponses à la question « Quels sont vos ressentis par rapport aux difficultés de votre enfant ?»

- « compliqué... ça été dur et long de se faire entendre par un professionnel, pourtant on a vu des médecins généralistes, psys, et toutes sortes de dentistes , orthodontiste qui n'ont rien décelé. On nous disait qu'on était laxistes.»
- « Je suis perdue sur l'évolution de mon enfant. Sur l'avenir. Parfois je trouve que tout va bien. Et parfois je constate un souci qui me paraît trop important pour n'être " rien" qu' un petit retard. »
- « Ça complique la tâche au quotidien : il faut réfléchir et réussir à varier. Mais on la laisse aller à son rythme, elle a déjà beaucoup évolué. »



- « C'est un cauchemar. On passe des heures à la nourrir. Elle mange comme un robot, on l'entretient pour qu'elle ouvre la bouche. »
- « 1 jour il mange puis plus rien pendant une semaine, c'est très déstabilisant. On se sent vite seul face à ce problème. »
- Beaucoup d'inquiétude quant à sa capacité à récupérer, très fière des beaux efforts de mon fils»
- « Nous faisons avec et surtout nous faisons tout notre possible pour qu'il soit accepté partout. »
- « Mon enfant a une gastrostomie s' alimenter ne l'intéresse pas je désespère »
- « Impuissante face à ses refus incompréhension parfois »
- « Impuissance...mais chaque bouchée est une victoire. »

Nous pouvons retenir dans ces réponses les sentiments **d'impuissance, d'inquiétude, de désespoir**. Certains parents sont **perdus**, d'autres plutôt **optimistes**.

**En résumé :**

Les troubles de l'oralité alimentaire définissent toutes les difficultés que peut avoir un enfant à s'alimenter par la bouche. Ses difficultés impactent, entre autres, le bien être du parent et le bon déroulé des repas. Les parents se sentent démunis face aux difficultés de leur enfant, ils ne se sentent plus efficaces. Nous allons donc étudier le sentiment d'efficacité parentale.

## **IV. Le Sentiment d'Efficacité Parentale (SEPa)**

Bandura, en 1977, en développant le sentiment d'efficacité personnelle (SEP), introduit le sentiment d'efficacité parentale (ou sentiment de compétence parentale). Ce sentiment d'efficacité personnelle dans le cadre de la parentalité, se nomme alors le sentiment d'efficacité parentale (SEPa).

### **A) Le Sentiment d'Efficacité Personnelle (SEP)**

Le SEP est défini par Bandura en tant que « *beliefs one holds in one's capabilities to organize and execute the courses of actions required to produce given attainments* »<sup>2</sup>. Ce sentiment, relevant alors de la perception, est subjectif. Bandura va identifier les 4 sources principales d'informations qui permettent à l'individu de construire son sentiment d'efficacité personnelle :

- **la maîtrise personnelle** : les informations en ce qui concerne nos capacités et limites personnelles
- **les expériences vicariantes** : les informations récupérées lorsque l'on observe quelqu'un
- **la persuasion par autrui** : les informations récoltées lors des retours et remarques sur nos actions
- **l'état physiologique et émotionnel** : qui impacte fortement l'efficacité.

### **B) La compétence parentale et le SEPa**

Dans l'ouvrage «Visages multiples de la parentalité», Parent, Drapeau, & Brousseau (2008) évoquent 7 critères d'évaluation de la compétence parentale :

1. l'amour porté aux enfants,
2. la capacité d'inculquer discipline et limites,
3. la cohérence des pratiques éducatives,
4. la capacité de tirer profit de ses erreurs,
5. la qualité de la communication avec l'enfant,
6. le temps passé avec l'enfant,
7. le réalisme quant aux tâches et objectifs demandés

---

<sup>2</sup> (les croyances qu'a une personne en ce qui concerne ses capacités à organiser et exécuter des tâches nécessaires pour atteindre un but donné - traduction personnelle)

C'est alors, avec pour base ces critères d'évaluation, que va se développer le SEPa.

Ainsi, en reprenant, la définition de Bandura sur le sentiment d'efficacité personnelle, qui traite de la **perception** de la personne en ses capacités, les quatre sources d'information du SEP vont alors venir influencer la perception qu'a le parent sur ses capacités à remplir les critères d'évaluation de la compétence parentale.

## **V. L'ergothérapie, les TOA et le SEPa**

### **A) L'ergothérapie et l'activité de repas**

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute est un professionnel de santé « spécialiste du rapport entre l'activité et la santé ». Aussi, de par ses compétences, il occupe une place indéniable dans la promotion de la santé<sup>3</sup>.

Concernant l'ergothérapie et les TOA, il existe peu de documentation ou de références scientifiques expliquant le lien entre ces deux domaines. Cependant, début 2021 l'ANFE a publié une plaquette d'information<sup>4</sup> « Les effets bénéfiques de l'ergothérapie dans l'alimentation de l'enfant dysphagique ». Dans cet écrit, l'ANFE établit l'importance du rôle de l'ergothérapeute auprès des enfants ayant des TOA : le repas étant « une activité humaine, signifiante et indispensable à la vie » (ANFE, 2021), l'ergothérapeute va agir au niveau fonctionnel (moteur), sensoriel (vue, odorat, toucher<sup>5</sup>) et de l'installation de l'enfant (posture, ustensiles) favorisant l'alimentation de l'enfant. Il nous semble important de rappeler que les composantes motrices et sensorielles sont des composantes intégrantes du jeu (Ferland, 2003). Cela nous permet d'appuyer davantage le lien entre le repas et le jeu.

---

<sup>3</sup>Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, annexe II Référentiel des compétences [http://www.adere-paris.fr/PDF/annexe\\_II.pdf](http://www.adere-paris.fr/PDF/annexe_II.pdf)

<sup>4</sup> ANFE. (2021, janvier). *Les effets bénéfiques de l'ergothérapie dans l'alimentation de l'enfant dysphagique* [PLAQUETTE ALIM \(anfe.fr\)](http://www.adere-paris.fr/PDF/annexe_II.pdf)

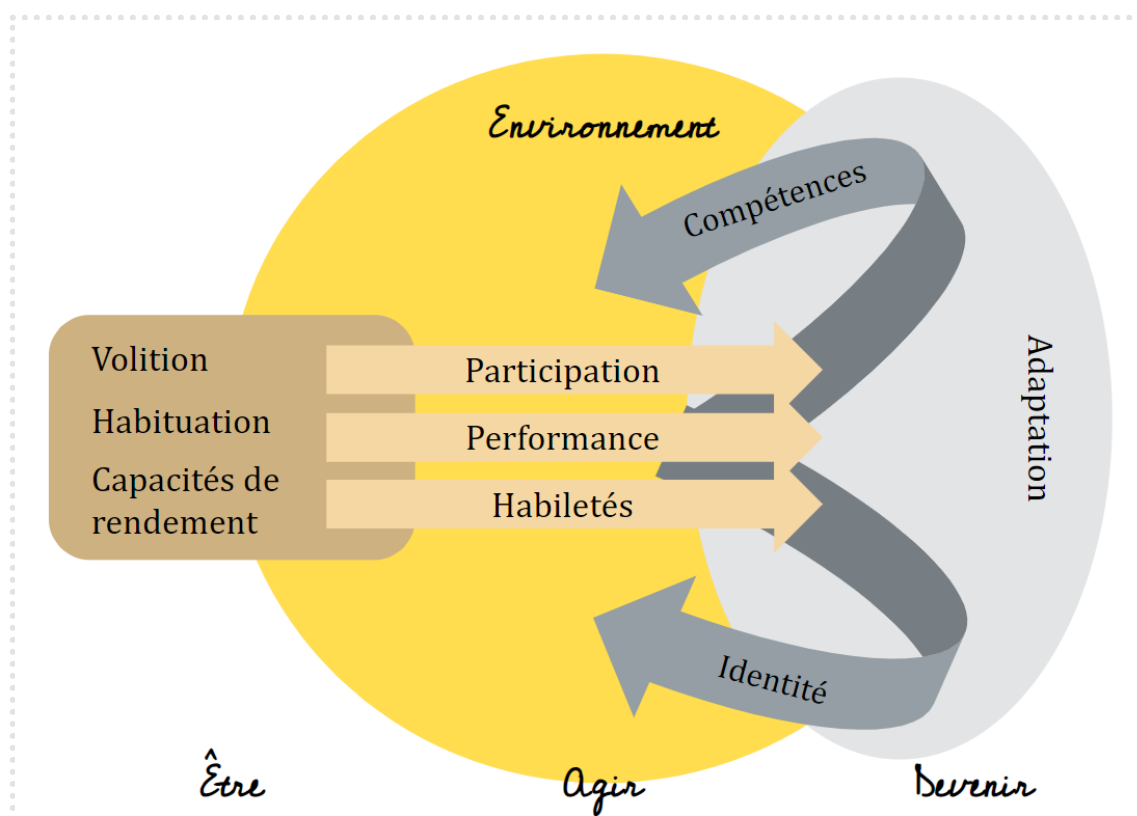
<sup>5</sup> Cela peut être lié aux enfants ayant des hypo ou hyper sensibilités sensorielles.

## B) Présentation du Modèle de l'Occupation Humaine de Gary Kielhofner

Dans cette étude, nous utiliserons le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).

Ce modèle a été développé par Gary Kielhofner en 1985 et a subi plusieurs modifications pendant son histoire. La dernière version de ce modèle date de 2017.

Le MOH décrit les quatre dimensions de l'occupation : l'être, l'agir, le devenir et l'environnement. Le MOH explique la motivation des individus dans leur performance occupationnelle ainsi que la reproduction de cette performance, faisant de cette occupation, une habitude. Il y a alors dans le MOH cette notion d'apprentissage vers une habitude.



**Figure 3 : Traduction du modèle de l'Occupation Humaine de Kielhofner (2008)**

Afin d'analyser ce modèle nous allons utiliser le livre de Taylor, publié en 2017 «Kielhofner's Model of Human Occupation : Theory and Application». Dans cet ouvrage, Taylor explique les différentes dimensions du modèle :

- **l'être** qui caractérise la personne dans sa globalité. L'être est divisé en trois composantes :

- **Volition**

- La volition correspond aux sentiments et à la perception qu'a une personne par rapport à ce qu'elle fait, ses expériences passées et ses expériences futures. Cette perception et ces sentiments viennent répondre aux questions personnelles «*Am I good at this? Is this worth doing? Do I like this?*»<sup>6</sup> Aussi, une des dimensions de la volition est l'efficacité personnelle.

- **Habitude**

- L'habitude définit le comportement de la personne en fonction de ses habitudes et de ses rôles sociaux.

- **Capacités de performance**

- Les capacités de performance correspondent aux capacités de la personne à effectuer une activité.

- **l'environnement** : pour Kielhofner, l'environnement va être une source de contraintes et de ressources.

Ce dernier va agir en interdépendance avec les trois dimensions de l'être. L'environnement va agir sur la volition, l'habitude et la capacité de rendement et ces trois dimensions vont et peuvent agir sur l'environnement.

« Elles<sup>7</sup> créent la dynamique favorable à l'émergence de nos pensées, de nos émotions et de nos comportements. [...] Ce que la personne pense, ressent et réalise provient de la résultante de cette synergie. » (Taylor, 2017)

- **l'agir** qui caractérise ses actions, ses occupations. L'agir se mesure grâce à une échelle décroissante composée de :

---

<sup>6</sup> (Est-ce que j'arrive à le faire? Est-ce que ça vaut le coup de le faire? Est-ce que j'aime le faire? - traduction personnelle)

<sup>7</sup> les composantes de volition, d'habitude, de capacités de performance et d'environnement

- **La participation occupationnelle**

Cette participation renvoie à l'engagement que peut avoir une personne dans ses activités.

- **La performance occupationnelle**

La performance résulte des séquences d'action ayant un but, venant soutenir la participation. Cette performance est étroitement liée à l'habituatation, « la performance se situe souvent dans notre routine » (Taylor, 2017)

- **Les habiletés occupationnelles**

Les habiletés sont les actions ayant un but fixé par la personne qui accomplit l'activité. Elles résultent de l'interaction entre la volition, l'habituatation et la capacité de rendement.

En résumé, les habiletés occupationnelles sont les actions ayant un but, la performance occupationnelle est l'ensemble de ses actions ayant un but. Cet ensemble d'actions ayant un but ont une importance pour la personne. Cela permet son engagement dans l'activité et donc une participation occupationnelle.

- Le *devenir* est la conséquence de l'agir, l'individu développe de nouvelles compétences, une identité et une adaptation occupationnelle.

- **La compétence occupationnelle**

Cela correspond à la capacité de la personne à accomplir des activités de façon efficace et satisfaisante en accord avec son identité.

- **L'identité occupationnelle**

L'identité occupationnelle relève de la façon dont l'individu perçoit ses capacités, ses intérêts, son efficacité personnelle, ...

- **L'adaptation occupationnelle**

L'adaptation occupationnelle correspond à la construction de son identité occupationnelle en utilisant ses compétences occupationnelles. Cette adaptation occupationnelle résulte de l'interaction de l'être et de l'environnement.

### En résumé :

Dans le Modèle de l'Occupation Humaine, l'« être » va donc « agir » pour « devenir ». Ce modèle illustre un processus de changement dans le domaine des occupations d'une personne. Plusieurs dimensions en interdépendance vont pouvoir être modifiées, ajustées ou renforcées pour favoriser une compétence et une identité occupationnelles satisfaisantes par le biais d'une adaptation occupationnelle.

## **C) Le Modèle de l'Occupation Humaine et le Sentiment d'Efficacité Parentale**

Selon Bandura en 1997, le SEP correspond à « *beliefs one holds in one's capabilities to organize and execute the courses of actions required to produce given attainments* »<sup>8</sup>. Ainsi, nous retrouvons dans cette définition l'aspect de perception et de croyance en sa propre efficacité.

D'après notre analyse précédente du MOH, certaines dimensions de ce modèle peuvent se lier au sentiment d'efficacité personnelle comme la volition ainsi que les compétence et identité occupationnelles.

Rappelons les définitions de chacun de ces éléments :

- **volition** : sentiments et perceptions d'une personne par rapport à ce qu'elle fait, a fait ou fera.
- **identité occupationnelle** : façon dont l'individu perçoit ses capacités, son efficacité, ...
- **compétence occupationnelle** : capacités de la personne à accomplir ses activités de façon satisfaisante.

Dans le cadre de la parentalité, le sentiment d'efficacité personnelle se nomme le sentiment d'efficacité parentale. Ce dernier correspond alors aux croyances de la personne sur ses capacités, ce dernier peut s'apparenter à une volition « parentale » et

---

<sup>8</sup> (les croyances qu'a une personne en ce qui concerne ses capacités à organiser et exécuter des tâches nécessaires pour atteindre un but donné – traduction personnelle)

une identité occupationnelle «parentale». Le SEPa influençant fortement la compétence parentale<sup>9</sup>, nous pouvons alors dire que le SEPa peut influencer la compétence occupationnelle d'un parent.

Ainsi, au regard du MOH et dans le champ de l'ergothérapie, nous pouvons établir une définition suivante du sentiment d'efficacité parentale : **résultant de la volition et de l'identité occupationnelle, le sentiment d'efficacité parentale permet le développement d'une compétence occupationnelle satisfaisante pour le parent.**

Par conséquent, pour qu'un parent puisse développer une compétence occupationnelle satisfaisante, il semblerait pertinent de renforcer le sentiment d'efficacité parentale.

## **VI. Problématisation**

Dans le développement de l'enfant, Caillois, Ferland, Klein ou encore Winnicott, nous ont montré que le jeu était une source importante d'apprentissage et de plaisir. Nous avons également vu que le repas était pour les enfants atteints de TOA, un moment de déplaisir. Ce moment de déplaisir impacte le sentiment d'efficacité parentale des parents (Bandura, 1997). En regard des réponses au questionnaire que nous avons eu, nous avons pu relever un sentiment général d'impuissance auprès des parents. Il en découle la problématique suivante:

**Comment l'ergothérapeute, dans l'accompagnement d'un enfant ayant des troubles de l'oralité alimentaire, peut-il renforcer le sentiment d'efficacité parentale lors du repas?**

Nous pensons qu'une participation active du parent et une intégration dans l'accompagnement lui permettra d'être davantage outillé face aux difficultés de son enfant et ainsi augmenter son SEPa. Aussi, suite à notre revue de littérature, nous avons vu que le jeu était une source de plaisir et d'apprentissage. Ainsi, par le jeu l'enfant pourrait prendre du plaisir à se nourrir et apprendre à accepter de nouvelles textures et de nouveaux goûts.

---

<sup>9</sup> cf IV. B) du cadre théorique p. 20



Pour tenter de répondre à cette question, nous pouvons établir deux hypothèses :

- Favoriser une participation active du parent dans l'accompagnement de son enfant permettrait de renforcer le SEPa du ou des parent(s) lors des repas.
- Conférer un aspect ludique au repas permettrait de renforcer le SEPa du ou des parent(s).

Afin de répondre à notre problématique, des enquêtes auprès des professionnels et des parents nous permettront de mesurer l'impact de la participation active et l'aspect ludique conféré au repas sur le sentiment d'efficacité parentale du ou des parents d'enfant ayant des troubles de l'oralité alimentaire.

## Méthodologie

Pour rappel, voici notre question de recherche « **Comment l'ergothérapeute, dans l'accompagnement d'un enfant ayant des troubles de l'oralité alimentaire, peut-il renforcer le sentiment d'efficacité parentale lors du repas?** »

Nous avons donc établi deux hypothèses :

- Favoriser une participation active du parent dans l'accompagnement de son enfant permettrait d'augmenter le SEPa du ou des parent(s) lors des repas.
- Conférer un aspect ludique au repas permettrait d'augmenter le SEPa du ou des parent(s).

### **I. Objectifs de l'enquête**

Dans notre enquête, nous identifierons les champs d'action de l'ergothérapeute dans l'augmentation du SEPa des parents ayant des enfants avec des TOA. Ainsi, nous avons établi deux objectifs :

- identifier les techniques et moyens de l'ergothérapeute dans l'intégration du ou des parent(s) dans l'accompagnement de leur enfant afin de favoriser une participation active. Puis, nous lierons **l'impact de l'intégration des parents sur leur SEPa.**

- identifier l'existence d'un **lien entre l'aspect ludique du repas et un renforcement du SEPa.**

## **II. Choix de la population**

Dans le cadre de notre étude, nous nous questionnons sur les moyens et techniques mis en place par les professionnels, ainsi que l'impact sur le SEPa. Il nous semble alors pertinent d'interroger des professionnels formés aux TOA ainsi que des parents d'enfant ayant des TOA.

D'une part, nous décidons d'interroger **des ergothérapeutes formés aux TOA.** En raison de leur petit nombre à **La Réunion**, nous décidons d'étendre notre recherche aux ergothérapeutes formés de **France métropolitaine.** Les informations ainsi recueillies pourront nourrir notre recueil de données avec des expériences ergothérapeutiques de terrains.

Comme il nous semble plus pertinent de recueillir des informations dans le contexte réunionnais, nous décidons d'interroger également **des orthophonistes formés aux TOA** exerçant à La Réunion. Effectivement, selon notre enquête exploratoire, les orthophonistes font partie des principaux professionnels de santé à accompagner les enfants ayant des TOA.

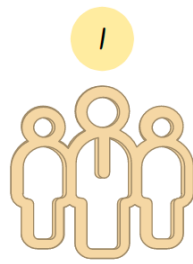
Les professionnels interrogés doivent accompagner **des enfants entre 0 et 6 ans** ayant des TOA.

Nous envisageons d'interroger plus d'ergothérapeutes que d'orthophonistes : nous prévoyons de nous entretenir avec deux ergothérapeutes et un orthophoniste formés à l'accompagnement des TOA.

Ensuite, afin de recueillir des données sur le SEPa, il nous semble indispensable de nous entretenir avec des parents. Nous décidons donc d'interroger les **parents d'enfants entre 0 et 6 ans ayant des TOA. à La Réunion et en France métropolitaine.** Ces parents et enfants doivent **bénéficier d'un suivi professionnel** pour les TOA. Le fait que ces enfants soient suivis par un professionnel participant à notre recherche ne constitue pas un critère essentiel d'inclusion.

Afin d'équilibrer nos deux populations, nous décidons d'interroger trois parents.

## En résumé :



*Population*

Ergothérapeutes, orthophonistes

*Critères d'inclusion*

- Exerçant à La Réunion ou France métropolitaine
- Formés aux TOA
- Accompagnant des enfants entre 0 et 6 ans ayant un TOA



*Population*

Parents d'enfant ayant des TOA

*Critères d'inclusion*

- Parent(s) d'un enfant âgé entre 0 et 6 ans
- Habitant à La Réunion ou en France métropolitaine
- Étant suivi par un professionnel de santé formé aux TOA

**Figure 4 : Schéma récapitulatif des populations de l'étude**

### **III. Choix de l'outil**

Il existe trois types d'entretiens (De Ketele et Roegiers, 1996 cité par Imbert, 2010) : les entretiens directif, semi-directif ou non directif. Dans le cadre de notre étude, nous envisageons de recueillir des informations sur la pratique des professionnels et sur le ressenti des parents. Alors, pour permettre une liberté d'expression dans les ressentis et pour permettre à la personne d'aborder les sujets qu'elle souhaite, tout en restant dans le thème de notre recherche, nous avons choisi d'effectuer des **entretiens semi-directifs**. (Van Campenhout et Quivy, 2011). Il nous paraît alors nécessaire d'élaborer une trame pour ces entretiens. (annexes 2 et 3 p. 60 à 67).

Les entretiens se feront en face à face ou par téléphone, selon la préférence et les disponibilités des personnes. Ils seront anonymes. Nous comparerons les idées, les

ressentis et lierons ces derniers à notre cadre théorique afin de répondre à notre problématique et valider ou non nos hypothèses.

## **A) Les entretiens auprès des professionnels**

Pour commencer, nous décidons de rechercher les ergothérapeutes et orthophonistes formés à l'accompagnement des TOA sur internet. Ensuite, nous les contacterons par mail afin de leur expliquer notre recherche et le but de notre entretien. (voir mail type envoyé en annexe 4 p. 68)

Afin de mener au mieux les entretiens avec les professionnels, nous avons créé une grille d'entretien composée de différents pôles de questionnement :

- **la formation TOA du professionnel** : avoir des données sur la formation suivie, les grands concepts et fondement de l'accompagnement d'enfants ayant des TOA
- **le profil des enfants** : identifier la tranche d'âge concernée, les difficultés récurrentes, les causes des TOA.
- **L'intégration du ou des parents par le professionnel dans l'accompagnement** : connaître la place donnée au parent par le professionnel ainsi que des techniques et moyens permettant une participation active du ou des parent(s).
- **le jeu dans la pratique** : identifier la place du jeu dans l'accompagnement, connaître l'avis du professionnel sur le lien entre l'aspect ludique et le bon déroulé du repas.

## **B) Les entretiens auprès des parents**

Pour le recrutement de notre population, nous décidons d'approcher les parents par le biais des réseaux sociaux. Nous posterons un message sur un groupe de parents d'enfants ayant des troubles de l'oralité (voir annexe 5 p 69). Cela nous permettra de ne pas être intrusif auprès de ceux-ci, car ces derniers semblent déjà s'intéresser à la problématique des TOA. Ainsi, ce type de recrutement fonde nos entretiens sur le volontariat des parents.

Comme pour les entretiens avec les professionnels, nous avons créé une grille d'entretien à destination des parents. Lors de cet entretien, différents thèmes seront abordés :

- **une présentation de l'enfant** : connaître l'âge de l'enfant, les textures et goûts tolérés afin de faire un lien avec les recommandations en termes de diversification alimentaire et apports nutritifs.
- **la participation active ou non du ou des parent(s) lors du repas** : avoir le vécu du ou des parent(s) en ce qui concerne leur participation active lors du repas.
- **l'utilisation du jeu pendant le repas** : avoir des informations concernant l'utilisation ou non du jeu pendant le repas ainsi que son effet sur son déroulé.
- **le SEPa** : récupérer des informations sur le SEPa et ses 4 composantes : compétences personnelles, expériences vicariantes, persuasion par autrui, état physiologique et émotionnel.

#### **IV. Méthode d'analyse**

Les analyses des différents entretiens se feront de la façon suivante : retranscription des données suivie d'une analyse qualitative de ces dernières. Les analyses se feront par comparaison des différents entretiens dans une même population. Aussi, nous viendrons confronter les techniques mises en place par les professionnels et parents (incluant ou non l'aspect ludique) et le SEPa résultant dans la population des parents.

Pour chaque pôle de questionnement, nous prévoyons d'effectuer une **analyse thématique** :

- **la formation TOA du professionnel** : comparer et faire ressortir les données les plus fréquentes. Cela nous permettra par la suite d'établir les principaux concepts des formations aux TOA.
- **le profil des enfants** : pouvoir faire ressortir les difficultés principales des enfants ayant des TOA.
- **L'intégration du ou des parents par le professionnel dans l'accompagnement et le jeu dans la pratique** : identifier les différentes techniques utilisées par les professionnels et les parents.
- **le SEPa** : identifier les différents éléments venant impacter les composantes du SEPa (compétences personnelles, expériences vicariantes, persuasion par autrui,

état physiologique et émotionnel) lors du repas.

## V. Loi Jardé

La loi Jardé<sup>10</sup> du 05 mars 2012 est relative aux recherches impliquant la personne humaine. Dans notre recherche non interventionnelle, nous prévoyons de faire des entretiens, cela ne semble pas être limité par cette loi.

## Résultats

### I. Entretiens auprès des professionnels

#### A) Présentation des professionnels interrogés

Afin de répondre à notre question de recherche, nous nous sommes entretenus avec des professionnelles de santé formées aux TOA<sup>11</sup> :



*Alexandra, orthophoniste en libéral*  
spécialisée dans les troubles de l'oralité alimentaire, exerce à La Réunion, accompagne des enfants entre 0 et 6 ans ayant des TOA



*Lætitia, ergothérapeute en libéral*  
spécialisée dans les troubles de l'oralité alimentaire, exerce en France métropolitaine, accompagne des enfants entre 0 et 6 ans ayant des TOA



*Éléonore, ergothérapeute en structure (CAMSP<sup>12</sup>)*  
spécialisée dans les troubles de l'oralité alimentaire, exerce à La Réunion, accompagne des enfants entre 0 et 6 ans ayant des TOA

---

<sup>10</sup> LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1) - Légifrance. (2012, 5 mars). Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000025441587>

<sup>11</sup> Afin de garantir l'anonymat des entretiens, les prénoms indiqués sont des prénoms d'emprunt.

<sup>12</sup> Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

## B) Analyse des entretiens menés auprès des professionnels

Nous avons effectué **une analyse transversale** des entretiens professionnels. Pour cette analyse, nous avons donc relevé les similitudes et différences entre les différentes professionnelles interrogées. La retranscription de l'entretien d'Alexandra se trouve en annexe 6 à la page 70<sup>13</sup>.

<b>Formations</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Formation Catherine SENEZ : l'approche de Catherine SENEZ vise à une désensibilisation de la sphère oro-faciale par le biais de massages. Alexandra et Eléonore nuancent car la méthode leur paraît intrusive : commencer par les mains ou les pieds et autre sens (vue, odorat) puis finir par la bouche</li><li>- Formations complémentaires concernant : l'allaitement, l'intégration sensorielle, le placement oral, ...</li></ul>
<b>Public</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- De 0 à 6 ans voire jusqu'à 12 ans</li><li>- Le profil des enfants : bébé prématurés, ayant des reflux gastro-oesophagiens, porteur de fente palatine, troubles neurodéveloppementaux, ...</li><li>- Les difficultés rencontrées par les enfants : prise de biberon/ sein, difficultés dans la diversification alimentaire (nouvelles textures, goûts), carence alimentaire voire dénutrition.</li></ul>
<b>Intégration des parents dans l'accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Le parent occupe une <b>place majeure</b> dans la pratique des trois professionnelles interrogées. Pour Alexandra et Laetitia, les parents sont présents pendant les séances. Eléonore effectue des suivis téléphoniques réguliers avec les parents.</li><li>- Aussi, Alexandra nous dit prendre le temps d'expliquer les TOA aux parents.</li></ul>

<sup>13</sup> Les retranscriptions des autres entretiens sont disponibles à la demande par mail : [eugenie.annette@hotmail.fr](mailto:eugenie.annette@hotmail.fr)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmissions d'activités à faire (exercices, jeux, massages) à domicile. Laetitia nous parle de <b>guidance parentale</b> : « pour donner aux parents les bonnes habitudes, les bons outils, la bonne installation, la mise en place d'un environnement qui va être favorisant»</li> <li>- Importance du retour d'information par les parents : filmer les repas à la maison, observer les signes de salivation,...</li> </ul>
<p><b>Le jeu dans la pratique</b></p>	<p><b>Utilisation du jeu dans le repas :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alexandra : utilisation de verres, d'assiettes, d'ustensiles ludiques. Stratégie de la double cuillère<sup>14</sup>, utilisation du time-timer<sup>15</sup> pour dynamiser le repas. Faire des formes avec la nourriture. Manger avec les mains. Participer à la préparation du repas, choisir les repas, observer la transformation des aliments, ...</li> <li>- Laetitia : utilisation de renforçateur (jeu, temps d'écran ou aliment "copain"<sup>16</sup>). Mise en place d'une exploration alimentaire avec les différents sens (goût, toucher, vue, ...). Utilisation de la méthode SOS approach to feeding<sup>17</sup>, (programme clinique reconnu à l'international)</li> <li>- Eléonore : aspect ludique et les jeux sont utilisés pour la désensibilisation corporelle : balles à picot, pelouse synthétique, grains (lentilles, pois du cap)</li> </ul> <p><b>L'impact du jeu sur le repas :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour Alexandra, le bon impact du jeu sur le repas est à nuancer : cela dépend des profils des enfants. S'il n'y a pas de plaisir à s'alimenter, le jeu peut être une source de plaisir pour l'enfant lors du repas. Cependant, il ne faut</li> </ul>

<sup>14</sup> «L'enfant a sa cuillère et le parent aussi» (cf entretien Alexandra)

<sup>15</sup> Minuteur visuel

<sup>16</sup> Aliment accepté et apprécié par l'enfant

<sup>17</sup>Source: *SOS Approach to Feeding | Feeding Disorders in Children*. (2020, 27 septembre). SOS Approach to Feeding. <https://sosapproachtofeeding.com/>



	<p>pas que l'enfant se sente obligé de manger, ce qui pourrait créer un blocage.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour Laetitia, le jeu peut agir en tant que renforçateur. Cependant, ce dernier ne doit pas être une distraction et il ne doit pas devenir indispensable à la prise alimentaire de l'enfant : il faut que « ce jeu [soit] accompagné d'un sevrage».</li> <li>- Eléonore ne se prononce pas sur l'impact du jeu sur le repas. «je ne peux pas répondre à cette question car je n'ai jamais fait»</li> </ul>
--	--

**Tableau 5 : Analyse des entretiens auprès des professionnels formés aux TOA**

## **II. Entretiens auprès des parents**

### **A) Présentation des parents interrogés**

Afin de répondre à notre question de recherche, nous nous sommes également entretenus avec des parents d'enfants ayant des TOA<sup>18</sup> :



*Louise, maman de L, 4ans*

Réside en France métropolitaine

L est suivi par une orthophoniste.

Actuellement, il se nourrit per os

Aliments «copains» : «kiri goûter, de la banane, des compotes, de la pizza, une seule sorte de pizza»



*Geneviève, maman de A, 20 mois*

Réside à La Réunion

A est suivie par une équipe pluridisciplinaire composée d'une orthophoniste, d'une psychomotricienne et d'une gastropédiatre

A se nourrit par gastrostomie

Aliments «copains» : «les petits suisses, petits filous, la compote, depuis très peu»

<sup>18</sup> Afin de garantir l'anonymat des entretiens, les prénoms indiqués sont des prénoms d'emprunt.

## B) Analyse des entretiens menés auprès des parents

Nous avons effectué **une analyse transversale** des entretiens auprès des parents. Pour cette analyse, nous avons donc relevé les similitudes et différences entre les différents parents interrogés.

<b>Participation active des parents</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Louise : elle assiste à toutes les séances d'orthophonie. L'orthophoniste lui a expliqué les difficultés de son fils. Elle lui communique des activités à mettre en place à domicile : jeu pendant le repas, participation de L à la préparation du repas...</li><li>- Geneviève : elle a pu être accompagnée par les professionnels de santé à mieux comprendre les TOA et les difficultés de sa fille. A la maison, Geneviève effectue des massages de la sphère oro-faciale, des jeux avec A et prépare les repas avec sa fille. Grâce aux conseils des professionnels, elle a appris à observer des signes de faim chez sa fille (ex : salivation).</li></ul>
<b>Le jeu et le repas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Louise et Geneviève : l'aspect ludique se fait par la manipulation des aliments : croquer, «faire des bisous», «se maquiller avec», faire des bulles avec une paille, faire des formes, des bonhommes, ...</li><li>- Louise : utilisation d'ustensile ludique : «l'assiette de jeu<sup>19</sup>», Organisation du repas sous forme de jeu : Louise, joue avec son conjoint et son fils lors d'un temps qu'ils appellent «l'apéro» : chaque compartiment de l'assiette de jeu contient 3 morceaux d'aliments. Le but est d'arriver à la fin du parcours. Pour avancer de compartiment en compartiment, chacun doit manger</li></ul>

<sup>19</sup> voir annexe 7 p. 77

	<p>l'aliment qui y est placé. A la fin du parcours L est récompensé par un aliment «copain».</p> <p><b>Les résultats observés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour Louise, l'organisation sous forme de jeu rend la prise de repas plus facile pour L.</li> <li>- Pour Geneviève, A ne parvenant pas à avaler, les temps de repas à table sont essentiellement des jeux sans intérêt nutritionnel.</li> </ul>
<p><b>le SEPa</b></p>	<p><b>Capacités personnelles :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Louise et Geneviève se sont toutes les deux beaucoup informées sur les TOA, elles sont satisfaites de leurs connaissances.</li> </ul> <p><b>Expériences vicariantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En observant l'orthophoniste faire pendant les séances, Louise apprend des techniques et des façons de faire.</li> </ul> <p><b>Persuasion par autrui :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Louise et Geneviève font toutes les deux face à l'incompréhension de certains membres de leur entourage. Elles disent avoir pris du recul face aux remarques négatives de leur entourage.</li> <li>- Elles sont également entourées par des personnes qui comprennent les TOA et les difficultés de leurs enfants.</li> </ul>

	<p><b>État émotionnel et physiologique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avant l'accompagnement avec des professionnels formés aux TOA, Louise et Geneviève se rejoignent sur les sentiment de stress, culpabilité et frustration pendant le repas</li> <li>- Pendant l'accompagnement avec des professionnels formés aux TOA : en comprenant les difficultés de leurs enfants, elles ont appris à «lâcher prise»</li> </ul>
--	---

**Tableau 6 : Analyse des entretiens auprès des parents d'enfant ayant des TOA**

### **III. Analyse des entretiens au regard de notre question de recherche**

Pour rappel, voici notre question de recherche :

**Comment l'ergothérapeute, dans l'accompagnement d'un enfant ayant des troubles de l'oralité alimentaire, peut-il renforcer le sentiment d'efficacité parentale lors du repas?**

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons établi deux hypothèses :

1. Favoriser **une participation active** du parent dans l'accompagnement de son enfant permettrait de renforcer le SEPa du ou des parent(s) lors des repas.
2. **Conférer un aspect ludique au repas** permettrait de renforcer le SEPa du ou des parent(s).

#### **A) La participation active des parents**

Les résultats des entretiens menés auprès des professionnels soulignent **la place importante donnée au parent** dans l'accompagnement de leur enfant. La majorité du travail se fait à domicile, avant et pendant les temps de repas.

Alexandra et Laetitia **accueillent les parents** pendant les séances. Eléonore exerçant en structure, **effectue des entretiens téléphoniques réguliers** avec les parents afin de recueillir des informations sur le déroulé des repas et les éventuelles avancées de l'enfant.

Du point de vue des parents, **la participation de ces derniers pendant les séances** ou la **transmission d'activités** à faire à domicile leur permettent de mieux comprendre les difficultés de leur enfant. Selon Louise et Geneviève, cela permet de «**lâcher prise**» lors des temps de repas et d'éviter les sentiment de stress, frustration et culpabilité.

En liant les informations recueillies auprès des professionnels et des parents interrogés, Alexandra, Laetitia et Eléonore **attachent une importance** à expliquer les TOA et les difficultés de l'enfant, de transmettre des informations, de **rendre le parent acteur de l'accompagnement** (video, recueil de données, observations pendant le repas, mise en place d'activités à domicile). Le parent acquiert alors des connaissances, des techniques concernant les TOA. **Il subit moins les difficultés** de son enfant et parvient à l'accompagner de façon plus sereine lors des repas.

Concernant le SEPa, cette participation active des parents permet une amélioration des **capacités personnelles** et de **l'état physiologique et émotionnel**<sup>20</sup>.

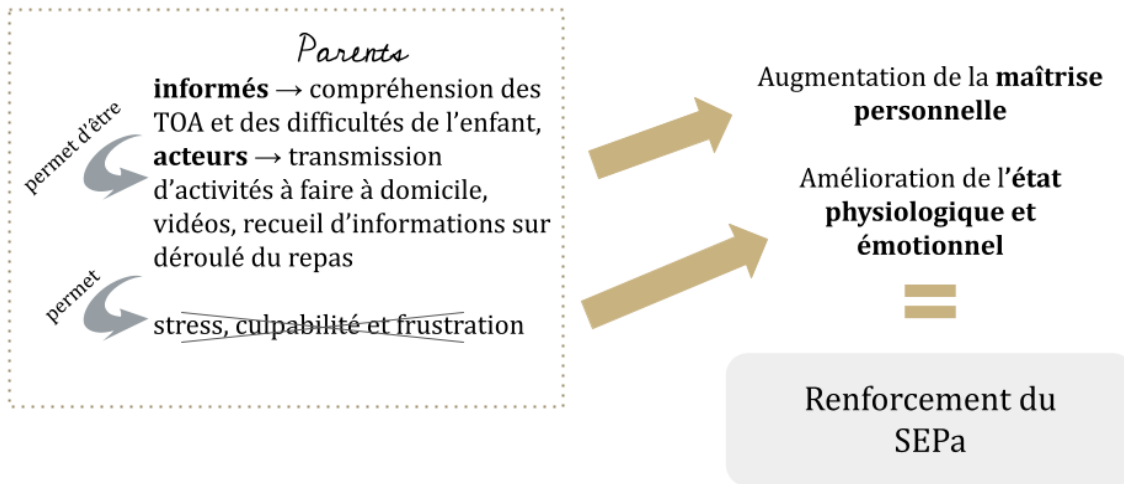
Alors, nous pensons que la participation active du parent permet de renforcer le sentiment d'efficacité parentale. Nous validons notre hypothèse n°1.

---

<sup>20</sup> Deux des quatre composantes du SEPa (Bandura, 1997)

## En résumé :

**Hypothèse 1:** Favoriser une participation active du parent dans l'accompagnement de son enfant permettrait de renforcer le SEPa du ou des parent(s) lors des repas.



**Figure 5 : Réponse à l'hypothèse n°1**

## **B) L'aspect ludique du repas**

Les trois professionnelles interrogées utilisent le jeu et l'approche ludique dans l'accompagnement des enfants ayant des TOA. Seules Alexandra et Laetitia utilisent le jeu pendant le repas. L'aspect ludique peut s'illustrer dans **le matériel utilisé** (assiettes, verres, couverts ludiques) ou alors dans **l'organisation du repas ou de la préparation de repas** (stratégie de la double cuillère, renforçateur, manipuler les aliments, faire des formes,...).

Cependant il est important de préciser la nuance qu'apportent Alexandra et Laetitia sur l'utilisation du jeu lors du repas. Selon Alexandra, le jeu lors du repas **ne peut pas être bénéfique** pour tous les enfants. Laetitia nous indique **la nécessité de sevrer le renforçateur** (qui peut être un jeu) pour que l'enfant puisse, à long terme, s'alimenter sans.

Les entretiens auprès des parents ont permis de mettre en évidence **un impact positif du jeu sur le déroulé du repas**. Sur les indications et conseils des professionnels, Louise et Geneviève mettent en place **différents jeux lors des repas**

**avec ou sans utilisation d'ustensiles ludiques** (le jeu de l'«apéro<sup>21</sup>», utilisation de l'assiette «de jeu», «faire des bisous», manipuler les aliments avec les mains, ...). Le repas se déroule de façon plus facile pour le fils de Louise. Pour A, la fille de Geneviève, ces temps de repas permettent une familiarisation et une découverte alimentaire.

Ainsi, **l'aspect ludique semble avoir un bon impact** sur le déroulé des repas des enfants de Louise et Geneviève. Concernant le SEPa, le bon déroulé du repas permet d'améliorer l'état physiologique et émotionnel du parent et donc de le renforcer. Nous pourrions valider notre hypothèse n°2. Cependant, les résultats des entretiens menés auprès des professionnels nous obligent à **nuancer nos propos** : l'aspect ludique pendant les temps de repas ne peut pas convenir à tous les profils d'enfant. Aussi, s'il devait se mettre en place un jeu pendant le repas, il faut arriver à un sevrage de ce dernier afin qu'il ne devienne pas indispensable à l'alimentation de l'enfant, ce qui pourrait engendrer d'autres difficultés. Effectivement selon Laetitia, ergothérapeute, le jeu agit en renforçateur. Alors, si l'aspect ludique n'impacte pas positivement le déroulé du repas, le SEPa du parent se verra diminué.

Alors, nous validons partiellement notre hypothèse n°2. Elle pourrait être reformulée en :

- Conférer un aspect ludique au repas de type «renforçateur<sup>22</sup>» permettrait de renforcer le SEPa lorsque la **dimension de plaisir est conservée**.

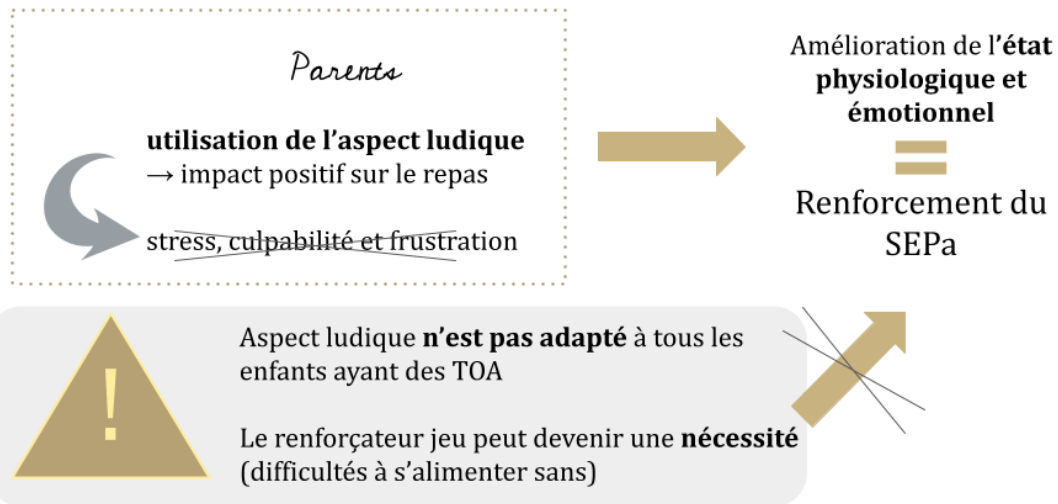
---

<sup>21</sup>cf Tableau 6 : Analyse des entretiens auprès des parents d'enfant ayant des TOA p. 36

<sup>22</sup> cf entretien de Laetitia p. 35

**En résumé :**

**Hypothèse 2:** Conférer un aspect ludique au repas permettrait de renforcer le SEPa du ou des parent(s).



**Figure 6 : Réponse à l'hypothèse n°2**

## Interprétation

### I. Le public accompagné ayant des TOA

Les publics accompagnés par les professionnels interrogés ainsi que le profil des enfants nous permettent de faire un lien avec deux origines différentes des TOA (Thibault, 2012) :

origine organique ou fonctionnelle	origine sensorielle
<ul style="list-style-type: none"><li>- reflux gastro-oesophagiens</li><li>- freins restrictifs</li><li>- fentes palatines</li><li>- enfant porteur de polyhandicap</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- bébé né prématuré<sup>23</sup></li><li>- troubles du développement</li><li>- troubles neurodéveloppementaux</li><li>- enfant porteur de polyhandicap</li></ul>

**Tableau 7 : Le profil des enfants accompagnés en lien avec les causes des TOA décrites par Thibault (2012)**

<sup>23</sup> à lier avec article «Troubles de l'oralité: tous les sens à l'appel» (Ruffier Bourdet & Leblanc, 2009) cf partie III. B) de cadre théorique p. 15



## II. Analyse du jeu de l' «apéro» décrit par Louise

Dans nos entretiens, Louise nous décrit un jeu qu'elle met en place avec son fils et son conjoint : le jeu de l' «apéro».

Pour rappel, chaque compartiment de l'assiette de jeu contient 3 morceaux d'aliments. Le but est d'arriver à la fin du parcours. Pour avancer de compartiment en compartiment, Louise, son conjoint et leur fils L doivent manger l'aliment qui y est placé. A la fin du parcours L est récompensé par un aliment «copain».

Afin de comprendre les différents enjeux de cette activité, nous allons pouvoir analyser le jeu en utilisant les cinq composantes du jeu décrites par Francine Ferland en 2003.

<b>Composante sensorielle</b>	<p>Dans les entretiens, Louise nous dit qu'il y a encore quelques temps, son fils ne supportait pas la vue d'un aliment "non copain" à côté de lui. Ainsi, nous pouvons comprendre que ce jeu est un véritable <b>challenge visuel</b> pour son fils.</p> <p>Durant le jeu L peut manipuler les aliments avec ses mains, poser à ses lèvres, toucher avec ses dents, sa langue, sentir... C'est également un <b>challenge tactile et olfactif</b>.</p> <p>Le but de ce jeu est de manger l'aliment placé dans la case. C'est donc également un <b>challenge gustatif</b>.</p> <p>De façon plus annexe, l'ouïe peut être stimulée pendant ce jeu (bruit de mastication, aliment croustillant, ...)</p>
<b>Composante motrice</b>	<p>Ce jeu implique des <b>mouvements des membres supérieurs, un tonus du tronc et de la sphère oro-faciale</b>.</p>
<b>Composante sociale</b>	<p>Ce jeu favorise la <b>communication, les encouragements</b>.</p> <p>Aussi, il favorise l'<b>entraide</b> car les trois joueurs avancent ensemble.</p>
<b>Composante cognitive</b>	<p>Comme beaucoup de jeux, le jeu de l' «apéro» stimule la sphère cognitive de l'enfant : il faut <b>retenir et respecter les règles</b> du</p>

	<p>jeu, attendre son tour, ...</p> <p>Aussi, l'enfant pourra <b>intégrer cognitivement la possibilité d'une récompense</b> à la fin du jeu. Cela devient alors une source de motivation.</p>
<b>Composante affective</b>	<p>Ce jeu est une <b>source de plaisir</b> pour L, il peut également être une source de frustration si L n'arrive pas à manger.</p> <p>Cependant pour <b>limiter cette frustration</b>, L n'est pas obligé d'avaler l'aliment pour que l'équipe puisse passer à la case suivante.</p> <p>Aussi, la récompense à la fin du parcours est un aliment "copain", c'est une source de plaisir pour L.</p>

**Tableau 8 : Analyse du jeu de l'«apéro» selon les cinq composantes du jeu de Ferland (2003)**

Cette activité a bien toutes les composantes du jeu (Ferland, 2003). L'ergothérapeute pourra mettre en place ce jeu dans sa pratique ou le conseiller aux parents des enfants qu'il accompagne. Il sera à adapter aux difficultés et ressources de l'enfant et du ou des parent(s).

Le jeu étant source d'apprentissage, ce jeu de l'«apéro» pourrait permettre à l'enfant de faire des progrès dans son alimentation per os.

### **III. Le sentiment d'efficacité parentale et le Modèle de l'Occupation Humaine**

Les résultats des entretiens nous ont permis de mettre en exergue le lien entre les informations données par les professionnels aux parents et l'augmentation de la maîtrise personnelle<sup>24</sup>.

Pour rappel, voici les définitions de volition, identité occupationnelle et compétence occupationnelle (Taylor, 2017) :

- **volition** : sentiments et perceptions d'une personne par rapport à ce qu'elle fait, a fait ou fera.
- **identité occupationnelle** : façon dont l'individu perçoit ses capacités, son efficacité, ...
- **compétence occupationnelle** : capacités de la personne à accomplir ses activités de façon satisfaisante.

Augmenter la maîtrise personnelle de la personne va permettre de répondre favorablement aux questions «*Am I good at this? Is this worth doing? Do I like this?*»<sup>25</sup> et ainsi **positiver la volition**.

Le sentiment de volition ayant une connotation positive pour la personne, cette dernière pourra **développer une identité occupationnelle positive**, permettant une compétence occupationnelle satisfaisante.

Nous rappelons la définition du SEP<sub>a</sub> que nous avons établi précédemment<sup>26</sup> : **résultant de la volition et de l'identité occupationnelle, le sentiment d'efficacité parentale permet le développement d'une compétence occupationnelle satisfaisante pour le parent.**

Ainsi, l'information et la participation active des parents permettent de positiver la volition et l'identité occupationnelle du parent.

---

<sup>24</sup> Une des composantes du SEP (Bandura, 1997)

<sup>25</sup> Traduction personnelle: «Est-ce que j'arrive à le faire? Est-ce que ça vaut le coup de le faire? Est-ce que j'aime le faire?» cf partie V. B) du cadre théorique p. 23

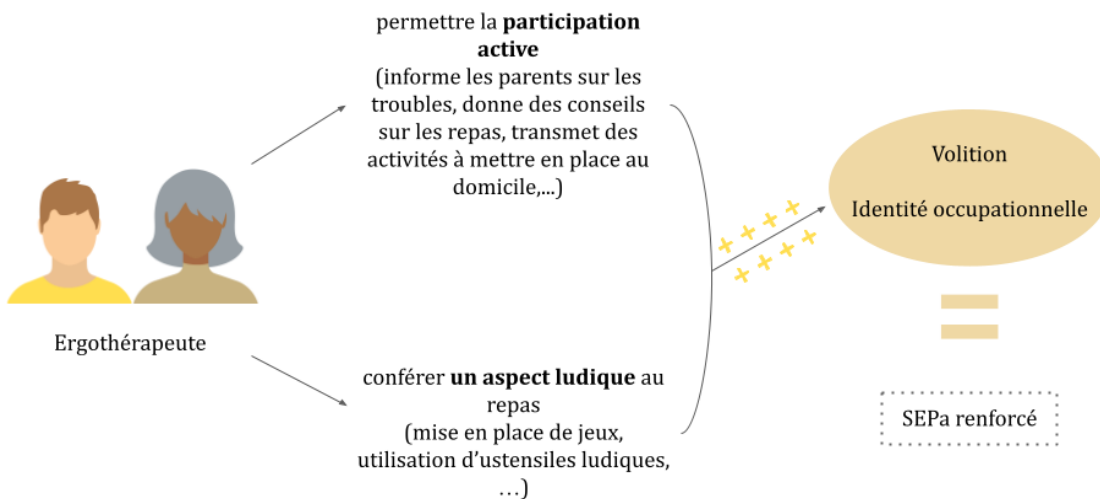
<sup>26</sup> cf partie V. C) du cadre théorique p. 26

Dans le cadre de l'accompagnement d'un enfant ayant des TOA, l'ergothérapeute pourra alors agir sur la volition et l'identité occupationnelle du parent et donc renforcer le SEPpa.

**En résumé :**

Comme vu précédemment, l'hypothèse 2 mérite d'être nuancée. Ainsi, quand l'aspect ludique conserve la dimension de plaisir pour l'enfant et qu'il ne devient pas une nécessité, nous pouvons répondre à notre question de recherche de la façon suivante :

**Comment l'ergothérapeute, dans l'accompagnement d'un enfant ayant des troubles de l'oralité alimentaire, peut-il renforcer le sentiment d'efficacité parentale lors du repas?**



**Figure 7 : Schéma réponse à notre question de recherche**

Au vu des données collectées lors de notre recherche, **le parent est un atout majeur dans l'accompagnement** ergothérapique d'un enfant ayant des TOA. Cette participation active permettra un renforcement du SEPpa. Ensuite, nos résultats permettent de lier un renforcement du SEPpa avec l'utilisation de l'aspect ludique lors du repas (lorsque celui-ci est adapté). Au cours de notre évaluation initiale, il faudra évaluer si le jeu est adapté à l'enfant et aux parents. Alors, par différentes techniques et moyens que nous décrirons dans les perspectives, l'ergothérapeute peut intégrer cet aspect ludique dans le repas tout en favorisant cette participation active.

# Discussion

## I. Analyse réflexive

### A) Ajustements de notre étude

Au cours de notre recherche, nous avons dû faire des ajustements détaillés ci-dessous :

**La zone géographique de notre enquête** : après l'enquête exploratoire visant à identifier les ergothérapeutes formés aux TOA à La Réunion, nous nous sommes rendus compte de leur petit nombre, notre étude a été étendue à la métropole.

**Le public de notre recherche** : en raison du petit nombre d'ergothérapeutes formés aux TOA en France, notre étude a été étendue aux orthophonistes formés aux TOA à La Réunion et en France métropolitaine. Effectivement, d'après notre enquête exploratoire, les enfants ayant des TOA suivis par des professionnels, le sont en majorité par des orthophonistes.

**Le nombre d'entretiens** : nous avons initialement prévu d'effectuer six entretiens. Nous avons pu effectuer cinq entretiens (trois entretiens auprès des professionnels et deux entretiens auprès des parents). Malgré plusieurs relances, nous n'avons pas pu trouver le dernier parent volontaire pour participer à notre étude.

**La passation des entretiens** : nous avons perçu que certaines questions ont dû être reformulées. Elles n'étaient pas comprises par les personnes interviewées et certains professionnels n'exprimaient pas les détails attendus.

### B) Biais de notre étude

Durant cette recherche, nous avons identifié un biais majeur lors de **la passation des entretiens**. Nous avons initialement prévu des entretiens téléphoniques ou en visioconférence auprès des parents et professionnels vivant en France métropolitaine. Nous avons prévu des entretiens en présentiel avec les parents et professionnels résidant à La Réunion. Cependant dans le contexte sanitaire actuel, en raison du couvre-feu et des obligations de chacun en termes d'horaires professionnels, l'entretien avec les professionnels et le parent de La Réunion se sont fait par téléphone et visioconférence.

Nous gardons alors en tête que les entretiens par téléphone sont un biais: en présentiel, la personne interviewée peut se sentir plus à l'aise pour s'exprimer et partager ses expériences. Ajoutons à cela que les entretiens par téléphone ne posaient pas le cadre nécessaire à notre recherche : durant plusieurs entretiens de parents et professionnels, ces derniers étaient interrompus par leurs jeunes enfants. Ces interruptions nous ont tantôt fait perdre le fil de la conversation (perte d'informations pertinentes) tantôt fait écourter l'entretien. A l'avenir, il nous semble pertinent de poser un cadre différent en favorisant au possible un endroit calme et un temps où la personne est entièrement disponible.

Ensuite, les réponses à la question sur les expériences vicariantes<sup>27</sup> n'ont pas apporté d'informations pertinentes à notre étude. Nous n'avons donc pas pu récolter assez d'informations sur cette composante du SEPa<sup>28</sup> (Bandura, 1997). Cette question devrait être reformulée.

## **II. Apport de ce travail et perspectives professionnelles**

Malgré la petite quantité de références bibliographiques, d'articles scientifiques et de témoignages **liant l'ergothérapie, le SEPa et les TOA**, nous avons pu, force de réflexion et d'analyse, lier ces trois notions et faire émerger des pistes d'actions. Ainsi, bien qu'étant un mémoire d'initiation à la recherche, ce dernier permet de poser une pierre à l'édifice de l'ergothérapie.

Ce travail apporte un œil nouveau à notre pratique: il permet de **justifier davantage le rôle de l'ergothérapeute** auprès d'un public peu accompagné à La Réunion et en France métropolitaine : les enfants ayant des TOA. Et surtout, ce travail pose **l'importance de la collaboration ergothérapeute et parent**. Effectivement, d'après nos résultats, le parent a une place importante dans l'accompagnement de son enfant ayant des TOA et il semblerait que la participation active et l'aspect ludique (si il est adapté à l'enfant) permettent au parent de renforcer son SEPa, donc de s'épanouir dans son identité occupationnelle de parents. Cette lecture nous est permise par l'utilisation du MOH de Kielhofner (2008)<sup>29</sup>. **L'ergothérapeute occupe alors une place légitime** auprès des parents d'enfants ayant des TOA. Par ailleurs, il nous semble

---

<sup>27</sup> Cf Annexe 3 : Grille d'entretien menés auprès des parents p. 63

<sup>28</sup> cf IV. A) p.20

<sup>29</sup> cf V. B) du cadre théorique p. 22

pertinent d'avoir une lecture globale du parent et de l'enfant et de **favoriser un accompagnement pluridisciplinaire**. Par exemple, du fait des éléments émotionnels observés auprès des parents interrogés, nous pourrions proposer une orientation vers un psychologue.

Après réflexion et au regard de notre étude, si nous nous projetons dans une pratique ergothérapique auprès d'enfants ayant des TOA en libéral ou en structure (Hôpital d'Enfants, CAMSP, IMS, CEM<sup>30</sup>...) **plusieurs perspectives professionnelles peuvent être mise en place**:

### **Lors de l'accompagnement, auprès des parents et enfants :**

- **Visite à domicile - mise en situation repas** : afin de proposer des conseils et astuces dans l'installation de l'enfant, l'adaptation de l'environnement visuel, sonore, ...
- **Utilisation de différents ustensiles ludiques** : pics, paille, cuillère, assiettes ...



Les pics peuvent être choisis en fonction d'un animal fétiche, d'un doudou, d'un aliment «copain» ou alors d'un aliment «challenge» pour favoriser son acceptation.

**Figure 8 : Les pics à grignoter**



Cette «pré cuillère» permet une mise en bouche simplifiée

**Figure 9 : La pré cuillère**



Ces verres colorés avec paille intégrée permettent de varier la prise de boisson et ainsi favoriser le plaisir et l'aspect ludique.

**Figure 10 : Verre avec paille intégrée**

---

<sup>30</sup> Centre d'Action Médico-Sociale Précoce, Institut Médico Social, Centre d'Education Motrice.

- En collaboration avec une diététicienne (pour assurer des apports nutritionnels adéquats), **fournir des recettes/ présentation de repas ludiques** aux parents afin qu'ils les reproduisent à la maison.
- Favoriser l'échange d'informations en tenant «**un cahier de l'alimentation**» entre les professionnels et les parents.

Ensuite, bien que nous nous éloignons du sujet direct de notre étude, il nous semble important de poser ces perspectives, qui sont complémentaires à celles exposées ci-dessus.

#### **En tant qu'ergothérapeute :**

- Il existe peu de littérature scientifique concernant les TOA et l'ergothérapie. Aussi, c'est sujet qui évolue constamment : il nous semble important que les ergothérapeutes **se tiennent informés des avancées** dans ce domaines.
- Ensuite, **se former** à l'accompagnement d'enfants ayant des TOA nous semble presque indispensable pour notre pratique.
- Enfin, il nous semble pertinent de compléter notre expertise en intégrant des formations en lien avec l'alimentation, hyper ou hypo sensibilité, les différents ustensiles existants, ...
- Échanger avec des professionnels déjà formés à l'accompagnement des enfants ayant des TOA (Hôpital d'enfants, CAMSP, en libéral)

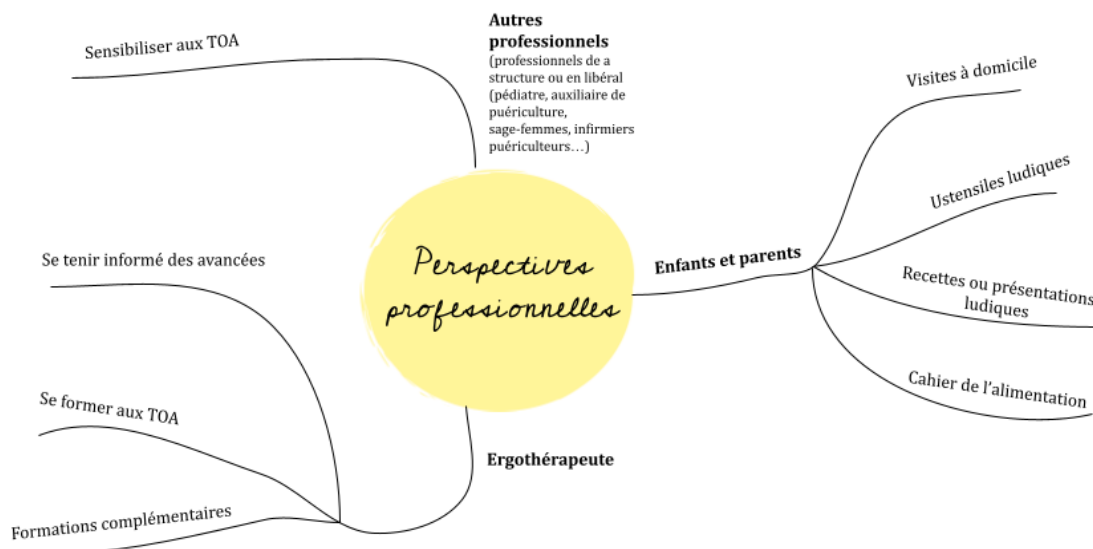
#### **Après des autres professionnels :**

- Les entretiens nous ont permis de comprendre que le SEPa était fortement impacté par les dires des professionnels, l'incompréhension des parents ainsi que le long chemin vers un diagnostic et des réponses. **Sensibiliser les autres professionnels aux TOA** permettrait alors d'offrir aux parents un accompagnement plus rapide et une orientation efficace vers des professionnels formés aux TOA. Si nous travaillons en **structure**, nous nous rapprocherons des **professionnels de la structure** et des **acteurs extérieurs du projet de soin** de l'enfant. Si nous exerçons en libéral, il s'agirait de **réunir un réseau de professionnels** autour de la problématique des TOA (pédiatres ou médecins généralistes, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, infirmiers puériculteurs,



professionnels intervenant dans les services de Protection Maternelle et Infantile de la Région...).

### En résumé :



**Figure 11 : Schéma des perspectives professionnelles**

## Conclusion

A l'issue de notre situation d'appel, nous nous demandons **dans quelle mesure l'ergothérapeute a-t-il une place dans la découverte des aliments chez les enfants présentant des troubles de l'oralité ?**

Afin de répondre à cette question, nous avons d'une part entrepris une enquête exploratoire et d' autre part, nous avons effectué une revue de littérature. Ce travail exploratoire nous a permis de préciser la définition des TOA, définir le jeu et identifier les apports et bénéfices dans le développement de l'enfant.

Ensuite, les résultats de notre enquête exploratoire auprès des parents, nous ont permis d'aborder la théorie autour du SEP (Bandura, 1997) et plus précisément du SEPa. Enfin, nous avons lu ce SEPa à travers le prisme du Modèle de l'Occupation

Humaine (Kielhofner, 2008). Cela nous a permis de dégager une définition «ergothérapeutique» du SEPa.

De ces recherches scientifiques ont découlé notre problématique: **comment l'ergothérapeute, dans l'accompagnement d'un enfant ayant des troubles de l'oralité alimentaire, peut-il renforcer le sentiment d'efficacité parentale lors du repas?** Nous avons également établi deux hypothèses portant sur la **participation active** du parent et l'**aspect ludique** conféré au repas.

Pour répondre à notre problématique, nous avons entrepris des entretiens auprès de professionnels formés aux TOA et de parents d'enfants ayant des TOA. Les résultats de notre recherche nous ont permis de confirmer l'importance de la participation active des parents dans l'accompagnement des enfants pour renforcer leur SEPa. Aussi, les résultats ont mis en évidence une faille dans notre deuxième hypothèse: l'aspect ludique pendant le repas n'est pas adapté à tous les enfants. En plus de cela, il faut rester vigilant à ce que le jeu devienne une nécessité lors du repas.

Ces résultats nous permettent de nous positionner en tant que professionnels et d'établir des perspectives : la place du parent dans l'accompagnement de l'enfant ayant des TOA est importante. L'ergothérapeute peut alors transmettre des informations, des activités à reproduire à domicile. Cela permet un renforcement du SEPa et donc de l'efficacité du parent. Le parent construit alors une compétence occupationnelle de parent satisfaisante.

En plus des activités citées par les professionnels et parents, l'ergothérapeute peut effectuer des visites à domicile, utiliser d'autres outils ludiques, ... L'ergothérapeute peut également, par exemple, participer à une sensibilisation auprès des autres professionnels.

Cette recherche a fait émerger de nouveaux questionnements : nous avons maintenant à notre connaissance des techniques et moyens permettant de renforcer le SEPa. Mais **existe-t-il un outil ergothérapeutique permettant de mesurer ce SEPa?**

**Et, les TOA peuvent-ils être l'objet d'une approche ergothérapeutique dans sa prévention primaire ?**

## Bibliographie

Abadie, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 42(220), 57-70

<https://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1MWJVHZB8-W01MMW-1H2/Trouble%20oralit%C3%A9%20alimentaire.pdf>

Agence française de sécurité sanitaire des aliments. (2005, octobre). *Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents*. Fabrègue.

Bailly, R. (2001). Le jeu dans l'œuvre de D.W. Winnicott. *Enfances & Psy*, no15(3), 41-45. <https://doi.org/10.3917/ep.015.0041>

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy : The Exercise of Control* (1st éd.). Worth Publishers

Caillois, R. (1992). *Jeux Et Les Hommes (Folio Essais) (French Edition)* (0 éd.). Gallimard Education.

Campenhoudt, L., Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales - 4e édition (4<sup>e</sup> éd.)*. Dunod.

Francine, F. (2014). *Le développement de l'enfant au quotidien de 0 à 6 ans*. Ste Justine.

Ferland, F. (2003). *Le modèle ludique (3<sup>e</sup> éd.)*. Presses de l'université de Montréal.

Gesell, A. (1988). *Jeune enfant dans la civilisation moderne*. Presses Universitaires de France.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 3(3), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

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

Marduel Boulanger, A., & Vernet, M. (2018b). Introduction of new food textures during complementary feeding: Observations in France. *Archives de Pédiatrie*, 25(1), 6-12. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2017.10.025>

Ministère chargé de la santé. (s. d.). Qu'est-ce que la diversification ? | Manger Bouger. <https://www.mangerbouger.fr/Manger-mieux/Manger-mieux-a-tout-age/Enfants/De-6-mois-a-3-ans/Qu-est-ce-que-la-diversification#:~:text=L%27A9tape%20de%20diversification%20correspond,de%20saveurs%20et%20de%20textures>.

Parent, C., Drapeau, S., & Brousseau, M. (2008). *Visages multiples de la parentalité*. Presses de l'Université du Québec.

Sauvé, L., Renaud, L., & Gauvin, M. (2007). Une analyse des écrits sur les impacts du jeu sur l'apprentissage. *Revue des sciences de l'éducation*, 33(1), 89-107. <https://doi.org/10.7202/016190ar>

Senez-Saut, C. (2020). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition (2020) (Le monde du verbe) (French Edition) (3<sup>e</sup> éd.)*. DE BOECK SUP.

Taylor, R. (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation : Theory and Application (5<sup>e</sup> éd.)*. Wolters Kluwer.

Thibault, C. (2012). Les enjeux de l'oralité. *Les entretiens de bichat*, 115-136.

Thibault, C. (2015). L'oralité positive. *Dialogue*, 209(3), 35-48. <https://doi.org/10.3917/dia.209.0035>

Thomas, R. & Michel, C. (1994). 10. La théorie du développement cognitif de Piaget. Dans : , R. Thomas & C. Michel (Dir), *Théories du développement de l'enfant: Études comparatives* (pp. 265-316). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.

WHO Regional Office for Europe. (2000). *Feeding and Nutrition of Infants and Young Children : Guidelines for the WHO European Region with Emphasis on the Former Soviet Countries (WHO Regional Publications European Series)*. World Health Organization.

## Sitographie

Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (s. d.-a). La profession. ANFE.  
Consulté le 11 avril 2021, à l'adresse <https://anfe.fr/la-profession/>

Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie. (s. d.). ADERE - Les études. ADERE  
<http://www.adere-paris.fr/adere-formation-initiale.php>

Programme National de Nutrition Santé, manger-bouger  
<https://www.mangerbouger.fr/Manger-mieux/Manger-mieux-a-tout-age/Enfants/De-6-mois-a-3-ans>

SOS Approach to Feeding | Feeding Disorders in Children. (2020, 27 septembre). SOS Approach to Feeding. <https://sosapproachtfeeding.com/>

# Annexes

---

## Annexe 1 : Questionnaire à destination des parents (enquête exploratoire)

### Questionnaire - troubles de l'oralité alimentaire

Bonjour à vous.

Je m'appelle Eugénie Annette et je suis en troisième année d'ergothérapie à La Réunion.

Dans le cadre de mon mémoire, je travaille sur les troubles de l'oralité alimentaire. J'ai choisi de m'intéresser aux parents des enfants ayant des troubles de l'oralité alimentaire et à leurs ressentis.

Je vous remercie de l'attention que vous portez à mon questionnaire. Ils seront, bien évidemment, anonymes.

Bonne continuation et bon courage à vous !

Eugénie Annette

**\*Obligatoire**

1. Où habitez vous ? \*

*Une seule réponse possible.*

- France métropolitaine
- La Réunion
- Autre : \_\_\_\_\_

2. Quel âge a votre enfant ayant des troubles de l'oralité alimentaire ? \*

3. A quel âge votre enfant a t-il été diagnostiqué ? \*

\_\_\_\_\_

4. Quand ont-été remarqués les premiers troubles de l'oralité alimentaire ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Dès la naissance - alimentation par la bouche difficile
- Au passage aux aliments mixés ( ex: purées lisses )
- Au passage aux aliments en morceaux ( petits - moyens ou gros morceaux )
- Autre : \_\_\_\_\_

5. Connaissez-vous la raison des troubles de l'oralité de votre enfant ?

\_\_\_\_\_

6. Par quel(s) professionnel(s) de santé votre enfant est-il suivi pour les troubles de l'oralité alimentaire ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Orthophoniste
- Ergothérapeute
- Psychomotricien
- Mon enfant n'est pas suivi

Autre :  \_\_\_\_\_

7. Que peut manger votre enfant actuellement ? ( en terme de texture, d'aliment, de température...) \*

---

---

---

---

---

8. Quels sont vos ressentis par rapport aux difficultés de votre enfant ?

---

---

---

---

---

9. Vous sentez-vous inclus(e) par les professionnels de santé, dans la rééducation de votre enfant ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Moyennement
- Pas du tout
- Autre : \_\_\_\_\_



10. Vous sentez-vous assez informé(e) en ce qui concerne la rééducation de votre enfant et les troubles de l'oralité alimentaire ? \*

---

---

---

---

---

11. Souhaitez vous rajouter quelque chose ?

---

---

---

---

---

## Annexe 2 : Grille d'entretien mené auprès des professionnels

Thème abordé	Questions	Relances	Attendus	P, H1 ou H2? <sup>31 32</sup>	Lien avec la théorie
<b>Formation</b>	En tant que [profession de la personne], pouvez vous me parler de votre formation aux TOA ?	Dans quel cadre vous êtes-vous formé à l'accompagnement des TOA?  Quels sont les grands principes et concepts que vous avez étudié dans votre formation TOA?	La formation aux TOA suivi (le contexte, les formateurs, ...) cette réponse vient également valider l'inclusion dans notre étude.	X	X
<b>Public</b>	Quel est le public que vous accompagnez ayant des TOA ?	Quels sont les âges des enfants ?  Il y a t-il des causes récurrentes aux TOA?	Le profil des enfants accompagnés, des difficultés récurrentes, ...	X	I. Le développement de l'enfant, I.C) les recommandations en terme de

<sup>31</sup> P: Problématique, H1: Hypothèse 1, H2: Hypothèse 2

<sup>32</sup> Cette question me permet-elle de répondre à ma problématique, de vérifier ou réfuter mon hypothèse 1 ou de vérifier ou réfuter mon hypothèse 2?

		<p>Quelles sont les difficultés principales des enfants que vous accompagnez?</p>			<p>diversification alimentaire,</p> <p>III.les TOA, les stades d'hypersensibilité tactile/ orale (Ruffier-Bourdet &amp; Leblanc, 2009)</p>
<p><b>L'intégration du ou des parents par le professionnel dans l'accompagnement</b></p>	<p>Pouvez-vous me parler des pratiques que vous mettez en place lorsque vous accompagnez un enfant ayant des TOA ?</p>	<p>Quelle est la place du ou des parent(s) dans votre accompagnement?</p> <p>Quelles sont les techniques et les moyens que vous mettez en place pour que le parent se sente efficace lors du repas?</p>	<p>Récupérer des informations sur l'intégration et la place du ou des parents dans l'accompagnement.</p> <p>Les techniques et moyens utilisés pour favoriser un</p>	<p>H1</p>	<p>La participation occupationnelle du MOH (Kielhofner, 2008)</p>

			sentiment d'efficacité du parent lors des repas.		
<b>Le jeu dans la pratique</b>	(si n'a pas parlé de l'approche ludique avant) Pensez-vous que le jeu et l'approche ludique peuvent être un moyen d'accompagnement aux TOA	Pensez- vous que l'organisation sous forme de jeu du repas peut avoir un impact sur le bon déroulé de ce dernier?	Avoir l'opinion du professionnel sur l'approche ludique dans l'accompagnement de l'enfant. Récupérer des techniques et moyens intégrant l'approche ludique qu'utiliserait le professionnel dans le cadre d'un accompagnement.	H2	II. Le jeu Les bienfaits du jeu Le jeu et l'apprentissage
	Si oui, comment l'utiliseriez-vous lors de vos accompagnements ?	Quelles seraient les techniques et méthodes faisant intervenir l'aspect ludique que vous pourriez mettre en place ?			

### Annexe 3 : Grille d'entretien mené auprès des parents

Thème abordé	Questions	Relances	Attendus	P, H1 ou H2? <sup>33 34</sup>	Lien avec la théorie
<b>Présentation de l'enfant</b>	<p>Pouvez vous nous présenter votre enfant ?</p> <p>Pouvez-vous nous parler des difficultés de votre enfant lors des repas?</p>	<p>Quel âge a votre enfant ?</p> <p>Quelles sont les textures et les aliments acceptés par votre enfant ?</p>	<p>Avoir le profil de l'enfant (âge, ce qu'il mange, textures acceptées, aliments acceptés)</p>	X	<p>Le développement de l'enfant, les recommandations en terme de diversification alimentaire, les TOA, les stades d'hypersensibilité tactile/ orale (Ruffier-Bourdet &amp; Leblanc, 2009)</p>

<sup>33</sup> P: Problématique, H1: Hypothèse 1, H2: Hypothèse 2

<sup>34</sup> Cette question me permet-elle de répondre à ma problématique, de vérifier ou réfuter mon hypothèse 1 ou de vérifier ou réfuter mon hypothèse 2?

<b>Participation active du ou des parents</b>	Pouvez-vous me parler de l'accompagnement avec des professionnels de votre enfant ayant des TOA ?	En quoi l'accompagnement de votre enfant vous permet une participation active lors des repas ?	Récupérer des informations concernant la participation active ou non dans le repas. Avoir des informations sur les moyens mis en œuvre afin qu'ils se sentent acteur lors du repas.	H1	Le MOH (Kielhofner, 2007)
	Pouvez-vous me parler des temps de repas avec votre enfant ?	Quels sont les moyens que vous mettez en œuvre afin de participer activement aux repas de votre enfant ?			
<b>Le jeu</b>	Avez-vous déjà utilisé le jeu ou l'aspect ludique <sup>35</sup> pendant le repas de	Avez-vous déjà utilisé des assiettes/ couverts/ verres ludiques ? Des jeux autour du repas?	Connaître la place du jeu dans le repas	H2	II. Le jeu Les bienfaits du jeu Le jeu et l'apprentissage

<sup>35</sup> Cette notion sera expliquée brièvement au(x) parent(s) en début d'entretien de telle façon:

L'approche ludique se réfère au jeu. Cela peut donc être -éveiller la curiosité de l'enfant en utilisant des choses nouvelles, favoriser son plaisir en utilisant des choses qu'il aime et favoriser une spontanéité, en laissant l'enfant libre de ses choix et gestes. Il est possible d'utiliser l'humour également- (Ferland, 2003)

	votre enfant ?		de l'enfant.		
	Si oui, quels en ont été les résultats ?  Si non, d'après-vous quels en seraient les résultats ?	Quels impacts cela a-t-il eu sur le déroulé du repas de votre enfant?  Quelles ont été les améliorations observées?  Quels impacts pensez-vous que cela pourrait avoir sur le déroulé du repas de votre enfant ?	Avoir une idée des éventuels effets de l'utilisation du jeu sur le déroulé du repas de l'enfant et sur les ressentis des parents.		
	L'utilisation de l'aspect ludique a-t-elle été proposée par le professionnel qui vous accompagne ?	Quels sont les techniques et conseils que vous ont donné les professionnels qui vous feraient penser à l'aspect ludique ?			

<b>Sentiment d'Efficacité Parentale</b>	Comment vous sentez-vous pendant la prise de repas de votre enfant ?	Vous sentez-vous efficace pendant le repas ?	Recueillir des informations sur le sentiment d'efficacité parentale du ou des parent(s) pendant le repas. Des informations portant sur:	P	le sentiment d'efficacité parentale (Bandura, 1997)
		Comment jugez-vous les connaissances que vous avez des TOA qui vous permettent de mieux comprendre les difficultés de votre enfant pendant les repas ?	-les capacités personnelles		
		Comment vous sentez-vous influencée par le regard des autres et/ou leur conseils dans le cadre de la prise de	-la persuasion par autrui		



		repas ?			
		Quelles sont les techniques que vous avez pu observer (avec les professionnels ou d'autres parents) que vous mettez en place lors des repas de votre enfant ?	-les expériences vicariantes		
		Quelles sont vos émotions générées par la prise de repas de votre enfant ?	-l'état physiologique et émotionnel		

## **Annexe 4 : mail type envoyé au professionnel**

Bonjour,

Je m'appelle Eugénie ANNETTE et je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie à La Réunion. Je vous écris ce mail dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche. Ce dernier porte sur les troubles de l'oralité alimentaire, la participation active du ou des parents et le sentiment d'efficacité parentale.

Dans le cadre de ma recherche, j'interroge des ergothérapeutes ou des orthophonistes formés à l'accompagnement des troubles de l'oralité alimentaire en France métropolitaine et à La Réunion. Êtes-vous formés à l'accompagnement des troubles de l'oralité alimentaire? Si oui, accepteriez-vous que nous nous entretenions par téléphone ou que nous nous rencontrions?

Dans ce cas, quelles seraient vos disponibilités ?

Je vous remercie de l'attention que vous avez portée à mon mail et vous souhaite une agréable après midi,

Cordialement,


**Eugénie Annette**

**Etudiante en troisième année d'études en ergothérapie**

**IRFE**

**Promotion 2018-2021**

## **Annexe 5 : message posté sur les réseaux sociaux auprès des parents d'enfants ayant des TOA**

 [ RECHERCHE PARENTS POUR ENTRETIEN: LA RÉUNION ET FRANCE MÉTROPOLITAINE]

Bonjour à tous. J'espère que vous vous portez bien et que vos enfants également.

Je m'appelle Eugénie ANNETTE et je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie à la Réunion. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, je m'intéresse aux troubles de l'oralité alimentaire et à la parentalité. Peut-être que certains d'entre vous ont répondu à mon questionnaire publié ici il y a quelques mois, et je vous en remercie!

Dans le cadre de mon recueil de données, je souhaiterais m'entretenir avec des parents d'enfants ayant des TOA (de 0 à 6 ans) et suivis par des ergothérapeutes (ou des orthophonistes).

Ces entretiens seront enregistrés avec votre autorisation et anonymisés.

Ils dureront entre 30 et 45 minutes par appel visio.

Ils porteront sur les capacités de votre enfant, l'accompagnement auprès du professionnel et vos ressentis en tant que parent.

Si vous souhaitez participer à ma recherche, n'hésitez pas à m'envoyer un message via messenger ou à commenter, je vous contacterai ultérieurement !

Je vous remercie et vous souhaite une excellente journée 🌞

Eugénie

## **Annexe 6 : Retranscription de l'entretien avec Alexandra, orthophoniste formée aux TOA**

### **Personnes présentes:**

- E : intervieweur
- O1: interviewée

**E:** Bonjour à vous, nous nous entretenons aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche qui concerne les TOA et SEP. Donc dans le cadre de mon recueil de données j'effectue des entretiens avec des professionnels ayant déjà accompagné des enfants ayant des troubles de l'oralité alimentaire. En tant qu'orthophoniste, pouvez-vous me parler de votre formation aux TOA?

**O1:** Oui, donc dans le cadre de ma formation initiale, j'ai pu découvrir les TOA en cours, en présentiel. Et puis, par intérêt à ce sujet, j'ai axé mon mémoire sur les TOA avec un accompagnement parental auprès de trois enfants à domicile [...] afin de proposer un accompagnement parental dans l'objectif d'aller vers un sevrage de la nutrition entérale. A l'issue de mon diplôme, j'ai poursuivi mon travail sur les TOA en arrivant à La Réunion où j'ai sollicité toute l'équipe du CHU Félix Guyon, donc l'équipe des pédiatres, des services de néonatalogie et de réanimation pour pouvoir leur parler des TOA qu'ils ne connaissaient pas vraiment à ce moment là. L'idée était de les sensibiliser aux TOA, dans un premier temps, et puis dans un objectif plus lointain, de pouvoir proposer qu'une orthophoniste ait une intervention au sein de leur service, puisqu'elle tient un rôle indispensable et nécessaire auprès des tout-petits et notamment des prématurés. [...]. Le temps s'est écoulé et donc j'ai poursuivi mes prises en charges, ce qui est bien, c'est que ça a instauré un réseau de professionnels avec qui j'ai pu travailler avec leurs patients et avec eux également sur ces TOA auprès d'enfants ayant des troubles organiques divers, à la fois digestifs, des syndromes. Du coup j'ai beaucoup investi ce travail au sein de mon cabinet libéral. Et puis en termes de formation, j'ai poursuivi ma formation auprès d'orthophonistes qui travaillent sur

les TOA. J'ai également passé le DU<sup>36</sup> sur les troubles de l'oralité alimentaire sur Paris. Voilà, et puis on a monté à La Réunion une antenne de l'association du groupe Miam Miam. [...].

**E:** Et quels sont les grands principes et concepts théoriques que vous avez étudiés dans votre formation ?

**O1:** Ça a été assez évolutif. Je suis passée de la formation de Catherine Senez, où cette orthophoniste était plus partie sur ce qui était désensibilisation, mais vraiment concentrée sur la sphère orale, donc buccale. Je suis partie de cette formation là. Après, par intuition, au final, j'étais quand même beaucoup aussi dans le corporel, car pour moi, arriver directement sur la bouche, c'était quelque chose de très intrusif. Donc je dirai que ça a été vraiment la fondation de ma formation. Et par la suite, au cours de mes autres formations, notamment de Audrey Lecoufle et Emeline Lesecq, j'ai pu entrevoir un travail plus au niveau corporel, jusqu'au visage puis au niveau de la bouche de sorte que ça soit beaucoup moins intrusif et que l'enfant puisse prendre les choses de façon progressive et par étape. Voilà, je ne sais pas si je réponds à votre question.

**E:** Oui, tout à fait. Nous en avons déjà un petit peu parlé, mais quel est le public que vous accompagnez ayant des TOA?

**O1:** Alors en termes d'âge ou en termes de pathologie ?

**E:** En termes d'âge, de causes récurrentes ou les difficultés principales qui sont rencontrées par ces enfants.

**O1:** Ok. Alors, j'ai une activité à l'hôpital depuis 3 ans dans le cadre d'un atelier pour tous les enfants qui sont suivis en néphropédiatrie. Et là depuis un peu plus d'un an, j'interviens deux matinées par semaine dans tous les services de périnatalité et pédiatrie. Donc pour les patients du cabinet, je dirais que ce sont des profils d'enfants

---

<sup>36</sup> Diplôme Universitaire

“tout venant”. En termes d’âge, il y a les nourrissons, où c’est plus une problématique d’allaitement, de prise de biberon et donc de succion. Pour les enfants porteurs de fentes ou ayant un syndrome. Et après, on a un enfant qui commence à rentrer dans la diversification, je dirais de 4 mois à 2 ou 3 ans, voire même un peu plus loin. Pour ces enfants-là, le passage à la diversification est difficile. Aussi, il y a les enfants que je reçois beaucoup plus tardivement, donc aux alentours de 1 an ou 2 ans, en fait on se rend compte que le passage à la diversification a été très compliqué voire pas du tout investie. Avec une prise de biberon exclusif ou allaitement exclusif, mais pas d’ouverture vers la diversification. [...] Alors ici, le passage de l’oralité primaire à l’oralité secondaire n’a pas du tout été franchi, et donc ce sont des enfants qui restent sur une oralité primaire et dont l’oralité secondaire est très immature. [...] Et il y a aussi les patients de l’hôpital, mais c’est un peu plus rare, qui sont en nutrition artificielle qui a été prolongée dans le temps et on se rend compte que l’enfant a besoin d’apport plus conséquent parce que en per os ce n’est pas possible pour diverses raisons. Et là, on est plus sur un travail de désensibilisation et aussi de sevrage sur du court, moyen et long terme.

**E:** Et du coup, très bonne transition, pouvez-vous me parler des pratiques que vous mettez en place lorsque vous accompagnez un enfant ayant des TOA?

**O1:** En fait, ça dépend des enfants. C’est vrai que c’est une question assez vaste. D’un enfant à l’autre on s’adapte selon son profil, son âge, selon le contact avec l’enfant. Souvent il y a quand même une mise en confiance à mettre en place avant de pouvoir débiter le suivi. Est-ce que vous voulez que je vous donne un exemple type? C’est vrai que toutes les prises en charge en oralité sont très différentes.

**E:** D’accord. Est-ce qu’il y a des grandes techniques ou des moyens que vous mettez en place pour rendre les parents plus efficaces.

**O1:** Oui, par exemple, il y a un outil que j’utilise beaucoup, c’est dommage, je ne trouve plus le nom. C’est un outil qui a été proposé lors d’une de mes formations. C’est une

représentation des sens sous forme d'escalier et qui permet aux parents de comprendre que l'enfant qui a des troubles de l'oralité, il a besoin de repasser par différentes étapes pour pouvoir amener jusqu'à la bouche. C'est vrai que ça peut paraître un peu absurde pour un parent, car nous mangeons depuis qu'on est né, c'est quelque chose d'automatique, on y prend plaisir. Mais pour ces enfants, ce n'est vraiment pas une partie de plaisir. L'idée c'est de pouvoir franchir chacune de ces étapes avec plaisir. Les étapes commencent. C'est déjà de tolérer visuellement un aliment: dans une même pièce, près de soi, sans le toucher. Après il y aura du coup pouvoir manipuler mais avec des intermédiaires, donc ça peut être des petits jeux. Après on va pouvoir toucher avec un intermédiaire, par exemple un mouchoir, un tissu. Après on va pouvoir toucher avec ses mains. Petit à petit, on fait une progression vers le visage et vers la bouche. Et une fois que ces étapes là sont franchies, on essaiera de pouvoir amener en bouche, de pouvoir faire un petit croc avec ses dents, de pouvoir l'accepter en bouche, pouvoir garder un petit peu en bouche et recracher. Donc voilà, au fur et à mesure on franchit ces étapes-là jusqu'à pouvoir mastiquer un petit peu et pouvoir déglutir. Donc ça c'est l'aspect sensoriel. Et après peut s'ajouter un trouble d'ordre oro-moteur. En fait, l'enfant qui n'aura, malheureusement, que expérimenté l'investigation, les mouvements de mastication sont complètement immatures, donc pouvoir gérer un morceau en bouche, ça serait très compliqué. Donc il y aura aussi ce travail là à faire parallèlement. Voir si l'enfant est compétent ou non et s' il l'est pas, proposer les renforcement en plus.

**E:** Cet outil, vous le proposez aux parents. Et finalement quelle est la place du parent dans votre accompagnement?

**O1:** Du coup, elle est majeure. C'est à dire que déjà je leur explique ce que sont ces TOA, où en est leur enfant, on essaie de comprendre un peu pourquoi, voilà. J'essaie de percevoir aussi comment est le parent. On reçoit certains parents qui ont été adressés par une équipe médicale, une équipe scolaire et souvent ils sont un peu dans le déni. Pour eux, les TOA sont très flous et abstraits. On essaie de leur expliquer et leur montrer des études, des choses qui sont prouvées. Et ensuite, on essaie de mettre

en place ce petit escalier, de voir à partir de grille que eux vont remplir sur le plan alimentaire. Savoir un peu quelle est la sélection alimentaire de leur enfant, en termes de type d'aliments, de texture, d'odeurs, de goûts, etc. Et dans l'idée de parcourir le chemin ensemble, de reprendre ensemble ce que l'enfant réussit à faire ou non. Pour ça, on utilise pas mal la vidéo, donc à la fois les parents et nous au cabinet. Aussi, j'inclue les parents, surtout au début de la PEC, j'inclus les parents toute la séance à la fois pour le parent, mais aussi pour l'enfant: ça a un côté plus rassurant. Cela permet au parent de voir ce qu'il pourra reproduire à la maison, soit une chose, soit trouver d'autres idées en termes de petits jeux. Après, au fur et à mesure que je sens que le parent gagne en autonomie, je propose aux parents d'attendre dans la salle d'attente le temps de la prise en charge et on refait un point 10 minutes avant la fin de la séance pour expliquer, que l'enfant puisse raconter ce qu'on a fait voire montrer au parent ce qu'on a réussi à faire, à franchir comme étape. Il y a aussi de l'accompagnement parental à domicile. Je me rends au domicile des parents pour voir comment ça se passe dans le contexte familial.

**E:** Vous m'avez parlé du jeu. Est-ce que vous pensez que l'organisation du repas sous forme de jeu, peut avoir un impact sur son bon déroulé?

**O1:** Donc ça c'est intéressant. Alors, je ne pense pas. En fait, c'est ce que je dis aux parents. Ça dépend où est l'enfant à nouveau. Si c'est un enfant qui ne prend vraiment pas plaisir à manger, je pense que le jeu peut être un bon intermédiaire pour pouvoir franchir ces étapes. Si en revanche l'enfant a une sélectivité assez sévère et qu'il y a des aliments qui fonctionnent bien et que ça lui permet de bien s'alimenter, je propose aux parents de maintenir le repas tel qu'il est et du coup sur d'autres temps de pouvoir proposer ces petites activités. En fait l'enfant n'aime pas être berné, ce qui est normal, mais du coup, c'est important qu'il ne se sente pas obligé au sein de ce jeu là, de se dire " il va falloir que je mette en bouche et que je mange, l'objectif final c'est de devoir manger". Si il a ce ressenti, ça va complètement biaiser nos activités. Je pense que c'est intéressant de pouvoir dissocier les deux dans certains cas. Et en ce qui concerne les repas il y a aussi, ça je pense que vous les ergothérapeutes êtes les mieux



placés pour le savoir, toute la partie posturale, conditions du repas, de manger en famille, voilà, il y a tout ça aussi qui est repris avec les parents. Bon, évidemment on complète ce que peuvent dire des ergothérapeutes, mais c'est important d'y revenir avec eux.

**E:** D'accord. Et, dans le cas où le jeu serait un moyen pertinent d'intervention, quelles seraient les techniques et méthodes que vous pourriez mettre en place ?

**O1:** En termes de jeu?

**E:** Oui, en termes d'aspect ludique.

**O1:** Oui, alors. Du coup, ce qui fonctionne bien c'est les petites assiettes des bonhommes, des différentes représentations. Il y a les assiettes avec les petits personnages. Cela fonctionne bien car c'est très ludique. A nouveau, ça dépend de où se situe l'enfant. Mais ce sont quand même des objets qui fonctionnent bien. Après il y a aussi les assiettes de parcours, où l'enfant doit [...] passer des étapes pour arriver à la case finale, donc ça, ça peut bien fonctionner. On peut utiliser le time timer pour donner un rythme à l'enfant au niveau du repas. Ça après quand il y a aussi une lenteur au niveau du repas, la stratégie de la double cuillère peut être intéressante. L'enfant a sa cuillère et le parent aussi. Laisser l'enfant manger avec ses mains plutôt qu'avec une cuillère, ça peut être hyper important pour l'enfant car du coup, il est davantage maître de son geste et acteur de son geste. C'est vrai que quand c'est à la cuillère, il y a toute la difficulté de la préhension de la cuillère, de l'amener vers la bouche; ce qui ne se retrouve pas forcément avec les mains. Voilà, et puis il y a toute la partie avant aussi: la préparation du repas. Pouvoir aider le parent à préparer le repas, en amont choisir le repas ensemble, les aliments, de voir de quel aliment on part et comment il va être transformé, selon l'âge évidemment. Mais voilà, il y a toutes ces petites activités qui peuvent être chouettes à faire avec l'enfant selon la problématique qui est travaillée.

**E:** Très bien. Du coup, notre entretien touche à sa fin.

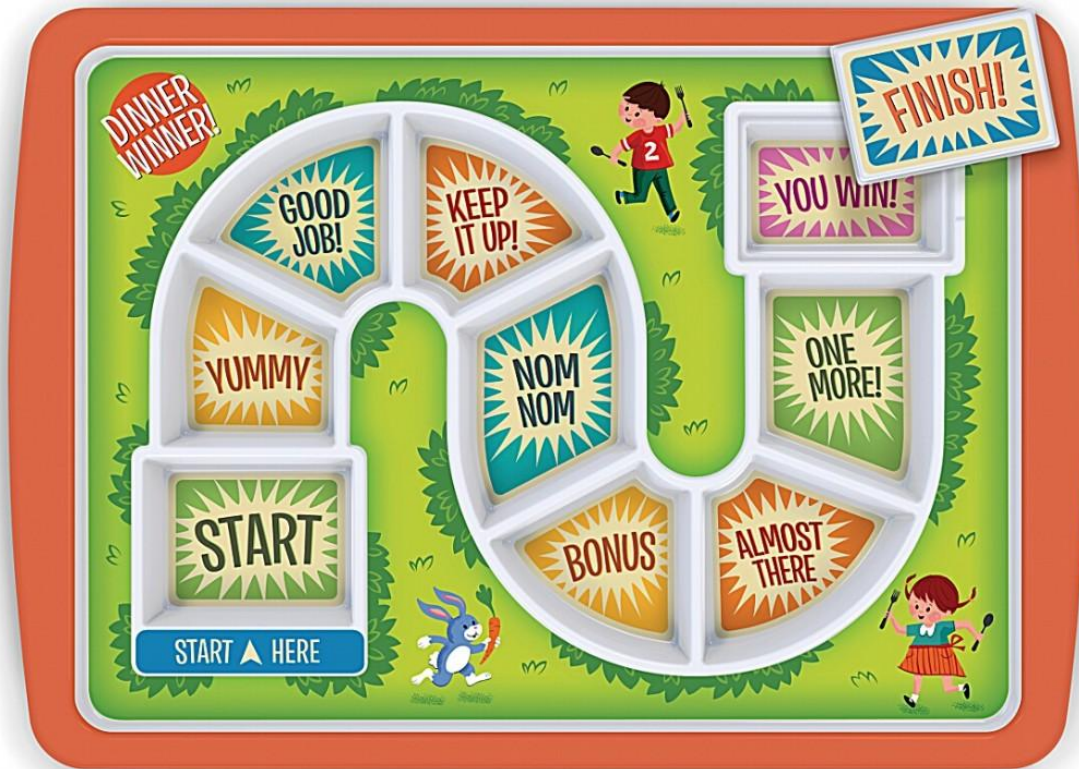
(discussion en dehors de l'entretien)

**E:** Je vous remercie de m'avoir accordé ce temps.

**O1:** Je vous en prie, merci, au revoir.

**E:** Au revoir.

## Annexe 7 : L'assiette de jeu décrite par Louise



**Résumé:**

**Introduction:** Le jeu est une activité à la portée de chaque enfant dès sa naissance. Grâce à ses composantes motrices, cognitives, sensorielles, affectives et sociales (Ferland, 2003), le jeu permet un développement de l'enfant dans toute ses sphères. Pendant son développement, lorsque l'enfant ne parvient pas à donner une connotation positive à sa sphère orale, des troubles de l'oralité alimentaire peuvent apparaître. L'enfant aura donc des difficultés à se nourrir par la bouche. Lorsque un enfant a des difficultés à se nourrir, le ou les parent(s) se retrouvent en difficulté et leur sentiment d'efficacité parentale qui relève de la perception que les parents ont de leur efficacité parentale (Bandura, 1997) se trouve fort impacté.

**Objectif:** L'objectif de cette étude est de savoir quels sont les moyens mis en place par l'ergothérapeute afin de renforcer le sentiment d'efficacité parentale.

**Méthode:** Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de professionnels de santé formés aux TOA et de parents ayant des enfants ayant des troubles de l'oralité alimentaire.

**Résultats:** Les résultats de notre étude nous permettent de mettre en lien la participation active du parent, l'aspect ludique du repas et un renforcement du SEPa.

**Conclusion:** En favorisant une participation active et en conférant un aspect ludique au repas lorsque cela est bénéfique pour l'enfant, l'ergothérapeute pourra renforcer le SEPa.

**Mots clés:** ergothérapie, troubles de l'oralité alimentaire (TOA), sentiment d'efficacité parentale (SEPa), approche ludique, participation active

**Abstract:**

**Introduction:** The game is an activity accessible to children from their birth. Through its motor, cognitive, sensory, emotional and social components (Ferland, 2003), play allows a child to develop in all its spheres of development. During development, when the child does not manage to give a positive connotation to his oral sphere, OFD may appear. The child will have difficulty feeding by mouth. When a child has difficulty feeding, the parent(s) find themselves in difficulty and their SPE, which is the perception that parents have of their parental effectiveness (Bandura, 1997). This feeling is strongly affected.

**Objectives:** The objective of this study is to find out what means are put in place by the occupational therapist to strengthen the SPE.

**Method:** Semi-structured interviews were conducted with OFD-trained health professionals and parents with children with eating disorders.

**Results:** The results of our study allow us to link the active participation of the parent, the playful aspect of the meal and a strengthening of the SPE.

**Conclusion:** By promoting active participation and giving a playful aspect to the meal when it is beneficial for the child, the OT will be able to strengthen the SEPa.

**Key words:** occupational therapy, oral feeding disorders (OFD), sense of parental effectiveness (SPE), playful approach, active participation